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



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **805**

Semana epidemiológica 15
AÑO 2026
Desde 12/04 al 18/04
Fecha de publicación
27/04/2026

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:

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

Infecciones respiratorias
Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DICEI) y la Dirección Nacional de Enfermedades Transmisibles. Del 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).

Fibrosis quística
Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Epidemiología.
Del ANLIS- Carlos G. Malbran: El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, "Emilio Coni", INER.

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

El hospital de la Madre y el Niño de La Rioja es una de las unidades centinelas que brinda información sobre el comportamiento de los virus respiratorios en el País. Foto aportada por la Dirección de epidemiologia de la Provincia de La Rioja.

Cómo citar este boletín

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2026). Boletín Epidemiológico Nacional N°805, SE 15.

I. Editorial del BEN 797

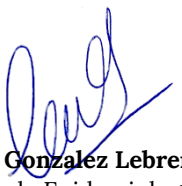
A lo largo de este año, el Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) ha continuado afirmándose El Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) se consolida como un espacio donde la vigilancia en salud se produce y se difunde de manera articulada, a partir de un trabajo sostenido entre equipos nacionales y jurisdiccionales. 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 González 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 una actualización de la situación de los eventos priorizados, con énfasis en infecciones respiratorias agudas y dengue y otros arbovirus, junto con una nueva actualización periódica y el apartado habitual de alertas, boletines jurisdiccionales y herramientas para la vigilancia.

En primer lugar, se incluye la actualización de la tabla de eventos priorizados, con su fundamentación, metodología de análisis, criterios de clasificación de la situación epidemiológica, visualización de los casos según semanas epidemiológicas 2022-2026 y consideraciones sobre su utilidad para la vigilancia epidemiológica.

Dentro de los eventos priorizados, el boletín presenta la vigilancia de infecciones respiratorias agudas, incorporando la situación regional, la síntesis nacional destacada, la vigilancia clínica de ETI, neumonía y bronquiolitis, la información proveniente de la red universal de laboratorios y las recomendaciones para equipos de salud y población, incluyendo vacunación antigripal y tratamiento antiviral.

Asimismo, se actualiza la vigilancia de dengue y otros arbovirus, con la situación regional, la estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada 2025-2026, la situación actual de dengue en Argentina, la caracterización clínica de los casos, consideraciones para la vigilancia por laboratorio y la situación de fiebre chikungunya y otros arbovirus.

Como actualización periódica, esta edición incorpora un informe epidemiológico sobre fibrosis quística en Argentina, que presenta una caracterización general de la notificación y una síntesis de las acciones desarrolladas por el Ministerio.

Finalmente, se incluyen alertas y comunicaciones internacionales vinculadas con sarampión y mpox, una selección de destacados de boletines jurisdiccionales y nuevas herramientas para la vigilancia, entre ellas modificaciones en codificaciones auxiliares del SNVS 2.0, materiales para la implementación de salas de situación de salud y el curso de vigilancia y notificación de dengue.

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.1.A. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 14
IV.2. Síntesis de la información nacional destacada 14
IV.3. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis 15
IV.3.A. Enfermedad tipo influenza (ETI) 15
IV.3.B. Neumonía 16
IV.3.C. Bronquiolitis 17
IV.4. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios 18
IV.4.A. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Personas Internadas y Fallecidas 22
IV.5. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas 24
IV.5.A. Recomendaciones para equipos de salud 24
IV.5.B. Vigilancia epidemiológica 24
IV.5.C. Recomendaciones para la población 26
IV.5.D. Vacunación antigripal 26
IV.5.E. Tratamiento antiviral 27
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus **29**
V.1. Situación regional 29
V.2. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026 30
V.3. Situación de dengue en Argentina 32
V.3.A. Temporada 2025/2026 32
V.3.B. Distribución espacial de los casos de dengue durante la temporada. 33
V.3.C. Casos Probables 34
V.3.D. Caracterización clínica de los casos de dengue 34
V.3.E. Consideraciones para la vigilancia por laboratorio 35
V.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina 36
V.4.A. Caracterización clínica de los casos de chikungunya. 39
V.5. Situación epidemiología de otros Arbovirus en Argentina 40
V.5.A. Encefalitis arbovirales 40
V.5.B. Otros arbovirus 42

ACTUALIZACIONES PERIODICAS **44**
VI. Fibrosis Quística en Argentina – Informe epidemiológico **45**
VI.1. Introducción 45
VI.2. Situación epidemiológica 45
VI.2.A. Caracterización general de la notificación 45
VI.2.B. Sobre las acciones del Ministerio 49

ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES 51
VII. Introducción 52
VII.1. Sarampión - Situación epidemiológica regional 52
VII.1.A. Bolivia 52
VII.1.B. Canadá 52
VII.1.C. Estados Unidos de América 53
VII.1.D. México3F 54
VII.1.E. Perú3F 54
VII.2. Sarampión – Bangladesh 56
VII.3. Actualización Epidemiológica Mpox en la Región de las Américas 56
VII.3.A. Resumen de la situación 56
VII.3.B. Situación en la Región de las Américas 58

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES 67
VIII. Boletines Jurisdiccionales 68
VIII.1. Buenos Aires: Chikungunya 68
VIII.2. Chubut: Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) 69
VIII.3. Salta: Dengue 70
VIII.4. Santa Fe: Coqueluche 71
VIII.5. Tierra del Fuego: 72
VIII.6. Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años 73

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA 74
IX. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 75
X. Herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud. 9° Edición 77
XI. Curso Vigilancia y notificación de Dengue 78

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 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 14 de 2026.

Grupo	Evento	Mediana Acumulado 2022-2025	Acumulado 2026 SE15	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)	11	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	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	199	225	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Poliomielitis - PAF <15 y otros sosp. de polio.	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)	30	1	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	52	65	En aumento	Por debajo de lo esp.	
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	3910	5802	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	160	145	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	74	68	Dentro de lo esp.	En aumento	
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo)	3	5	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Cisticercosis	2	3	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Escorpionismo o Alacranismo	2301	2863	En aumento	En aumento	
	Ofidismo-Género Bothrops (Yararâ)	298	388	En aumento	Dentro de lo esp.	
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chinî)	21	19	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	5	6	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Brucelosis	32	28	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Hantavirosis	20	37	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Leptospirosis	60	111	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Psitacosis	60	41	Por debajo de lo esp.	En aumento	
Grupo	**Evento**	**Mediana Acumulado 2022-2025**	**Acumulado 2026 SE15**	**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	Sífilis Congénita	201	261	En aumento	Por encima de lo esp.	
	Hepatitis B - Expuesto a la trans. vertical	0	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Sífilis en embarazadas	2082	3221	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Hepatitis B en embarazadas	10	4	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Hepatitis virales	Hepatitis A	9	34	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Hepatitis B	141	146	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Hepatitis C	278	318	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Hepatitis E	1	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Infecc. de trans. sexual	Sífilis en población general	6556	13060	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
Infecc. Resp. agudas	Legionelosis	8	8	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	380	344	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	6	4	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Plag. de uso agrícola	4	2	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intoxicación/Exposición a Plag. de uso doméstico	9	18	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intoxicación/Exposición a Plomo	2	2	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Monóxido de Carbono	81	195	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
Lesiones*	Intento de Suicidio sin resultado mortal	1969	3350	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Intento de Suicidio con resultado mortal	84	160	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
Otros eventos de importancia	Viruela símica (mpox)	38	57	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	2142	2649	En aumento	Dentro de lo esp.	

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

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

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

La actividad de la influenza en las Américas continúa disminuyendo en comparación con las semanas epidemiológicas previas. La positividad disminuyó en la mayoría de las subregiones, aunque persiste una circulación sostenida (positividad global: 9,4%). Durante las últimas cuatro semanas, la circulación viral en las Américas continuó asociándose predominantemente con influenza B (aproximadamente el 70% de los casos detectados), a pesar de una tendencia descendente. La actividad del virus respiratorio sincitial (VRS) se mantiene estable en las últimas semanas, con baja positividad regional (2,0%). La actividad de SARS-CoV-2 continúa disminuyendo, con niveles bajos de positividad (3,2%) y una ligera tendencia a la baja; no se ha observado evidencia de resurgimiento a nivel regional. La circulación de otros virus respiratorios (OVR) en las Américas ha aumentado en las últimas semanas, con un incremento en la positividad global (3,6%), lo que sugiere una reactivación de la transmisión que debe ser monitoreada, predominantemente impulsada por rinovirus. Los casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG) y enfermedad tipo influenza (ETI) en las Américas continúan disminuyendo, mientras que la carga global de enfermedad permanece principalmente asociada a influenza, con menores contribuciones de VRS y SARS-CoV-2.

IV.2. Síntesis de la información nacional destacada

En la SE12 de 2026, la vigilancia clínica notificó 176.981 casos de ETI, 25.384 casos de neumonía y 15.397 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 influenza muestra un bajo número de detecciones, sin notificaciones de VSR. SARS-CoV-2 muestra un ascenso leve y sostenido desde la SE34, acentuado entre las semanas 43 a 45, con descenso en las semanas posteriores.

En las UC-IRAG, se notifican más de 11.000 internaciones en 2025, con detecciones de los tres virus priorizados. En las 13 primeras SE de 2026 se notificaron 1264 internaciones, con 17 detecciones de SARS-CoV-2, 72 de Influenza y 19 de VSR.

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

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. En 2026, las detecciones de influenza se mantuvieron estables hasta la SE9, desde la SE 10 se registra un aumento, tanto en el número de casos, como en el porcentaje de positividad. Las detecciones de VSR continúan en valores bajos. En relación con SARS-CoV-2, se observó un aumento gradual de las detecciones a partir de la SE34 de 2025, acentuado entre las SE42 y SE46, seguido de un descenso posterior.

Durante la SE10/2026, se registra circulación de virus respiratorios, principalmente Influenza, seguido de SARS-CoV-2, adenovirus, VSR, parainfluenza y metapneumovirus.

En personas internadas, en la SE15/2026, se notificaron 31 hospitalizaciones con diagnóstico de influenza, 3 con diagnóstico de SARS-CoV-2 y 11 con diagnóstico de VSR. No se registraron fallecimientos con diagnóstico de SARS-CoV-2 en esta semana. En lo que va del año, se registraron 3 fallecimientos con diagnóstico de influenza.

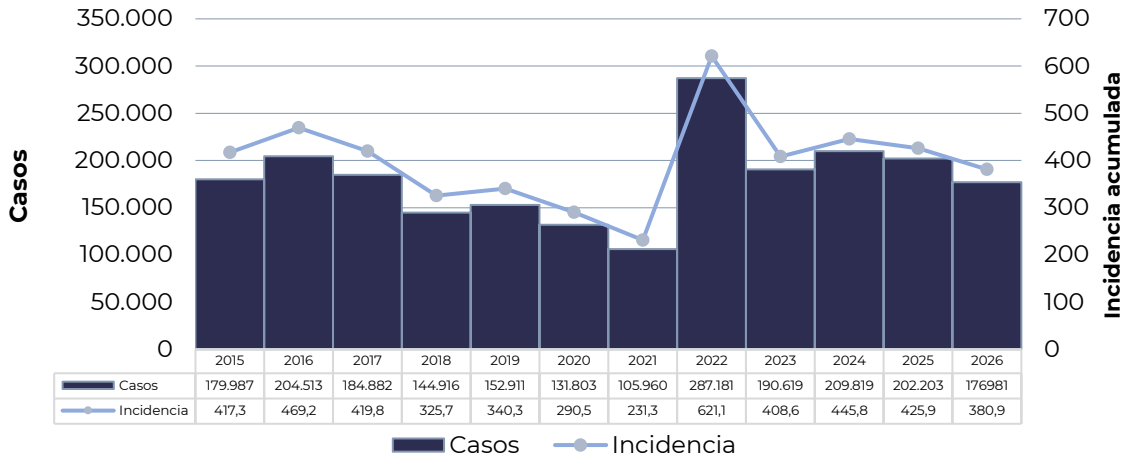
IV.3. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis

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

En las 14 primeras SE de 2026 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 176.981 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 380,9 casos/ 100.000 habitantes.

Para el mismo periodo de los años 2015 – 2026, el mayor número de notificaciones de ETI se registraron en 2022, seguido por 2024. El presente año presenta el menor número de casos desde 2022.

Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2026. SE14. Argentina[2].



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Casos	179.987	204.513	184.882	144.916	152.911	131.803	105.960	287.181	190.619	209.819	202.203	176981
Incidencia	417,3	469,2	419,8	325,7	340,3	290,5	231,3	621,1	408,6	445,8	425,9	380,9

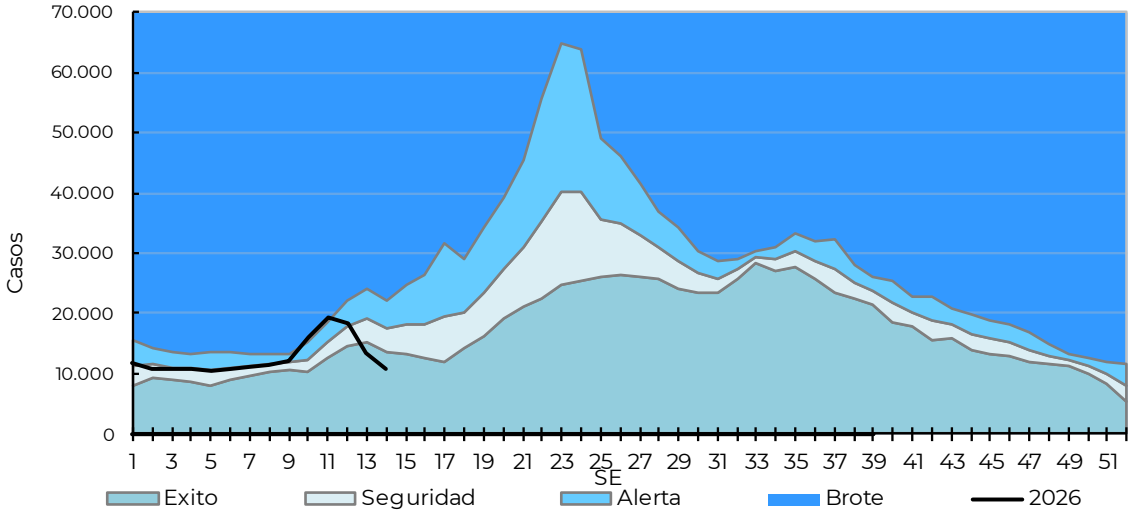
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

En las primeras 14 SE de 2026, las notificaciones de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) registradas en el SNVS, correspondientes a personas de todas las edades a nivel país, se

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

mantuvieron dentro de niveles de seguridad, en las primeras 9 SE, con un ascenso posterior hasta la SE 11, donde se ubicó en niveles de alerta.

Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2018-2025. SE 1 a 14 de 2026[3]. Argentina.



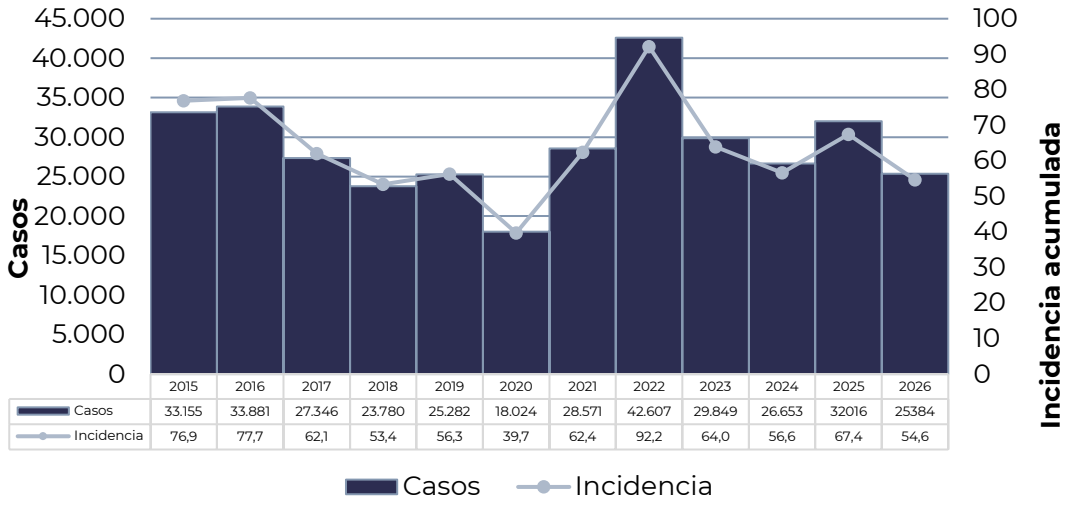
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

IV.3.B. NEUMONÍA

En las primeras 14 SE de 2026 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 25.384 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 54,6 casos/ 100.000 habitantes.

En este período, entre 2015 y 2026, las notificaciones de neumonía mostraron el mayor número de casos en 2022, seguido de 2015 y 2016. En 2026 se registra el menor número de notificaciones desde el año 2022.

Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2015-2026. SE14. Argentina.

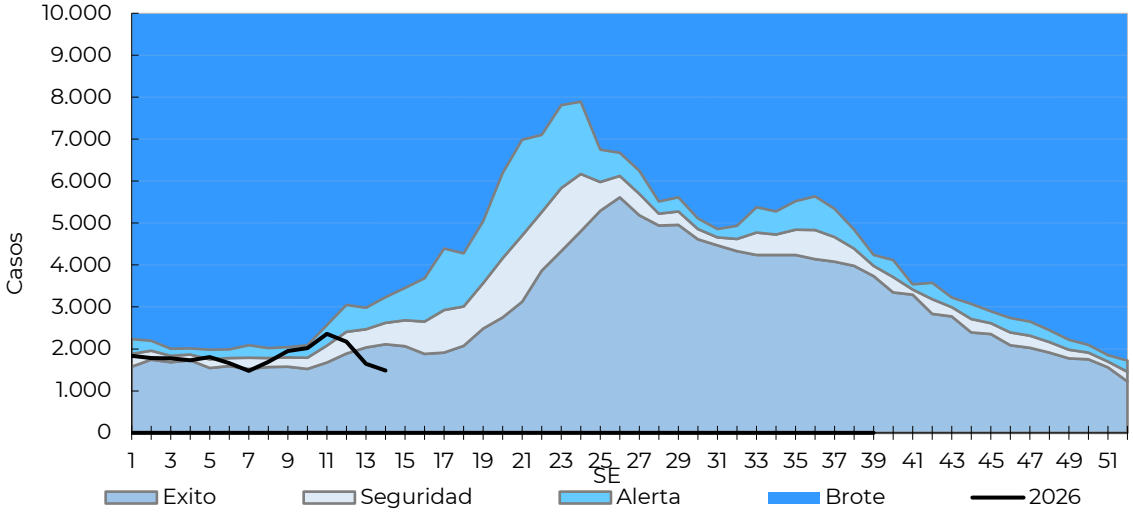


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

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

En las primeras 8 SE de 2026 las notificaciones de neumonía se ubicaron dentro del rango esperado, correspondiente a las zonas de éxito y seguridad del corredor endémico. Se registró un asceso hasta la SE 11, en donde se ubicó en niveles de alerta.

Gráfico 4: Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2018-2025. SE 1-14 de 2026[4]. Argentina.



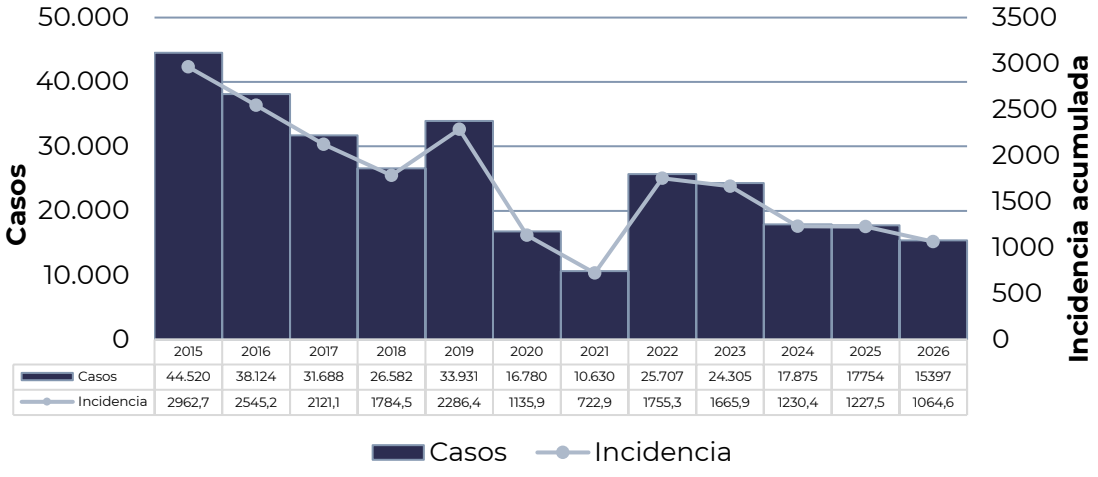
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

IV.3.C. BRONQUIOLITIS

En las primeras 14 SE de 2026, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 15.397 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 1064,6 casos/100.000 habitantes.

