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



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **806**

Semana epidemiológica 16
AÑO 2026
Desde 19/04 al 25/04
Fecha de publicación
04/05/2026

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.

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

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).

Componen la Dirección de Epidemiología: Altschuler Ailén, Amatto María Belén, Amelotti Rina Lucía, Antman Julián Gustavo, Appeceix Ailen Lihuel, Avalos Andrea Karina, Baldani Andrea, Bertaccini Dario Gabriel, Bidart María Laura, Bonifacio Carlos, Cáceres Estefanía, Caparelli Mariel, Caruso Stefanini Margarita, Casal Javier, Casas Natalia, Castell Soledad, Chantefort Lucía, Chaves Karina Lorena, Couto Esteban, Di Pinto Ignacio, Diaz Morena, Echenique Arregui Alexia, El Ahmed Yasmin Dalal, Faedo María Guadalupe , Fernández Gabriela, Fernández María Susana, Fernández María Lorena, Gómez Lara, González Patricia, González Lebrero Cecilia, González Picasso Manuel, Gonzalez Scheffer María Sol, Iglesias María Marta, Joskowicz Abril, Kurten Pérez Manuel, La Regina María Agustina, Martín Aragón María Fernanda, Martínez Karina, Moisés María Silvina, Morgenstern Agostina, Nicolau Victoria, Núñez Sandra Fabiana, Ojeda Juan Pablo, Ormeño Mazzochi Franco, Palero Mariano, Parenti Ana Laura, Pastrana Paula, Pisarra Florencia Magalí, Plantamura Pilar, Prina Martina, Riera Sebastián, Rojas Mena María Paz, Rosin Paula, Rueda Dalila, Santoro Federico, Souto Catalina Sofía, Tapia Julio, Vallone Antonella, Villasanti Johanna, Voto Carla y Wainziger Tamara.

Coordinación y revisión general: Cecilia González Lebrero, Julián Antman.

Agradecimientos

Este boletín es posible gracias al aporte realizado a través de la notificación al Sistema Nacional de Vigilancia por las áreas de vigilancia epidemiológica de nivel local, jurisdiccional y nacional y a todas las personas usuarias del SNVS[2.0].

Imagen de tapa

La vacuna antigripal reduce las complicaciones graves, hospitalizaciones, secuelas y muertes ocasionadas por el virus influenza, especialmente en los grupos de riesgo. La misma debe ser aplicada en forma oportuna, idealmente antes del comienzo del invierno, etapa de mayor circulación del virus. Foto del banco de imágenes del Ministerio de Salud de la Nación.

Cómo citar este boletín

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2026). Boletín Epidemiológico Nacional N°806, SE 16.

I. Editorial del BEN 797

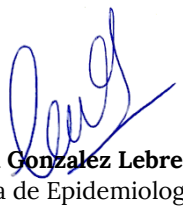
A lo largo de este año, el Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) ha continuado afirmándose El Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) se consolida como un espacio donde la vigilancia en salud se produce y se difunde de manera articulada, a partir de un trabajo sostenido entre equipos nacionales y jurisdiccionales. 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, dengue y otros arbovirus, junto con dos actualizaciones periódicas sobre mpox y hantavirosis. Asimismo, se incorpora el apartado habitual de alertas y comunicaciones internacionales, destacados de boletines jurisdiccionales y herramientas para la vigilancia epidemiológica.

En primer lugar, se incluye la actualización de la tabla de eventos de notificación obligatoria seleccionados, 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 de influenza y otros virus respiratorios, la síntesis nacional destacada y la información proveniente de la vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados. Esta sección incluye datos de las Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI y de la Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave, junto con recomendaciones para equipos de salud y población, vacunación antigripal, tratamiento antiviral y resultados de subtipificación y caracterización genómica de influenza realizados por el Laboratorio Nacional de Referencia.

Asimismo, se actualiza la vigilancia de dengue y otros arbovirus, con información sobre la situación regional, la estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada 2025-2026 y la situación actual de dengue en Argentina. La sección incluye la distribución espacial de los casos, la caracterización clínica, las consideraciones para la vigilancia por laboratorio y la situación de fiebre chikungunya, encefalitis arbovirales y otros arbovirus en el país.

Como actualizaciones periódicas, esta edición incorpora un informe epidemiológico sobre mpox, que presenta la situación internacional, regional y nacional, junto con recomendaciones para los equipos de salud, definiciones de caso, criterios de notificación, algoritmo de diagnóstico y medidas ante casos sospechosos y contactos. También se incluye una actualización sobre hantavirosis, con una descripción de la situación epidemiológica actual, el contexto internacional vinculado con un brote relacionado con un crucero, las acciones desarrolladas por el Ministerio de Salud de la Nación y las principales conclusiones del análisis.

Finalmente, se incluyen alertas y comunicaciones internacionales vinculadas con la situación epidemiológica regional de sarampión en Canadá, Estados Unidos de América, México y Perú, así como una alerta epidemiológica sobre influenza estacional y otros virus respiratorios ante el inicio de la temporada del hemisferio sur. La edición se completa con una selección de destacados de boletines jurisdiccionales sobre hantavirosis, chikungunya, coqueluche, varicela y bronquiolitis en menores de 2 años, además de 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.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 14
IV.3. Síntesis de la información nacional destacada 14
IV.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados 15
IV.4.A. Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI 15
IV.4.B. Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave -IRAG 18
IV.5. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas 21
IV.5.A. Recomendaciones para equipos de salud 21
IV.6. Vigilancia epidemiológica 21
IV.7. Recomendaciones para la población 22
IV.8. Vacunación antigripal 23
IV.9. Tratamiento antiviral 24
IV.10. Subtipificación y caracterización genómica de Influenza en el Laboratorio Nacional de Referencia 25
IV.10.A. Secuenciacion genomica de influenza a(h3n2) 2025-2026 25
IV.10.B. caracaterización de casos de influenza recibidos en el lnr desde se1 a se 15/2026. 26
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus **31**
V.1. Situación regional 31
V.2. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026 32
V.2.A. Nota metodológica 32
V.3. Situación de dengue en Argentina 34
V.3.A. Temporada 2025/2026 34
V.3.B. Distribución espacial de los casos de dengue durante la temporada. 35
V.3.C. Casos Probables 36
V.3.D. Caracterización clínica de los casos de dengue 37
V.3.E. Consideraciones para la vigilancia por laboratorio 37
V.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina 38
V.4.A. Caracterización clínica de los casos de chikungunya. 41
V.5. Situación epidemiología de otros Arbovirus en Argentina 42
V.5.A. Encefalitis arbovirales 42
V.5.B. Otros arbovirus 44

ACTUALIZACIONES PERIODICAS **46**
VI. MPOX – Actualización Informe epidemiológico **47**
VI.1. Introducción 47
VI.2. Situación internacional 47
VI.2.A. Situación en África 48

VI.2.B. Situación en las Américas38F 48
VI.3. Situación en Argentina 49
VI.4. Recomendaciones para el equipo de salud 50
VI.5. Vigilancia Epidemiológica 51
VI.5.A. Definiciones y clasificaciones de caso 52
VI.5.B. Notificación 53
VI.6. Algoritmo de diagnóstico y notificación de mpox 53
VI.7. Medidas ante casos sospechosos 54
VI.8. Medidas ante contactos 55
VII. Hantavirosis 56
VII.1. Introducción 56
VII.2. Situación epidemiológica actual 57
VII.2.A. Nota metodológica 57
VII.2.B. situación epidemiológica 57
VII.2.C. Contexto internacional. Brote relacionado con un crucero. 67
VII.2.D. Sobre las acciones del ministerio de salud de la nación 68
VII.2.E. Conclusiones 68

ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES 70
VIII. Introducción 71
VIII.1. Sarampión - Situación epidemiológica regional 72
VIII.1.A. Canadá 72
VIII.1.B. Estados Unidos de América 72
VIII.1.C. México3F 73
VIII.1.D. perú3F 73
VIII.3. Alerta Epidemiológica Influenza estacional y otros virus respiratorios: inicio temporada hemisferio Sur 75
VIII.3.A. Resumen de la situación a nivel global 75
VIII.3.B. Resumen de la situación Región de las Américas 76

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES 91
IX. Boletines Jurisdiccionales 92
IX.1. Buenos Aires: Hantavirosis 92
IX.2. Salta: Chinkungunya 93
IX.3. Santa Fe: Coqueluche 94
IX.4. Tierra del Fuego: Varicela 95
IX.5. Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años 96

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA 97
X. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 98
XI. Herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud. 9° Edición 102
XII. Curso Vigilancia y notificación de Dengue 103

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 SE16	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	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	220	225	Dentro de lo esp.	Dentro 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	56	65	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	4228	5802	En aumento	Dentro de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	164	145	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	75	68	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	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	2423	2863	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	310	388	En aumento	Por debajo de lo esp.	
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chinÍ)	22	19	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	5	6	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Brucelosis	35	38	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Leptospirosis	64	111	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Psitacosis	61	42	Por debajo de lo esp.	Por encima de lo esp.	
Grupo	**Evento**	**Mediana Acumulado 2022-2025**	**Acumulado 2026 SE16**	**En lo que va del año, el evento se encuentra...**	**En las últimas 4 semanas el evento se encuentra...**	**Tendencia 2022-2026**
ETMI - Enfermedades del niño	Chagas agudo congénito	13	9	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Sífilis Congénita	211	261	En aumento	Por debajo de lo esp.	
	Hepatitis B - Expuesto a la trans. vertical	0	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en embarazadas	367	313	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Sífilis en embarazadas	2290	3452	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Hepatitis B en embarazadas	12	4	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Hepatitis virales	Hepatitis A	10	37	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Hepatitis B	154	165	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Hepatitis C	299	361	En aumento	En aumento	
	Hepatitis E	1	1	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Infecc. de trans. sexual	Sífilis en población general	7221	14275	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
Infecc. Resp. agudas	Legionelosis	8	9	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	412	344	Dentro de lo esp.	Por debajo 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	10	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	105	222	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
Lesiones*	Intento de Suicidio sin resultado mortal	2083	3351	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Intento de Suicidio con resultado mortal	95	160	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	2434	2916	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	

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

Fe de erratas: Se informa, que el dato publicado en el boletín epidemiológico anterior para el evento **coqueluche**, consignado como cero casos, no reflejó la información consolidada disponible. Por este motivo, el evento no se incluye en la tabla del presente boletín, dado que la información se encuentra actualmente en proceso de revisión y validación.

Asimismo, se prevé la elaboración de un informe específico sobre coqueluche en la próxima edición del Boletín Epidemiológico Nacional, con el objetivo de presentar la situación epidemiológica del evento con datos actualizados y validados.

EVENTOS **PRIORIZADOS**

IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

IV.1. Nota Metodológica

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

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

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

En la Región de las Américas, durante la semana epidemiológica (SE) 14 de 2026, la actividad de influenza se presenta de manera heterogénea entre las subregiones. En América del Norte, el Caribe, Centroamérica y la subregión Andina predomina una tendencia descendente, consistente con la salida del período epidémico, aunque con leves repuntes en algunas áreas. En contraste, en Brasil y el Cono Sur se observa un aumento sostenido, en línea con el inicio de la temporada. Predomina la circulación de influenza A(H3), con cocirculación de otros subtipos y de influenza B en menor proporción. La actividad de Virus Sincitial Respiratorio (VSR) se mantiene en niveles bajos a moderados en la mayoría de las subregiones, con tendencias variables (descendentes en el norte y crecientes en el sur), mientras que la circulación de SARS-CoV-2 permanece baja y estable o en descenso en toda la región. En paralelo, otros virus respiratorios, como rinovirus, adenovirus y parainfluenza, presentan patrones heterogéneos, con disminuciones en algunas subregiones y aumentos puntuales en otras.

IV.3. Síntesis de la información nacional destacada

Hasta la SE15 de 2026, la vigilancia clínica se notificaron 197.652 casos de ETI, 28.555 casos de neumonía y 17.252 casos de bronquiolitis en menores de dos años.

En la vigilancia centinela ambulatoria, influenza registró un leve incremento, con predominio de influenza B y detecciones de influenza A hacia el final de 2025. En 2026 influenza registró un bajo número de detecciones hasta la SE 12, con incremento posterior, observándose 121 casos en las SE 15 y 16. En 2026 se registró 1 detección de VSR. SARS-CoV-2 muestra un ascenso leve y sostenido desde la SE34/2025, acentuado en las semanas 43 a 45/2025, con descenso en las semanas posteriores.

En las UC-IRAG, se registraron más de 11.000 internaciones en 2025, con detecciones de los tres virus priorizados y un ligero aumento de IRAG asociada a SARS-CoV-2 entre semanas 35 y 47. En las 16 primeras SE de 2026 se registraron 1.383 internaciones, con 17 detecciones de SARS-CoV-2, 98 de Influenza y 27 de VSR.

La vigilancia universal por red de laboratorios mostró, en las últimas semanas de 2025, un predominio de influenza B, con detecciones de influenza A e influenza A(H3N2) hacia el final del año. En 2026, las detecciones de influenza se mantuvieron estables hasta la SE9, desde la

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

SE 10 se registra un aumento, tanto en el número de casos, como en el porcentaje de positividad. Con respecto a las detecciones de VSR, presentan un promedio de 16 casos semanales en las últimas 4 semanas. 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 SE15/2026, se registra circulación de virus respiratorios, principalmente Influenza, seguido de SARS-CoV-2, adenovirus, metapneumovirus, parainfluenza y VSR.

En personas internadas, en la SE16/2026, se notificaron 9 hospitalizaciones con diagnóstico de SARS-CoV-2, 48 con diagnóstico de influenza y 15 con VSR. No se registran fallecidos con diagnóstico de SARS-CoV-2 en esta semana. En lo que va del año, se registraron 3 fallecimientos con diagnóstico de influenza.

IV.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados

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

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

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

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

Durante 2025, en los establecimientos UMA se analizaron 6.078 muestras para la detección de SARS-CoV-2 mediante técnica molecular, de las cuales 457 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 7,52%. A partir de la SE34 se observó un ligero incremento en el número de casos y en el porcentaje de positividad, con un ascenso más marcado en las SE41 a 45, período en el cual se alcanzaron los valores más elevados de positividad, con un máximo en la SE45 (26,4%). En la SE 16 de 2026, se confirmaron 3 casos entre 93 muestras analizadas por PCR.

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

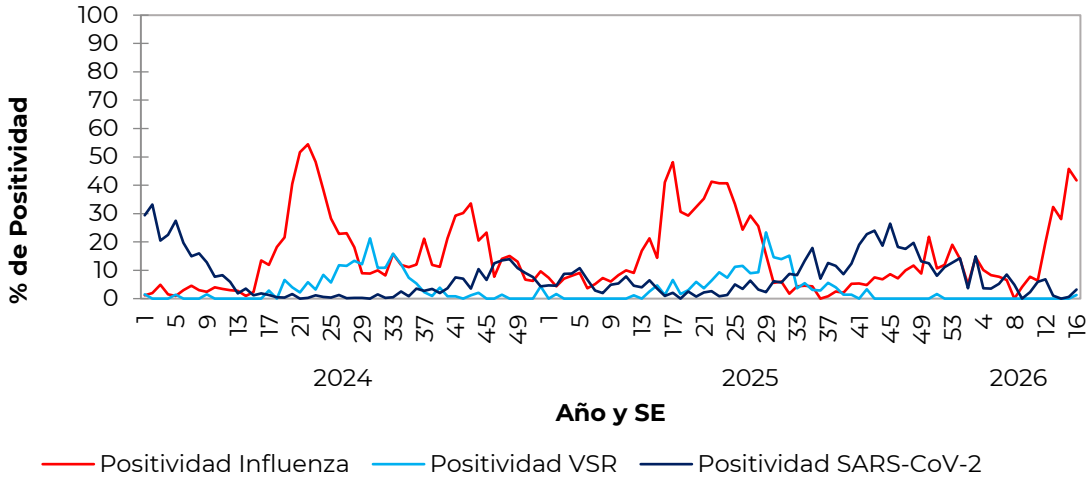
[2] Para más información, consultar Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control de Infecciones Respiratorias Agudas en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevencion_y_control_ira-2024.pdf

En 2025, se registraron 1022 detecciones entre 5.727 muestras estudiadas, con una positividad acumulada de 17,85%. A partir de la SE11, se verificó una tendencia ascendente tanto de las detecciones como del porcentaje de positividad, a expensas de las detecciones de influenza A sin subtipificar y del subtipo A (H1N1). Estos indicadores alcanzaron valores más elevados entre las SE22 y SE25, seguidos de un descenso sostenido. Hacia el final del periodo, se registró un leve incremento en las detecciones y en la positividad, con predominio de influenza B/linaje Victoria, observándose en las últimas semanas un mayor número de detecciones de influenza A; no obstante, los valores se mantuvieron bajos. En las SE 15 y 16 de 2026 se notificaron 121 casos de influenza entre las 273 muestras estudiadas en UMA.

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

En 2025 se registraron 195 muestras positivas dentro de las 4.165 muestras estudiadas, con un porcentaje de positividad acumulado de 4,68%. En UMA se registró un ascenso de las detecciones y positividad de muestras estudiadas para VSR, que se mantuvo por encima del 9% entre las SE25 y 32, con oscilaciones, y alcanzó el máximo en SE29, con tendencia descendente las siguientes semanas. En las primeras 16 SE de 2026, se notificó 1 detección de VSR entre las 1.074 muestras estudiadas.

Gráfico 1. Porcentaje de positividad de muestras estudiadas por técnica molecular para SARS-CoV-2, influenza y VSR, por SE. Estrategia UMA. SE1/2024 a SE16/2026. Argentina.

