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



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **800**

Semana epidemiológica 10
AÑO 2026
Desde 08/03 al 14/03
Fecha de publicación
25/03/2026

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA

MINISTERIO DE SALUD
REPÚBLICA ARGENTINA

AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Dr. Javier Gerardo MILEI

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Mario Iván LUGONES

Secretario de Gestión Sanitaria

Dr. Saúl FLORES

Subsecretaria de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas en Salud

Dra. María Susana AZURMENDI

Directora de Epidemiología

Vet. Cecilia GONZALEZ LEBRERO

Sobre la autoría del boletín

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

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

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

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

Infecciones respiratorias
Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DICEI) y la Dirección Nacional de Enfermedades Transmisibles.
De la ANLIS "Carlos G. Malbrán": el Servicio de Virosis Respiratorias, el Departamento de Epidemiología, ambos del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI) y laboratorio BSL4, Unidad Operativa Centro de Contención Biológica (UOCCB).

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

La vacuna antigripal reduce las complicaciones graves, hospitalizaciones, secuelas y muertes ocasionadas por el virus Influenza, especialmente en grupos de riesgo. La misma debe ser aplicada en forma oportuna, idealmente antes del invierno. Imagen del banco de recursos del Ministerio de Salud de la Nación.

Cómo citar este boletín

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2026). Boletín Epidemiológico Nacional N°800, SE 10.

I. Editorial del BEN 797

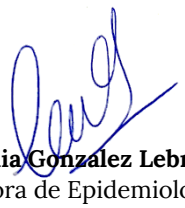
A lo largo de este año, el Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) ha continuado afirmándose El Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) se consolida como un espacio donde la vigilancia en salud se produce y se difunde de manera articulada, a partir de un trabajo sostenido entre equipos nacionales y jurisdiccionales.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

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

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

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

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



Vet. Cecilia Gonzalez Lebrero
Directora de Epidemiología



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

II. Sobre este BEN

En esta edición del Boletín Epidemiológico Nacional se presenta, como es habitual, la actualización de las tablas de Eventos de Notificación Obligatoria seleccionados, junto con sus notas metodológicas y criterios de interpretación. Esta sección continúa siendo una base central del BEN para sostener una lectura sistemática de los principales eventos bajo vigilancia y fortalecer el análisis epidemiológico y la toma de decisiones.

Entre los eventos priorizados, este número incluye una nueva actualización de la vigilancia de infecciones respiratorias agudas, con la situación regional de influenza y otros virus respiratorios, la síntesis de la información nacional destacada y los datos de las Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI y de la Red Argentina de Vigilancia Centinela de IRAG. Se suman además recomendaciones para equipos de salud y para la población, así como apartados sobre vigilancia epidemiológica, vacunación antigripal y tratamiento antiviral.

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

Este BEN incluye también actualizaciones sobre hantavirosis, con la situación epidemiológica actual.

En la sección de situaciones emergentes, esta edición continúa incorporando una actualización epidemiológica sobre coqueluche, con análisis de la situación internacional y nacional, la distribución de casos según edad y gravedad, y la revisión de coberturas de vacunación a nivel país y por jurisdicción.

Por último, en el apartado de alertas y comunicaciones internacionales se incorpora información sobre sarampión, fiebre amarilla y un evento internacional de inocuidad alimentaria, mientras que en los destacados jurisdiccionales se recuperan publicaciones provinciales sobre coqueluche, neumonía y otros eventos respiratorios.

Finalmente, se incluye el listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0.

Contenido

I. Editorial del BEN 797 **5**
II. Sobre este BEN **6**

TABLAS DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS **9**
III. Tablas de ENO seleccionados **10**
III.1. Nota metodológica 10
III.1.A. Sobre la construcción de las tablas 10
III.1.B. Notas adicionales a tener en cuenta 11
III.2. Eventos nominales confirmados 11
III.3. Eventos nominales notificados y confirmados 12
III.4. Nota general sobre la interpretación cromática en las tablas 14
III.5. Eventos agrupados clínicos 14
III.6. Eventos agrupados laboratoriales 15
III.6.A. Sobre la construcción de esta tabla 15

EVENTOS PRIORIZADOS **17**
IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas **18**
IV.1. Nota Metodológica 18
IV.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 18
IV.3. Síntesis de la información nacional destacada 18
IV.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados 19
IV.4.A. Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI 19
IV.4.B. Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave -IRAG 21
IV.5. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas 25
IV.5.A. Recomendaciones para equipos de salud 25
IV.6. Vigilancia epidemiológica 25
IV.7. Recomendaciones para la población 26
IV.8. Vacunación antigripal 27
IV.9. Tratamiento antiviral 28
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus **30**
V.1. Situación regional 30
V.2. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026 31
V.2.A. Nota metodológica 31
V.3. Situación de dengue en Argentina 33
V.3.A. temporada 2025/2026 33
V.3.B. Caracterización clínica de los casos de dengue (n=28) 36
V.3.C. Consideraciones para la vigilancia por laboratorio 36
V.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina 37
V.4.A. Casos de fiebre Chikungunya en Salta 39
V.5. Situación epidemiología de otros Arbovirus en Argentina 40
V.5.A. Encefalitis arbovirales 40
V.5.B. Otros arbovirus 42
VI. Vigilancia de Hantavirosis **45**
VI.1. Introducción 45
VI.2. Situación epidemiológica actual 46
VI.2.A. Nota metodológica 46

VI.2.B. situación epidemiológica 46
VI.2.C. Vigilancia de genotipos de hantavirus 56
VI.2.D. Sobre las acciones del ministerio de salud de la nación 56
VI.2.E. Conclusiones 57
58

SITUACIONES EMERGENTES 58
VII. Coqueluche 59
VII.1. Introducción 59
VII.2. Situación internacional 59
VII.3. Situación Epidemiológica actual de Coqueluche en Argentina 60
VII.3.A. Introducción 60
VII.3.B. Análisis de los casos notificados y confirmados 61
VII.3.C. Análisis según edad y gravedad 66
VII.4. Coberturas de Vacunación 66
VII.4.A. Coberturas para Total país 66
VII.4.B. Coberturas según jurisdicción 68

ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES 71
VIII. Introducción 72
VIII.1. Sarampión - Situación epidemiológica mundial y regional 72
VIII.1.A. Canadá 72
VIII.1.B. Costa rica 73
VIII.1.C. Estados Unidos de América 73
VIII.1.D. México3F 74
VIII.2. Alerta Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas 75
VIII.2.A. Resumen de la situación 75
VIII.3. Evento internacional de inocuidad alimentaria: Fórmula infantil y productos que contienen aceite de ácido araquidónico contaminados con la toxina cereulida – Multipaís 85

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES 87
IX. Boletines Jurisdiccionales 88
IX.1. Buenos Aires: Coqueluche 88
IX.2. Chubut: Neumonía 89
IX.3. Santa Fe: Coqueluche 90
IX.4. Tierra del Fuego: Respiratorias 91
IX.5. Tucumán: Bronquiolitis de menores 2 años 92

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA 93
X. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.03 94

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 1-10. 2021-2026. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2021-2025 Mediana acumulados SE 1-10		2026 Acumulados SE 1-10		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)	52	0	233	1	181	N/A	1	N/A
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)		0		0	0		0	N/A
	Meningitis - Meningoencefalitis	467	162	570	178	103	22%	16	10%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomielitis	20	0	24	0	4	20%	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)	52	15	32	2	-20	-38%	-13	N/A
Enf. zoonóticas humanas	Leptospirosis	457	13	709	83	252	55%	70	538%
	Psitacosis	146	33	247	23	101	69%	-10	N/A
ETMI - Enfermedades del niño	Chagas agudo congénito	266	12	616	8	350	132%	-4	N/A
	Sífilis Congénita	232	170	269	266	37	16%	96	56%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	0	0	11	0	11	N/A	0	N/A
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en emb.	410	380	561	475	151	37%	95	25%
	Sífilis en emb.	1.947	1.663	2.989	2.671	1.042	54%	1.008	61%
	Hepatitis B en emb.	22	11	29	5	7	32%	-6	N/A
Hepatitis virales	Hepatitis A	57	4	84	24	27	47%	20	N/A
	Hepatitis B	578	130	832	119	254	44%	-11	-8%
	Hepatitis C	499	268	770	314	271	54%	46	17%
	Hepatitis E	5	1	16	1	11	220%	0	N/A
Infecc. de trans. sexual	Sífilis en población general	6.309	5.101	12.612	10.446	6.303	100%	5.345	105%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	75	67	163	155	88	117%	88	131%
Otros eventos de imp. p/ la salud pública	Viruela símica (mpox)	13	1	37	9	24	185%	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 1-10. 2021-2026. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2021-2025 Mediana acumulados SE 1-10	2026 Acumulados SE 1-10	Diferencias 2026 con mediana 2021-2025	
				Absoluta	%
Enf. Trans. por vectores	Chagas agudo vectorial	0	1	1	N/A
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	31	54	23	74%
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	2.468	4.470	2.002	81%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	115	103	-12	-10%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	50	50	0	0%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo)	1	4	3	N/A
	Cisticercosis	3	4	1	N/A
	Escorpionismo o Alacranismo	1.632	2.832	1.200	74%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	209	272	63	30%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	14	10	-4	N/A
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	3	1	-2	N/A
	Brucelosis	26	29	3	N/A
	Hantavirosis	Ver informe correspondiene en sección Eventos priorizados			
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	4	10	6	N/A
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	311	302	-9	-3%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	4	4	0	N/A
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	3	3	0	N/A
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	11	17	6	N/A
	Intoxicación/Exposición a Plomo	0	2	2	N/A
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	2.566	2.566	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	211	211	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	67	67	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	2.800	3.275	475	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 1-10. 2021-2026. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2021-2025 Mediana acumulados SE 1-10	2026 Acumulados SE 1-10	Diferencias 2026 con mediana 2021-2025	
				Absoluta	%
Enf. Trans. Por alimentos	Diarrea	176.698	109.573	-67.125	-38%
Infecc. de trans. sexual	Secreción genital purulenta en varones	550	368	-182	-33%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	86	54	-32	-37%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar	7.240	3.652	-3.588	-50%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	117.661	69.714	-47.947	-41%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	7.574	4.322	-3.252	-43%
	Neumonía (sin especificar)	9.921	5.632	-4.289	-43%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	12	527	515	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	16	880	864	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	125	3.935	3.810	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	69	1.395	1.326	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	199	841	642	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	408	6.336	5.928	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	209	1.197	988	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	78	451	373	N/A
	Lesiones por electrocución	2	119	117	N/A
	Lesiones por atragantamiento	3	112	109	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	195	10.884	10.689	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	145	4.708	4.563	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	275	4.120	3.845	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	20	106	86	N/A
	Otras lesiones en el hogar	105	3.646	3.541	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 1-10. 2021-2026. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2021-2025 Mediana acumulados SE 1-10		2026 Acumulados SE 1-10		Diferencias 2026 con mediana 2021-2025			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	694	52	383	30	-311	-45%	-22	-42%
	Infección por Mycoplasma genitalium	174	4	89	0	-85	-49%	-4	N/A
	Infección por Mycoplasma hominis	481	44	211	56	-270	-56%	12	27%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	2.684	116	610	52	-2.074	-77%	-64	-55%
	Infección por Trichomonas vaginalis	4.408	496	2.049	266	-2.359	-54%	-230	-46%

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

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

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

La actividad de influenza en las Américas se mantiene estable, con una positividad regional del 15,9%. El subtipo influenza A(H3N2) continúa predominando en la mayoría de las subregiones, con excepción de la subregión Andina, donde predomina influenza A(H1N1)pdm09. La circulación del VSR continúa en aumento; sin embargo, se mantiene en niveles bajos, con una positividad regional del 2%, impulsada principalmente por el incremento de la actividad en América del Norte. Por su parte, la positividad de SARS-CoV-2 permanece estable en 5,1%. A nivel regional, la circulación de otros virus respiratorios (OVR) ha aumentado durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas, alcanzando una positividad regional del 2,3%. Entre estos, rinovirus y coronavirus continúan siendo los virus detectados con mayor frecuencia. Las hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave (IRAG) y las consultas por enfermedad tipo influenza (ETI) se mantienen estables y se asocian principalmente con la circulación de influenza.

IV.3. Síntesis de la información nacional destacada

En la SE9 de 2026, la vigilancia clínica notificó 82.566 casos de ETI, 12.533 casos de neumonía y 7.362 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 SE34/2025, acentuado en las semanas 43 a 45/2025, 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. En las 10 primeras SE de 2026 se registraron 589 internaciones, con 11 detecciones de SARS-CoV-2, 21 de Influenza y 7 de VSR.

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

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

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

Durante la SE9/2026, se registra circulación de virus respiratorios, principalmente SARS-CoV-2, seguido de influenza, adenovirus, VSR y parainfluenza.

En personas internadas, en la SE10/2026, se notificaron 7 hospitalizaciones con diagnóstico de SARS-CoV-2, 6 con diagnóstico de influenza y 9 con VSR. No se registran fallecidos con diagnóstico de SARS-CoV-2 en esta semana.

IV.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados

IV.4.A. UNIDADES DE MONITOREO AMBULATORIO DE ETI

Las Unidades de Monitoreo Ambulatorio de Virus Respiratorios (UMA) son dispositivos de vigilancia centinela que permiten el monitoreo de la circulación de SARS-CoV-2, Influenza y VSR en casos leves ambulatorios. El objetivo de las UMA es describir la tendencia de las consultas ambulatorias por casos de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), así como la proporción atribuible a SARS-CoV-2, Influenza y VSR durante todas las semanas epidemiológicas del año en las 24 jurisdicciones del país.[2]

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

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

Durante 2025, en los establecimientos UMA se analizaron 6.078 muestras para la detección de SARS-CoV-2 mediante técnica molecular, de las cuales 457 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 7,52%. A partir de la SE34 se observa un ligero incremento en el número de casos y en el porcentaje de positividad, con un ascenso más marcado en las SE41 a 45, período en el cual se alcanzaron los valores más elevados de positividad, con un máximo en la SE45 (26,4%). En las SE 9 y 10 de 2026, se confirmó 1 caso entre 143 muestras analizadas por PCR.

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

En 2025, se registraron 1022 detecciones entre 5.727 muestras estudiadas, con una positividad acumulada de 17,85%. A partir de la SE11, se verificó una tendencia ascendente tanto de las detecciones como del porcentaje de positividad, a expensas de las detecciones de influenza A sin subtipificar y del subtipo A (H1N1). Estos indicadores alcanzaron valores más elevados entre las SE22 y SE25, seguidos de un descenso sostenido. Hacia el final del periodo, se registró un leve incremento en las detecciones y en la positividad, con predominio de influenza B/linaje

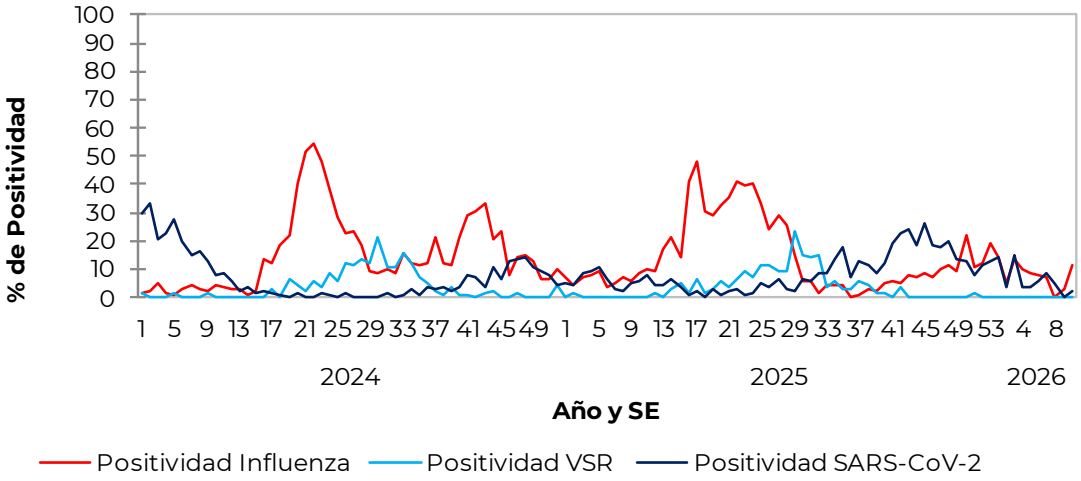
[2] Para más información, consultar Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control de Infecciones Respiratorias Agudas en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevencion_y_control_ira-2024.pdf

Victoria, observándose en las últimas semanas un mayor número de detecciones de influenza A; no obstante, los valores se mantuvieron bajos. En las SE 9 y 10 de 2026 se notificaron 7 casos de influenza entre las 114 muestras estudiadas en UMA.

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

En 2025 se registraron 195 muestras positivas dentro de las 4.165 muestras estudiadas, con un porcentaje de positividad acumulado de 4,68%. En UMA se registró un ascenso de las detecciones y positividad de muestras estudiadas para VSR, que se mantuvo por encima del 9% entre las SE25 y 32, con oscilaciones, y alcanzó el máximo en SE29, con tendencia descendente las siguientes semanas. En las primeras 10 SE de 2026, no se notificaron detecciones de VSR entre las 450 muestras estudiadas.

Gráfico 1. Porcentaje de positividad de muestras estudiadas por técnica molecular para SARS-CoV-2, influenza y VSR, por SE. Estrategia UMA. SE1/2024 a SE10/2026. Argentina.

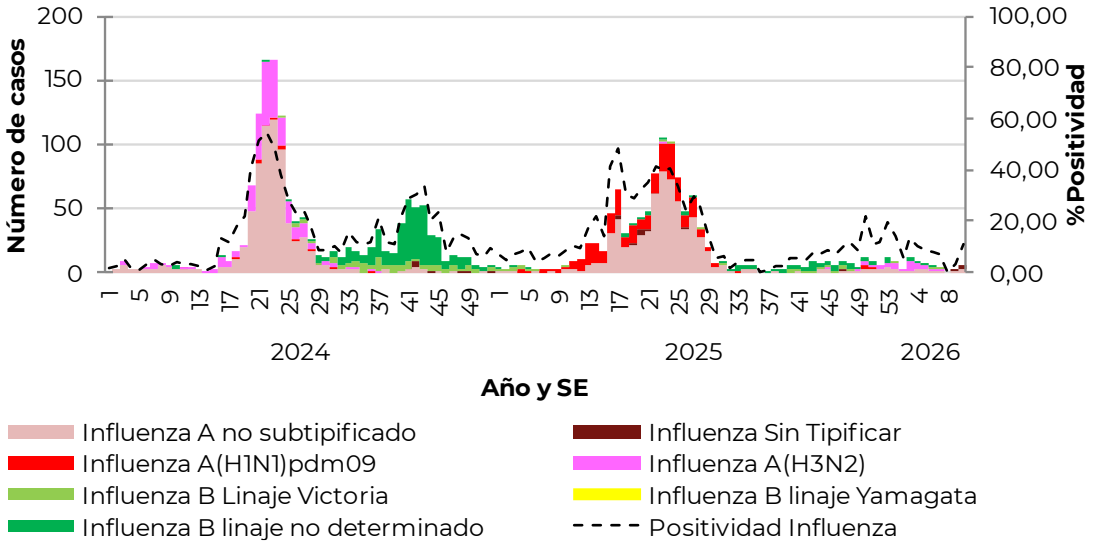


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

Aun cuando desde el inicio de 2024 se notificaron casos de influenza durante todas las semanas del año, entre las SE 16 y 28 de 2024 se verificó un aumento estacional en las detecciones, con el mayor número de casos notificados entre las SE21 y SE24. Como se mencionó previamente, este ascenso estuvo asociado a la detección de Influenza A, con predominio del subtipo A(H3N2). A partir de la SE31, y concomitantemente con el descenso de casos de Influenza A, se observó un ligero ascenso en la detección de casos de Influenza B/Linaje Victoria. Hacia el final del período se registran nuevamente detecciones de influenza A. En el 2025 se detectaron predominantemente casos de influenza A, específicamente influenza A (H1N1). Se detectó un menor número de casos de Influenza B, linaje Victoria.

En las primeras 10SE de 2026, se detectaron 39 casos de infuenza A, 25 casos con subtipificacion que corresponde a A(H3N2). En cuanto a influenza B, se detectaron 11 casos, dentro de los cuales se detectó linaje Victoria en 6 de ellos.

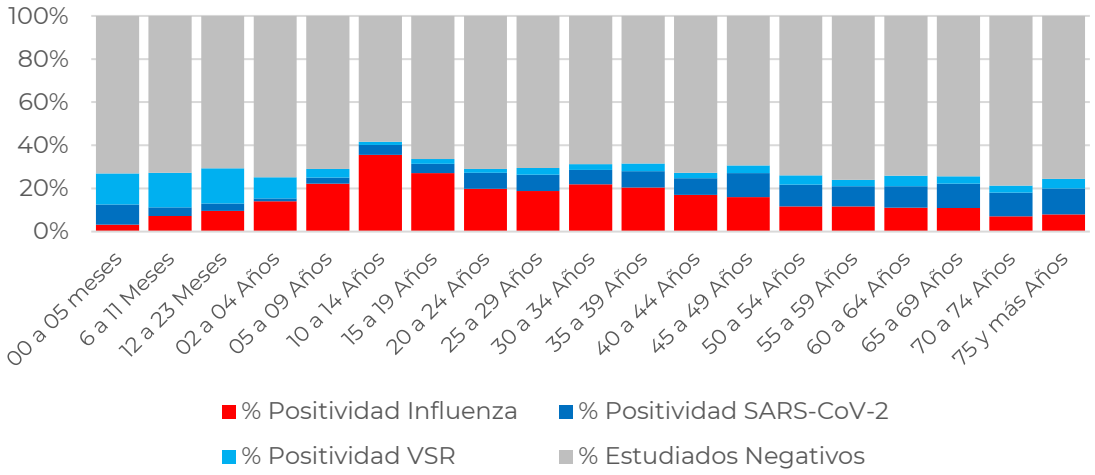
Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2024 a SE10/2026. Estrategia UMA. Argentina.