En relación con los años previos, las notificaciones de bronquiolitis en las primeras 14 SE alcanzaron su pico en 2015, seguido de un descenso sostenido hasta 2018. En 2019, se registró un incremento respecto al año anterior, con un nuevo descenso en 2020 y 2021. Desde 2022 se descendió gradualmente, con un menor número de notificaciones en 2026.

Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis en menores de 2 años por 100.000 habitantes. Años 2015-2026. SE14. Argentina.

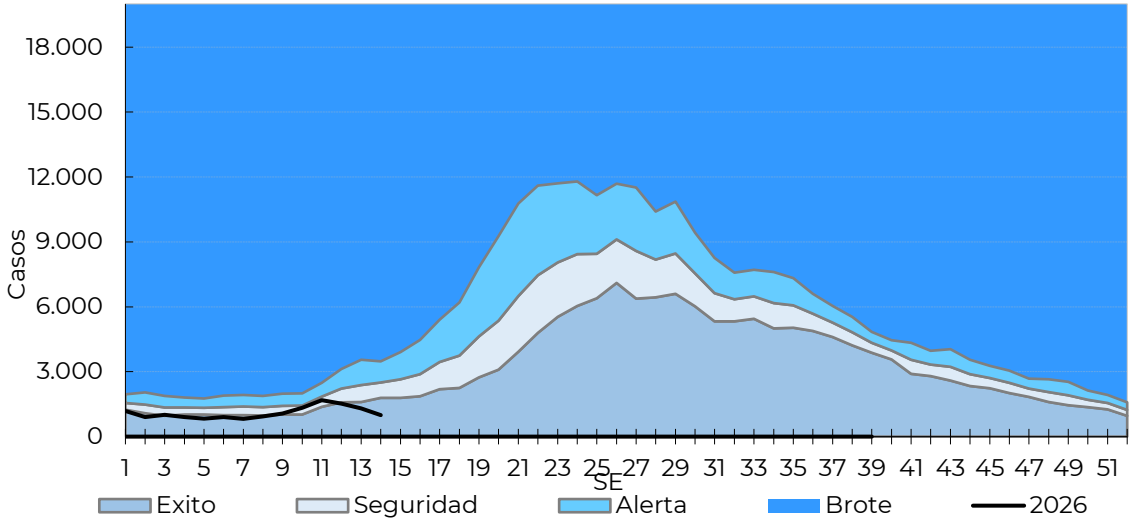


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

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

En las primeras 14 SE del año 2026, las notificaciones semanales de bronquiolitis se mantuvieron dentro de los límites esperados en relación con años históricos.

Gráfico 6: Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2018-2025. SE 1-14 de 2026[5]. Argentina.



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

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

Las detecciones de influenza se mantuvieron estables hasta la SE9, desde la SE 10 se registra un aumento, tanto en el número de casos, como en el porcentaje de positividad.

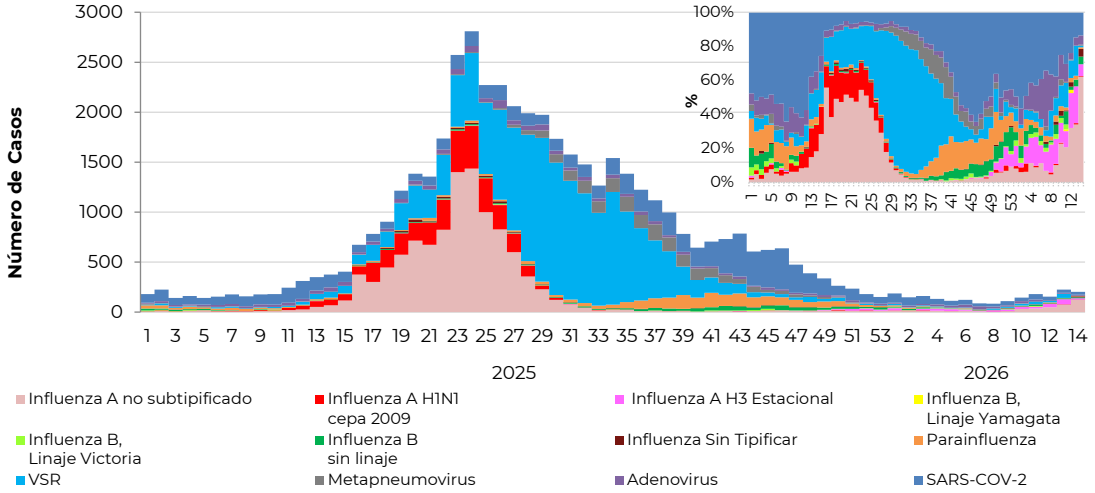
En 2025, a partir de la SE11, se observó un aumento en el número de casos de **Influenza**, con predominio de Influenza A (H1N1) y un adelanto del ascenso estacional respecto de años anteriores. En las últimas semanas del año se registró un ligero incremento de los casos, principalmente a expensas de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

En cuanto a **VSR**, durante las primeras 14 SE de 2026 los valores se mantienen bajos. En 2025, se verifico un aumento en las detecciones de VSR a partir de la SE12, con inicio de la actividad estacional desde la SE20.

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

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

Gráfico 7. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2024 a SE14/2026. Argentina.

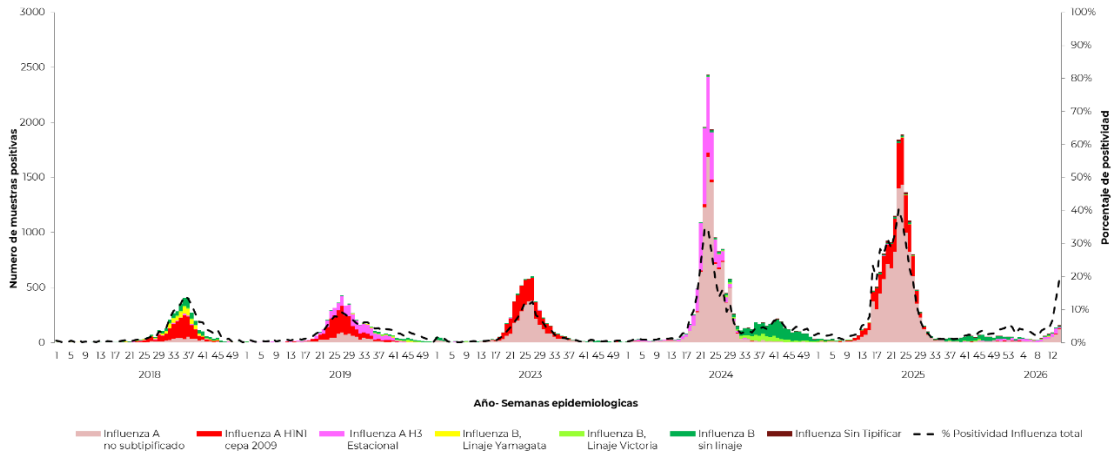


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

Desde la SE 10 de 2026, se identificó un aumento en las detecciones de influenza y del porcentaje de positividad. Entre la SE 13-14 se notificaron 295 detecciones de influenza.

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

Gráfico 8. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y porcentaje de positividad, por Semana epidemiológica. SE01/2018- SE14/2026. Argentina.

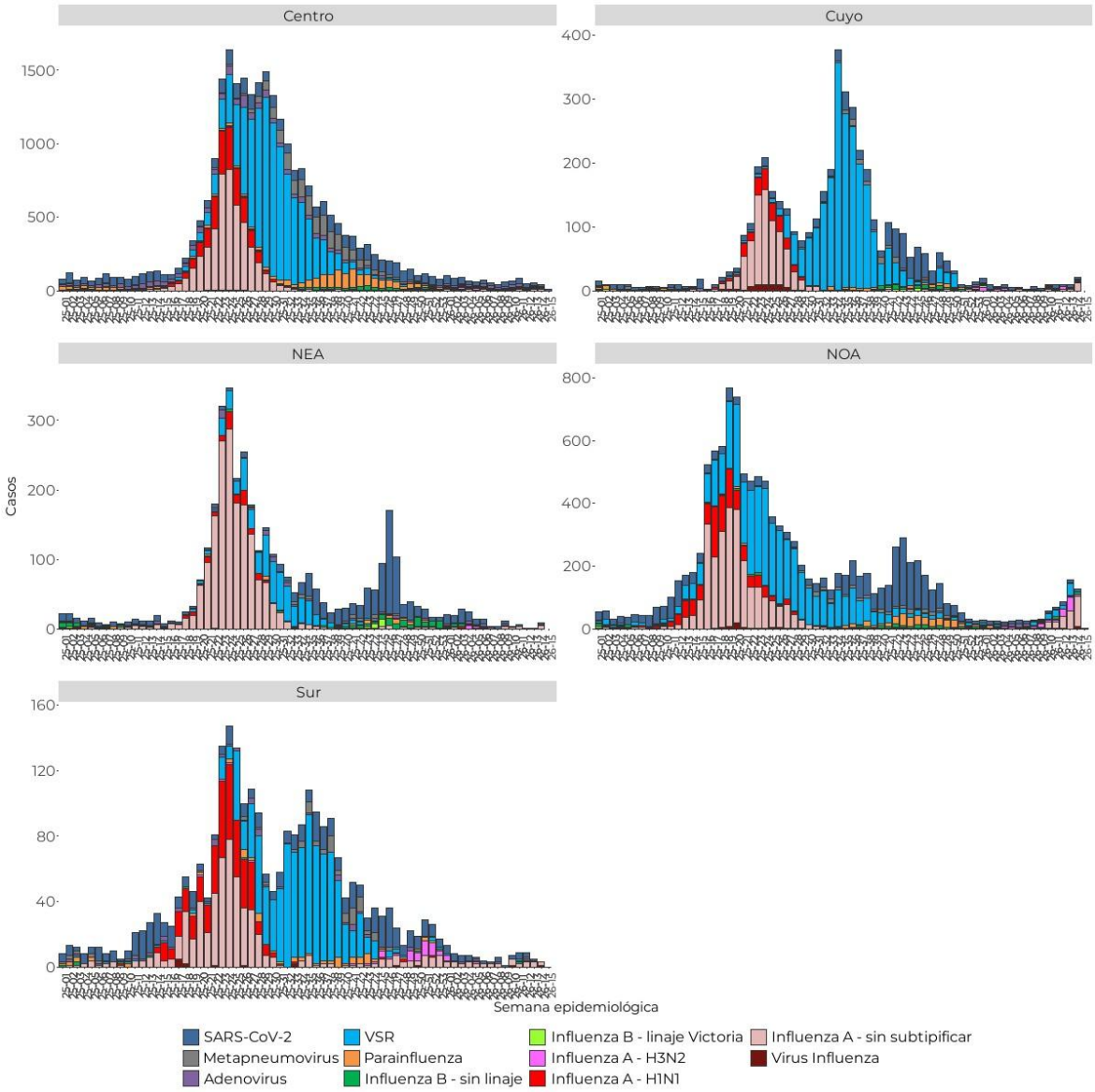


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

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

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

Gráfico 9. Distribución de influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica, por región. SE01/2025 a SE14/2026. Argentina.



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

En cuanto a **SARS-CoV-2,** en las primeras 14 SE de 2026, las detecciones se mantienen en valores bajos.

Durante 2025, los casos también se mantuvieron en valores bajos a lo largo del año, si bien se verificó un ligero aumento a partir de la SE34, que se acentuó entre las SE42 y SE47.

En 2024, si bien el número de casos por semana epidemiológica fue menor en comparación con años previos, se observó un ascenso durante las primeras semanas del año, concentrándose el 80% de los casos entre las SE1 y SE12, con un máximo entre las SE3 y SE6. Posteriormente, las detecciones disminuyeron y, a partir de la SE32, se registró un nuevo incremento, con un pico en la SE44, de menor magnitud que el observado al inicio del año.

En relación con el **VSR**, durante las primeras 14 SE de 2026, las detecciones se mantienen en niveles bajos. Entre las SE13 y SE14 de 2026 se notificaron 42 casos.

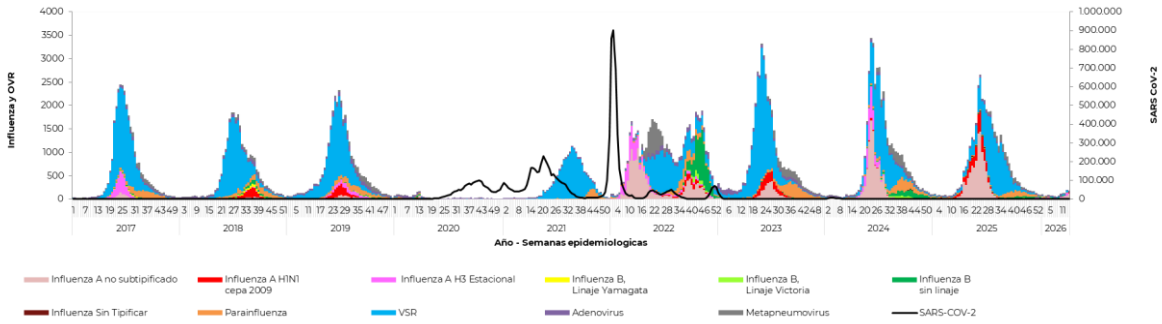
Durante 2025, se registró un ascenso de las detecciones a partir de la SE12, con inicio de la actividad estacional desde la SE20. El pico se observó entre las SE29 y SE30, seguido de una tendencia descendente.

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

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

Durante la SE 14/2026 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: Influenza, SARS-CoV-2, adenovirus, VSR, parainfluenza y metapneumovirus.

Gráfico 10. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE14/2026. Argentina.



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

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

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

En las primeras 15 SE de 2026 se notificaron 364 casos de SARS-CoV-2 en personas internadas, cifra que resulta un 31,8% inferior a la notificada en igual período de 2025. Los casos de SARS-CoV-2 en hospitalizados presentaron un ascenso entre las SE 34 a 42 de 2024,

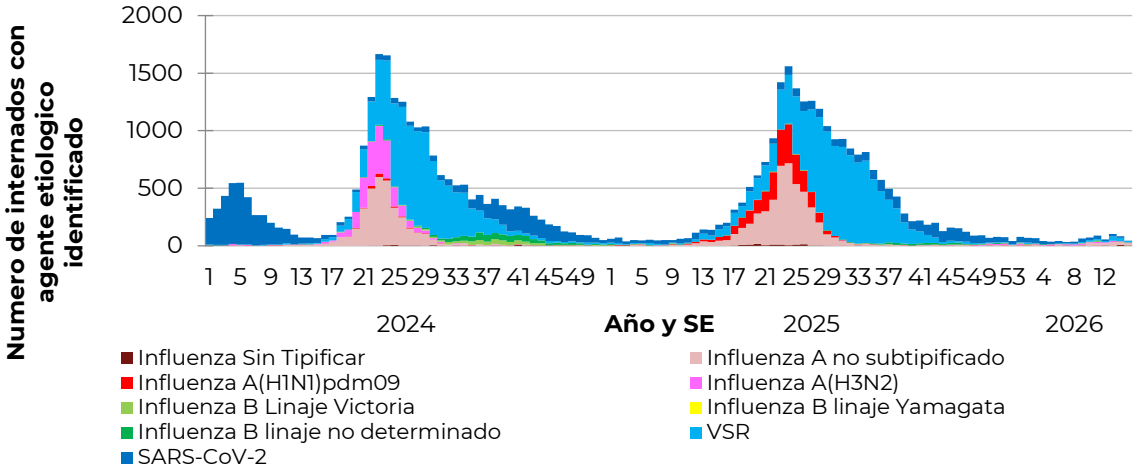
seguido de una disminución posterior y de valores bajos con algunas oscilaciones en 2025. En las SE 14 y 15 de 2026 se registraron 3 casos hospitalizados con este diagnóstico.

Adicionalmente, en cuanto a los casos de **influenza**, en las 15 SE de 2026 se notificaron un total de 397 detecciones en hospitalizados. A partir de la SE12/2025, se verificó un ascenso sostenido en el número de casos, que alcanzaron el máximo en SE24/2025, con tendencia descendente en las detecciones entre hospitalizados en las siguientes semanas. En las SE 14 y 15 de 2026, se detectaron 72 casos positivos para influenza en internados.

Entre los 397 casos de influenza notificados durante 2026, se registran predominantemente detecciones de influenza A (n= 314), con menor detección de influenza B (n= 68). De los casos de influenza A, 127 cuentan con subtipificación, correspondiendo 10 a influenza A (H1N1) pdm09 y 117 a influenza A (H3N2). En relación con influenza B, 26 casos corresponden al linaje Victoria y el resto no cuentan con identificación de linaje.

Respecto a **VSR**, en lo que va de 2026, se notificaron 152 casos hospitalizados positivos para VSR. Durante 2024, a partir de la SE16 se registró un ascenso de las detecciones semanales de VSR, que alcanzaron su máximo en SE26, con un menor número de notificaciones en las siguientes semanas. En 2025 los casos de VSR comenzaron su tendencia ascendente en la SE 12.

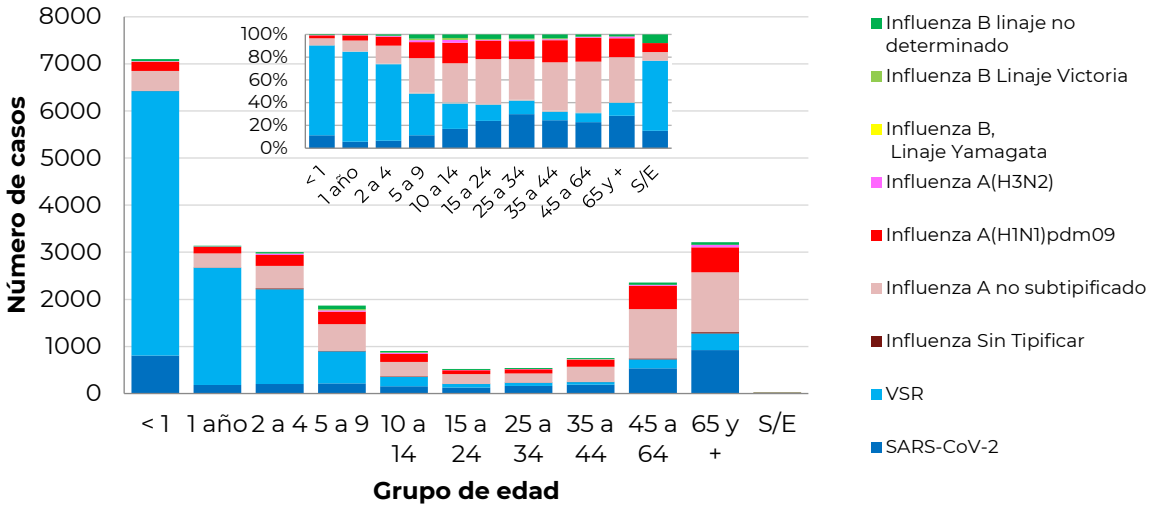
Gráfico 11. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2024 a SE15/2026. Argentina.



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

Con respecto a la distribución por grupos de edad de las detecciones acumuladas en personas hospitalizadas, desde SE1/2025 hasta SE15/2026, el mayor número de casos positivos para VSR se registró en menores de 5 años, particularmente en los niños menores de 1 año. Respecto a las detecciones positivas para influenza, las mismas predominaron en adultos mayores y personas de 45 a 64 años, seguido por el grupo de 5 a 9 años. Además, se registran detecciones de SARS-CoV-2 en todos los grupos de edad, principalmente en adultos mayores, y menores de 1 año.

Gráfico 12. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta y relativa de agentes identificados por grupos de edad acumulados. SE 1/2025 a SE15/2026.



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

En lo que va del año, se registraron 3 fallecimientos con diagnóstico de influenza. No se registraron fallecimientos con diagnóstico de SARS-CoV-2 en la última SE.

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

IV.5.A. RECOMENDACIONES PARA EQUIPOS DE SALUD

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

IV.5.B. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

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

En este marco, se recomienda:

- Fortalecer la vigilancia de la Enfermedad Tipo Influenza (ETI), a través del monitoreo y la evaluación de la oportunidad y regularidad de la notificación de los establecimientos que realizan la misma.
- Fortalecer las Unidades Centinela de IRAG y las Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI, garantizando el correcto muestreo y notificación de los casos.

