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



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **802**

Semana epidemiológica 12
AÑO 2026
Desde 22/03 al 28/03
Fecha de publicación
07/04/2026

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). 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.
Informe de vigilancia genómica y determinación de genotipo de virus Chikungunya (CHIKV): Cintia Fabbri, Victoria Luppo, Cintia Barulli, Mariel Feroci, Gabriela Bravo, Gabriela Delgado, Marcelo Ovejero, María Cristina Álvarez López, Eliana Rosales y María Alejandra Morales (INEVH y Laboratorios Jurisdiccionales de Salta, Tucumán, Santiago del Estero, CABA y San Luis)
El Servicio Meteorológico Nacional.

Hantavirosis
Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, 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)y el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui" (INEVH).

Influenza Aviar
Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmisibles, Del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, ANLIS "Carlos G. Malbrán": Departamento de Virología y Departamento de Epidemiología.
Otras dependencias públicas: SENASA y Ministerio de Salud de PBA.

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).

Intoxicación por monóxido de Carbono
Del Ministerio de Salud de la Nación: Coordinación de Salud Ambiental, Subsecretaría de Institutos y Fiscalización.

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 los grupos de riesgo. La misma debe ser aplicada en forma oportuna, idealmente antes del comienzo del invierno, etapa de mayor circulación del virus. Imagen del banco de imágenes 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°802, SE 12.

I. Editorial del BEN 797

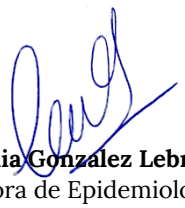
A lo largo de este año, el Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) ha continuado afirmándose El Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) se consolida como un espacio donde la vigilancia en salud se produce y se difunde de manera articulada, a partir de un trabajo sostenido entre equipos nacionales y jurisdiccionales. 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 novedad principal, la actualización del apartado inicial con un nuevo formato de tabla de eventos priorizados. Esta sección incorpora su fundamentación, la metodología de análisis, los criterios de construcción y clasificación de la situación epidemiológica, la visualización de los casos según semanas epidemiológicas 2022-2026 y una explicitación de su utilidad para la vigilancia. Se trata de una actualización relevante, orientada a fortalecer la lectura epidemiológica de los eventos priorizados y a ofrecer una herramienta más clara, analítica y útil para el seguimiento de la situación sanitaria.

Por otra parte, esta edición incorpora como actualización periódica el informe epidemiológico sobre intoxicación por monóxido de carbono, en un contexto que vuelve especialmente relevante su seguimiento. El apartado desarrolla la situación del evento en Argentina, con su nota metodológica, el análisis histórico y actual, la caracterización climática del invierno 2025, las recomendaciones para el equipo de salud, las fuentes probables de intoxicación o exposición, las medidas preventivas, las acciones ante casos y contactos, las conclusiones y los lineamientos de vigilancia epidemiológica.

En la sección de vigilancia de dengue y otros arbovirus, el boletín da continuidad a la actualización de la situación de fiebre chikungunya en Argentina, incluyendo el apartado específico sobre los casos registrados en Salta. Junto con ello, se actualizan también la situación regional y nacional de dengue, la estimación de escenarios epidemiológicos para la temporada 2025-2026, la caracterización clínica de los casos y las consideraciones para la vigilancia por laboratorio, además de la vigilancia de encefalitis arbovirales y otros arbovirus.

En la sección de informes especiales se incorpora, además, el informe de vigilancia genómica y determinación de genotipo de virus Chikungunya, que aporta evidencia específica para profundizar el análisis del evento y complementar la lectura epidemiológica de la situación actual.

Completan este número la actualización de la vigilancia de infecciones respiratorias agudas, la vigilancia de hantavirosis y la situación epidemiológica de coqueluche, junto con las alertas y comunicaciones internacionales, los destacados de boletines jurisdiccionales y el listado de modificaciones en codificaciones auxiliares del SNVS 2.0. En conjunto, esta edición del BEN ofrece una actualización amplia de eventos priorizados, emergentes y estacionales, con especial énfasis en el nuevo formato analítico de las tablas iniciales, el seguimiento de la fiebre chikungunya y la prevención y vigilancia de la intoxicación por monóxido de carbono.

Contenido

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

TABLA DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS 9
III. Actualización de la tabla de eventos priorizados 10
III.1. Fundamentación 10
III.2. Metodología de análisis 10
III.2.A. Sobre la construcción de la tabla 10
III.2.B. Clasificación de la situación epidemiológica 10
III.2.C. Visualización de los casos según semanas epidemiológicas 2022-2026 11
III.2.D. Notas generales sobre la presentación de los eventos 11
III.3. Utilidad para la vigilancia epidemiológica 11

EVENTOS PRIORIZADOS 13
IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas 14
IV.1. Nota Metodológica 14
IV.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 14
IV.3. Síntesis de la información nacional destacada 14
IV.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados 15
IV.4.A. Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI 15
IV.4.B. Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave -IRAG 18
IV.5. Caracterización genómica de Influenza A (H3N2) 21
IV.5.A. Antecedentes de secuenciación genómica de influenza a(h3n2) 2025-2026 21
IV.5.B. Vigilancia genómica de influenza desde se1 HASTA SE12, año 2026 21
4.5.3. Descripcion de los casos secuenciados de influenza desde se1 HASTA SE12, año 2026 23
IV.6. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas 26
IV.6.A. Recomendaciones para equipos de salud 26
IV.7. Vigilancia epidemiológica 26
IV.8. Recomendaciones para la población 27
IV.9. Vacunación antigripal 28
IV.10. Tratamiento antiviral 29
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus 31
V.1. Situación regional 31
V.2. Estimación de escenarios epidemiológicos nación para la temporada de Dengue. Período 2025-2026 32
V.2.A. Nota metodológica 32
V.3. Situación de dengue en Argentina 34
V.3.A. Temporada 2025/2026 34
V.3.B. Casos Probables 36
V.3.C. Caracterización clínica de los casos de dengue 37
V.3.D. Consideraciones para la vigilancia por laboratorio 37
V.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina 38
V.4.A. Casos de fiebre chikungunya en salta 40
V.5. Informe de vigilancia genómica y determinación de genotipo de virus Chikungunya (CHIKV) 41
V.5.A. Resultados y conclusiones 42
V.5.B. Referencias 43
V.6. Situación epidemiología de otros Arbovirus en Argentina 43
V.6.A. Encefalitis arbovirales 43
V.6.B. Otros arbovirus 45
VI. Vigilancia de Hantavirosis 48
VI.1. Introducción 48
VI.2. Situación epidemiológica actual 49
VI.2.A. Nota metodológica 49
VI.2.B. situación epidemiológica 49
VI.2.C. Sobre las acciones del ministerio de salud de la nación 59

SITUACIONES EMERGENTES 60

VII. Coqueluche **61**
VII.1. Introducción 61
VII.2. Situación internacional 61
VII.3. Situación Epidemiológica actual de Coqueluche en Argentina 62
VII.3.A. Introducción 62
VII.3.B. Análisis de los casos notificados y confirmados 63
VII.3.C. Análisis según edad y gravedad 67
VII.4. Coberturas de Vacunación 68
VII.4.A. Coberturas para Total país 68
VII.4.B. Coberturas según jurisdicción 70

ACTUALIZACIONES PERIODICAS **72**
VIII. Intoxicación por Monóxido de Carbono- Informe epidemiológico **73**
VIII.1. Introducción 73
VIII.2. Situación de Intoxicación por Monóxido de Carbono en Argentina 73
VIII.2.A. Nota metodológica 73
VIII.2.B. Situación Epidemiológica Histórica (2019-2025) 74
VIII.2.C. Situación Epidemiológica Actual (2026) 78
VIII.2.D. Caracterización climática inverno 2025 80
VIII.3. Recomendaciones para el equipo de salud 83
VIII.3.A. Fuentes probables de Intoxicación/Exposición 83
VIII.3.B. Medidas preventivas 83
VIII.3.C. Medidas ante casos y contactos 84
VIII.4. Conclusiones 84
VIII.5. Vigilancia epidemiológica 85
VIII.5.A. Definiciones de caso 85
VIII.5.B. Definiciones de brote 85

ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES **86**
IX. Introducción **87**
IX.1. Sarampión - Situación epidemiológica mundial y regional 87
IX.1.A. Brasil 87
IX.1.B. Canadá 88
IX.1.C. Estados Unidos de América 88
IX.1.D. México 89
IX.1.E. peru 90

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES **91**
X. Boletines Jurisdiccionales **92**
X.1. Buenos Aires: Coqueluche 92
X.2. Salta – Chikungunya 93
X.3. Santa Fe: Coqueluche 94
X.4. Tucumán: Bronquiolitis de menores 2 años 95

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA **96**
XI. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 **97**

TABLA DE **EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA** SELECCIONADOS

III. Actualización de la tabla de eventos priorizados

III.1. Fundamentación

El análisis sistemático y oportuno de los eventos de notificación obligatoria constituye una herramienta central para la vigilancia epidemiológica y la detección temprana de cambios en los patrones de ocurrencia de enfermedades y otros eventos de interés sanitario.

Adicionalmente, las tablas del Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) han presentado hasta el momento principalmente comparaciones con períodos históricos. Si bien estos indicadores resultan fundamentales para describir la magnitud y contextualizar la situación epidemiológica de los eventos, su interpretación puede complementarse con una mirada orientada a detectar variaciones recientes en la tendencia.

En este sentido, la incorporación de una clasificación de la situación epidemiológica en las últimas semanas permite aportar una lectura más dinámica y operativa del comportamiento de los eventos, favoreciendo la identificación temprana de cambios relevantes, como aumentos recientes, intensificación de la transmisión o situaciones de brote. Esta actualización busca fortalecer la capacidad del BEN para sensibilizar a los equipos de salud y vigilancia frente a variaciones concretas, contribuyendo a una respuesta más oportuna.

III.2. Metodología de análisis

III.2.A. SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE LA TABLA

La tabla se construye a partir de las notificaciones de diferentes eventos seleccionados y sus estrategias particulares en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Para cada evento se presentan los siguientes indicadores:

1. **Mediana histórica:** mediana de casos acumulados para el mismo período en los años previos (2022–2025), utilizada como referencia para el análisis comparativo.
2. **Acumulado anual:** número de casos notificados en el año en curso hasta la semana epidemiológica analizada.
3. Situación en el **año en curso**: comparación del acumulado del año actual respecto de la mediana histórica para el mismo período.
4. Situación en las **últimas 4 semanas epidemiológicas**: se analiza la ocurrencia reciente del evento considerando el número de casos notificados en las últimas cuatro semanas epidemiológicas, comparado con el comportamiento esperado según la serie histórica para esas mismas semanas. **Se consideran las 4 semanas previas a la actual, contando 2 SE hacia atrás**. Por ejemplo, si se presenta la SE 10, las 4 semanas analizadas son la 5, 6, 7 y 8.

III.2.B. CLASIFICACIÓN DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Con el objetivo de facilitar una interpretación ágil de la información, la tabla incorpora una codificación por colores que permite identificar de manera inmediata la situación epidemiológica de cada evento, junto con la clasificación cualitativa.

La clasificación de la situación epidemiológica se realiza a partir de la variación porcentual observada respecto del valor esperado (mediana histórica -ya sea del acumulado o de las 4 SE ya citadas-) y presenta la siguiente interpretación cualitativa y cromática.

• Por encima de lo esperado: incremento mayor al 40%.

• En aumento: incremento entre 20% y 40%.

• Dentro de lo esperado: variación entre -20% y +20%.

• Por debajo de lo esperado: disminución mayor al 20% respecto del valor esperado.

• En baja magnitud: menos de 30 casos en el acumulado del año en curso.

III.2.C. VISUALIZACIÓN DE LOS CASOS SEGÚN SEMANAS EPIDEMIOLÓGICAS 2022-2026

La tabla incluye gráficos de la serie temporal de cada evento (excepto aquellos de "baja magnitud") por semana epidemiológica, desde la SE 1 de 2022 hasta la semana actual menos cinco semanas. Este recorte temporal se adopta con el fin de contemplar el retraso en la notificación y evitar la interpretación de datos aún incompletos en las semanas más recientes.

A su vez, los minigráficos de la tendencia (última columna a la derecha) se presentan con una media móvil de 8 semanas epidemiológicas, con el propósito de suavizar las variaciones semanales asociadas a la heterogeneidad de la notificación. Este procedimiento permite reducir las oscilaciones de corto plazo (en forma de “ruido” o “serrucho”) y mejorar la visualización de la tendencia general y de los patrones estacionales de cada evento.

III.2.D. NOTAS GENERALES SOBRE LA PRESENTACIÓN DE LOS EVENTOS

Cada uno de los eventos contempla sus definiciones de caso específicas y se presentan en la tabla aquellos casos clasificados como confirmados. Como siempre se aclara en cada una de las presentaciones de datos de vigilancia, los mismos son parciales y sujetos a modificación.

Para el grupo de eventos “lesiones”, donde se exponen los intentos de suicidio con y sin resultado mortal, se toman en cuenta para la mediana y para las tendencias, solo los años 2024 y 2025. En el 2022 estos eventos no se habían implementado y el 2023 su implementación aún era muy parcial.

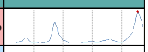
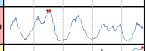
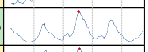
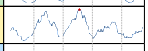
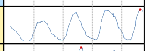
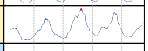
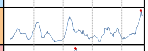
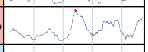
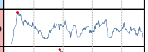
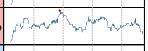
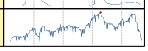
III.3. Utilidad para la vigilancia epidemiológica

La incorporación de este enfoque permite fortalecer la vigilancia basada en tendencias recientes, facilitar la detección temprana de brotes o cambios en la tendencia, sensibilizar a los equipos de salud frente a eventos emergentes o en aumento, orientar la sospecha clínica y las acciones de prevención y control, y mejorar la comunicación epidemiológica hacia los equipos asistenciales.

De esta manera, la nueva tabla de eventos del BEN se constituye en una herramienta de análisis rápido y alerta temprana que complementa los análisis epidemiológicos tradicionales.

A continuación se presenta la tabla completa.

Tabla 1. Situación de Eventos de Notificación Obligatoria (ENO) seleccionados. Argentina. SE 1 a 12 de 2026.

Grupo	Evento	Mediana Acumulado 2022-2025	Acumulado 2026 SE12	En lo que va del año, el evento se encuentra...	En las últimas 4 semanas el evento se encuentra...	Tendencia 2022-2026
Enfermedades prevenibles por vacunas	Coqueluche (tos convulsa)	4	255	Por encima de lo esperado	Por encima de lo esperado	
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	2	1	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	0	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Meningitis - Meningoencefalitis	152	172	Dentro de lo esperado	Por encima de lo esperado	
	Poliomielitis - PAF <15 años y otros casos sospechosos de poliomielitis	0	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Enf. Trans. por vectores	Chagas agudo vectorial	0	1	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Enf. Trans. por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	23	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Enfer. zoonóticas animales	Rabia animal	43	62	Por encima de lo esperado	Por encima de lo esperado	
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	3100	4634	Por encima de lo esperado	Dentro de lo esperado	
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	136	119	Dentro de lo esperado	Por debajo de lo esperado	
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	62	54	Dentro de lo esperado	Dentro de lo esperado	
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo)	3	4	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Cisticercosis	2	3	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Escorpionismo o Alacranismo	2012	2422	En aumento	Dentro de lo esperado	
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	253	292	Dentro de lo esperado	Dentro de lo esperado	
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	18	11	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	3	3	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Brucelosis	24	20	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Hantavirosis	16	31	Por encima de lo esperado	En aumento	
	Leptospirosis	43	92	Por encima de lo esperado	Por encima de lo esperado	
	Psitacosis	43	24	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Grupo	**Evento**	**Mediana Acumulado 2022-2025**	**Acumulado 2026 SE12**	**En lo que va del año, el evento se encuentra...**	**En las últimas 4 semanas el evento se encuentra...**	**Tendencia 2022-2026**
ETMI - Enfermedades del niño	Chagas agudo congénito	7	5	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Sífilis Congénita	154	190	En aumento	Por debajo de lo esperado	
	Hepatitis B - Exp. a la transm. vertical	0	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en embarazadas	249	244	Dentro de lo esperado	Por debajo de lo esperado	
	Sífilis en embarazadas	1634	2532	Por encima de lo esperado	Dentro de lo esperado	
	Hepatitis B en embarazadas	9	4	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Hepatitis virales	Hepatitis A	8	29	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Hepatitis B	105	111	Dentro de lo esperado	Por encima de lo esperado	
	Hepatitis C	215	248	Dentro de lo esperado	Por encima de lo esperado	
	Hepatitis E	1	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Infecc. de trans. sexual	Sífilis en población general	5106	9878	Por encima de lo esperado	Dentro de lo esperado	
Infecc. Resp. agudas	Legionelosis	7	8	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentos	304	290	Dentro de lo esperado	Por encima de lo esperado	
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	4	3	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Expos. a Plaguicidas de uso agrícola	4	2	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Expos. a Plaguicidas de uso doméstico	8	10	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Expos. a Plomo	2	1	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Expos. a Monóxido de Carbono	63	177	Por encima de lo esperado	Por encima de lo esperado	
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	1550	2501	Por encima de lo esperado	Por encima de lo esperado	
	Intento de Suicidio con resultado mortal	59	113	Por encima de lo esperado	Por encima de lo esperado	
Otros eventos de imp. p/ la Salud Pública	Viruela símica (mpox)	29	42	Por encima de lo esperado	Dentro de lo esperado	
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	1482	1861	En aumento	Dentro de lo esperado	

Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos 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 SE7 de 2026, la vigilancia clínica notificó 112.337 casos de ETI, 16.387 casos de neumonía y 9.573 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 y un ligero aumento de IRAG asociada a SARS-CoV-2 entre semanas 35 y 47. En las 12 primeras SE de 2026 se registraron 890 internaciones, con 12 detecciones de SARS-CoV-2, 41 de Influenza y 9 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

[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

VSR continúan en valores bajos. En relación con SARS-CoV-2, se observó un aumento gradual de las detecciones a partir de la SE34 de 2025, acentuado entre las SE42 y SE46, seguido de un descenso posterior.

Durante la SE11/2026, se registra circulación de virus respiratorios, principalmente Influenza, seguido de SARS-CoV-2, adenovirus, VSR, parainfluenza y metapneumovirus.

En personas internadas, en la SE12/2026, se notificaron 9 hospitalizaciones con diagnóstico de SARS-CoV-2, 8 con diagnóstico de influenza y 4 con VSR. No se registran fallecidos con diagnóstico de SARS-CoV-2 en esta semana.

La secuenciación genómica realizada por el Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS, a partir de 156 muestras de influenza A(H3N2) remitidas por la Red Nacional de Laboratorios y Unidades Centinela, permitió identificar 118 casos correspondientes al subclado K que fueron detectados a partir de distintas estrategias de vigilancia de infecciones respiratorias agudas, tanto universal como centinela, e incluyeron casos ambulatorios e internados.

IV.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados

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

Las Unidades de Monitoreo Ambulatorio de Virus Respiratorios (UMA) son dispositivos de vigilancia centinela que permiten el monitoreo de la circulación de SARS-CoV-2, Influenza y VSR en casos leves ambulatorios. El objetivo de las UMA es describir la tendencia de las consultas ambulatorias por casos de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), así como la proporción atribuible a SARS-CoV-2, Influenza y VSR durante todas las semanas epidemiológicas del año en las 24 jurisdicciones del país.[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 la SE 12 de 2026, se confirmaron 3 casos entre 31 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.

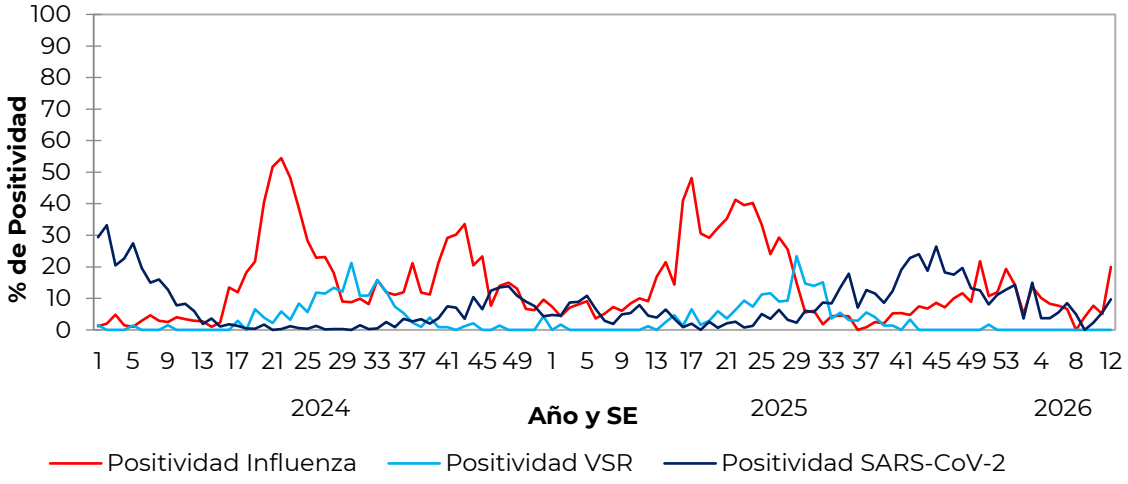
[2] Para más información, consultar Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control de Infecciones Respiratorias Agudas en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevencion_y_control_ira-2024.pdf

En 2025, se registraron 1022 detecciones entre 5.727 muestras estudiadas, con una positividad acumulada de 17,85%. A partir de la SE11, se verificó una tendencia ascendente tanto de las detecciones como del porcentaje de positividad, a expensas de las detecciones de influenza A sin subtipificar y del subtipo A (H1N1). Estos indicadores alcanzaron valores más elevados entre las SE22 y SE25, seguidos de un descenso sostenido. Hacia el final del periodo, se registró un leve incremento en las detecciones y en la positividad, con predominio de influenza B/linaje Victoria, observándose en las últimas semanas un mayor número de detecciones de influenza A; no obstante, los valores se mantuvieron bajos. En las SE 11 y 12 de 2026 se notificaron 10 casos de influenza entre las 95 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 12 SE de 2026, no se notificaron detecciones de VSR entre las 558 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 SE12/2026. Argentina.

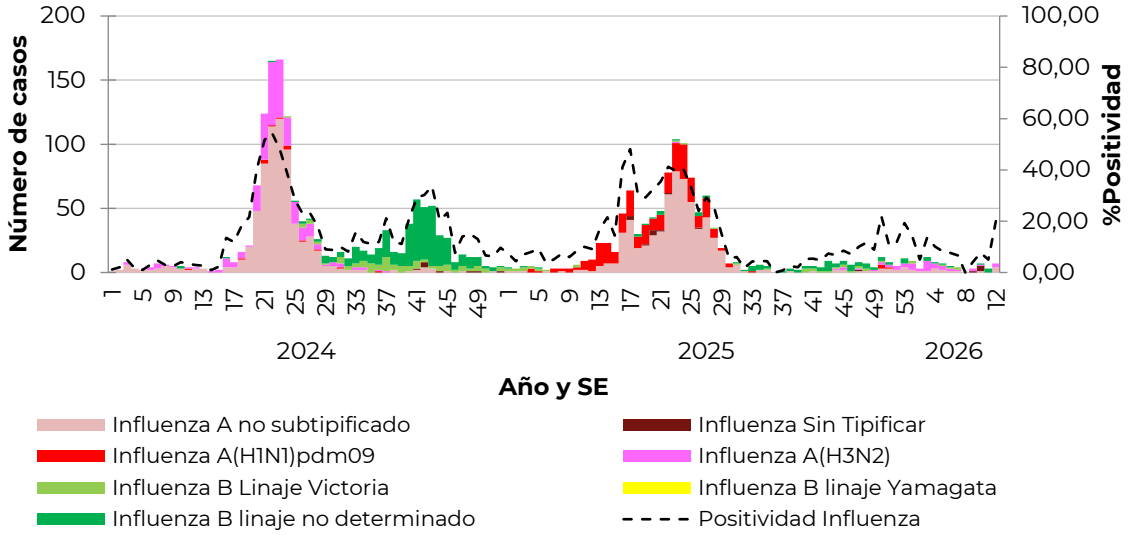


Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

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

En las primeras 12 SE de 2026, se detectaron 47 casos de infuenza A, 31 casos con subtipificación que corresponde a A(H3N2). En cuanto a influenza B, se detectaron 16 casos, dentro de los cuales se detectó linaje Victoria en 6 de ellos.