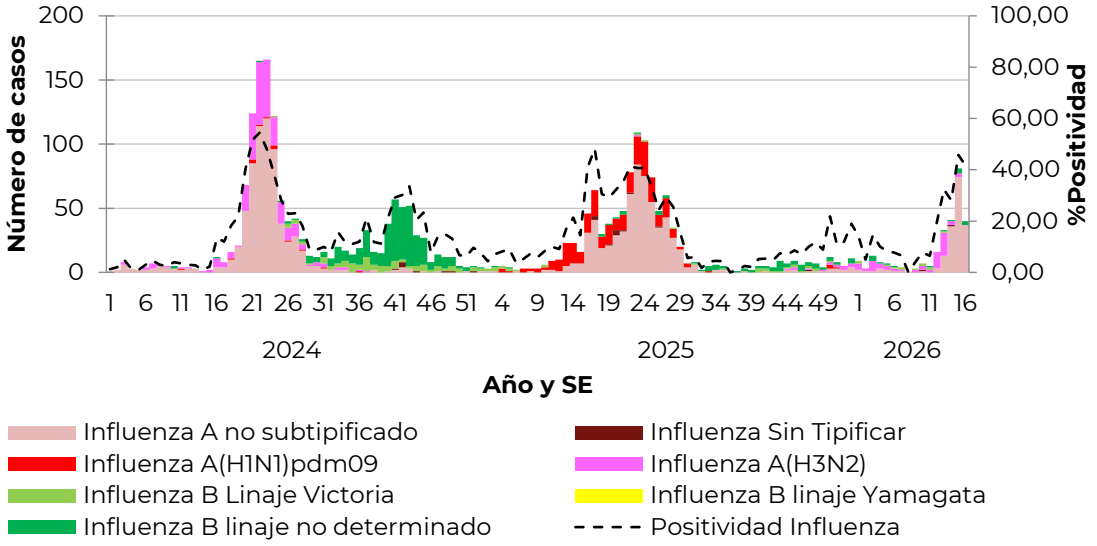


Fuente:elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

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

En las primeras 16 SE de 2026, se detectaron 244 casos de infuenza A, 69 casos con subtipificación que corresponde a A(H3N2). En cuanto a influenza B, se detectaron 29 casos, dentro de los cuales se detectó linaje Victoria en 12 de ellos.

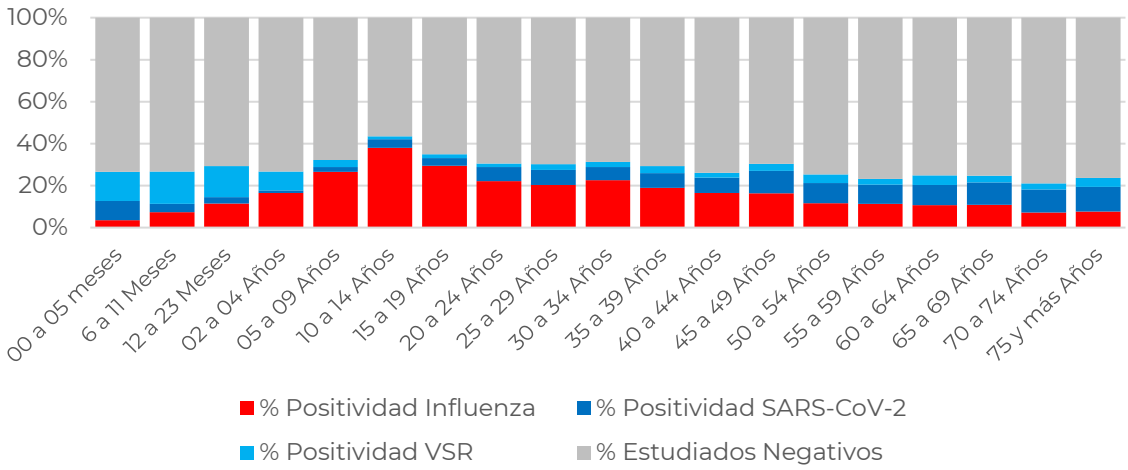
Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2024 a SE16/2026. Estrategia UMA. Argentina.



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

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

Gráfico 3. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados. SE1/2024 a SE16/2026. Estrategia UMA. Argentina[3].



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

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

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

Como parte del proceso de fortalecimiento y expansión de la Red Argentina de Vigilancia Centinela de IRAG, a partir de la SE18 de 2024, se adaptó la notificación nominal y agrupada de casos de IRAG para dar respuesta a los objetivos de esta vigilancia. Además, se incorporó la notificación de casos de IRAG extendida, que busca mejorar la integración del VSR a la vigilancia de virus respiratorios. A la fecha de publicación de este Boletín, 41 establecimientos del país participan de la estrategia, con representación de todas las regiones del país. [4]

Definiciones de caso Vigentes

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

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

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

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

En lactantes menores de 6 meses también considerar:

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

En las 16 primeras SE de 2026 se registraron de manera nominal un total de 1.383 internaciones con diagnóstico de IRAG y 593 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida en la Red Argentina de UC-IRAG[9].

La curva de casos de IRAG presentó tendencia ascendente entre las SE 18 y 28 de 2024, asociada al aumento estacional de casos de influenza A/H3N2 y, posteriormente, al ascenso de casos de VSR, permaneciendo por encima de los 200 casos semanales de IRAG entre las SE24 y 37. En 2025, las notificaciones de IRAG experimentaron un aumento desde la SE12, alcanzando su máximo en la SE35. En 2026 los casos de IRAG se mantuvieron estables hasta la SE 10, con un aumento en las últimas semanas (un promedio de 134 casos semanales en las últimas 4 semanas).

[4] Para más información sobre la estrategia de vigilancia centinela de IRAG, consultar Guia Operativa Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia-uc-irag-vff.pdf

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

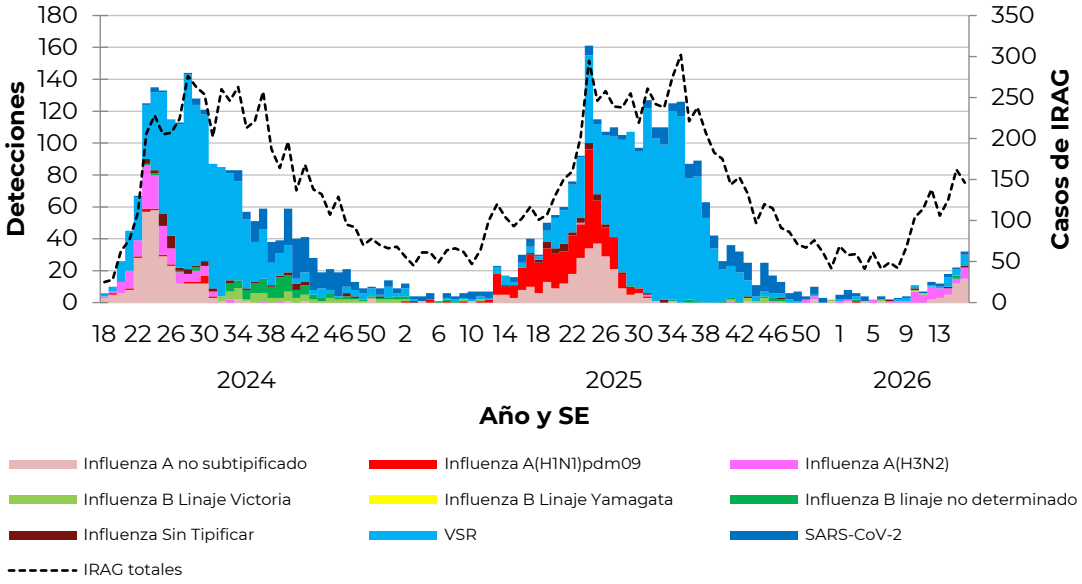
[6] Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplado en la definición de caso

[7] La fiebre se define como una temperatura ≥37,5 C. La hipotermia se define como una temperatura

[8] El shock se define por letargo, respiración rápida, piel fría, llenado capilar prolongado y pulso rápido y débil.

[9] Para el presente análisis se considera la semana epidemiológica de la fecha de internación registrada o, en su defecto, la primera entre fecha de notificación del caso o fallecimiento.

Gráfico 4. Casos totales de IRAG y detecciones de Influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y VSR, y por SE. Estrategia UC IRAG. SE18/2024 a SE16/2026. Argentina



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

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

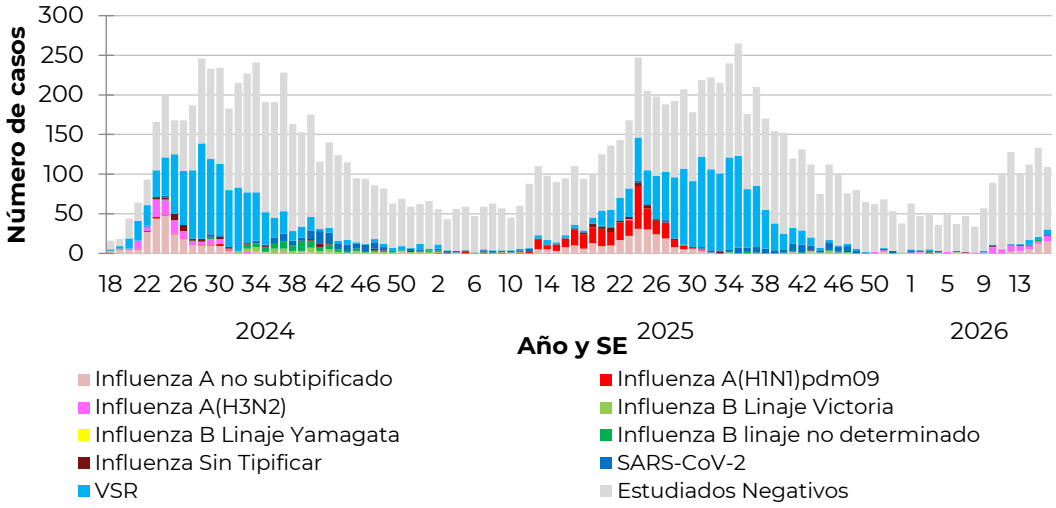
Aun cuando se registraron IRAG con diagnóstico de **Influenza** durante todo el periodo, entre la SE18 y la SE31 de 2024 se observó un ascenso de detecciones influenza A/H3N2, que alcanzó sus valores máximos entre SE 23/2024 y 24/2024. Con el descenso de casos de influenza A, se registró a partir de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

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

En las 16 primeras semanas de 2026, se detectaron 88 casos de influenza A, de los cuales 48 cuentan con subtipificación, siendo 47 de ellos A(H3N2) y 1 A(H1N1). Con respecto a influenza B, se registraron 6 casos, de los cuales 3 corresponden a linaje Victoria.

En cuanto a IRAG con diagnóstico de **VSR**, desde SE18/2024 se registró tendencia ascendente tanto de casos como del porcentaje de positividad, que alcanzaron valores máximos en SE28/2024, con descenso posterior, permaneciendo estable y en valores bajos desde SE41/2024. A partir de la SE20/2025 se registró un nuevo ascenso de las detecciones de VSR entre los casos de IRAG. Las detecciones alcanzaron su valor máximo en la semana 31, manteniéndose en valores elevados durante las semanas siguientes y mostrando una tendencia descendente a partir de la SE36, con valores bajos en las últimas semanas de 2025 y con 27 casos en las primeras 14 SE de 2026.

Gráfico 5. Casos de IRAG estudiados por técnica molecular para virus SARS-CoV-2, influenza y VSR según resultado, por SE. SE18/2024 a SE16/2026. Estrategia UC IRAG. Argentina [10].

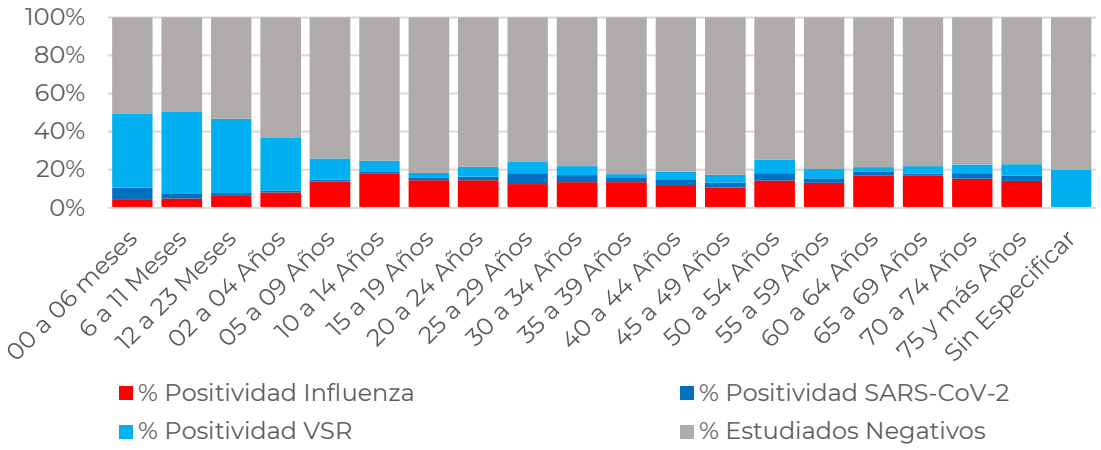


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0

En las últimas 4 semanas, entre 454 casos de IRAG estudiados por técnica molecular para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron: 1 codetección de SARS-CoV-2 e influenza, 3 casos de SARS-CoV-2, 58 casos de influenza y 17 de VSR. Los restantes 375 casos resultaron negativos para los agentes etiológicos priorizados.

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

Gráfico 6. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados, en casos de IRAG. SE18/2024 a SE16/2026. Estrategia UC IRAG. Argentina[11]



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

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

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

IV.5.A. RECOMENDACIONES PARA EQUIPOS DE SALUD

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

IV.6. Vigilancia epidemiológica

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

En este marco, se recomienda:

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

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

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

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

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

Definiciones:

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

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

IV.7. Recomendaciones para la población

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

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

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

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

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

IV.8. Vacunación antigripal

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

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

Población objetivo para vacunación antigripal:

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

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

IV.9. Tratamiento antiviral

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

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

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

Indicaciones de tratamiento antiviral

Manejo de Influenza estacional

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

-Casos ambulatorios con Enfermedad Tipo Influenza (ETI)

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

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

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

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

IV.10. Subtipificación y caracterización genómica de Influenza en el Laboratorio Nacional de Referencia

Nota metodológica: Para el presente informe se tuvieron en cuenta los casos de Influenza derivados al Laboratorio Nacional de Referencia, sus resultados de tipificación y subtipificación así como los resultados de secuenciación genómica.

La secuenciación genómica se realizó en el 100% de los casos hasta la SE13 y comenzó a hacerse por muestreo a partir de la SE14.

Para dar continuidad a la difusión del número de casos detectados de Influenza A(H3N2) subclado J.2.4.1/K se presenta en primer lugar los resultados de secuenciación de Influenza A(H3N2) y su distribución por región y provincia para los años 2025 y lo que va de 2026.

A continuación, se describe, para el período SE1 a SE15 de 2026 la distribución por tipo y subtipo de casos recibidos en el LNR con fecha de toma de muestra en el año epidemiológico 2026 y los resultados de secuenciación del muestreo aplicado.

Para el muestreo se tuvieron en cuenta variables temporales (SE de FTM), espaciales (región de procedencia) como de población afectada (ambulatorios e internados y grupos de edad).

IV.10.A. SECUENCIACION GENOMICA DE INFLUENZA A(H3N2) 2025-2026

Entre la SE 1/2025 y la SE 15/2026, el Laboratorio Nacional de Referencia secuenció 192 muestras positivas para Influenza A(H3N2) provenientes de 23 jurisdicciones, de las cuales 153 (80%) correspondieron al subclado J.2.4.1 (K), 28 (15%) al subclado J.2.3; y el resto a los subclados J.2.4, J.2 y J.2.2.

Entre los casos secuenciados de Influenza A(H3N2), el subclado J.2.4.1 (K) predominó tanto en el 2025 como en lo que va del 2026, distribuido en las 5 regiones del país: mientras que en el 2025 las regiones Sur y Centro registraron la mayor cantidad de casos secuenciados, en lo que va de 2026, la mayor parte de las detecciones se concentraron en NOA y Centro. Además del subclado K, en lo que va de 2026 se identificó el subclado J.2.3 en NOA, NEA y Sur y el subclado J.2.4 en la región Centro y NOA.

Tabla 1. Casos de Influenza A(H3N2) secuenciados por el LNR por subclado según jurisdicción de residencia. Argentina. SE 1/2025 a SE 15/2026 (N = 192).

Jurisdicción	2025					2026					Total
	J.2	J.2.2	J.2.3	J.2.4	J.2.4.1/K	J.2	J.2.2	J.2.3	J.2.4	J.2.4.1/K	
Centro	**1**	**0**	**3**	**0**	**13**	**0**	**0**	**0**	**6**	**38**	**61**
Buenos Aires	0	0	1	0	4	0	0	0	5	16	26
CABA	1	0	1	0	3	0	0	0	1	17	23
Córdoba	0	0	1	0	2	0	0	0	0	1	4
Entre Ríos	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	3
Santa Fe	0	0	0	0	2	0	0	0	0	3	5
Cuyo	**0**	**1**	**3**	**0**	**2**	**0**	**0**	**0**	**0**	**17**	**23**
Mendoza	0	1	3	0	2	0	0	0	0	14	20
San Juan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
San Luis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
NEA	**1**	**0**	**0**	**0**	**2**	**0**	**0**	**1**	**0**	**9**	**13**
Chaco	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3
Corrientes	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	3
Formosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	7
Misiones											0
NOA	**0**	**0**	**1**	**0**	**1**	**0**	**0**	**1**	**1**	**53**	**57**
Catamarca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5
Jujuy	0	0	1	0	0	0	0	0	1	6	8
La Rioja	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	4
Salta	0	0	0	0	0	0	0	1	0	24	25
Santiago del Estero	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tucumán	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	15
Sur	**1**	**0**	**16**	**0**	**15**	**0**	**0**	**3**	**0**	**3**	**38**
Chubut	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	3
La Pampa	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Neuquén	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3
Río Negro	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	3
Santa Cruz	1	0	5	0	6	0	0	3	0	2	17
Tierra del Fuego	0	0	7	0	3	0	0	0	0	1	11
Total general	3	1	23	0	33	0	0	5	7	120	192

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

IV.10.B. CARACATERIZACIÓN DE CASOS DE INFLUENZA RECIBIDOS EN EL LNR DESDE SE1 A SE 15/2026.