- Fortalecer la vigilancia a través de la Red Nacional de Laboratorios de Influenza y Otros Virus Respiratorios, garantizando la notificación oportuna de muestras estudiadas y positivas para cada virus respiratorio, así como la nominalización de los casos positivos de Influenza para consignar su subptifpiciación y eventual derivacion para estudios genómicos.
- Identificar y notificar en forma oportuna de eventos respiratorios inusuales.

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

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

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

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

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

● Viajeros provenientes de áreas en las cuales se registraron casos de nuevo virus Influenza u otro virus respiratorio.

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

IV.5.C. 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.5.D. 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.5.E. 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.[6],[7] 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.[8],[9] En Argentina, durante el año 2024, el

[6] 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.

[7] 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.

[8] 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.

[9] 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.

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)
-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)[10] y el ARBO-portal[11] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de Arbovirus actualizada al 23/04/2026 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la semana epidemiológica (SE) 14 de 2026 se notificaron 540.925 casos de dengue, de los cuales 108.602 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa una disminución del 87% respecto a la misma semana de 2025. Asimismo, se reportaron 80 fallecimientos. En cuanto a chikungunya, se reportaron un total de 42.979 casos. De ellos, 15.576 fueron confirmados, lo que implica una disminución del 73% respecto de los confirmados en la misma semana de 2025. Se registraron 16 fallecimientos para este evento. Respecto al zika, se registraron 3.405 casos, de los cuales 193 fueron confirmados. En comparación con la misma semana epidemiológica de 2025, los casos confirmados registraron una disminución del 79%. No se registraron fallecimientos para este evento. En relación con Oropouche, hasta la SE 13/2026 se confirmaron 6 casos por laboratorio, en comparación con los 8.249 casos reportados en el mismo período de 2025, sin registrarse defunciones para el año en curso.

Bolivia: hasta la SE 12/2026, se han reportado un total de 36.007 casos de dengue, de los cuales 328 fueron confirmados por laboratorio. Estos últimos presentan una disminución del 60% respecto a la misma semana del año anterior. Se registró 1 fallecimiento para este evento. En cuanto a chikungunya, se reportaron 23.145 casos, de los cuales 7.817 fueron confirmados por laboratorio y 7 fallecieron. A la misma semana del año anterior se habían confirmado 45 casos, sin fallecimientos asociados. Asimismo, se notificaron 1.168 casos de zika; no obstante, no se confirmaron casos por laboratorio para este evento.

Paraguay: hasta la SE 15/2026 se registraron un total de 6.924 casos de dengue, sin fallecimientos asociados. De ellos, 142 casos fueron confirmados por laboratorio, lo que implica un 83% menos que en la misma semana de 2025. Respecto de chikungunya, se notificaron 10 casos confirmados por laboratorio, sin fallecimientos registrados, mientras que en la misma semana de 2025 se registraron 4 casos confirmados. En cuanto al zika, no se notificaron casos para el año en curso.

Perú: hasta la SE 14/2026 se reportaron un total de 15.118 casos de dengue, de los cuales 8.045 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa una disminución del 53% respecto a la misma semana del año anterior. Se registraron 16 fallecimientos para este evento. Con relación a chikungunya, hasta la SE 13/2026 se notificaron 5 casos; no obstante, no se registraron casos confirmados por laboratorio, situación similar a la observada el año anterior. Respecto al zika, se notificaron 6 casos, sin confirmación por laboratorio.

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

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

Mundial de la Salud (OPS/OMS) emitió una alerta epidemiológica. Se documentó una circulación importante en las regiones centro-oeste y sudeste de Brasil y sur de Bolivia[12].

Para el año en curso, hasta la fecha, se mantiene una tendencia descendente de los casos de dengue, con circulación de los serotipos DEN-1 y DEN-2 en Bolivia y Paraguay, en Perú los serotipos DEN-1, DEN-2, DEN-3 y de los cuatro serotipos en Brasil (DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4). En cuanto a Oropouche y Zika, entre los países mencionados, únicamente Brasil registró casos confirmados.

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

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).

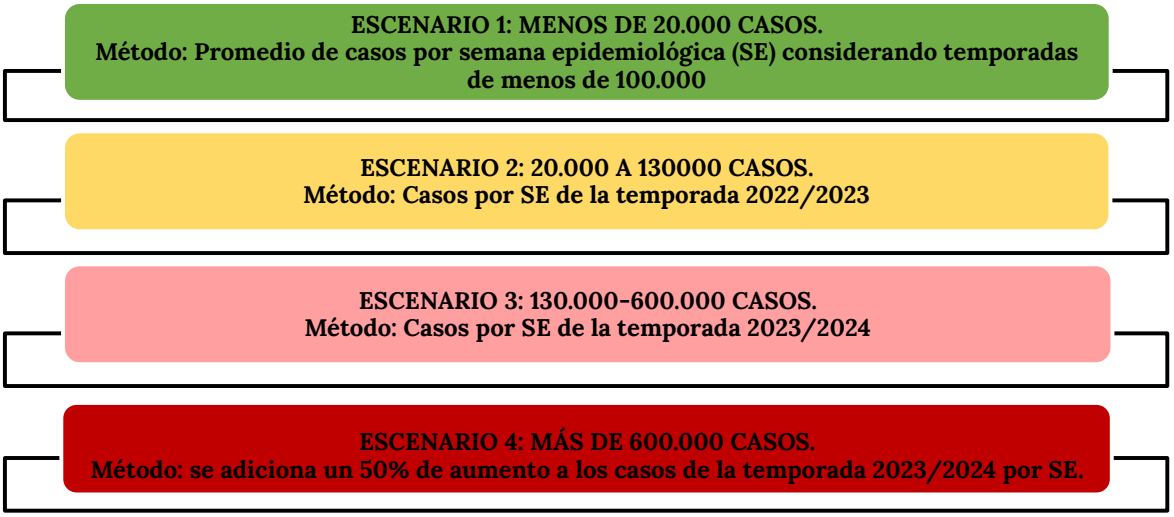
- **Escenario 1 (<20.000 casos):** se calculó a partir del promedio de casos semanales correspondientes a temporadas históricas con más de 1000 y menos de 100.000 casos de dengue, lo que refleja períodos de baja circulación viral y brotes de alcance limitado.
- **Escenario 2 (20.000 a 130.000 casos):**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

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

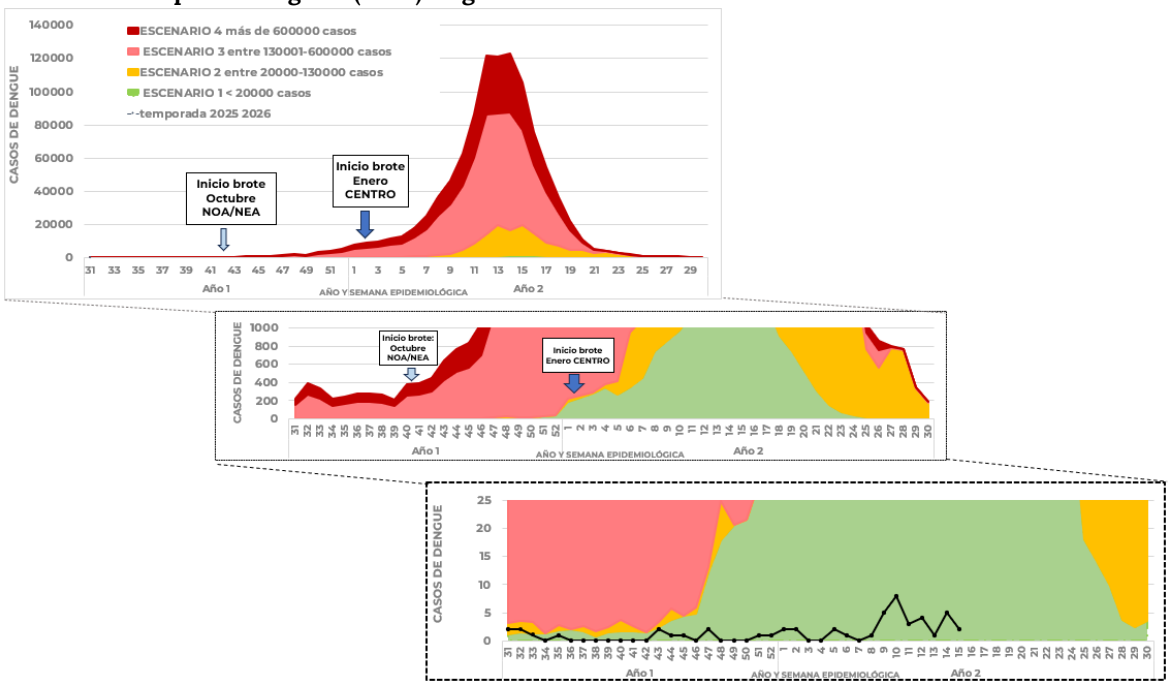
En el último gráfico (detalle en zoom) se presentan los casos de la temporada 2025-2026 y su representación en el modelo de escenarios estimados. Estos registros iniciales permiten dimensionar el inicio de la temporada y anticipar su evolución en comparación con temporadas previas. Por el momento, la 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=50). 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

De acuerdo con la fecha mínima[13], desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) **20514** casos sospechosos de dengue, de los cuales **50** fueron confirmados por laboratorio detectándose la circulación de DENV 1, 2 y 3. El **54%** corresponden a casos **sin** antecedente de viaje (Tabla 1)

Según la fecha de apertura del evento (fecha de notificación al SNVS 2.0), en la SE 15/2026 se notificaron **1530** casos sospechosos y **cuatro** casos confirmados de dengue; estos últimos correspondientes a las jurisdicciones de Buenos Aires, CABA y Salta, con fechas de inicio de síntomas comprendidas entre las SE11 y SE15[14].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.

[13]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).

[14] **San Luis**: El caso inicialmente clasificado como confirmado y publicado en la edición anterior (N.º 803, SE13/2026) fue reclasificado como caso sospechoso no conclusivo, en virtud de tratarse de un falso positivo. Se realizaron determinaciones complementarias (PCR en muestra temprana e IgM en segunda muestra), ambas con resultados negativos. No obstante, el evento continúa en estudio en el laboratorio nacional de referencia, INEVH-Maiztegui.

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE15/2026. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Serotipos detectados	Con lab. negativo	Sosp. (sin laboratorio)	Total notificados	Total casos de dengue
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.					
Buenos Aires	11	54	5	8	DENV-1 DENV-2	1249	347	1674	16
CABA	11	24	7	3	DENV-1 DENV-2 DENV-3	383	180	608	18
Córdoba	2	33	2	1	DENV-2	2445	123	2606	4
Entre Ríos	0	3	4	1	DENV-3	296	7	311	4
Santa Fe	0	29	1	2	DENV-3	1148	63	1243	1
Total Centro	**24**	**143**	**19**	**15**		**5521**	**720**	**6442**	**43**
Mendoza	0	0	1	1	DENV-3	130	2	134	1
San Juan	0	0	0	0		42	0	42	0
San Luis	0	0	0	0		81	12	93	0
Total Cuyo	**0**	**0**	**1**	**1**		**253**	**14**	**269**	**1**
Chaco	0	8	0	0		903	9	920	0
Corrientes	0	1	0	0		147	33	181	0
Formosa	2	3	1	0	DENV-2	4325	40	4371	3
Misiones	0	4	1	0		628	1	634	1
Total NEA	**2**	**16**	**2**	**0**		**6003**	**83**	**6106**	**4**
Catamarca	1	5	0	0	DENV-2	412	4	422	1
Jujuy	0	16	1	0	DENV-3	931	80	1028	1
La Rioja	0	6	0	0		237	2	245	0
Salta	0	24	0	0		1820	729	2573	0
S. del Estero	0	5	0	0		209	337	551	0
Tucumán	0	75	0	1		2510	119	2705	0
Total NOA	**1**	**131**	**1**	**1**		**6119**	**1271**	**7524**	**2**
Chubut	0	0	0	0		14	2	16	0
La Pampa	0	0	0	2		77	9	88	0
Neuquén	0	0	0	0		24	4	28	0
Río Negro	0	0	0	0		4	0	4	0
Santa Cruz	0	0	0	0		25	3	28	0
T. del Fuego	0	0	0	0		9	0	9	0
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**2**		**153**	**18**	**173**	**0**
Total País	**27**	**290**	**23**	**19**	**DENV-1,2,3**	**18049**	**2106**	**20514**	**50**

Sin antecedente de viaje: autóctonos y en investigación

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

V.3.B. DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LOS CASOS DE DENGUE DURANTE LA TEMPORADA.

- **Tres** casos autóctonos en **Formosa**: un caso con residencia en el departamento Pilagás y un caso en el departamento Patiño. Durante la **SE15** se notificó un nuevo caso con antecedente de viaje a Paraguay y cuyo serotipo detectado fue **DENV-2.**
- **Dieciséis** casos de la **Provincia de Buenos Aires**: once sin antecedente de viaje en **Tres de Febrero**, José C. Paz, San Isidro, Cañuelas, Morón, La Matanza, San Nicolas; cinco con antecedente de viaje a Paraguay, México, Indonesia y Brasil.
- **Dieciocho** casos notificados en **CABA**: Once casos sin antecedente de viaje y siete con antecedente de viaje: cinco con antecedente internacional a Brasil, Sri Lanka (DENV-3), Pakistán, México (DENV-3) y Venezuela y, uno con antecedente de viaje a la provincia de Buenos Aires.
- **Cuatro** casos notificados por **Córdoba:** dos casos con antecedente de viaje a México y dos casos sin antecedente de viaje en Córdoba Capital.

- **Un** caso notificado por **Catamarca** sin antecedente de viaje, del departamento Ancasti (DENV-2).
- **Cuatro** casos notificados por **Entre Ríos** con antecedente de viaje a Cuba, Brasil (DENV-3), República Dominicana y Colombia (DENV-3).
- **Un** caso notificado por **Mendoza** con antecedente de viaje a México (DENV-3)
- **Un** caso notificado por **Santa Fe** con antecedente de viaje a Maldivas (DENV-3), del departamento de San Cristóbal.
- **Un** caso notificado por **Jujuy** con antecedente de viaje a Bolivia cuyo serotipo detectado fue DENV-3 (**SE15**).
- **Un** caso notificado por **Misiones** con antecedente de viaje a República Dominicana (**SE15**).

V.3.C. 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.D. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LOS CASOS DE DENGUE

La mediana de edad fue de 40 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. El 58% de los casos notificados corresponde al sexo legal femenino.

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

V.3.E. 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 **7827** casos sospechosos de Fiebre Chikungunya, de los cuales **1109** corresponden a casos confirmados y probables. Los casos notificados con antecedente de viaje son importados de **Bolivia**, Brasil, Paraguay y Cuba. En la provincia de Salta se identificaron los primeros casos sin antecedente de viaje, en el contexto de la ocurrencia de casos importados con antecedente de viaje a Bolivia, confirmando la presencia de transmisión local. Durante la SE15 se notificaron **272** casos nuevos de Fiebre Chikungunya, en comparación con la SE14.

La tabla presenta la clasificación de los casos notificados de Fiebre Chikungunya según su estado diagnóstico y evolución. Se distinguen los casos sospechosos con resultado negativo, categoría que incluye tanto los casos descartados como los sospechosos no conclusivos; los casos sospechosos sin estudios de laboratorio registrados en el sistema; y los casos sospechosos actualmente en estudio, que continúan en proceso diagnóstico. Asimismo, se incluyen los casos clasificados como probables y confirmados, que conforman el total de casos del evento. El total de notificados corresponde al conjunto de todas las notificaciones registradas para chikungunya, independientemente de su clasificación final, permitiendo dimensionar la magnitud del evento y la carga del sistema de vigilancia (**Ver tabla 2**).

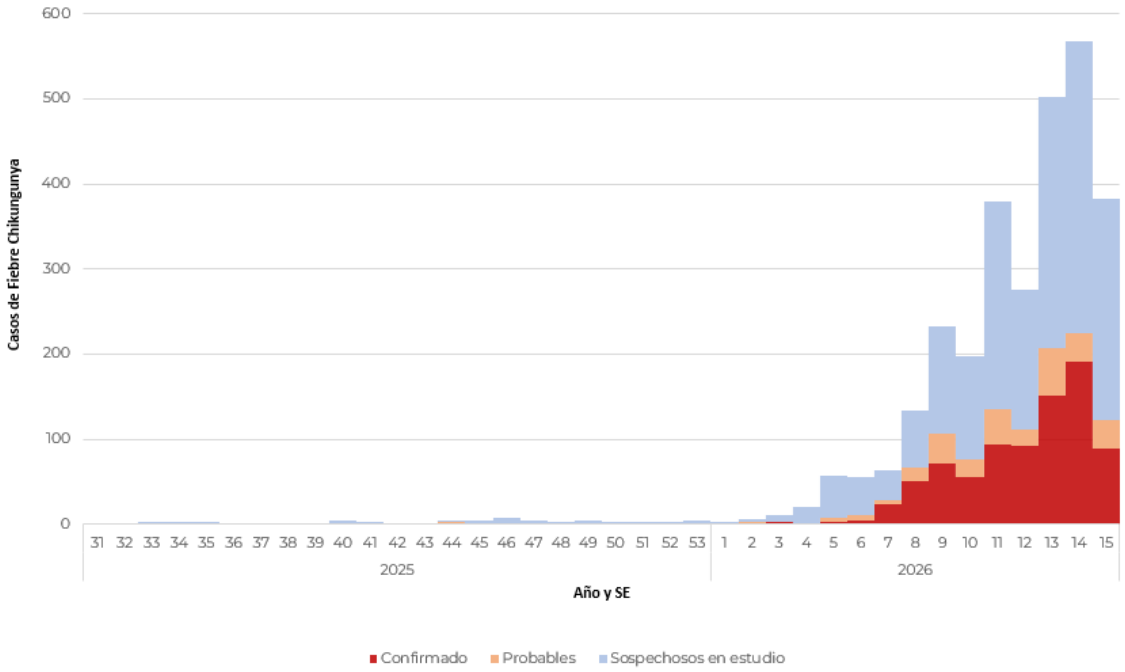
Tabla 2. Fiebre Chikungunya: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE15/2026. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Con laboratorio negativo	Sosp. (sin laboratorio)	Sosp. en estudio	Total notificados	Total casos de Chikungunya
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.					
Buenos Aires	9	18	5	6	107	20	10	175	38
CABA	4	0	3	1	9	8	4	29	8
Córdoba	17	5	2	0	1744	9	7	1784	24
Entre Ríos	0	2	0	0	29	3	3	37	2
Santa Fe	0	0	0	1	248	8	2	259	1
Total Centro	**30**	**25**	**10**	**8**	**2137**	**48**	**26**	**2284**	**73**
Mendoza	0	0	0	0	21	0	3	24	0
San Juan	0	0	0	0	2	0	0	2	0
San Luis	0	0	2	0	13	0	1	16	2
Total Cuyo	**0**	**0**	**2**	**0**	**36**	**0**	**4**	**42**	**2**
Chaco	0	1	0	0	184	0	0	185	1
Corrientes	0	0	0	0	2	0	1	3	0
Formosa	0	0	0	0	1	1	0	2	0
Misiones	0	0	0	0	48	2	0	50	0
Total NEA	**0**	**1**	**0**	**0**	**235**	**3**	**1**	**240**	**1**
Catamarca	11	10	0	0	165	0	29	215	21
Jujuy	65	35	1	0	502	103	3	709	101
La Rioja	0	0	0	0	55	1	0	56	0
Salta	401	158	71	14	147	1068	499	2358	644
S. del Estero	49	14	0	0	78	61	6	208	63
Tucumán	192	12	0	0	168	58	1271	1701	204
Total NOA	**718**	**229**	**72**	**14**	**1115**	**1291**	**1808**	**5247**	**1033**
Chubut	0	0	0	0	1	0	0	1	0
La Pampa	0	0	0	0	3	0	0	3	0
Neuquén	0	0	0	0	0	2	0	2	0
Río Negro	0	0	0	0	1	0	0	1	0
Santa Cruz	0	0	0	0	4	1	0	5	0
T.del Fuego	0	0	0	0	0	0	2	2	0
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**0**	**9**	**3**	**2**	**14**	**0**
Total País	**748**	**255**	**84**	**22**	**3532**	**1345**	**1841**	**7827**	**1109**

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 análisis integrado de la curva temporal y la distribución por jurisdicción muestra una dinámica en aumento de Fiebre Chikungunya en Argentina, con un incremento marcado de las notificaciones a partir de las primeras semanas epidemiológicas de 2026 **(Ver gráfico 3).** En el gráfico se observa una aceleración sostenida de los casos, tanto a expensas del aumento de confirmados como de probables, acompañada por un incremento de los casos en estudio, lo que da cuenta de un escenario de intensificación de la transmisión junto con una mayor detección. La tendencia evidencia un ascenso pronunciado hasta las semanas más recientes, con leves fluctuaciones que pueden explicarse por retrasos en la notificación al SNVS 2.0.