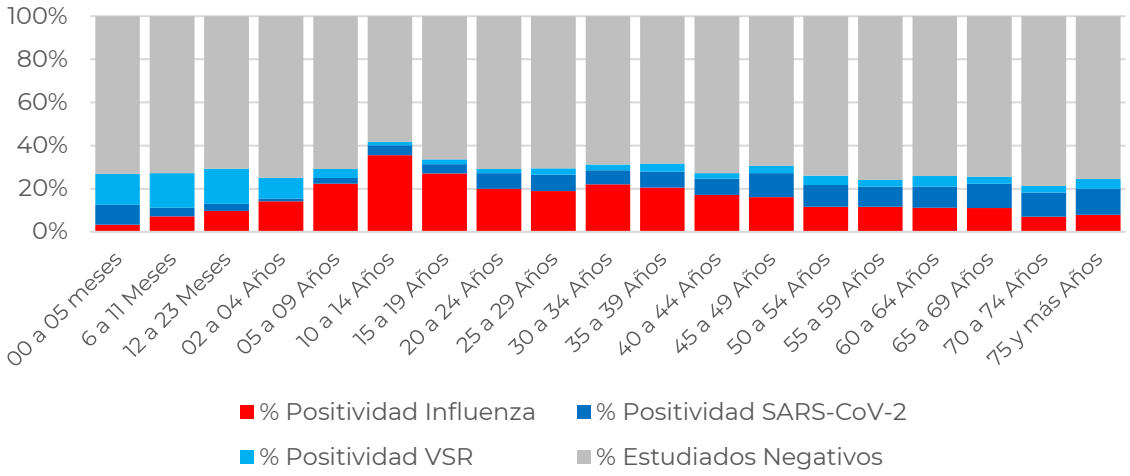
Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2024 a SE12/2026. Estrategia UMA. Argentina.



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

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

Gráfico 3. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados. SE1/2024 a SE12/2026. Estrategia UMA. Argentina[3].



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

[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.

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

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

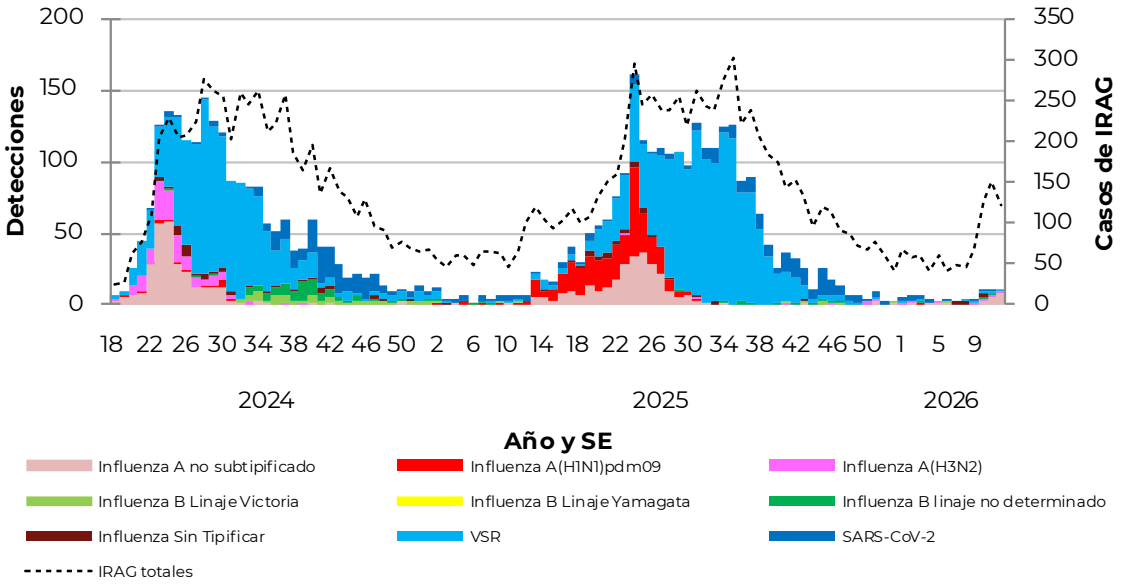
- Apnea (cese temporal de la respiración por cualquier causa), o
- Sepsis (fiebre/hipotermia[7] y shock[8] y gravemente enfermo sin causa aparente)

En las 12 primeras SE de 2026 se registraron de manera nominal un total de 890 internaciones con diagnóstico de IRAG y 398 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 12 SE de 2026 los casos de IRAG se mantienen estables, con un ligero aumento en la última semana y un promedio de 116,8 casos semanales en las últimas 4 semanas.

[4] Para más información sobre la estrategia de vigilancia centinela de IRAG, consultar Guía 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 SE12/2026. Argentina



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

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

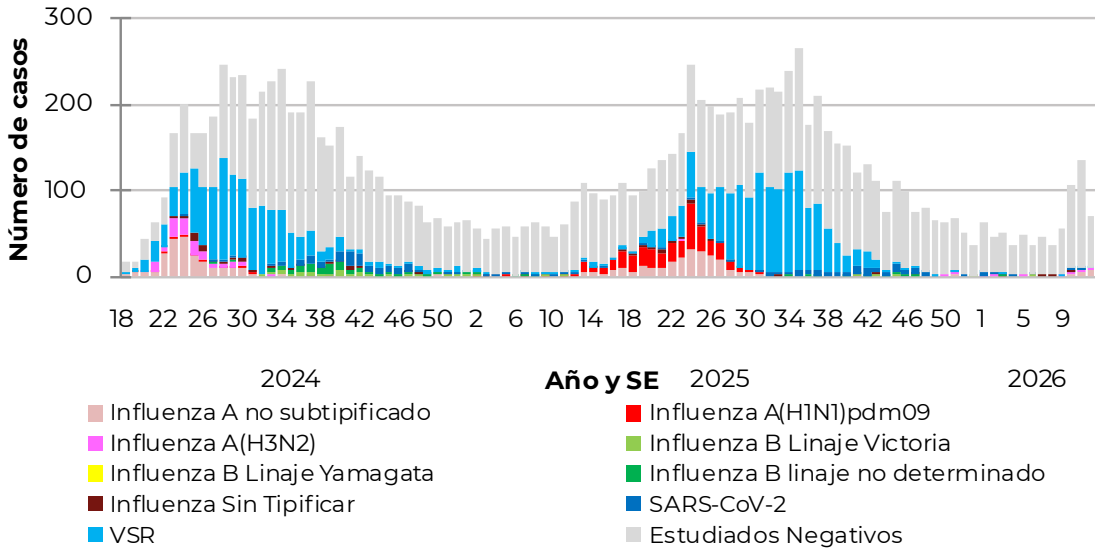
Aun cuando se registraron IRAG con diagnóstico de **Influenza** durante todo el periodo, entre la SE18 y la SE31 de 2024 se observó un ascenso de detecciones influenza A/H3N2, que alcanzó sus valores máximos entre SE 23/2024 y 24/2024. Con el descenso de casos de influenza A, se registró a partir de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

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

En las 12 primeras semanas de 2026, se detectaron 29 casos de influenza A, de los cuales 9 cuentan con subtipificación, siendo 8 de ellos A(H3N2) y 1 A(H1N1). Con respecto a influenza B, se registraron 4 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. Las detecciones alcanzaron su valor máximo en la semana 31, manteniéndose en valores elevados durante las semanas siguientes y mostrando una tendencia descendente a partir de la SE36, con valores bajos en las últimas semanas de 2025 y con 9 casos en las primeras 12 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 SE12/2026. Estrategia UC IRAG. Argentina [10].



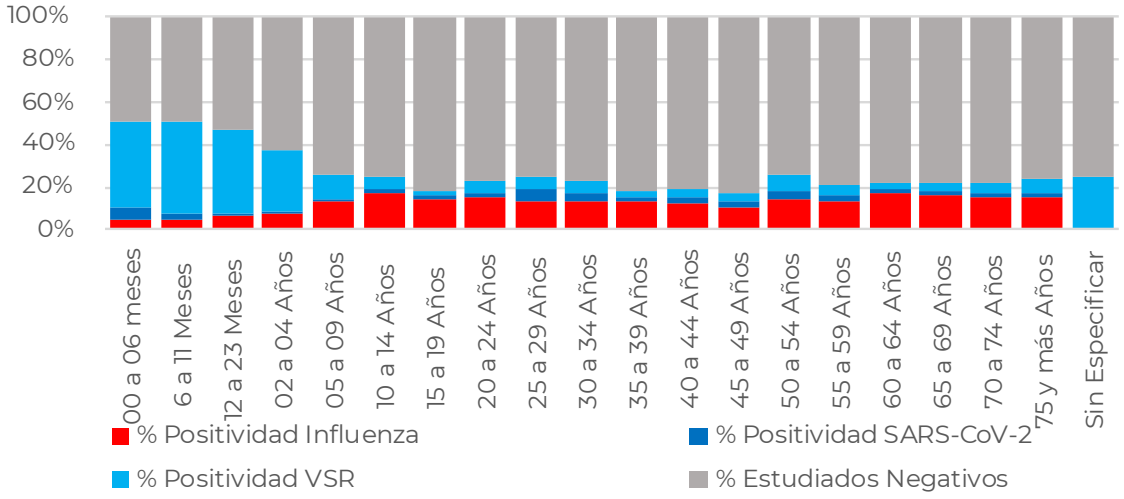
Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0

En las últimas 4 semanas, entre 368 casos de IRAG estudiados por técnica molecular para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron: 2 casos de SARS-CoV-2, 26 casos de influenza y 5 de VSR. Los restantes 335 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.

[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.

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 SE12/2026. 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

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

IV.5.A. ANTECEDENTES DE SECUENCIACIÓN GENÓMICA DE INFLUENZA A(H3N2) 2025-2026

Entre las SE 1/2025 y la SE 12/2026, el Laboratorio Nacional de Referencia recibió 185 muestras positivas para Influenza A(H3N2) se pudo realizar la secuenciación genómica de 156, de las cuales –en términos acumulados- 118 (75,6%) correspondieron al subclado J.2.4.1 (K), 28 (17,9%) al subclado J.2.3; y el resto a los subclados J.2.4, J.2 y J.2.2.

Tabla 1. Casos de Influenza A(H3N2) secuenciados por el LNR por subclado según año de fecha de toma de muestra. Argentina. SE 1/2025 a SE 12/2026. (n=156).

Casos secuenciados de Influenza A	Influenza A (H3N2)					Total
	Subclado J.2	Subclado J.2.2	Subclado J.2.3	Subclado J.2.4	Subclado J.2.4.1 (K)	
2025	3	1	23	0	33	60
2026	0	0	5	6	85	96
Total	3	1	28	6	118	156

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

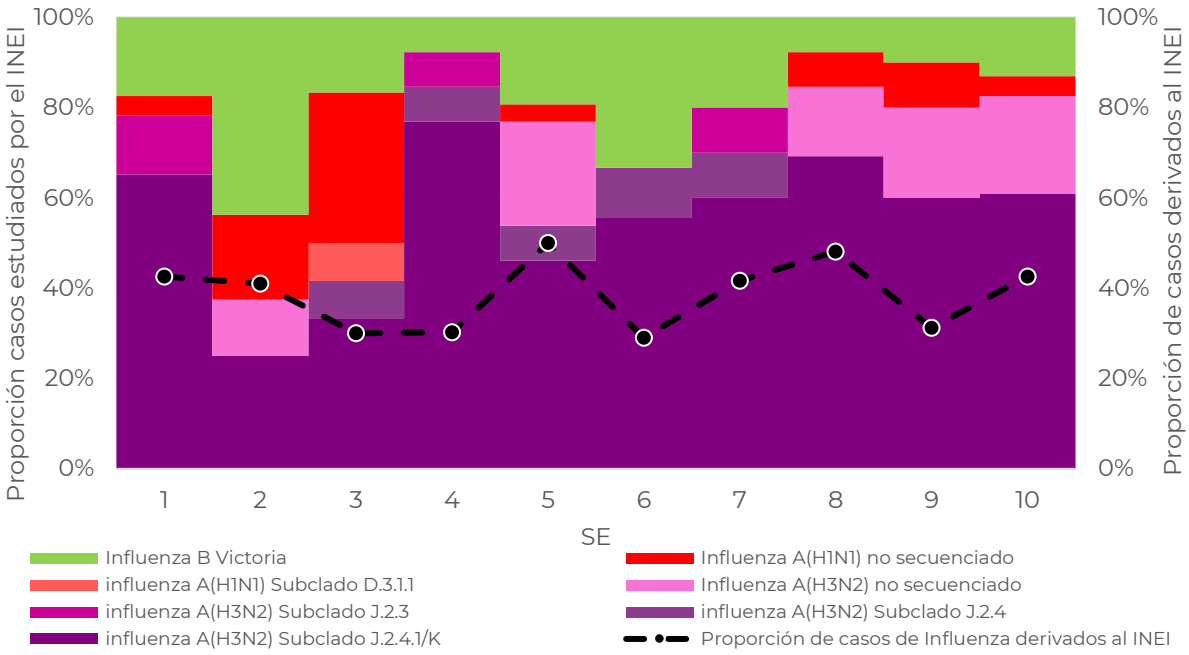
IV.5.B. VIGILANCIA GENÓMICA DE INFLUENZA DESDE SE1 HASTA SE12, AÑO 2026

Desde la SE1/2026 hasta la SE12/2026, el LNR recibió 164 muestras positivas para Influenza (31% de lo que se había registrado en el SNVS), de los cuales 126 correspondieron a Influenza A (77%) -13 A(H1N1), 113 A(H3N2)-, 34 (21%) a Influenza B linaje Victoria y 4 a Influenza sin tipificar.

[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.

Se realizó la caracterización genómica de 96 casos de Influenza A(H3N2) y 1 caso de Influenza A(H1N1). El subclado prevalente en los casos Influenza A(H3N2) fue J.2.4.1 (K), con 85 casos (89%), seguido de subclado J.2.4, con 6 casos (6%), y J.2.3, con 5 (5%). El caso de Influenza A(H1N1) correspondió al subclado D.3.1.1.

Gráfico 7. Distribución temporal de subtipos y subclados de Influenza recibidos por el LNR, según SE por Fecha de Toma de Muestra (FTM). Argentina. SE1 a SE10[12], Año 2026 (n = 155).



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

En el análisis regional se verifica que en todas las regiones se detectó mayoritariamente Influenza A, específicamente Influenza A(H3N2) subclado J.2.4.1 (K), con excepción de la región Sur en la que el mayor número de casos secuenciados correspondió a Influenza A(H3N2) subclado J.2.3 (3 casos). El único caso secuenciado de Influenza A(H1N1) subclado D.3.1.1 se identificó en el NEA (Formosa). Por otro lado, Influenza B Victoria se detectó en todas las regiones, menos en el Sur.

[1212] El gráfico toma como referencia temporal la Fecha de Toma de muestra, por lo cual se excluyen las últimas dos semanas por el sesgo de registro producto de los tiempos del proceso de consulta, notificación, derivación y análisis.

Tabla 2. Casos de Influenza estudiados por el LNR por tipo, subtipo y caracterización genómica, según jurisdicción. Argentina. SE 1 a SE 12, Año 2026.

Jurisdicción	Influenza A							Influenza B	Total general
	Influenza A(H3N2)				Influenza A(H1N1)		Sin subtipificar	Victoria	
	Subclado J.2.3	Subclado J.2.4.1/ K	Subclado J.2.4	Sin especificar	Subclado D.3.1.1	Sin especificar			
Centro	0	31	6	5	0	5	1	16	64
Buenos Aires	0	14	5	2	0	1	0	7	29
CABA	0	15	1	0	0	3	1	2	22
Córdoba	0	0	0	2	0	0	0	2	4
Entre Ríos	0	0	0	0	0	0	0	3	3
Santa Fe	0	2	0	1	0	1	0	2	6
Cuyo	0	12	0	3	0	0	0	5	20
Mendoza	0	10	0	2	0	0	0	2	14
San Juan	0	2	0	1	0	0	0	2	5
San Luis	0	0	0	0	0	0	0	1	1
NEA	1	7	0	1	1	3	0	1	14
Chaco	1	1	0	0	0	0	0	0	2
Corrientes	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Formosa	0	5	0	1	1	3	0	1	11
Misiones				0		0	0	0	0
NOA	1	33	0	7	0	3	2	12	58
Catamarca	0	5	0	0	0	1	0	2	8
Jujuy	0	1	0	0	0	0	2	0	3
La Rioja	0	3	0	0	0	0	0	0	3
Salta	1	19	0	1	0	2	0	5	28
Sgo del Estero	0	0	0	1	0	0	0	4	5
Tucumán	0	5	0	5	0	0	0	1	11
Sur	3	2	0	1	0	1	1	0	8
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	1	1	0	2
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	3	2	0	0	0	0	0	0	5
T del Fuego	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Total general	5	85	6	17	1	12	4	34	164

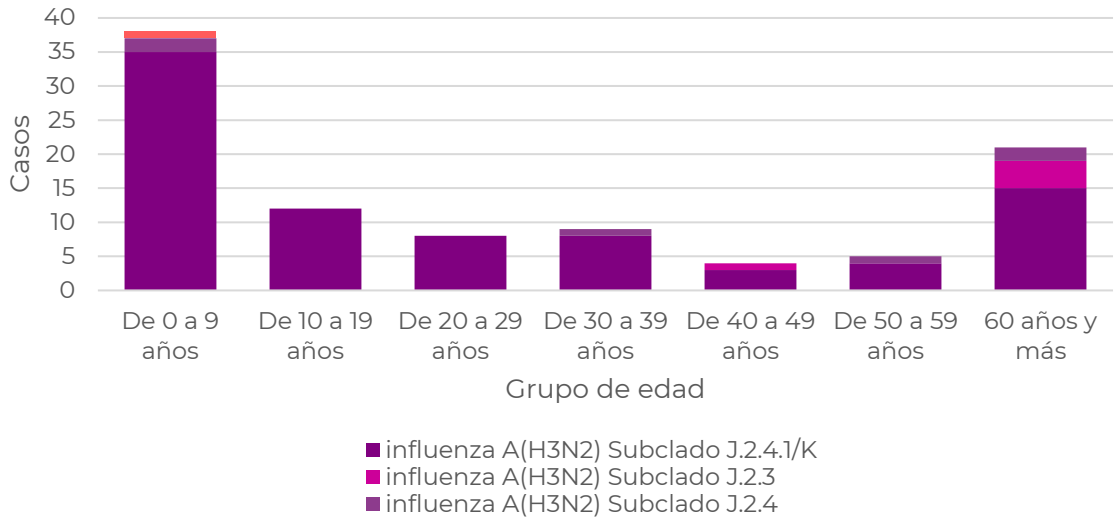
Fuente: elaboración del Servicio Virosis Respiratorias y el Departamento de Epidemiología del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

4.5.3. DESCRIPCION DE LOS CASOS SECUENCIADOS DE INFLUENZA DESDE SE1 HASTA SE12, AÑO 2026

Debido al interés generados por los casos de Influenza A(H3N2) subclado J.2.4.1 (K) del hemisferio, a continuación se caracteriza los casos secuenciados por el LNR según población afectada y evento de notificación en el SNVS 2.0.

De los casos de Influenza A(H3N2) secuenciados, se destaca que el subclado J.2.4.1 (K) ha sido el predominante en todos los grupos etarios. Los grupos de edad con mayor número de casos secuenciados han sido los menores de 10 años (38 casos) y los mayores de 60 (21 casos).

Gráfico 8. Casos de Influenza A secuenciados en el LNR, por subtipo y subclado según grupo de edad. Argentina. SE 1 a SE 12, Año 2026 (n = 97)



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

Entre los casos secuenciados de Influenza A el 88% no estaban vacunados. Se registraron 20 casos vacunados 24% entre los que correspondieron al subclado J.2.4.1 y un caso vacunado entre los que correspondieron al subclado J.2.3.

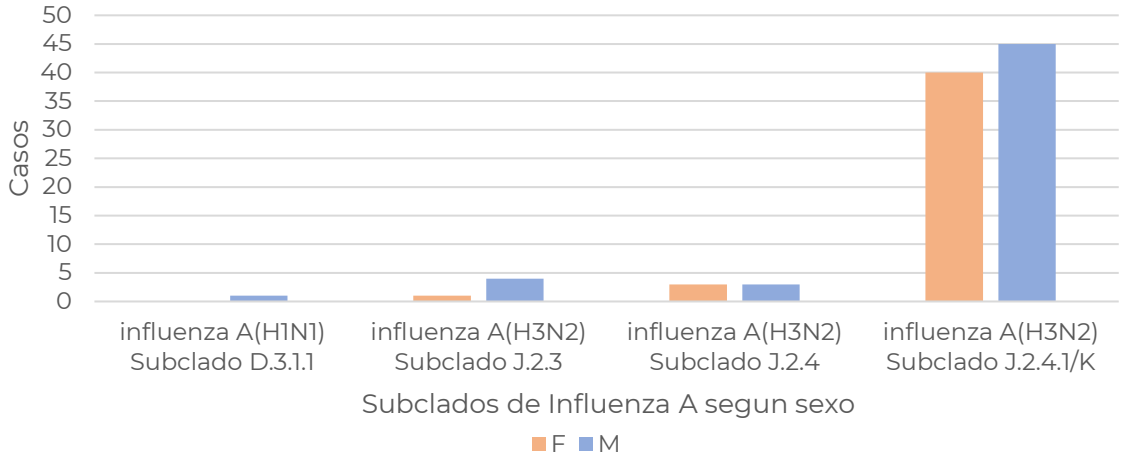
Tabla 3. Casos de Influenza A secuenciados por el LNR, por vacunación antigripal 2025 según subclado. Argentina. SE 1 a SE 12, Año 2026 (n=97).

Subclado Influenza A	Vacunación			Total general
	NO	SI	Porcentaje de Vacunados	
Influenza A(H1N1) Subclado D.3.1.1	1		0%	1
Influenza A(H3N2) Subclado J.2.3	4	1	20%	5
Influenza A(H3N2) Subclado J.2.4	6		0%	6
Influenza A(H3N2) Subclado J.2.4.1/K	65	20	24%	85
Total general	76	21	22%	97

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

El 54% de los casos secuenciados correspondieron a personas de sexo masculino.

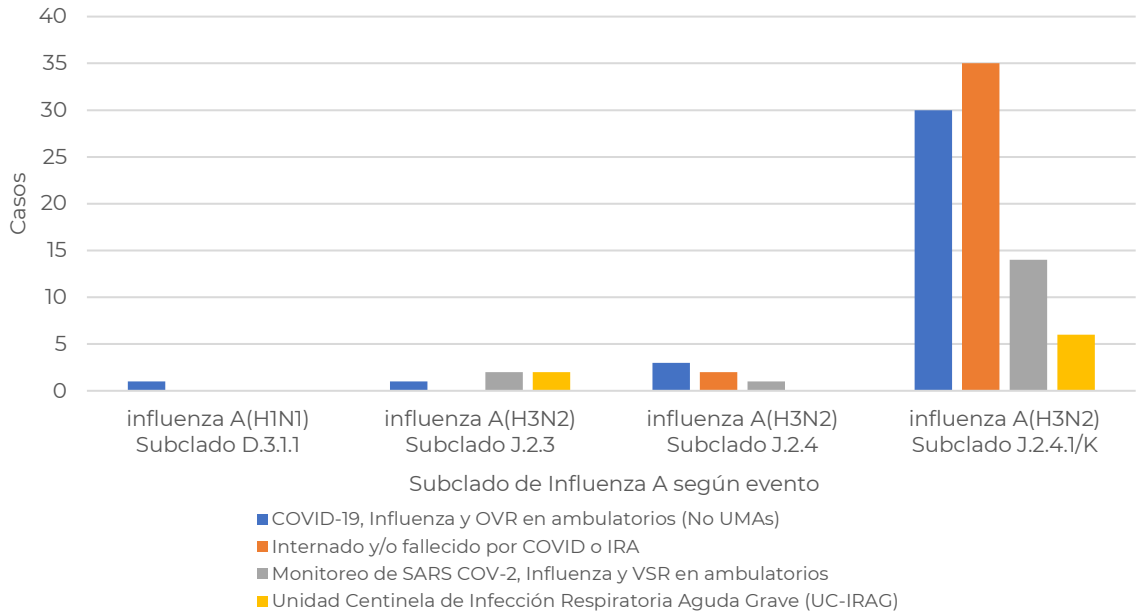
Gráfico 9. Casos de Influenza A secuenciados por el LNR, por subclado según sexo. SE 1 a SE 12, Año 2026 (n=97).