En términos acumulados, desde la SE 1/2026 hasta la SE 15/2026, el LNR recibió 319 muestras positivas para Influenza, de las cuales 312 pudieron ser tipificadas y subtipificadas. Entre las muestras tipificadas, el 86% correspondió a Influenza A (y el 14% a Influenza B. Dentro de las muestras de Influenza A, el 95% correspondió al subtipo A(H3N2) y el 5% al subtipo A(H1N1).

En el análisis regional se verifica que la mayor cantidad de casos Influenza se registran en el NOA y en el Centro. En todas las regiones se detecta mayoritariamente Influenza A, específicamente Influenza A(H3N2) subclado J.2.4.1 (K). El único caso secuenciado de Influenza A(H1N1) subclado D.3.1.1 se identificó en el NEA (Formosa). Por otro lado, Influenza B Victoria se detectó en todas las regiones, menos en el Sur.

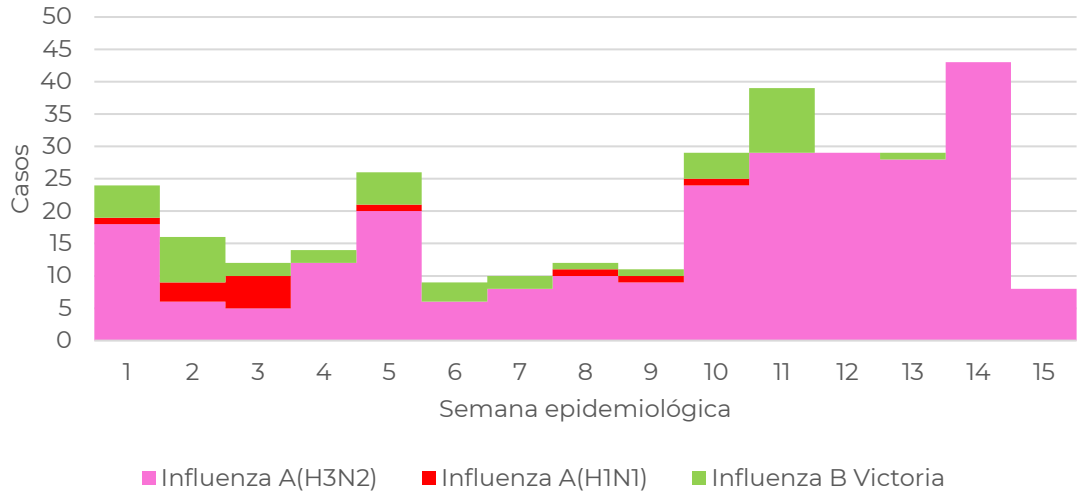
Tabla 2. Casos de Influenza estudiados por el LNR por tipo, subtipo y caracterización genómica, según jurisdicción. Argentina. SE1 a SE15, Año 2026 (N = 319).

Jurisdicción	Influenza A							Influenza B	Influenza sp	Total
	Influenza A(H3N2)				Influenza A(H1N1)		Sin subtip.	Victoria		
	J.2.3	J.2.4.1/ K	J.2.4	Sin esp.	D.3.1.1	Sin esp.				
Centro	**0**	**38**	**6**	**34**	**0**	**5**	**1**	**16**	**2**	**102**
Buenos Aires	0	16	5	13	0	1	1	7	0	43
CABA	0	17	1	8	0	3	0	2	2	33
Córdoba	0	1	0	4	0	0	0	2	0	7
Entre Ríos	0	1	0	0	0	0	0	3	0	4
Santa Fe	0	3	0	9	0	1	0	2	0	15
Cuyo	**0**	**17**	**0**	**11**	**0**	**0**	**0**	**6**	**0**	**34**
Mendoza	0	14	0	9	0	0	0	3	0	26
San Juan	0	2	0	1	0	0	0	2	0	5
San Luis	0	1	0	1	0	0	0	1	0	3
NEA	**1**	**9**	**0**	**7**	**1**	**3**	**0**	**1**	**0**	**22**
Chaco	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Corrientes	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Formosa	0	7	0	7	1	3	0	1	0	19
Misiones										0
NOA	**1**	**53**	**1**	**69**	**0**	**3**	**0**	**19**	**4**	**150**
Catamarca	0	5	0	0	0	1	0	2	0	8
Jujuy	0	6	1	18	0	0	0	0	2	27
La Rioja	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3
Salta	1	24	0	24	0	2	0	7	0	58
Santiago del Estero	0	0	0	1	0	0	0	7	1	9
Tucumán	0	15	0	26	0	0	0	3	1	45
Sur	**3**	**3**	**0**	**2**	**0**	**1**	**0**	**1**	**1**	**11**
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
La Pampa	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Neuquén	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	3	2	0	0	0	0	0	0	0	5
Tierra del Fuego	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
Total general	5	120	7	123	1	12	1	43	7	319

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

En relación con la dimensión temporal, se registraron casos de influenza con fecha de toma de muestra en todas las semanas analizadas. Sin embargo, se observa un incremento en la magnitud de los casos recibidos en el LNR a lo largo del período: mientras que el promedio semanal en las primeras nueve semanas fue de 16 casos, entre las SE10 y SE15 dicho promedio ascendió a 34, evidenciando una tendencia creciente. En cuanto a la distribución por tipo y subtipo viral, durante las primeras diez semanas predominó Influenza A(H3N2), aunque también se registraron casos de Influenza B y de Influenza A(H1N1). A partir de la SE11, los casos notificados corresponden casi exclusivamente a Influenza A(H3N2)..

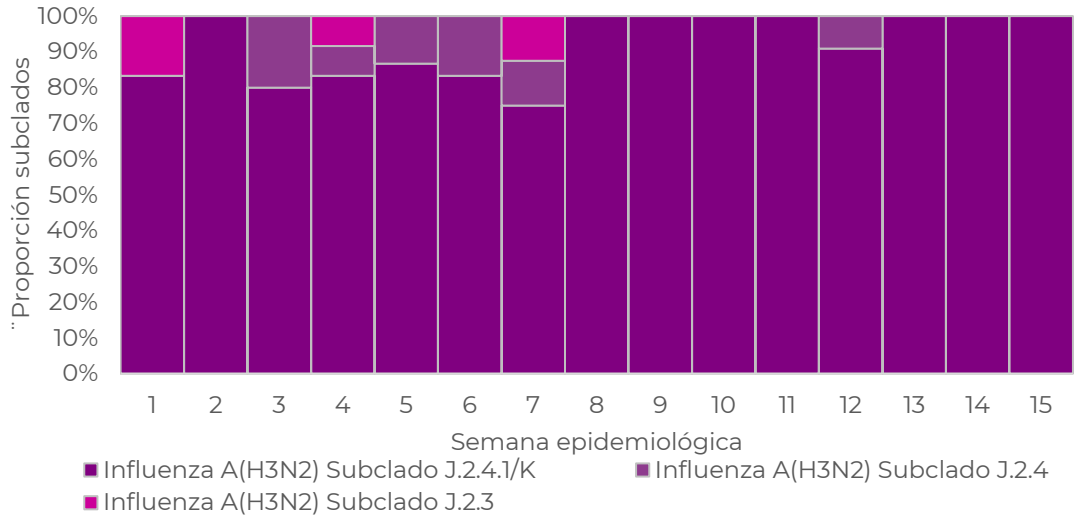
Gráfico 1. Casos de Influenza recibidos por el LNR por semana de toma de muestra según tipo y subtipo de virus. Argentina. SE1 a SE15, Año 2026[16].



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

Se realizó la caracterización genómica de 132 casos de Influenza A(H3N2). El subclado prevalente fue J.2.4.1 (K) -con 120 casos (91%)-, seguido del subclado J.2.4 (7) y J.2.3 (5). En cuanto a la distribución temporal, mientras que en las 7 primeras semanas, además del subclado J.2.4.1 (K) que fue preponderante, se registraron los subclados J.2.4 y J.2.3; entre las 8 y 15 el subclado casi exclusivamente identificado fue J.2.4.1 (K)

Gráfico 2. Distribución proporcional de Casos de Influenza A(H3N2) por semana según subclado identificado. SE1 a SE15. Año 2026.



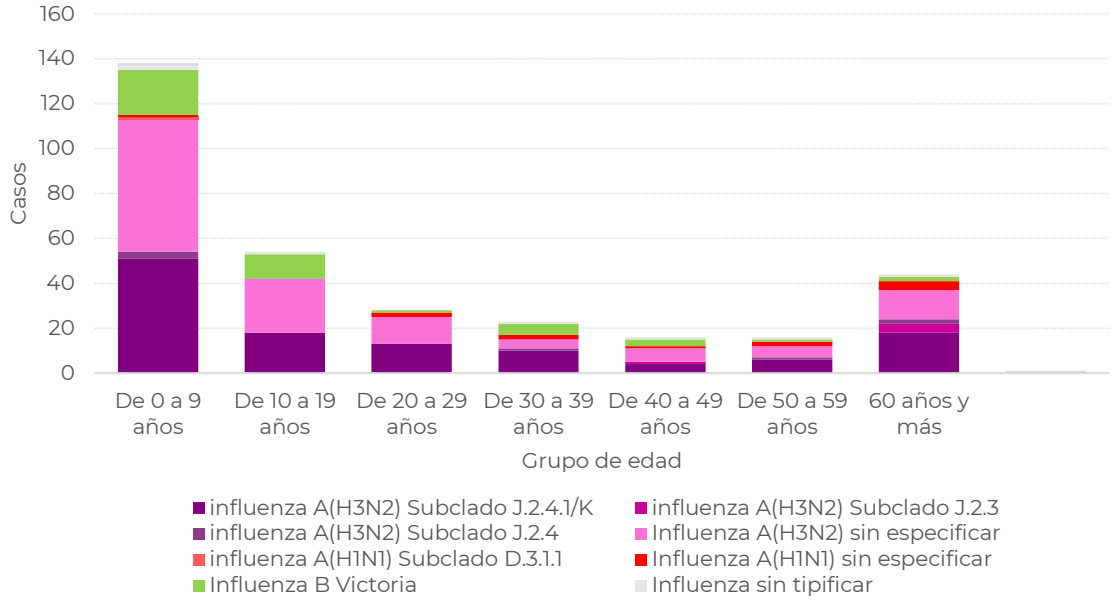
Fuente: Elaboración del Servicio Virosis Respiratorias y el Departamento de Epidemiología del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

Respecto a la distribución etaria de los casos de Influenza recibidos en el LNR -319 contaban con el dato de grupo de edad- los menores de 10 años concentraron el 43% de los casos, seguidos por el grupo etario de 10 a 19 (17%) y 60 años y más (14%). En todos los grupos se mantuvo en términos acumulados el predominio de Influenza A(H3N2), específicamente el

[16] El gráfico toma como referencia temporal la Fecha de Toma de muestra,

subclado J.2.4.1(K). Se detectó Influenza B Victoria en un bajo número de casos en todos los grupos etarios, concentrándose el 76% en los menores de 20 años.

Gráfico 3. Casos de Influenza estudiados por el LNR por tipo, subtipo y caracterización genómica según grupo de edad. Argentina. SE1 a SE13, Año 2026 (N =319)

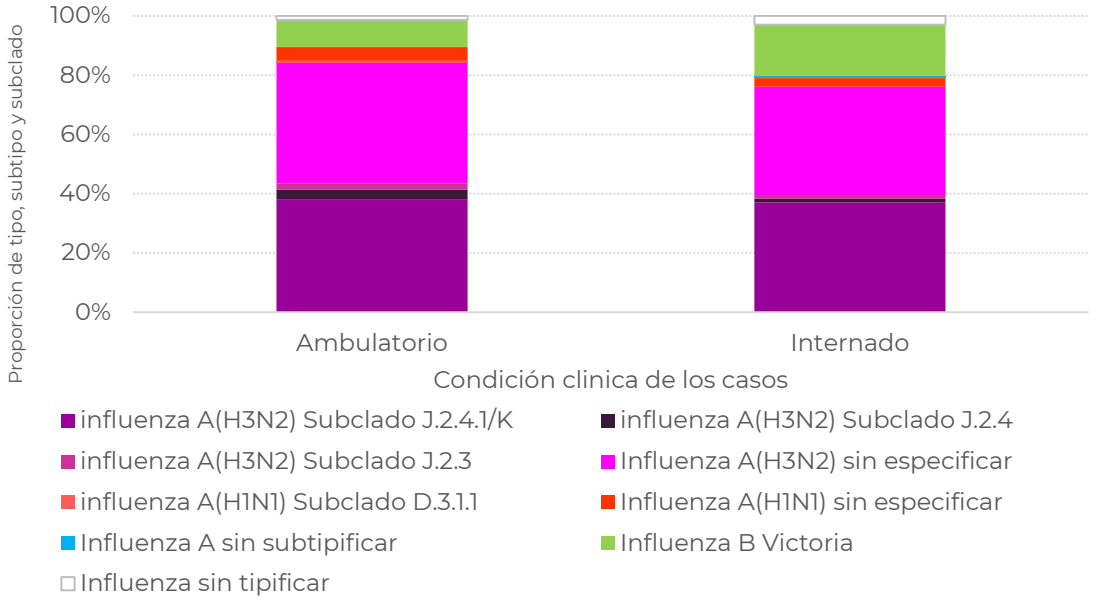


Fuente: Elaboración del Servicio Virosis Respiratorias y el Departamento de Epidemiología del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

En la distribución porcentual de los virus influenza según condición de atención, se observa un predominio de Influenza A(H3N2) tanto en pacientes ambulatorios como internados (alrededor del 80% de todos los casos). En ambos grupos, el subclado predominante de A(H3N2) fue J.2.4.1/K.

Entre los pacientes ambulatorios, se registra también una proporción menor al 10% de Influenza B Victoria mientras que en internados representa el 17% de los casos que llegaron al LNR. En muy baja proporción se registraron también casos de Influenza A(H1N1) tanto entre pacientes ambulatorios como internados (ver Gráfico 3).

Gráfico 4. Distribución proporcional de tipos subtipos y subclados según condición clínica de los casos. SE1 a SE15, Año 2026.



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

V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

V.1. Situación regional

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)[17] y el ARBO-portal[18] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de Arbovirus actualizada al 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

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

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[19].

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

V.2.A. NOTA METODOLÓGICA

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

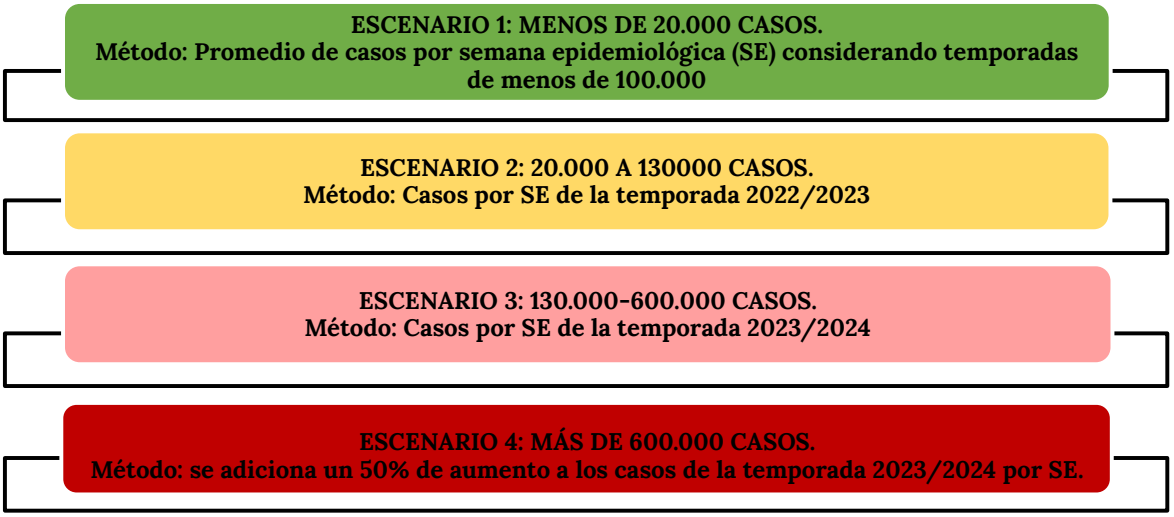
- **Escenario 1 (<20.000 casos):** se calculó a partir del promedio de casos semanales correspondientes a temporadas históricas con más de 1000 y menos de 100.000 casos de dengue, lo que refleja períodos de baja circulación viral y brotes de alcance limitado.
- **Escenario 2 (20.000 a 130.000 casos):**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

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

[19] 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

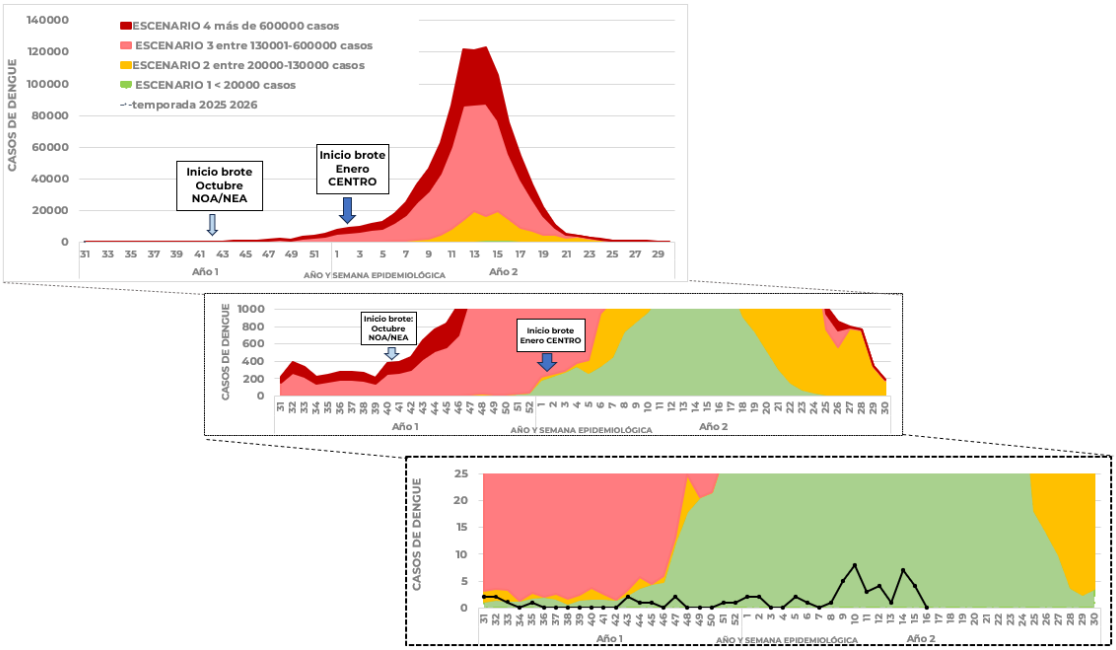
En el último gráfico (detalle en zoom) se presentan los casos de la temporada 2025-2026 y su representación en el modelo de escenarios estimados. Estos registros iniciales permiten dimensionar el inicio de la temporada y anticipar su evolución en comparación con temporadas previas. Por el momento, la 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=54). 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[20], desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) **22071** casos sospechosos de dengue, de los cuales **54** fueron confirmados por laboratorio detectándose la circulación de DENV 1, 2 y 3. El **56%** 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 16/2026 se notificaron **1552** casos sospechosos y **tres** casos confirmados de dengue; estos últimos correspondientes a las jurisdicciones de Buenos Aires y CABA, con fecha de inicio de síntomas en la SE15[21].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.