Gráfico 3. Fiebre Chikungunya: Casos confirmados y probables por semana epidemiológica según fecha mínima[15]. SE31/2025 a SE15/2026. Argentina.

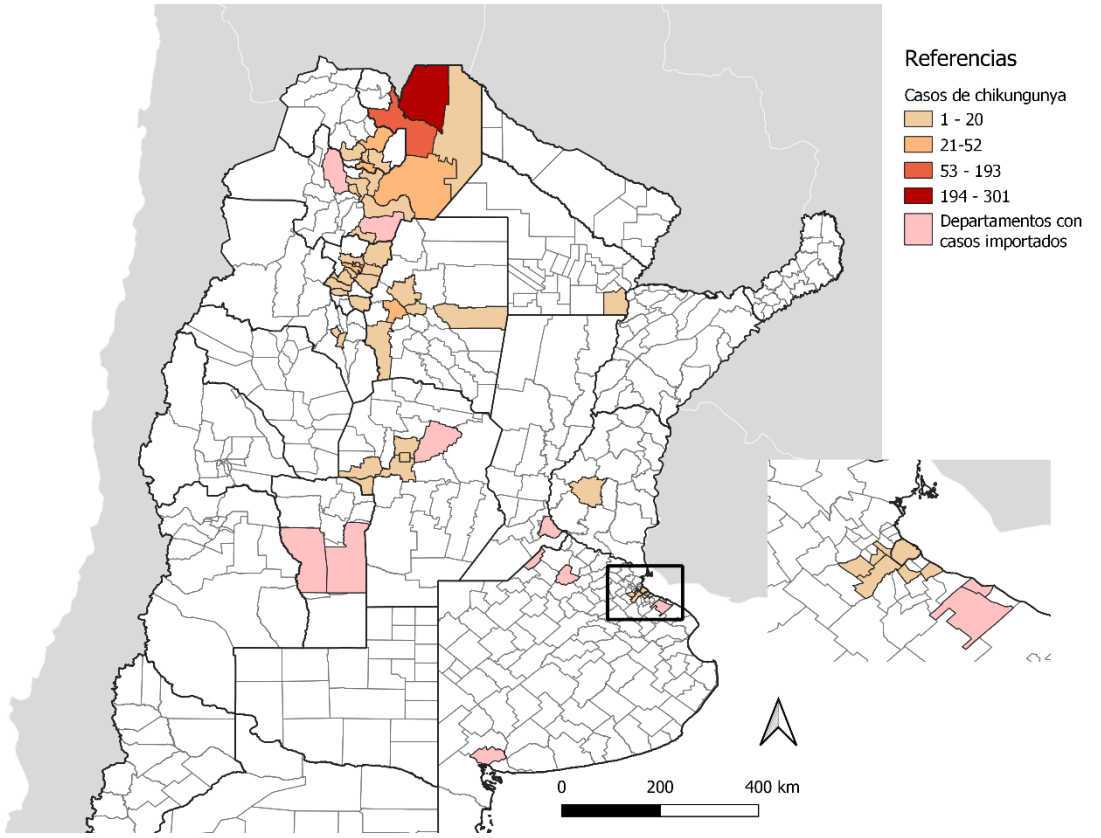


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

En cuanto a la distribución espacial, la mayor carga de enfermedad se concentra en la región **NOA** (n=1033; 93% del total) con predominio en **Salta, Tucumán y Jujuy**, donde se consolidan los principales focos de transmisión. En paralelo, se registran brotes en otras jurisdicciones como Catamarca, Santiago del Estero y Buenos Aires, junto con la detección de los primeros casos en CABA y Córdoba (**Ver mapa** 1), lo que evidencia la expansión reciente del evento fuera de las áreas inicialmente afectadas.

[15]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).

Mapa 2. Fiebre Chikungunya: Casos confirmados y probables por departamento a nivel nacional. SE1 a SE15/2026. 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. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LOS CASOS DE CHIKUNGUNYA.

La mediana de edad fue de 34 años. El grupo etario con mayor proporción de casos correspondió a personas de **45 a 65 años**, seguido por los grupos de **25 a 34** años y de 35 a 44 años. El 60% de los casos corresponde a sexo legal femenino.

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

Del total de casos, 700 cuentan con información sobre requerimiento de internación, de los cuales el 11% (n=75) requirió hospitalización. Asimismo, se notificó un caso grave y un caso fatal, ambos correspondientes a la provincia de Salta.

El caso grave corresponde a una mujer de 33 años, residente en Salta Capital, que cursa una encefalitis asociada a la infección por virus chikungunya, con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica. Continúa internada.

El caso fatal corresponde a un adulto de 68 años oriundo de Embarcación, con inicio de síntomas el 27 de marzo, que evolucionó con fiebre, cefalea, náuseas, diarrea, mialgias y artralgias intensas, presentando posteriormente compromiso respiratorio a partir de una neumonía por *Streptococcus pneumoniae*. Requirió derivación a un establecimiento de mayor complejidad en San Ramón de la Nueva Orán, donde falleció el 4 de abril. El diagnóstico de infección por virus chikungunya fue confirmado por laboratorio.

V.5. Situación epidemiología de otros Arbovirus en Argentina

V.5.A. ENCEFALITIS ARBOVIRALES

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

Encefalitis de San Luis

En la temporada actual se notificaron **393** 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 confirmaron **dos** casos de Encefalitis de San Luis en Provincia de Buenos Aires, en las localidades **Florencio Varela y Bragado.**

Fiebre del Nilo Occidental

Durante la presente temporada se investigaron **100** 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 **15** casos clasificados como encefalitis confirmadas o probables por **flavivirus**, sin especificación aún del agente involucrado. Esta clasificación se utiliza cuando los estudios de laboratorio permiten confirmar o inferir la infección por un virus perteneciente al género Flavivirus, pero que todavía no ha sido posible determinar con precisión cuál es el agente etiológico específico (por ejemplo, dengue, virus del Nilo Occidental, virus de la encefalitis de San Luis u otros).

Esto puede ocurrir debido a reacciones serológicas cruzadas entre flavivirus, limitaciones en la disponibilidad u oportunidad de las muestras, o porque los estudios virológicos se encuentran aún en curso.

Las jurisdicciones con casos notificados son Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe y Jujuy. De los **15** casos, **10** corresponden a la provincia de **Buenos Aires** (8 confirmados y 2 probable), con residencia en **La Plata, 25 de Mayo, Brandsen, Arrecifes, Cañuelas, Lobos y Ezeiza**[16]. Los primeros casos fueron detectados a fines de febrero; no obstante, en el análisis retrospectivo se identificó que las fechas de inicio de síntomas se encontraban comprendidas entre las SE3

[16] Los casos que en ediciones anteriores figuraban como correspondientes a Bragado y Florencio Varela han sido reclasificados y confirmados como encefalitis de San Luis.

y SE9. La mediana de edad de 24 años (rango: 0–61 años) y sin diferencia entre sexos. 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 SE15/2026).

Tabla 4. Número de muestras estudiadas y positivas con y sin antecedente de viaje para Encefalitis Arbovirales. SE31/2025 a SE15/2026. Argentina.

Encefalitis por Arbovirus						
Evento	Encefalitis de San Luis		Fiebre del Nilo		Flavivirus s/e	
Jurisdicción	Confirmado	Est	Confirmado	Est	Probable	Confirmado
Buenos Aires	2	39	1	31	2	8
CABA	0	2	0	0	0	0
Córdoba	0	288	0	5	1	1
Entre Ríos	0	10	0	3	1	0
Santa Fe	0	21	0	15	1	0
Total Centro	**2**	**360**	**1**	**54**	**5**	**9**
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**	**0**	**0**
Chaco	0	0	0	0	0	0
Corrientes	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	0	0	0	0	0
Misiones	0	1	0	4	0	0
Total NEA	**0**	**1**	**0**	**4**	**0**	**0**
Catamarca	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	7	0	31	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	2	0	0
Total NOA	**0**	**16**	**0**	**35**	**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	1	0	0	0	0
Total Sur	**0**	**3**	**0**	**1**	**0**	**0**
Total País	**2**	**393**	**1**	**100**	**6**	**9**

Pos: positivas / Est: estudiadas

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

V.5.B. OTROS ARBOVIRUS

En la siguiente tabla, se presenta la situación epidemiológica de otros Arbovirus: Fiebre de Oropouche, Enfermedad por Virus Zika y Fiebre Amarilla correspondientes a la nueva temporada 2025-2026 (SE31/2025 a SE15/2026).

Tabla 5. 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 SE15/2026. Argentina.

Evento	Fiebre de Oropouche		Enfermedad por virus Zika		Fiebre amarilla	
Jurisdicción	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est
Buenos Aires	0	76	0	42	0	13
CABA	0	8	0	5	0	0
Córdoba	0	84	0	53	0	1
Entre Ríos	0	9	0	2	0	1
Santa Fe	0	159	0	39	0	9
Total Centro	**0**	**336**	**0**	**141**	**0**	**24**
Mendoza	0	21	0	3	0	0
San Juan	0	0	0	1	0	0
San Luis	0	4	0	10	0	0
Total Cuyo	**0**	**25**	**0**	**14**	**0**	**0**
Chaco	0	28	0	135	0	2
Corrientes	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	26	0	1	0	0
Misiones	0	3	0	43	0	8
Total NEA	**0**	**57**	**0**	**179**	**0**	**10**
Catamarca	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	34	0	110	0	0
La Rioja	0	9	0	30	0	9
Salta	0	212	0	584	0	0
Santiago del Estero	0	3	0	122	0	1
Tucumán	0	196	0	21	0	50
Total NOA	**0**	**454**	**0**	**867**	**0**	**60**
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	1	0	0	0	0
Total Sur	**0**	**4**	**0**	**1**	**0**	**0**
Total País	**0**	**876**	**0**	**1202**	**0**	**94**

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 **876** 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 **1202** 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 **94** 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.

ACTUALIZACIONES **PERIODICAS**

VI. Fibrosis Quística en Argentina – Informe epidemiológico

VI.1. Introducción

La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad genética en la que las mutaciones en el gen que codifica para la proteína reguladora de la conductancia transmembrana (CFTR) de la FQ dan lugar a una enfermedad multisistémica dominada por manifestaciones digestivas y respiratorias[17]. A mediados del siglo XX, la FQ causaba la muerte en los primeros años de vida. En las últimas décadas, los avances en el tratamiento de la enfermedad, que incluyen el cribado neonatal sistemático, la atención multidisciplinaria de la FQ sintomática, el trasplante de pulmón y, más recientemente, los moduladores reguladores de la conductancia transmembrana de la FQ altamente eficaces, han transformado notablemente el pronóstico de los pacientes.

En Argentina, la FQ fue incluida entre las enfermedades contempladas en la Ley N° 26.279/2007 Régimen para la Detección y Posterior Tratamiento de Determinadas Patologías en el Recién Nacido. Posteriormente, la Ley N° 27.552/2020, de Lucha contra la Enfermedad de Fibrosis Quística de Páncreas o Mucoviscidosis, incorporó "la detección e investigación de sus agentes causales, el diagnóstico, tratamiento, su prevención, asistencia y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, como así también la educación de la población". Por otro lado, estableció con carácter obligatorio, la cobertura total de las prestaciones que sean indicadas por los médicos profesionales, incluyendo los moduladores; y, la elaboración de un registro estadístico unificado de las personas con fibrosis quística.

Siguiendo lo dispuesto por esta ley, el Ministerio de Salud de la Nación creó el Resgistro Nacional de Fibrosis Quística (ReNaFQ) y estableció los datos mínimos que se deben informar para garantizar la inclusión en el Registro y la cobertura definida según la patología específica. El ReNaFQ se elaboró sobre la base del registro existente en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán. Actualmente, Q es coordinado en conjunto entre el INER "Emilio Coni" de la ANLIS "Carlos G. Malbrán" y el Programa Nacional de Enfermedades Poco Frecuentes y es el registro oficial para el seguimiento de la FQ en el país y para acceder a la cobertura establecida en dicha ley.

El ReNaFQ está vinculado con el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) y la carga de las personas con FQ se realiza automáticamente la notificación a ese sistema. El INER "Emilio Coni" elabora un resumen de un conjunto de datos del ReNaFQ, así como un reporte mensual que es remitido a todos los usuarios; y, que puede ser consultado en el sitio https://inerconi.anlis.gob.ar/shiny/Reporte-renafq

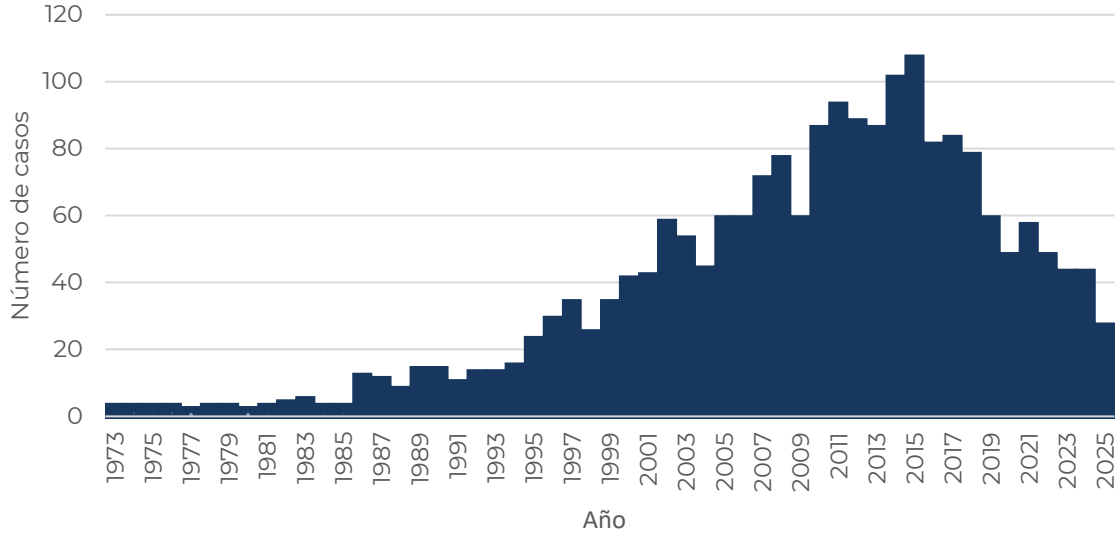
VI.2. Situación epidemiológica

VI.2.A. CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LA NOTIFICACIÓN

Hasta el 7 de abril de 2026 no se notificó ningún caso nuevo de FQ al Registro Nacional de Fibrosis Quística (ReNaFQ). Los casos notificados en 2025 hasta esa misma fecha fueron 26 y, el total de casos notificados al ReNaFQ es de 2002.

[17] Pierre-Régis Burgel, Espérie Burnet, Lucile Regard, Clémence Martin, The Changing Epidemiology of Cystic Fibrosis: The Implications for Adult Care, Chest, Volume 163, Issue 1, 2023, Pages 89-99, ISSN 0012-3692, https://doi.org/10.1016/j.chest.2022.07.004.

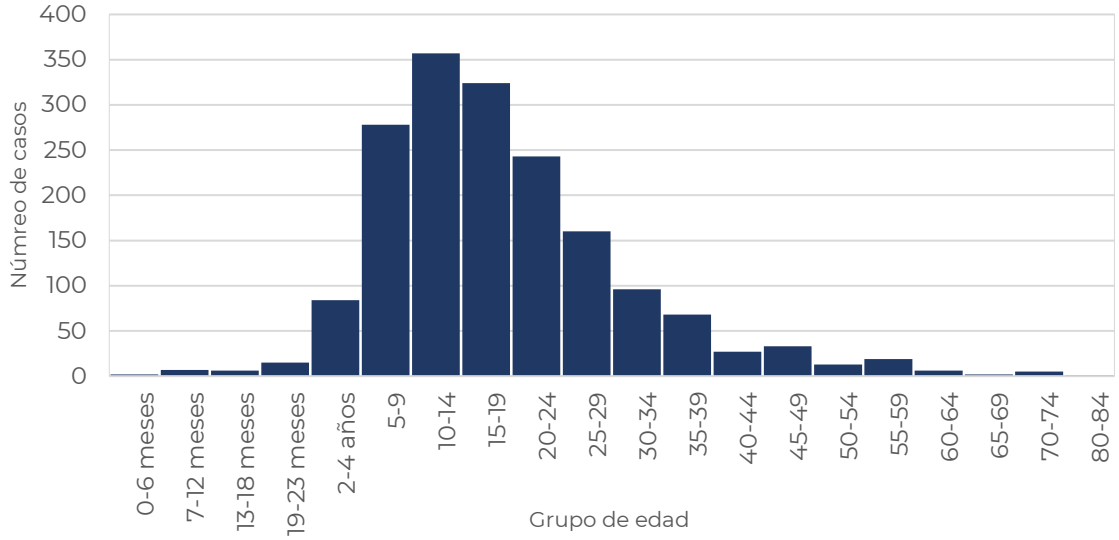
Gráfico 1. Número de casos de fibrosis quística por año de diagnóstico al 07/04/2026. Registro Nacional de Fibrosis Quística, ReNaFQ, Argentina. N=2002.



Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación.

Del total de los casos notificados con registro de la edad al diagnóstico (1915 casos), 1136 (59,3%) fueron diagnosticados antes de los seis meses de edad; y 1420 (74,2%) antes de los 3 años. El 75,4% de los casos (1.315) tiene menos de 25 años; y, el 1,9% (44 casos) tienen 50 años o más.

Gráfico 2. Número de casos de fibrosis quística por edad actual al 07/04/2026. Registro Nacional de Fibrosis Quística, ReNaFQ, Argentina.

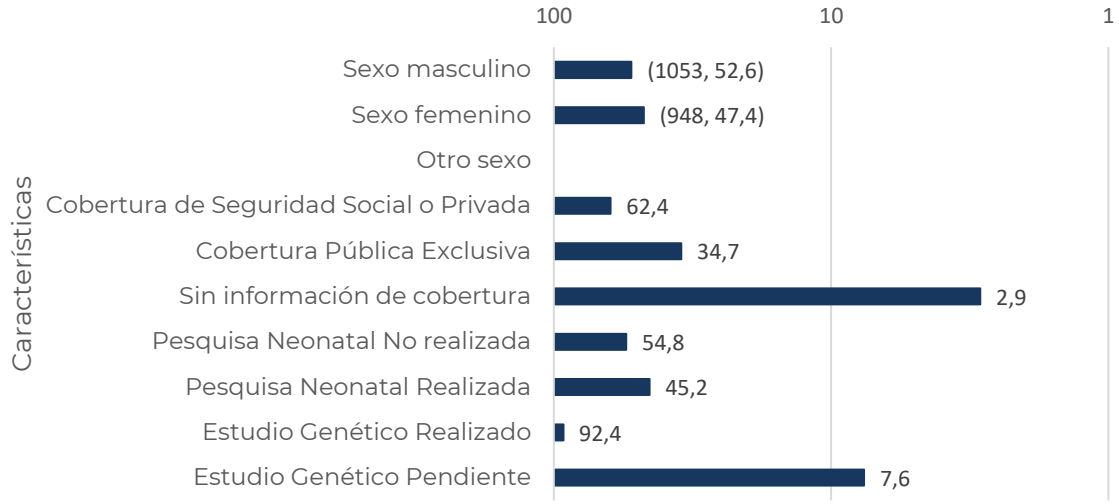


Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación.

En cuanto a la distribución por sexo, el 52,6% de los casos (1053) registrados son hombres. Con respecto al tipo de cobertura, se observa que el 34,7% (525 casos) cuenta con cobertura pública exclusiva. Por último, también se destaca que el 54,8% (1098 casos) no tienen registrada información sobre la pesquisa neonatal y que el 7,6% (132 casos) tiene pendiente el estudio genético.

En los últimos cinco años, la cobertura de pesquisa neonatal fue mayor: 75,6% de los 213 casos registrados entre 2021 y 2025 (161 casos) tienen registro de haberse realizado la pesquisa neonatal; por lo que la falta de registro de la pesquisa neonatal se redujo 54,3%.