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

Respecto al evento/estrategia de vigilancia, 37 casos fueron notificados al evento universal "Internado y/o fallecido por COVID o IRA", 8 por UC-IRAG (total internados 45); 35 en el evento universal de Ambulatorios (NO UMA) y 17 en Unidades de Monitoreo Ambulatorio (UMA) (total ambulatorios 52). En cuanto a los casos detectados de Influenza A(H3N2) subclado J.2.4.1 (K), se identificaron en los 4 eventos (41 en internados y 44 en ambulatorios).

Gráfico 10. Casos de Influenza A secuenciados por el LNR, por subclado según evento. SE 1 a SE 12, Año 2026 (n=97).



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

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

IV.6.A. RECOMENDACIONES PARA EQUIPOS DE SALUD

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

IV.7. Vigilancia epidemiológica

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

En este marco, se recomienda:

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

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

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

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

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

Definiciones:

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

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

IV.8. Recomendaciones para la población

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

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

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

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

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

IV.9. Vacunación antigripal

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

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

Población objetivo para vacunación antigripal:

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

* Las condiciones clínicas que aumentan el riesgo de formas graves de influenza incluyen enfermedades respiratorias y cardíacas crónicas, inmunodeficiencias, enfermedades oncohematológicas, trasplantes, diabetes, obesidad mórbida, insuficiencia renal crónica, y otras condiciones específicas.

Para mayor información Consultar en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/guia_rapida_antigripal_2025_1732025.pdf.

IV.10. Tratamiento antiviral

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

Diversos estudios han evidenciado que en pacientes ambulatorios con alto riesgo de complicaciones, su uso se asocia a una reducción en la duración de los síntomas y en la incidencia de complicaciones.[13],[14] 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.[15],[16] 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)

[13] 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.
[14] 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.
[15] 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.
[16] 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)[17] y el ARBO-portal[18] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 30/03/2026 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la semana epidemiológica 11 de 2026 se notificaron 380.848 casos de dengue, de los cuales 72.010 fueron confirmados por laboratorio. En comparación con la misma semana epidemiológica de 2025, los casos confirmados registraron una disminución del 88%. Asimismo, se reportaron 44 fallecidos. En cuanto a chikungunya, se reportaron un total de 29.224 casos, con 11 fallecimientos registrados. De ellos, 9.670 fueron confirmados, lo que implica una disminución del 79% respecto de los confirmados en la misma semana de 2025. Respecto al zika, hasta la SE 10/2026 se registraron 1.204 casos notificados, de los cuales 62 fueron confirmados. En comparación con la misma semana epidemiológica de 2025, los casos confirmados registraron una disminución del 90%. No se registraron fallecimientos para este evento. En relación con Oropouche, hasta la SE 8/2026 se confirmaron por laboratorio 5 casos, un 38% menos que en 2025, sin defunciones por este evento.

Bolivia: hasta la SE 10/2026, se han reportado un total de 30.183 casos de dengue, de los cuales 253 fueron confirmados por laboratorio. Estos últimos presentan una disminución del 65% respecto a la misma semana del año anterior. Se registró 1 fallecimiento 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 11/2026 se registraron un total de 5.447 casos de dengue, sin fallecimientos asociados. De ellos, 100 casos fueron confirmados por laboratorio, lo que implica un 82% menos que en la misma semana de 2025. Respecto de chikungunya, se notificaron 7 casos confirmados por laboratorio; mientras que en la misma semana de 2025 se había registrado 1 caso confirmado para este evento. En cuanto al zika, no se notificaron casos para el año en curso.

Perú: hasta la SE 10/2026 se reportaron un total de 9.989 casos de dengue, con 9 fallecimientos registrados. De ellos, 4.472 fueron confirmados por laboratorio, representando una disminución del 61% en los casos confirmados respecto a la misma semana del año anterior. Con relación a chikungunya, hasta la SE 9/2026 no se notificaron casos. Respecto al zika, hasta la SE 9/2026 se notificó 1 caso, sin confirmación por laboratorio. En relación a Oropouche, no se actualizaron datos para el año en curso, lo último registrado fue hasta la SE 38/2025 en la cual se confirmaron 330 casos, un 69% menos que en la misma semana de 2024.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) emitió una alerta epidemiológica ante el aumento sostenido de casos de chikungunya en la Región de las Américas entre finales de 2025 e inicios de 2026, así como por la reanudación de la transmisión autóctona en áreas sin

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

circulación documentada del virus desde hacía varios años. En particular, se registró una circulación importante en las regiones centro-oeste y sudeste de Brasil y en el sur de Bolivia.

Para el año en curso, hasta la fecha, se mantiene una tendencia descendiente 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).

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

V.2.A. NOTA METODOLÓGICA

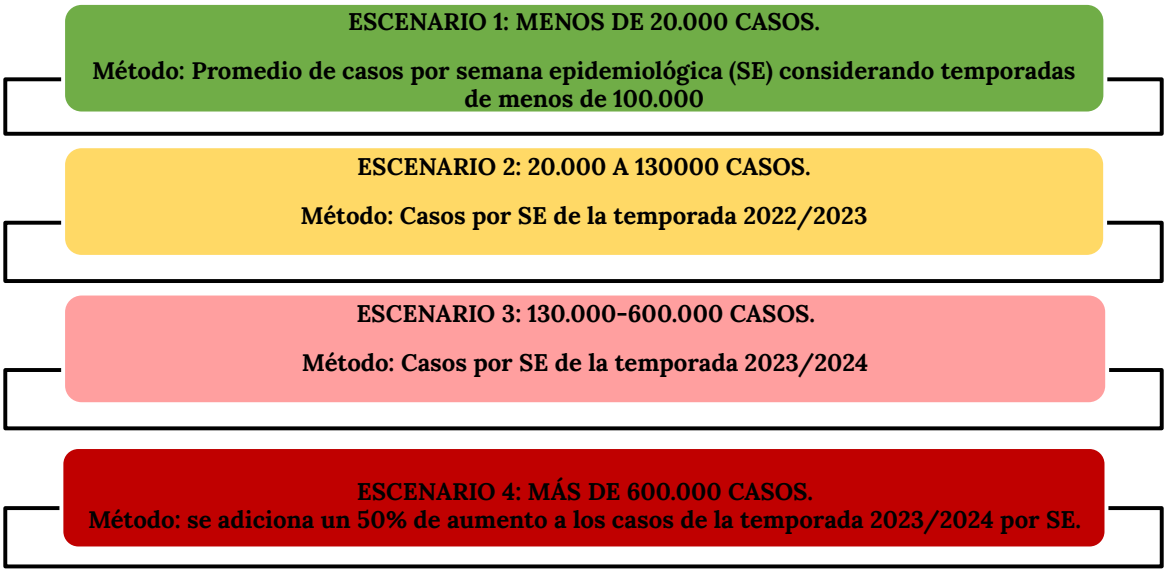
La estimación de **escenarios nacionales** para la próxima temporada de dengue se realizó mediante el análisis comparativo de curvas epidémicas históricas por semana epidemiológica (SE), tomando como referencia temporadas con distinta magnitud en el número de casos notificados en Argentina. Para cada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

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

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

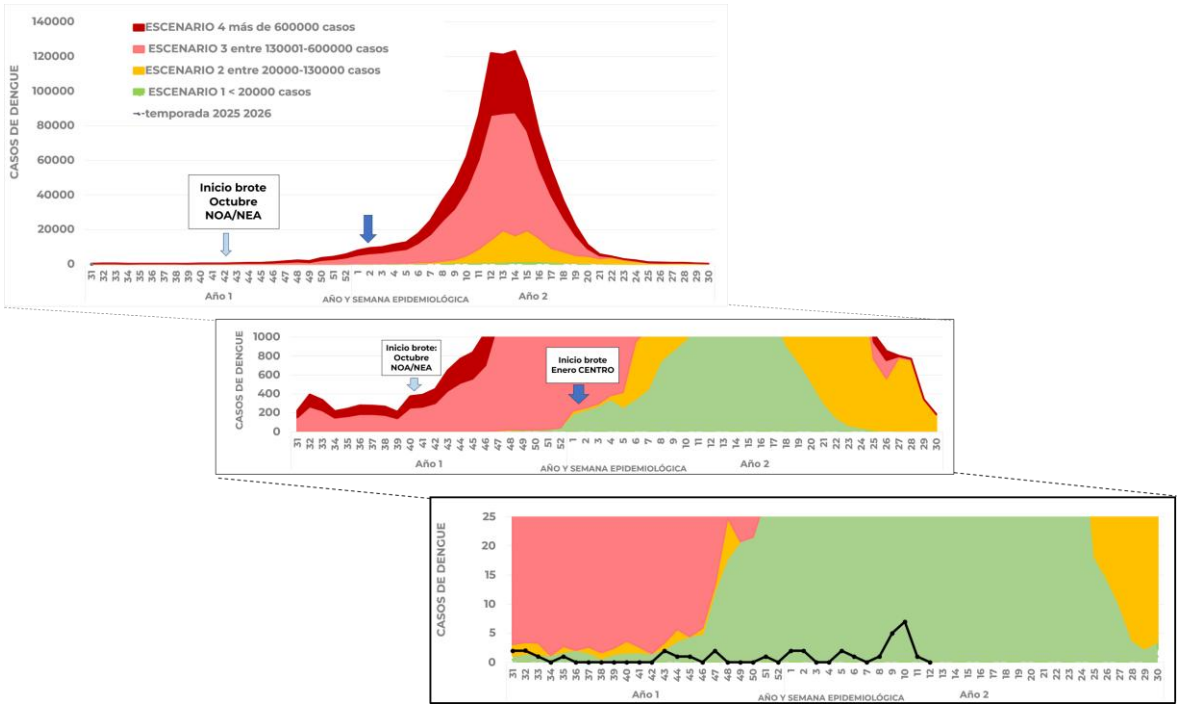
En el gráfico 2 (detalle en la vista ampliada) se presentan los casos de la temporada 2025-2026 y su representación en el modelo de escenarios estimados. Entre las SE31/2025 y SE12/2026 se notificaron 35 casos confirmados de dengue, de los cuales 18 fueron importados. Estos registros iniciales permiten 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=35). 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) **15.966** casos sospechosos de dengue, de los cuales **35** fueron confirmados por laboratorio detectándose la circulación de DENV 1, 2 y 3. El **49%** 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).

- **Doce** casos notificados en **CABA**: siete sin antecedente de viaje aún en investigación - uno en Comuna 1/Barracas (SE8 DENV-2), cinco en Comuna 10 (Versalles SE9 /Villa Real

[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).

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).

- **Cuatro** casos notificados por **Córdoba:** dos casos con antecedente de viaje a México (SE2 y SE10) y dos casos sin antecedente de viaje (SE9 y SE10) en Córdoba Capital.
- **Un** caso notificado por **Catamarca** sin antecedente de viaje (SE10), del departamento Ancasti (DENV-2).
- **Cuatro** casos notificados por **Entre Ríos** con antecedente de viaje a Cuba (SE43), Brasil (SE53**; DENV-3**), República Dominicana (SE6) y Colombia (SE10**; DENV-3).**
- **Un** caso notificado por **Mendoza** con antecedente de viaje a México (SE1), detectándose **DENV-3.**
- **Un** caso notificado por **Santa Fe** con antecedente de viaje a Maldivas (SE 10; **DENV-3)**, del departamento de San Cristóbal.

Según la fecha de apertura del evento (fecha de notificación al SNVS 2.0), en la SE 12/2026 se notificaron **693** 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.

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE12/2026. 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	44	5	5	1,2,3	1135	323	1517	10
CABA	7	18	5	3	1,3	335	159	527	12
Córdoba	2	26	2	0	2	2159	116	2305	4
Entre Ríos	0	4	4	1	3	279	8	296	4
Santa Fe	0	26	1	2	3	1066	74	1169	1
Total Centro	**14**	**118**	**17**	**11**		**4974**	**680**	**5814**	**31**
Mendoza	0	0	1	1	3	121	4	127	1
San Juan	0	0	0	0		39	0	39	0
San Luis	0	0	0	0		64	10	74	0
Total Cuyo	**0**	**0**	**1**	**1**		**224**	**14**	**240**	**1**
Chaco	0	9	0	0		828	8	845	0
Corrientes	0	4	0	0		135	27	166	0
Formosa	2	3	0	0	2	3937	3	3945	2
Misiones	0	2	0	0		512	20	534	0
Total NEA	**2**	**18**	**0**	**0**		**5412**	**58**	**5490**	**2**
Catamarca	1	2	0	0	2	299	2	304	1
Jujuy	0	1	0	0		485	15	501	0
La Rioja	0	5	0	0		200	2	207	0
Salta	0	10	0	0		1107	319	1436	0
Sgo del Estero	0	2	0	0		117	148	267	0
Tucumán	0	57	0	1		1438	58	1554	0
Total NOA	**1**	**77**	**0**	**1**		**3646**	**544**	**4269**	**1**
Chubut	0	0	0	0		12	2	14	0
La Pampa	0	0	0	0		71	8	79	0
Neuquén	0	0	0	0		22	2	24	0
Río Negro	0	0	0	0		3	1	4	0
Santa Cruz	0	0	0	0		24	2	26	0
T del Fuego	0	0	0	0		6	0	6	0
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**0**		**138**	**15**	**153**	**0**
Total País	**17**	**213**	**18**	**13**		**14394**	**1311**	**15966**	**35**

Sin antecedente de viaje: autóctonos y en investigación

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.B. 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.C. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LOS CASOS DE DENGUE

De los 35 casos la mediana de edad fue de 32 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.D. CONSIDERACIONES PARA LA VIGILANCIA POR LABORATORIO

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

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

En el caso de que los primeros casos compatibles con un inicio de circulación viral en un área correspondan a pacientes con un cuadro de 4 o más días de evolución en los que únicamente se detecte la presencia de anticuerpos tipo IgM, es necesario tener la

consideración que los anticuerpos IgM son marcadores de infección reciente, no necesariamente aguda. En estudios realizados en epidemias de dengue anteriores en Argentina, se ha constatado que un porcentaje de pacientes pueden presentar persistencia de IgM para dengue por más de 3 meses e incluso a más de un año. Por lo tanto, en esos casos, se plantea el estudio por prueba de neutralización en par de sueros con muestras tomadas con 10 a 15 días de diferencia para confirmar circulación viral o descartar el caso de dengue al evidenciar la seroconversión de anticuerpos tipo IgG, así como estudiar otros flavivirus y descartar la detección de cruces serológicos. Esta acción es fundamental cuando no existan casos confirmados por qRT-PCR e identificación de serotipo. No obstante, es fundamental la investigación epidemiológica y búsqueda activa para captar otros casos febriles que pudieran presentarse en la zona y proceder a la toma de muestras en fase aguda.

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

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

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

V.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina

Durante la temporada en curso se notificaron **4425** casos sospechosos de Fiebre Chikungunya, de los cuales **433** 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.

Hasta la SE12/2026 se notificaron **23** casos confirmados sin antecedente de viaje de los cuales 20 corresponden al departamento Capital (localidad San Miguel de Tucumán) y 3 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 tres semanas se registraron casos sin antecedente de viaje en las jurisdicciones **Jujuy, Catamarca, Santiago del Estero, Buenos Aires y CABA (Ver mapa 1).**

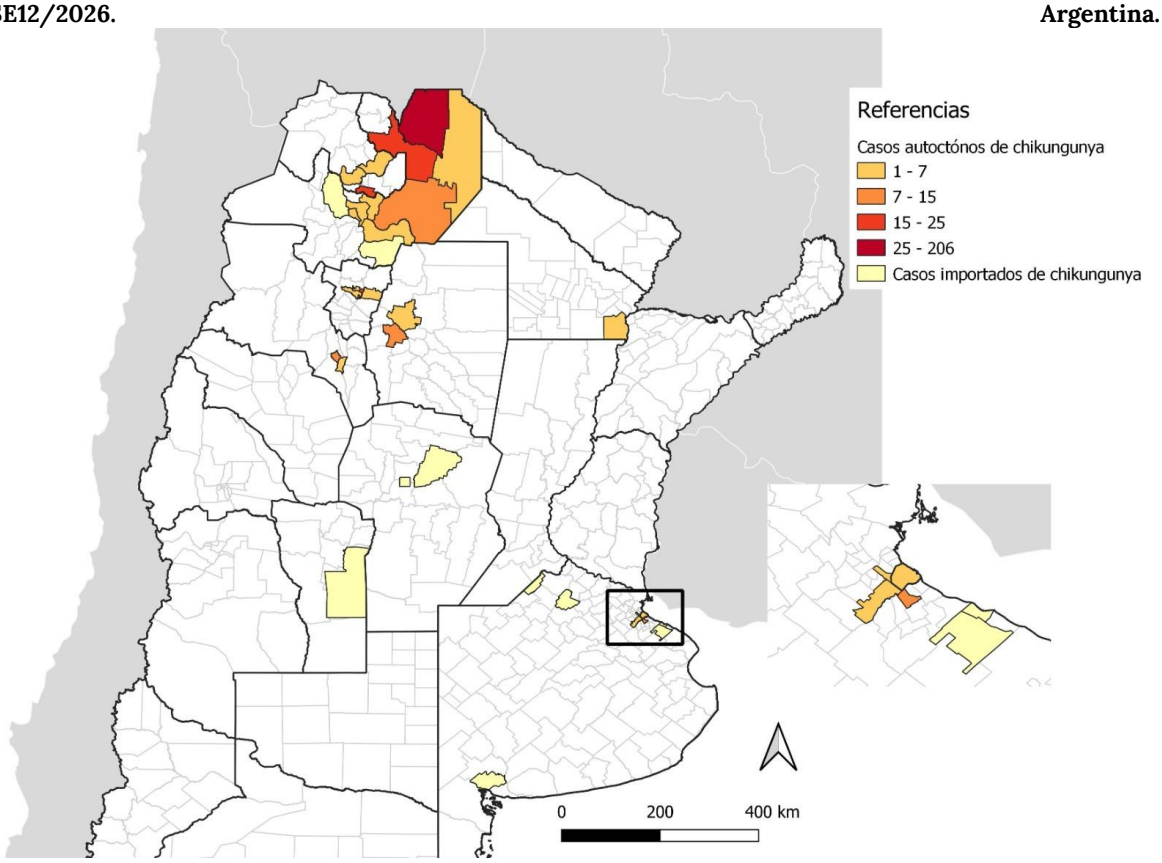
Los síntomas reportados fueron: fiebre, mialgias, cefalea, **poliartralgias** y vómitos.

Tabla 2. Fiebre Chikungunya: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE12/2026. 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	**2**	**12**	**5**	**2**	**121**	**22**
CABA	**1**	**0**	**3**	**1**	**16**	**5**
Córdoba	0	0	2	0	1555	**0**
Entre Ríos	0	0	0	0	34	0
Santa Fe	0	0	0	0	190	0
Total Centro	**3**	**13**	**10**	**4**	**1917**	**29**
Mendoza	0	0	0	0	22	0
San Juan	0	0	0	0	2	0
San Luis	0	0	1	0	15	**1**
Total Cuyo	**0**	**0**	**1**	**0**	**39**	**1**
Chaco	0	**1**	0	0	162	**1**
Corrientes	0	0	0	0	2	0
Formosa	0	0	0	0	1	0
Misiones	0	0	0	0	44	0
Total NEA	**0**	**1**	**0**	**0**	**209**	**1**
Catamarca	**5**	**6**	**0**	**0**	**113**	**11**
Jujuy	**23**	**12**	**1**	**1**	**243**	**37**
La Rioja	0	0	0	0	31	0
Salta	**158**	**99**	**43**	**15**	**1202**	**315**
Sgo del Estero	**9**	**2**	**0**	**0**	**56**	**11**
Tucumán	**23**	**4**	**0**	**0**	**606**	**27**
Total NOA	**218**	**123**	**44**	**16**	**2251**	**401**
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	1	0	0	0
Total Sur	**0**	**0**	**1**	**0**	**8**	**0**
Total País	**221**	**136**	**56**	**20**	**4424**	**432**

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 departamento a nivel nacional. SE1 a SE12/2026. 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 **315** casos de Fiebre Chikungunya, de los cuales 201 se encuentran confirmados y 114 clasificados como probables, distribuidos en distintos departamentos de la provincia.

El promedio de edad fue de 30,9 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 54% de los casos corresponde a sexo legal femenino.

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

Tabla 3. Casos de fiebre Chikungunya por localidad. Salta. SE12/2026.

Departamento	Localidad	Casos de Chikungunya
Anta	Centro 25 de Junio	1
	Joaquin V. González	1
	Las Lajitas	4
	Gaona	6
	General Pizarro	5
	Luis Burela	1
Capital	Salta	9
Grl. José de San Martín	Prof. Salvador Mazza	189
	Tartagal	9
	Embarcación	20
	Aguaray	7
Orán	Aguas Blancas	34
	Cnia. Santa Rosa	1
	Pichanal	1
	San Ramón de la Nueva Orán	20
Rosario de la Frontera	Rosario de la Frontera	1
Rosario de Lerma	Campo Quijano	1
Rivadavia	Rivadavia	1
Cerrillos	Cerillos	1
General Güemes	General Guemes	1
Metán	Galpón	1
Total		**314**

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. Informe de vigilancia genómica y determinación de genotipo de virus Chikungunya (CHIKV)

A continuación se describe el estudio correspondiente a la vigilancia genómica en 27 muestras agudas de pacientes infectados por CHIKV (infección confirmada por qRT-PCR) detectados en Argentina entre la SE 4 y SE 11 de 2026, procedentes de 6 jurisdicciones: 3 de ellas que han evidenciado circulación autóctona recientemente (Salta, Tucumán y Santiago del Estero), así como de jurisdicciones con casos importados procedentes de Bolivia (CABA, San Luis y Salta). En la siguiente tabla se resume la procedencia de las muestras incluidas en el estudio.

Tabla 4. Número de muestras de fiebre Chikungunya por jurisdicción. Salta. SE4 a SE11/2026.

Virus	Provincia	Número de muestras procesadas (N) por Jurisdicción de Derivación	N total
CHIKV	Salta	14	27
	Tucumán	2	
	Santiago del Estero	4	
	CABA (importado de Bolivia)	3	
	Salta (importado de Bolivia)	3	
	San Luis (importado de Bolivia)	1	

Fuente: Instituto Nacional del Enfermedades Virales (INEVH) "Dr. J. I. Maiztegui".

Para obtener las secuencias del genoma completo de CHIKV, la estrategia implementada fue una adaptación del kit CovidSeq de la tecnología de Illumina. Brevemente, el ARN viral extraído mediante la utilización de columnas de sílica y utilizados previamente en la metodología de RT-PCR en tiempo real para diagnóstico etiológico, fue amplificado utilizando oligonucleótidos diseñados específicamente para distintos genotipos de CHIKV (Asiático y ECSA). Se construyeron las bibliotecas para secuenciación con el kit Covidseq (Illumina). Las mismas fueron procesadas en la plataforma MiSeq (Illumina) mediante secuenciación de extremos emparejados (2x150 nucleótidos) y un tamaño medio de fragmento de 350 nucleótidos.

La cobertura de los genomas obtenidos correspondió a más del 70% del genoma completo. Los análisis bioinformáticos y la asignación de genotipo, se realizó mediante el software Genome Detective Virus Tool Pan-viral (versión 2.23.0) y la genotipificación mediante la herramienta web Chikungunya Virus Typing Tool (versión 3.72) implementada en el mismo software.