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

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

Gráfico 3. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados. SE1/2024 a SE10/2026. Estrategia UMA. Argentina[3].



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

IV.4.B. RED ARGENTINA DE VIGILANCIA CENTINELA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE -IRAG

Como parte del proceso de fortalecimiento y expansión de la Red Argentina de Vigilancia Centinela de IRAG, a partir de la SE18 de 2024, se adaptó la notificación nominal y agrupada de

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

casos de IRAG para dar respuesta a los objetivos de esta vigilancia. Además, se incorporó la notificación de casos de IRAG extendida, que busca mejorar la integración del VSR a la vigilancia de virus respiratorios. A la fecha de publicación de este Boletín, 41 establecimientos del país participan de la estrategia, con representación de todas las regiones del país. [4]

Definiciones de caso Vigentes

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

- Fiebre referida o constatada >= 38°C; y
- Tos; y - Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico[5].

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

- Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico[6].

En lactantes menores de 6 meses también considerar:

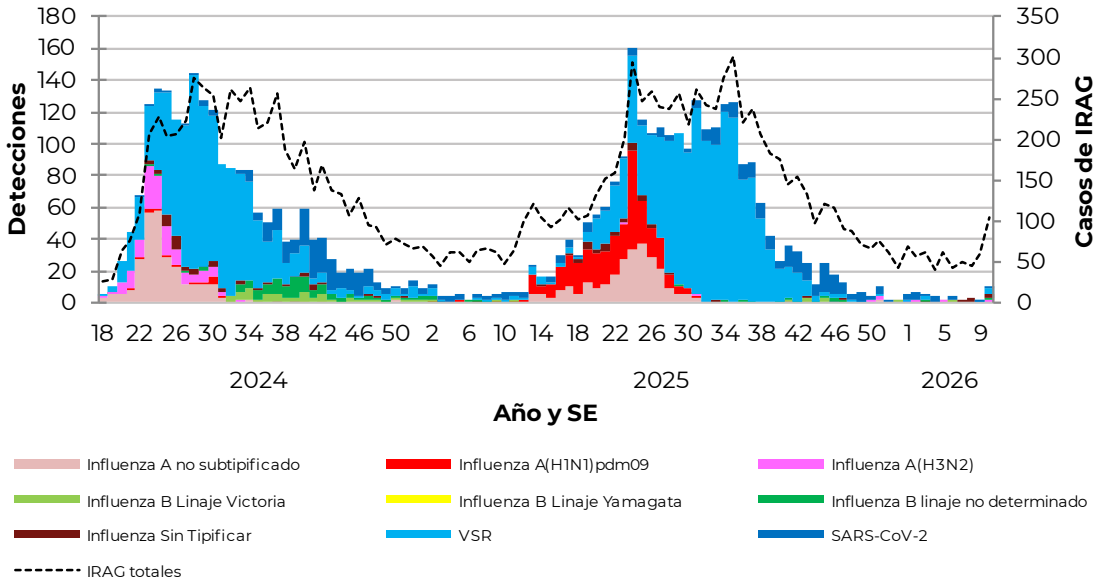
- Apnea (cese temporal de la respiración por cualquier causa), o
- Sepsis (fiebre/hipotermia[7] y shock[8] y gravemente enfermo sin causa aparente)

En las 10 primeras SE de 2026 se registraron de manera nominal un total de 589 internaciones con diagnóstico de IRAG y 304 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida en la Red Argentina de UC-IRAG[9].

La curva de casos de IRAG presentó tendencia ascendente entre las SE 18 y 28 de 2024, asociada al aumento estacional de casos de influenza A/H3N2 y, posteriormente, al ascenso de casos de VSR, permaneciendo por encima de los 200 casos semanales de IRAG entre las SE24 y 37. En 2025, las notificaciones de IRAG experimentaron un aumento desde la SE12, alcanzando su máximo en la SE35. En las primeras 10 SE de 2026 los casos de IRAG se mantienen estables, con un ligero aumento en la última semana y un promedio de 64,5 casos semanales en las últimas 4 semanas.

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

Gráfico 4. Casos totales de IRAG y detecciones de Influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y VSR, y por SE. Estrategia UC IRAG. SE18/2024 a SE10/2026. Argentina



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

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

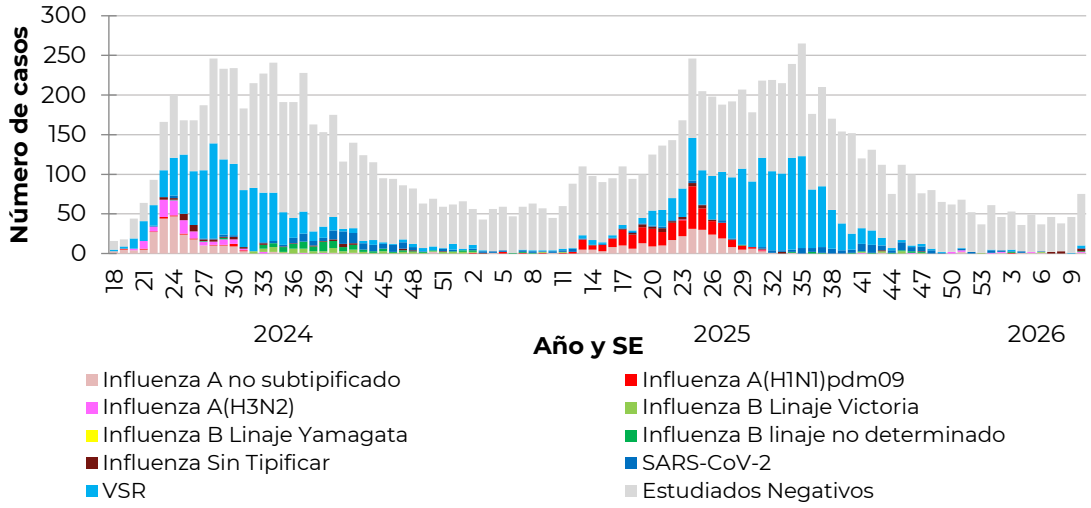
Aun cuando se registraron IRAG con diagnóstico de **Influenza** durante todo el periodo, entre la SE18 y la SE31 de 2024 se observó un ascenso de detecciones influenza A/H3N2, que alcanzó sus valores máximos entre SE 23/2024 y 24/2024. Con el descenso de casos de influenza A, se registró a partir de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

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

En las 10 primeras semanas de 2026, se detectaron 10 casos de influenza A, de los cuales 5 cuentan con subtipificación, siendo 4 de ellos A(H3N2) y 1 A(H1N1). Con respecto a influenza B, se registraron 3 casos, de los cuales 1 corresponde a linaje Victoria.

En cuanto a IRAG con diagnóstico de **VSR**, desde SE18/2024 se registró tendencia ascendente tanto de casos como del porcentaje de positividad, que alcanzaron valores máximos en SE28/2024, con descenso posterior, permaneciendo estable y en valores bajos desde SE41/2024. A partir de la SE20/2025 se registró un nuevo ascenso de las detecciones de VSR entre los casos de IRAG con un máximo en la semana 31 y valores elevados en las semanas siguientes. Desde la SE36 se observó una tendencia descendente, con valores bajos en las últimas semanas de 2025. y 3 casos registrados en las primeras 10 SE de 2026.

Gráfico 5. Casos de IRAG estudiados por técnica molecular para virus SARS-CoV-2, influenza y VSR según resultado, por SE. SE18/2024 a SE10/2026. Estrategia UC IRAG. Argentina [10].

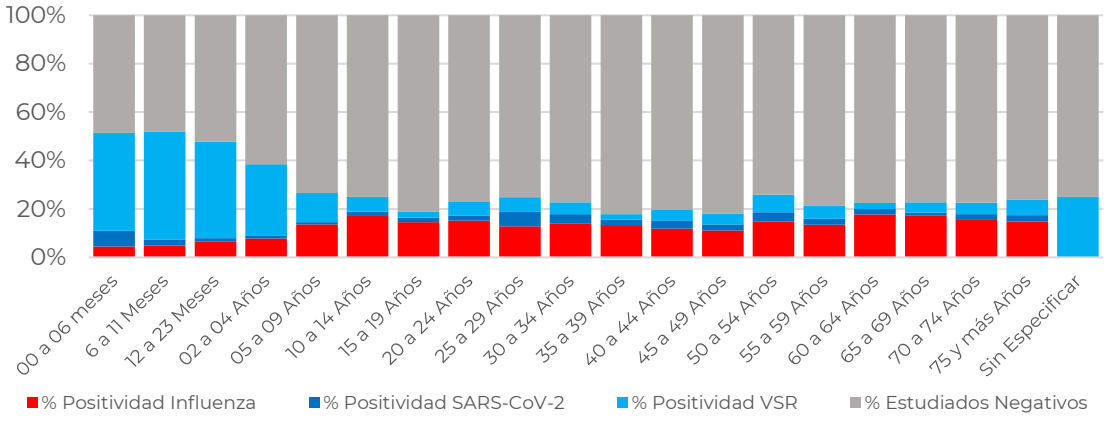


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0

En las últimas 4 semanas, entre 205 casos de IRAG estudiados por técnica molecular para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron: 1 caso de SARS-CoV-2, 11 casos de influenza y 4 de VSR. Los restantes 189 casos resultaron negativos para los agentes etiológicos priorizados.

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

Gráfico 6. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados, en casos de IRAG. SE18/2024 a SE10/2026. Estrategia UC IRAG. Argentina[11]



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

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

IV.5. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas

IV.5.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.6. Vigilancia epidemiológica

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

En este marco, se recomienda:

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

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

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

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

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

Definiciones:

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

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

IV.7. 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.8. 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.9. Tratamiento antiviral

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

Diversos estudios han evidenciado que en pacientes ambulatorios con alto riesgo de complicaciones, su uso se asocia a una reducción en la duración de los síntomas y en la incidencia de complicaciones.[12],[13] En pacientes hospitalizados con influenza grave, se ha documentado una disminución en la duración de la hospitalización y en el riesgo de mortalidad, especialmente cuando el tratamiento se inicia dentro de las primeras 48 horas del inicio de los síntomas, aunque también se observan beneficios cuando se inicia más tardíamente en casos graves o progresivos.[14],[15] En Argentina, durante el año 2024, el Laboratorio Nacional de Referencia no ha detectado un aumento de cepas resistentes a este antiviral entre los virus en circulación.

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

Indicaciones de tratamiento antiviral

Manejo de Influenza estacional

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

-Casos ambulatorios con Enfermedad Tipo Influenza (ETI)

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

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

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

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

V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

V.1. Situación regional

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)[16] y el ARBO-portal[17] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 19/03/2026 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la semana epidemiológica 10 de 2026 se notificaron 325.976 casos de dengue, de los cuales 60.587 fueron confirmados por laboratorio. En comparación con la misma semana epidemiológica de 2025, los casos confirmados registraron una disminución del 88%. Asimismo, se reportaron 33 fallecimientos. En cuanto a chikungunya, se reportaron un total de 24.078 casos, con 7 fallecimientos registrados. De ellos, 7.372 fueron confirmados, lo que implica una disminución del 83% 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 hasta la SE 10/2026, se reportaron 17.378 casos, de los cuales 6.575 fueron confirmados por laboratorio y se registraron 6 fallecimientos. A la misma semana del año anterior se habían confirmado 26 casos, sin fallecimientos asociados. Asimismo, se notificaron 898 casos de zika; no obstante, no se confirmaron casos por laboratorio para este evento.

Paraguay: hasta la SE 10/2026 se registraron un total de 5.079 casos de dengue, sin fallecimientos asociados. De ellos, 90 casos fueron confirmados por laboratorio, lo que implica un 81% menos que en la misma semana de 2025. Respecto de chikungunya, se notificaron 4 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 9/2026 se reportaron un total de 8.629 casos de dengue, con 10 fallecimientos registrados. De ellos, 3.814 fueron confirmados por laboratorio, representando una disminución del 63% 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

[16] Organización Panamericana de la Salud. Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA). Disponible en: https://www.paho.org/en/arbo-portal
[17] Organización Panamericana de la Salud. ARBO-portal: Oropouche. Disponible en: Enfermedad por virus Oropouche - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud

años. En este contexto, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) emitió una alerta epidemiológica. Se documentó una circulación importante en las regiones centro-oeste y sudeste de Brasil y sur de Bolivia[18].

En cuanto a Oropouche, en 2025 se notificaron casos autóctonos en países de la Región como Brasil y Perú. En 2026 solo se han reportado 4 casos en Panamá.

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).

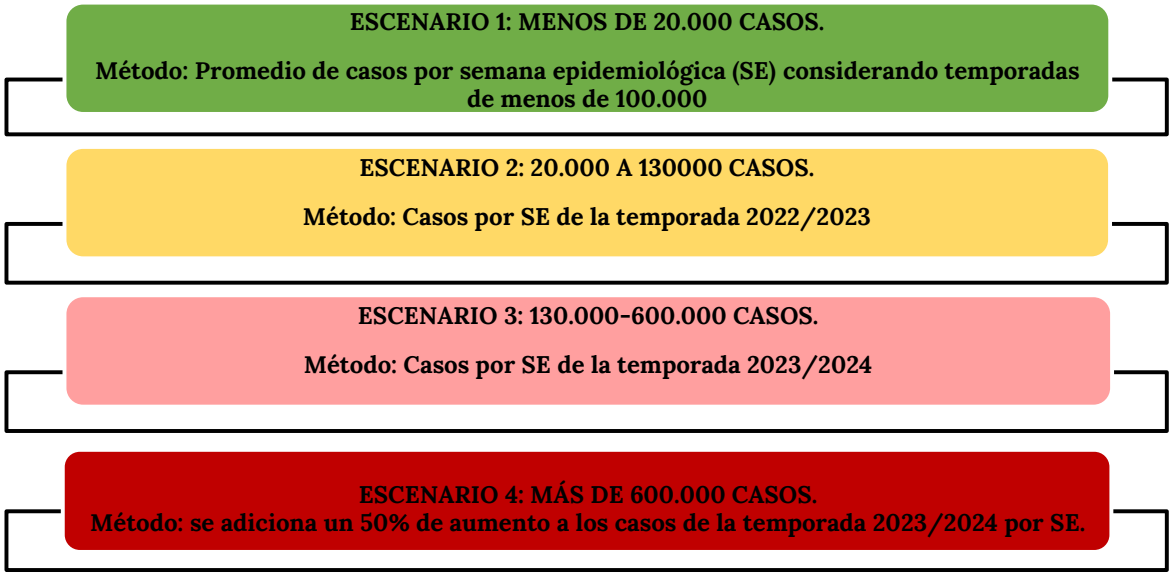
- **Escenario 1 (<20.000 casos):** se calculó a partir del promedio de casos semanales correspondientes a temporadas históricas con más de 1000 y menos de 100.000 casos de dengue, lo que refleja períodos de baja circulación viral y brotes de alcance limitado.
- **Escenario 2 (20.000 a 130.000 casos):** 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 caracterizada 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.

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

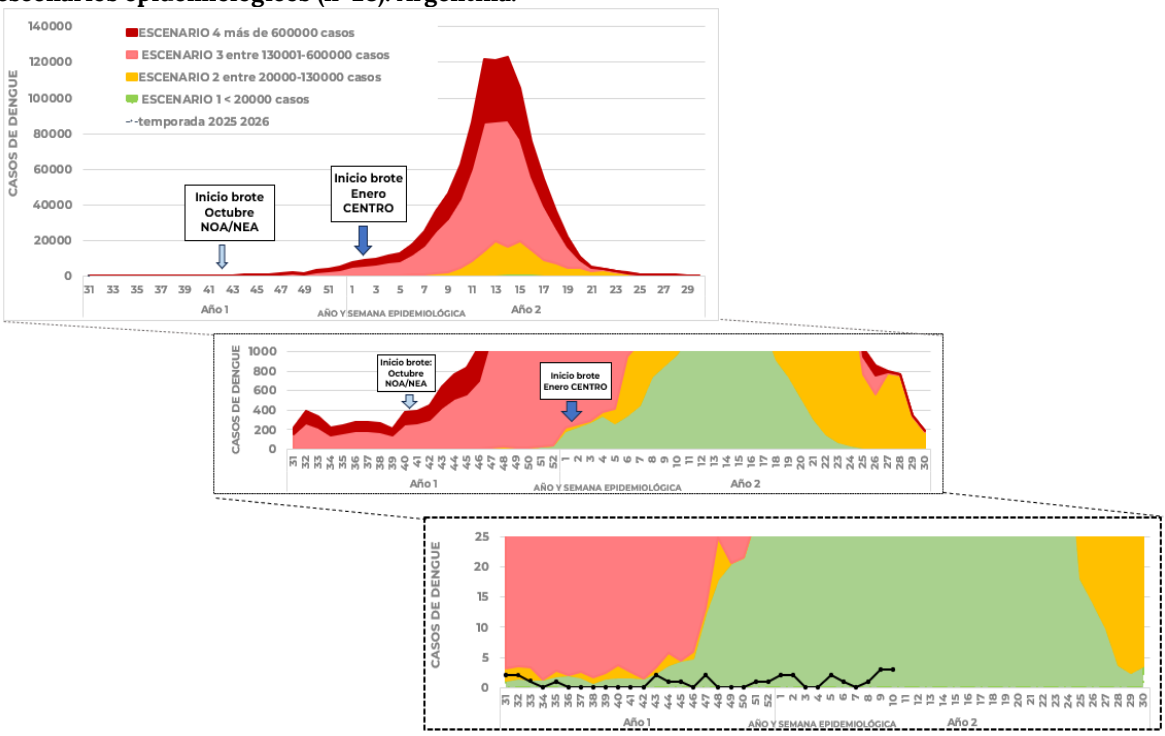
En el último gráfico (detalle en zoom) se presentan los casos de la temporada 2025-2026 y su representación en el modelo de escenarios estimados. Entre las SE31/2025 y SE10/2026 se notificaron 28 casos confirmados de dengue, de los cuales 15 fueron importados. Estos registros iniciales permiten dimensionar 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=28). 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 SE10/2026, se observa un descenso sostenido en el número de casos en comparación con los máximos alcanzados durante las epidemias de 2023 y 2024.

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

De acuerdo con la fecha mínima[19], desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) **14.372** casos sospechosos de dengue, de los cuales **28** fueron confirmados por laboratorio detectándose la circulación de DENV 1, 2 y 3. El **46%** corresponden a casos **sin** antecedente de viaje (Tabla 1):

- **Dos** casos autóctonos en **Formosa**: un caso con residencia en el departamento Pilagás (SE31) y un caso en el departamento Patiño (SE32).

- **Diez** casos de la **Provincia de Buenos Aires**: cinco sin antecedente de viaje -Tres de Febrero (SE31), San Isidro (SE43), Cañuelas (SE 51), Morón (SE5) y La Matanza (SE9); cinco con antecedente de viaje a Paraguay (SE35 y SE5), México (SE44), Indonesia (SE47) y Brasil (SE2).

- **Nueve** casos notificados en **CABA**: cuatro sin antecedente de viaje aún en investigación -uno en Comuna 1/Barracas (SE8 DENV-2), dos en Comuna 10 (Versalles SE9 /Villa Real SE10) y uno en Comuna 7 (Flores SE10); cinco con antecedente de viaje a Brasil (SE32), Sri Lanka (SE35/DENV-3), Pakistán (SE45), México (SE47/DENV-3) y Venezuela (SE1).

- **Dos** casos notificados por **Córdoba:** un caso con antecedente de viaje a México (SE2) y un caso sin antecedente de viaje (SE10) en Córdoba Capital.

- **Un** caso notificado por **Catamarca** sin antecedente de viaje (SE10), del departamento Ancasti (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.**

Según la fecha de apertura del evento (fecha de notificación al SNVS 2.0), en la SE 10/2026 se notificaron **833** casos sospechosos. Es importante destacar que estos eventos pueden corresponder a semanas epidemiológicas previas en relación con la fecha de inicio de síntomas, de consulta o de toma de muestra.