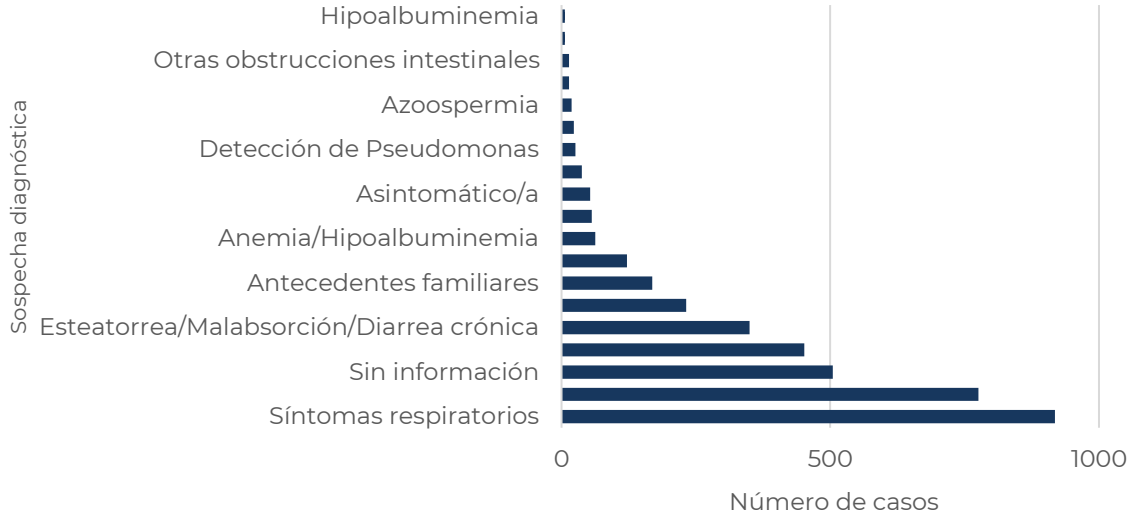
Gráfico 3. Número de casos de fibrosis quística por sexo, cobertura de salud, según pesquisa neonatal y según estudio genético al 07/04/2026. Registro Nacional de Fibrosis Quística, ReNaFQ, Argentina.



Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación.

El signo que se registró con mayor frecuencia como motivo de sospecha diagnóstica fueron los síntomas respiratorios: 913 casos (45,6%); seguido de la pesquisa neonatal: 771 casos (38,5%).

Gráfico 4. Número de casos de fibrosis quística por motivos de sospecha al diagnóstico al 07/04/2026. Registro Nacional de Fibrosis Quística, ReNaFQ, Argentina.

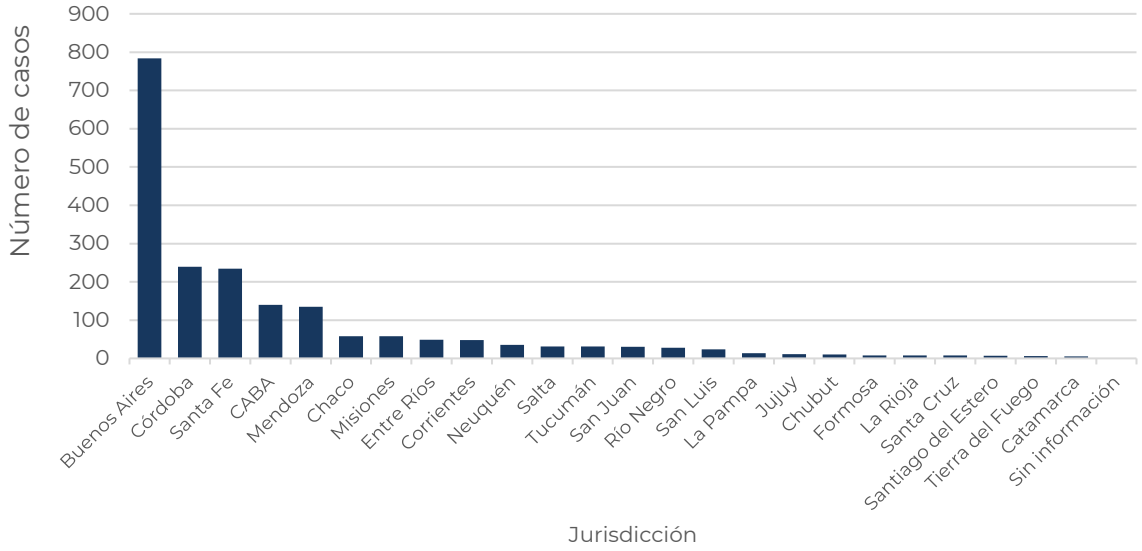


Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación.

Los casos de fibrosis quística se registraron en todas las jurisdicciones, pero se concentraron principalmente en Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y Mendoza; en las que reside el 76,5% de los casos registrados: 1532 de los 2002 casos

con registro de la provincia de residencia para todo el período. Estas cinco jurisdicciones concentraron el 65,6% de la población del total del país en 2025.

Gráfico 5. Número de casos de fibrosis quística por jurisdicción de residencia al 07/04/2026. Registro Nacional de Fibrosis Quística, ReNaFQ, Argentina.



Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación.

Los 26 casos registrados en 2025 se distribuyen en 13 jurisdicciones: Buenos Aires y Santa Fe (5 casos cada una), San Juan (3 casos), Corrientes, La Pampa y Misiones (2 casos cada una), y Córdoba, Chaco, Entre Ríos, Mendoza, Neuquén, Salta y San Luis (1 caso cada una). En el último período de cinco años (2021-2025) hubo seis jurisdicciones que no tuvieron ningún caso registrado: Chubut, Formosa, La Rioja, Río Negro, Santiago del Estero y Tierra del Fuego.

Tabla 1. Casos de fibrosis quística por jurisdicción de residencia y año de diagnóstico, al 07/04/2026. Registro Nacional de Fibrosis Quística, ReNaFQ, Argentina

Jurisdicción	2021	2022	2023	2024	2025
Buenos Aires	16	9	13	7	5
CABA	2	3	3	1	0
Córdoba	7	5	4	11	1
Entre Ríos	2	3	1	0	1
Santa Fe	7	13	5	3	5
Total Centro	**32**	**31**	**24**	**21**	**12**
San Luis	3	1	1	0	1
San Juan	0	1	2	2	3
Mendoza	2	2	3	2	1
Total Cuyo	**5**	**4**	**6**	**4**	**5**
Chaco	4	3	0	4	1
Corrientes	0	1	2	1	2
Formosa	0	0	0	0	0
Misiones	4	1	3	0	2
Total NEA	**7**	**5**	**5**	**5**	**5**
Catamarca	0	0	1	1	0
Jujuy	0	0	1	0	0
La Rioja	0	0	0	0	0
Salta	5	3	0	5	1
Santiago del Estero	0	0	0	0	0
Tucumán	0	2	2	4	0
Total NOA	**5**	**5**	**4**	**10**	**1**
Chubut	1	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	2
Neuquén	3	0	1	0	1
Río Negro	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	1	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0
Total Sur	**4**	**0**	**1**	**1**	**3**
Total País	**53**	**45**	**40**	**41**	**26**

Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación.

VI.2.B. SOBRE LAS ACCIONES DEL MINISTERIO

El Ministerio de Salud de la Nación garantiza el tratamiento con moduladores a todos los pacientes con cobertura pública exclusiva que se encuentran inscriptos en el Registro Nacional de Fibrosis Quística (ReNaFQ) dependiente del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER). Estos tratamientos son terapias avanzadas que tratan la causa subyacente de la enfermedad, no solo los síntomas, al corregir la proteína CFTR defectuosa. Actúan como potenciadores o correctores, mejorando el transporte de cloruro.

Actualmente, el Ministerio de Salud de la Nación les entrega medicación a 479 pacientes, de los cuales, 189 son menores de 12 años. Los moduladores que se entregan son:

1. Ivacaftor 75 mg + tezacaftor 50 mg + elexacaftor 100 mg (comprimido naranja) + Ivacaftor 150 mg (comprimido celeste). (Trixacar®). Caja por 90 comprimidos.

2. Ivacaftor 37,5 mg + tezacaftor 25 mg + elexacaftor 50 mg (comprimido naranja) + Ivacaftor 75 mg (comprimido celeste). (Trixacar P®). Caja por 90 comprimidos.

Para solicitar la cobertura, el médico prescriptor debe completar los datos filiatorios y clínicos actualizados del paciente y cargar la receta electrónica correspondiente en la que se indica la presentación y la cantidad de medicación necesaria. El sistema contempla la posibilidad de solicitar, a través de una sola receta, los moduladores requeridos para un período de hasta 3 meses (tratamiento prolongado). El cumplimiento de estos requisitos es condición indispensable para la dispensa y está sujeto a la revisión del equipo técnico del Programa Nacional de Seguimiento de Tecnologías Sanitarias Tuteladas.

El Ministerio de Salud de la Nación también entrega pancreatina de 150mg y 300 mg, caja por 100 capsulas (Creón®) a pacientes con fibrosis quística con cobertura pública exclusiva. El circuito de solicitud y entrega de las enzimas pancreáticas el mismo que se utiliza para la dispensa de moduladores.

El INER realiza reportes mensuales de la situación de la FQ a nivel nacional y para las jurisdicciones con 100 o más casos registrados; y, también, reportes trimestrales para todos los establecimientos con 50 o más casos registrados. Además, brinda apoyo continuo a los usuarios del registro para la carga de datos y realiza la gestión de envío diaria de los pedidos de moduladores y enzimas que se van registrando para dirigirlos al Programa Nacional de Seguimiento de Tecnologías Tuteladas.

ALERTAS Y COMUNICACIONES **INTERNACIONALES**

VII. 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).

VII.1. Sarampión - Situación epidemiológica regional

VII.1.A. BOLIVIA[18]

Según el Boletín Epidemiológico de la SE 13 del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, desde la SE 16 del 2025 y hasta la SE 13 del 2026, se han notificado un total de 649 casos confirmados de sarampión en el país, de los cuales 51 fueron notificados en el 2026. Del total de casos, el 48,7% de se reportaron en hombres (n= 316), y el 38,5% de los casos son en personas de 0 a 9 años (n= 250).

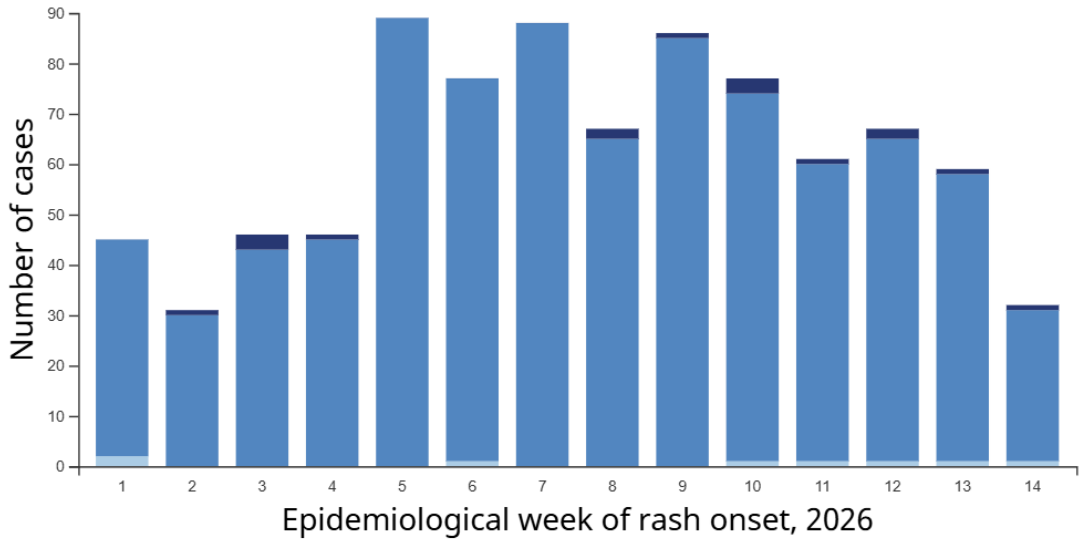
VII.1.B. CANADÁ[19]

En 2026, se han notificado un total de 871 casos de sarampión (797 confirmados, 74 probables) en 7 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Escocia, Ontario, Quebec y Saskatchewan), hasta el 11 de abril del 2026.

En la semana 14 (del 5 al 11 de abril del 2026), se notificaron 82 nuevos casos de sarampión (73 confirmados y 9 probables).

[18] https://www.minsalud.gob.bo/9104-boletines-epidemiologicos-2026
[19] https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/

Figura 1. Curva epidemiológica de casos de sarampión, por semana epidemiológica de inicio de la erupción y fuente de exposición, 2026 (n=871)



VII.1.C. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA[20]

Al 23 de abril de 2026, se notificaron 1.792 casos confirmados de sarampión en los Estados Unidos durante 2026. De estos, 1.738 casos fueron reportados por 37 jurisdicciones: Alaska, Arizona, California, Colorado, Florida, Georgia, Idaho, Illinois, Kentucky, Luisiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Misuri, Montana, Nebraska, Nueva Jersey, Nuevo México, Ciudad de Nueva York, Estado de Nueva York, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregón, Pensilvania, Rhode Island, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington y Wisconsin. Se notificaron 10 casos de sarampión en visitantes internacionales a los Estados Unidos.

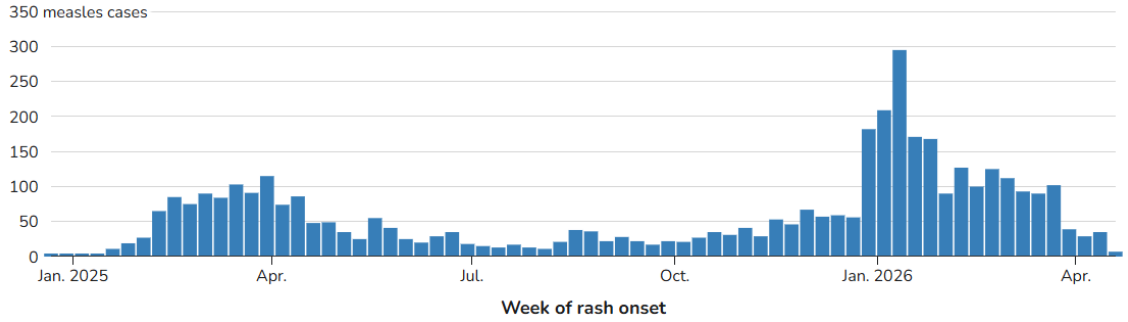
Se han notificado 22 nuevos brotes en 2026, y el 93% de los casos confirmados (1.668 de 1.792) están asociados a brotes (401 correspondientes a brotes en 2026 y 1.267 a brotes que comenzaron en 2025).

En el año 2025, se notificaron un total de 2.288 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.

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

Figura 1. Casos semanales de sarampión según la fecha de inicio del exantema. 2025-2026 (hasta 16/04/26).

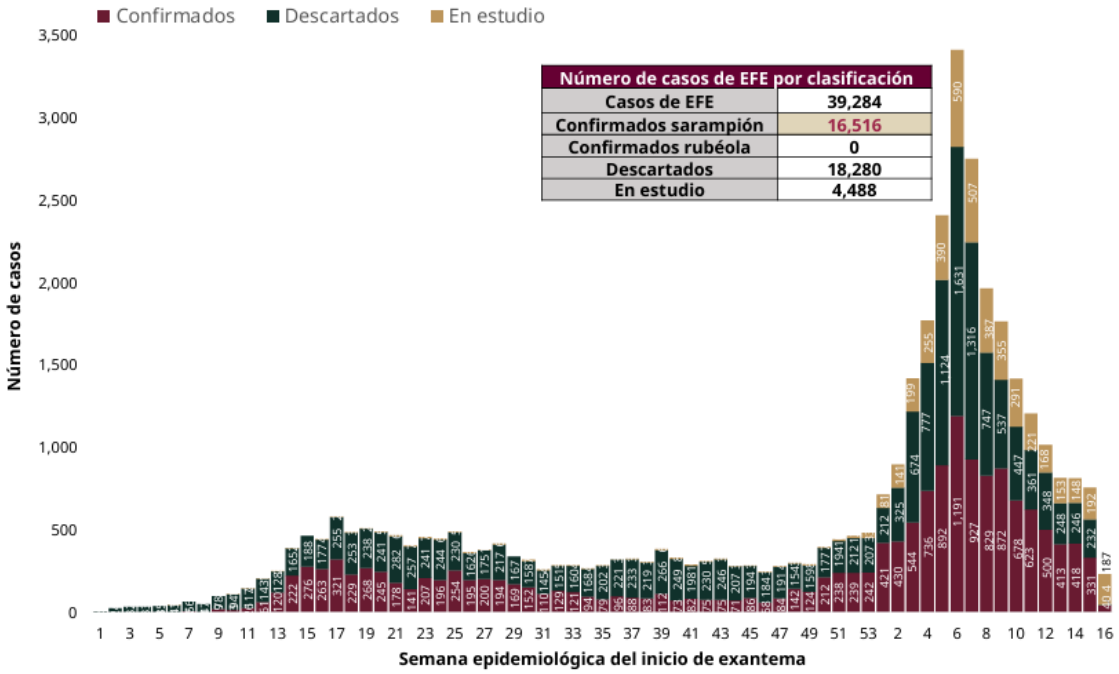


VII.1.D. MÉXICO[21]

Al 23 de abril, se han reportado 16.516 casos confirmados de sarampión acumulados desde el comienzo del brote. El grupo de edad más afectado es de 1 a 4 años (2.136 casos), seguido del grupo el de 25 a 29 años (1.923 casos) y por último el de 5 a 9 años (1.881 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.

VII.1.E. PERÚ[22]

Al 23/04/2026 la República del Perú cuenta con 53 casos confirmados correspondientes al año 20026. No se registran fallecimientos a la fecha.

[21] www.gob.mx/salud/documentos/informe-diario-del-brote-de-sarampion-en-mexico-2026
[22] https://app7.dge.gob.pe/maps2/shiny_SYR_web/

Figura 1. Notificación de casos confirmados de sarampión-rubeola, 2026 (n=53)

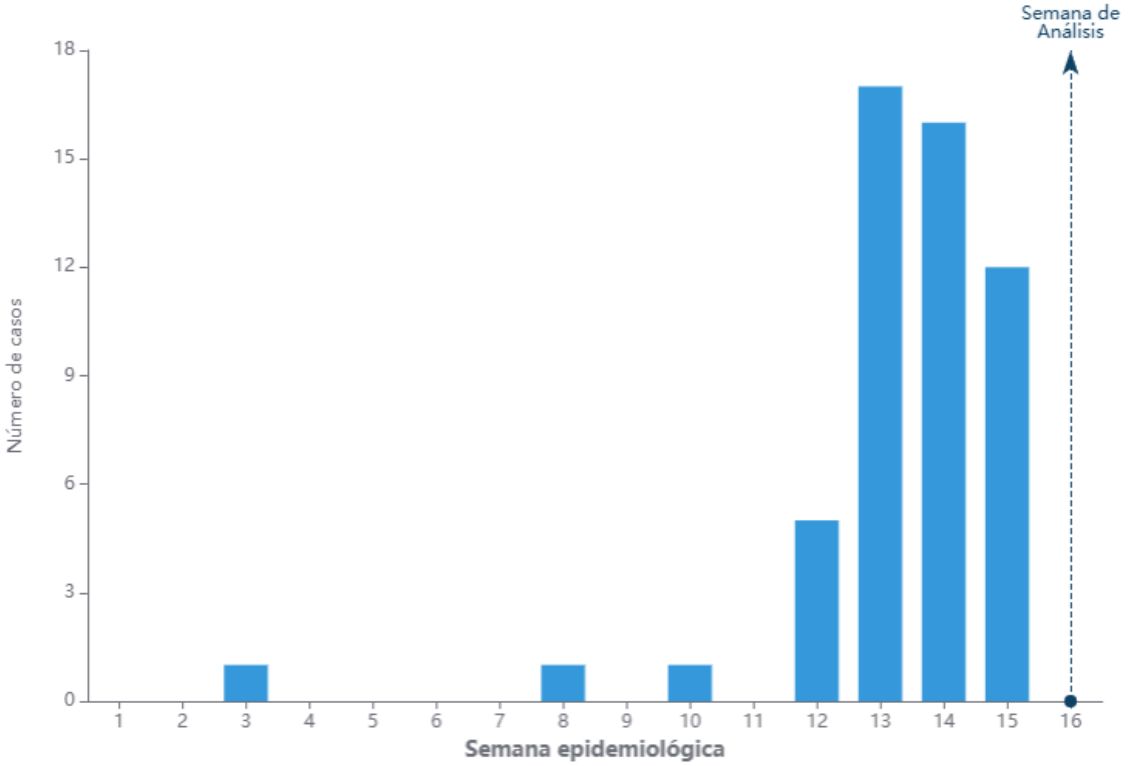
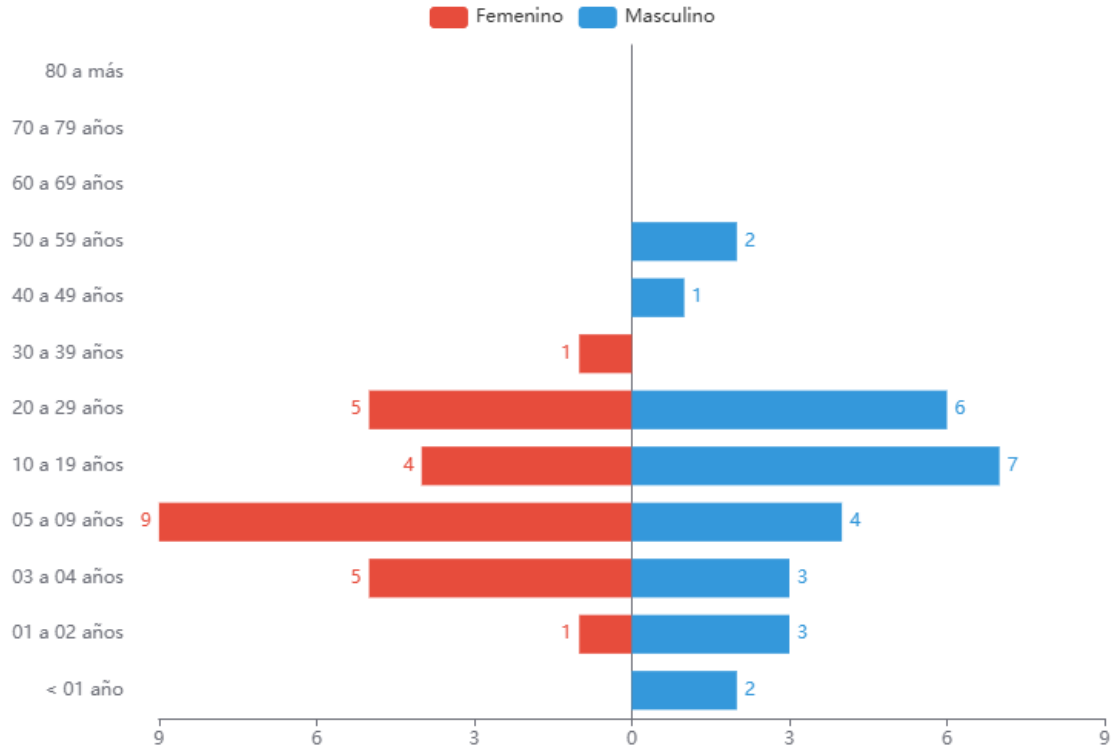


Figura 2. Distribución acumulada por sexo y grupo de edad, 2026.