V.5.A. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- Se obtuvieron secuencias de 21/27 (78%) muestras de CHIKV utilizando la tecnología de secuenciación de NGS (Ilumina) con una cobertura >70% del genoma (aproximadamente 10800 bases) y una profundidad promedio >5000 X.
- Se obtuvieron mejores resultados, en relación a cobertura de genoma, en muestras con valores de Ct <30
- En todas se identificó el genotipo ECSA (East-Central-South-Africa), el mismo que fue identificado en Argentina en la emergencia ocurrida durante 2023-2024. El genotipo determinado para CHIKV corresponde al predominante actualmente en la región de las Américas
- La comparación de las secuencias obtenidas con otras disponibles en bases de datos (GenBank/GISAID) mostró mayor identidad nucleotídica (99.8 %) con secuencias que circularon en Brasil durante 2021-2022 y 2023. Es importante notar que no hay datos actuales disponibles de las cepas de CHIKV de Bolivia en las bases públicas de datos genómicos, por lo cual no fue factible la comparación por el momento.
- Con las cepas autóctonas de Argentina que circularon durante 2023 se observó una identidad nucleotídica global de 99%. Entre las secuencias obtenidas hay una diversidad global promedio de 0.2% entre ellas.
- Las secuencias de CHIKV de Argentina incluidas en este informe, carecen de la mutación en la posición 226 dentro de la glicoproteína E1 y que origina el cambio del aminoácido Alanina (A) a Valina (V) (E1-A226V). Cabe aclarar que dentro del genotipo ECSA, el linaje que tiene presente dicha mutación le confiere al virus mayor "fitness" en *Ae. Albopictus.*

La vigilancia genómica se integra como una herramienta adicional de la Estrategia de Gestión Integrada para el estudio y caracterización de las arbovirosis aportando información sobre diversidad genética en las cepas circulantes detectadas por la vigilancia laboratorial.

V.5.B. REFERENCIAS

- Quick, J., Grubaugh, N., Pullan, S. et al. Multiplex PCR method for MinION and Illumina sequencing of Zika and other virus genomes directly from clinical samples. Nat Protoc 12, 1261–1276 (2017)
- Fabbri C, Giovanetti M, Luppo V, Fonseca V, Garcia J, Barulli C, Feroci M, Perrone S, Casoni D, Giamperetti S, Alvarez Lopez MC, Foussal MD, Figueredo M, Salvatierra K, Lejona S, Ruiz Diaz N, Castro G, Bravo G, Jackel N, Sen C, Poklepovich Caride T, Franco L, Giovachini C, Mendez Rico J, Alcantara LCJ, Morales MA. Tracing the evolution of the chikungunya virus in Argentina, 2016-2023: independent introductions and prominence of Latin American lineages. Emerg Microbes Infect. 2024 Dec;13(1):2362941. doi: 10.1080/22221751.2024.2362941. Epub 2024 Jun 10. PMID: 38813649; PMCID: PMC11168220.
- Vilsker M, Moosa Y, Nooij S, et al. Genome Detective: an auto-mated system for virus identification from high-throughput sequencing data. Bioinformatics. 2019;35(5):871–873.
- Fonseca V, Libin PJK, Theys K, et al. A computational method for the identification of Dengue, Zika and Chikungunya virus species and genotypes. PLoS Negl Trop Dis. 2019 May 8;13(5):e0007231, doi: 10.1371/journal.pntd.0007231 -
- Xavier J, Fonseca V, Bezerra JF, do Monte Alves M, Mares-Guia MA, Claro IM, de Jesus R, Adelino T, Araújo E, Cavalcante KRLJ, Tosta S, de Souza TR, Moreira da Cruz FE, de Araújo Fabri A, de Oliveira EC, de Moura NFO, do Carmo Said RF, de Albuquerque CFC, Azevedo V, de Oliveira T, de Filippis AMB, Venâncio da Cunha R, Luz KG, Giovanetti M, Alcantara LCJ. Chikungunya virus ECSA lineage reintroduction in the northeasternmost region of Brazil. Int J Infect Dis. 2021 Apr;105:120-123. doi: 10.1016/j.ijid.2021.01.026. Epub 2021 Jan 18. PMID: 33476757.

V.6. Situación epidemiología de otros Arbovirus en Argentina

V.6.A. ENCEFALITIS ARBOVIRALES

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

Encefalitis de San Luis

En la temporada actual se notificaron **348** 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 antecedente 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 **90** 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 flavivirus, sin especificación aún del agente involucrado. Esta clasificación se utiliza cuando los estudios de laboratorio permiten confirmar o inferir la infección por un virus perteneciente al género Flavivirus, pero 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 5. Número de muestras estudiadas y positivas con y sin antecedente de viaje para Encefalitis Arbovirales. SE31/2025 a SE12/2026. 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	254	0	5	1	1
Entre Ríos	0	9	0	2	0	0
Santa Fe	0	19	0	15	1	0
Total Centro	**0**	**319**	**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	5	0	28	1	0
La Rioja	0	2	0	0	0	0
Salta	0	1	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	6	0	2	0	0
Tucumán	0	0	0	0	0	0
Total NOA	**0**	**14**	**0**	**30**	**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**	**348**	**1**	**90**	**5**	**8**

Pos: positivas / Est: estudiadas

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

V.6.B. OTROS ARBOVIRUS

En la siguiente tabla, se presenta la situación epidemiológica de otros Arbovirus: Fiebre de Oropouche, Enfermedad por Virus Zika y Fiebre Amarilla correspondientes a la nueva temporada 2025-2026 (SE31/2025 a SE12/2026).

Tabla 6. 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 SE12/2026. Argentina.

Evento	Fiebre de Oropouche		Enfermedad por virus Zika		Fiebre amarilla	
Jurisdicción	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est
Buenos Aires	0	70	0	37	0	9
CABA	0	8	0	4	0	0
Córdoba	0	70	0	46	0	1
Entre Ríos	0	8	0	1	0	1
Santa Fe	0	98	0	31	0	8
Total Centro	**0**	**254**	**0**	**119**	**0**	**19**
Mendoza	0	18	0	3	0	0
San Juan	0	0	0	1	0	0
San Luis	0	4	0	8	0	0
Total Cuyo	**0**	**22**	**0**	**12**	**0**	**0**
Chaco	0	26	0	116	0	2
Corrientes	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	26	0	0	0	0
Misiones	0	3	0	38	0	8
Total NEA	**0**	**55**	**0**	**154**	**0**	**10**
Catamarca	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	33	0	62	0	0
La Rioja	0	9	0	13	0	9
Salta	0	143	0	343	0	0
Santiago del Estero	0	2	0	33	0	0
Tucumán	0	163	0	18	0	18
Total NOA	**0**	**350**	**0**	**469**	**0**	**27**
Chubut	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	1	0	0
Río Negro	0	1	0	0	0	0
Santa Cruz	0	2	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0
Total Sur	**0**	**3**	**0**	**1**	**0**	**0**
Total País	**0**	**684**	**0**	**755**	**0**	**56**

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 **684** 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 **755** 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 **56** 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.

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

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

VI.2. Situación epidemiológica actual

VI.2.A. NOTA METODOLÓGICA

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

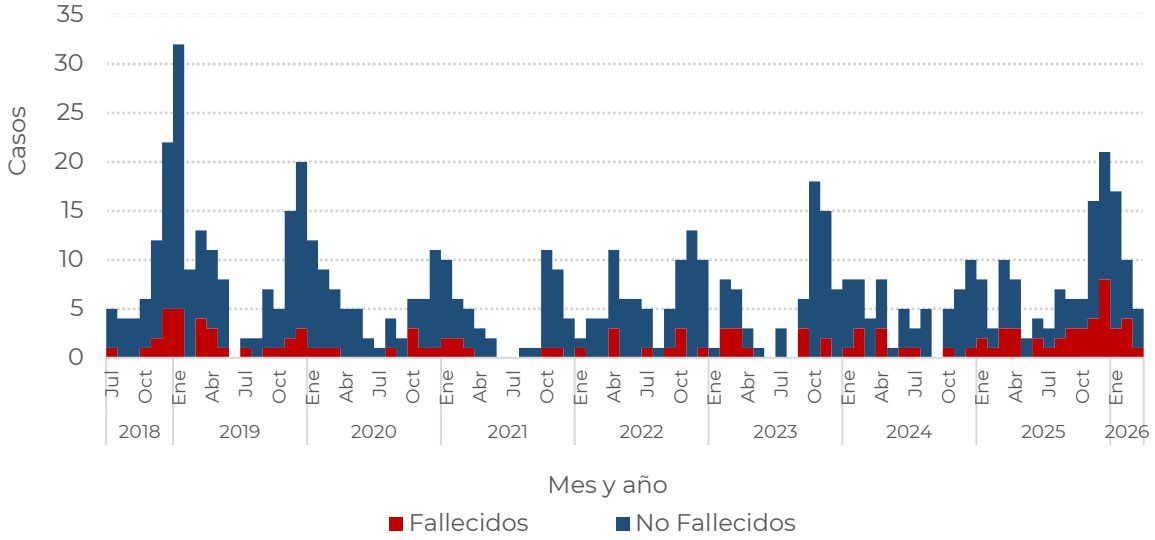
La situación epidemiológica actual se caracterizó a partir de la comparación de temporadas, es decir los períodos comprendidos entre los meses julio de un año y junio del siguiente (Por ej. SE 27/2018- SE 26/2019) para, de esta manera, poder contrastar el aumento de casos en períodos estivales entre 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 12/2026). 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 12/2026, Argentina. (N=635)

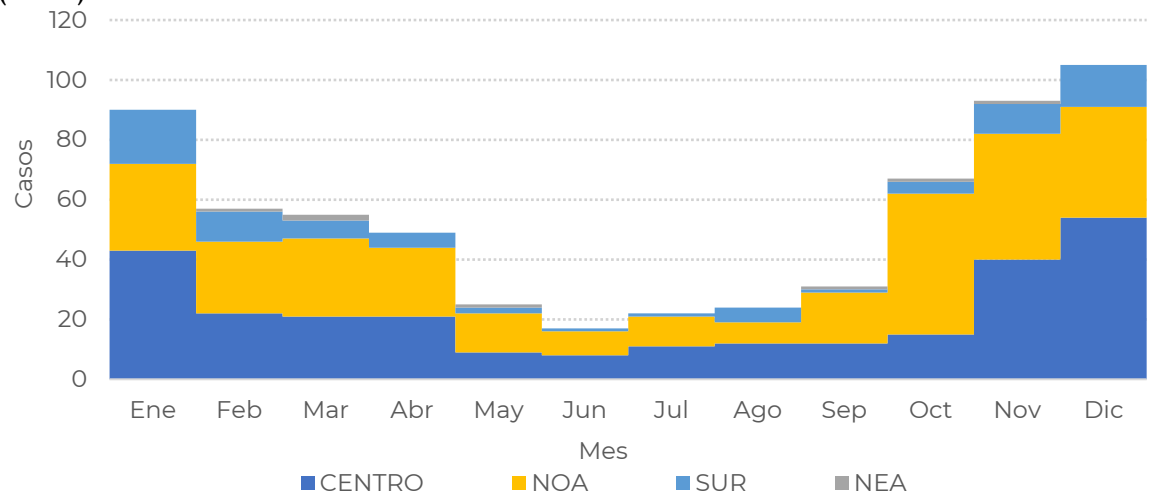


Fuente: elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

En el presente análisis, en comparación con el BEN previo, se adicionaron 2 casos de hantavirosis. Uno proviene de San Ramón de la nueva Oran, en Salta, el décimo notificado en esa localidad en lo que va del 2026. El otro corresponde a la provincia de Buenos Aires, notificado en el departamento Las Flores. Con estas notificaciones, se confirman 32 casos, con un total de 8 fallecimientos en el año en curso.

En el período analizado se acumularon 635 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) presentan la mayor cantidad de casos al compararlos con los mismos meses de las temporadas previas analizadas, sin considerar el brote de transmisión interhumana. Asimismo, sin considerar la temporada actual, los casos ocurridos en los meses de febrero a mayo representaron el 28% del total.

Gráfico 2. Hantavirosis: Casos acumulados según mes y región. SE 27/2018 a SE 12/2026, Argentina. (N=635)

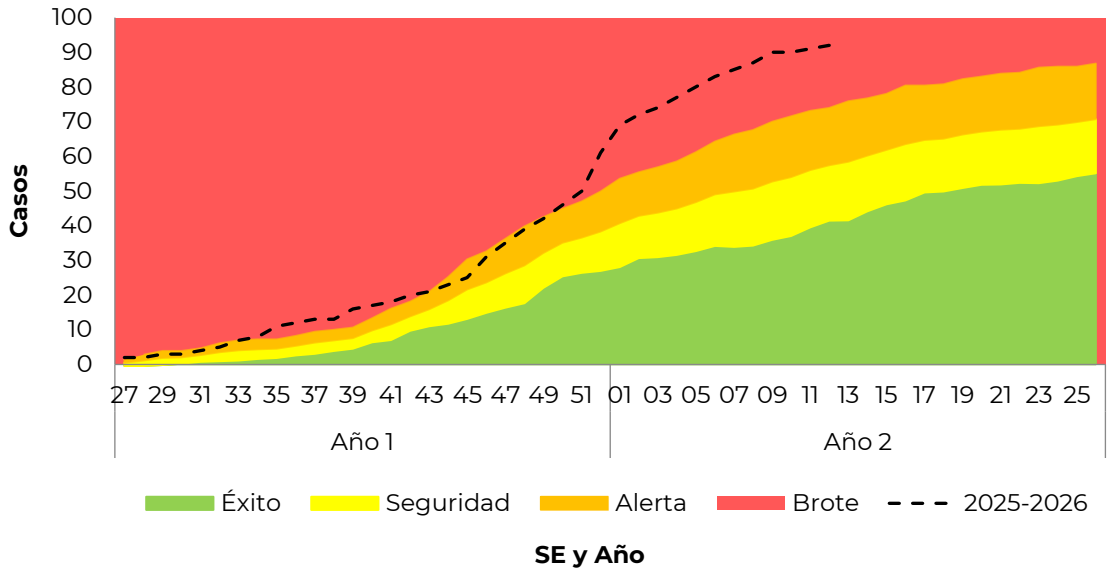


Fuente: elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

En 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 11/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025)*. Argentina. (N=92)

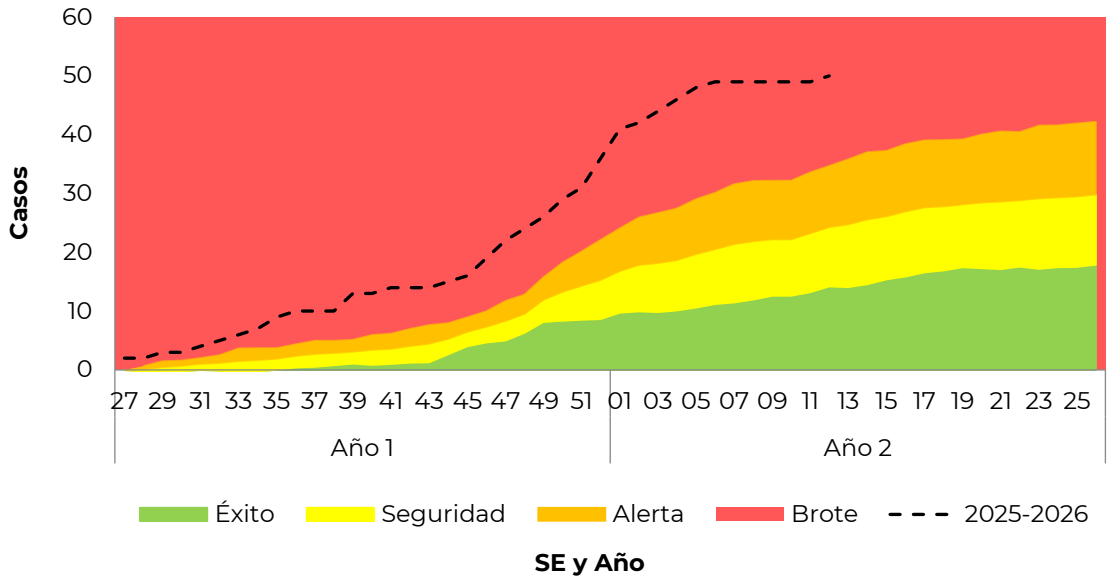


*Fuente: elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). *Tanto para el total país como para los corredores regionales, se excluyeron del período comparativo los casos de la temporada 2018-2019 por ser una 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 12/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región Centro. (N=50)

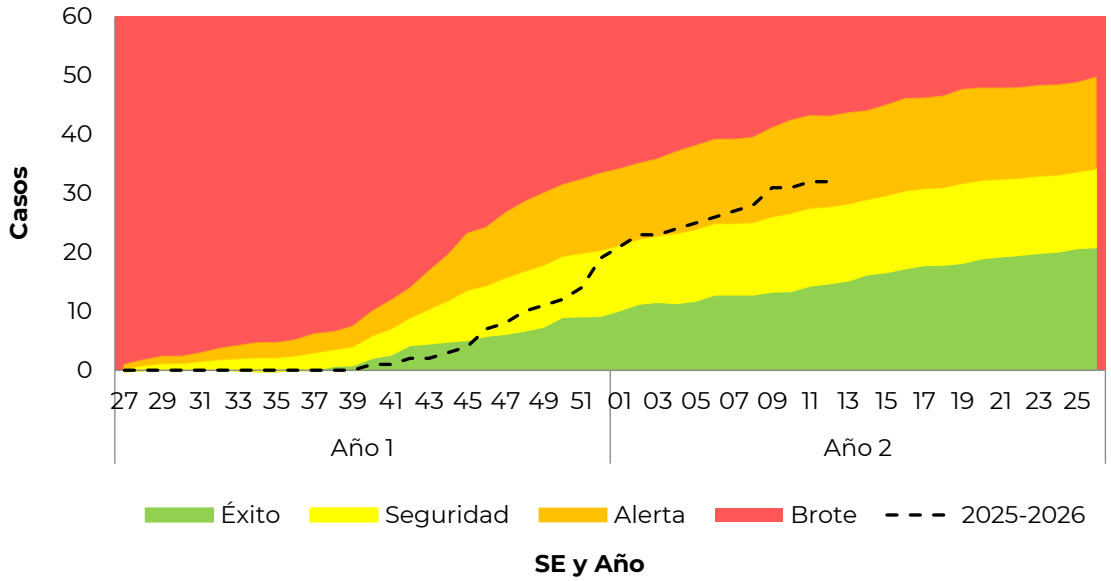


Fuente: elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Para la región 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 12/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región NOA. (N=32)



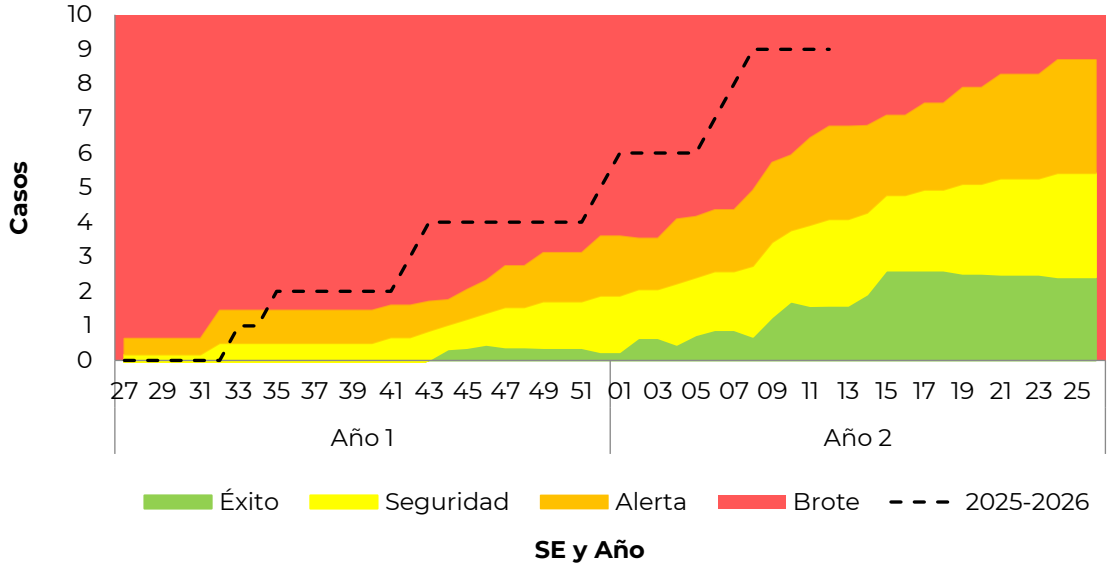
Fuente: elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

En 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 12/2026 respecto de las 6 temporadas precias (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región Sur. (N=9)



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

Para la región 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 12). (N=431)

Temporada	2019-2020 (hasta SE12)		2020-2021 (hasta SE12)		2021-2022 (hasta SE12)		2022-2023 (hasta SE12)		2023-2024 (hasta SE12)		2024-2025 (hasta SE12)		2025-2026 (hasta SE12)	
Jurisdicción	**N**	**Tasa**	**N**	**Tasa**	**N**	**Tasa**	**N**	**Tasa**	**N**	**Tasa**	**N**	**Tasa**	**N**	**Tasa**
Buenos Aires	26	0,15	16	0,09	10	0,06	12	0,07	5	0,03	16	0,09	38	0,21
Entre Ríos	2	0,14	4	0,29	2	0,14	3	0,21	2	0,14	5	0,35	5	0,34
Santa Fe	9	0,26	6	0,17	4	0,11	6	0,17	6	0,17	9	0,25	7	0,19
Centro	37	0,13	26	0,09	16	0,05	21	0,07	13	0,04	30	0,10	50	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	10	1,30	7	0,90	6	0,77	7	0,88	10	1,25	4	0,50	5	0,61
Salta	24	1,70	11	0,77	10	0,69	22	1,50	37	2,49	11	0,73	27	1,78
Tucumán	0	0,00	0	0,00	2	0,12	2	0,11	3	0,17	1	0,06	0	0,00
NOA	34	0,60	18	0,32	18	0,31	31	0,53	50	0,85	16	0,27	32	0,53
Chubut	0	0,00	4	0,64	2	0,32	3	0,47	1	0,15	0	0,00	3	0,45
Neuquén	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	2	0,26	1	0,13	2	0,25	5	0,63
Sur	2	0,07	7	0,24	2	0,07	6	0,20	5	0,16	2	0,06	9	0,28
Total País	**76**	**0,17**	**51**	**0,11**	**36**	**0,08**	**58**	**0,12**	**68**	**0,15**	**50**	**0,11**	**92**	**0,19**

Fuente: elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a 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 32 casos de hantavirosis ubicados en las provincias de Buenos Aires (14), Salta (12), 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 (0,53 casos confirmados cada 100.000 habitantes). La misma tuvo 32 casos confirmados hasta el momento, de los cuales el 84% se concentraron en Salta. Esta provincia posee la tasa de incidencia más elevada (1,78), 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.