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

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE10/2026. 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	5	43	5	5	DENV-1 DENV-2 DENV-3	1061	307	1426	10
CABA	4	15	5	1	DENV-1 DENV-2 DENV-3	316	148	489	9
Córdoba	1	24	1	0	DENV-2	1948	113	2087	2
Entre Ríos	0	4	3	1	DENV-3	262	10	280	3
Santa Fe	0	22	0	2		1006	71	1101	0
Total Centro	**10**	**108**	**14**	**9**		**4593**	**649**	**5383**	**24**
Mendoza	0	0	1	1	DENV-3	117	2	121	1
San Juan	0	0	0	0		39	0	40	0
San Luis	0	0	0	0		61	7	68	0
Total Cuyo	**0**	**0**	**1**	**1**		**217**	**9**	**229**	**1**
Chaco	0	10	0	0		798	7	815	0
Corrientes	0	7	0	0		126	20	153	0
Formosa	2	1	0	0	DENV-2	3833	3	3839	2
Misiones	0	2	0	0		441	0	443	0
Total NEA	**2**	**20**	**0**	**0**		**5198**	**30**	**5250**	**2**
Catamarca	1	1	0	0	DENV-2	250	3	255	1
Jujuy	0	0	0	0		346	20	366	0
La Rioja	0	5	0	0		190	2	197	0
Salta	0	6	0	0		871	170	1047	0
Santiago del Estero	0	1	0	0		98	73	172	0
Tucumán	0	52	0	1		1218	54	1325	0
Total NOA	**1**	**65**	**0**	**1**		**2973**	**322**	**3362**	**1**
Chubut	0	0	0	0		12	2	14	0
La Pampa	0	0	0	0		68	9	77	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		24	2	26	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0		6	0	6	0
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**0**		**134**	**14**	**148**	**0**
Total País	**13**	**193**	**15**	**11**		**13115**	**1024**	**14372**	**28**

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=28)

La mediana de edad fue de 42,5 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. 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 **3202** casos sospechosos de Fiebre Chikungunya, de los cuales **199** corresponden a casos confirmados y probables. Los casos notificados con antecedente de viaje son importados de **Bolivia**, Brasil, Paraguay y Cuba. En la provincia de Salta se identificaron los primeros casos sin antecedente de viaje, en el contexto de la ocurrencia de casos importados con antecedente de viaje a Bolivia, confirmando 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, durante las últimas dos semanas se registraron casos sin antecedente de viaje en las jurisdicciones **Jujuy, Catamarca, Santiago del Estero y Buenos Aires (Ver mapa 1).**

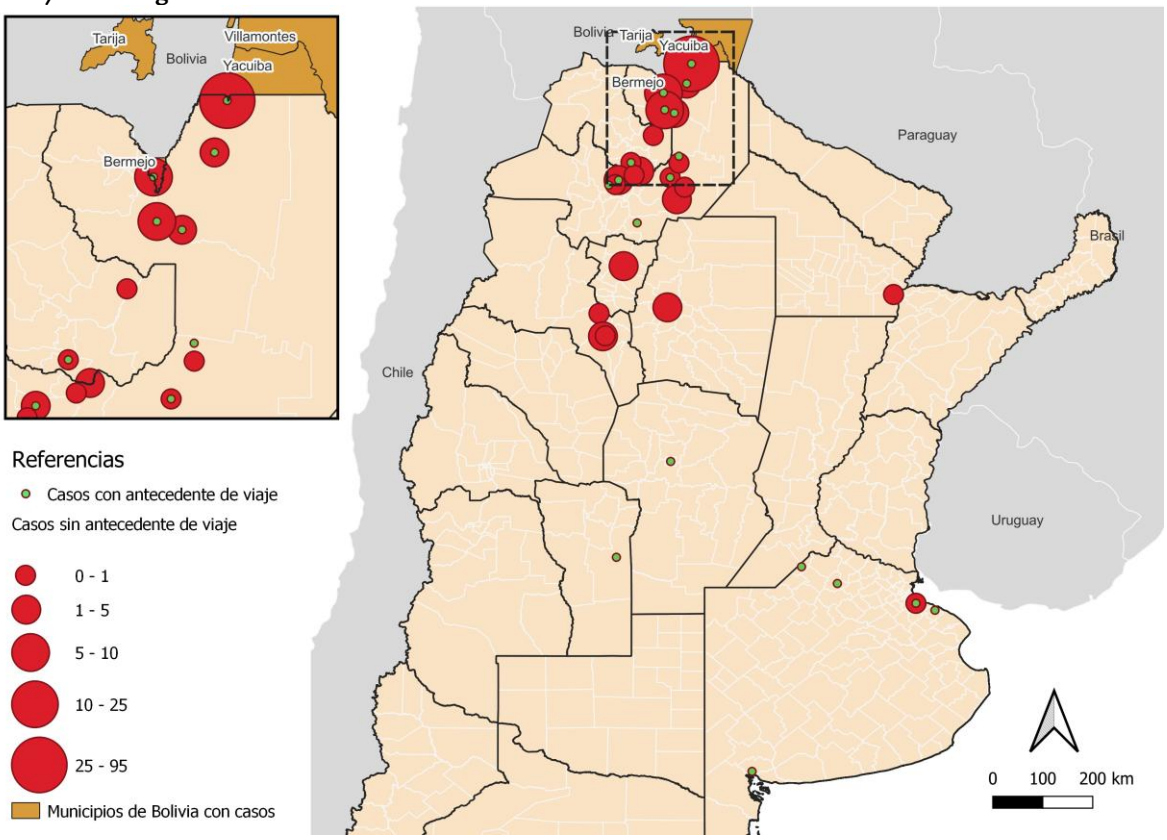
Los síntomas reportados fueron: fiebre, mialgias, cefalea, **poliartralgias** y vómitos.

Tabla 2. Fiebre Chikungunya: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE10/2026. 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	**1**	0	4	2	96	**7**
CABA	0	0	2	1	13	**3**
Córdoba	0	0	2	0	1401	**2**
Entre Ríos	0	0	0	0	33	0
Santa Fe	0	0	0	0	138	0
Total Centro	**1**	**0**	**8**	**3**	**1681**	**12**
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	158	**1**
Corrientes	0	0	0	0	2	0
Formosa	0	0	0	0	0	0
Misiones	0	0	0	0	41	0
Total NEA	**0**	**1**	**0**	**0**	**201**	**1**
Catamarca	**3**	**1**	0	0	49	**4**
Jujuy	**6**	0	1	0	88	**7**
La Rioja	0	0	0	0	18	0
Salta	**85**	**41**	27	14	723	**167**
Santiago del Estero	**3**	0	0	0	24	**3**
Tucumán	**3**	**1**	0	0	373	**4**
Total NOA	**100**	**43**	**28**	**14**	**1275**	**185**
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	4	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**0**	**8**	**0**
Total País	**101**	**44**	**37**	**17**	**3202**	**199**

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 2. Fiebre Chikungunya: Casos confirmados y probables por localidad a nivel nacional. SE1 a SE10/2026. 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.4.A. CASOS DE FIEBRE CHIKUNGUNYA EN SALTA

Hasta la fecha se notificaron **167** casos de Fiebre Chikungunya, de los cuales 112 se encuentran confirmados y 55 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 **97%** 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 28 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 51% de los casos corresponde a sexo legal femenino.

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

Tabla 3. Casos de fiebre Chikungunya por localidad. Salta. SE10/2026.

Departamento	Localidad	Casos de Chikungunya
Anta	Centro 25 de junio	1
	Las Lajitas	2
	Gaona	2
	General Pizarro	1
	Luis Burela	1
Capital	Salta	6
	Prof. Salvador Mazza	107
	Tartagal	4
	Embarcación	6
Orán	Aguas Blancas	20
	San Ramón de la Nueva Orán	13
Rosario de la Frontera	Rosario de la Frontera	1
Rosario de Lerma	Campo Quijano	1
Cerrillos	Cerillos	1
General Güemes	General Guemes	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).

V.5. Situación epidemiología de otros Arbovirus en Argentina

V.5.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 **332** 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 **84** 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 SE10/2026).

Tabla 3. Número de muestras estudiadas y positivas con y sin antecedente de viaje para Encefalitis Arbovirales. SE31/2025 a SE10/2026. 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	36	1	28	1	7
CABA	0	1	0	0	0	0
Córdoba	0	241	0	5	1	1
Entre Ríos	0	9	0	2	0	0
Santa Fe	0	19	0	15	1	0
Total Centro	**0**	**306**	**1**	**50**	**3**	**8**
Mendoza	0	2	0	0	0	0
San Juan	0	4	0	0	0	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	3	0	23	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**	**11**	**0**	**24**	**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**	**332**	**1**	**84**	**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.5.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 SE10/2026).

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 SE10/2026. 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	68	0	44	0	1
Entre Ríos	0	8	0	1	0	0
Santa Fe	0	70	0	31	0	8
Total Centro	**0**	**218**	**0**	**113**	**0**	**18**
Mendoza	0	14	0	2	0	0
San Juan	0	0	0	1	0	0
San Luis	0	4	0	8	0	0
Total Cuyo	**0**	**18**	**0**	**11**	**0**	**0**
Chaco	0	26	0	114	0	2
Corrientes	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	22	0	0	0	0
Misiones	0	3	0	35	0	8
Total NEA	**0**	**51**	**0**	**149**	**0**	**10**
Catamarca	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	33	0	28	0	0
La Rioja	0	9	0	9	0	9
Salta	0	101	0	228	0	0
Santiago del Estero	0	2	0	19	0	0
Tucumán	0	151	0	14	0	8
Total NOA	**0**	**296**	**0**	**298**	**0**	**17**
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**	**584**	**0**	**571**	**0**	**45**

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 **584** 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 **571** 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 **45** 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[20] con el objetivo de optimizar los criterios diagnósticos, fortalecer las estrategias de detección temprana y respuesta ante brotes, y mejorar la calidad de la información notificada al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

En las últimas ediciones del BEN, se ha priorizado la presentación 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.

Dada la complejidad clínica y epidemiológica del evento, los datos presentados pueden estar sujetos a revisión según avance la confirmación diagnóstica o la clasificación final de los casos. No obstante, su actualización constante resulta fundamental para dimensionar el

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

comportamiento del evento, fortalecer los sistemas de vigilancia y consolidar las capacidades de respuesta ante este tipo de emergencias.

VI.2. Situación epidemiológica actual

VI.2.A. NOTA METODOLÓGICA

El análisis de la información se realiza por la caracterización epidemiológica del evento nominal "Hantavirosis". Se consideran como casos confirmados aquellos que cuentan con resultados de laboratorio detectable o reactivo, según la última definición de caso consensuada publicada en la Circular de Vigilancia de Mayo 2025[21], o una clasificación manual correspondiente a confirmado.

Los casos se presentan según la jurisdicción de residencia consignada en el SNVS 2.0, en ausencia de este dato, se utiliza en la que se cargó. La fecha mínima se construye según orden de priorización con la fecha de inicio de síntomas (FIS), la fecha de consulta, toma de muestra, y, por último, fecha de apertura del caso, en caso de no contar con ninguna de las anteriores.

VI.2.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

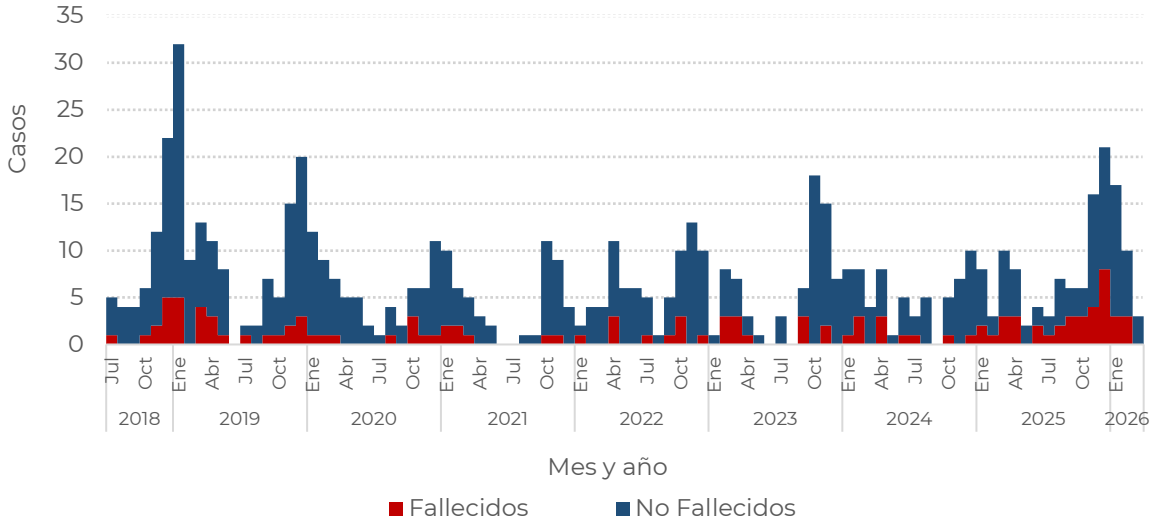
La situación epidemiológica actual se caracterizó a partir de la comparación de temporadas, es decir los períodos comprendidos entre los meses julio de un año y junio del siguiente (Por ej. SE 27/2018- SE 26/2019) para, de esta manera, poder contrastar el aumento de casos en períodos estivales entre 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 10/2026). 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).

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

Gráfico 1. Hantavirosis: Casos confirmados por mes, año y condición de egreso. SE 27/2018 a SE 10/2026, Argentina. (N=633)

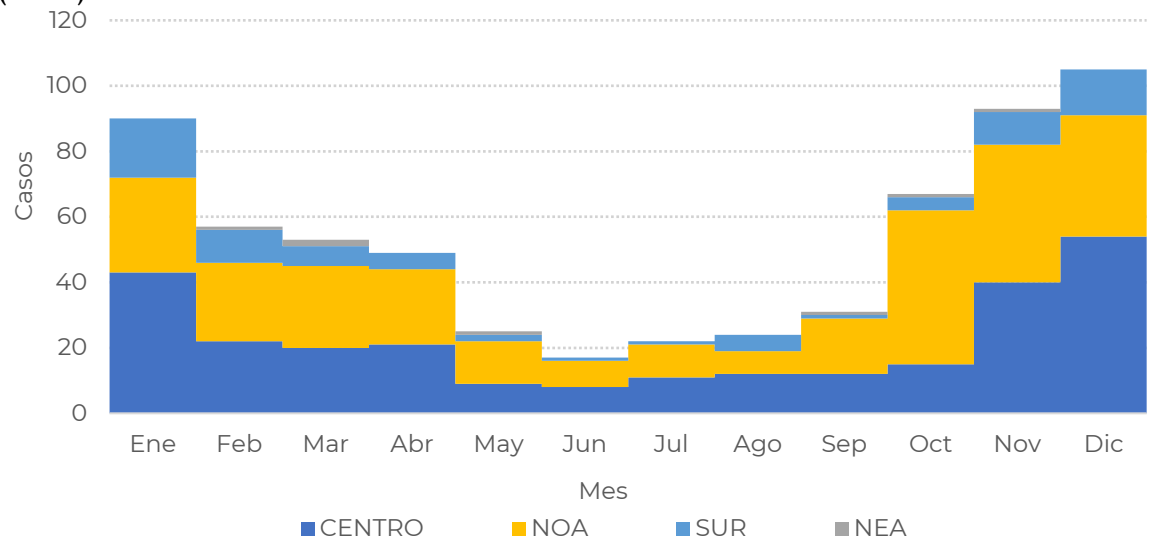


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

En el presente análisis, y en comparación con el BEN previo, se identificaron tres casos adicionales de hantavirosis en marzo de 2026, correspondientes al departamento de Orán, provincia de Salta. Dos de ellos habían realizado actividades laborales en áreas silvestres próximas al río Bermejo. No se reportaron nuevos fallecidos. Con estas notificaciones, en lo que va de 2026, se confirman 30 casos, con un total de 6 fallecimientos.

En el período analizado se acumularon 633 casos confirmados. Entre los meses de octubre y enero es donde se acumula el 56% de los casos confirmados. En la temporada en curso, los meses de noviembre (n=16), diciembre (21) y enero (17) registran la mayor cantidad de casos al compararlos con los mismos meses de las temporadas previas analizadas, sin considerar el brote de transmisión interhumana. Asimismo, sin considerar la temporada actual, los casos ocurridos en los meses de febrero a mayo representaron el 28% del total (Ver Gráfico 1 y 2).

Gráfico 2. Hantavirosis: Casos acumulados según mes y región. SE 27/2018 a SE 10/2026, Argentina. (N=633)

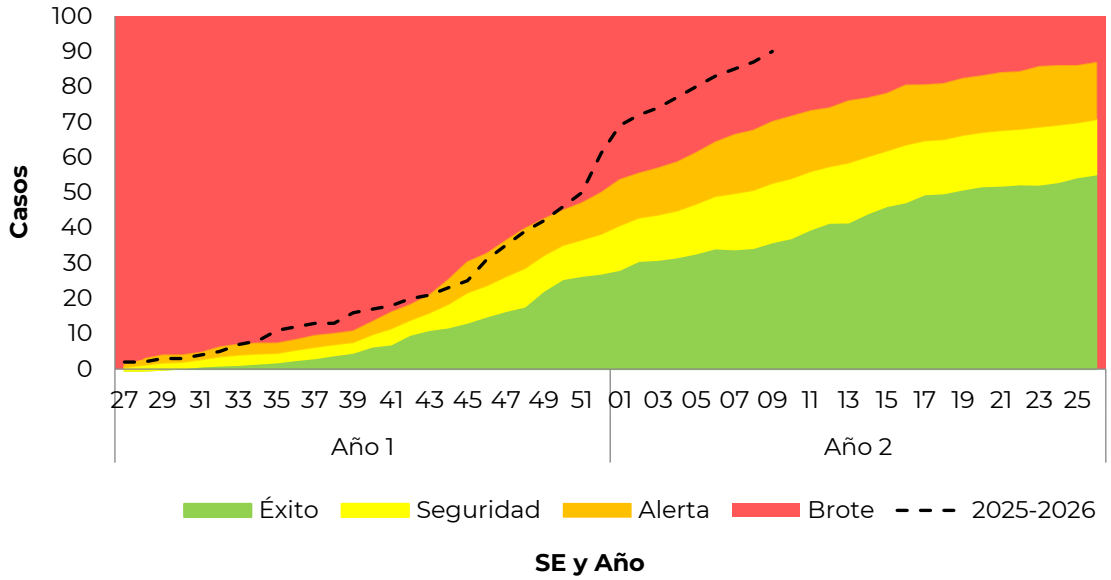


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

En la serie histórica de incidencia mensual, 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). A excepción de la presente temporada, en el NOA ocurre el incremento estacional de forma más temprana, 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 10/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025)*. Argentina. (N=90)

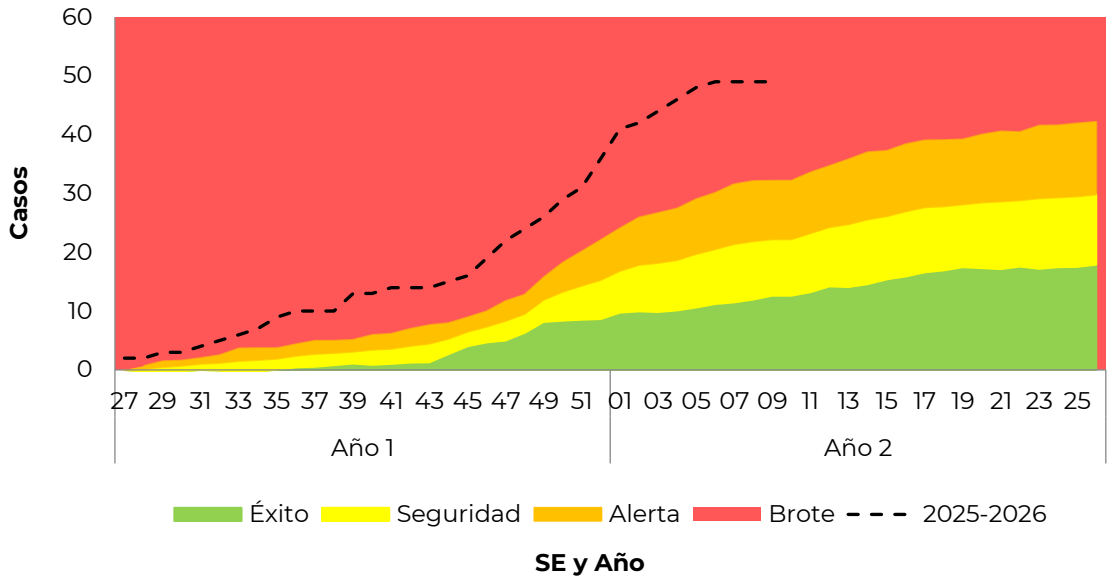


*Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0. *Tanto para el total país como para los corredores regionales, se excluyeron del período comparativo los casos de la temporada 2018-2019 por ser una temporada de brote.*

Puede observarse que a nivel nacional la cantidad de casos para la 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 10/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región Centro. (N=49)

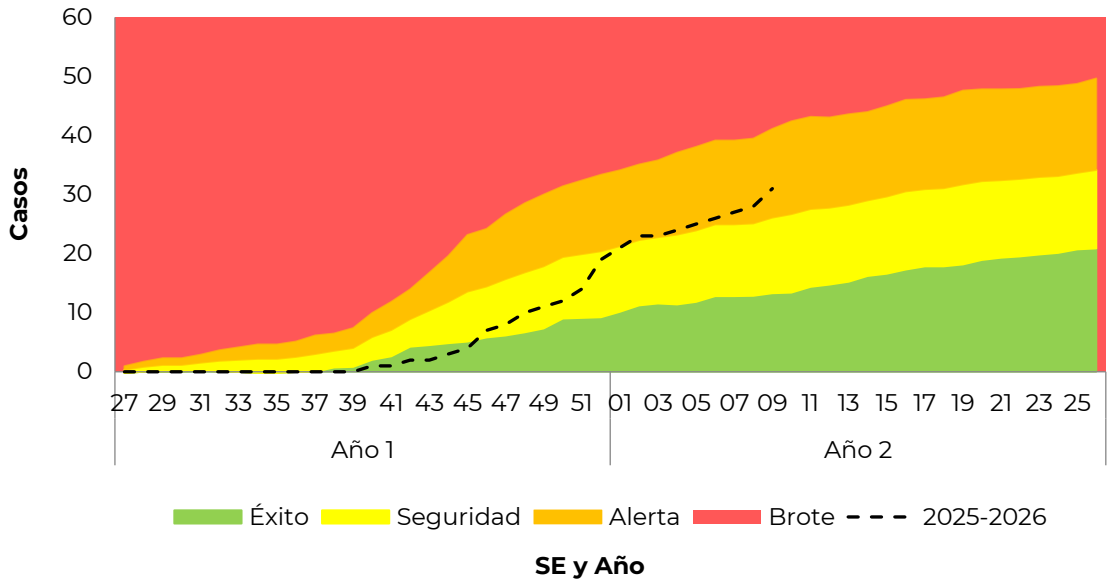


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

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 10/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región NOA. (N=31)

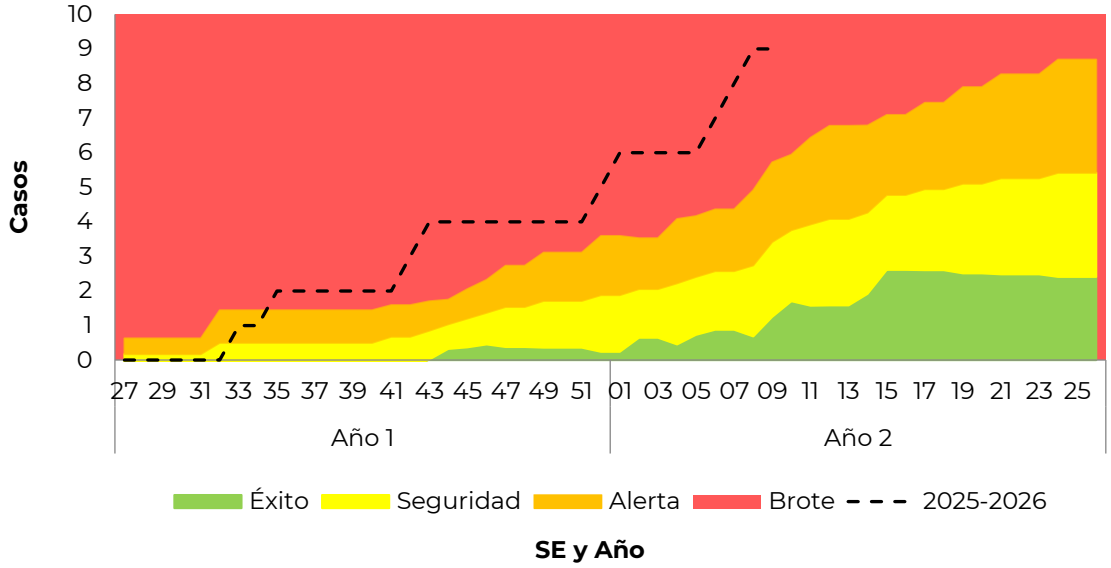


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

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 se registra un incremento de casos más tardío en comparación con años previos, lo que sitúa a la región en zona de **alerta epidemiológica**.