VII.2. Sarampión – Bangladesh

Recibido a través del CNE el 23/04/2026

El 4 de abril de 2026, el Punto Focal Nacional del RSI de Bangladesh notificó a la OMS un aumento significativo de casos de sarampión, impulsado por una transmisión interna sostenida. Desde enero de 2026, Bangladesh ha experimentado un incremento marcado de casos de sarampión. Geográficamente, se han reportado casos en las ocho divisiones, en 58 de los 64 distritos (91% de los distritos), lo que indica una transmisión generalizada a nivel nacional.

Desde el 15 de marzo de 2026 y hasta el 14 de abril, se han notificado un total de 19.161 casos sospechosos de sarampión y 2.973 casos confirmados por laboratorio. Además, se han registrado 166 muertes sospechosas relacionadas con sarampión (tasa de letalidad del 0,9%) y 30 muertes confirmadas (tasa de letalidad del 1,1%). También se reportaron un total de 12.318 hospitalizaciones y 9.772 altas hospitalarias.

La mayor carga acumulada de casos sospechosos de sarampión desde el 15 de marzo de 2026 se ha registrado en Dhaka (8.263 casos), Rajshahi (3.747 casos), Chattogram (2.514 casos) y Khulna (1.568 casos). En Dhaka, los casos se concentran en asentamientos informales densamente poblados, incluidos Demra, Jatrabari, Kamrangirchar, Korail, Mirpur y los conglomerados industriales y de barrios marginales de Tejgaon (HEOC, DGHS, 15 de abril de 2026).

Los niños menores de 5 años representan la mayoría de los casos reportados (79%), incluidos los menores de 2 años (66%) y los lactantes menores de 9 meses (33%). Se han reportado un total de 166 muertes sospechosas (tasa de letalidad del 1%), principalmente entre niños no vacunados menores de 2 años.

Fuente: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON598

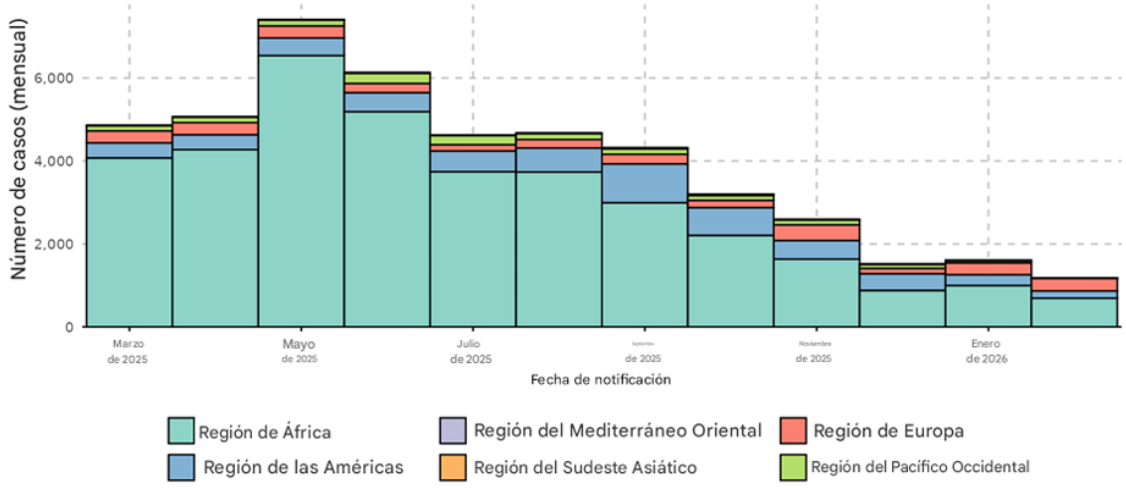
VII.3. Actualización Epidemiológica Mpox en la Región de las Américas

Recibido a través del CNE el 23/04/2026

VII.3.A. RESUMEN DE LA SITUACIÓN

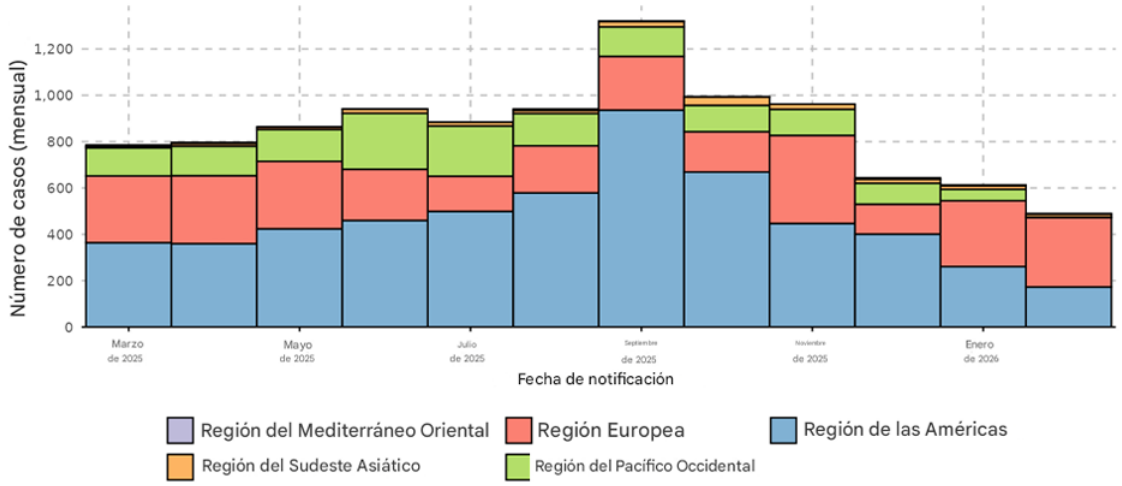
A nivel global, desde enero del 2022 y hasta el 31 de marzo del 2026, se notificaron 181.164 casos confirmados de mpox, incluidas 492 defunciones, en 144 Estados Miembros de las seis Regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En el año 2025, se confirmaron 53.562 casos, incluidos 219 defunciones. Desde enero del 2026 y hasta el 28 de febrero del 2026, se registraron 2.794 casos confirmados de mpox, incluidas ocho defunciones. En los últimos 12 meses, se observó una disminución gradual en la cantidad mensual de casos de mpox reportados, principalmente debido a la disminución de casos reportados en las regiones de África y las Américas (Figura 1 y 2).

Figura 1. Tendencia de casos de mpox en todas las regiones de la OMS durante los últimos 12 meses, hasta el 28 de febrero del 2026.



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Global Mpox Trends. Ginebra: OMS; 2026 [consultado el 20 de abril de 2026]. Disponible en inglés en: https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/

Figura 2. Tendencia de casos de mpox en las regiones de la OMS (excluyendo a la región de África) durante los últimos 12 meses, hasta el 28 de febrero del 2026.



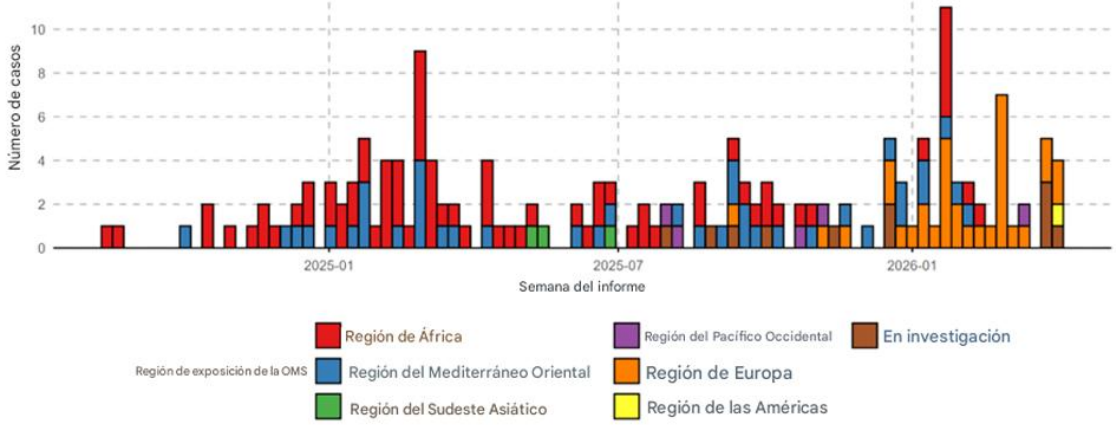
Fuente: Organización Mundial de la Salud. Global Mpox Trends. Ginebra: OMS; 2026 [consultado el 20 de abril de 2026]. Disponible en inglés en: https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/

Mpox continúa propagándose a nivel mundial, impulsada por la circulación de diversos clados del virus (Ia, Ib, IIa y IIb), cada uno con características epidemiológicas diferenciadas. El **clado IIb** ha sido el principal responsable de la expansión global desde 2022, con transmisión sostenida predominantemente por contacto sexual, afectando de manera desproporcionada a hombres que tienen sexo con hombres (HSH). El **clado IIb** sigue siendo responsable de la amplia mayoría de los casos reportados fuera de África.

El clado Ib, emergente en 2024 en la República Democrática del Congo, se caracteriza por una deleción genómica y mutaciones adicionales que lo distinguen del clado Ia endémico; su dispersión internacional ha estado impulsada principalmente por la movilidad de viajeros desde zonas con transmisión activa en África y, más recientemente, desde países europeos con transmisión comunitaria establecida El clado Ib, ha sido reportado en todas las regiones, incluyendo transmisión comunitaria en 15 países a nivel global1, mientras que otros seis países presentaron casos vinculados a viajes (Figura 3).

Es importante señalar que, si bien ambos clados pueden transmitirse por contacto sexual, el clado Ib ha mostrado también transmisión en contextos domiciliarios y comunitarios más amplios en las zonas endémicas. Adicionalmente, se ha documentado la recombinación entre clados del virus mpox (MPXV), incluyendo la notificación reciente de dos casos asociados a una cepa recombinante del clado Ib/IIb, lo que subraya la necesidad de una vigilancia genómica continua.

Figura 3. Número de casos confirmados de mpox clado I relacionados a viajes hasta el 8 de abril del 2026.



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Global Mpox Trends. Ginebra: OMS; 2026 [consultado el 20 de abril de 2026]. Disponible en inglés en: https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/

VII.3.B. SITUACIÓN EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

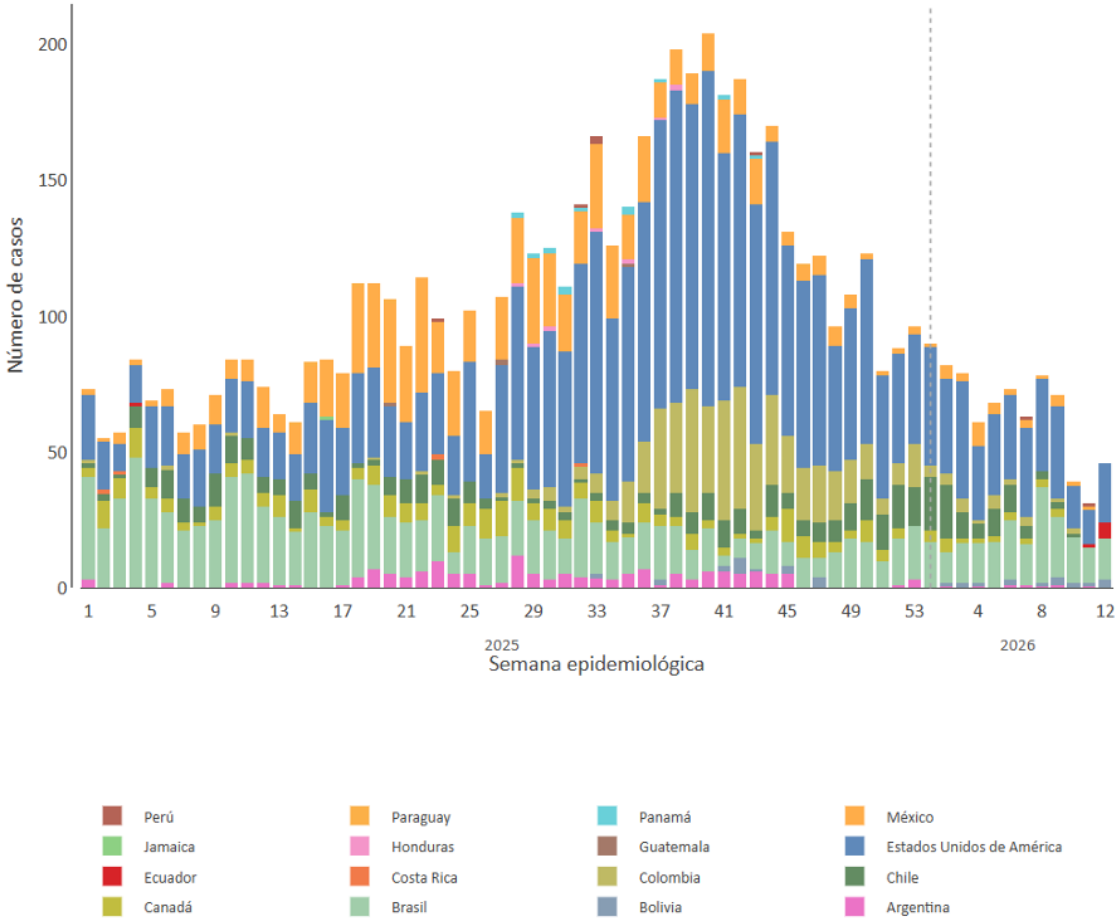
En 2025, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 53, en la Región de las Américas, 16 países registraron un total de 5.774 casos confirmados de mpox, incluyendo nueve defunciones: Argentina (n= 154 casos), Bolivia (n= 19 casos), Brasil (n= 1.053 casos, incluyendo tres defunciones), Canadá (n= 299 casos), Chile (n= 362 casos, incluyendo una defunción), Colombia (n= 509 casos), Costa Rica (n= 5 casos), Ecuador (n= 1 caso), los Estados Unidos (n= 2.548 casos), Guatemala (n= 4 casos), Honduras (n= 9 casos), Jamaica (n= 1 caso), México (n= 784 casos, incluyendo cinco defunciones), Panamá (n= 15 casos), Paraguay (n= 5 casos) y Perú (n= 6 casos). La casi totalidad de estos casos corresponde al clado IIb, lo que confirma que la transmisión sostenida de este clado —predominantemente por vía sexual entre HSH— continúa siendo el principal motor de la carga de enfermedad por mpox en la Región. La concentración de casos en cinco países (los Estados Unidos, Brasil, México, Colombia y Chile, que en conjunto representan el 91% de los casos regionales en 2025) refleja la persistencia de cadenas de transmisión activas en contextos urbanos con redes sexuales extensas.

En 2026, entre la SE 1 y la SE 12, en la Región de las Américas, diez países registran un total de 801 casos confirmados de mpox, incluyendo una defunción: Argentina (n= 7 casos), Bolivia (n= 9 casos), Brasil (n= 214 casos), Canadá (n= 24 casos), Chile (n= 88 casos), Colombia (n= 27 casos), Ecuador (n= 7 casos), los Estados Unidos (n= 390 casos), México (n= 34 casos, incluyendo una defunción) y Perú (n= 1 caso) (Figura 4). El ritmo de notificación en las primeras 12 semanas de 2026 (promedio semanal de 53 casos) se mantiene comparable al observado en el mismo periodo de 2025, lo que indica que la transmisión del clado IIb no muestra una tendencia sostenida a la baja y que las intervenciones de prevención y control dirigidas a las poblaciones clave deben mantenerse y reforzarse.

En relación con el **clado Ib**, en la Región de las Américas, desde la SE 47 del 2024 hasta la SE 14 del 2026, se han notificado 29 casos en seis países de la Región, 15 de los mismos durante

2026: Argentina (n= 2 casos), Brasil (n= 4 casos), Canadá (n= 4 casos), Ecuador (n= 1 caso), los Estados Unidos (n= 15 casos) y México (n= 3 casos). Estos casos representan menos del 0,5% del total regional, y la mayoría se han vinculado a antecedentes de viaje a zonas con transmisión activa del clado Ib (África y, más recientemente, Europa). Sin embargo, la detección de casos sin antecedente de viaje en los Estados Unidos y Argentina sugiere episodios de transmisión local limitada que requieren una investigación epidemiológica exhaustiva y una vigilancia genómica reforzada para detectar de forma temprana cualquier cambio en el patrón de transmisión.

Figura 4. Casos confirmados de mpox por país y semana epidemiológica (SE) de inicio de síntomas/notificación en la Región de las Américas*, SE 1 del 2025 a SE 12 del 2026.



**Nota: Incluye únicamente a los países para los cuales se dispone de información por semana epidemiológica de inicio de síntomas o notificación.*

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Conjunto de datos de mpox Región de las Américas 20222026, Información enviada por los Centros Nacionales de Enlace (CNE) del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o extraído de fuentes oficiales disponibles públicamente. Washington, D.C.: OPS; 2026 [consultado el 8 de abril del 2026]. Inédito.