[20]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).

[21] **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 SE16/2026. 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	57	5	9	DENV-1 DENV-2	1303	352	1737	16
CABA	14	24	8	3	DENV-1 DENV-2 DENV-3	403	185	637	22
Córdoba	2	33	2	0	DENV-2	2503	124	2664	4
Entre Ríos	0	3	4	1	DENV-3	302	8	318	4
Santa Fe	0	29	1	2	DENV-3	1172	69	1273	1
Total Centro	**27**	**146**	**20**	**15**		**5683**	**738**	**6629**	**47**
Mendoza	0	0	1	1	DENV-3	133	2	137	1
San Juan	0	0	0	0		42	0	42	0
San Luis	0	0	0	0		81	13	94	0
Total Cuyo	**0**	**0**	**1**	**1**		**256**	**15**	**273**	**1**
Chaco	0	8	0	0		923	8	939	0
Corrientes	0	1	0	0		148	37	186	0
Formosa	2	2	1	0	DENV-2	4475	39	4519	3
Misiones	0	4	1	0		656	1	662	1
Total NEA	**2**	**15**	**2**	**0**		**6202**	**85**	**6306**	**4**
Catamarca	1	5	0	0	DENV-2	431	4	441	1
Jujuy	0	25	1	0	DENV-3	1100	44	1170	1
La Rioja	0	6	0	0		238	2	246	0
Salta	0	28	0	0		2149	814	2991	0
S. del Estero	0	5	0	0		233	414	652	0
Tucumán	0	84	0	1		2940	156	3181	0
Total NOA	**1**	**153**	**1**	**1**		**7091**	**1434**	**8681**	**2**
Chubut	0	0	0	0		14	2	16	0
La Pampa	0	0	0	2		81	9	92	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		28	3	31	0
T. del Fuego	0	0	0	0		11	0	11	0
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**2**		**162**	**18**	**182**	**0**
Total País	**30**	**314**	**24**	**19**		**19394**	**2290**	**22071**	**54**

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.
- **Veintidós** casos notificados en **CABA**: Catorce casos sin antecedente de viaje, registrándose un clúster en la Comuna 10 (Villa Real) entre la SE9-SE15. El resto de los casos tienen residencia en comuna 7, 9 y 1. Además, se notificaron ocho casos con antecedente de viaje: cinco con antecedente internacional a Brasil (DENV-3), 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.

Tres casos requirieron internación; uno de ellos fue clasificado como dengue con signos de alarma (B2) en la SE 16. Se trató de un caso de 50 años, con residencia en Villa Real (CABA), que presentó signos de alarma como vómitos persistentes, deshidratación secundaria y hepatomegalia. El caso fue confirmado por laboratorio mediante detección de DENV-2. Permaneció un día en unidad de cuidados intermedios y luego cursó una breve internación en sala general. A la fecha, se encuentra de alta. No se han registrado casos graves ni fallecimientos.

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 **9169** casos sospechosos de Fiebre Chikungunya, de los cuales **1544** 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 SE16 se notificaron **435** casos nuevos de Fiebre Chikungunya, en comparación con la SE15.

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**).

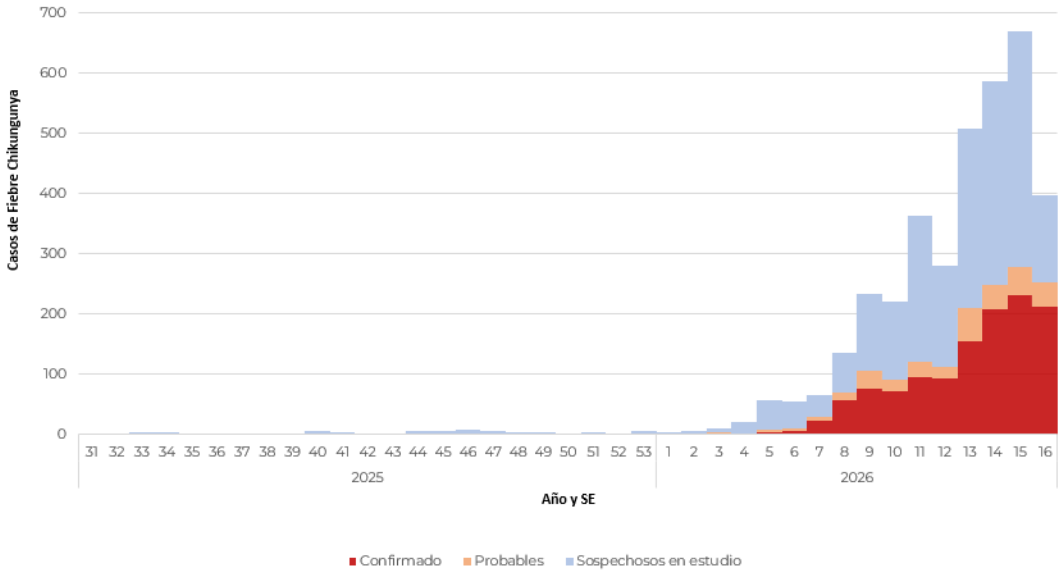
Tabla 2. Fiebre Chikungunya: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE16/2026. Argentina.

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	11	19	5	6	119	21	10	191	41
CABA	5	1	3	1	13	5	4	32	10
Córdoba	19	6	2	0	1780	11	9	1827	27
Entre Ríos	1	2	0	0	29	2	3	37	3
Santa Fe	0	0	0	1	260	7	2	270	1
Total Centro	**36**	**28**	**10**	**8**	**2201**	**46**	**28**	**2357**	**82**
Mendoza	0	0	0	0	23	0	3	26	0
San Juan	0	0	0	0	2	0	0	2	0
San Luis	0	0	2	0	15	0	0	17	2
Total Cuyo	**0**	**0**	**2**	**0**	**40**	**0**	**3**	**45**	**2**
Chaco	0	1	0	0	193	0	0	194	1
Corrientes	0	0	0	0	2	0	1	3	0
Formosa	0	0	0	0	64	0	0	64	0
Misiones	0	0	0	0	52	2	0	54	0
Total NEA	**0**	**1**	**0**	**0**	**311**	**2**	**1**	**315**	**1**
Catamarca	11	13	0	0	180	0	29	233	24
Jujuy	85	41	3	1	642	102	5	879	130
La Rioja	0	0	0	0	60	1	0	61	0
Salta	562	162	80	13	216	1255	553	2841	817
S. del Estero	105	20	0	0	88	85	6	304	125
Tucumán	341	22	0	0	168	90	1499	2120	363
Total NOA	**1104**	**258**	**83**	**14**	**1354**	**1533**	**2092**	**6438**	**1459**
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	0	0	4	0
T. del Fuego	0	0	0	0	0	0	3	3	0
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**0**	**9**	**2**	**3**	**14**	**0**
Total País	**1140**	**287**	**95**	**22**	**3915**	**1583**	**2127**	**9169**	**1544**

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 el pico de casos en la SE15 (N=278) y 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[22]. SE31/2025 a SE16/2026. Argentina.

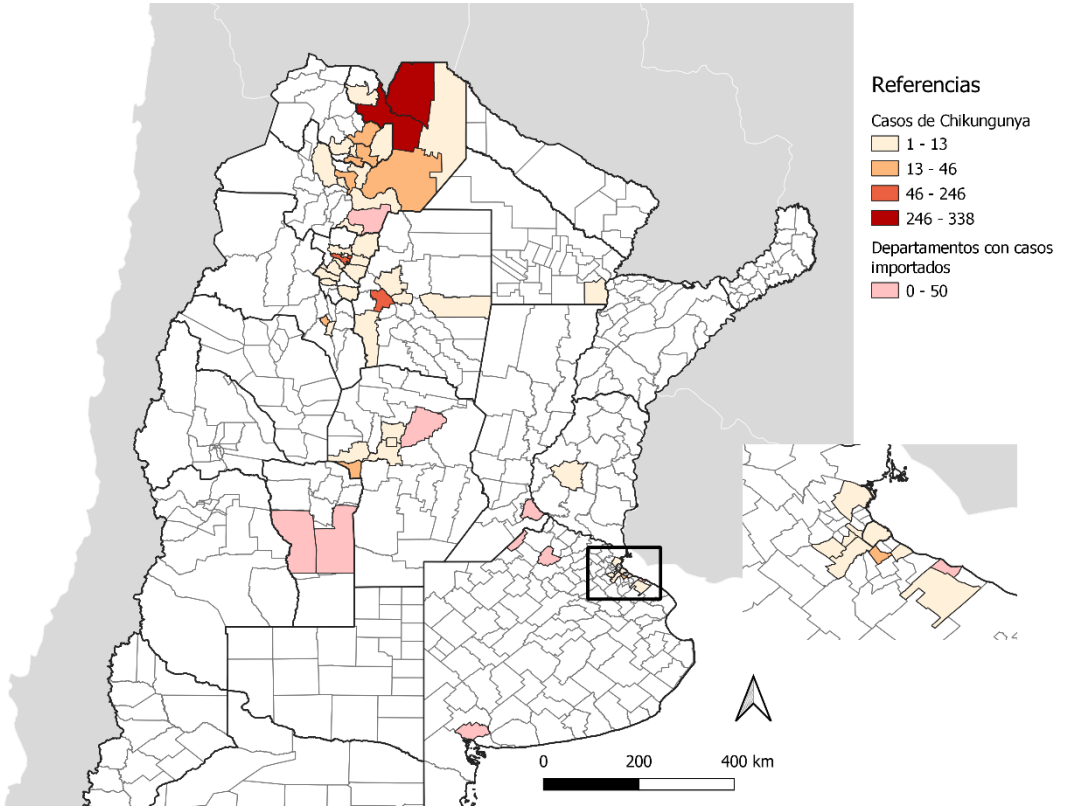


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

En cuanto a la distribución espacial, la mayor carga de enfermedad se concentra en la región **NOA** (n=1459; 95% 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.

[22]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 SE16/2026. 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 54% 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, 932 cuentan con información sobre requerimiento de internación, de los cuales el 10% (n=92) requirió hospitalización. Asimismo, se notificaron tres casos graves, de los cuales uno falleció.

Un 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.

Durante la SE16, se notificó un caso grave en una lactante de 4 meses, residente del departamento Choya, que cursó un cuadro clínico caracterizado por fiebre y exantema maculopapular pruriginoso, con posterior empeoramiento clínico y requerimiento de cuidados intensivos y asistencia respiratoria mecánica. Al día de la fecha presenta una evolución favorable, en plan de externación.

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 **397** 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 **104** 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 **16** 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 **16** casos, **11** corresponden a la provincia de **Buenos Aires** (9 confirmados y 2 probable), con

residencia en **La Plata, 25 de Mayo, Brandsen, Arrecifes, Cañuelas, Lobos y Ezeiza**[23]. 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 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 correspondientes a la nueva temporada 2025-2026 (SE31/2025 a SE16/2026).

Tabla 4. Número de muestras estudiadas y positivas con y sin antecedente de viaje para Encefalitis Arbovirales. SE31/2025 a SE16/2026. 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	40	1	32	2	9
CABA	0	2	0	0	0	0
Córdoba	0	288	0	5	1	1
Entre Ríos	0	11	0	3	1	0
Santa Fe	0	22	0	16	1	0
Total Centro	**2**	**363**	**1**	**56**	**5**	**10**
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	32	1	0
La Rioja	0	2	0	0	0	0
Salta	0	1	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	7	0	3	0	0
Tucumán	0	0	0	2	0	0
Total NOA	**0**	**17**	**0**	**37**	**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**	**397**	**1**	**104**	**6**	**10**

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).

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

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 SE16/2026).

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 SE16/2026. Argentina.

Evento	Fiebre de Oropouche		Enfermedad por virus Zika		Fiebre amarilla	
Jurisdicción	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est
Buenos Aires	0	77	0	44	0	13
CABA	0	8	0	5	0	0
Córdoba	0	89	0	55	0	1
Entre Ríos	0	9	0	2	0	1
Santa Fe	0	159	0	41	0	10
Total Centro	**0**	**342**	**0**	**147**	**0**	**25**
Mendoza	0	23	0	3	0	0
San Juan	0	0	0	1	0	0
San Luis	0	4	0	10	0	0
Total Cuyo	**0**	**27**	**0**	**14**	**0**	**0**
Chaco	0	28	0	142	0	2
Corrientes	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	26	0	16	0	0
Misiones	0	3	0	46	0	8
Total NEA	**0**	**57**	**0**	**204**	**0**	**10**
Catamarca	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	34	0	118	0	0
La Rioja	0	9	0	35	0	9
Salta	0	231	0	672	0	0
Santiago del Estero	0	3	0	158	0	1
Tucumán	0	196	0	22	0	51
Total NOA	**0**	**473**	**0**	**1005**	**0**	**61**
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	3	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	1	0	0	0	0
Total Sur	**0**	**5**	**0**	**1**	**0**	**0**
Total País	**0**	**904**	**0**	**1371**	**0**	**96**

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 **904** 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 **1371** 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 **96** 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. MPOX – Actualización Informe epidemiológico

VI.1. Introducción

Ante el aumento de la mpox asociado a la aparición de un nuevo Clado del virus de la mpox (Clado Ib), su rápida propagación en el este de la República Democrática de Congo y la notificación de casos en varios países vecinos, se declaró en agosto de 2024 como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), de acuerdo Reglamento Sanitario Internacional (2005) (RSI [2005]). A raíz de ello y en virtud de dar difusión a las medidas de prevención, vigilancia y respuesta, el Ministerio de Salud de la Nación emitió una Alerta Epidemiológica el 16 de agosto de 2024, incluyendo la descripción de la situación y las directrices vigentes para la vigilancia epidemiológica y las medidas ante casos y contactos entre otros aspectos relacionados con este evento, que se encuentra disponible en:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/alerta_viruela_simica_16082024.pdf

Con el fin de dar una orientación general y una respuesta coordinada, el Ministerio de Salud de la Nación elaboró un Plan específico. Este Plan es clave para guiar las actividades de preparación y respuesta de salud pública a nivel nacional, jurisdiccional y local, con el objetivo principal de detener los brotes de transmisión de Mpox de persona a persona y mitigar su impacto en salud humana a través de medidas coordinadas a nivel nacional. Para facilitar el abordaje de este plan, se han estipulado tres escenarios epidemiológicos frente al ingreso y transmisión de casos de Mpox en Argentina:

1. Sin transmisión autóctona, pero con casos importados del Clado II
2. Con casos esporádicos de transmisión autóctona del Clado II y sin Clado I
3. Con introducción del Clado I

El Manual se encuentra en el siguiente link;

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/250407_plan_mpox_2025.pdf

Si bien el 5 de septiembre de 2025 se dio por finalizada la Emergencia en Salud Pública de Importancia Internacional, los distintos Clados y subclados del MPXV siguen afectando a diversas regiones geográficas, con variadas dinámicas de transmisión.

VI.2. Situación internacional[24]

Según el análisis filogenético, el virus de la mpox (MPXV) se divide en dos Clados principales: el Clado I (uno, anteriormente Clado de la Cuenca del Congo) y el Clado II (dos, anteriormente Clado de África Occidental). Cada uno de estos clados se subdivide a su vez en dos subclados: el Clado Ia y el Clado Ib dentro del Clado I; el Clado IIa y el Clado IIb dentro del Clado II.

El Clado Ia circula en varios países de África central y se asocia con una propagación regular desde uno o más reservorios animales con cierta transmisión de persona a persona. El Clado Ib surgió en 2023 en las regiones orientales de la República Democrática del Congo y está sufriendo una transmisión sostenida de persona a persona.

El Clado IIa se ha detectado principalmente en especies animales, con solo un número limitado de casos humanos. Sin embargo, recientemente se ha notificado un número

[24] Disponible en: mpx_global

creciente de casos en varios países de África Occidental. El Clado IIb ha estado circulando de manera sostenida en humanos desde al menos 2016 y ha provocado el brote multipaís en curso desde 2022 hasta la actualidad.

Respecto del **Clado Ib**, en las últimas 6 semanas fueron detectados casos confirmados con transmisión comunitaria en **República Democrática del Congo, Uganda, Burundi, Kenia, Congo, República Centroafricana, Malawi, España, Sudán del Sur, Madagascar, Comoras, Alemania, Pakistán, Singapur, Dinamarca, Reino Unido y Portugal**. Se detectaron casos relacionados con viajes a zonas endémicas en **Estados Unidos de América, Países Bajos, Irlanda, República Checa y Ecuador** y un caso en investigación en **Colombia.**

Desde el 8 de diciembre de 2025, se han notificado tres casos de una cepa recombinante de MPXV del clado Ib/IIb en el Reino Unido, India y Qatar.