Región Sur

Gráfico 6. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE 27/2025 a SE 10/2026 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 10). (N=409)

Temporada	2019-2020 (hasta SE10)		2020-2021 (hasta SE10)		2021-2022 (hasta SE10)		2022-2023 (hasta SE10)		2023-2024 (hasta SE10)		2024-2025 (hasta SE10)		2025-2026 (hasta SE10)	
Jurisdicción	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Buenos Aires	24	0.14	15	0.09	8	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	6	0.17	6	0.17	8	0.22	7	0.19
Centro	**35**	**0.12**	**25**	**0.08**	**13**	**0.04**	**19**	**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	2	0.16	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**	**2**	**0.05**	**1**	**0.02**
Jujuy	9	1.17	7	0.90	5	0.64	7	0.88	10	1.25	4	0.50	5	0.61
Salta	24	1.70	10	0.70	10	0.69	22	1.50	36	2.42	10	0.67	26	1.71
Tucuman	0	0.00	0	0.00	2	0.12	2	0.11	3	0.17	0	0.00	0	0.00
NOA	**33**	**0.58**	**17**	**0.30**	**17**	**0.29**	**31**	**0.53**	**49**	**0.83**	**14**	**0.23**	**31**	**0.51**
Chubut	0	0.00	3	0.48	2	0.32	3	0.47	1	0.15	0	0.00	3	0.45
Neuquen	1	0.15	1	0.15	0	0.00	1	0.15	3	0.43	0	0.00	1	0.14
Rio Negro	1	0.13	2	0.27	0	0.00	1	0.13	1	0.13	2	0.25	5	0.63
Sur	**2**	**0.07**	**6**	**0.20**	**2**	**0.07**	**5**	**0.16**	**5**	**0.16**	**2**	**0.06**	**9**	**0.28**
Total País	**73**	**0.16**	**48**	**0.11**	**32**	**0.07**	**55**	**0.12**	**67**	**0.14**	**44**	**0.09**	**90**	**0.19**

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

Desde enero de 2026, hasta la SE actual, se notificaron un total de 30 casos de hantavirosis en las provincias de Buenos Aires (13), Salta (11), Chubut (2), Río Negro (2), Entre Ríos (1) y Jujuy (1).

La temporada actual registra la incidencia nacional más alta en comparación con las temporadas previas, con una tasa de 0,19 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 (0,51 casos confirmados cada 100.000 habitantes). La misma tuvo 31 casos confirmados hasta el momento, de los cuales el 83% se concentraron en Salta. Esta provincia posee la tasa de incidencia más elevada (1,71), siendo poco menos del triple 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.

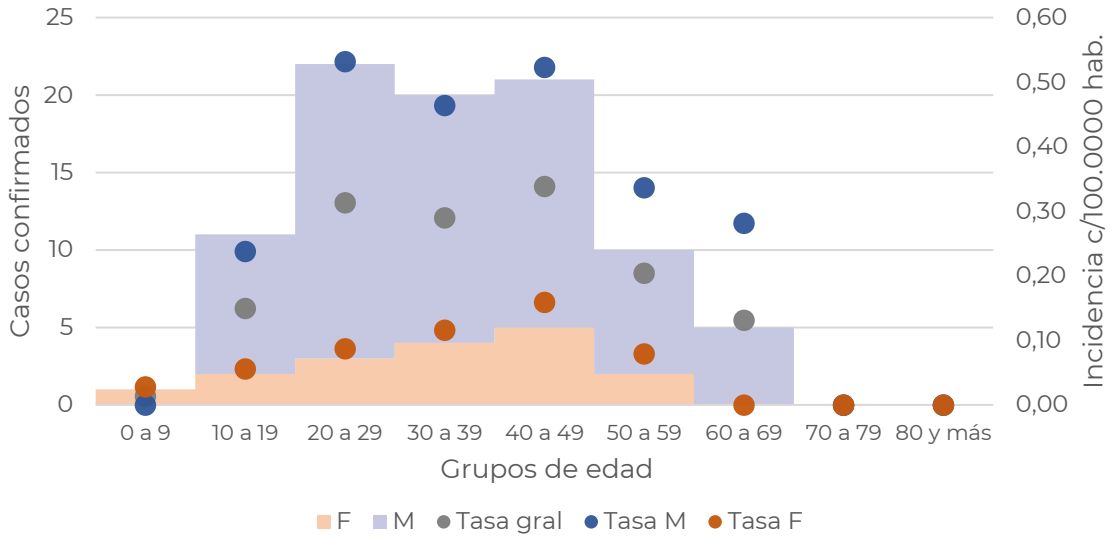
En el BEN 799 SE9[22], es posible consultar la incidencia histórica de cada temporada por provincia de los 1447 casos de hantavirosis notificados desde la SE 27/2009, junto a su distribución espacial por provincia. La descripción de los casos históricos permite caracterizar riesgos diferenciales asociados 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.

[22] Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°799, SE 9, disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2026/01/ben-799-se-9-vf.pdf

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 SE10/2026. (N=90)



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

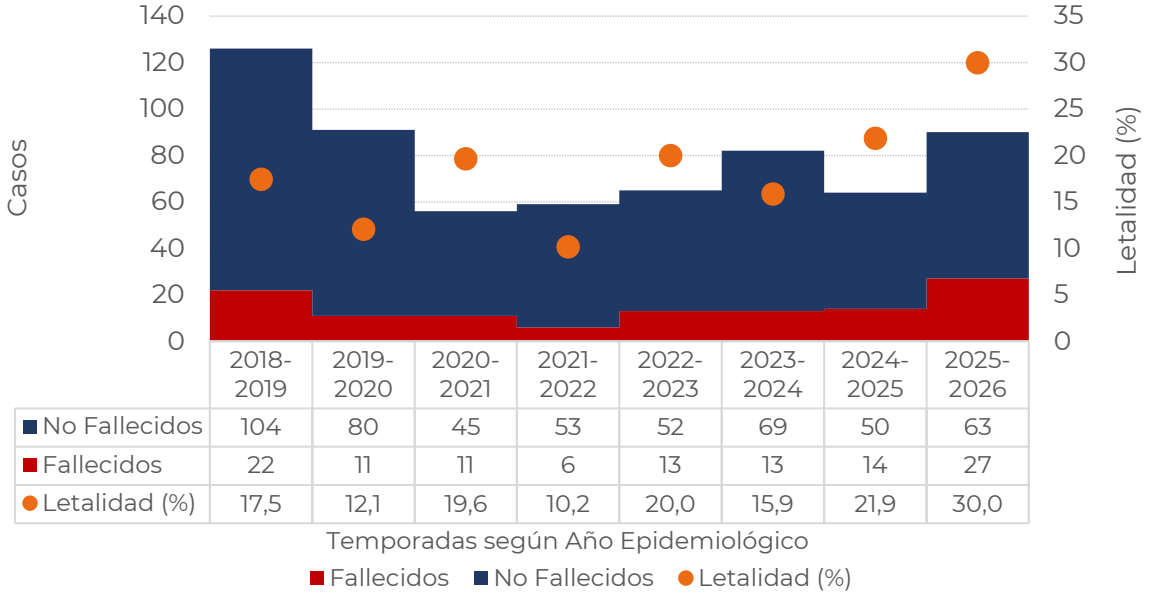
A nivel país, la mediana de edad para los casos confirmados de la temporada en curso es de 35 años, concentrándose el 70% (64) de los casos entre los 20 y los 49 años, contando estos grupos con las mayores tasas de incidencia cada 100.000 habitantes en el período.

En cuanto a la distribución de los casos por sexo, el 81% (73) 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 10/2026. Argentina. (N=633)

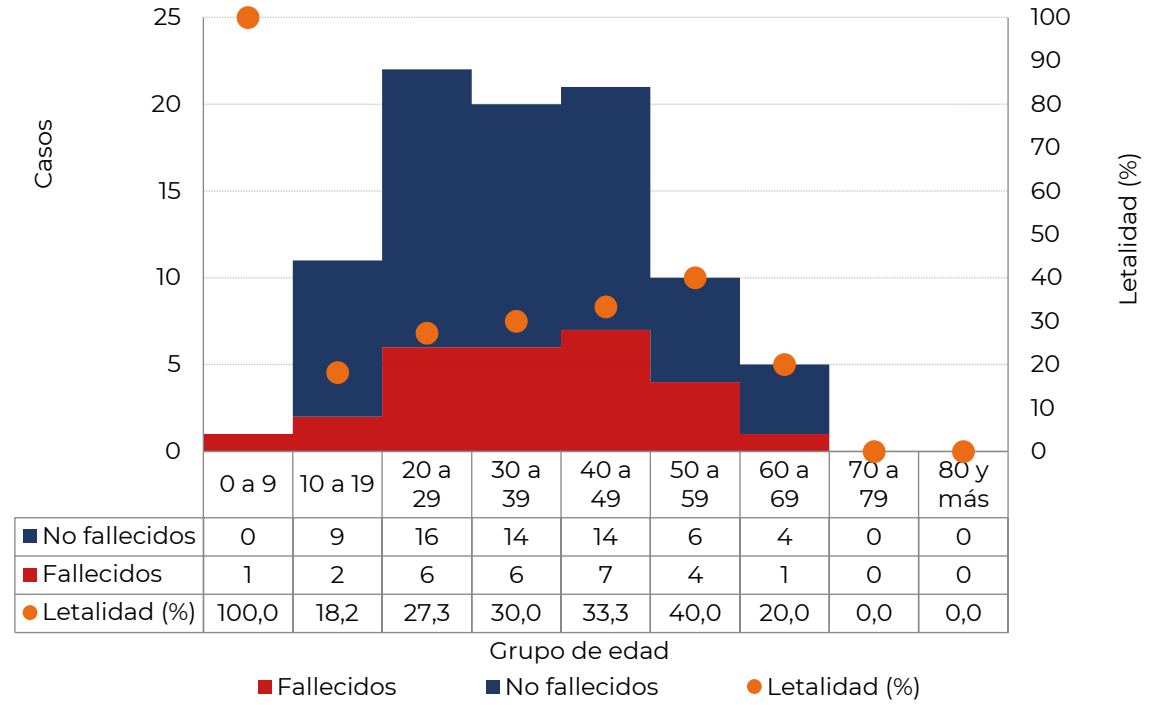


	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025	2025-2026
No Fallecidos	104	80	45	53	52	69	50	63
Fallecidos	22	11	11	6	13	13	14	27
Letalidad (%)	17,5	12,1	19,6	10,2	20,0	15,9	21,9	30,0

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

En la temporada actual hasta la SE10/2026 se notificaron 27 casos fallecidos, con una letalidad del 30%, más elevada respecto de las temporadas previas. Por otro lado, se elaboró 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 10/2026. Argentina. (N=90)



	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	9	16	14	14	6	4	0	0
Fallecidos	1	2	6	6	7	4	1	0	0
Letalidad (%)	100,0	18,2	27,3	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 presenta una tabla (Tabla 2), correspondiente a los fallecidos y tasas de mortalidad en el período equivalente al transcurrido para la temporada actual 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 10). (N=73)

Año epidemiológico	2019 - 2020 (SE27 a SE 10)		2020 -2021 (SE27 a SE10)		2021 - 2022 (SE27 a SE10)		2022 - 2023 (SE27 a SE10)		2023 - 2024 (SE27 a SE10)		2024 - 2025 (SE27 a SE10)		2025 - 2026 (SE27 a SE10)	
Jurisdicción	N	Tasa	N	Tasa		Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Buenos Aires	2	0,11	2	0,11	0	0,00	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	1	1,30	1	1,28	1	1,27	2	2,51
Sur	**0**	**0,00**	**2**	**0,68**	**1**	**0,33**	**2**	**0,66**	**1**	**0,32**	**1**	**0,32**	**3**	**0,95**
Total País	**9**	**0,20**	**9**	**0,20**	**3**	**0,07**	**10**	**0,22**	**8**	**0,17**	**7**	**0,15**	**27**	**0,57**

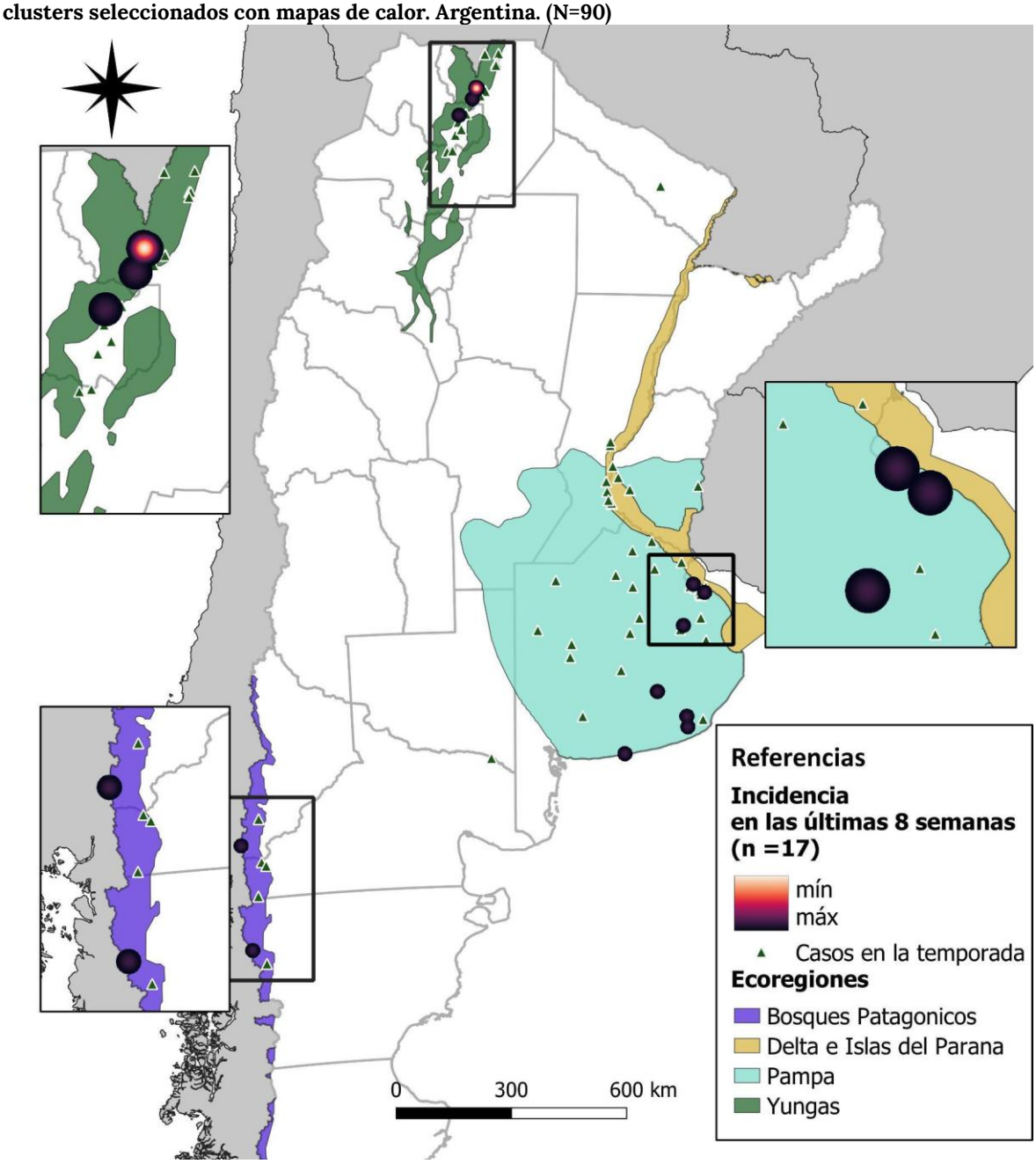
Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0
Nota: Se muestra sólo las jurisdicciones con casos

A nivel nacional, la tasa de mortalidad de la temporada actual (SE 27/2025 a SE 10/2026) es 4 veces mayor respecto a la temporada anterior (0,13) y la más alta de todo el periodo analizado 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 la edición del BEN N°799 SE9,[23] ya mencionada, es posible observar la distribución espacial por incidencia y fallecidos por provincia en el país.

En esta ocasión, le daremos importancia a la concentración especial de casos en el momento temporal actual (mapa 2):

[23] Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°799, SE 9.

Mapa 2. Hantavirosis: Casos confirmados desde SE27/2025 a SE 10/2026, ecorregiones y detalle de clusters seleccionados con mapas de calor. Argentina. (N=90)



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

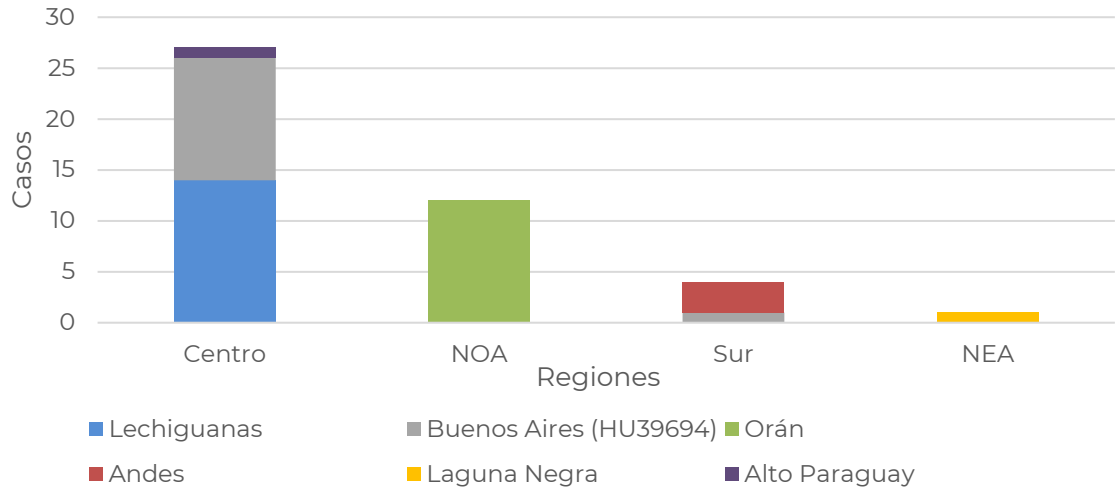
En el mapa se visualizan los casos de esta temporada (triángulos), evidenciándose la distribución de los mismos relacionado a las cuatro ecorregiones históricamente vinculadas a los reservorios. La mayor cantidad de casos en la temporada se encuentran en la Región Centro. El mapa de calor evidencia los casos de las últimas 8 semanas, mostrando una concentración en el área de las Yungas en la región NOA.