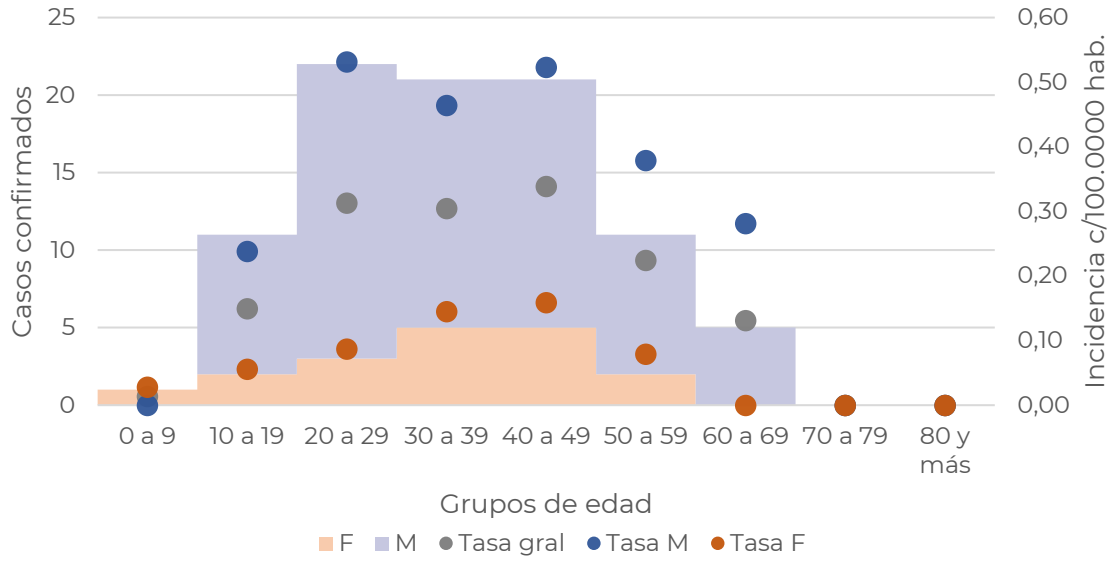
En el BEN 799 SE9[22], es posible consultar la incidencia histórica de cada temporada por provincia de los 1447 casos de hantavirosis notificados desde la SE 27/2009, junto a su distribución espacial por provincia. La descripción de los casos históricos permite caracterizar riesgos diferenciales asociados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

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 SE12/2026. (N=92)



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

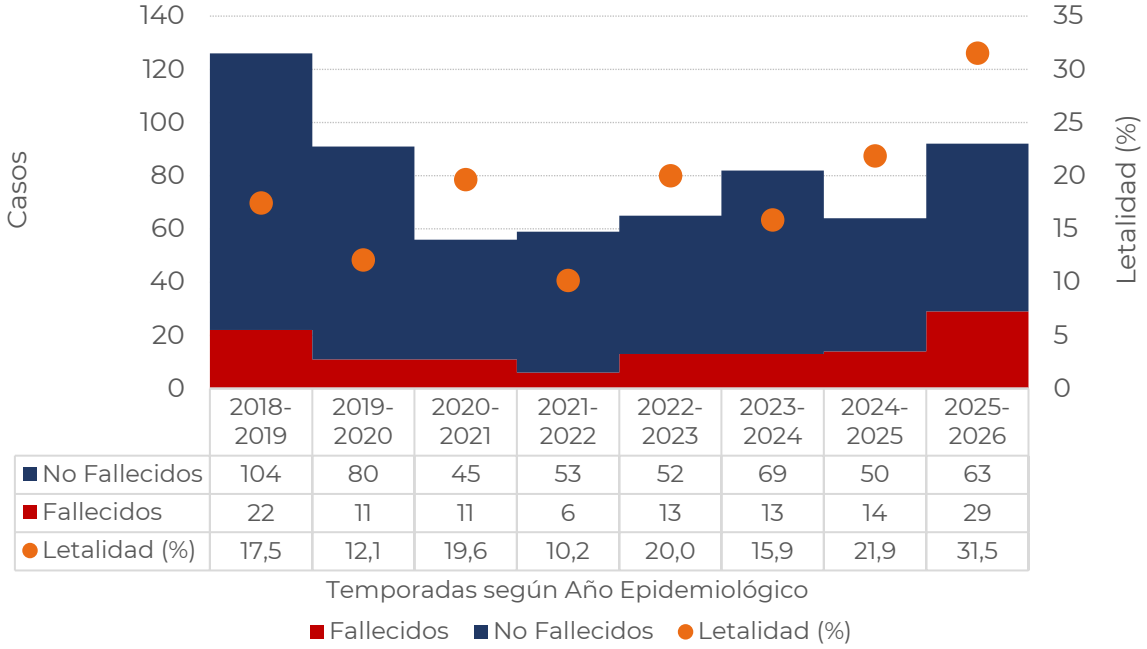
A nivel país, la mediana de edad para los casos confirmados de la temporada en curso es de 35 años, concentrándose el 70% (64) de los casos entre los 20 y los 49 años, contando estos grupos con las mayores tasas de incidencia cada 100.000 habitantes en el período.

En cuanto a la distribución de los casos por sexo, el 80% (74) 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 12/2026. Argentina. (N=635)

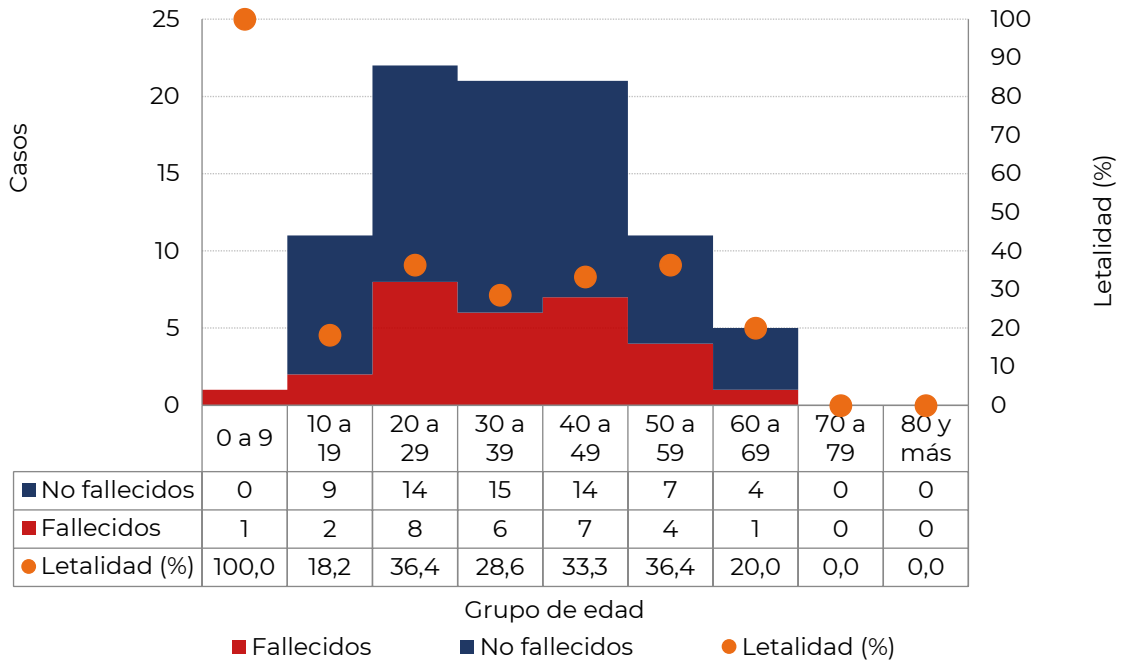


	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025	2025-2026
No Fallecidos	104	80	45	53	52	69	50	63
Fallecidos	22	11	11	6	13	13	14	29
Letalidad (%)	17,5	12,1	19,6	10,2	20,0	15,9	21,9	31,5

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

En la temporada actual hasta la SE11/2026 se notificaron 29 casos fallecidos, con una letalidad del 31,5%, 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 12/2026. Argentina. (N=92)



	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	14	15	14	7	4	0	0
Fallecidos	1	2	8	6	7	4	1	0	0
Letalidad (%)	100,0	18,2	36,4	28,6	33,3	36,4	20,0	0,0	0,0

Fuente: elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a 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 34,5 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 12). (N=81)

Año epidemiológico	2019 - 2020 (SE27 a SE 12)		2020 - 2021 (SE27 a SE12)		2021 - 2022 (SE27 a SE12)		2022 - 2023 (SE27 a SE12)		2023 - 2024 (SE27 a SE12)		2024 - 2025 (SE27 a SE12)		2025 - 2026 (SE27 a SE12)	
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	4	0,22	1	0,06	3	0,16	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	6	0,20	4	0,13	5	0,16	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	10	6,59
Tucumán	0	0,00	0	0,00	1	0,58	0	0,00	0	0,00	1	0,56	0	0,00
NOA	4	0,71	2	0,35	1	0,17	3	0,51	3	0,51	3	0,50	10	1,66
Chubut	0	0,00	2	3,20	1	1,58	1	1,55	1	1,53	0	0,00	0	0,00
Neuquén	0	0,00	1	1,50	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	2	2,59	1	1,28	1	1,27	2	2,51
Sur	0	0,00	4	1,36	1	0,33	3	0,99	2	0,65	1	0,32	3	0,95
Total País	**9**	**0,20**	**11**	**0,24**	**3**	**0,07**	**12**	**0,26**	**9**	**0,19**	**9**	**0,19**	**29**	**0,61**

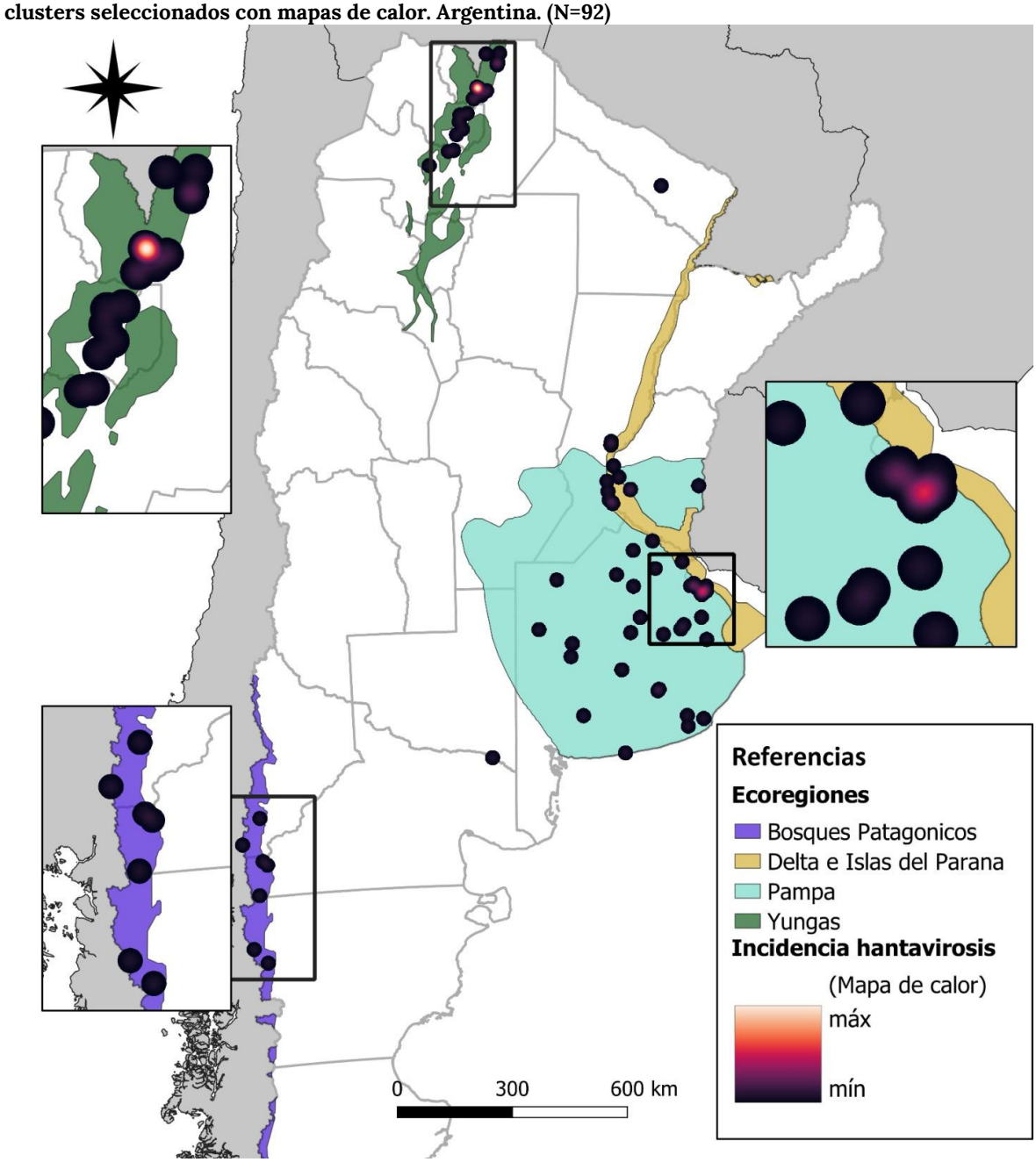
Fuente: elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Nota: Se muestra sólo las jurisdicciones con casos

A nivel nacional, la tasa de mortalidad de la temporada actual (SE 27/2025 a SE 12/2026) es más de 3 veces mayor respecto a la temporada anterior (0,19) y la más alta de todo el periodo analizado con un total de 29 fallecidos. Para el mismo período, la región del NOA presenta la mayor tasa de mortalidad (1,66), ubicando todos los casos fallecidos de la región (10) en la provincia de Salta la cual, además, es la que mayor mortalidad presenta entre todas las jurisdicciones (6,59). 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 el siguiente mapa se presentan los casos confirmados de hantavirosis hasta la semana epidemiológica actual.

Mapa 2. Hantavirosis: Casos confirmados desde SE27/2025 a SE 12/2026, ecorregiones y detalle de clusters seleccionados con mapas de calor. Argentina. (N=92)



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

La distribución de los casos de hantavirus se asocia con la del reservorio, aunque las distribuciones de los roedores en general son más extensas y se puede considerar como la máxima área endémica potencial. El Mapa precedente identifica las ecorregiones principalmente vinculadas a los casos.

En relación con los casos notificados según eco-región y extensión, puede observarse con claridad la existencia de casos en prácticamente toda la ecorregión pampeana, con especial énfasis en los alrededores de La Plata. Al mismo tiempo, en las Yungas, en especial en la provincia de Salta y particularmente en el departamento de Orán, se observa un *cluster* de casos.

Al mismo tiempo, en los bosques patagónicos se han notificado casos en toda la región.

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

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

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

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

En el mismo sentido, se realizó una capacitación para fortalecer la atención médica. Conversatorio 2025: Pensar en Hantavirus Andes (https://www.youtube.com/watch?v=xpUR_WDoMPE&list=PLwad1oRGFEgBZpMLjUEzMow5rpQUrJnBP&index=40) y un spot de recomendaciones para equipos de salud (https://www.youtube.com/watch?v=-HiAyk4Q4A0&list=PLwad1oRGFEgCJjrq_K6adm-5rytQL1qAJ&index=2)

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

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[23]

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 punto más bajo con 3.284 casos. Posteriormente, se registró un aumento importante de los

[23] 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

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 6.834 casos sospechosos de coqueluche, de los cuales 1.214 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 12 primeras SE de 2026 se notificaron un total de 883 casos con sospecha de coqueluche, de los cuales 255 fueron confirmados. En 241 de éstos se contó con confirmación de laboratorio[24], identificándose *B. pertussis* en el 69,7% (n=168). 1 caso correspondió a *B. parapertussis* y 72 casos permanecen sin identificación de especie (*Bordetella* sp.).

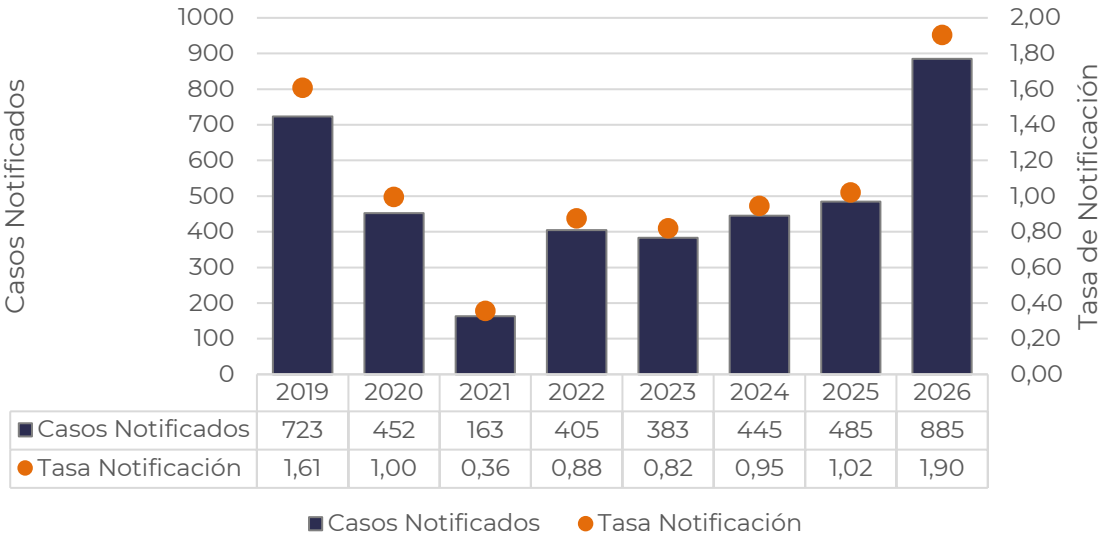
[24] Los restantes casos confirmados no cuentan con información de estudios de laboratorio en SNVS 2.0. Estos casos, se contabilizan como confirmados de acuerdo a la clasificación manual del caso, y no es posible definir si se trata de casos confirmados por laboratorio o bien de acuerdo a criterio clínico-epidemiológico

Los 255 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 1-12 es de 0,55 casos por cada 100.000 habitantes, siendo también la más alta para la SE12 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 SE12 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 1,90 casos cada 100.000 habitantes, seguido por 2019, con 1,61 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 12. Años 2019-2026.



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

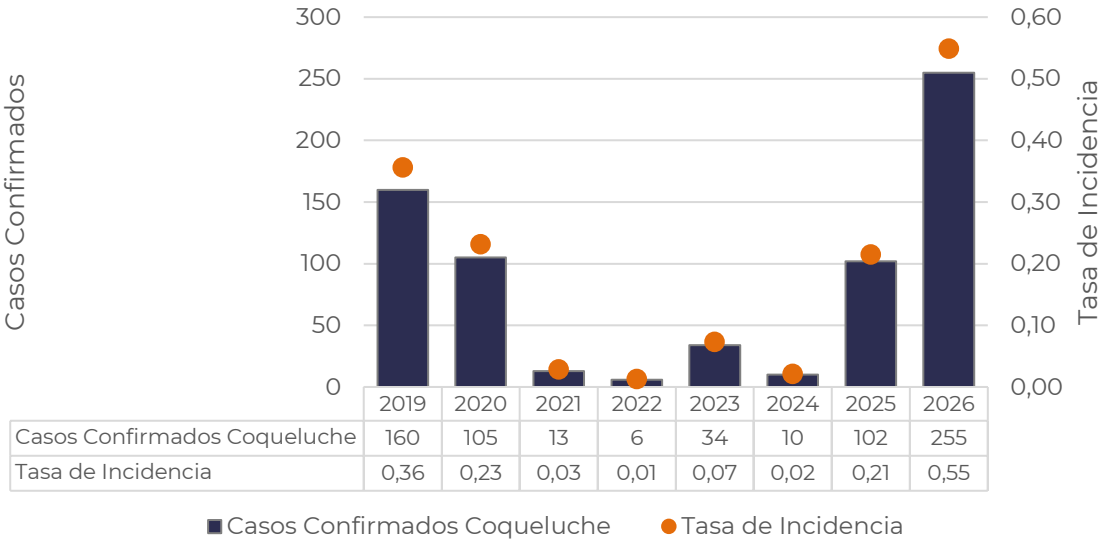
En las SE 1-12 de 2026, las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche se concentraron principalmente en establecimientos de CABA (n=295) provincia de Buenos Aires (n= 194), Córdoba (n= 128), Mendoza (n=61), Salta (n=58), Santa Fe (n=46), Tierra del Fuego (n=22), Chaco (n=16) y Santiago del Estero (n=10). En las 13 provincias restantes que notificaron casos sospechosos, se notificaron menos de 10 casos.[25]

Del total de notificados, se confirmaron 255 casos, lo que representa una tasa de incidencia de 0,55 casos por cada 100.000 habitantes. Si se analiza el período 2019-2026 hasta la SE12, 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[26].

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

[26] 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 1-12. Años 2019-2026.

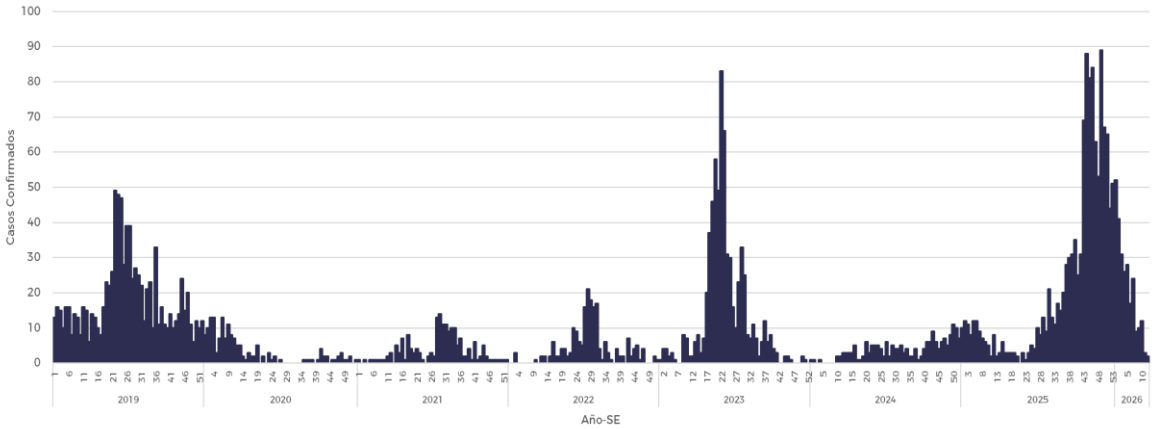


	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Casos Confirmados Coqueluche	160	105	13	6	34	10	102	255
Tasa de Incidencia	0,36	0,23	0,03	0,01	0,07	0,02	0,21	0,55

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

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 SE12/2026.



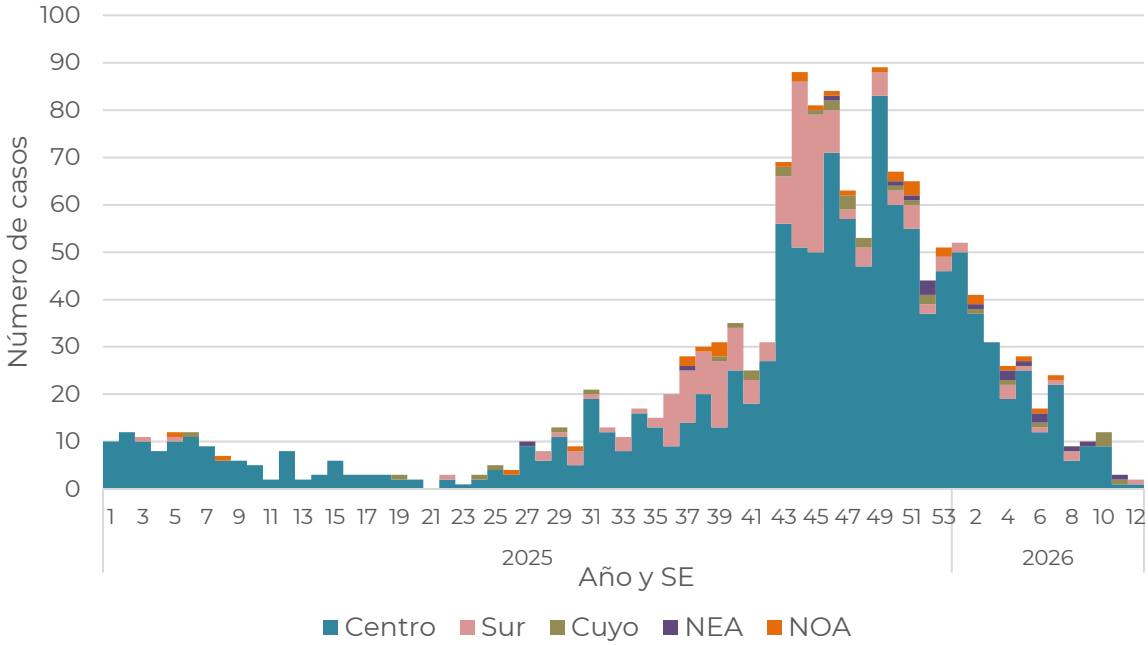
Fuente: elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

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[27].

Gráfico 4. Casos confirmados de coqueluche según SE y región. Argentina. SE 1/2025-SE12/2026.