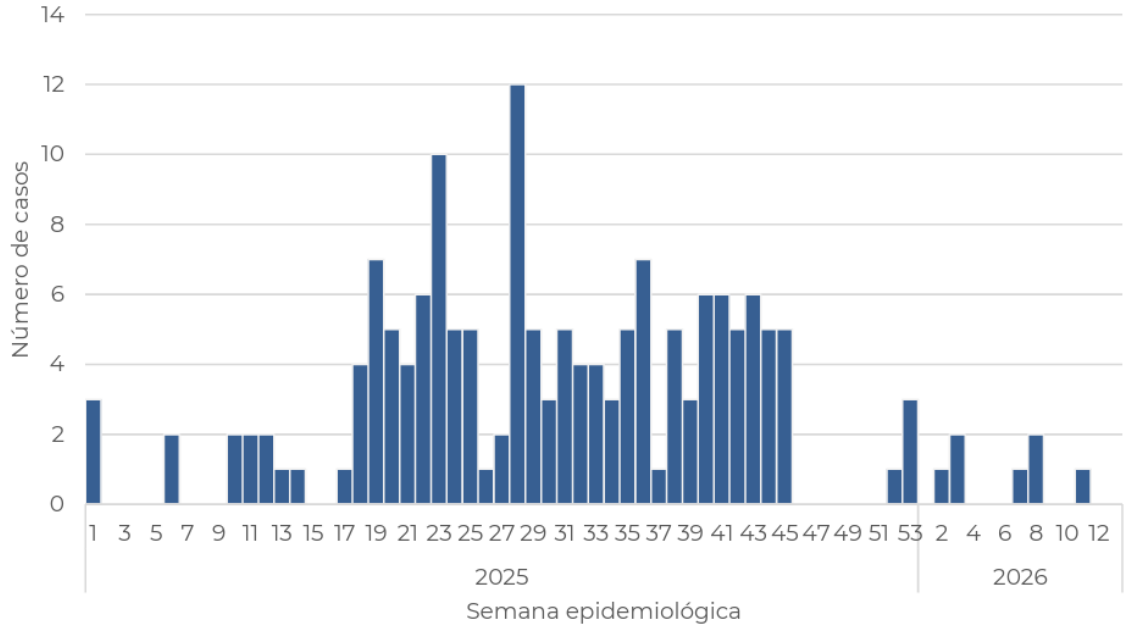
Resumen de la situación en países seleccionados

En **Argentina**, entre la SE 1 y la SE 53 del 2025, se han reportado 157 casos confirmados de mpox, con un promedio semanal de cuatro casos, sin registrarse defunciones (Figura 5). El 97% de los casos corresponde a hombres (n= 152 casos) y el 83% de los casos se encuentra en el grupo de edad de 25 a 49 años (n= 131 casos). De 132 casos con información disponible, el 6% de los casos fueron hospitalizados (n= 8 casos).

En 2026, entre la SE 1 y la SE 12, se han reportado siete casos confirmados de mpox (Figura 5). El 100% de los casos corresponde a hombres y con edades entre 29 y 39 años. De los 6 casos con información disponible, ninguno fue hospitalizado.

En relación a los casos de mpox del clado Ib, durante la SE 8 del 2026, se detectó un caso sin antecedente de viaje, sin historia de vacunación contra mpox y sin comorbilidades de relevancia. El caso refirió múltiples parejas sexuales nuevas y ocasionales, incluyendo personas con antecedentes de viaje, en el período previo a la aparición de síntomas. El manejo fue ambulatorio y la evolución clínica fue favorable. Posteriormente, en la SE 11 del 2026 se identificó un segundo caso del clado Ib, con evolución clínica favorable y manejo ambulatorio. La investigación epidemiológica de ambos casos se encuentra en curso.

Figura 5. Casos confirmados de mpox según semana epidemiológica (SE) de inicio de síntomas/notificación. Argentina, SE 1 del 2025 a SE 12 del 2026.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Conjunto de datos de mpox Región de las Américas 2022-2026, Información enviada por los Centros Nacionales de Enlace (CNE) del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o extraído de fuentes oficiales disponibles públicamente. Washington, D.C.: OPS; 2026 [consultado el 6 abril del 2026]. Inédito.

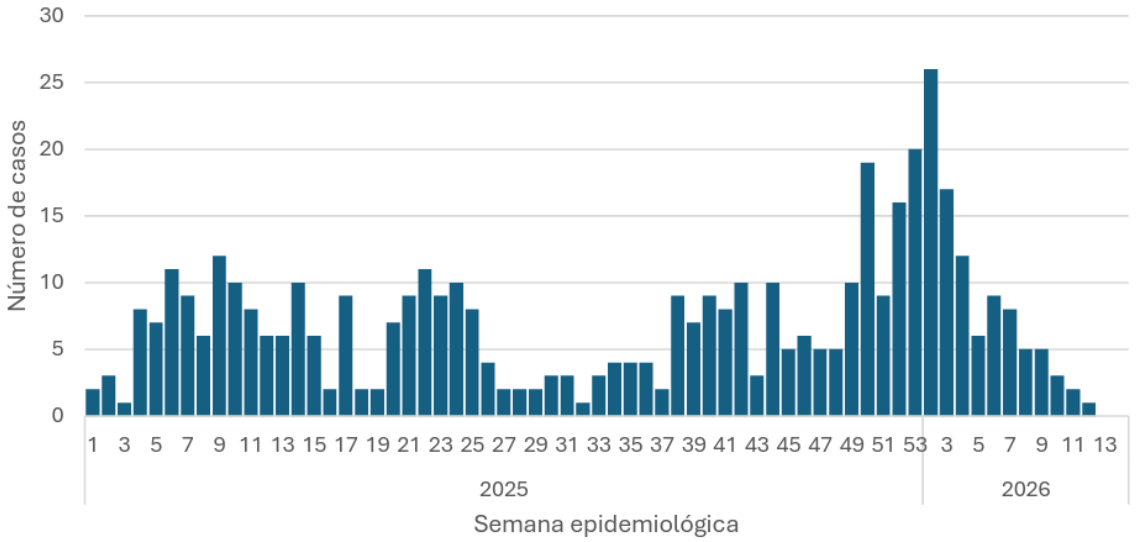
En **Brasil**, entre la SE 1 y la SE 53 del 2025, se han reportado 1.071 casos confirmados de mpox, incluyendo tres defunciones, con un promedio semanal de 20 casos (Figura 6). El 95% de los casos corresponde a hombres (n= 1.013 casos) y el 45,6% de los casos se encuentra en el grupo de edad de 30 a 39 años (n= 462 casos). De 954 casos con información disponible, el 7% de los casos fueron hospitalizados.

En 2026, entre la SE 1 y la SE 12, se han reportado 214 casos confirmados de mpox (Figura 6). El 93,6% de los casos corresponde a hombres (n= 201 casos) y el 46,3% de los casos se encuentra en el grupo de edad de 30 a 39 años (n= 93 casos). De 188 casos con información disponible, el 8,5% de los casos fueron hospitalizados.

En cuanto a los casos de mpox del clado Ib, entre la SE 1 del 2025 y la SE 12 del 2026, se han detectado cuatro casos, distribuidos en los estados de São Paulo (n= 2 casos) y Rio de Janeiro (n= 2 casos). De los cuatro casos, uno presentó antecedente de viaje. Ninguno de los casos

contaba con antecedente de vacunación contra mpox, y todos presentaron buena evolución clínica.

Figura 6. Casos confirmados de mpox según semana epidemiológica (SE) de inicio de síntomas. Brasil, SE 1 del 2025 a SE 12 del 2026.



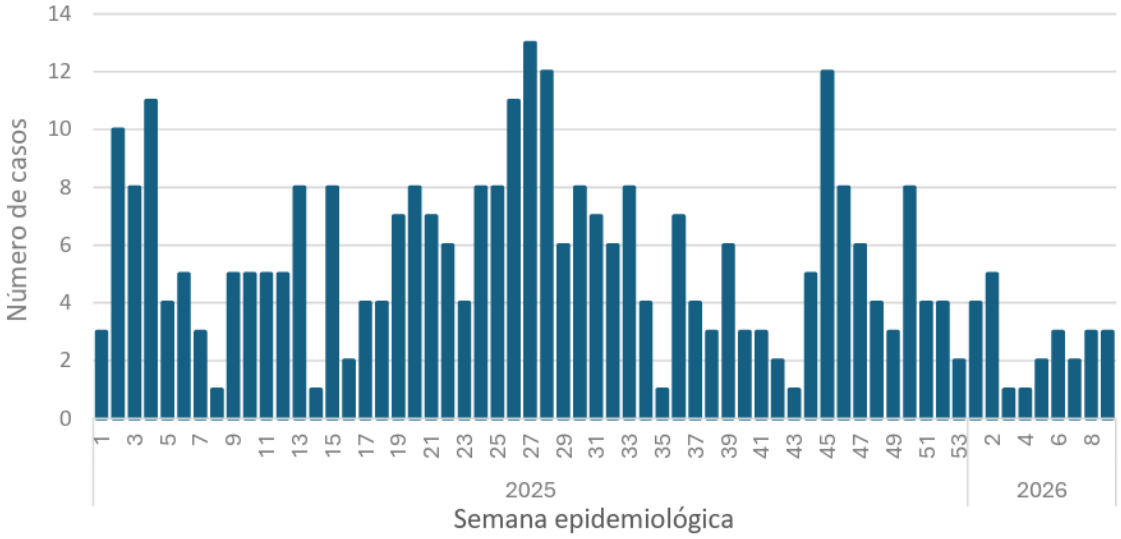
Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Conjunto de datos de mpox Región de las Américas 2022-2026, Información enviada por los Centros Nacionales de Enlace (CNE) del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o extraído de fuentes oficiales disponibles públicamente. Washington, D.C.: OPS; 2026 [consultado el 6 abril del 2026]. Inédito.

En **Canadá**, entre la SE 1 y la SE 53 del 2025, se han reportado 296 casos confirmados de mpox, con un promedio semanal seis casos (Figura 7). El 97% de los casos corresponde a hombres (n= 287 casos) y el 86% de los casos se encuentra en el grupo de edad de 18 a 49 años (n= 247 casos). De 295 casos con información disponible, el 1% de los casos fueron hospitalizados (n= 3 casos).

En 2026, entre la SE 1 y la SE 12, se han reportado 24 casos confirmados de mpox (Figura 7). El 100% de los casos corresponde a hombres (n= 24 casos) y el 92% de los casos se encuentra en el grupo de edad de 18 a 49 años (n= 22 casos). De 24 casos con información disponible, el 4% de los casos fueron hospitalizados (n= 1 caso).

En cuanto a los casos de mpox del clado Ib, entre la SE 1 del 2024 y la SE 12 del 2026, se detectaron cuatro casos, dos casos en Ontario, un caso en Nueva Escocia y un caso en Manitoba. De los cuatro casos, tres tenían antecedente de viaje, y tres tenían antecedente de vacunación. Todos los casos tuvieron buena evolución clínica.

Figura 7. Casos confirmados de mpox según semana epidemiológica (SE) de inicio de síntomas/notificación. Canadá, SE 1 del 2025 a SE 12 del 2026.

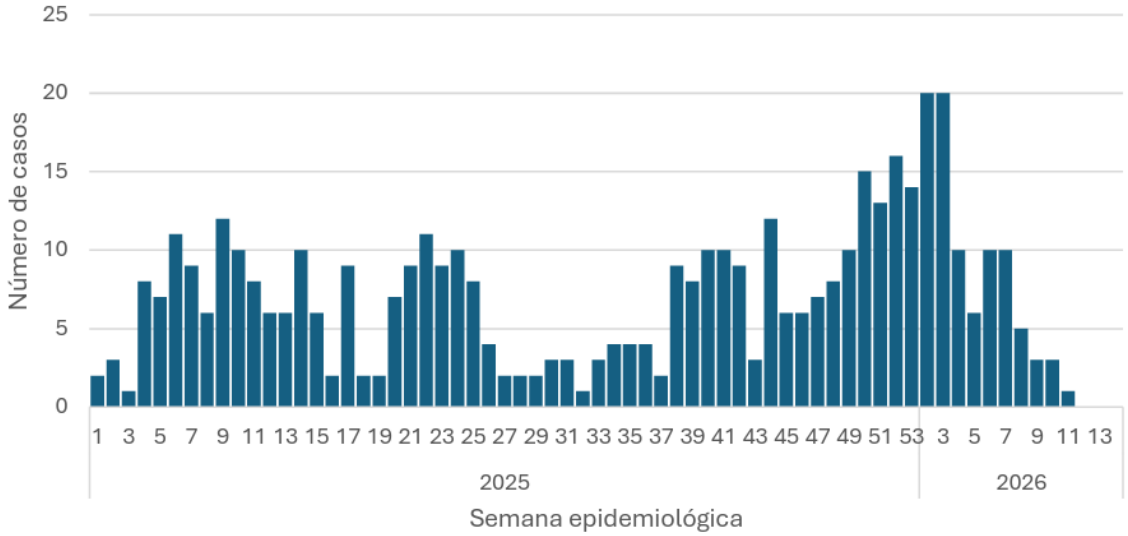


Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Conjunto de datos de mpox Región de las Américas 2022-2026, Información enviada por los Centros Nacionales de Enlace (CNE) del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o extraído de fuentes oficiales disponibles públicamente. Washington, D.C.: OPS; 2026 [consultado el 6 abril del 2026]. Inédito.

En **Chile**, entre la SE 1 y la SE 53 del 2025, se han reportado 368 casos de mpox (364 confirmados y cuatro probables), incluyendo una defunción, con un promedio semanal de siete casos (Figura 8). El 99% de los casos corresponde a hombres (n= 365 casos) y el 49% de los casos se encuentra en el grupo de edad de 30 a 39 años (n= 181 casos). De 108 casos con información disponible, el 7% de los casos fueron hospitalizados para cumplir aislamiento o manejo clínico de lesiones.

En 2026, entre la SE 1 y la SE 12, se han reportado 89 casos de mpox (88 confirmados y uno probable) (Figura 8). El 99% de los casos corresponde a hombres (n= 88 casos) y, de 85 casos con información disponible, el 45% de los casos se encuentra en el grupo de edad de 30 a 39 años (n= 38 casos). Del total de casos reportados, no se han registrado casos hospitalizados a la fecha.

Figura 8. Casos confirmados de mpox según semana epidemiológica (SE) de inicio de síntomas/notificación*. Chile, SE 1 del 2025 a la SE 12 del 2026.

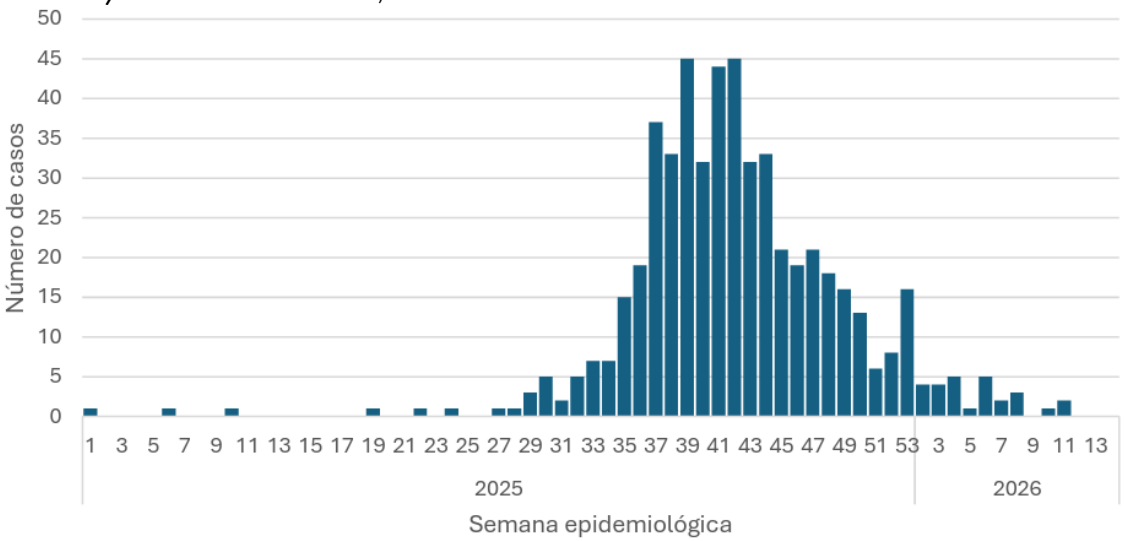


**Se excluyen del gráfico los casos probables identificados. 2025 Semana epidemiológica 2026 Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Conjunto de datos de mpox Región de las Américas 2022-2026, Información enviada por los Centros Nacionales de Enlace (CNE) del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o extraído de fuentes oficiales disponibles públicamente. Washington, D.C.: OPS; 2026 [consultado el 6 abril del 2026]. Inédito.*

En **Colombia**, entre la SE 1 y la SE 53 del 2025, se han reportado 510 casos confirmados de mpox, con un promedio semanal de 10 casos (Figura 9). El 99% de los casos corresponde a hombres (n= 503 casos), y el 45% de los casos se encuentra en el grupo de edad de 30 a 39 años (n= 232 casos). El 21% de los casos fueron hospitalizados (n= 107 casos).

En 2026, entre la SE 1 y la SE 13, se han reportado 29 casos confirmados de mpox (Figura 9). El 100% de los casos corresponde a hombres (n= 29 casos) y el 55% de los casos se encuentra en el grupo de edad de 30 a 39 años (n= 16 casos). El 24% de los casos fueron hospitalizados (n= 7 casos).

Figura 9. Casos confirmados de mpox según semana epidemiológica (SE) de inicio de síntomas/notificación. Colombia, SE 1 del 2025 a la SE 13 del 2026.



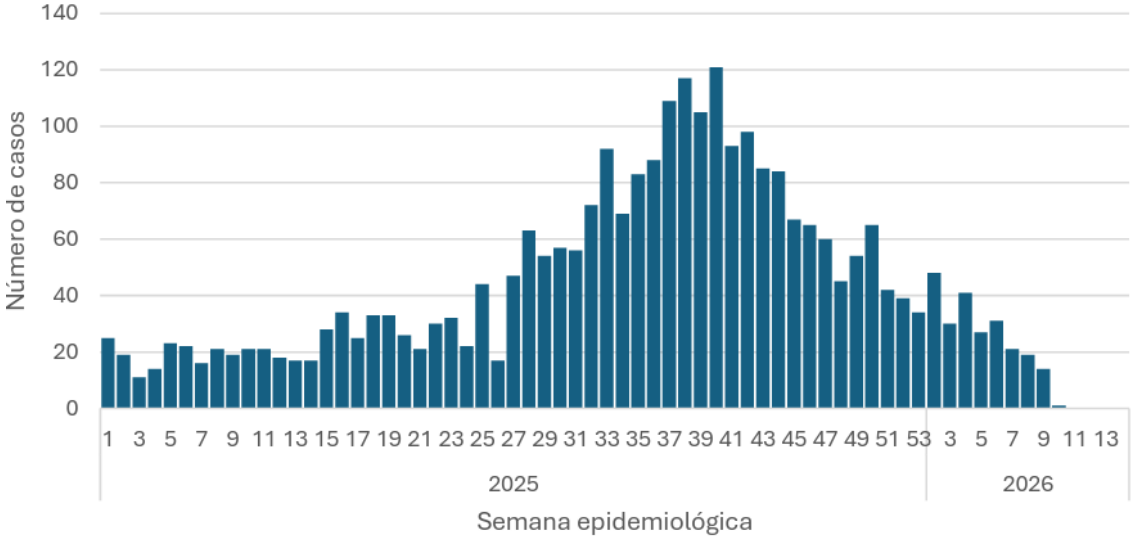
Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Conjunto de datos de mpox Región de las Américas 2022-2026, Información enviada por los Centros Nacionales de Enlace (CNE) del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o extraído de fuentes oficiales disponibles públicamente. Washington, D.C.: OPS; 2026 [consultado el 6 abril del 2026]. Inédito.

En los **Estados Unidos**, entre la SE 1 y la SE 53 del 2025, se han reportado 2.559 casos confirmados de mpox, incluyendo un caso fallecido, con un promedio semanal de 48 casos (Figura 10). El 98% de los casos corresponde a hombres (n= 2.111casos de 2.159 casos con información disponible) y el 63% de los casos se encuentra en el grupo de edad de 25 a 40 años (n= 1.583 casos de 2.499 casos con información disponible). De 2.093 casos con información disponible, el 10% de los casos fueron hospitalizados.

En 2026, entre la SE 1 y la SE 12, se han reportado 390 casos confirmados de mpox, sin registro de casos fallecidos (Figura 10). El 97% de los casos corresponde a hombres y el 58% de los casos se encuentra en el grupo de edad de 25 a 40 años (n= 224 casos de 387 casos con información disponible). De 284 casos con información disponible, el 8% de los casos fueron hospitalizados.

En cuanto a los casos de mpox del clado Ib, en total se registraron 15 casos en el país. Entre noviembre del 2024 y febrero del 2026, se registraron 11 casos de mpox del clado Ib en los Estados Unidos. Esta cifra incluye tres casos de mpox del clado Ib que se notificaron en octubre del 2025 en personas sin antecedente de viaje reciente. Los datos genómicos indican que estos tres casos estaban vinculados a un caso diferente en los Estados Unidos notificado en agosto del 2025 tras un viaje a una zona con un brote conocido de mpox del clado Ib. En marzo del 2026 se registraron cuatro casos adicionales. Estos casos no están relacionados entre sí. Los cuatro casos presentaban antecedentes de viaje a una zona con transmisión activa del clado Ib.

Figura 10. Casos confirmados de mpox según semana epidemiológica (SE) de inicio de síntomas/notificación. Estados Unidos, SE 1 del 2025 a SE 12 del 2026.