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

SITUACIONES **EMERGENTES**

VII. Coqueluche

VII.1. Introducción

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

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

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

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

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

VII.2.Situación internacional[24]

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

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

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

punto más bajo con 3.284 casos. Posteriormente, se registró un aumento importante de los casos entre el 2023 (n= 11.202 casos) y 2024 (n= 66.184 casos). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) identificó 10 países con aumento en el número de casos en el año 2025: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, EE.UU, México, Panamá, Paraguay y Perú.

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

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

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

VII.3.Situación Epidemiológica actual de Coqueluche en Argentina

VII.3.A. INTRODUCCIÓN

Durante el año 2025 se notificaron 6.833 casos sospechosos de coqueluche, de los cuales 1.211 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 10 primeras SE de 2026 se notificaron un total de 734 casos con sospecha de coqueluche, de los cuales 231 fueron confirmados. En 216 de éstos se contó con confirmación de laboratorio[25], identificándose *B. pertussis* en el 69,0% (n=149). 1 caso correspondió a *B. parapertussis* y 66 casos permanecen sin identificación de especie (*Bordetella* sp.).

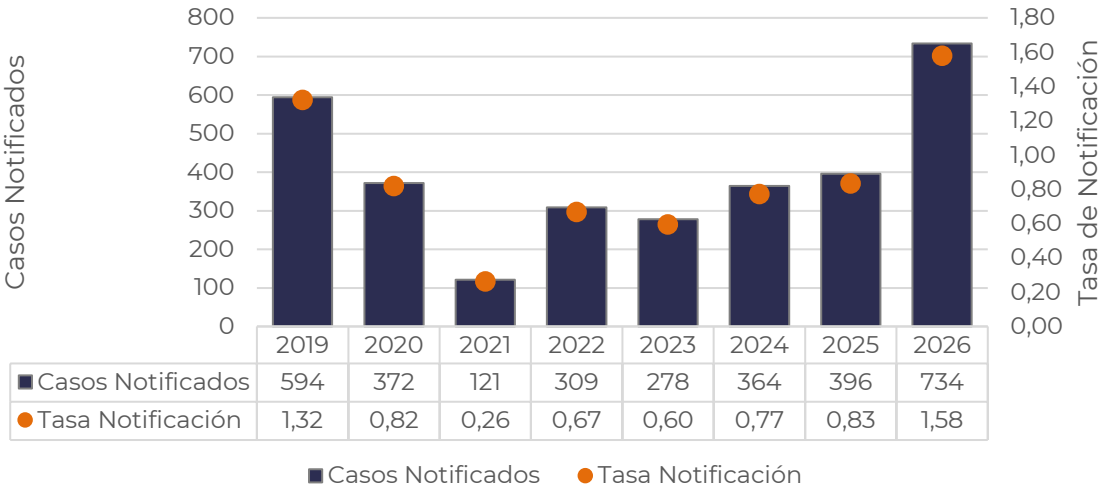
[25] Los restantes casos confirmados no cuentan con información de estudios de laboratorio en SNVS 2.0. Estos casos, se contabilizan como confirmados de acuerdo a la clasificación manual del caso, y no es posible definir si se trata de casos confirmados por laboratorio o bien de acuerdo a criterio clínico-epidemiológico

Los 231 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 1-10 es de 0,50 casos por cada 100.000 habitantes, siendo también la más alta para la SE10 desde 2019. Hasta el momento, se registraron 2 fallecimientos.

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

La tasa de notificación hasta la SE10 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 1,58 casos cada 100.000 habitantes, seguido por 2019, con 1,32 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 10. Años 2019-2026.



	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Casos Notificados	594	372	121	309	278	364	396	734
Tasa Notificación	1,32	0,82	0,26	0,67	0,60	0,77	0,83	1,58

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

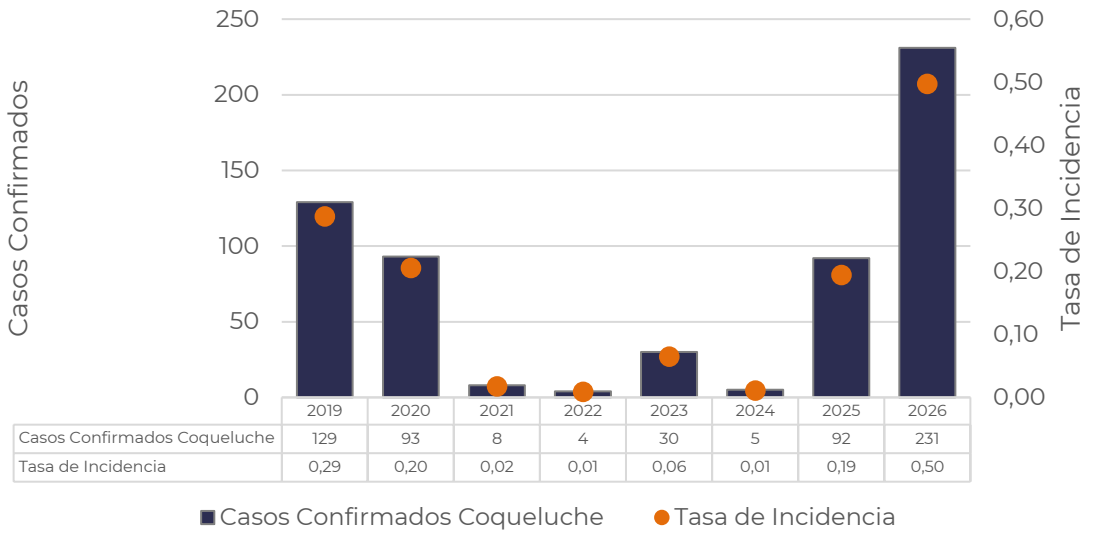
En las SE 1-10 de 2026, las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche se concentraron principalmente en establecimientos de CABA (n=269) provincia de Buenos Aires (n= 165), Córdoba (n= 102), Mendoza (n=43), Santa Fe (n=42), Salta (n=39), Chaco (n=13) y Tierra del Fuego (n=10). En las 14 provincias restantes que notificaron casos sospechosos, se notificaron menos de 10 casos.[26]

Del total de notificados, se confirmaron 231 casos, lo que representa una tasa de incidencia de 0,50 casos por cada 100.000 habitantes. Si se analiza el período 2019-2026 hasta la SE10, 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[27].

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

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

Gráfico 2. Casos confirmados y tasa de incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año. Argentina. SE 1-10. Años 2019-2026.

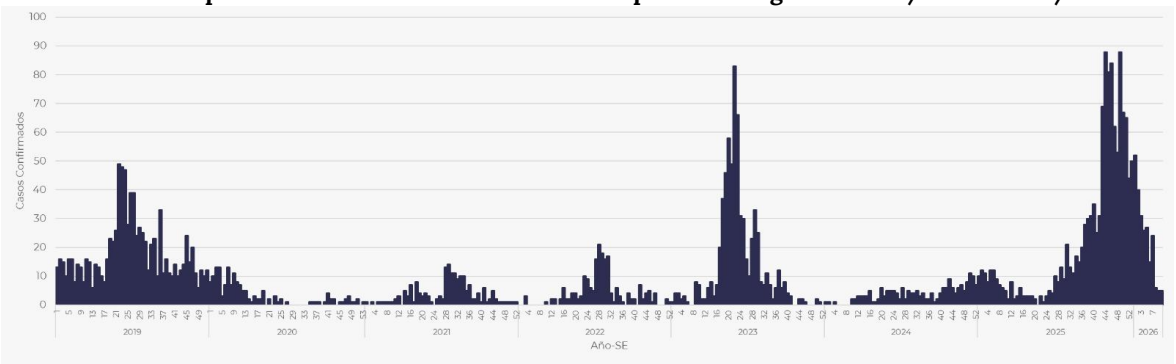


	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Casos Confirmados Coqueluche	129	93	8	4	30	5	92	231
Tasa de Incidencia	0,29	0,20	0,02	0,01	0,06	0,01	0,19	0,50

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 SE10/2026.



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

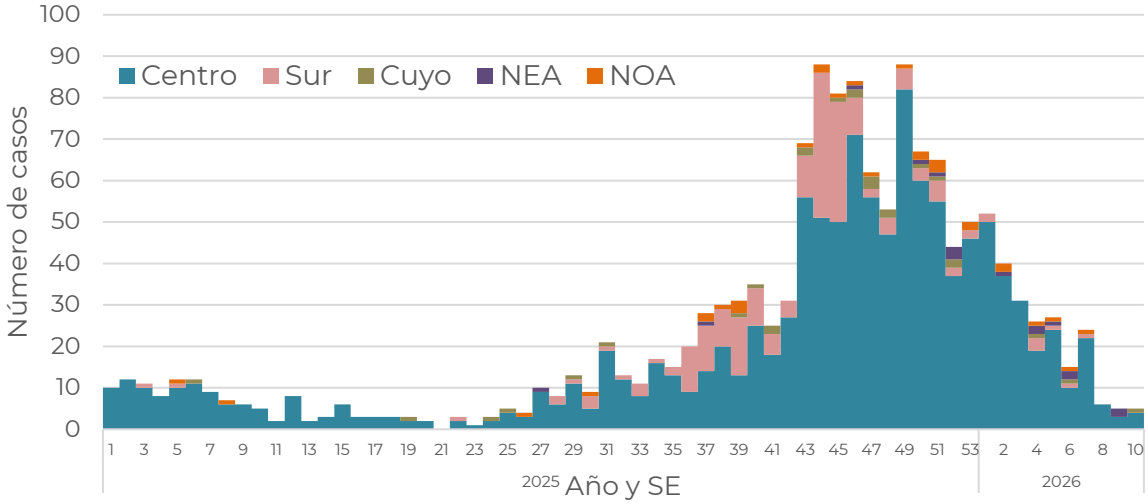
A partir de la SE 10/2024 se observan casos de coqueluche de manera sostenida, principalmente a expensas de la Región Centro. Desde la SE 43/2024 se identifica un leve incremento que alcanza un máximo en las SE 5 y 6/2025, seguido de un descenso hasta mitad del año.

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[28].

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

Gráfico 4. Casos confirmados de coqueluche según SE y región. Argentina. SE 1/2025-SE10/2026.

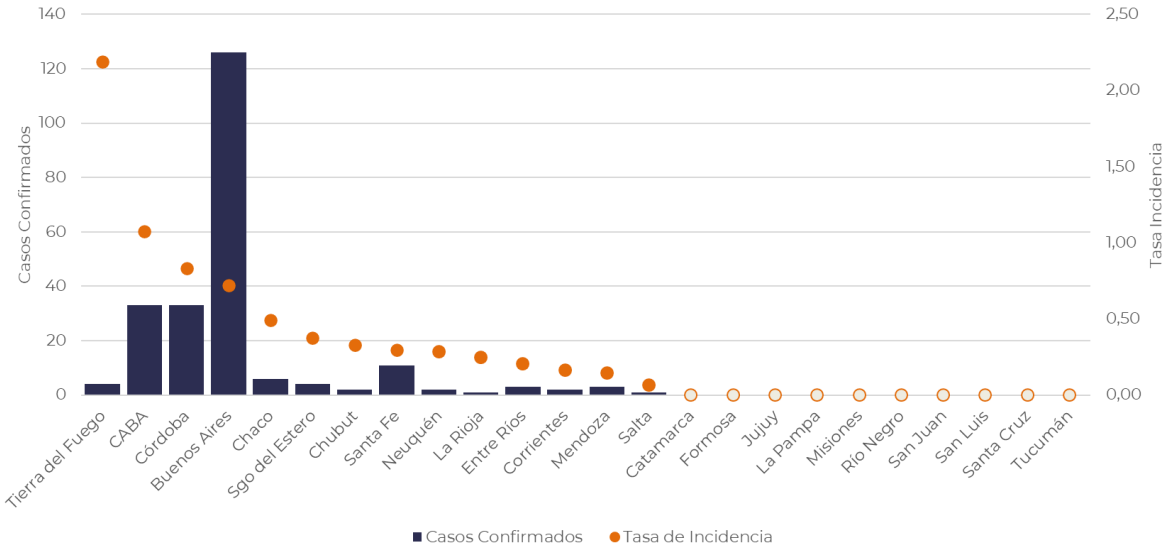


Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Durante 2025, los casos confirmados se distribuyeron en 22 jurisdicciones del país. La mayor concentración se observó en la Región Centro (n=969), 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 10 semanas de 2026 los casos confirmados se registraron en 14 jurisdicciones: Buenos Aires (n=126), Córdoba (n=33), CABA (n=33), Santa Fe (n=11), Chaco (n=6), Tierra del Fuego (n=4), Santiago del Estero (n=4), Entre Ríos (n=3), Mendoza (n=3), Chubut (n=2), Neuquén (n=2), Corrientes (n=2) La Rioja (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.

Gráfico 5. Casos confirmados e incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año por provincia. Argentina. SE 1-10 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 veces superior al de CABA, que ocupa el segundo lugar con una IA de 1,08 casos por 100.000 habitantes. En tercer lugar, se ubica la provincia de Córdoba (0,83 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 0,72 casos por 100.000 habitantes.

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

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

Tabla 1. Casos confirmados coqueluche según jurisdicción y año. 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	90
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**	**1211**

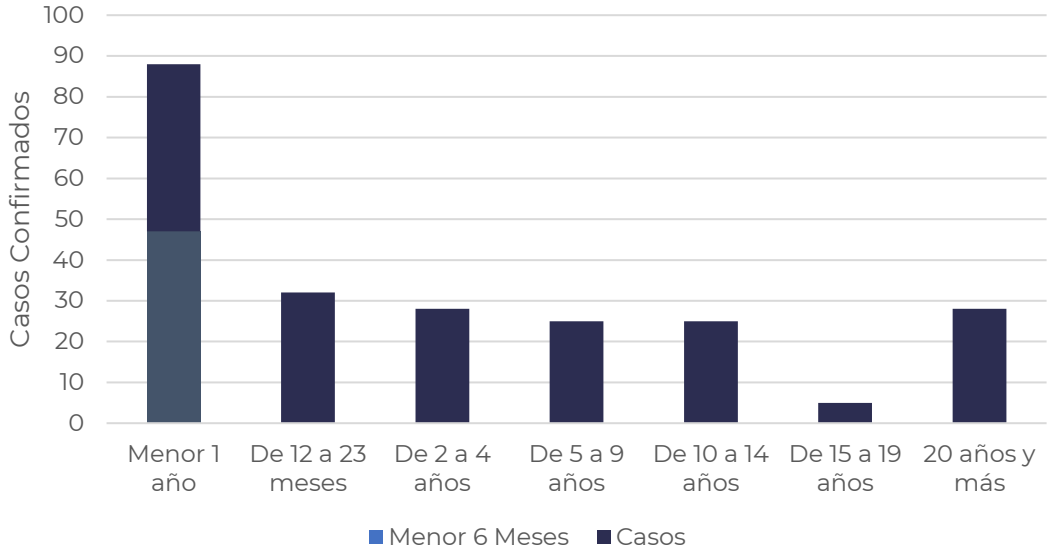
Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Si bien 22 jurisdicciones presentaron casos de coqueluche en 2025, el incremento observado respecto de los años anteriores se concentró en Tierra del Fuego, Buenos Aires, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba. Asimismo, se destaca lo ya señalado para 2023, cuando se registró el mayor número de casos confirmados post pandemia, a expensas fundamentalmente de las notificaciones de la provincia de Salta que aportó más del 85% de casos confirmados de *B. pertussis.* Otras provincias como Mendoza, Córdoba o Santa Fe registraron para este año un aumento de casos de coqueluche, pero con un patrón diferente, e identificación predominante de casos de *B. parapertussis (*los casos de Provincia de Buenos Aires si correspondieron predominantemente a *B.pertussis* y para *La Rioja* no se cuenta con identificación de especie*).*

VII.3.C. ANÁLISIS SEGÚN EDAD Y GRAVEDAD

En el siguiente gráfico se presentan los casos confirmados en las 10 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. SE1-10/2026.



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 38,1% de los casos confirmados en el período analizado (n=88), especialmente en el subgrupo de menores de 6 meses (n=47).

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 10 SE de 2026 se registraron 2 fallecimientos en dos personas menores de dos meses, registrándose antecedente de vacunación materna en uno de ellos.

VII.4. Coberturas de Vacunación

VII.4.A. COBERTURAS PARA TOTAL PAÍS

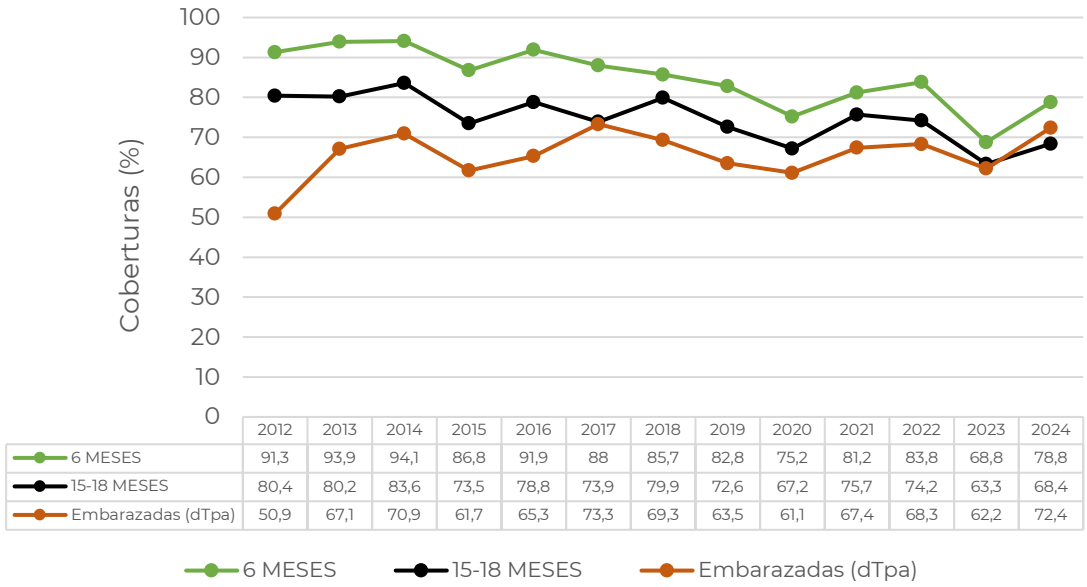
Existen vacunas seguras y efectivas para prevenir la infección por *Bordetella pertussis*. Sin embargo, se registra a nivel mundial, regional y nacional un descenso progresivo de las coberturas que redunda en una acumulación de personas susceptibles a contraer la enfermedad. Por este motivo, es necesario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

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

I. Lactantes de 6 meses (vacunados con tercera dosis de quíntuple o pentavalente)
II. Niños de 15-18 meses (vacunados con primer refuerzo de quíntuple o pentavalente)

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

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



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

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

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

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

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

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

Las coberturas parciales de 2026 al 18/03/2026, son:

1° dosis de Quíntuple (DTP/HB + Hib) (2 meses): 90,8%

2° dosis de Quíntuple (4 meses): 89,4%
3° dosis Quíntuple (DTP/HB + Hib) (6 meses): 84,0%
Ref Quíntuple (DTP/HB + Hib) (15 -18 meses): 71,1%
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: 82,6%

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

VII.4.B. COBERTURAS SEGÚN JURISDICCIÓN

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

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

Jurisdicción	Quíntuple /Séxtuple (dos meses)	Quíntuple /Séxtuple (cuatro meses)	Quintuple /sextuple (seis meses)	Refuerzo (15-18 meses)	Refuerzo (5 años)	Refuerzo (11 años)	Embarazada
Buenos Aires	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

ALERTAS Y COMUNICACIONES **INTERNACIONALES**

VIII. Introducción

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

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

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

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

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

VIII.1. Sarampión - Situación epidemiológica mundial y regional

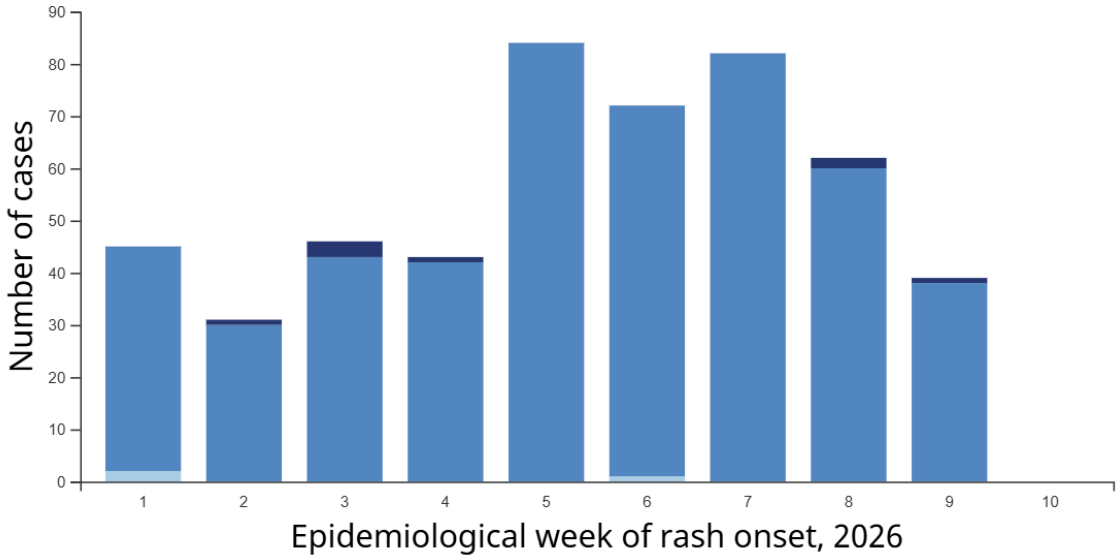
VIII.1.A. CANADÁ[30]

En 2026, se han notificado un total de 504 casos de sarampión (460 confirmados, 44 probables) en 7 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Escocia, Ontario, Quebec y Saskatchewan), hasta el 7 de marzo del 2026.