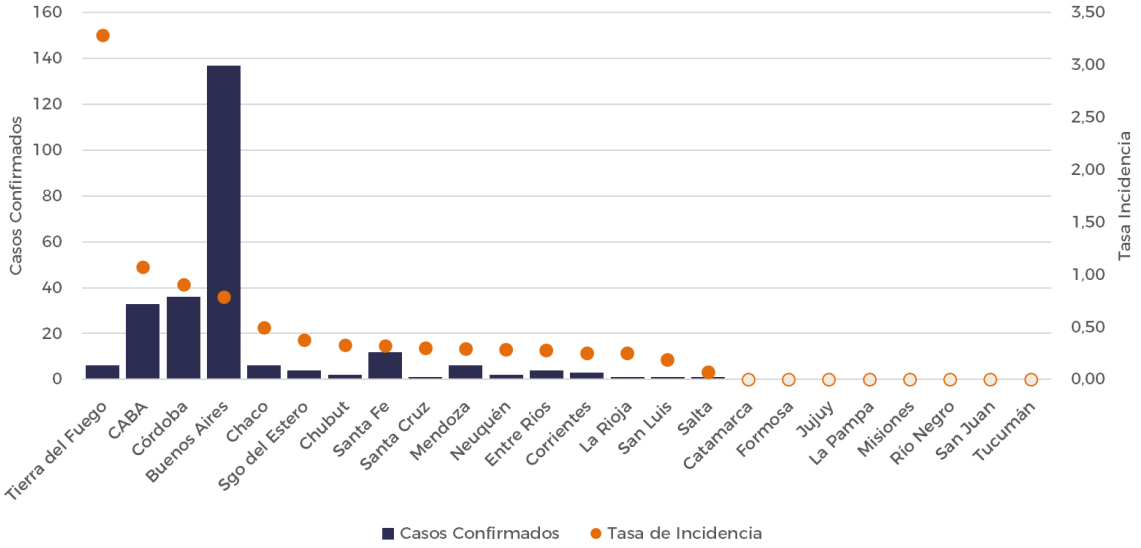
Fuente: elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Durante 2025, los casos confirmados se distribuyeron en 22 jurisdicciones del país. La mayor concentración se observó en la Región Centro (n=971), 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 187 casos, principalmente vinculados al brote en Tierra del Fuego. En las primeras 12 semanas de 2026 los casos confirmados se registraron en 16 jurisdicciones, siendo Buenos Aires (n=137), Córdoba (n=36), CABA (n=33), y Santa Fe (n=12), las jurisdicciones con mayor número de casos confirmados. El resto cuenta con menos de 10 casos confirmados.

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.

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

Gráfico 5. Casos confirmados e incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año por provincia. Argentina. SE 1-12 de 2026.



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

La mayor incidencia acumulada se registró en Tierra del Fuego con 3,28 casos cada 100.000 habitantes, valor 3 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 (0,91 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 0,78 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) [28].

[28] 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	6
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	92
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**	**1214**

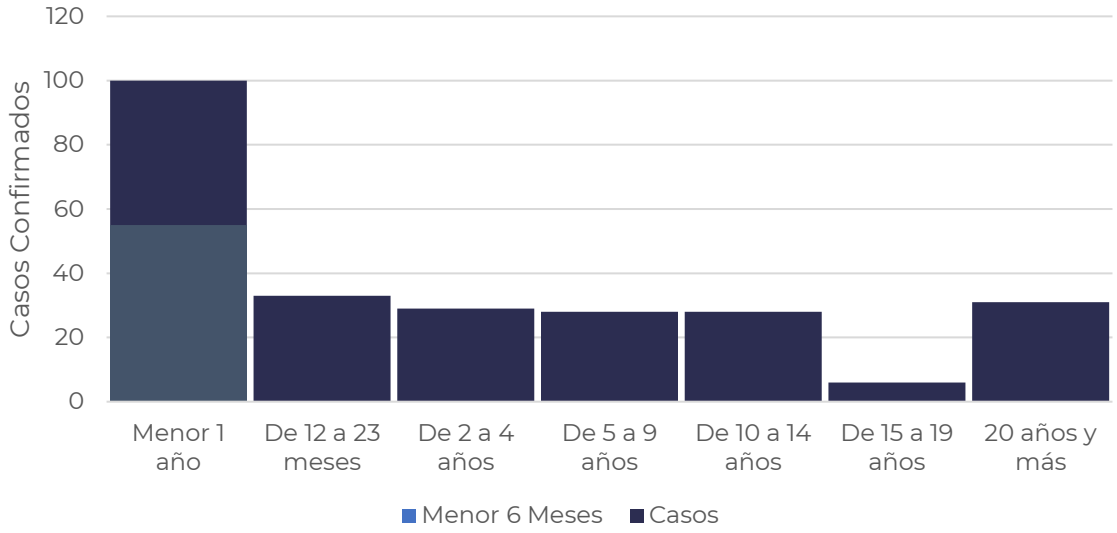
Fuente: elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

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 12 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. SE1-12/2026.



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

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 39,2% de los casos confirmados en el período analizado (n=100), especialmente en el subgrupo de menores de 6 meses (n=55).

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

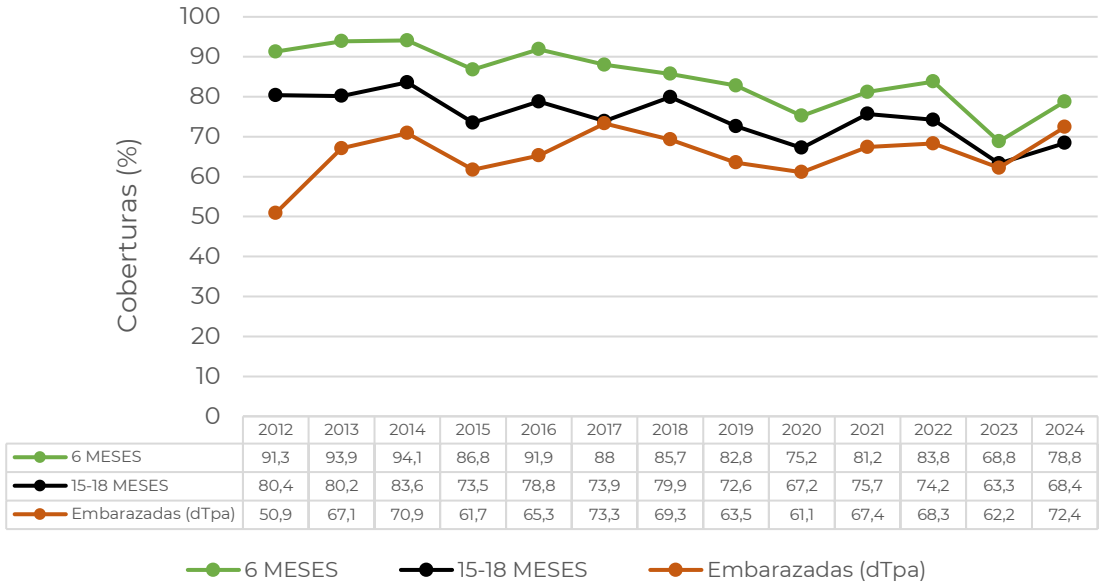
VII.4.A. COBERTURAS PARA TOTAL PAÍS

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 25/03/2026, son:

1° dosis de Quíntuple (DTP/HB + Hib) (2 meses): 90,9%
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): 58,3% (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.

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.

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	67,6	60,8	45,2	45,9	65,6
CABA	84,4	85,7	74,8	39,9	44,7	35,6	52,7
Catamarca	91,1	91,7	86,8	69,1	65,8	71,4	85,5
Chaco	94	92,4	87	75,6	63,9	64,6	90,5
Chubut	93,2	93,4	88,2	78,6	60,1	62,6	86,8
Coba	89,50	88,6	82,8	76,7	60,2	61,5	83
Corrientes	93	89	80,3	62,4	51,2	50	90,6
Entre Ríos	92,5	91	85,6	79	51,9	62,1	90,6
Formosa	80,2	78,4	74,6	54,3	56	55,9	81,3
Jujuy	109,3	110,8	106,4	101,3	82,3	80,2	104
La Pampa	98,9	99	97	90,3	68,1	78,8	93,5
La Rioja	95,9	93,1	86,3	74,1	71,4	67,9	89,3
Mendoza	93	91,8	88,5	83,6	91,9	86,1	81,1
Misiones	97,50	92,5	80,9	61	65,7	65,1	90,6
Neuquén	96,6	94,5	91,2	88,3	85,2	84,8	92,7
Río Negro	102,4	101,6	96,6	80,2	66,3	57	95,7
Salta	95	92,7	88,8	84,4	91,6	95,2	89,7
San Juan	99	98,2	90,1	76,7	75,2	73,1	90,5
San Luis	95,7	94	91,2	93,5	82,9	80,6	91,8
Santa Cruz	96,6	94,2	91,2	79	77,8	72,8	96,2
Santa Fe	89,6	89,2	85,3	70,3	60	60,9	83
S. del Estero	93,6	91,1	82,9	68,5	54,8	62,6	88
T. del Fuego	102	105,7	98,6	103,7	73,4	74,8	99,1
Tucumán	89,9	88,9	85,9	81,4	71,8	72,6	81,4

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

Frente al aumento de casos de coqueluche registrado a nivel global y regional, se insta a los equipos de salud de todo el país a fortalecer el monitoreo, el diagnóstico precoz, la notificación y las medidas de prevención y control de la enfermedad, con especial énfasis en la vacunación.
Para mayor información, consultar la Guía de vigilancia, prevención y control de Coqueluche del Ministerio de Salud de la Nación:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/20251215-

ACTUALIZACIONES **PERIODICAS**

VIII. Intoxicación por Monóxido de Carbono- Informe epidemiológico

VIII.1. Introducción

La intoxicación por monóxido de carbono (CO) constituye un evento de importancia sanitaria debido a su frecuencia y el riesgo de mortalidad asociado. El CO es un gas inodoro, incoloro, insípido y no irritante que se produce por la combustión incompleta de materiales que contienen carbono, como gas natural, kerosén, carbón, madera o combustibles líquidos. Su carácter no perceptible por los sentidos lo convierte en un agente de exposición inadvertido, particularmente en contextos domésticos y laborales mal ventilados.

En Argentina, la mayoría de estos eventos se originan en exposiciones no intencionales intradomiciliarias vinculadas al uso inadecuado, desperfectos o falta de mantenimiento de artefactos para calefacción o cocción, en ambientes cerrados y sin ventilación adecuada.

La vigilancia epidemiológica de este evento permite detectar variaciones en el patrón de ocurrencia -incluyendo incrementos estacionales o aumentos inusuales de casos-, identificar fuentes de exposición, implementar medidas de prevención y monitorear la efectividad de intervenciones locales. Dado el carácter prevenible del evento, los datos aquí presentados resultan fundamentales para dimensionar su impacto, mejorar las estrategias de control y reforzar la articulación intersectorial para reducir su incidencia.

Es importante destacar que al igual que en todos los informes presentados en los Boletines Epidemiológicos Nacionales, los datos de los eventos notificados son parciales y están sujetos a modificación. Si bien esta aclaración se incluye de manera sistemática en las notas metodológicas, en esta oportunidad -dado el carácter estacional del evento y la particular visibilidad en medios de comunicación que presenta la intoxicación por CO- se considera pertinente reforzar que la información aquí presentada tiene como única fuente oficial el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) y proviene de establecimientos que notifican a este Sistema de manera heterogénea.

En este marco, es dable recalcar que desde el Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación y de cada una de las Áreas de Epidemiología jurisdiccionales, se realiza un constante trabajo de monitoreo y evaluación para la mejora de la cobertura, oportunidad, regularidad y calidad de los datos.

VIII.2. Situación de Intoxicación por Monóxido de Carbono en Argentina

VIII.2.A. NOTA METODOLÓGICA

El siguiente análisis considera las notificaciones en el evento “Intoxicación/Exposición por Monóxido de Carbono” del SNVS$^{2.0}$ desde la semana epidemiológica (SE) 1 de 2019 a la SE 10 de 2026. Para la realización del mismo, se considera como “casos” a aquellos que fueron confirmados, ya sea porque presentaron síntomas compatibles, laboratorio detectable o criterio epidemiológico. Los casos se muestran por jurisdicción de residencia consignada en el SNVS$^{2.0}$, en caso de no tenerla, se muestra por jurisdicción de carga. La fecha mínima que se utiliza para contabilizar la semana epidemiológica (SE) se construye con la fecha de inicio de síntomas (FIS)

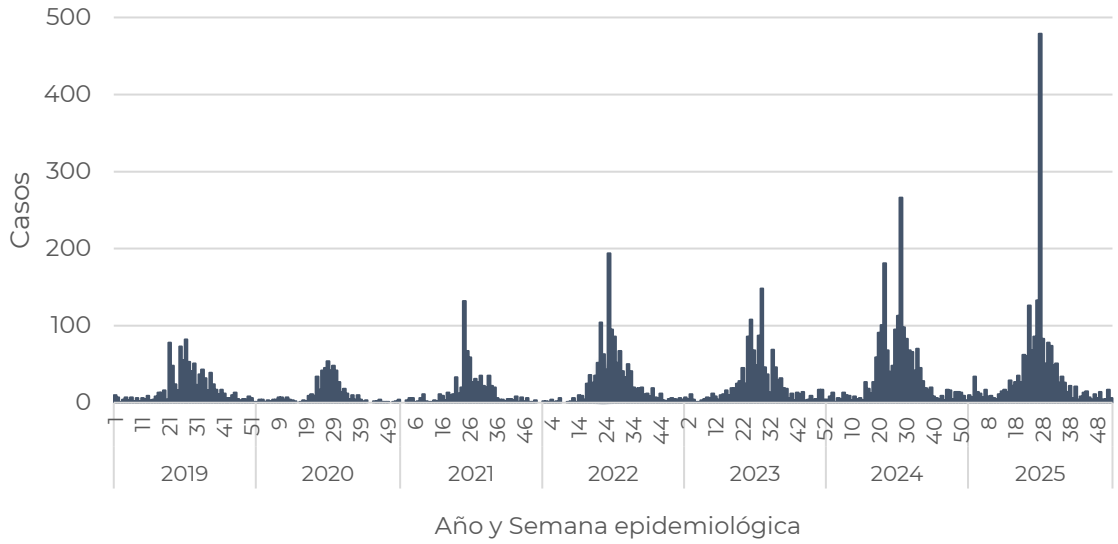
o la fecha de consulta, toma de muestra, y, por último, de apertura si no tuviera consignada ninguna de las anteriores.

VIII.2.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA HISTÓRICA (2019-2025)

Caracterización según tiempo y espacio

Entre los años 2019 y 2025, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) un total de 9.693 eventos de intoxicación/exposición por monóxido de carbono, de los cuales 8.700 (90%) fueron clasificados como confirmados. El 78,7% de estos se confirmó por criterio clínico (6847), el 13,4% por laboratorio (1167) y el resto por criterio epidemiológico (686). Para todo el periodo se notificaron 55 fallecidos distribuidos en todos los años, siendo el 2023 el año con más óbitos (11).

Gráfico 1. Intoxicación por monóxido de carbono: casos por semana epidemiológica. 2019-2025, Argentina. (n=8.700).



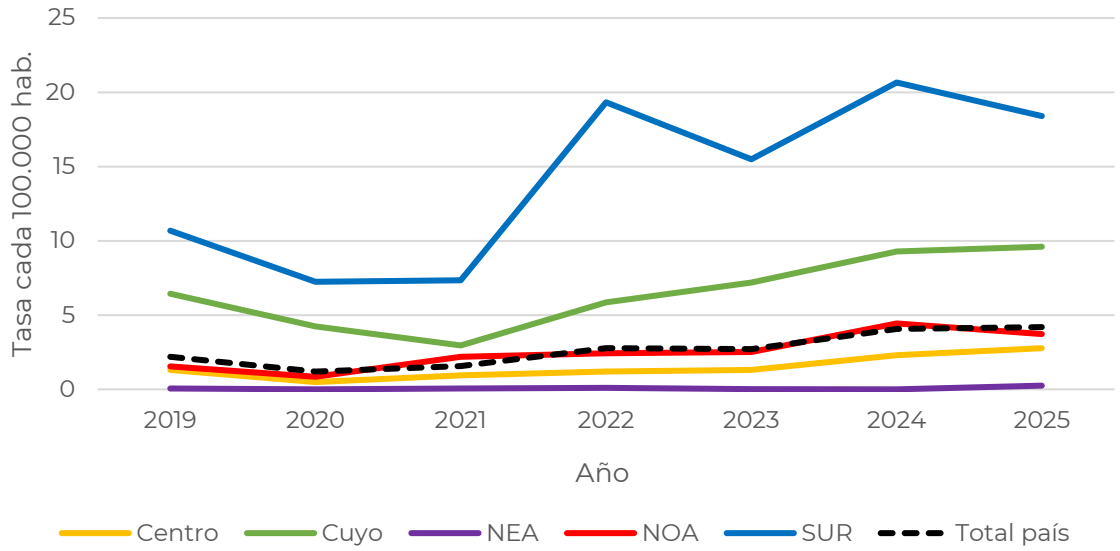
Fuente: elaboración del Área de Análisis de información e Investigación en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Durante el período analizado, los casos de intoxicación por monóxido de carbono mostraron una notificación constante a lo largo del año, con un aumento estacional sostenido entre los meses de abril y septiembre. El mayor número de casos se notificó en julio de 2025, alcanzando un pico en la semana epidemiológica 27 (n=487), el cual representa 1,8 veces el máximo observado en 2024 durante la SE 28 (266).

Con el objetivo de caracterizar este incremento y explorar su posible asociación con factores climáticos, se analizan las temperaturas mínimas correspondientes al período junio–agosto de 2025, cuyos resultados se presentan más adelante en el presente informe. Al mismo tiempo, se caracteriza sucintamente la situación espacial de los casos de dicha semana.

Con la finalidad de caracterizar el riesgo sub-nacional, se presenta a continuación un gráfico de tasas cada 100.000 habitantes según región desde el 2019 y los casos y tasas por jurisdicción de los últimos 4 años cerrados.

Gráfico 2. Intoxicación por monóxido de carbono: Tasas cada 100.000 habitantes según región. 2019-2025, Argentina. (n=8.700).



Fuente: elaboración del Área de Análisis de información e Investigación en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Teniendo en cuenta el período analizado, a nivel país se observa una tendencia al incremento de las tasas. En este marco, y considerando también lo ocurrido en 2020 y 2021, cuando la pandemia afectó la notificación de este y el resto de los eventos, las tasas de notificación de intoxicación por monóxido de carbono muestran un leve incremento, pasando de 2,77 casos cada 100.000 habitantes en 2022 a 4,2 en 2025.

En relación con las regiones, las tasas del Sur son, en promedio para todo el período, cinco veces superiores a la tasa media nacional. Luego, la región de Cuyo presenta las segundas tasas más elevadas, alcanzando en 2025 un valor que duplica el promedio del país. El NOA muestra una tendencia y valores muy similares al total nacional, mientras que la región Centro, con una tendencia ascendente, mantiene tasas por debajo de la media del país. Por su parte, el NEA muestra una notificación más baja en comparación con las demás regiones a lo largo del período analizado.

Tabla 1. Intoxicación por monóxido de carbono: casos y tasas cada 100.000 habitantes según jurisdicción y región. 2022-2025, Argentina. (n casos=6.447).

Jurisdicción	2022		2023		2024		2025	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Buenos Aires	232	1,30	241	1,34	452	2,48	536	2,92
CABA	49	1,59	67	2,17	90	2,92	173	5,60
Córdoba	47	1,23	49	1,27	91	2,33	59	1,50
Entre Ríos	20	1,42	35	2,46	59	4,11	75	5,18
Santa Fe	9	0,25	1	0,03	5	0,14	2	0,05
Centro	**357**	**1,20**	**393**	**1,31**	**697**	**2,30**	**845**	**2,77**
Mendoza	126	6,21	149	7,27	177	8,56	201	9,63
San Juan	60	7,52	79	9,80	93	11,43	71	8,64
San Luis	10	1,92	15	2,85	47	8,82	59	10,94
Cuyo	**196**	**5,85**	**243**	**7,18**	**317**	**9,28**	**331**	**9,60**
Chaco	1	0,08	1	0,08	0	0,00	0	0,00
Corrientes	1	0,09	0	0,00	0	0,00	4	0,34
Formosa	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,32
Misiones	2	0,16	0	0,00	0	0,00	5	0,38
NEA	**4**	**0,09**	**1**	**0,02**	**0**	**0,00**	**11**	**0,25**
Catamarca	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,23
Jujuy	2	0,25	0	0,00	7	0,87	1	0,12
La Rioja	0	0,00	6	1,47	17	4,11	3	0,72
Salta	61	4,18	32	2,17	95	6,36	89	5,89
Sgo. del Estero	5	0,50	2	0,20	12	1,18	20	1,95
Tucumán	73	4,21	108	6,16	132	7,45	109	6,08
NOA	**141**	**2,43**	**148**	**2,52**	**263**	**4,44**	**223**	**3,72**
Chubut	217	33,94	90	13,86	167	25,33	135	20,17
La Pampa	20	5,49	4	1,09	8	2,16	5	1,34
Neuquén	223	32,76	219	31,79	259	37,17	214	30,37
Río Negro	37	4,83	34	4,38	26	3,31	48	6,05
Santa Cruz	31	8,08	41	10,44	78	19,40	83	20,19
Tierra del Fuego	55	30,22	86	46,17	103	54,04	94	48,22
Sur	**583**	**19,33**	**474**	**15,49**	**641**	**20,65**	**579**	**18,40**
Total país	**1281**	**2,77**	**1259**	**2,70**	**1918**	**4,07**	**1989**	**4,19**

Fuente: elaboración del Área de Análisis de información e Investigación en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Luego del análisis general de la tendencia de la notificación según región, se analiza especialmente la situación del año cerrado 2025. Lo observado para el Sur y Cuyo se puede constatar ahora a nivel jurisdiccional. En efecto, la heterogeneidad en la notificación según provincias es muy elevada, así como la situación de mayor riesgo en la región Sur: Tierra del Fuego, Neuquén, Santa Cruz y Chubut son las únicas provincias que presentan una tasa por encima de 20 casos cada 100.000 habitantes. Además, Tierra del Fuego multiplica por diez la tasa nacional y Neuquén lo hace por siete.

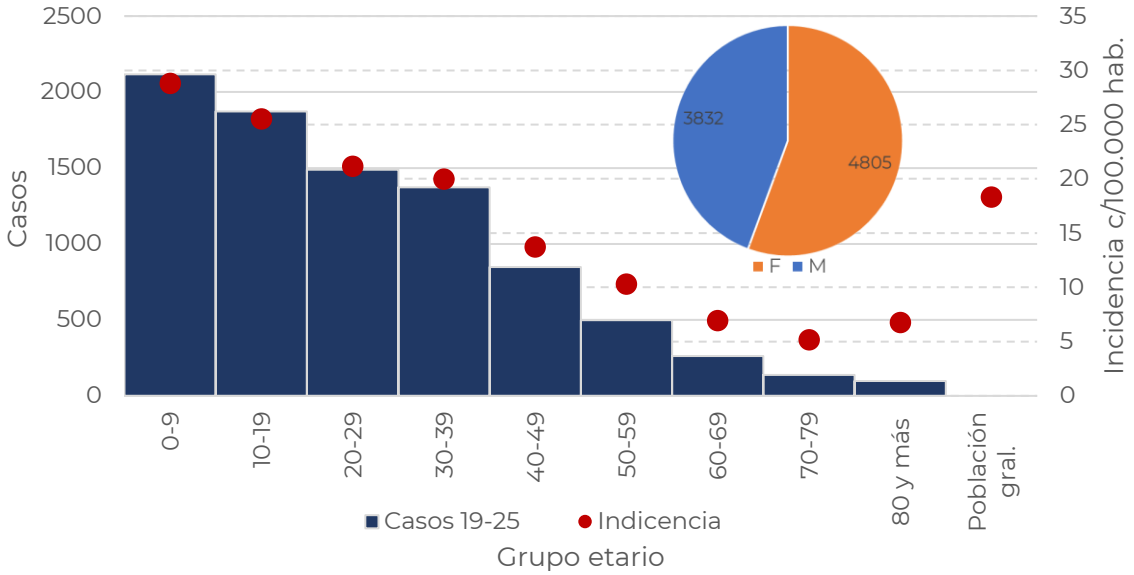
Las tres provincias cuyanas son las que ocupan la 4ta, 5ta y 6ta posición en el riesgo de Intoxicación por CO para el año 2025.

Teniendo en cuenta los casos en valores absolutos, el 36% se notificó en la región Centro, siendo la provincia de Buenos Aires la que concentra el mayor número de casos. Nuevamente aparece la región Sur, notificando el 35%. El 29% restante se distribuye entre Cuyo, NOA y NEA.

Caracterización según edad y sexo y fuente de exposición

En el siguiente gráfico se presentan los casos según grupo de edad y la incidencia acumulada cada 100.000 habitantes junto con la distribución según sexo.

Gráfico 3. Intoxicación por monóxido de carbono: Distribución de los casos según sexo e incidencia acumulada cada 100.000 habitantes según grupo de edad. 2019-2025. Argentina. (n=8.694)*.



*Se excluyen 6 casos que no contaban con dato de edad.