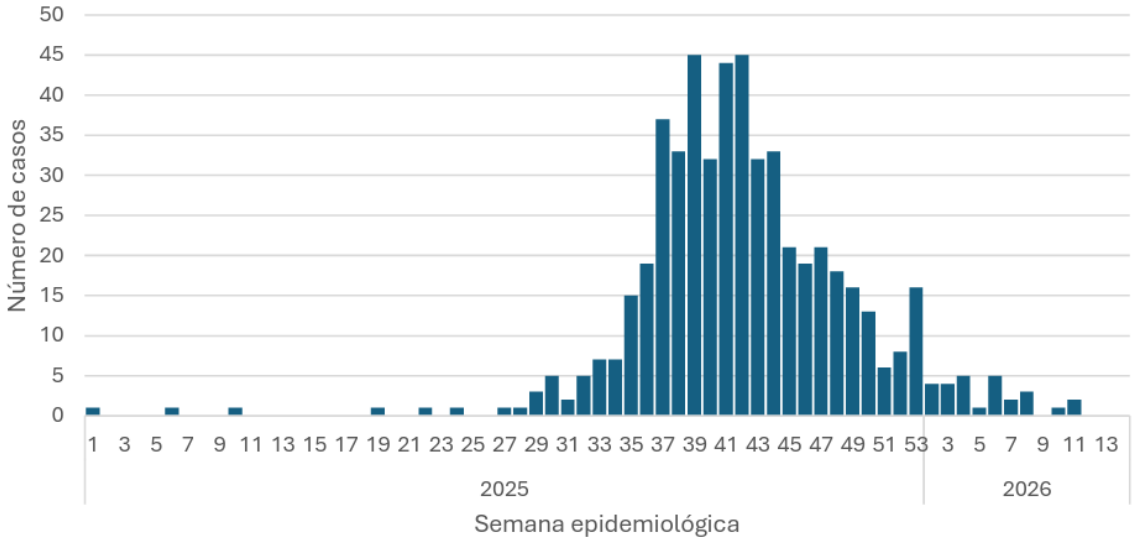
Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Conjunto de datos de mpox Región de las Américas 2022-2026, Información enviada por los Centros Nacionales de Enlace (CNE) del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o extraído de fuentes oficiales disponibles públicamente. Washington, D.C.: OPS; 2026 [consultado el 6 de abril del 2026]. Inédito.

En **México**, entre la SE 1 y la SE 53 del 2025 (de acuerdo con la fecha de inicio de exantema), se han reportado 781 casos confirmados de mpox, incluyendo cinco defunciones, con un promedio semanal de 15 casos (Figura 11). El 99% de los casos corresponde a hombres (n= 776 casos) y el 64% de los casos se encuentra en el grupo de edad de 25 a 39 años (n= 502 casos). Del total de casos confirmados, el 6% fueron hospitalizados (n= 47 casos).

En 2026, entre la SE 1 y la SE 13, se han reportado 34 casos confirmados de mpox y una defunción (Figura 11). El 100% de los casos corresponde a hombres y el 65% de los casos se encuentra en el grupo de edad de 25 a 39 años (n= 22 casos). Del total de casos confirmados, el 6% de los casos fueron hospitalizados (n= 2 casos).

En cuanto a los casos de mpox con identificación del clado Ib, entre la SE1 del 2025 y la SE13 del 2026, se han detectado tres casos en las entidades de Guerrero (n= 1 caso), Ciudad de México (n= 1 caso) y Puebla (n= 1 caso). De los tres casos solo uno cuenta con antecedente de viaje a Alemania, y los tres casos tuvieron buena evolución clínica, sin criterios de hospitalización y no se identificaron casos secundarios.

Figura 11. Casos confirmados de mpox por semana epidemiológica (SE) de inicio de exantema. México, SE 1 del 2025 a SE 13 del 2026.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Conjunto de datos de mpox Región de las Américas 2022-2026, Información enviada por los Centros Nacionales de Enlace (CNE) del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o extraído de fuentes oficiales disponibles públicamente. Washington, D.C.: OPS; 2026. [consultado el 6 de abril del 2026]. Inédito.

Fuente: https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-mpox-region-americas-23-abril-2026

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

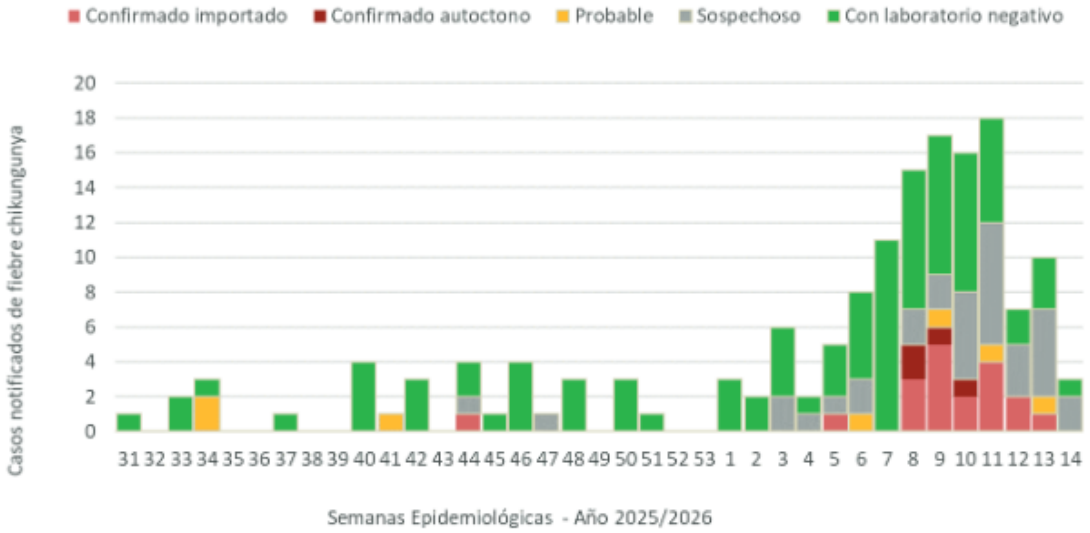
VIII. Boletines Jurisdiccionales

VIII.1. Buenos Aires: Chikungunya

A nivel provincial, desde julio de 2025 (SE 31) y hasta el 11 de abril de 2026 (SE 14) se notificaron 155 casos compatibles con chikungunya, de los cuales 23 fueron confirmados, 7 probables, 91 con laboratorio negativo y 34 sospechosos.



Casos notificados de fiebre chikungunya por semana epidemiológica. SE 31/2025 -SE 14/2026. n=155



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

Para más información:

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

VIII.2. Chubut: Síndrome Urémico Hemolítico (SUH)

Desde SE 1 a la SE 12 del 2026 se confirmaron 7 casos de Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) en la provincia de Chubut, sin registro de fallecidos.

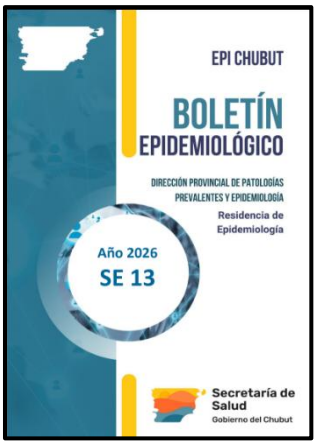
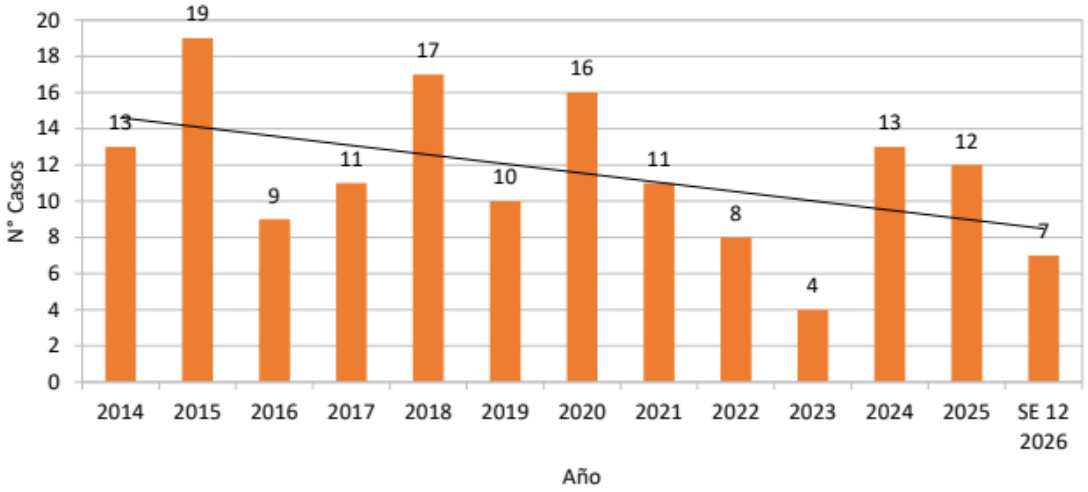


Gráfico N° 8. Distribución de Casos de SUH según año de notificación. Provincia de Chubut. Período 2014- SE 12. Año 2026. N=150



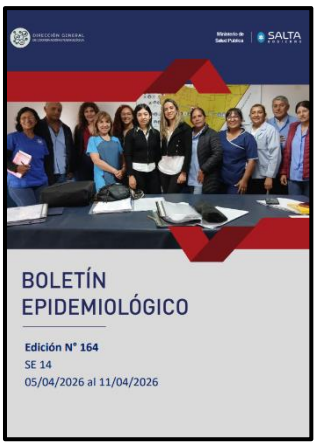
Fuente: Elaboración propia de Residencia de Epidemiología HZPM en base al SNVS 2.0

Para más información:

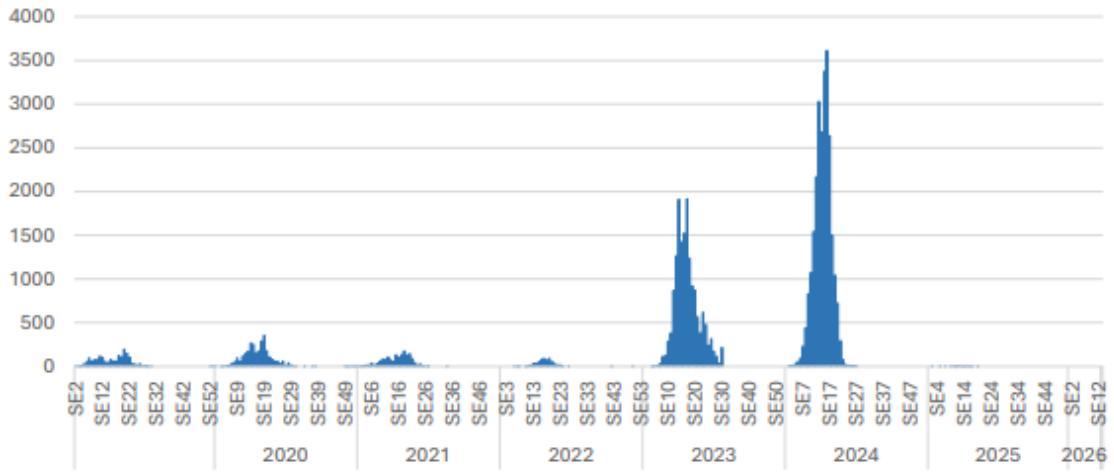
http://ministeriodesalud.chubut.gov.ar/epidemiological_releases

VIII.3. Salta: Dengue

Durante el periodo de vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Mosquitos (ETM) (SE 31/2025 a SE 14/2026) se reportaron 2.955 sospechosos, 20 casos probables. No se confirmaron casos de dengue hasta la SE 14



Dengue: casos confirmados por semana epidemiológica. Año 2019 – 2026 (hasta se 14). Provincia de Salta.



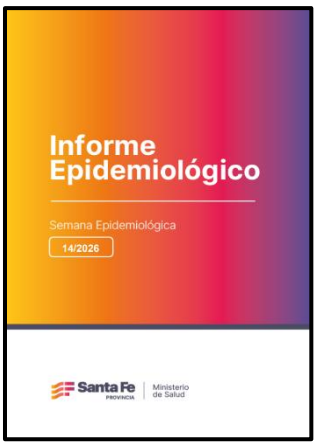
Fuente: Elaboración propia de Sala de situación la D.G.C.E. en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Para más información:

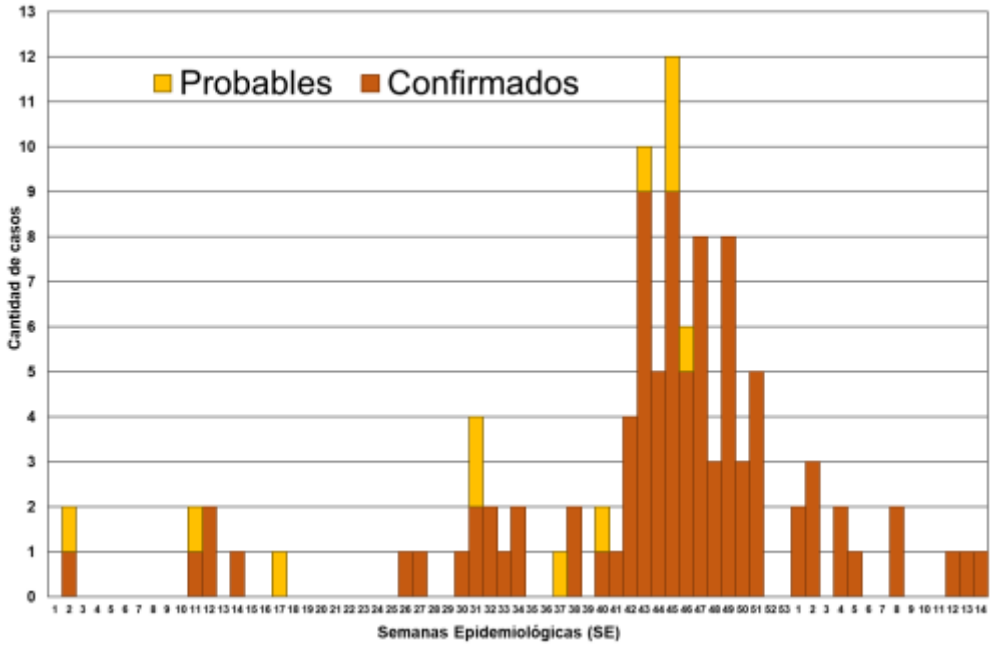
http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/

VIII.4. Santa Fe: Coqueluche

En lo que va del 2026 se notificaron 54 casos al evento de los cuales 13 fueron confirmados en los siguientes departamentos: 6 del departamento Rosario, 3 del departamento La Capital, 2 del departamento San Martín y 2 del departamento Belgrano.



Distribución de casos confirmados (n= 91) y probables (n= 12) de Coqueluche según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE 1/2025 a SE 14/2026. Período 2025-2026. N= 10



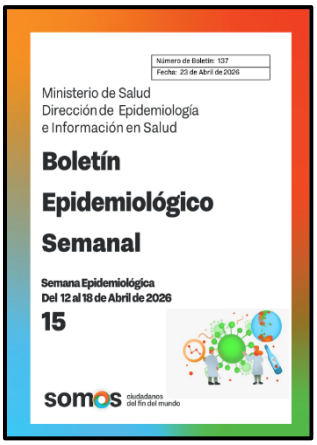
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

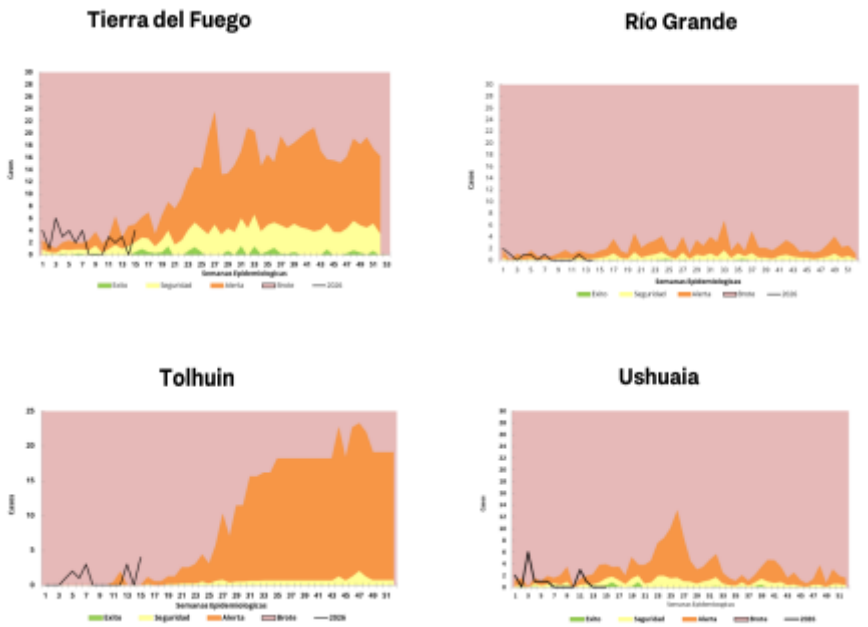
Para más información:

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

VIII.5. Tierra del Fuego:

La incidencia de Varicela a nivel provincial se encuentra en zona de alerta. En Tolhuin la incidencia se encuentra en zona de brote.





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

Para más información:

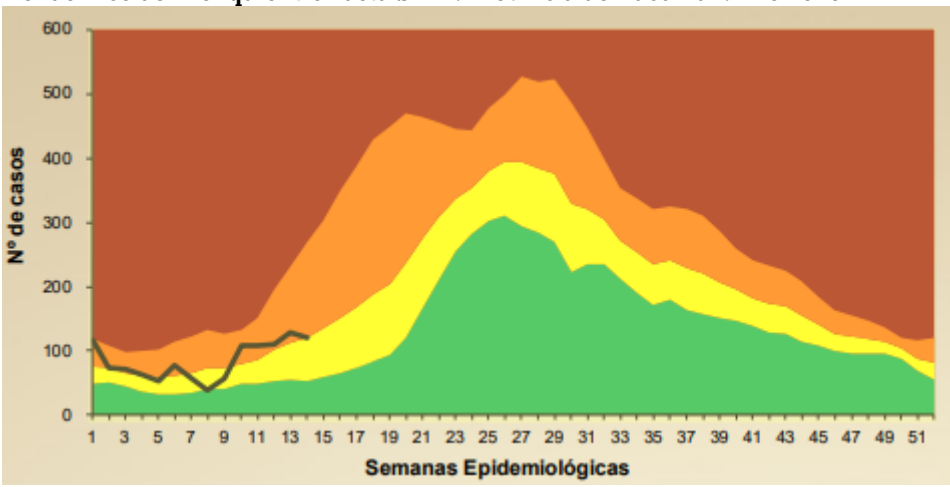
https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/

VIII.6. Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años

La bronquiolitis es un síndrome clínico caracterizado por afectar la vía aérea inferior. Tiene una significativa morbilidad, afectando principalmente a niños menores de 2 años, con una mayor incidencia entre los 3 y 6 meses. En la semana 14 se notificaron 120 casos.



Corredor endémico de Bronquiolitis hasta SE 14. Provincia de Tucumán. Año 2026



Fuente: SNVS – Dirección de Epidemiología

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS
PARA VIGILANCIA

IX. 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 **abril** 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**
Abril	Listerioris	Laboratorio	Técnica	Se adiciona la técnica "FT-IR", para la técnica "Detección de serogrupo"
	Otras infecciones invasivas (bacterianas y otras)	Laboratorio	Determinación/Técnica/resultado	Para la determinación "Aislamiento e identificación de S. agalactiae", se adiciona la técnica "Cultivo", con el resultado "S. agalactiae". Para la determinación "Detección de ADN de S. agalactiae", se adiciona la técnica "PCR/rtPCR", con el resultado "S. agalactiae". Para la determinación "Serotipificación de S. agalactiae", se adiciona la técnica "Secuenciación masiva", con el resultado "Ia, Ib, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX".
	Meningoencefalitis			
	Rabia en humanos	Laboratorio	Determinación/Técnica/resultado	Para la determinación "Anticuerpos IgG anti virus Rabia", se adiciona la técnica "ELISA", con el resultado "Reactivo y No reactivo".
	Meningoencefalitis y otras enfermedades invasivas bacterianas	Laboratorio	Determinación/Técnica/resultado	Para la determinación "Serotipificación de S. pneumoniae", se adicionan las técnicas "Secuenciación de genoma completo" y "Quellung" con el resultado "S. pneumoniae serotipo 24C".

X. Herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud. 9° Edición



Destinado a: Personal de salud que realiza tareas de vigilancia epidemiológica.

Duración: 30 horas

Formulario de inscripción: https://forms.gle/Dd2w28xHo4QaP3eB9

XI. Curso Vigilancia y notificación de Dengue



Destinado a: Personal de salud que realiza tareas de vigilancia epidemiológica.

Duración: 30 horas

Formulario de inscripción: https://forms.gle/XEU6XANre1rbdLMT9