En la semana 9 (del 1 al 7 de marzo del 2026), se notificaron 93 nuevos casos de sarampión (88 confirmados y 5 probables) en 4 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Ontario).

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

Figura 1. Curva epidemiológica de casos de sarampión, por semana epidemiológica de inicio de la erupción y fuente de exposición, 2026 (n=413)



VIII.1.B. COSTA RICA[31]

Al 17 de marzo, el Ministerio de Salud de Costa actualizó información sobre el seguimiento que se brinda a los casos. El primer caso corresponde a una menor de edad vecina de Pococí y el segundo a una mujer de 41 años, vecina de Dulce Nombre de Coronado. Ambas pacientes se encuentran estables, evolucionan favorablemente y no han presentado complicaciones.

De acuerdo con la investigación epidemiológica preliminar, el virus habría ingresado al país tras el contacto con personas de nacionalidad mexicana que participaron en una actividad cultural junto con adolescentes costarricenses.

Asimismo, se constató que ambas personas contaban con su esquema de vacunación contra el sarampión.

VIII.1.C. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA[32]

Al 19 de marzo de 2026, se notificaron 1.487 casos confirmados de sarampión en los Estados Unidos durante 2026. De estos, 1.478 casos fueron reportados por 31 jurisdicciones: Alaska, Arizona, California, Colorado, Florida, Georgia, Idaho, Illinois, Kentucky, Maine, Massachusetts, Míchigan, Minnesota, Misuri, 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.

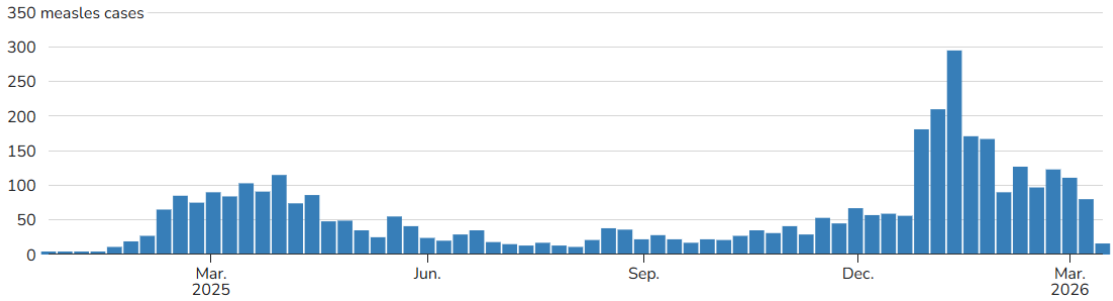
Se han notificado 14 nuevos brotes en 2026, y el 94% de los casos confirmados (1.398 de 1.487) están asociados a brotes (323 correspondientes a brotes en 2026 y 1.075 a brotes que comenzaron en 2025).

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

En el año 2025, se notificaron un total de 2.285 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 19/03/26).

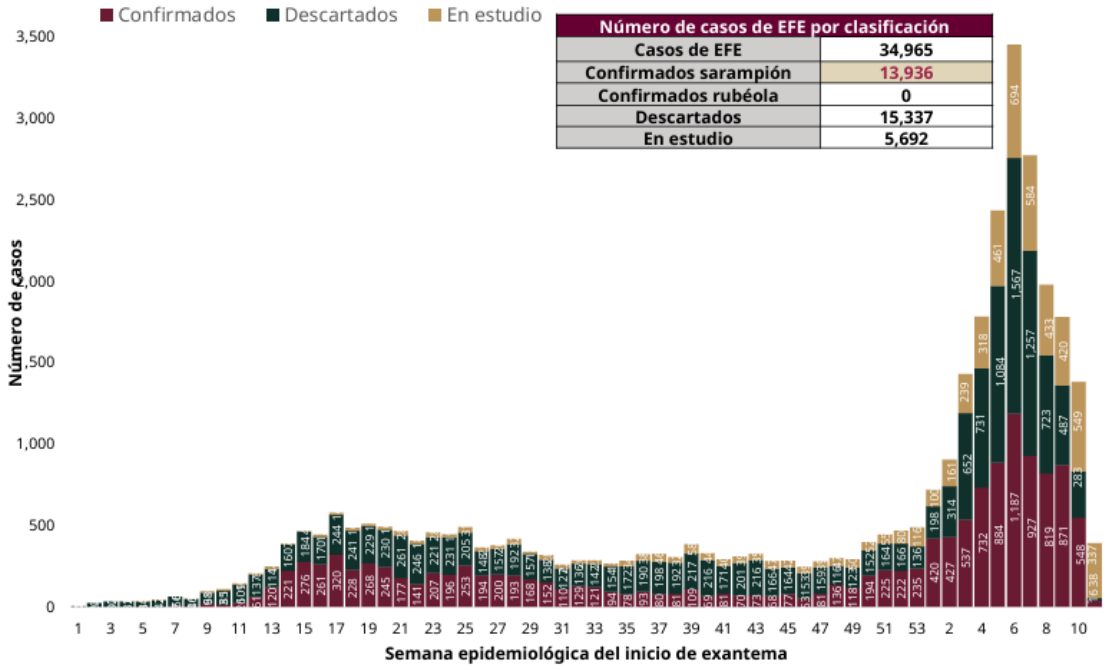


VIII.1.D. MÉXICO[33]

Al 19 de marzo, se han reportado 13.936 casos confirmados de sarampión acumulados desde el comienzo del brote. El grupo de edad más afectado es de 1 a 4 años (1.843 casos), seguido del grupo de 5 a 9 años (1.623 casos) y el de 25 a 29 años (1.636 casos).

Se han reportado 35 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.

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

VIII.2. Alerta Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas

Recibido a través del CNE el 13/03/2026

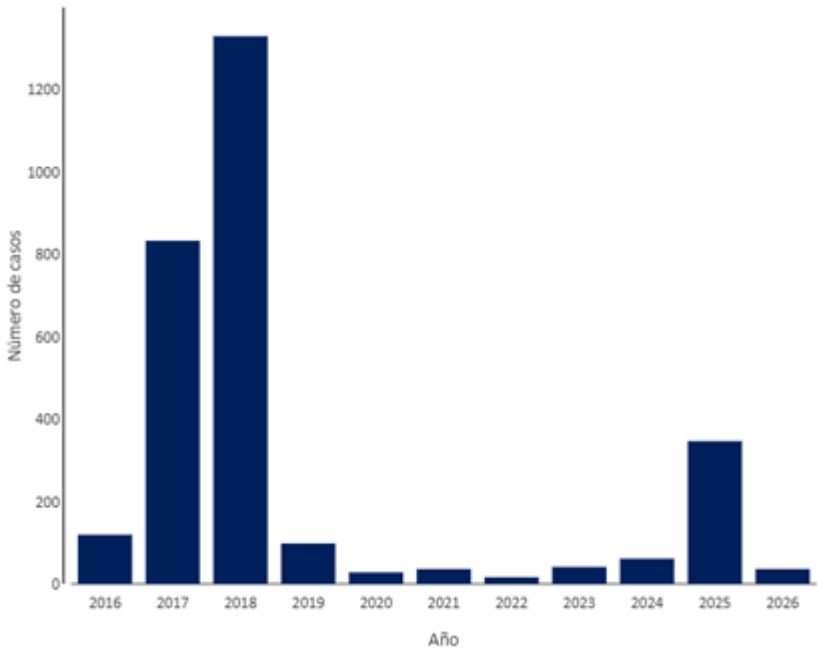
VIII.2.A. RESUMEN DE LA SITUACIÓN

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 53 del 2025 se notificaron 346 casos humanos confirmados de fiebre amarilla en siete países de la Región de las Américas, incluyendo 143 defunciones (tasa de letalidad [TL] 41%). Esta cifra representa un aumento de 5,6 veces en comparación con 2024, cuando se reportaron 61 casos confirmados de fiebre amarilla (Figura 1). Los casos en 2025 fueron notificados en: el Estado Plurinacional de Bolivia (n= 8 casos, incluyendo dos defunciones), Brasil (n= 120 casos, incluyendo 48 defunciones), Colombia (n= 125 casos, incluyendo 46 defunciones), Ecuador (n= 11 casos, incluyendo ocho defunciones), Guyana (una defunción), Perú (n= 49 casos, incluyendo 19 defunciones) y la República Bolivariana de Venezuela (n= 32 casos, incluyendo 19 defunciones) (Figura 2).

En 2026, entre la SE 1 y la SE 7, se notificaron 34 casos humanos confirmados de fiebre amarilla en cuatro países de la Región de las Américas, incluyendo 15 defunciones (TL: 44%). Los casos se reportaron en: el Estado Plurinacional de Bolivia (una defunción), Colombia (n= 25 casos, incluyendo 13 defunciones), Perú (n= 2 casos) y Venezuela (n= 6 casos, incluyendo una defunción) (Figura 2).

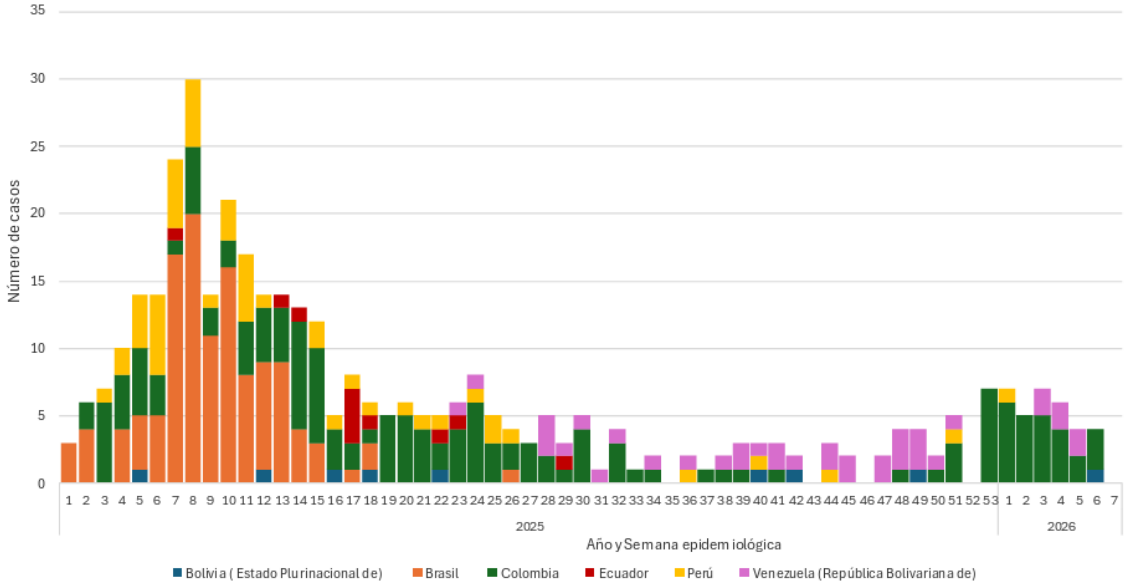
Comparado al número anual de casos reportados en las Américas entre los años 1960 a 2024, el número de casos notificados en 2025 es elevado, sin embargo, es similar al observado en otros años con alta incidencia como 1966 (n= 304 casos), 1998 (n= 280 casos) y 2003 (n= 243 casos).

Figura 1. Casos confirmados de fiebre amarilla en humanos por año en la Región de las Américas, 2016 a 2026.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Tablero Fiebre Amarilla en la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2025 [consultado 5 de marzo 2026]. Disponible en: https://shiny.pahophe.org/yellowfever/

Figura 2. Casos confirmados de fiebre amarilla en humanos por país y semana epidemiológica (SE) de inicio de síntomas en la Región de las Américas, SE 1 del 2025 a SE 7 del 2026.



**Nota: Incluye únicamente los casos para los cuales se dispone de información de inicio de síntomas por semana epidemiológica.*
Fuente: Adaptado de los datos aportados por los países o publicados por los Ministerios de Salud.

Ocurrencia de casos fuera de la región amazónica

Desde mediados de 2024, se ha observado la ocurrencia de casos humanos de fiebre amarilla en un área geográfica más amplia que la registrada en los años anteriores, incluyendo zonas de bosque montano en Colombia (Parque Natural Regional Bosque de Galilea, sobre la vertiente occidental de la cordillera Oriental que conecta con el páramo de Sumapaz) (Figura 3 y Figura 4) (4, 12).

En Brasil, la mayoría de los casos humanos durante 2025 se notificaron en 29 municipios de seis regiones del Estado de São Paulo: Araracuara (dos municipios), Campinas (ocho municipios), Macro Metropolitana Paulista (ocho municipios), Piracicaba (dos municipios), Sao José do Rio Preto (un municipio) y Vale do Paraíba Paulista (ocho municipios) (Figura 3).

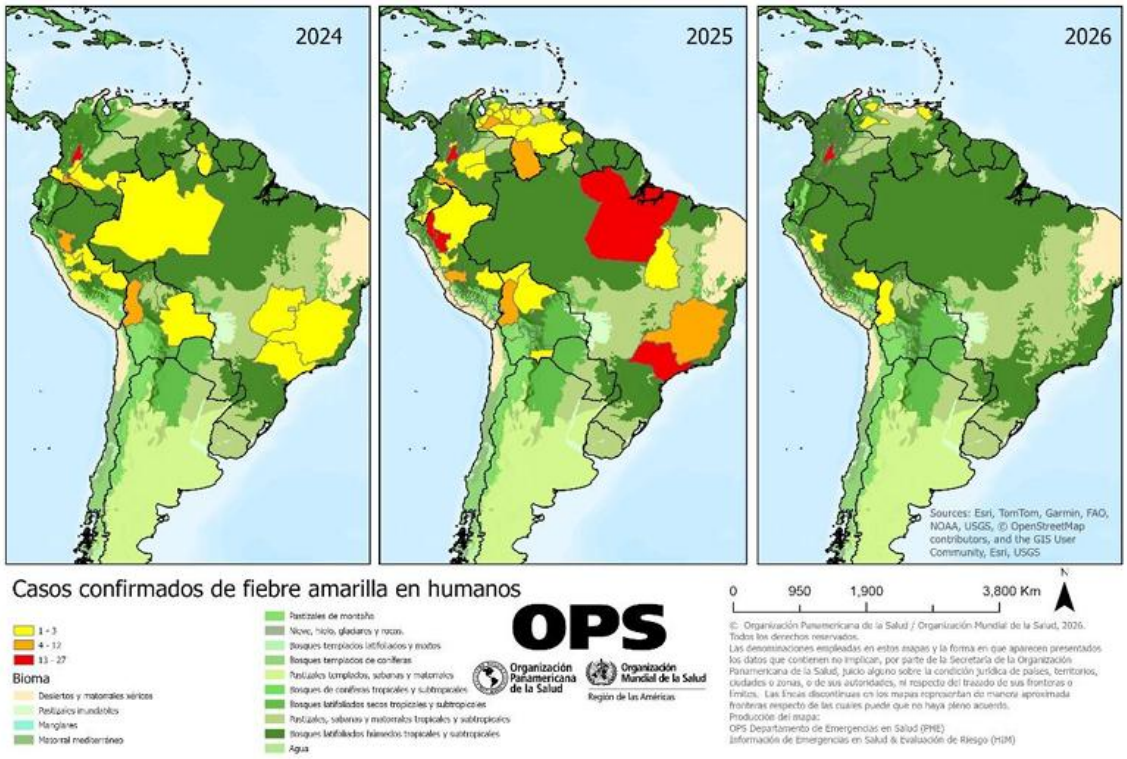
En 2025, una situación similar se reportó en Venezuela con casos de fiebre amarilla en humanos ocurridos en un área geográfica ampliada que incluyó 22 parroquias que no habían sido previamente clasificadas como zonas de riesgo en cuatro estados del país (Aragua, Barinas, Lara y Portuguesa). Los estados próximos a la onda enzoótica expansiva de San Camilo (Apure, Táchira, Lara, Mérida, Barinas, Portuguesa, Cojedes y Guárico) acumularon el 61% de los casos reportados en 2025 (Figura 3 y Figura 4).

En 2026 los casos se registraron principalmente en Colombia en el departamento del Tolima y en Venezuela en los estados de Aragua, Barinas, Lara y Monagas (Figura 3 y Figura 4).

En su conjunto, el reporte de casos de fiebre amarilla en un área ampliada del continente pone de manifiesto los continuos episodios de propagación del ciclo selvático en los bordes de los bosques, donde las actividades humanas se interceptan con ecosistemas de alta biodiversidad. Estas zonas ofrecen condiciones favorables para que los mosquitos que habitan en las copas de los árboles transmitan el virus a las poblaciones humanas a partir de reservorios no humanos.

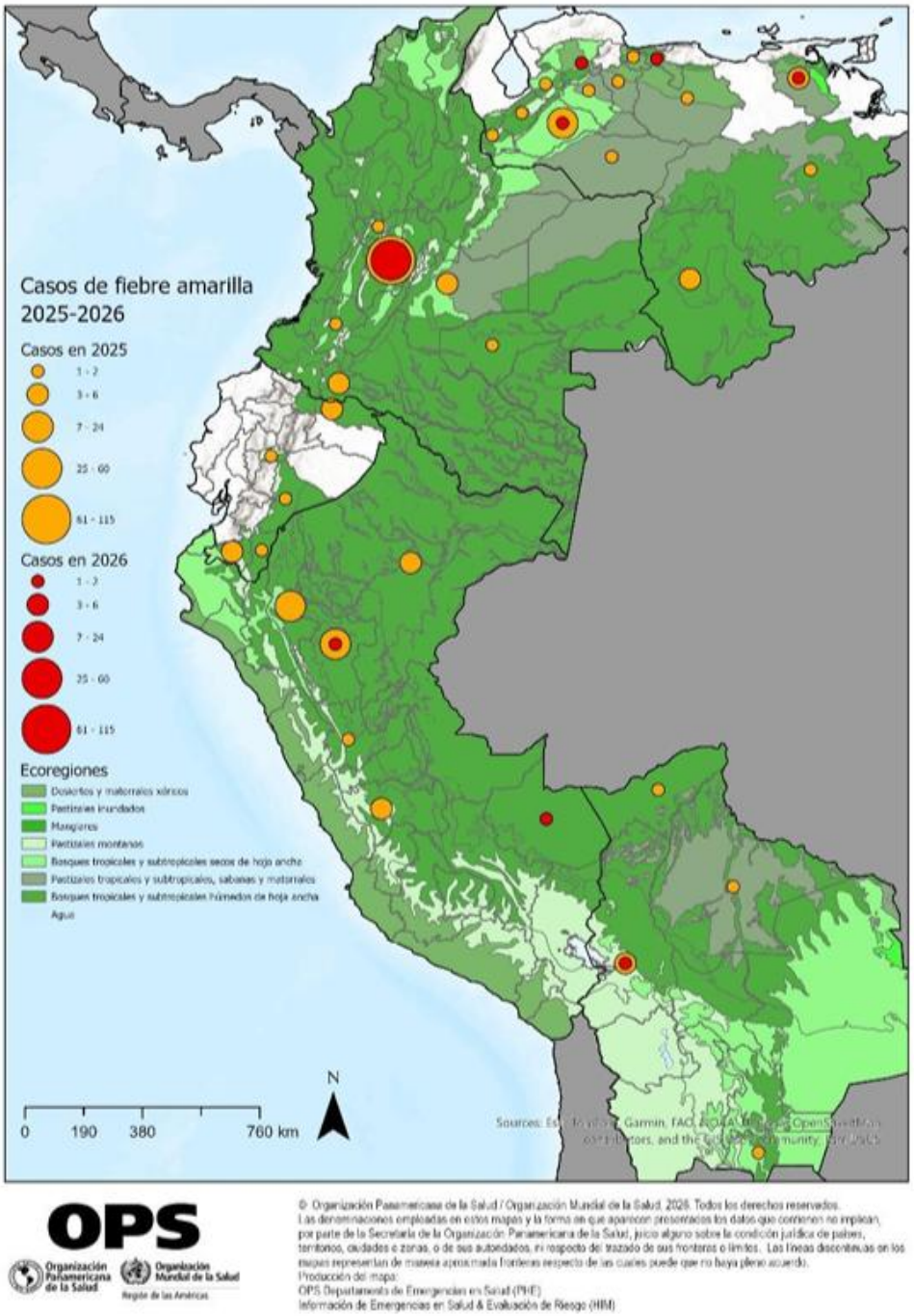
La detección de casos asociados a transmisión selvática en áreas cercanas a centros urbanos aumenta el riesgo de establecimiento de ciclos de transmisión urbana.

Figura 3. Casos confirmados de fiebre amarilla en humanos por año en la Región de las Américas, 2023 a 2026 (hasta SE 7 del 2026).



Fuente: Adaptado de los datos aportados por los países o publicados por los Ministerios de Salud.

Figura 4. Casos confirmados de fiebre amarilla en humanos en Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, 2025-2026 (hasta SE 7 del 2026).



Fuente: Adaptado de los datos aportados por los países o publicados por los Ministerios de Salud.