VI.2.A. SITUACIÓN EN ÁFRICA

En los últimos doce meses, hasta el 19 de abril de 2026, 30 países notificaron 32.585 casos confirmados, incluidas 152 muertes. Los tres países con más casos son la República Democrática del Congo (14.731 casos), Sierra Leona (5.200) y Uganda (3.126).

Este indicador debe interpretarse con cautela, ya que los casos sospechosos de mpox se registran según distintas definiciones de casos nacionales. Además, no todos los países cuentan con sistemas de vigilancia sólidos para mpox, lo que significa que es probable que los recuentos de casos notificados subestimen el alcance de la transmisión comunitaria.

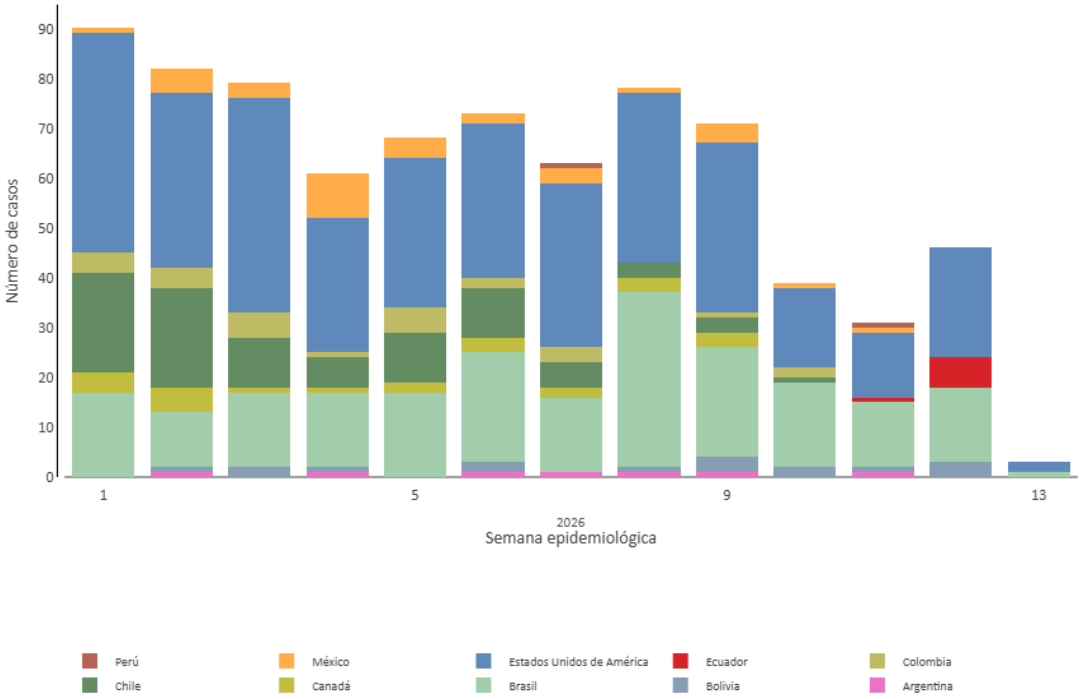
VI.2.B. SITUACIÓN EN LAS AMÉRICAS[25]

Respecto de la situación regional, según la última actualización epidemiológica de la Organización Panamericana de la Salud, entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 13 de 2026 fueron notificados en la Región de las Américas 784 casos de mpox, con una defunción.

Los países de la región que detectaron casos de mpox durante 2026 son los siguientes: Estados Unidos (364 casos), Brasil (215), Chile (88), México (34, con una defunción), Colombia (27), Canadá (24), Bolivia (16), Ecuador (7) y Perú (2).

[25] Disponible en: https://shiny.paho-phe.org/mpox/

Gráfico 1. Casos confirmados de mpox según semana epidemiológica de inicio de síntomas/notificación según país. Región de las Américas, SE1 a SE13 2026.

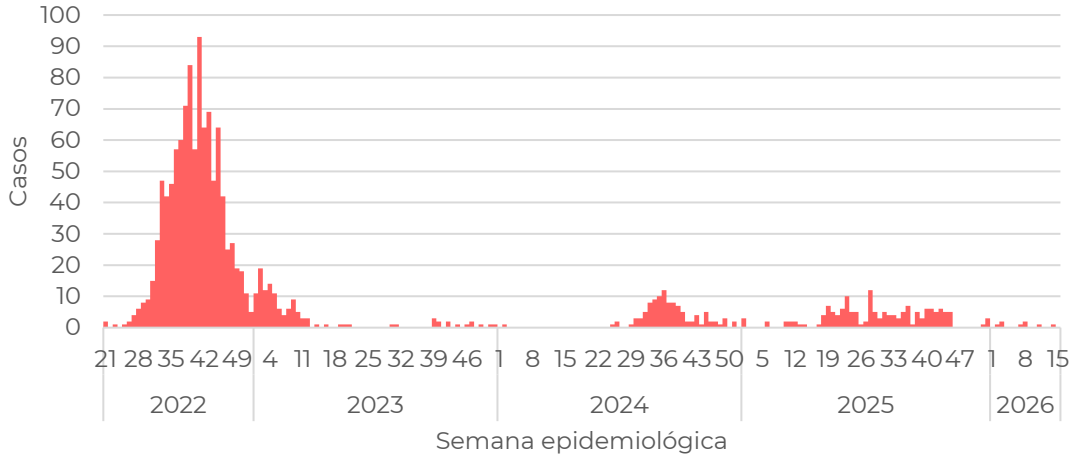


Fuente: https://shiny.paho-phe.org/mpox/

VI.3. Situación en Argentina

Durante el año 2022 (año epidémico), a partir de la SE 21, fueron notificados 1.024 casos confirmados. En 2023 se notificaron 124 casos confirmados, principalmente en la primera mitad del año, mientras que en 2024 se confirmaron 107 casos, concentrados en la segunda mitad del año. Durante 2025 se confirmaron 157 casos. Entre la semana 1 y 15 de 2026 se confirmaron 8 casos (Gráfico 2).

Gráfico 2. Casos confirmados de mpox según semana epidemiológica de fecha mínima[26]. Argentina, SE21/2022 a SE15/2026. (N=1.420)



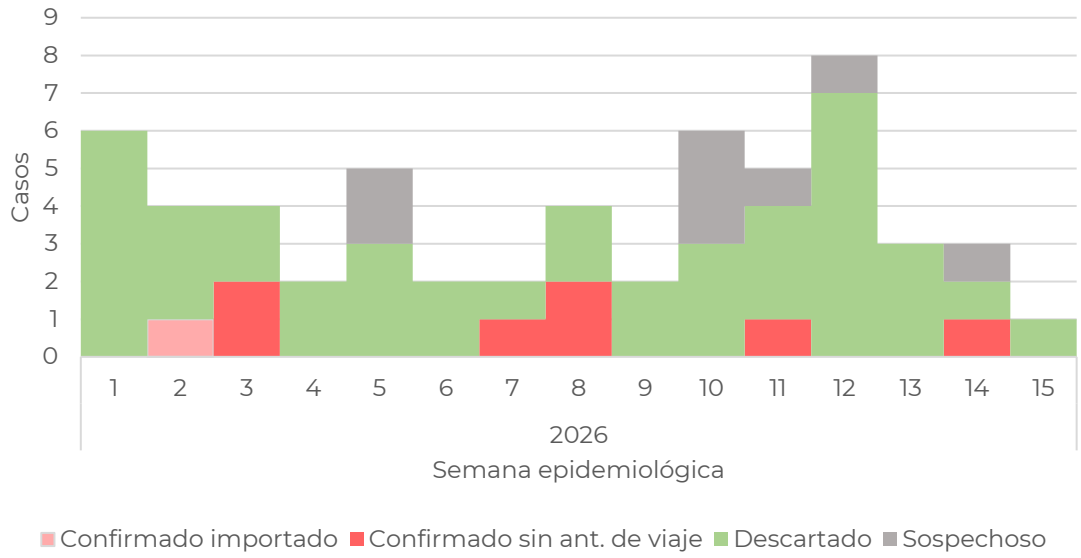
Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS2.0

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

Para mayor información sobre de los casos notificados en años previos, dirigirse a: Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 52 Nº 737, Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 52 Nº 685 y Boletín Epidemiológico Nacional N° 791, SE 1.

Respecto de la última actualización (SE 11/2026), se confirmó un caso nuevo, con residencia en Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Gráfico 3. Casos notificados de mpox según clasificación y antecedente de viaje por semana epidemiológica de fecha mínima. Argentina, SE1 a SE15/2026. (N=57)



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

Los casos de 2026 residen CABA (7 casos) y Río Negro (1, con antecedente de viaje a Chile), son de sexo masculino y tienen entre 29 y 43 años de edad. En aquellos casos que consignan información (n=4), el principal antecedente epidemiológico son las relaciones sexuales con hombres (4 casos) y relaciones sexuales con parejas nuevas, múltiples y ocasionales (2).

En dos de los casos se identificó el clado I del virus Mpox mediante estudios de laboratorio en el Laboratorio Nacional de Referencia ANLIS “Carlos G. Malbrán”. Ambos presentaron evolución clínica favorable y manejo ambulatorio.

VI.4. Recomendaciones para el equipo de salud

- Las principales medidas para disminuir el riesgo de propagación de la enfermedad consisten en la identificación temprana de los casos, el aislamiento oportuno y el rastreo de contactos.
- En el marco de la prevención combinada del VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual, la evaluación de una persona con sospecha o confirmación de mpox debe ser una oportunidad para ofrecer en forma sistemática servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH y otras ITS, y para articular el manejo de la mpox en las personas con diagnóstico de VIH conocido a servicios de atención de enfermedad avanzada por VIH.
- No se recomienda la vacunación masiva ni de la población general. La vigilancia epidemiológica debe intensificarse para identificar a las personas con mayor riesgo de infección y, por lo tanto, definir prioridades en caso de disponibilidad de vacunación. Actualmente, la principal medida de salud pública para interrumpir la transmisión es la identificación efectiva de casos, junto con la implementación de aislamiento, y el rastreo de contactos.

- Una vigilancia epidemiológica sensible y de calidad es indispensable. Los equipos de salud de todo el país deben estar preparados para sospechar la enfermedad, asistir adecuadamente a las personas afectadas -incluyendo las medidas de protección del personal de salud-, recabar la información epidemiológica e implementar de forma inmediata las medidas de aislamiento y seguimiento de contactos.

- En el contexto actual, se refuerza la importancia de indagar antecedentes de viaje y contactos con viajeros, así como exposiciones sexuales de riesgo, aun en ausencia de antecedente de viaje del caso.

VI.5. Vigilancia Epidemiológica

Una vigilancia epidemiológica sensible y de calidad es indispensable para lograr la identificación temprana de los casos, una correcta anamnesis, registro y notificación que permita las acciones de control. Los equipos de salud deben estar preparados para sospechar la enfermedad, asistir de manera adecuada a las personas afectadas -incluyendo las medidas de protección del personal de salud-, con foco en el manejo de las complicaciones potenciales; recabar la información epidemiológica necesaria e implementar las medidas de aislamiento y rastreo de contactos de forma inmediata ante la sospecha.

Es importante tener en cuenta que una vigilancia sensible incluye facilitar la accesibilidad de la población a la atención oportuna y de calidad, eliminando todas las posibles barreras de acceso, principalmente las que puedan relacionarse con cualquier tipo de discriminación o estigma relacionado con la enfermedad, con las poblaciones más afectadas por la mpox o con las prácticas potencialmente asociadas a su transmisión.

Asimismo, es fundamental antecedente de viaje o contacto con viajeros proveniente de zonas de circulación viral, así como reconstruir redes de contacto, incluyendo exposiciones sexuales recientes.

Ante la reciente confirmación de Clado I de dos casos, se destaca la implementación de las siguientes acciones:

- Seguimiento clínico y epidemiológico: pacientes que evolucionaron favorablemente, sin requerimiento de internación, con resolución completa de las lesiones cutáneas. Al cierre del seguimiento se encontraba asintomático.

- Aislamiento domiciliario: se indicaron medidas de aislamiento con adecuado cumplimiento, incluyendo uso de habitación individual, no compartir objetos personales y desinfección de superficies de uso común.

- Investigación de contactos: en uno de los casos se identificaron contactos sexuales considerados posibles fuentes de exposición (incluyendo personas con antecedente de viaje internacional a Canadá y Brasil) y contactos convivientes. Al momento del cierre del seguimiento, ninguno presentó síntomas compatibles.

- Vacunación: los casos no contaban con antecedente de vacunación contra mpox.

VI.5.A. DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES DE CASO

Caso sospechoso

- Toda persona que presente exantema característico*, sin etiología definida, de aparición reciente (menor a 7 días) y que se localiza en cualquier parte del cuerpo (incluyendo lesiones genitales, perianales, orales o en cualquier otra localización) aisladas o múltiples; o que presente proctitis (dolor anorrectal, sangrado) sin etiología definida**. Y al menos uno de los siguientes antecedentes epidemiológicos*** dentro de los 21 días previos al inicio de los síntomas:
  - Contacto físico directo, incluido el contacto sexual, con un caso sospechoso o confirmado.
  - Contacto con materiales contaminados -como ropa o ropa de cama-, por un caso sospechoso o confirmado.
  - Contacto estrecho sin protección respiratoria con un caso sospechoso o confirmado.
  - Relaciones sexuales con una o más parejas sexuales nuevas, múltiples u ocasionales,

Ó

- Toda persona que haya estado en contacto directo con un caso de mpox sospechoso o confirmado,

  Y presente, entre 5 y 21 días del contacto de riesgo, uno o más de los siguientes signos o síntomas:

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

Ó

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

* Exantema característico: lesiones profundas y bien delimitadas, a menudo con umbilicación central y progresión de la lesión a través de etapas secuenciales específicas: máculas, pápulas, vesículas, pústulas y costras, que pueden evolucionar a la necrosis que no correspondan a las principales causas conocidas de enfermedades exantemáticas (varicela, herpes zoster, sarampión, herpes simple, sífilis, infecciones bacterianas de la piel). No obstante, no es necesario descartar por laboratorio todas las etiologías para estudiar al caso para mpox.

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

*** Indagar sobre viajes o contacto con viajeros especificando la procedencia, en particular provenientes de los países de África con circulación conocida de Clado Ib.

Caso confirmado

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

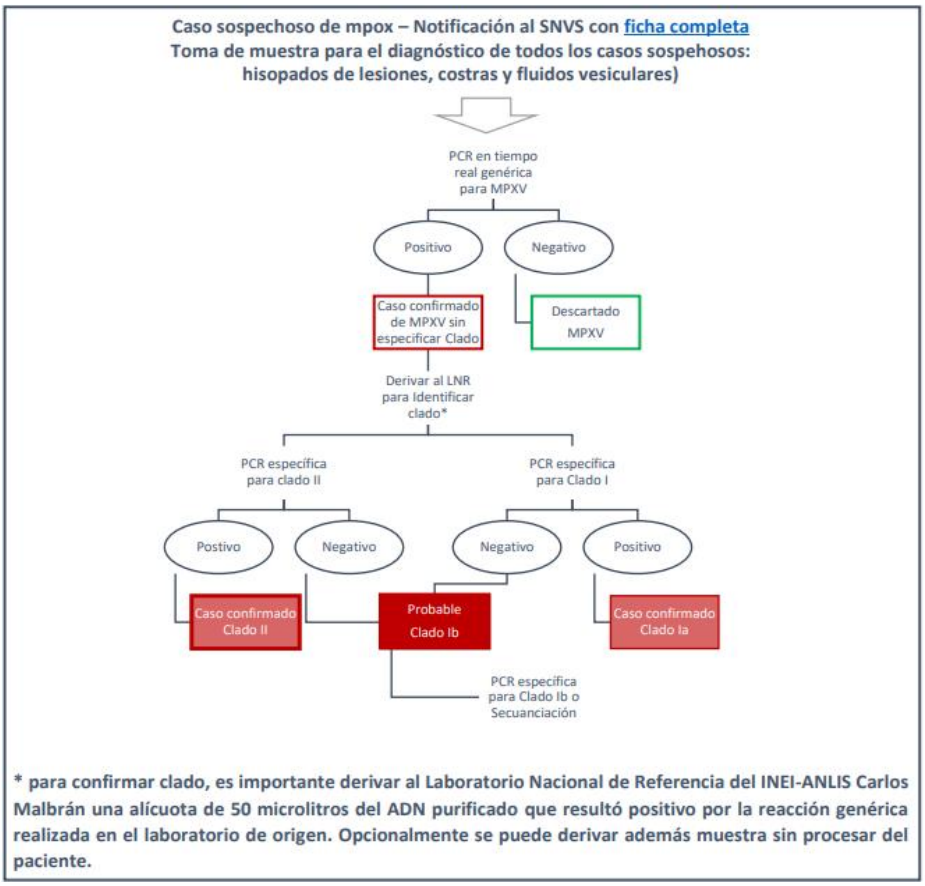
Ante la detección de un caso sospechoso se debe tomar muestras para el diagnóstico etiológico y enviarlas al laboratorio que corresponda. Las muestras deben ser manipuladas de manera segura por personal capacitado que trabaje en laboratorios debidamente equipados. Para minimizar el riesgo de transmisión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

VI.5.B. NOTIFICACIÓN

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

VI.6. Algoritmo de diagnóstico y notificación de mpox

- Se debe notificar el caso al SNVS dentro de las 24hs. Grupo de evento: Viruela / Evento: mpox (ex viruela símica).