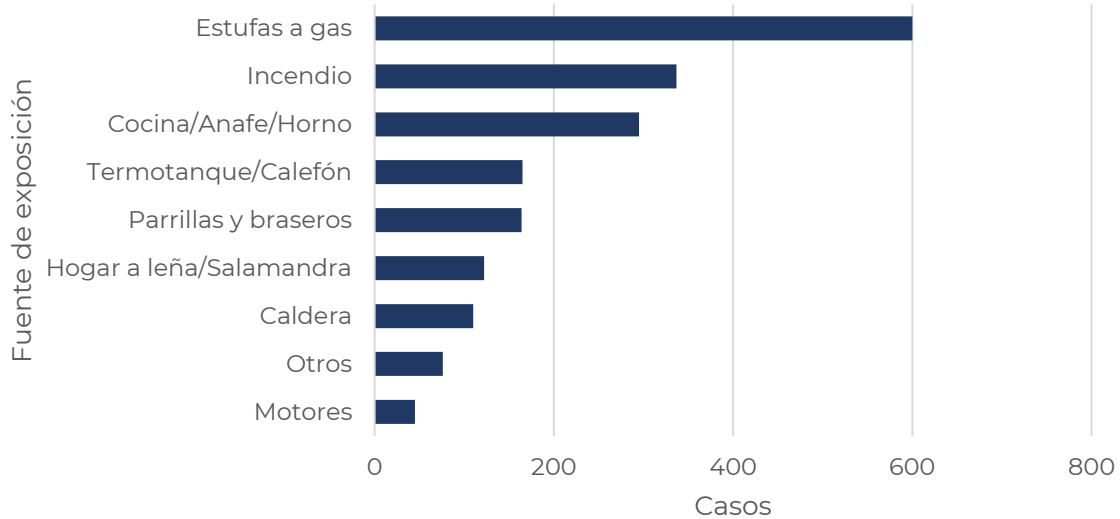
Fuente: elaboración del Área de Análisis de información e Investigación en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

En cuanto a la distribución por sexo (n=8.637), el 56% corresponde a sexo femenino y el 44% restante a sexo masculino.

Respecto a la distribución por edad, el 79% de los casos se concentran en los grupos etarios de 0 a 39 años. Estos grupos presentan, además, incidencias acumuladas superiores a la de la población general. En particular, los mayores valores se observan en los grupos de 0 a 9 y de 10 a 19 años, donde se evidencian incrementos más pronunciados tanto en el número de casos como en la incidencia acumulada, en comparación con los grupos de mayor edad.

Con el objetivo de caracterizar los casos según la fuente de exposición, se presenta el siguiente gráfico.

Gráfico 4. Intoxicación por monóxido de carbono: Casos según fuente de exposición. 2022-2025. Argentina. (n= 1.914)



Fuente: elaboración del Área de Análisis de información e Investigación en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

En relación con la fuente de exposición, el 26,1% de los casos consigna información. De éstos, el 32,1% corresponde a exposición a estufas a gas (n=600), el 18% a incendios (n=337), el 15,8% a cocinas, anafes u hornos (n=295), y el resto se distribuye entre otras fuentes.

VIII.2.C. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA ACTUAL (2026)

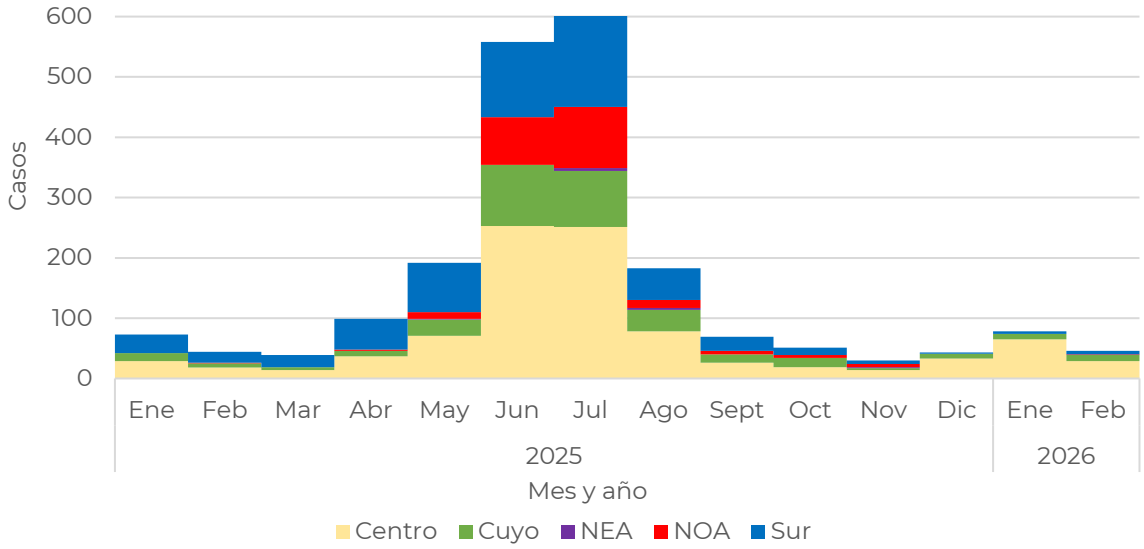
Síntesis de la notificación

Durante 2026, hasta la SE 10, se notificaron 130 casos confirmados. El 76,9% de estos se confirmó por criterio clínico, el 21,5% por criterio epidemiológico y el resto por criterio de laboratorio. En cuanto a la distribución por sexo, el 53% corresponde al sexo masculino y el 46% a femenino. Por otro lado, en cuanto a la edad, se observa que el grupo de edad de 0 a 9 es el más afectado (n=24), seguido del grupo de 80 o más (n=22). En el año en curso se notificaron 7 casos fallecidos en el SNVS 2.0 dentro del evento.

Caracterización según tiempo y espacio

En los gráficos a continuación, se presentan los casos según mes de notificación de los años 2025 y 2026 hasta febrero.

Gráfico 5. Casos de intoxicación por monóxido de carbono por mes y región. Argentina, enero 2025 – febrero 2026 (n=2109).

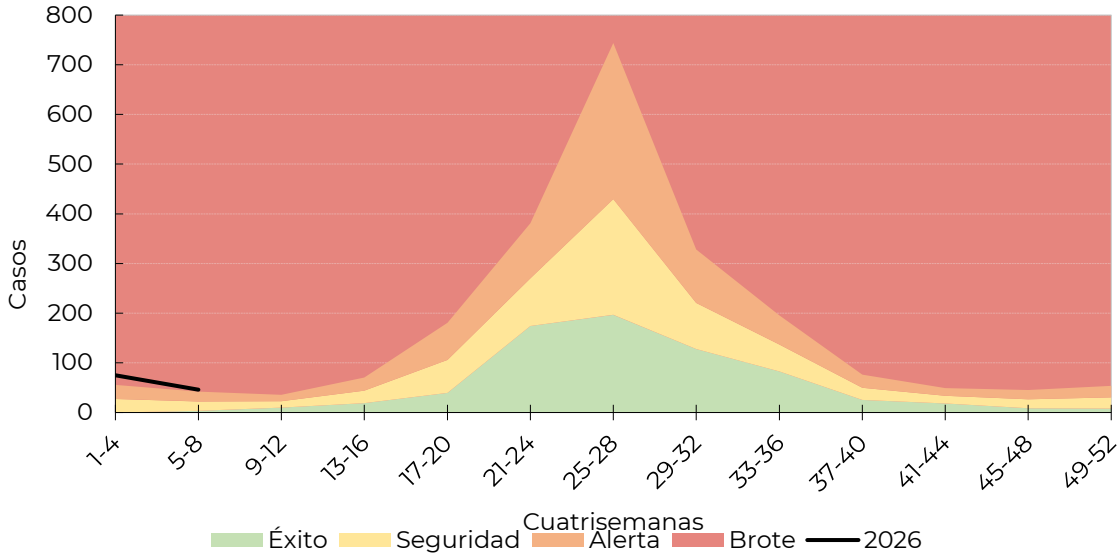


Fuente: elaboración del Área de Análisis de información e Investigación en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Entre enero de 2025 y febrero de 2026 se notificaron 2.109 casos de intoxicación por monóxido de carbono. En cuanto a la distribución de estas notificaciones por región, más del 70% se realizaron en las regiones Centro y Sur. Del total, el 44% (937) correspondió a la región Centro y el 28% (587) a la región Sur. En menor proporción, las regiones Cuyo, NOA y NEA concentraron el 17% (350), 11% (224) y 1% (11) de los casos, respectivamente. En particular, se constata que los casos de los últimos tres meses son mayoritariamente del Centro (7%).

Junto con el gráfico precedente, donde se considera la situación del último año junto con el actual, a continuación, se muestran los corredores endémicos, tanto para el total país como para las cuatro regiones con casos.

Gráfico 6. Corredor endémico cuatrisemanal de casos de intoxicación por monóxido de carbono. Argentina, SE 01/2021 - SE 08/2026.

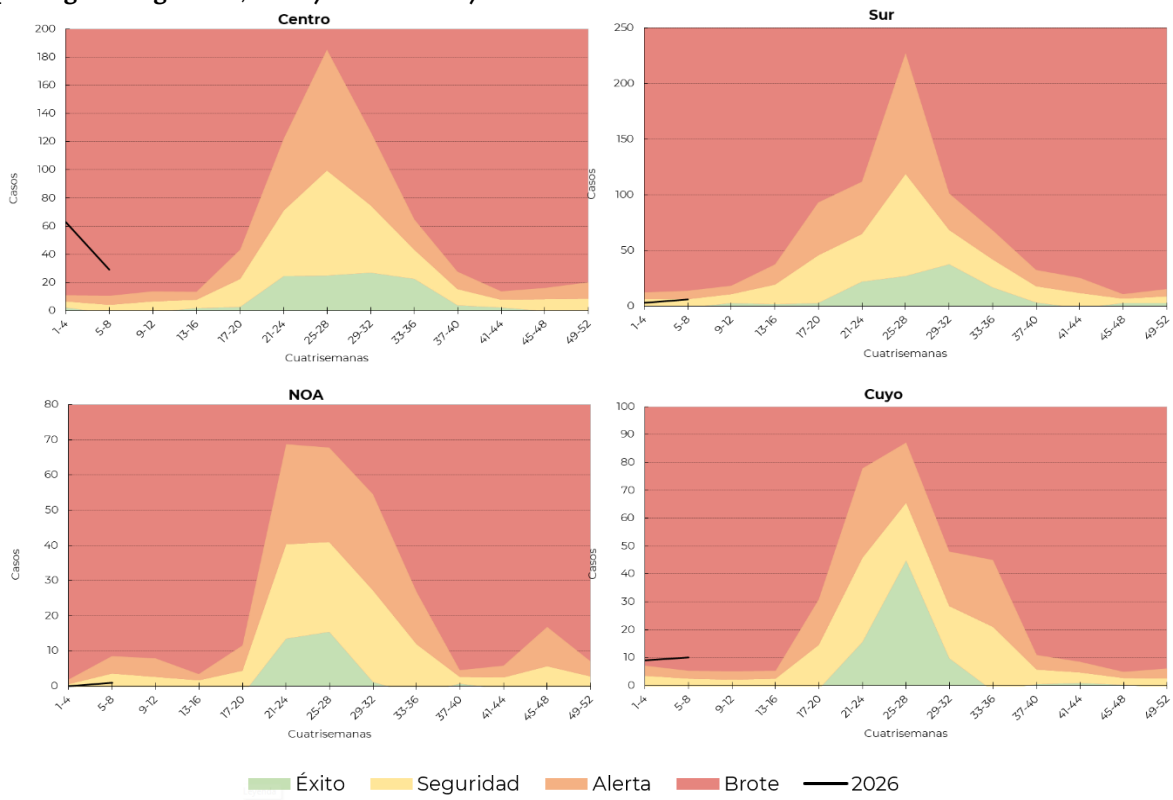


Fuente: elaboración del Área de Análisis de información e Investigación en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

A partir de la construcción del corredor endémico cuatrisemanal, se observa que los casos de 2026 a nivel nacional se encuentran levemente por encima del umbral esperado.

En relación con las regiones, se observa que, las regiones de Centro y Cuyo se encuentran por encima del umbral esperado de acuerdo a las notificaciones de los 5 años previos. Por otro lado, las regiones de Sur y NOA se encuentran en zona de seguridad.

Gráfico 7. Corredores endémicos cuatrisemanales de casos de intoxicación por monóxido de carbono por región. Argentina, SE 01/2021 - SE 08/2026.



Fuente: elaboración del Área de Análisis de información e Investigación en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Con el objetivo de caracterizar la situación actual en el ámbito sub-regional, en la siguiente tabla se observan los casos según jurisdicción, notificados desde la semana epidemiológica 1 hasta la 10 de los años 2022 a 2026.

Tabla 2. Intoxicación por monóxido de carbono: casos por jurisdicción y año. Argentina, SE 1 a 10 de 2021 a 2026 (n=395)

Jurisdicción	2022	2023	2024	2025	2026
Buenos Aires	5	8	17	27	59
CABA	0	0	5	6	21
Córdoba	0	0	2	0	1
Entre Ríos	1	6	1	15	14
Santa Fe	0	0	0	0	0
Centro	**6**	**14**	**25**	**48**	**95**
Mendoza	4	5	7	11	17
San Juan	0	1	0	9	0
San Luis	0	3	0	0	4
Cuyo	**4**	**9**	**7**	**20**	**21**
Chaco	0	0	0	0	0
Corrientes	0	0	0	0	0
Formosa	0	0	0	0	0
Misiones	0	0	0	0	0
NEA	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Catamarca	0	0	0	0	0
Jujuy	0	0	0	0	0
La Rioja	0	0	0	0	0
Salta	0	3	3	0	1
Santiago del Estero	0	0	0	0	0
Tucumán	2	8	8	1	0
NOA	**2**	**11**	**11**	**1**	**1**
Chubut	0	0	5	12	0
La Pampa	0	0	0	1	0
Neuquén	0	9	14	6	7
Río Negro	2	0	1	0	1
Santa Cruz	0	2	0	4	0
Tierra del Fuego	5	5	9	32	5
Sur	**7**	**16**	**29**	**55**	**13**
Total general	**19**	**50**	**72**	**124**	**130**

Fuente: Elaboración del Área de Análisis de información e Investigación en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Puede observarse un leve incremento en los casos notificados en el presente año, teniendo en cuenta la misma semana para el total país, en comparación con los años previos. Este incremento ocurre especialmente a expensas de la Provincia de Buenos Aires, cuyo promedio de casos notificados del 2022 al 2025 fue de 14 casos y en lo que va del 2026 notificó 59, siendo este valor más del doble que en el mismo período del año pasado. Algo similar ocurre con CABA, cuyo promedio para el período 2022-2025 fue de 3 casos y en el 2026 notificó 21, multiplicando por 3,5 los casos notificados en el 2025.

A diferencia de las dos jurisdicciones del Centro, en el Sur se notificaron 4 veces menos casos durante el 2026, en comparación con el mismo período del 2025. Los 13 casos notificados se encuentran por debajo del promedio de los últimos 4 años previos (27 casos).

VIII.2.D. CARACTERIZACIÓN CLIMÁTICA INVERNO 2025

Con el objetivo de explorar factores asociados al incremento observado en la notificación de casos durante la semana epidemiológica (SE) 27 de 2025, se analizaron las temperaturas mínimas

diarias registradas entre los meses de junio y agosto de ese año. Como se explicó, el pico de casos (479) correspondiente a dicha semana representa 1,8 veces el máximo (266) observado en 2024 durante la SE 28/2024.

La distribución jurisdiccional de los casos notificados en la SE 27 de 2025 se presenta en la siguiente tabla:

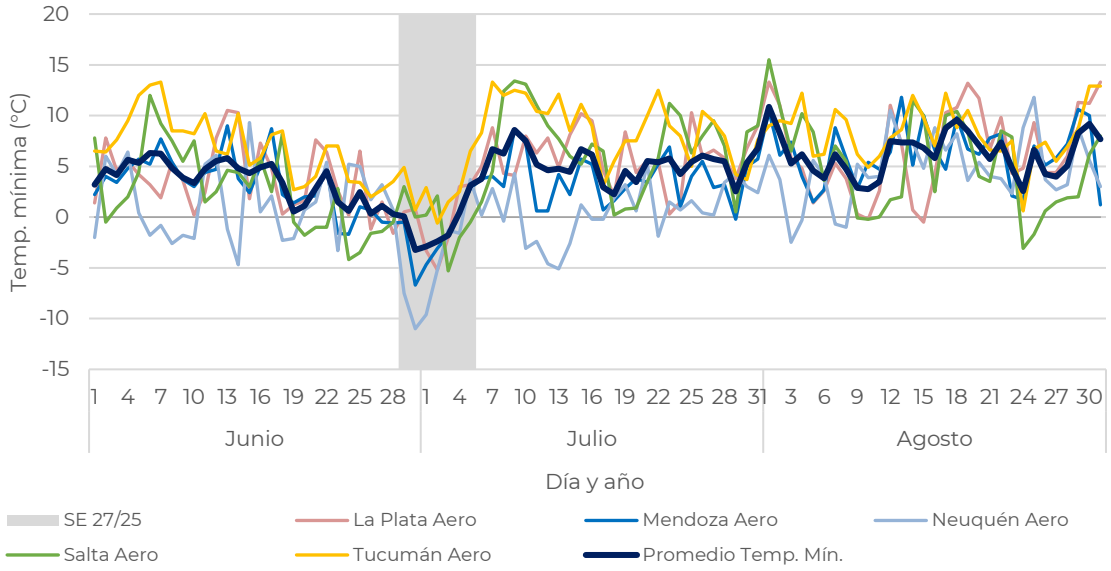
Tabla 3. Intoxicación por monóxido de carbono: frecuencia de casos según jurisdicción y cantidad de departamentos con casos, Argentina. SE 27, año 2025 (n=479).

Jurisdicción	Frecuencia	Porcentaje	Frec. Acum	Cantidad de departamentos con casos
Buenos Aires	**140**	**29%**	**29%**	**20**
Tucumán	**51**	**11%**	**40%**	**7**
Neuquén	**50**	**10%**	**50%**	**4**
Salta	**49**	**10%**	**61%**	**4**
Mendoza	**45**	**9%**	**70%**	**6**
CABA	32	7%	77%	10
San Luis	24	5%	82%	4
Chubut	23	5%	86%	4
San Juan	20	4%	91%	6
Córdoba	12	3%	93%	3
Santiago del Estero	7	1%	95%	2
Entre Ríos	4	1%	95%	3
Río Negro	4	1%	96%	2
Santa Cruz	4	1%	97%	1
Tierra del Fuego	4	1%	98%	2
La Rioja	3	1%	99%	1
Corrientes	2	0%	99%	1
Misiones	2	0%	99%	1
Santa Fe	2	0%	100%	1
La Pampa	1	0%	100%	1
Catamarca	0	0%	100%	
Jujuy	0	0%	100%	
Total	**479**			**83**

Fuente: elaboración del Área de Análisis de información e Investigación en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Para la caracterización, se consideraron las estaciones meteorológicas de La Plata (Provincia de Buenos Aires), Mendoza, Neuquén, Salta y Tucumán, correspondientes a las jurisdicciones que concentraron el 70% de los casos (335).

Gráfico 8. Promedio y temperaturas mínimas diarias registradas de junio a agosto de 2025, según estación meteorológica de registro.



Fuente: elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Servicio Meteorológico Nacional (SMN).

Se puede observar que, para el período de junio a agosto de 2025, en las 5 estaciones meteorológicas presentadas, las mínimas temperaturas se registraron en los días correspondientes a la SE 27 del 2025 (29 de junio al 5 de julio).

La temperatura mínima más baja de toda la serie se registró en la estación meteorológica de Neuquén, siendo la misma de -11°C, valor que se ubica 13°C por debajo del promedio para ese período (1,9°C). En esta jurisdicción se notificaron 50 casos (10%) de intoxicación por monóxido de carbono en la SE 27/25.

En Mendoza, la temperatura mínima alcanzó -6,7°C, lo que representa una diferencia de 11°C respecto de su promedio (4,0°C), durante la SE 27/25 se confirmaron 45 casos (9%).

En Salta, la temperatura mínima fue de -5,3°C; ubicándose 10°C por debajo del promedio para el período analizado (4,5°C). En esta jurisdicción se notificaron 49 (10%) casos de intoxicación por monóxido de carbono.

En Tucumán, se registró una temperatura mínima de -0,6°C, siendo ésta 8°C inferior al promedio (7,6°C); con 51 casos (11%).

Finalmente, en la estación meteorológica de La Plata la temperatura mínima registrada fue de -5,2°C, siendo la diferencia con el promedio (5,1°C) para ese período, de 10°C. En la Provincia de Buenos Aires se notificaron 140 (29%) casos de intoxicación por monóxido de carbono.

Este comportamiento, caracterizado por un descenso térmico abrupto en las jurisdicciones con mayor concentración de casos, resulta temporalmente coincidente con el pico de notificaciones observado en la SE 27/2025, lo que sugiere una posible asociación con condiciones climáticas extremas que podrían haber favorecido la exposición al monóxido de carbono en contextos de mayor uso de sistemas de calefacción.

VIII.3. Recomendaciones para el equipo de salud

VIII.3.A. FUENTES PROBABLES DE INTOXICACIÓN/EXPOSICIÓN

El CO se genera por la combustión incompleta de carbón, gasolina, kerosén, petróleo, propano (gas domiciliario o de garrafa) y madera; todo artefacto que use material combustible puede quemarse de manera deficiente y generar monóxido de carbono. Algunos de estos artefactos son:

- Motores de automóviles y otros motores nafteros o a kerosén (cortadoras de césped, motosierras, equipos electrógenos, triciclos, cuatriciclos, etc.).
- Parrillas y braseros de carbón de leña utilizados para calentar o cocinar (frecuente causa de muerte en sectores humildes o rurales).
- Sistemas de calefacción para interiores sin tiro balanceado (o con tiro balanceado sin el mantenimiento correspondiente), salamandras, calefones, termotanques, calderas y otros calentadores de agua que utilicen gas natural, en lugares cerrados no ventilados o con ventilación insuficiente.
- Incendios donde estén involucrados estos materiales.

El CO proveniente de estas fuentes puede acumularse en lugares cerrados o semicerrados.

El monóxido de carbono ingresa al organismo a través de las vías respiratorias. Reduce la capacidad de la sangre para transportar oxígeno e interfiere también con la capacidad de las células para utilizar todo el oxígeno que les llega. La falta de oxígeno afecta principalmente al cerebro y al corazón.

VIII.3.B. MEDIDAS PREVENTIVAS

Para prevenir la intoxicación por monóxido de carbono es elemental el control de las instalaciones y el buen funcionamiento de artefactos, así como es importante mantener los ambientes bien ventilados.

Recomendaciones del ENARGAS para evitar accidentes:

- Toda instalación de artefactos a gas debe cumplir con las condiciones de ubicación, ventilación y evacuación de gases producto de la combustión, conforme a Reglamentaciones Técnicas Vigentes y **siempre** deben ser realizadas por un gasista matriculado.

- Hacer revisar una vez al año los artefactos de gas por un gasista matriculado, preferentemente antes del inicio de la temporada invernal.

- Colocar rejillas de ventilación permanentes. Son obligatorias para todo artefacto de cámara abierta.

- La llama del gas siempre tiene que ser azul. Si es amarilla, anaranjada o roja el artefacto de gas puede estar emitiendo CO.

- Chequear siempre que los conductos de evacuación de gases no estén rotos o tengan obstrucciones.

- No utilizar hornallas ni horno para calefaccionar.

- Si posee un detector de monóxido de carbono, debe estar activado siempre.

- Mantener las hornallas de la cocina limpias.

• Los artefactos de gas instalados en baños o dormitorios sólo deben ser de tiro balanceado.

- Dejar siempre una rendija abierta; es importante que haya circulación libre de aire desde el exterior.
- Está prohibida la instalación de calefones y termotanques a gas en los baños.

VIII.3.C. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

Nivel Individual

- Ventilar el lugar inmediatamente.
- Retirar al intoxicado y trasladarlo a un espacio abierto donde pueda respirar aire fresco.
- Trasladarlo a un centro de atención
- Aplicar medidas de Soporte Vital Básico y sostén
- Administrar Oxígeno 100%, de manera precoz y continua, utilizando mascarilla no recirculante con reservorio
- Tratamiento con oxígeno hiperbárico si tiene indicación.