La evaluación de riesgo para la salud pública relacionado con la situación de fiebre amarilla en la Región de las Américas realizada por la OPS en febrero del 2025 y actualizada en mayo de ese mismo año, clasificó el riesgo general en las Américas como «Alto». Los factores que contribuyen a esta evaluación incluyen el aumento del número de casos, las altas tasas de letalidad y la propagación a zonas que antes no reportaban circulación del virus.

A continuación, se presenta la situación epidemiológica de fiebre amarilla en los países, por orden alfabético, que han notificado casos confirmados entre 2025 y 2026.

En **Bolivia**, entre la SE 1 y la SE 53 del 2025, se notificaron ocho casos confirmados de fiebre amarilla en humanos, incluyendo dos defunciones (TL: 25%). Los casos se notificaron en los departamentos de Beni (n= 2 casos), La Paz (n= 4 casos, incluyendo dos defunciones), Pando (n= 1 caso), Tarija (n= 1 caso).

Los lugares probables de exposición correspondieron a los municipios de Rurrenabaque (n= 2 casos), departamento de Beni; en los municipios de Palos Blancos (n= 2 casos) y Guanay (n= 2 casos) en el departamento de La Paz; en el municipio de Tarija (n= 1 caso), en el departamento de Tarija; y en el municipio de Santa Rosa (n= 1 caso), en el departamento de Pando.

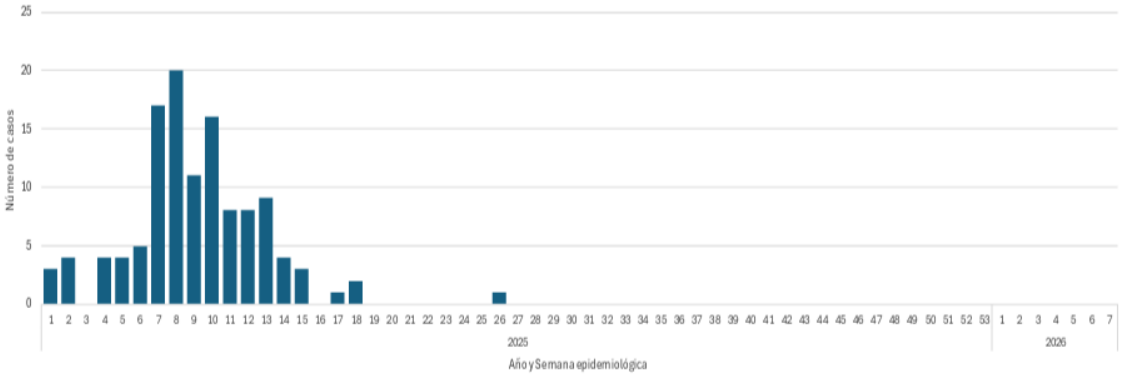
El 62% de los casos notificados en 2025 correspondieron a hombres (n= 5 casos). Las edades de los casos oscilaron entre 7 meses y 46 años. Seis de los casos informaron antecedente de vacunación contra fiebre amarilla y las dos defunciones ocurrieron en casos no vacunados.

Adicionalmente, durante 2025 se confirmaron tres epizootias: dos en el departamento de La Paz, específicamente en los municipios de San Buenaventura y Coroico, y una en el departamento del Beni, en el municipio de Rurrenabaque.

Entre la SE 1 y la SE 7 del 2026, se notificó una defunción por fiebre amarilla. El caso correspondió al municipio de Apolo, departamento de La Paz. Se trató de un paciente de sexo masculino, de 20 años, con antecedente de desplazamiento a zonas endémicas de características boscosas, compatible con exposición al ciclo selvático de la enfermedad. El caso no contaba con antecedente de vacunación contra fiebre amarilla. Durante el mismo periodo no se registraron epizootias en primates no humanos.

En **Brasil**, en 2025, se notificaron 120 casos confirmados de fiebre amarilla en humanos, incluyendo 48 defunciones (TL: 40 %) (Figura 5). Los casos se notificaron en los estados de Minas Gerais (n= 12 casos, incluyendo cinco defunciones), Pará (n= 46 casos, incluyendo siete defunciones), São Paulo (n= 61 casos, incluyendo 35 defunciones) y Tocantins (una defunción) (Figura 6). El 89% de los casos notificados en 2025 correspondieron a hombres (n= 107 casos). Las edades de los casos oscilan entre los 10 y 85 años e iniciaron síntomas entre el 2 de enero y el 22 de junio del 2025. Solo uno de los casos presentó antecedente de vacunación contra fiebre amarilla.

Figura 5. Casos de fiebre amarilla en humanos por semana epidemiológica de inicio de síntomas en Brasil, 2025 - 2026 (hasta SE 7 del 2026).



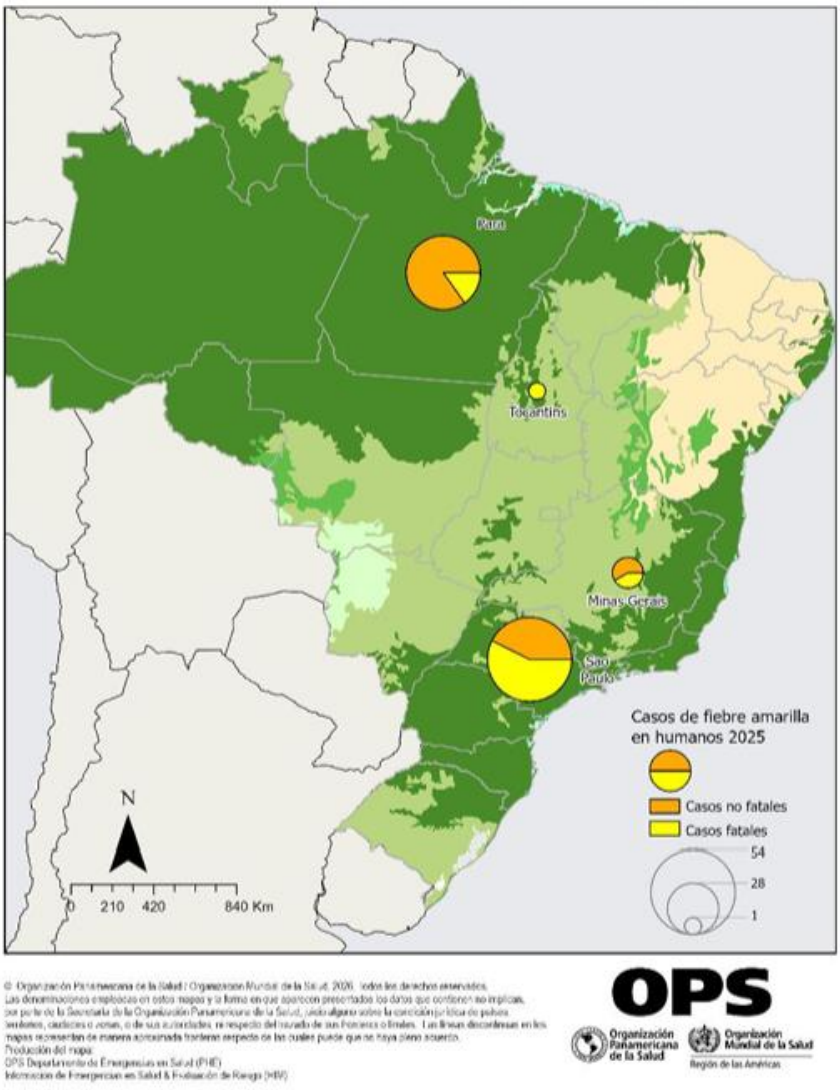
Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Brasil.

Los lugares probables de exposición de los casos notificados en 2025 correspondieron, en el estado de Minas Gerais, a los municipios de Cambuí (n= 1 caso), Carmo de Minas (n= 2 casos), Extrema (n= 1 caso), Gonçalves (n= 1 caso), Maria da Fé (n= 1 caso), Monte Sião (n= 1 caso), Poços de Caldas (n= 1 caso), Pouso Alegre (n= 1 caso), Sapucaí-Mirim (n= 1 caso), Silvianópolis (n= 1 caso)

y Soledade de Minas (n= 1 caso); en el estado de Pará, a los municípios de Afuá (n= 1 caso), Breves (n= 44 casos) y Cametá (n= 1 caso); en el estado de São Paulo, a los municípios de Águas de Lindóia (n= 1 caso), Amparo (n= 2 casos), Bragança Paulista (n= 3 casos), Brotas (n= 3 casos), Caçapava (n= 6 casos), Campinas (n= 3 casos), Itatiba (n= 1 caso), Itirapina (n= 1 caso), Jambeiro (n= 3 casos), Joanópolis (n= 9 casos), Jundiaí (n= 2 casos), Monteiro Lobato (n= 1 caso), Nazaré Paulista (n= 4 casos), Paraibuna (n= 1 caso), Pedra Bela (n= 2 casos), Pedreira (n= 2 casos), Pindamonhangaba (n= 1 caso), Piracaia (n= 3 casos), Redenção da Serra (n= 1 caso), Santa Rita do Passa Quatro (n= 1 caso), São Carlos (n= 1 caso), São José dos Campos (n= 1 caso), São Pedro (n= 1 caso), Socorro (n= 3 casos), Taubaté (n= 1 caso), Tuiuti (n= 1 caso), Valinhos (n= 1 caso), Vargem (n= 1 caso) y Vinhedo (n= 1 caso); y en el estado de Tocantins, al municipio de Monte do Carmo (n= 1 caso) (Figura 6).

Todos los casos tuvieron antecedente de exposición en áreas selváticas y/o boscosas, asociado a actividades laborales o recreativas, y fueron confirmados por laboratorio. La fecha de inicio de síntomas del último caso confirmado en Brasil fue el 22 de junio de 2025. Desde entonces, y hasta la SE 7 de 2026, no se han confirmado nuevos casos de fiebre amarilla en Brasil.

Figura 6. Casos de fiebre amarilla en humanos por estado en Brasil, 2025 (hasta SE 53).



Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Brasil.

Durante el 2025, en Brasil se confirmaron 124 epizootias por fiebre amarilla en primates no humanos. De ellas, 70 fueron notificadas en el estado de São Paulo, 38 en el estado de Goiás y 16 en el estado de Minas Gerais. Entre la SE 1 y SE 7 de 2026, no hubo epizootias confirmadas.

En **Colombia**, entre la SE 1 y la SE 53 del 2025, se notificaron 125 casos confirmados de fiebre amarilla en humanos, y tres casos procedentes del exterior; incluyendo 46 defunciones1, confirmadas para fiebre amarilla (TL: 37%) (Figura 7). Los casos fueron registrados en los departamentos de Caldas (una defunción), Cauca (una defunción), Guaviare (una defunción), Meta (tres defunciones), Putumayo (n= 4 casos, incluyendo dos defunciones), y Tolima (n= 115 casos, incluyendo 43 defunciones).

Los lugares probables de exposición correspondieron al municipio de Neira (n= 1 caso) en el departamento de Caldas; el municipio de Piamonte (n=1 caso) en el departamento de Cauca; el municipio de Granada (n= 1 caso), La Macarena (n= 1 caso) y San Martin (n= 1 caso) en el departamento del Meta; el municipio de Orito (n= 3 casos) y Villagarzón (n=1 caso) en el departamento de Putumayo; el municipio de Ataco (n= 27 casos), Chaparral (n=11 casos), Cunday (n= 20 casos), Dolores (n= 4 casos), Espinal (n= 1 caso), Ibagué (n= 1 caso), Palocabildo (n= 1 caso), Prado (n= 18 casos), Purificación (n= 6 casos), Rioblanco (n= 8 casos), Valle de San Juan (n= 1 caso) y Villarica (n= 17 casos) en el departamento del Tolima (Figura 8).

El 80% de los casos correspondieron a hombres (n= 100 casos). Las edades de los casos oscilaron entre menor de 1 año y mayor de 80 años. Todos los casos presentaron antecedentes de exposición a zonas de riesgo para fiebre amarilla.

Entre la SE 1 y la SE 7 del 2026, se notificaron 25 casos confirmados, incluyendo 13 defunciones (TL: 52 %); todos los casos fueron notificados en el departamento de Tolima.

Figura 7. Casos de fiebre amarilla en humanos por año y semana epidemiológica de inicio de síntomas en Colombia, 2025- 2026 (hasta SE 7 del 2026).



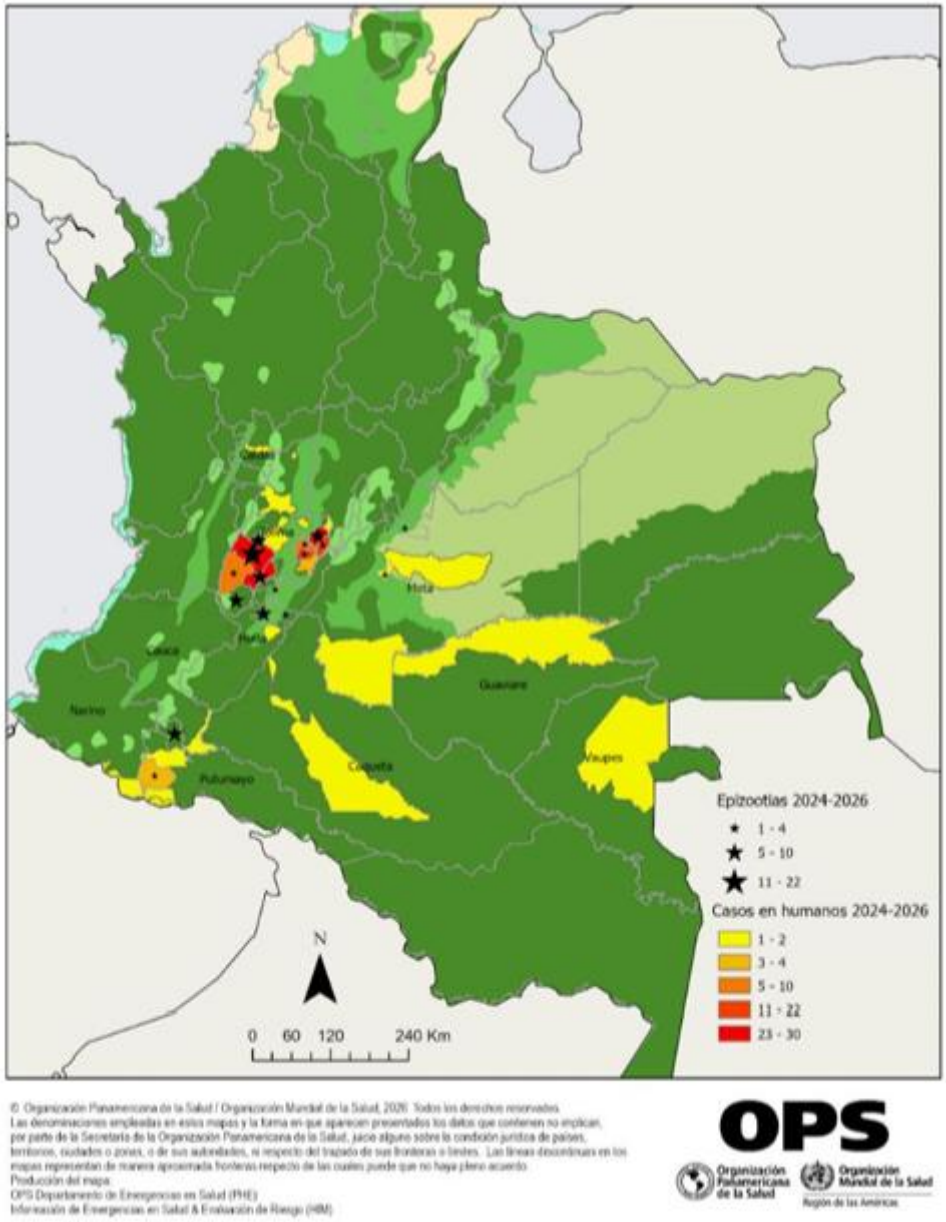
Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Colombia.

En el actual brote que se registra en el departamento del Tolima, entre 2024 y 2026, se notificaron 153 casos humanos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo 62 defunciones (TL: 41%). Este brote que comenzó en la SE 37 de 2024 y continúa durante 2025 y 2026, inició en la zona rural colindante a la zona suroccidental del Parque Natural Regional Bosque de Galilea, continuando en el Valle del Magdalena y que ha afectado trece municipios que son identificados como de alto riesgo: Ataco (n= 27 casos, incluyendo diez defunciones), Chaparral (n= 27 casos, incluyendo nueve defunciones), Cunday (n= 30 casos, incluyendo 16 defunciones), Dolores (n= 4 casos, incluyendo una defunción), Espinal (una defunción), Ibagué (n= 1 caso), Ortega (n= 1 caso), Palocabildo (n= 1 caso), Prado (n= 20 casos, incluyendo siete defunciones), Purificación (n=8 casos, incluyendo cinco defunciones), Rioblanco (n= 10 casos, incluyendo cuatro defunciones), Valle de San Juan (una defunción) y Villarica (n= 22 casos, incluyendo ocho defunciones). El setenta y ocho por ciento de los casos correspondieron a hombres (n= 120 casos), las edades de

los casos oscilaron entre los 10 y 80 años y más, y la fecha de inicio de síntomas entre el 8 de septiembre de 2024 y el 13 de febrero del 2026.

Durante el 2025 y hasta la SE 7 de 2026, se confirmaron 82 epizootias para fiebre amarilla por criterios de laboratorio, 65 en el departamento de Tolima en los municipios de Chaparral (n= 22), Ataco (n= 10), Cunday (n= 9), Planadas (n= 6), San Antonio (n= 5), Rioblanco (n= 4), Villarica (n= 3), Prado (n= 3) y Purificación (n= 3); ocho en el departamento del Huila en los municipios de Neiva (n= 3), Palermo (n= 3) y Aipe (n= 2); ocho en el departamento de Putumayo en los municipios de Mocoa (n= 6) y Orito (n= 2) y uno en el departamento del Meta en el municipio de Villavicencio (n= 1)(Figura 8).

Figura 8. Casos de fiebre amarilla en humanos y epizootias confirmadas de fiebre amarilla por departamento. Colombia, 2024- 2026 (hasta SE 7 del 2026).



© Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, 2026. Todos los derechos reservados.
Las denominaciones empleadas en estos mapas y la forma en que aparecen presentados los datos que contienen no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.
Producción del mapa:
OPS Departamento de Emergencias en Salud (PHE)
Información de Emergencias en Salud & Evaluación de Riesgo (HIM)

Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Colombia.

En **Ecuador**, entre la SE 1 y la SE 31 del 2025, se notificaron 11 casos confirmados de fiebre amarilla en humanos, incluyendo ocho defunciones (TL: 73 %). Los casos se registraron en las

provincias de Morona Santiago (n= 2 casos, incluyendo una defunción), Sucumbios (n= 3 casos, incluyendo una defunción) y Zamora – Chinchipe (seis defunciones).

Los lugares probables de exposición correspondieron al cantón Sucúa (n= 1 caso) y Taisha (n= 1 caso) en la provincia de Morona Santiago; en los cantones Lago Agrio (n= 1 caso), Gonzalo Pizarro (n= 1 caso) y Putumayo (n= 1 caso) en la provincia de Sucumbíos; los cantones de Zamora (n= 2 casos), Nangaritza (n=1 caso), Yantzaza (n= 1 caso), Centinela del Cóndor (n= 1 caso) y Zuma (n=1 caso) en la provincia de Zamora – Chinchipe.

El 82% de los casos correspondieron a hombres (n= 9 casos). Las edades de los casos oscilaron entre 13 y 71 años. Tres de los casos reportaron antecedente de vacunación contra fiebre amarilla. Desde la SE 31 del 2025 y hasta la SE 7 de 2026, no se notificaron casos confirmados ni defunciones en Ecuador.

En **Guyana**, en la SE 39 de 2025, se notificó una defunción por fiebre amarilla en humanos. El lugar probable de exposición fue la aldea de Sukapai, en la región de Cuyuni-Mazaruni. El caso tenía antecedentes de vacunación contra la fiebre amarilla y se informó de su exposición en zonas de riesgo de fiebre amarilla en el contexto de actividades agrícolas de tala y minería. Desde la SE 39 de 2025, no se han notificado casos sospechosos o confirmados.

En **Perú**, entre la SE 1 y la SE 53 del 2025, se notificaron 49 casos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo 19 defunciones (TL: 39 %). Los lugares probables de exposición correspondieron a los departamentos de Amazonas (n= 24 casos, incluyendo nueve defunciones), Huánuco (una defunción), Junín (n= 6 casos), Loreto (n= 3 casos, incluyendo una defunción), Madre de Dios (una defunción) y San Martin (n= 14 casos, incluyendo siete defunciones). El 80% de los casos correspondieron a hombres (n= 39 casos). Las edades de los casos oscilaron entre 2 y 78 años.

Entre la SE 1 y la SE 7 del 2026, se confirmaron dos casos en el departamento de Madre de Dios; adicionalmente se están investigando 7 casos en los departamentos de Cusco (n= 3 casos), Junín (n= 2 casos), Madre de Dios (n= 1 caso) y San Martin (n= 1 caso). No se notificaron defunciones.