VI.7. Medidas ante casos sospechosos

- Se recomienda el aislamiento de todo caso sospechoso hasta la obtención del resultado de laboratorio (confirmado o descartado); en caso de confirmarse, continuar el aislamiento hasta que todas las costras de las lesiones se hayan caído y haya formado una nueva capa de piel.
- Si no se puede realizar aislamiento permanente se deberá implementar medidas para la minimizar el riesgo de la transmisión (cubrir las lesiones, utilizar barbijo quirúrgico bien ajustado, cubriendo nariz, boca y mentón, evitar contacto con personas vulnerables, evitar el contacto estrecho con otras personas, ventilar los ambientes).
- Realizar la investigación epidemiológica correspondiente, incluyendo los antecedentes epidemiológicos, características clínicas e información sobre contactos estrechos, garantizando la privacidad, el trato digno y la completitud de la información.
- Realizar la notificación dentro de las 24 horas.
- En caso de que se necesite hospitalización, debe realizarse en una habitación individual con baño privado y eventualmente internación por cohortes.
- Si el paciente precisa moverse por fuera de la habitación, debe hacerlo siempre con barbijo quirúrgico y cubriéndose las heridas.
- La movilidad del paciente fuera de su habitación debe limitarse a lo esencial para realizar procedimientos o métodos diagnósticos que no puedan llevarse a cabo en ella. Durante el transporte, el paciente debe utilizar barbijo quirúrgico y las lesiones cutáneas deben estar cubiertas.
- Se debe establecer el correcto manejo de casos para evitar la transmisión nosocomial, con un adecuado flujo desde el triaje hasta las salas de aislamiento, en cualquier nivel de atención, evitando el contacto con otras personas en salas de espera y/o salas de hospitalización de personas internadas por otras causas.
- El personal de salud que atienda casos sospechosos o confirmados debe utilizar protección para los ojos (gafas protectoras o un protector facial que cubra el frente y los lados de la cara), barbijo quirúrgico, camisolín y guantes desechables.
- Durante la realización de procedimientos generadores de aerosoles deben utilizarse barbijos tipo máscaras N95 o equivalentes.
- El aislamiento domiciliario debe realizarse en una habitación o área separada de otros convivientes durante todas las etapas de la enfermedad hasta que todas las lesiones hayan desaparecido, se hayan caído todas las costras y surja piel sana debajo.
- Si durante el aislamiento domiciliario el paciente requiere atención médica debe comunicarse con el sistema de salud.
- Las personas convivientes deben evitar el contacto con el caso sospechoso o confirmado, especialmente contacto de piel con piel.
- No se debe compartir ropa, sábanas, toallas, cubiertos, vasos, platos, mate, etc.
- Evitar el contacto con personas inmunodeprimidas, niños y embarazadas durante el período de transmisión.
- Ante el riesgo potencial de transmisión del virus de las personas enfermas a los animales, se recomienda que las personas con diagnóstico sospechoso o confirmado de mpox eviten el contacto directo con animales, incluidos los domésticos (como gatos, perros, hámsters, hurones, jerbos, cobayos), el ganado y otros animales en cautividad, así como la fauna silvestre. Las personas deben estar especialmente atentas a los animales que se sabe que son susceptibles, como los roedores, los primates no humanos, etc.
- Debe también evitarse el contacto de los residuos infecciosos con animales, especialmente roedores.

La sospecha o confirmación de mpox debe ser una oportunidad para ofrecer en forma sistemática el testeo para VIH y otras ITS.

VI.8. Medidas ante contactos

- La identificación de contactos debe iniciarse dentro de las 24hs.
- Verificar diariamente la posible aparición de cualquier signo o síntoma compatible, incluyendo medir la temperatura y verificar mediante autoevaluación si no han aparecido lesiones en la piel en cualquier parte del cuerpo, o si aparecen síntomas como cansancio/decaimiento, inflamación de los ganglios linfáticos, cefalea, dolores musculares, dolor de espalda.
- El contacto en seguimiento debe disponer de un teléfono para comunicarse con el equipo de seguimiento en caso de presentar síntomas y, en ese caso, una vía facilitada para su atención adecuada en un centro asistencial.
- Ante la aparición de cualquier síntoma debe considerarse un caso sospechoso y, como tal, realizar las acciones recomendadas ante casos sospechosos.
- El contacto deberá estar en seguimiento por el sistema de salud por 21 días para identificar el posible comienzo de síntomas compatibles.
- Evitar el contacto con personas inmunodeprimidas, niños y embarazadas.

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

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-05/2022-Manual_normas_y_procedimientos_vigilancia_y_control_ENO_22_05_2023_2.pdf

Manual para la vigilancia epidemiológica y control de la viruela símica en Argentina:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-08/Manual_viruela_simica_10-08-2022.pdf

Ficha de notificación:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-08/Nueva_ficha_viruela_simica_11_08_2022.pdf

---

Más recomendaciones e información en:

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

VII. Hantavirosis

VII.1. Introducción

La hantavirosis es una zoonosis emergente causada por virus del género *Orthohantavirus.* La transmisión a los seres humanos ocurre principalmente por la inhalación de aerosoles contaminados con partículas virales presentes en heces, orina o saliva de roedores silvestres. En América, la presentación clínica más frecuente es el Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus (SCPH), que se caracteriza por un inicio abrupto con fiebre, malestar general y síntomas gastrointestinales, seguido de la aparición de dificultad respiratoria e hipotensión. Esta enfermedad presenta una elevada letalidad, con variaciones regionales que, en Argentina, oscilaron entre el 10% y el 32% durante el periodo 2019 - 2024.

En el país se han identificado áreas de riesgo en cuatro regiones geográficas: Noroeste (Salta, Jujuy y Tucumán), Noreste (Misiones, Formosa y Chaco), Centro (Buenos Aires, Santa Fe y Entre Ríos) y Sur (Neuquén, Río Negro y Chubut). Si bien los casos se notifican durante todo el año, se observa una marcada estacionalidad, con mayor incidencia entre octubre y mayo. La distribución de los reservorios, junto con la creciente interacción humana con ambientes silvestres, la destrucción del hábitat, el establecimiento de pequeñas urbanizaciones en zonas rurales y los efectos del cambio climático, contribuye a la aparición de casos fuera de las zonas históricamente endémicas.

Además, la posibilidad de transmisión interhumana —particularmente asociada al virus Andes— refuerza la necesidad de una vigilancia epidemiológica robusta y sensible. El Manual de Normas de Eventos de Notificación Obligatoria define los criterios para sospechar infección por hantavirus en personas que residan o hayan estado en zonas con circulación viral y presenten fiebre sin etiología definida, que pueden estar acompañadas de mialgias, escalofríos, astenia, cefalea o dolor abdominal, habiendo tenido en las seis semanas previas exposición a roedores o sitios donde habita el reservorio; o bien contacto estrecho con un caso confirmado de hantavirosis por virus Andes. Por este motivo, es fundamental relevar el antecedente epidemiológico de las personas, con la finalidad de identificar posibles fuentes de exposición, realizar una evaluación ambiental de los probables sitios de riesgo e implementar acciones de control de manera oportuna y, de esta manera, evitar la aparición de nuevos casos.

En respuesta a estos desafíos sanitarios, las normas de vigilancia fueron revisadas y actualizadas[27] con el objetivo de optimizar los criterios diagnósticos, fortalecer las estrategias de detección temprana y respuesta ante brotes, y mejorar la calidad de la información notificada al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

Entre las ediciones N.° 788 y N.° 803 se priorizó la presentación semanal de este evento, en función de su patrón estacional y de los cambios observados en su comportamiento epidemiológico. Dado que la mayor proporción de casos se registra durante el verano, esta decisión tuvo como objetivo comunicar oportunamente su incidencia y principales características, así como sensibilizar a los actores involucrados en la atención, el diagnóstico, el tratamiento, la notificación, la prevención y el control de la patología. En adelante, la

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

actualización de la información se realizará cada dos semanas, ajustándose a la evolución de la situación epidemiológica y a la necesidad de comunicación oportuna.

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

VII.2.Situación epidemiológica actual

VII.2.A. NOTA METODOLÓGICA

El análisis de la información se realiza por la caracterización epidemiológica del evento nominal "Hantavirosis". Se consideran como casos confirmados aquellos que cuentan con resultados de laboratorio detectable o reactivo, según la última definición de caso consensuada publicada en la Circular de Vigilancia de Mayo 2025[28], o una clasificación manual correspondiente a confirmado.

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

VII.2.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

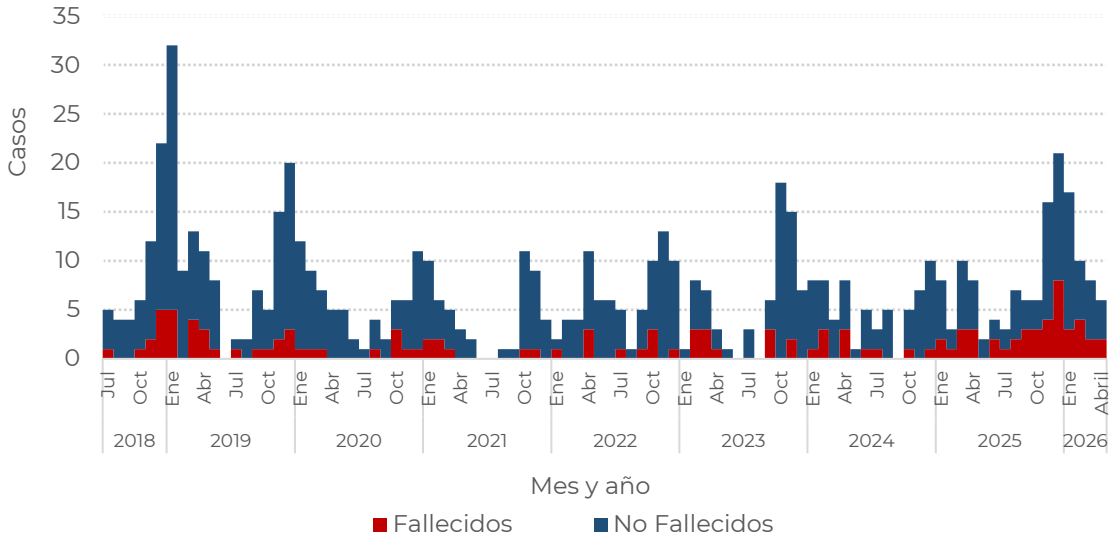
La situación epidemiológica actual se caracterizó a partir de la comparación de temporadas, es decir los períodos comprendidos entre los meses julio de un año y junio del siguiente (Por ej. SE 27/2018- SE 26/2019) para, de esta manera, poder contrastar el aumento de casos en períodos estivales entre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

Caracterización según temporalidad y regiones del país

A continuación, se presentan los casos confirmados según mes, año y condición de egreso desde la temporada 2018-2019 (SE 27/2018 a SE 26/2019) a la semana (SE 16/2026). Debe considerarse que la temporada 2018-2019 incluye el brote de transmisión interhumana ocurrido en Epuyén, Chubut, por lo que concentra un mayor número de casos confirmados (126).

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

Gráfico 1. Hantavirosis: Casos confirmados por mes, año y condición de egreso. SE 27/2018 a SE 16/2026, Argentina. (N=644)

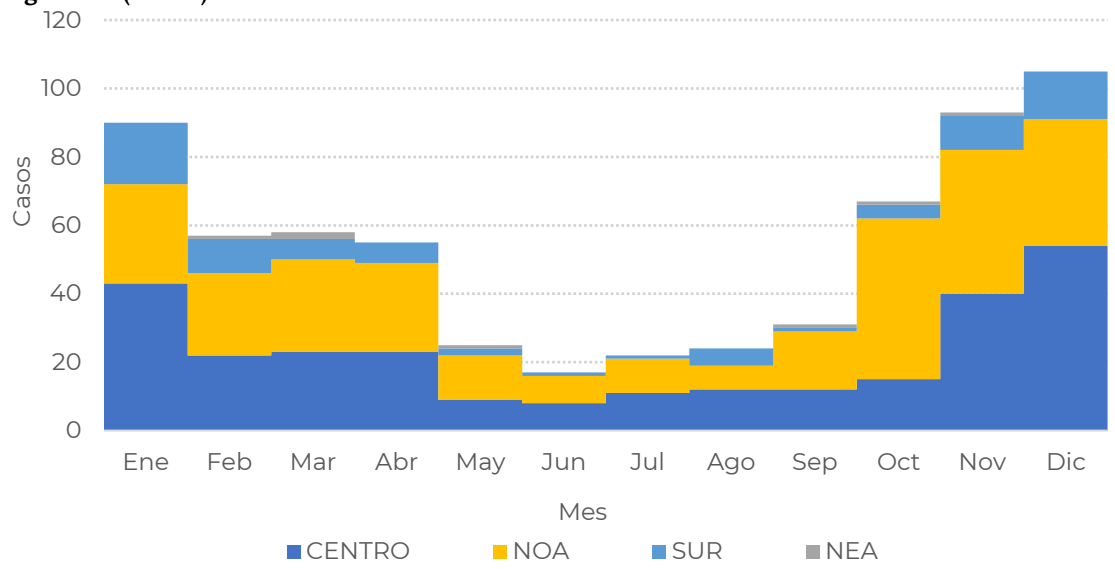


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

En el presente análisis, desde la SE 13 —publicada en el BEN N.° 803— se identificaron nueve casos, correspondientes a la Provincia de Buenos Aires (cuatro casos), Provincia de Salta (tres casos), Provincia de Jujuy (un caso) y Provincia de Chubut (un caso). De esta forma, la totalidad de casos confirmados ascendió a 41 durante el 2026.

En el período analizado se acumularon 644 casos confirmados. Entre los meses de octubre y enero es donde se acumula el 54% de los casos confirmados. En la temporada en curso, los meses de noviembre (n=16), diciembre (21) y enero (17) registran la mayor cantidad de casos al compararlos con los mismos meses de las temporadas previas analizadas, sin considerar el brote de transmisión interhumana. Asimismo, sin considerar la temporada actual, los casos ocurridos en los meses de febrero a mayo representaron el 31% del total (Ver Gráfico 1 y 2).

Gráfico 2. Hantavirosis: Casos acumulados según mes y región. SE 27/2018 a SE 16/2026, Argentina. (N=644)

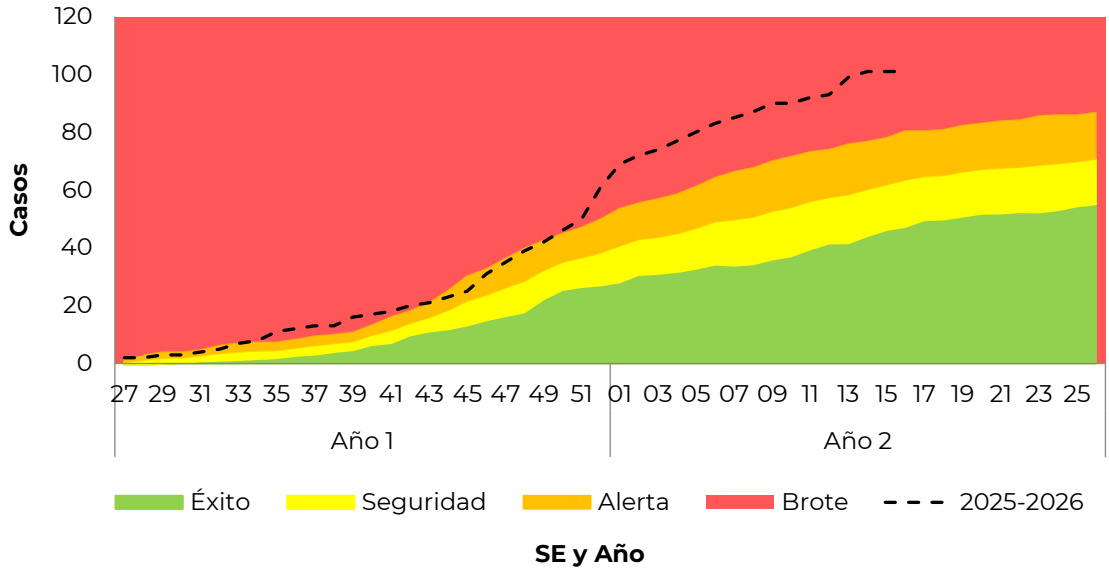


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

Este patrón estacional se observa en las tres regiones que concentran la mayor carga de la enfermedad (NOA, Sur y Centro). A excepción de la presente temporada, en el NOA ocurre el incremento estacional de forma más temprana, donde los meses con mayor cantidad de casos son octubre y noviembre; para el resto de las regiones son diciembre y enero.

A continuación, se presentan los corredores endémicos para el total país y para las tres regiones con mayor relevancia para el evento analizado. Los casos correspondientes a la temporada en curso se presentan de manera acumulada por semana epidemiológica en la línea punteada negra. El "año 1" abarca el período comprendido entre la SE 27 del 2025 y la SE 53 del mismo año y el "año 2" el período comprendido desde la SE 01 del 2026 a la SE 26 del 2026. Para la construcción de los canales o bandas correspondientes a las áreas de éxito, seguridad, alerta y brote, se tomaron los casos confirmados de los últimos 6 períodos: de la SE 27 del año 2019 a la SE 26 del año 2025.

Gráfico 3. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE 27/2025 a SE 16/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025)*. Argentina. (N=101)

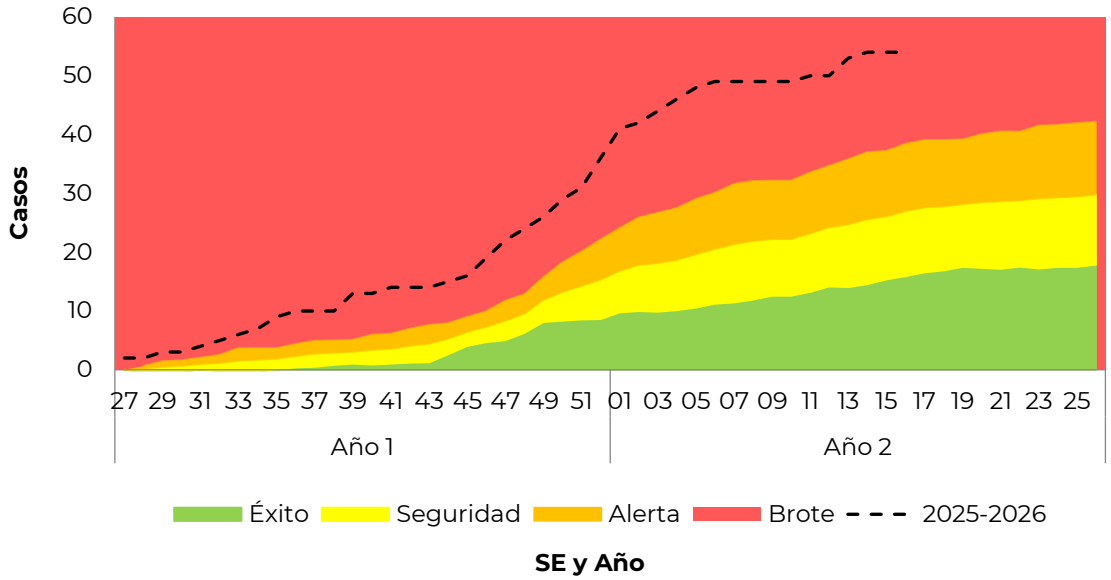


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.
**Tanto para el total país como para los corredores regionales, se excluyeron del período comparativo los casos de la temporada 2018-2019 por ser una temporada de brote.*

A nivel nacional, la temporada 2025-2026 muestra una cantidad de casos que se ubica, durante casi todo el período analizado, por encima del umbral de brote, con un incremento sostenido de los casos acumulados a lo largo de la temporada.