Nivel comunitario

- Determinar si otras personas han estado expuestas, dado que deben ser evaluadas al momento de la consulta del paciente índice.
- Una vez identificada la fuente se realizará la comunicación de los resultados y de las recomendaciones a los grupos de interés. Si se tratara de instalaciones de gas defectuosas, se dará intervención al Ente Regulador y a la distribuidora local.
- Proveer información básica acerca de la intoxicación por CO a los contactos del caso.

VIII.4. Conclusiones

En los últimos años se observa un aumento sostenido en las notificaciones de casos de intoxicación por monóxido de carbono a nivel nacional, con un mayor peso en la región Centro-Sur y en algunas jurisdicciones de Cuyo (Mendoza) y NOA (Salta). En el NEA, la falta de datos suficientes dificulta el análisis. Estas diferencias regionales muestran la importancia de adaptar las estrategias de vigilancia y prevención según el contexto local, y destacan la necesidad de continuar fortaleciendo el sistema para una respuesta sanitaria más oportuna y efectiva.

La implementación de mejoras en el sistema de vigilancia permitió ampliar la cobertura y elevar la calidad de la información registrada. Esto favorece la detección temprana de los casos y una caracterización más precisa de la carga de enfermedad. Contar con datos confiables y actualizados es fundamental para orientar las decisiones en salud pública, priorizar intervenciones y diseñar estrategias basadas en evidencia.

Para prevenir nuevas intoxicaciones es clave mantener una ventilación adecuada en los ambientes, controlar periódicamente el estado de los artefactos y asegurarse de que estén bien instalados y funcionen correctamente. Estas medidas simples, combinadas con una vigilancia activa y una comunicación clara hacia la población, pueden reducir significativamente el riesgo, especialmente en los meses de mayor uso de calefacción.

VIII.5. Vigilancia epidemiológica

VIII.5.A. DEFINICIONES DE CASO

Caso sospechoso: toda persona con antecedentes de exposición a CO, que no presente síntomas al momento de la consulta.

Caso confirmado: toda persona con antecedentes de exposición a CO, con síntomas atribuibles, con o sin niveles de carboxihemoglobina superior a los valores de referencia, en el momento del diagnóstico.

- Síntomas Generales: debilidad, cansancio, sensación vertiginosa, síncope.
- Neurológicos: cefalea, irritabilidad, somnolencia, mareos, confusión, impotencia funcional de miembros inferiores, ataxia, convulsiones, coma, deterioro neurológico y psiquiátrico, amnesia, parkinsonismo, pérdida de control de esfínteres, enlentecimiento motor, trastorno del aprendizaje, corea, neuropatías periféricas.
- Gastrointestinales: náuseas, vómitos
- Cardiovasculares: dolor precordial, palpitaciones, taquicardia, isquemia de miocardio, arritmias cardíacas.
- Respiratorios: dificultad respiratoria, taquipnea
- Otros: visión borrosa, alteraciones visuales

Interpretación de resultados de laboratorio: Todo caso con clínica compatible de intoxicación por monóxido de carbono estudiado por laboratorio con: Carboxihemoglobina mayor al 3 %.

Las intoxicaciones intencionales deberán notificarse/vigilarse en el Grupo de eventos "Lesiones intencionales" del SNVS 2.0

VIII.5.B. DEFINICIONES DE BROTE

Episodio en el cual dos o más personas presentan un cuadro clínico compatible con intoxicación aguda por monóxido de carbono en un mismo lugar o zona geográfica y donde se compruebe la exposición efectiva al agente causal.

Ficha de notificación:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ficha-intoxicacion-monoxido_0.pdf

Guía de Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Vigilancia Epidemiológica de las Intoxicaciones por Monóxido De Carbono

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2020-10/06-2016-guia-intoxicaciones-monoxido.pdf

Recomendaciones para evitar las intoxicaciones por monóxido de carbono

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

---

ALERTAS Y COMUNICACIONES **INTERNACIONALES**

IX. Introducción

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

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

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

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

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

IX.1. Sarampión - Situación epidemiológica mundial y regional

IX.1.A. BRASIL[29]

El 1 de abril el Ministerio de Salud de Brasil informó que el municipio de Río de Janeiro confirmó un caso de sarampión: una mujer de 22 años, sin registro de vacunación, que trabaja en un hotel de la ciudad. Tras la notificación, se adoptaron medidas inmediatas de investigación, vacunación de bloqueo en el domicilio, en el lugar de trabajo y en el servicio de salud, además de iniciarse un barrido en el área cercana a su residencia para identificar posibles otros casos y realizar la vacunación. El Ministerio de Salud está acompañando la investigación de forma articulada con las secretarías municipal y estadual de salud.

Este es el segundo caso registrado en Brasil en 2026. El primero fue en São Paulo: un niño de seis meses, residente de la zona norte de la capital, con antecedente reciente de viaje a La Paz, en Bolivia, país con brote activo de la enfermedad. Como respuesta, se realizó bloqueo vacunal en la región, con más de 600 dosis aplicadas entre enero y febrero.

Los casos no modifican el estatus de Brasil, que continúa libre de la circulación endémica del sarampión. El país mantiene esta situación incluso tras la pérdida de la certificación regional de las Américas, debido a brotes en países como Estados Unidos, Canadá y México. En 2025, el Ministerio de Salud interrumpió la transmisión de los 38 casos importados en el país con una respuesta rápida basada en vigilancia, vacunación y bloqueo, estrategia reconocida por la Organización Panamericana de la Salud.

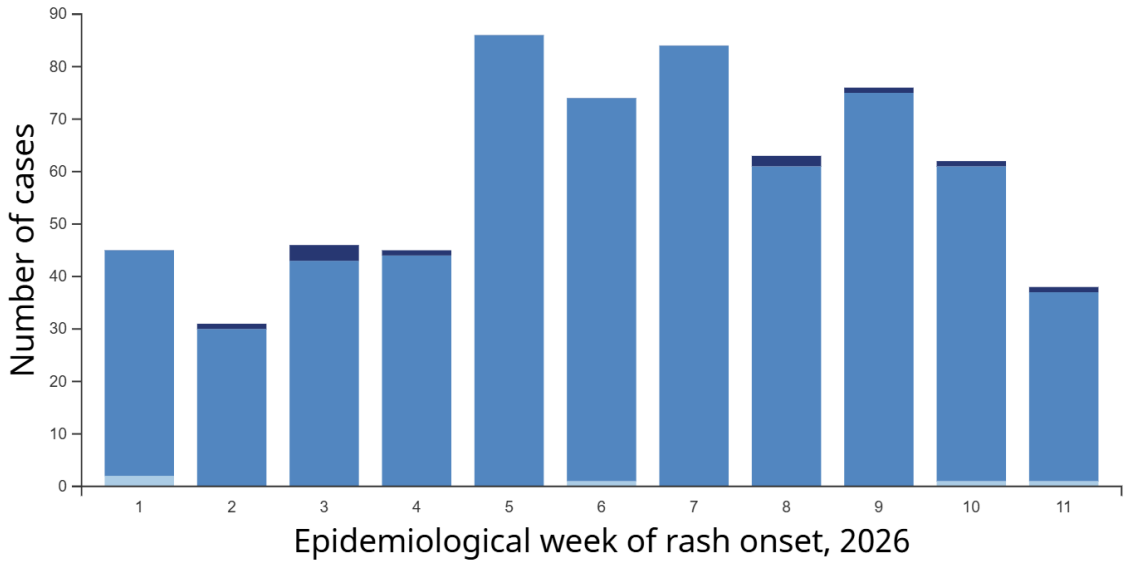
[29] https://www.gov.br/saude/pt-br/canais-de-atendimento/sala-de-imprensa/notas-a-imprensa/2026/nota-sobre-caso-de-sarampo-confirmado-no-municipio-do-rio-de-janeiro

IX.1.B. CANADÁ[30]

En 2026, se han notificado un total de 650 casos de sarampión (595 confirmados, 55 probables) en 7 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Escocia, Ontario, Quebec y Saskatchewan), hasta el 21 de marzo del 2026.

En la semana 11 (del 15 al 21 de marzo del 2026), se notificaron 68 nuevos casos de sarampión (60 confirmados y 8 probables).

Figura 1. Curva epidemiológica de casos de sarampión, por semana epidemiológica de inicio de la erupción y fuente de exposición, 2026 (n=650)



IX.1.C. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA[31]

Al 2 de abril de 2026, se notificaron 1.671 casos confirmados de sarampión en los Estados Unidos durante 2026. De estos, 1.661 casos fueron reportados por 32 jurisdicciones: Alaska, Arizona, California, Colorado, Florida, Georgia, Idaho, Illinois, Kentucky, Maine, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Missouri, Montana, 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 10 casos de sarampión en visitantes internacionales a los Estados Unidos.

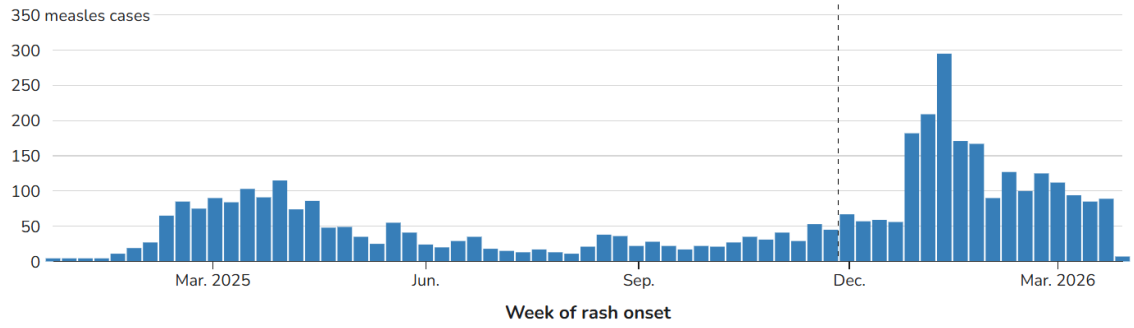
Se han notificado 17 nuevos brotes en 2026, y el 94% de los casos confirmados (1.570 de 1.671) están asociados a brotes (374 correspondientes a brotes en 2026 y 1.196 a brotes que comenzaron en 2025).

En el año 2025, se notificaron un total de 2.286 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.

[30] https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/
[31] https://www.cdc.gov/measles/data-research/

Figura 2. Casos semanales de sarampión según la fecha de inicio del exantema. 2025-2026 (hasta 02/04/26).

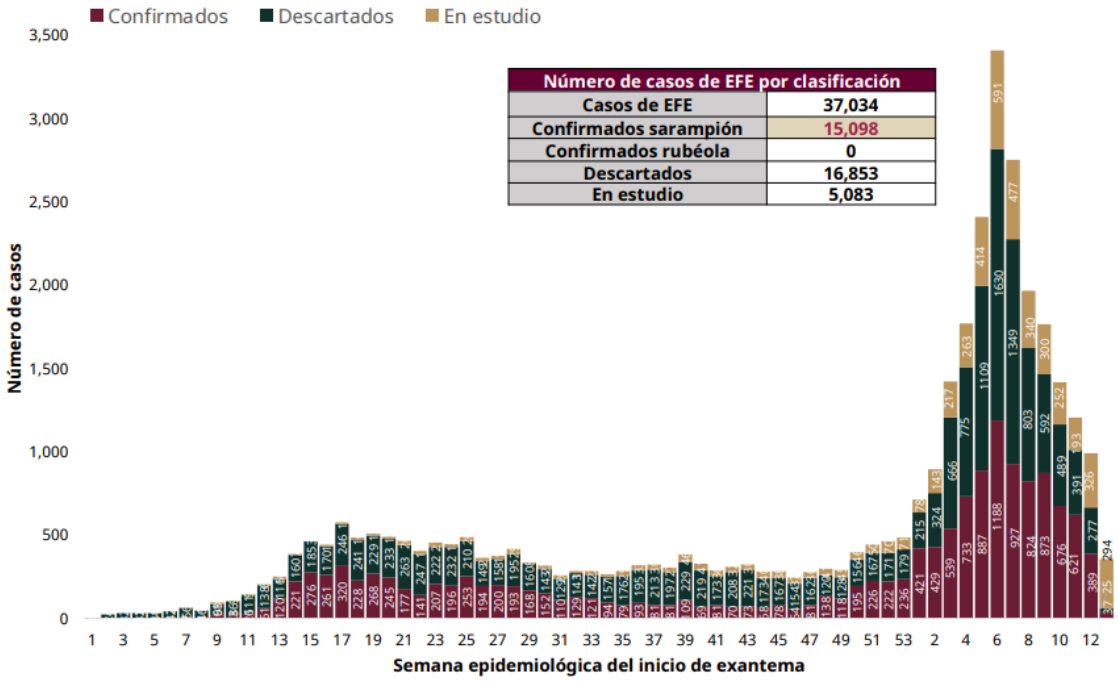


IX.1.D. MÉXICO[32]

Al 26 de marzo, se han reportado 15.098 casos confirmados de sarampión acumulados desde el comienzo del brote. El grupo de edad más afectado es de 1 a 4 años (1.960 casos), seguido del grupo el de 25 a 29 años (1.775 casos) y por último el de 5 a 9 años (1.732 casos).

Se han reportado 36 fallecimientos a la fecha.

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



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

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

IX.1.E. PERU

Alerta epidemiológica ante la confirmación de casos y riesgo de transmisión de sarampión en la región puno

En el marco de la vigilancia epidemiológica, la Dirección Regional de Salud Puno ha recibido la confirmación por parte del Instituto Nacional de Salud de dos (02) casos confirmados de sarampión, con vínculo epidemiológico con la región: Caso 1: Mujer de 20 años, procedente de Juliaca, con probable infección en la región Puno y diagnóstico en Lima Caso 2: Niño de 4 años, residente en Juliaca, con probable lugar de infección en el distrito de San Pedro de Putina Punco (Sandia) Con Resultados del INS de fecha 01 de abril del 2025, ambos casos presentan confirmación por laboratorio mediante: • Serología (IgM positiva) • RT-PCR positiva para virus del sarampión El análisis de la línea de tiempo evidencia que ambos casos presentan periodos de exposición compatibles en marzo de 2026, con superposición de periodos de transmisibilidad, lo que sugiere circulación activa del virus en la región. Asimismo, se han identificado contactos directos en seguimiento, lo que incrementa el riesgo de aparición de casos secundarios.

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

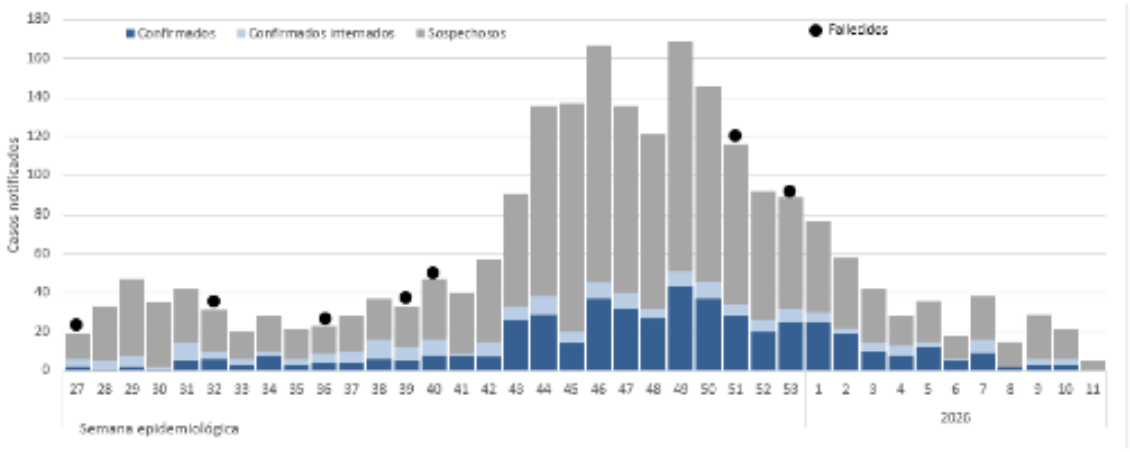
X. Boletines Jurisdiccionales

X.1. Buenos Aires: Coqueluche

Durante el año 2025 y hasta la semana epidemiológica (SE) 11 de 2026 (21 de marzo), se notificaron 2.684 casos sospechosos de coqueluche, de los cuales 755 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 11). n=2.684



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

Para más información:

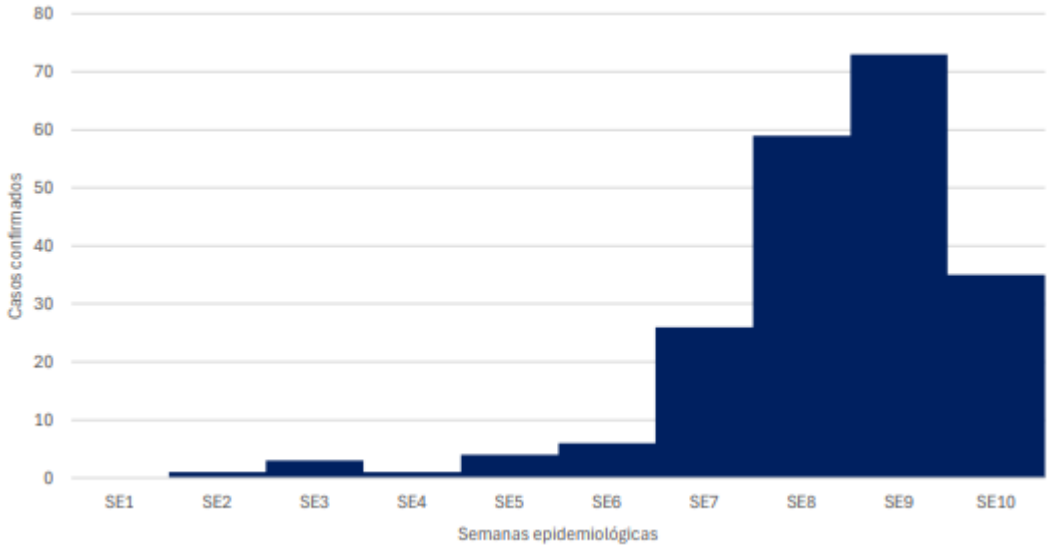
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

X.2. Salta – Chikungunya

En la Provincia de Salta hasta la SE 10, se notificaron 208 casos confirmados tomando como referencia los resultados de las determinaciones de laboratorio para fiebre chikungunya. El primer caso se confirmó en la SE 2, varón de 16 años, residente en Rosario de la Frontera. Presentó antecedente de viaje a Santa Cruz de la Sierra (Bolivia).



Chikungunya: casos confirmados por semana epidemiológica. (se 1 hasta se 10). Año 2026. Provincia de salta (n=208)



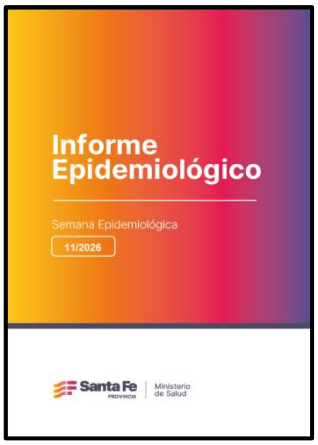
Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). (*) Nota: Los datos presentados en este grafico actualizan y corrigen los publicados anteriormente, debido a la carga constante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

Para más información:

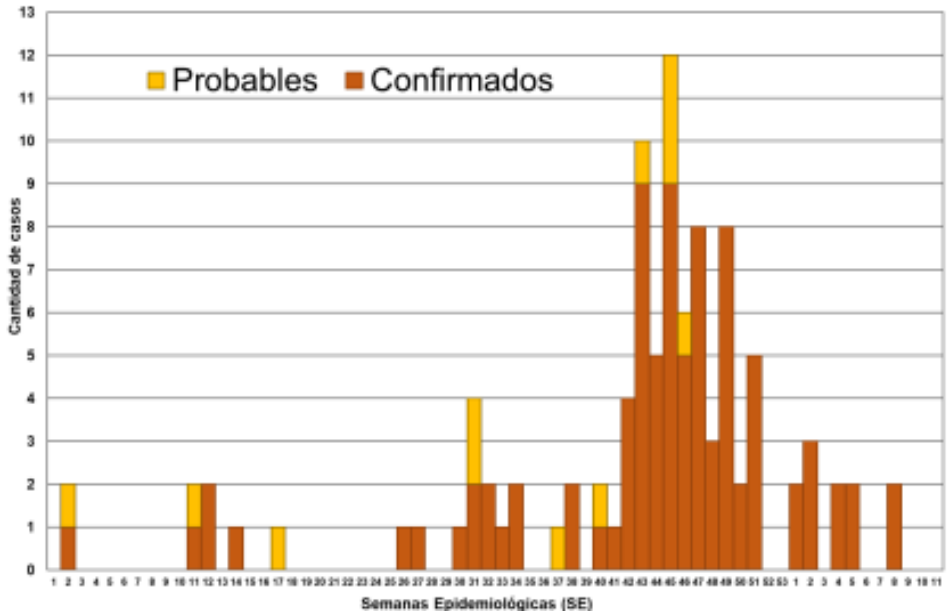
http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/

X.3. Santa Fe: Coqueluche

En la Provincia de Santa Fe entre la SE 1 y la SE 53 de 2025 se notificaron un total de 394 casos al evento de Coqueluche, de los cuales 77 se confirmaron y 12 se clasificaron como probables.



Distribución de casos confirmados (n= 88) y probables (n= 12) según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE 1/2025 a SE 11/2026. Período 2025-2026. N= 100.



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:

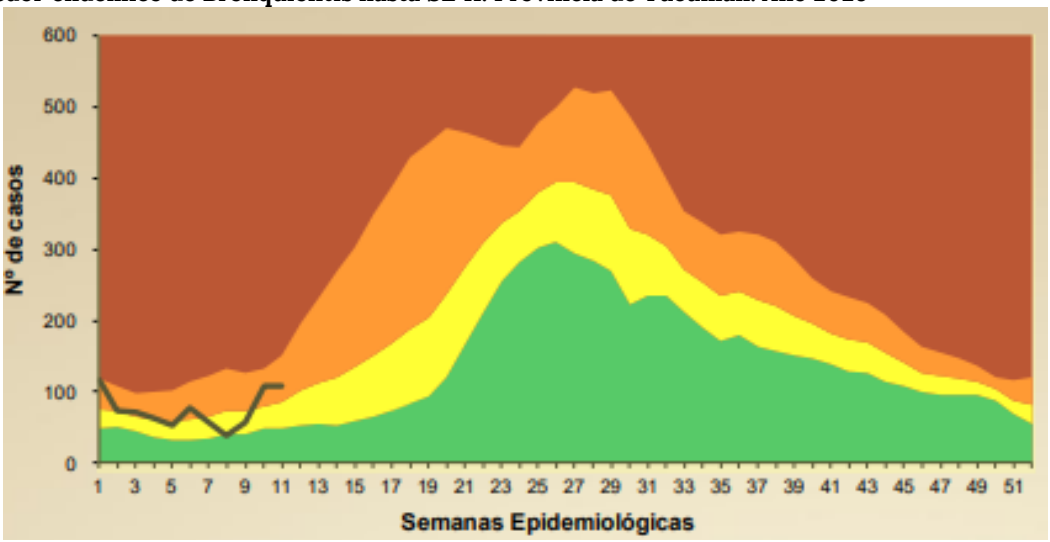
https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/(subtema)/93802

X.4. 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 11 se notificaron 109 casos.



Corredor endémico de Bronquiolitis hasta SE 11. Provincia de Tucumán. Año 2026



Fuente: SNVS – *Dirección de Epidemiología*

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS
PARA VIGILANCIA

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

Con el fin de mantener a los equipos técnicos de vigilancia actualizados sobre los cambios, mejoras y modificaciones en la configuración de eventos en el SNVS 2.0, en este número se publican las realizadas en **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	Laboratorio	Resultados	Se adicionaron las opciones "S. pneumoniae serotipo 15BC" y "S. pneumoniae no capsulado "
	Otras infecciones invasivas (bacterianas y otras)			
	Meningoencefalitis	Laboratorio	Determinaciones/ Técnicas	Se adicionó la técnica "Secuenciación de genoma completo" a la determinación "Serotipificación de S. pneumoniae"
	Otras infecciones invasivas (bacterianas y otras)			
	Leptospirosis	Clínica	Signos y síntomas	Se quitaron las siguientes opciones: "Hemorragia pulmonar", "Síndrome de Weil", "Tos", "Hemorragias", "Hematemesis", "Hemoptisis", "Melena", "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".