En **Venezuela**, entre la SE 1 y la SE 53 del 2025, se notificaron 32 casos confirmados de fiebre amarilla en humanos, incluyendo 19 defunciones (TL: 59 %). Los lugares probables de exposición correspondieron a los estados de Amazonas (n= 4 casos, incluyendo una defunción), Apure (n= 2 casos, incluyendo una defunción), Barinas (n= 11 casos, incluyendo siete defunciones), Bolívar (n= 2 casos, incluyendo una defunción), Carabobo (una defunción), Cojedes (una defunción), Guárico (una defunción), Lara (una defunción), Mérida (dos defunciones), Monagas (n= 3 casos), Portuguesa (n= 2 casos, incluyendo una defunción), Táchira (una defunción) y Trujillo (una defunción) (Figura 9).

El 63% de los casos notificados correspondieron a hombres (n= 20 casos) y las edades oscilaron entre dos y 70 años con un promedio de 36 años (10). Se observó una propagación de los casos humanos hacia áreas no consideradas como zonas de riesgo dentro de los estados de Aragua, Barinas, Lara y Portuguesa. Entre la SE 1 y la SE 7 del 2026, se notificaron 6 casos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo una defunción (TL: 17 %). Los casos tuvieron como lugar probable de exposición los estados Aragua (n= 2 casos), Barinas (n= 1 caso), Lara (una defunción) y Monagas (n= 2 casos) (Figura 10).

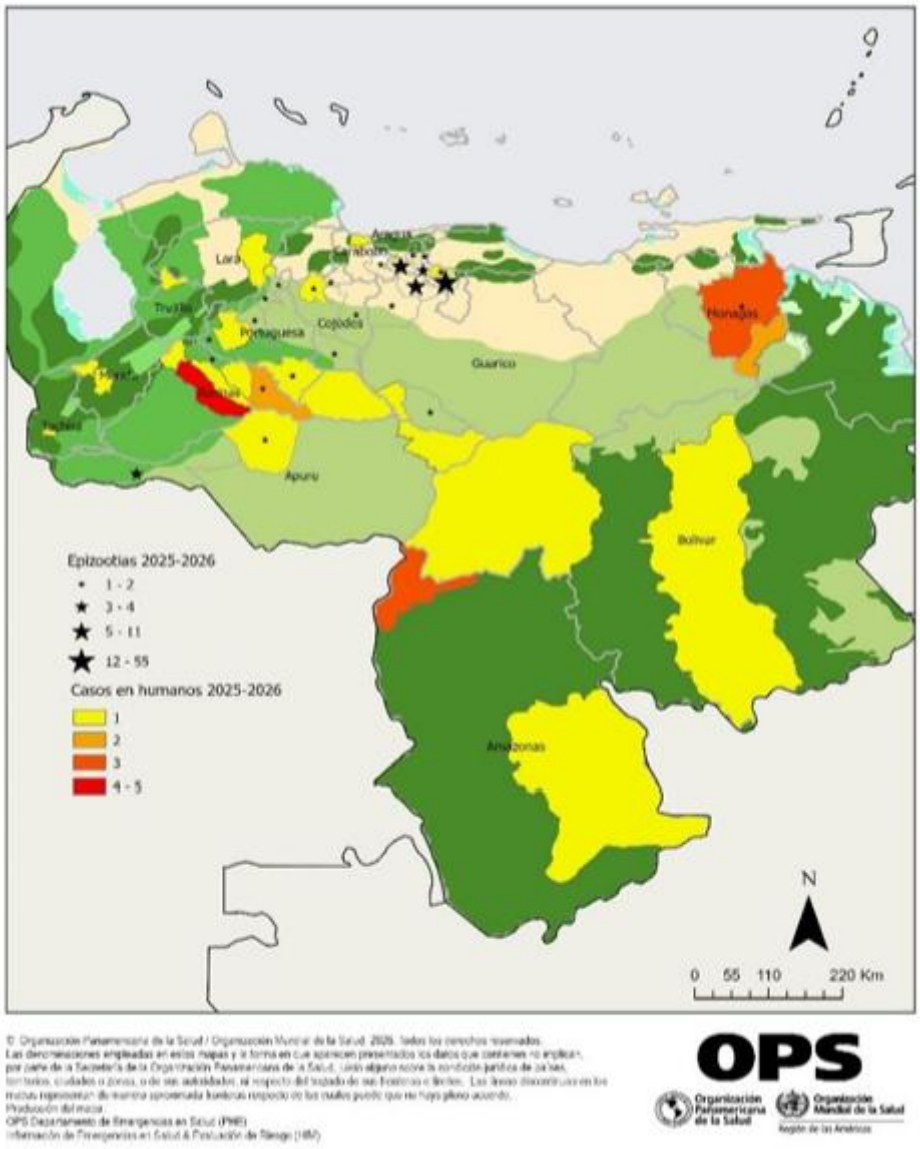
Figura 9. Casos de fiebre amarilla en humanos por año y semana epidemiológica de inicio de síntomas en Venezuela, 2025- 2026 (hasta SE 7 del 2026).



Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Venezuela.

Durante el 2025, hasta la SE 53, se registraron 90 epizootias por fiebre amarilla en primates no humanos comprobadas en los estados de: Apure (n= 3), Aragua (n= 66), Barinas (n= 2), Carabobo (n= 2), Cojedes (n= 2), Guárico (n= 7), Lara (n= 1), Portuguesa (n= 6), Monagas (n= 1) de las cuales se confirmaron por laboratorio ocho epizootias. En 2026, hasta la SE 9, se registraron 19 epizootias en primates no humanos no confirmadas por laboratorio en los estados de Aragua (n= 8), Cojedes (n= 5), Apure (n= 2) y Guárico (n= 4) (Figura 10).

Figura 10. Casos de fiebre amarilla en humanos y epizootias confirmadas de fiebre amarilla por estado. Venezuela, 2025- 2026 (hasta SE 7 del 2026).



Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Venezuela.

Fuente:https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-fiebre-amarilla-region-americas-13-marzo-2026

VIII.3. Evento internacional de inocuidad alimentaria: Fórmula infantil y productos que contienen aceite de ácido araquidónico contaminados con la toxina cereulida – Multipaís

Desde el 10 de diciembre de 2025 y hasta el 25 de febrero de 2026, se ha identificado que 99 países y territorios recibieron lotes de fórmulas infantiles sujetos a retiro del mercado debido a contaminación con la toxina cereulida. Durante este período, se notificaron 144 casos sospechosos y confirmados en 10 países. Las investigaciones epidemiológicas y las actividades de trazabilidad de los productos continúan en curso en muchos países.

Las definiciones de caso utilizadas por la Red Internacional de Autoridades de Inocuidad de los Alimentos (INFOSAN) son actualmente:

Caso sospechoso: Persona que presenta síntomas de intoxicación por cereulida con antecedente de consumo del producto retirado, sin confirmación de laboratorio en una muestra clínica.

Caso confirmado: Persona que presenta síntomas de intoxicación por cereulida con antecedente de consumo del producto retirado, con confirmación de laboratorio en una muestra clínica.

Las autoridades sanitarias están buscando activamente casos y realizando pruebas de laboratorio tanto en muestras humanas como en productos de fórmula infantil. Sin embargo, las definiciones de caso utilizadas pueden diferir de las establecidas por INFOSAN, como las del Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades, lo que genera dificultades en la comparabilidad de los números de casos reportados.

Dado que no se trata de un contaminante o una condición que se analice de forma rutinaria, los desafíos diagnósticos y la limitada capacidad de vigilancia están dificultando la capacidad de los Estados Miembros para identificar casos confirmados. Un país ha confirmado casos por laboratorio vinculados a los productos contaminados (Bélgica).

El número limitado de casos en múltiples áreas geográficamente separadas es consistente con exposiciones esporádicas a productos contaminados que fueron ampliamente distribuidos.

Se han emitido retiros preventivos en todos los países y territorios donde se distribuyeron los productos. Estas medidas buscan prevenir nuevas exposiciones, aunque la velocidad y la exhaustividad del retiro y la eliminación de los productos varían según la ubicación, dependiendo de factores como la capacidad de inspección y fiscalización.

Fuente: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON596

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

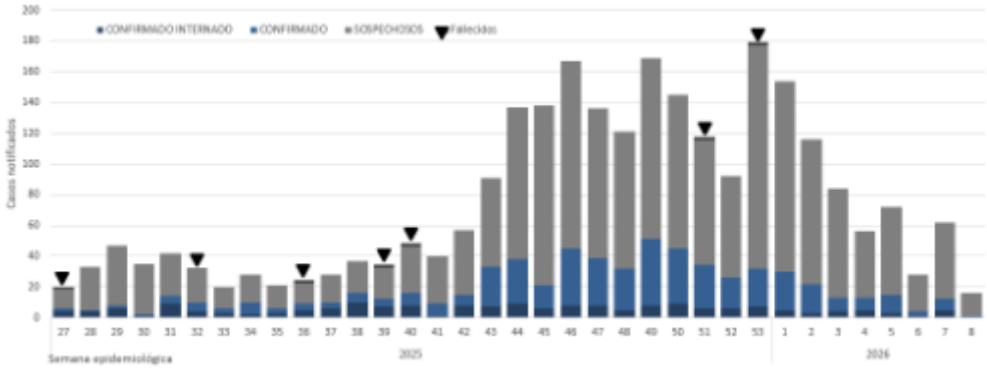
IX. Boletines Jurisdiccionales

IX.1. Buenos Aires: Coqueluche

Durante el año 2025 y hasta la semana epidemiológica (SE) 9 de 2026 (7 de marzo), se notificaron 2.628 casos sospechosos de coqueluche, de los cuales 737 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 9). n=2.628



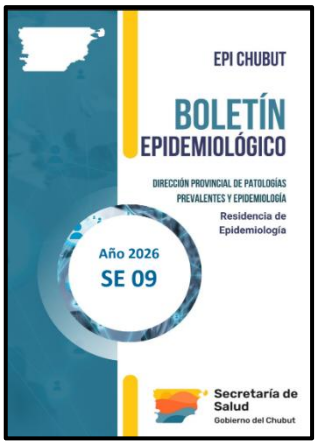
Fuente. SNVS 2.0. Programa de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes. Ministerio de Salud de la PBA.

Para más información:

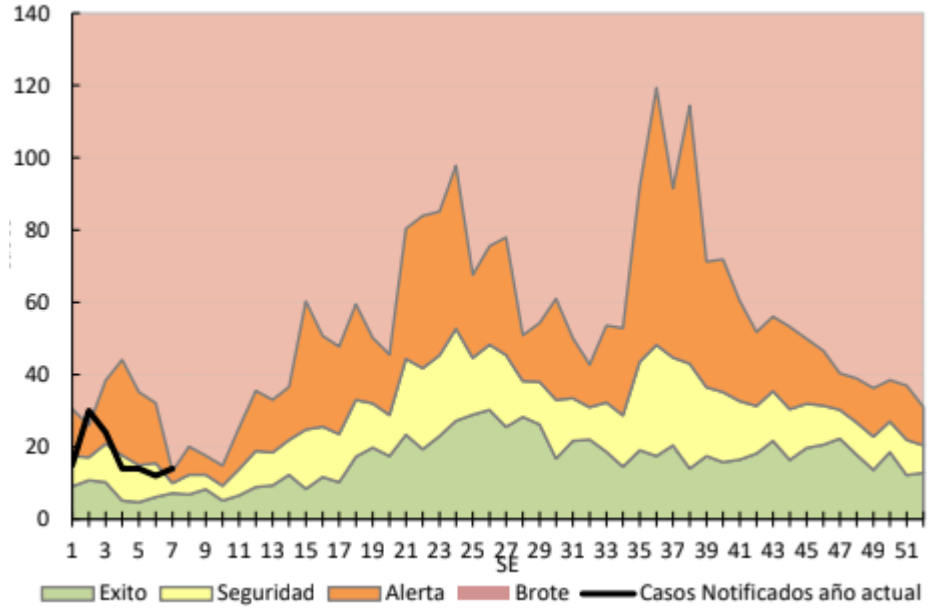
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

IX.2. Chubut: Neumonía

El corredor endémico de neumonía en las semanas 3 a 6 de 2026 se ubica en las zonas de alerta y de seguridad.



Corredor endémico semanal de Neumonía. Provincia de Chubut. SE 1-7 Año 2026. N= 123



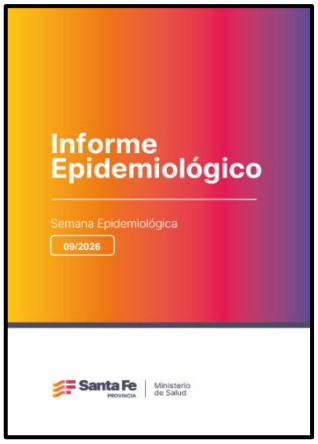
Fuente: Elaboración propia de Residencia de Epidemiología HZPM en base al SNVS 2.0

Para más información:

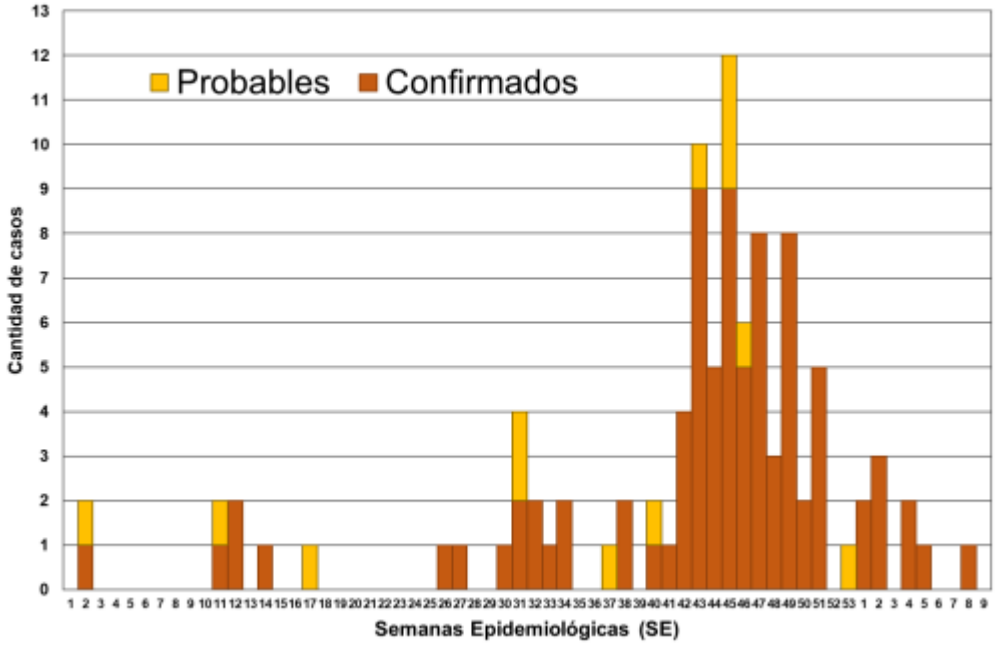
http://ministeriodesalud.chubut.gov.ar/epidemiological_releases

IX.3. Santa Fe: Coqueluche

En la 8 primeras SE de 2026 se notificaron un total de 614 casos con sospecha de coqueluche, de los cuales 203 fueron confirmados. En 191 de éstos se contó con confirmación de laboratorio.



Distribución de casos confirmados (n= 86) y probables (n= 13) según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE 1/2025 a SE 9/2026. Período 2025-2026. N= 99



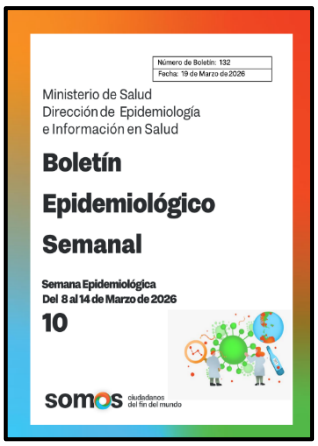
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Para más información:

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

IX.4. Tierra del Fuego: 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 2025 y 2026

	SE 10/ Año 2025	SE 10/Año 2026	% Variación interanual
Río Grande	153	105	↓ -31.4
Tolhuin	31	57	↑ 83.9
Ushuaia	115	131	↑ 13.9
Tierra del Fuego	299	293	↓ -2.0

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

Para más información:

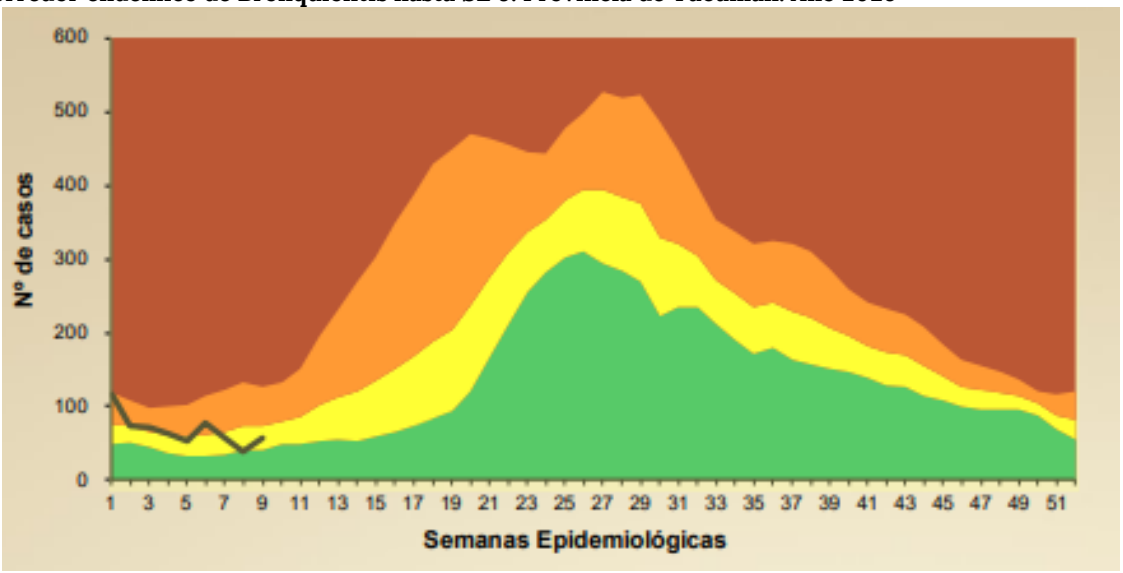
https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/

IX.5. Tucumán: Bronquiolitis de menores 2 años

La bronquiolitis es un síndrome clínico caracterizado por afectar la vía aérea inferior. Tiene una significativa morbilidad, afectando principalmente a niños menores de 2 años, con una mayor incidencia entre los 3 y 6 meses. En la semana 9 se notificaron 56 casos.



Corredor endémico de Bronquiolitis hasta SE 9. Provincia de Tucumán. Año 2026



Fuente: SNVS – Dirección de Epidemiología

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS
PARA VIGILANCIA

X. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.03

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	Botulismo alimentario y/o por heridas	Evento	Clasificación Manual	Se adicionó la opción: "Caso descartado por diagnóstico diferencial".
		Clínica	Diagnóstico referido	Se adicionaron las siguientes opciones: "Síndrome de Guillain Barré", "Meningoencefalitis", "Miopatía", "Miastenia gravis", "Parálisis por garrapata" y "Otras parálisis fláccidas".
			Signos y síntomas	Se modificó la opción: "Debilidad generalizada" por "Debilidad".
		Epidemiología	Factores de riesgo	Se adicionaron las opciones: "Consumo de alimento de fuente común con casos de botulismo alimentario", "Consumo: otros alimentos preparados", "Origen del alimento consumido: elaboración propia", "Origen del alimento consumido: comercio habilitado", "Origen del alimento consumido: venta ambulante" y "Origen del alimento consumido: venta por internet".
	Botulismo del lactante	Evento	Clasificación manual	Se adicionó la opción: "Caso descartado por diagnóstico

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	**Nombre del evento**	**Solapa**	**Sección**	**Cambio realizado**
				diferencial".
		Clínica	Diagnóstico referido	Se adicionaron las siguientes opciones: "Metabolopatías congénitas", "Enfermedad genética", "Poliomielitis", "Síndrome de Guillain Barré", "Meningoencefalitis" y "Lesiones de la médula espinal".
			Signos y síntomas	Se modificó la opción: "Llanto débil o ronco" por "Llanto débil"
			Tratamiento	Se quitó la opción "Antibiótico"
			Resultado de tratamiento	Se adicionó la opción "Tratamiento incompleto por efecto adverso"
		Epidemiología	Factores de riesgo Vigilancia activa	Se adicionaron las opciones: "Consumo de té / infusiones", "Expuesto a obra en construcción" y "Residir en zonas ventosas".
	Cisticercosis	Se configuró el evento en su totalidad		
	Coqueluche	Evento	Clasificaciones de caso	Se deshabilitó: "Caso probable", y"Caso confirmado". Se adicionó: "Caso compatible", "Caso confirmado por laboratorio" y "Caso confirmado por criterio epidemiológico".
	Dengue	Laboratorio	Determinaciones/ Técnicas	Se adicionó la técnica "Inmunoenzimático por Fluorescencia (ELFA)" a la determinación "IgM DENV" Se quitaron las siguientes opciones: "Hemorragia pulmonar", "Síndrome de Weil", "Tos", "Hemorragias", "Hematemesis", "Hemoptisis", "Melena", "Enterorragia", "Taquipnea (FR >25)", "Esputo
	Dengue en embarazadas			

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	**Nombre del evento**	**Solapa**	**Sección**	**Cambio realizado**
				hemoptoico", y "Tos seca"
	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 "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

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	**Nombre del evento**	**Solapa**	**Sección**	**Cambio realizado**
				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 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

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

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	**Nombre del evento**	**Solapa**	**Sección**	**Cambio realizado**
				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".