Región Centro

Gráfico 4. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE 27/2025 a SE 16/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región Centro. (N=54)

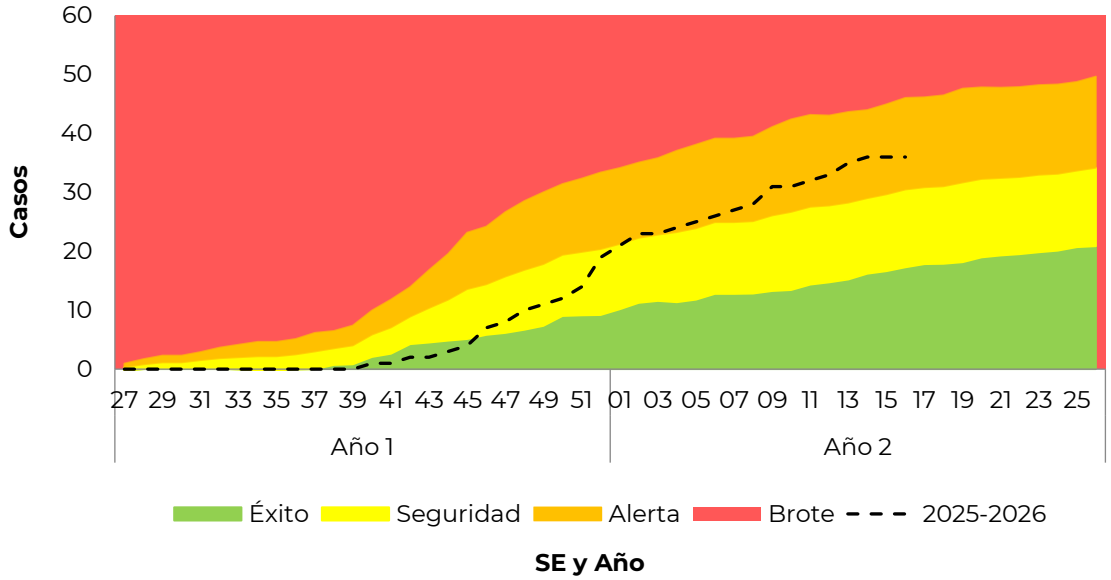


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilania de la Salud SNVS 2.

En la región Centro, los casos acumulados de la temporada 2025-2026 se mantuvieron durante todo el período por encima del umbral de brote. El principal incremento se concentró entre las SE 45 de 2025 y la SE 05 de 2026, seguido de una meseta (sin casos entre las SE 07 y 10 de 2026 y un aumento leve hacia las SE 13-14. Los casos se registraron en Buenos Aires, Entre Ríos y Santa Fe.

Región NOA

Gráfico 5. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE 27/2025 a SE 16/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región NOA. (N=36)

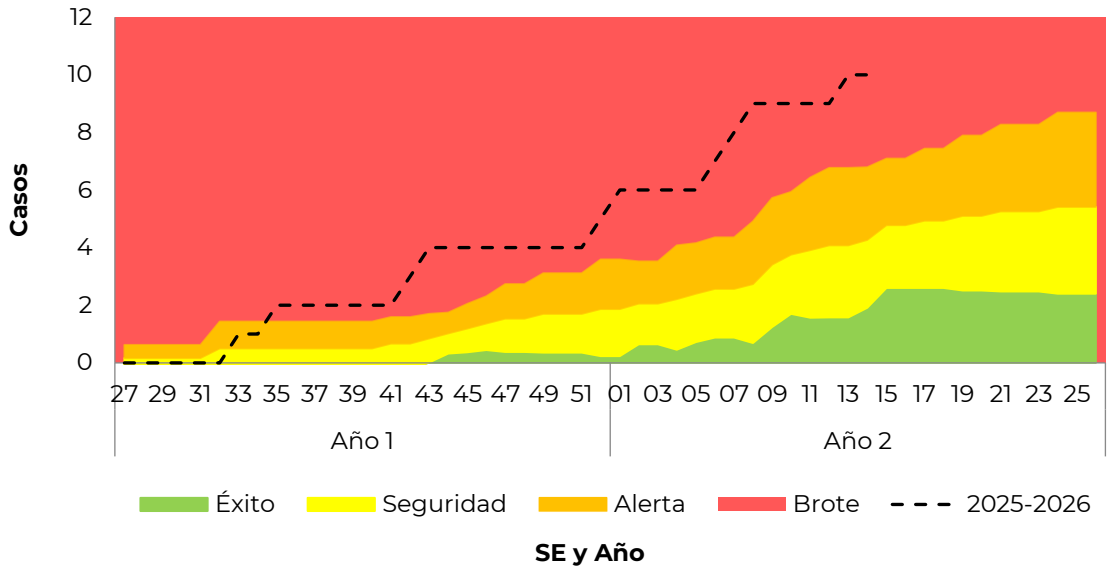


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

En el NOA, la curva acumulada de la temporada 2025-2026 se mantuvo sin casos hasta la SE 39 de 2025, dentro del umbral de éxito. Luego presentó un ascenso inicial entre las SE 41 y 45, ingresando al área de seguridad, seguido de un incremento más marcado entre la SE 45 de 2025 y la SE 01 de 2026. Desde entonces, la curva presenta un aumento continuo, ubicada en zona de alerta, sin alcanzar el umbral de brote. Los casos se concentraron exclusivamente en Salta y Jujuy.

Región Sur

Gráfico 6. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE 27/2025 a SE 16/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región Sur. (N=10)



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

En la región Sur, con casos registrados en Chubut, Neuquén y Río Negro, la curva acumulada de la temporada 2025-2026 supera el umbral de brote desde la SE 43 de 2025. El aumento se observa de forma escalonada, patrón que debe interpretarse considerando la baja cantidad de casos registrados, con nuevos incrementos hacia comienzos de 2026.

Presentación de datos a nivel sub-nacional

En cuanto a la situación nacional de hantavirosis, se presentan en la siguiente tabla los casos y tasas de incidencia en el período equivalente al transcurrido para la temporada actual (SE 27 de un año a SE 16 del año siguiente) para los años 2019 a 2026.

Tabla 1. Hantavirosis: Casos confirmados y tasa cada 100.000 habitantes según jurisdicción y región, por temporada. Argentina, 2019 a 2026 (SE 27 a SE 16). (N=476)

Temporada	2019-2020 (hasta SE16)		2020-2021 (hasta SE16)		2021-2022 (hasta SE16)		2022-2023 (hasta SE16)		2023-2024 (hasta SE16)		2024-2025 (hasta SE16)		2025-2026 (hasta SE16)	
Jurisdicción	**N**	**Tasa**	**N**	**Tasa**	**N**	**Tasa**	**N**	**Tasa**	**N**	**Tasa**	**N**	**Tasa**	**N**	**Tasa**
Buenos Aires	27	0.15	16	0.09	12	0.07	14	0.08	8	0.04	19	0.10	42	0.23
Entre Ríos	2	0.14	4	0.29	2	0.14	3	0.21	2	0.14	5	0.35	5	0.34
Santa Fe	13	0.37	6	0.17	4	0.11	6	0.17	6	0.17	10	0.27	7	0.19
Centro	**42**	**0.14**	**26**	**0.09**	**18**	**0.06**	**23**	**0.08**	**16**	**0.05**	**34**	**0.11**	**54**	**0.18**
Chaco	1	0.08	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	0.16	0	0.00
Formosa	1	0.17	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.16
Misiones	1	0.08	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
NEA	**3**	**0.07**	**0**	**0.00**	**0**	**0.00**	**0**	**0.00**	**0**	**0.00**	**2**	**0.05**	**1**	**0.02**
Jujuy	11	1.43	8	1.03	8	1.02	9	1.14	12	1.50	4	0.50	6	0.74
Salta	25	1.77	13	0.91	12	0.83	23	1.57	38	2.56	12	0.80	30	1.98
Tucumán	0	0.00	0	0.00	2	0.12	2	0.11	3	0.17	1	0.06	0	0.00
NOA	**36**	**0.64**	**21**	**0.37**	**22**	**0.38**	**34**	**0.58**	**53**	**0.90**	**17**	**0.29**	**36**	**0.60**
Chubut	0	0.00	4	0.64	3	0.47	3	0.47	1	0.15	0	0.00	4	0.59
Neuquén	1	0.15	1	0.15	0	0.00	1	0.15	3	0.43	1	0.14	1	0.14
Rio Negro	1	0.13	2	0.27	0	0.00	2	0.26	2	0.26	3	0.38	5	0.63
Sur	**2**	**0.07**	**7**	**0.24**	**3**	**0.10**	**6**	**0.20**	**6**	**0.19**	**4**	**0.13**	**10**	**0.32**
Total País	**83**	**0.18**	**54**	**0.12**	**43**	**0.09**	**63**	**0.14**	**75**	**0.16**	**57**	**0.12**	**101**	**0.21**

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

En la temporada 2025-2026 hasta la SE 16 se notificaron un total de 101 casos de hantavirosis localizados en su mayoría en las provincias de Buenos Aires (42 casos), Salta (30), Santa Fe (7), Jujuy (6), Rio Negro (5), Entre Ríos (5) y Chubut (4).

En la temporada actual se registra la incidencia nacional más alta del período analizado en comparación con las temporadas previas, con una tasa de 0,21 casos por 100.000 habitantes.

A nivel regional, en la actual temporada, la tasa de incidencia más elevada corresponde a la región del NOA (0,60 casos por 100.000 habitantes), donde se registraron 36 casos confirmados. El 83% de los casos de la región se concentraron en Salta. Esta presenta la incidencia más elevada del país, con 1,98 casos por 100.000 habitantes, aunque aún por debajo del valor máximo registrado en la provincia durante la temporada 2023-2024, de 2,56 casos por 100.000 habitantes. Asimismo, Río Negro y Buenos Aires alcanzan en la temporada actual sus valores máximos del período, con incidencias de 0,63 y 0,23 casos por 100.000 habitantes, respectivamente.

En el BEN 799 SE9[29], es posible consultar la incidencia histórica de cada temporada por provincia de los 1451 casos de hantavirosis notificados desde la SE 27/2009, junto a su distribución espacial por provincia. La descripción de los casos históricos permite caracterizar riesgos diferenciales asociados a patrones temporales, a los diferentes espacios

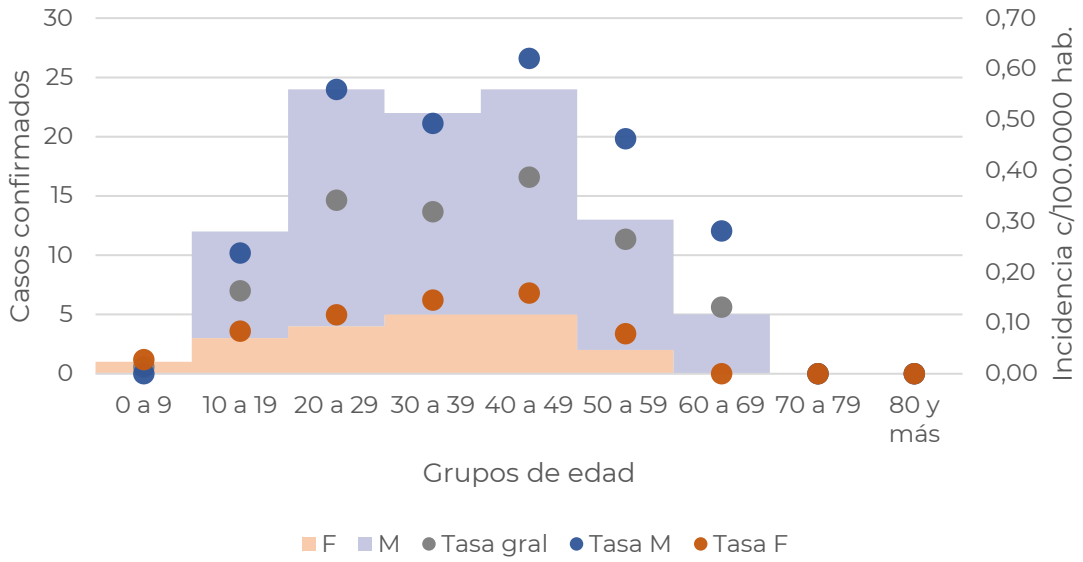
[29] Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°799, SE 9.

y a la dinámica de los reservorios, así como a los patrones de exposición vinculados con las actividades desarrolladas por las personas y sus condiciones de vida.

Caracterización según grupos de edad

En el siguiente gráfico podemos caracterizar la distribución de los casos según sexo y grupo etario para la temporada actual.

Gráfico 7. Hantavirosis: casos confirmados y tasas cada 100.000 habitantes, según sexo y edad. Argentina, SE 27/2025 a SE16/2026. (N=101)



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

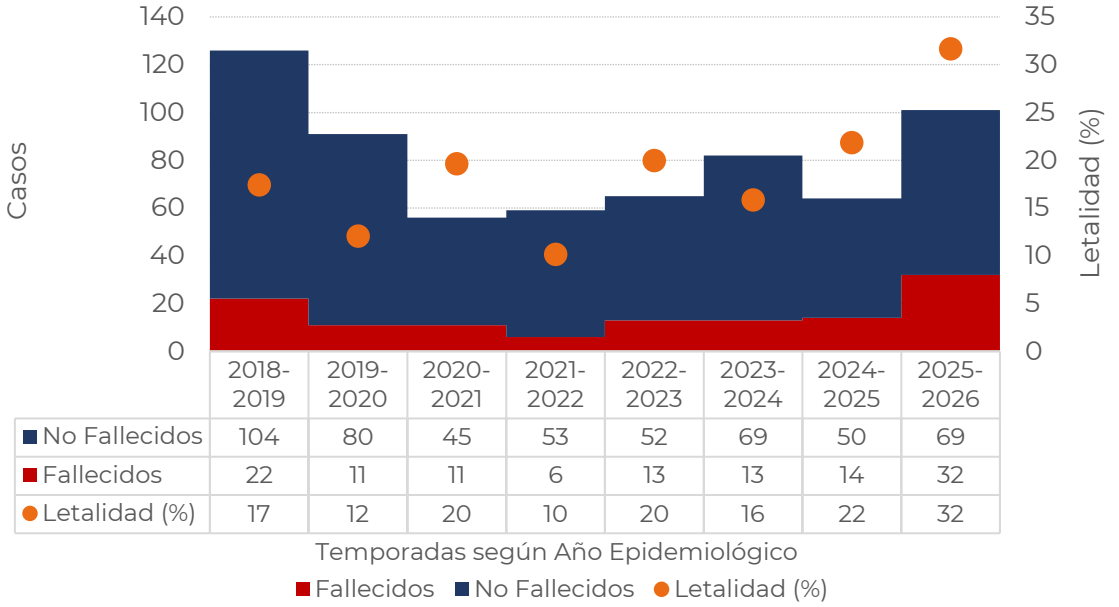
A nivel país, la mediana de edad para los casos confirmados en la temporada en curso es de 36 años, concentrándose el 69% (70) de los casos entre los 20 y los 49 años, contando estos grupos con las mayores tasas de incidencia cada 100.000 habitantes en el período.

En cuanto a la distribución de los casos por sexo, el 80% (81) de los casos confirmados para la temporada actual se corresponde con el sexo masculino. Para todos los grupos etarios, se observa una predominancia de los casos masculinos por sobre los femeninos, a excepción del grupo etario de 0 a 9 años cuyo único caso confirmado se corresponde con el sexo femenino.

Caracterización de la mortalidad

Para dar cuenta de la letalidad y cantidad de fallecidos por temporada desde la SE 27 del año 2018, se presenta el siguiente gráfico.

Gráfico 8. Hantavirosis: Casos y letalidad por temporada. SE 27/2018 a SE 14/2026. Argentina. (N=644)

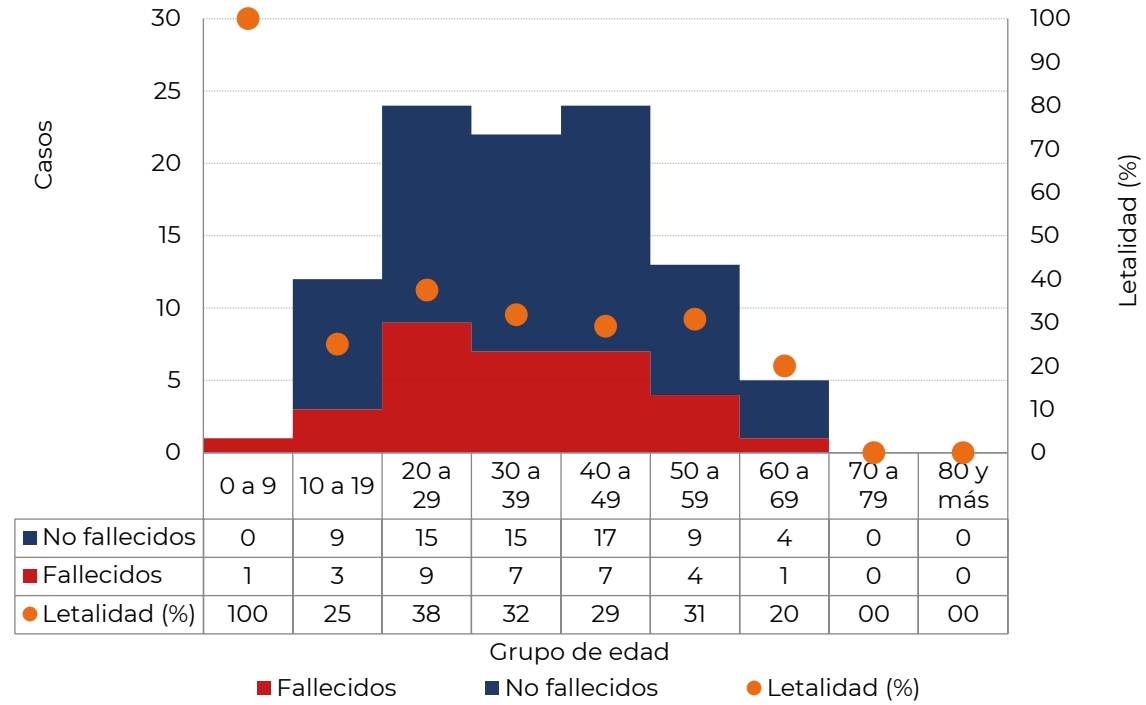


	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025	2025-2026
No Fallecidos	104	80	45	53	52	69	50	69
Fallecidos	22	11	11	6	13	13	14	32
Letalidad (%)	17	12	20	10	20	16	22	32

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

En la temporada actual hasta la SE16/2026 se notificaron 32 casos fallecidos, con una letalidad del 31,7%, más elevada respecto de las temporadas previas. Por otro lado, se elaboró el siguiente material para darle mayor especificidad a las personas fallecidas en la temporada actual y contadas de forma más general en la anterior. Aquí fueron divididas por sexo y grupo etario.

Gráfico 9. Hantavirosis: Casos y letalidad por grupo etario. SE 27/2025 a SE 16/2026. Argentina. (N=101)



	0 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 y más
No fallecidos	0	9	15	15	17	9	4	0	0
Fallecidos	1	3	9	7	7	4	1	0	0
Letalidad (%)	100	25	38	32	29	31	20	00	00

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

La mediana de edad de los casos fallecidos para la temporada actual es de 34,5 años. Excluyendo a los menores de 10 años, cuyo único caso notificado falleció, los grupos con mayor letalidad corresponde a los de 20 a 29 (38% ambos). A partir de los 70 años no se notificaron casos confirmados.
Para dar cuenta de la situación jurisdiccional, regional y nacional de los casos fallecidos de hantavirosis, se presenta una tabla (Tabla 2), correspondiente a los fallecidos y tasas de mortalidad en el período equivalente al transcurrido para la temporada actual para los años 2019 a 2026.

Tabla 2. Hantavirosis: Casos fallecidos y tasa de mortalidad por 1.000.000 habitantes según jurisdicción y región, por temporada. Argentina, 2019 a 2026 (SE 27 a 14). (N=95)

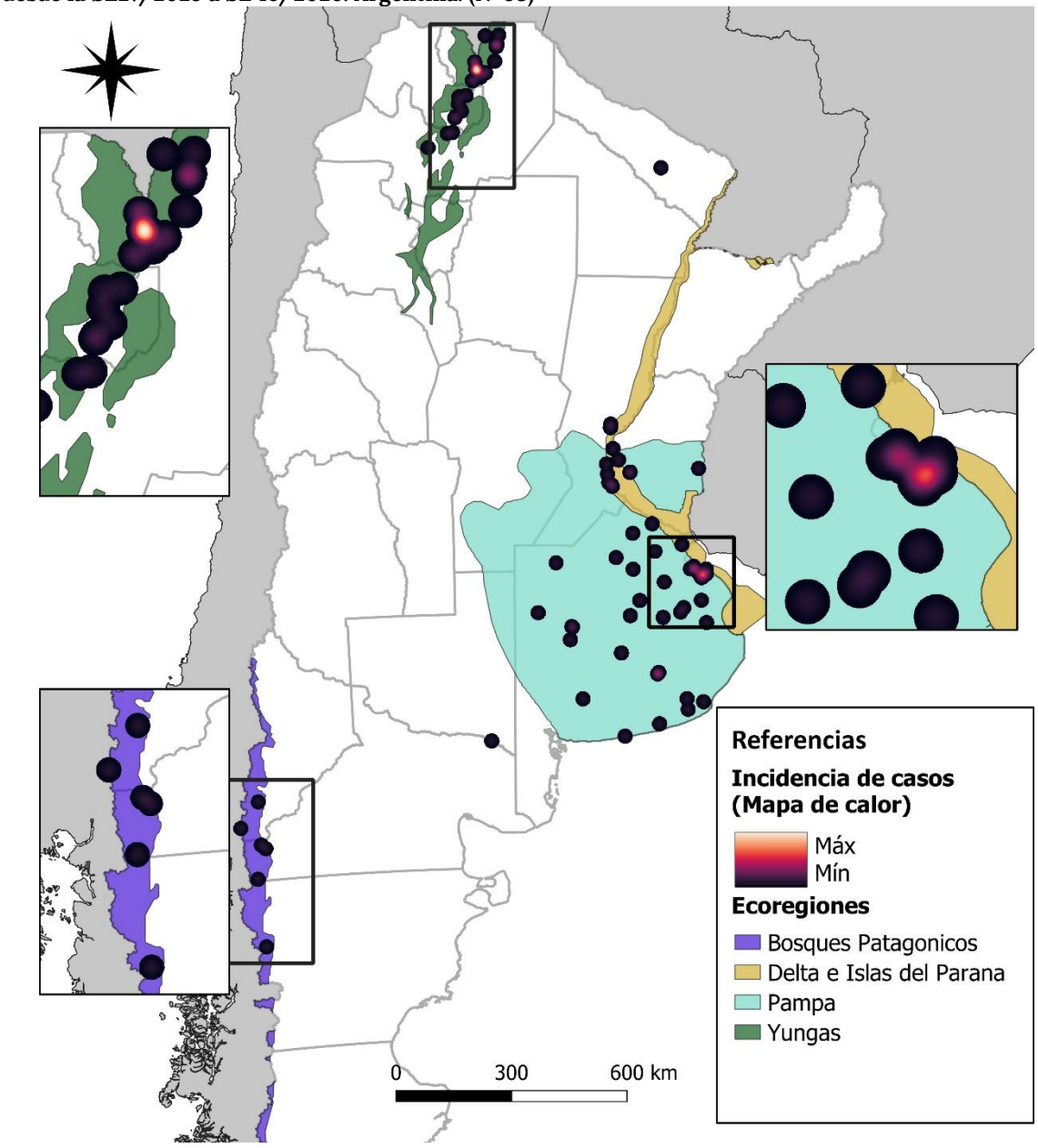
Temporada	2019 -2020 (SE27 a SE 16)		2020 -2021 (SE27 a SE16)		2021 - 2022 (SE27 a SE16)		2022 - 2023 (SE27 a SE16)		2023 - 2024 (SE27 a SE16)		2024 - 2025 (SE27 a SE16)		2025 - 2026 (SE27 a SE16)	
Jurisdicción	N	Tasa	N	Tasa		Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Buenos Aires	2	0.11	2	0.11	1	0.06	4	0.22	2	0.11	3	0.16	16	0.87
Entre Ríos	1	0.33	1	0.32	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.69	1	0.69
Santa Fe	3	0.80	2	0.53	1	0.26	2	0.56	3	0.83	1	0.27	1	0.27
Centro	6	0.21	5	0.02	2	0.07	6	0.20	5	0.17	5	0.16	18	0.59
Jujuy	2	2.61	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Salta	2	1.41	2	1.40	1	0.69	4	2.72	4	2.69	2	1.33	10	6.59
Tucumán	0	0.00	0	0.00	1	0.58	0	0.00	0	0.00	1	0.56	0	0.00
NOA	4	0.71	2	0.35	2	0.35	4	0.69	4	0.68	3	0.50	10	1.66
Chubut	0	0.00	2	3.20	2	3.15	1	1.55	1	1.53	0	0.00	1	1.48
Neuquén	0	0.00	1	1.50	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	1.43	1	1.41
Río Negro	0	0.00	1	1.33	0	0.00	2	2.59	2	2.56	2	2.53	2	2.51
Sur	0	0.00	4	1.36	2	0.67	3	0.99	3	0.97	3	0.96	4	1.26
Total País	10	0.22	11	0.24	6	0.13	13	0.28	12	0.26	11	0.23	32	0.67

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

A nivel nacional, la tasa de mortalidad de la temporada actual (0,87 casos fallecidos por 1.000.000 hab.) es más de 3 veces mayor respecto a la temporada anterior hasta las SE16 (0,23 casos fallecidos por 1.000.000 hab.) y la más alta de todo el periodo analizado con un total de 32 fallecidos. Para el mismo período, la región del NOA presenta la mayor tasa de mortalidad (1,66 casos fallecidos por 1.000.000 hab.), ubicando todos los casos fallecidos de la región (10 casos fallecidos) en la provincia de Salta la cual, además, es la que mayor mortalidad presenta entre todas las jurisdicciones (6,59 casos fallecidos por 1.000.000 hab.). Sin embargo, la provincia que más fallecidos presenta es la provincia de Buenos Aires, con un total de 16 (0,87 casos fallecidos por 1.000.000 hab.), representando el 50% del total de fallecidos de la temporada en curso.

La densidad de los casos, en relación a la ecorregión que la representa se visualiza en el Mapa 1. En la edición del BEN 802, se desarrolló la distribución espacial de la letalidad en el país.

Mapa 1. Hantavirosis: Distribución espacial de casos e intensidad de incidencia según ecorregiones desde la SE27/2025 a SE 16/2026. Argentina. (N=93)



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

En la presente temporada se notificó un caso residente en Río Colorado (Río Negro), localidad ubicada fuera de las áreas históricamente endémicas para hantavirus. En este contexto, se realizaron investigaciones ambientales en dicha localidad, extendidas a la vecina La Adela (La Pampa), con participación del Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) del INEI-ANLIS y equipos de ambas provincias. Se identificaron cuatro sectores potenciales de exposición, en los cuales se efectuó trampeo mediante trampas Sherman de captura viva. El éxito de captura fue bajo, lo que sugiere una baja abundancia de roedores en el área al momento del muestreo. Asimismo, no se capturaron especies reconocidas como reservorios de hantavirus patogénicos y los ejemplares obtenidos resultaron serológicamente negativos. No obstante, existen antecedentes bibliográficos que documentan la presencia de roedores reservorios en la zona. En función de estos hallazgos, se recomendó a las jurisdicciones la implementación de un monitoreo ambiental periódico, con el objetivo de evaluar la

composición de las poblaciones de roedores en períodos de mayor abundancia e identificar los ambientes asociados a las especies reservorio.

También, durante la temporada actual se registró un clúster intrafamiliar en la localidad de Cerro Centinela (Chubut), que involucró tres casos relacionados (convivientes), con fechas de inicio de síntomas secuenciales. Ante la notificación del caso índice, la provincia llevó a cabo un estudio de foco ambiental mediante la colocación de trampas Sherman de captura viva en áreas de mayor riesgo. El éxito de captura fue alto tanto en el mosquetal cercano al domicilio como en el peridomicilio, registrándose la presencia de roedores silvestres reconocidos como reservorios de hantavirus. Asimismo, uno de los ejemplares capturados en el peridomicilio resultó positivo para virus hanta. Las características epidemiológicas del evento generaron la sospecha de transmisión persona a persona, por lo que se realizó el estudio genómico de las muestras humanas. Los resultados indicaron que las secuencias corresponden al virus Andes, con una similitud del 99,99% entre los tres casos analizados. En conclusión, el patrón de presentación es compatible con cadenas de transmisión interhumana. No obstante, a partir del relevamiento ambiental realizado en el domicilio, no puede descartarse la ocurrencia de transmisión zoonótica. En este sentido, se encuentra pendiente el resultado de la secuenciación genómica del virus detectado en el roedor seropositivo.

VII.2.C. CONTEXTO INTERNACIONAL. BROTE RELACIONADO CON UN CRUCERO.

El 2 de mayo del corriente año, el Centro Nacional de Enlace (CNE) de Países Bajos comunicó al CNE de Argentina sobre un brote de enfermedad respiratoria aguda grave a bordo de un crucero con 147 pasajeros y tripulantes de 23 nacionalidades. El buque zarpó de Ushuaia, Tierra del Fuego, el 1 de abril y siguió un itinerario por el Atlántico Sur, con múltiples escalas. A la fecha, se identificaron un total de seis casos, de los cuales uno fue confirmado por laboratorio a hantavirus. Tres de los casos fallecieron.

Resumen de los casos:
Caso 1: Un hombre adulto, ciudadano neerlandés, presentó síntomas de fiebre, dolor de cabeza y diarrea leve el 6 de abril y el 11 de abril, desarrolló dificultad respiratoria, enfermedad sistémica grave con inestabilidad hemodinámica y delirio. El caso falleció a bordo la misma noche del 11 de abril.

Caso 2: Una mujer adulta, ciudadana neerlandesa, es contacto cercano del caso 1. Desembarcó en Santa Elena, Reino Unido, el 24 de abril, con síntomas gastrointestinales, y posteriormente se deterioró durante un vuelo a Johannesburgo, Sudáfrica, donde fue hospitalizada y falleció a causa de neumonía y síndrome de dificultad respiratoria aguda.

Caso 3: Un hombre adulto, ciudadano británico, inició síntomas el 24 de abril con enfermedad febril, dificultad respiratoria y signos de neumonía. A los dos días, su estado empeoró. Fue evacuado a Sudáfrica el 27 de abril, donde actualmente está hospitalizado en la UCI. Le realizaron pruebas de laboratorio en un extenso panel de patógenos respiratorios que fueron negativas y le realizaron una prueba PCR que resultado positivo a hantavirus el 2 de mayo.

Caso 4: Una mujer adulta, con neumonía, falleció el 2 de mayo. El inicio de la enfermedad fue el 28 de abril, con fiebre y malestar.
Otros dos pasajeros, incluido el médico del barco, han reportado síntomas respiratorios y/o gastrointestinales leves.

Desde el Ministerio de Salud de la Nación, se está en contacto con los Centros Nacionales de Enlace de los países involucrados para recabar información relevante faltante como el itinerario previo al embarque de los casos, el tipo de contacto entre los casos dentro del crucero, identificación de todos los contactos estrechos en este periodo. Desde el Laboratorio Nacional de Referencia ANLIS "Carlos G. Malbrán" se está asesorando en relación al diagnóstico de laboratorio y la posibilidad de seguir con el análisis de las muestras con la secuenciación y genómica.

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

En su rol rector, la cartera sanitaria nacional acompaña a las jurisdicciones en el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y la generación de información oportuna. En este marco, realiza análisis periódicos de las notificaciones de hantavirosis en población general, incluyendo la detección de brotes y la evaluación de la respuesta sanitaria.

Asimismo, se llevaron a cabo reuniones virtuales con las jurisdicciones para la actualización de las definiciones de caso y contacto, así como para la revisión de los lineamientos de manejo de contactos. En paralelo, se mantienen instancias de asesoramiento técnico con las provincias de Buenos Aires, Río Negro y Chubut.

Desde el LNR se implementa un plan de trabajo conjunto con la provincia de Buenos Aires, que incluye transferencia tecnológica, provisión de insumos y fortalecimiento de la capacidad diagnóstica en las áreas más afectadas (La Plata, Berisso y Ensenada). Además, se desarrollaron instancias de capacitación y un plan de muestreo ambiental en la zona de Olmos, con el objetivo de establecer una vigilancia ambiental sistemática.

De manera complementaria, se brinda asistencia técnica a la provincia de Salta para el fortalecimiento de la capacidad diagnóstica en la región de Orán.

Se realizaron reuniones con el Ministerio de Seguridad, Gendarmería Nacional y Prefectura Naval Argentina para acordar acciones de capacitación y prevención dirigidas al personal de las fuerzas de seguridad que se desempeña en zonas de frontera de la provincia de Salta.

Por último, los equipos técnicos nacionales se encuentran elaborando guías y algoritmos diagnósticos orientados a estandarizar los procesos de atención, mejorar la oportunidad del diagnóstico y fortalecer la calidad de la toma de decisiones clínicas y de los estudios ambientales.

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

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

VII.2.E. CONCLUSIONES

El periodo comprendido entre SE 27/2025 y SE 16/2026 presentó una proporción mayor de casos en la zona Centro (53%), seguida por la región NOA (36%) y la región Sur (10%). Asimismo, se observó un aumento en la letalidad global. En el grupo etario de menores de 20 años se identificaron 13 casos confirmados, cuatro de los cuales se consignaron como

fallecidos. Teniendo en cuenta la estacionalidad, es importante intensificar la sospecha de hantavirosis en zonas endémicas y que sea incorporado en el interrogatorio de ruina durante todo el año, pero aún más entre los meses de septiembre y abril, considerándola entre los diagnósticos diferenciales de otros síndromes febriles agudos inespecíficos. Ante la sospecha clínica de hantavirosis se sugiere realizar estudios diagnósticos confirmatorios a la mayor brevedad posible y hospitalizar; el diagnóstico precoz y la atención oportuna podrían mejorar la sobrevida de los pacientes. La mayor letalidad registrada en el período podría estar relacionada a la subnotificación de casos leves, aunque continúan en investigación otras causas. Se proseguirá con el análisis epidemiológico mientras transcurre la temporada. Se recomienda fortalecer tanto la vigilancia epidemiológica como la sospecha clínica, el testeo y el tratamiento oportuno de los casos con sintomatología compatible, teniendo en cuenta las regiones prevalentes y la temporalidad, así como indagando en los antecedentes epidemiológicos compatibles.

Para medidas de prevención, de bioseguridad específicas, toma de muestra y vigilancia epidemiológica, consultar en los diferentes links a continuación.

Circular "Actualización de normas para la vigilancia de hantavirosis - Mayo 2025", disponible en el siguiente link: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/circular_vigilancia-hantavirus-16052025.pdf

La Ficha de Notificación e Investigación Epidemiológica se encuentra disponible en el siguiente link: https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/fichas (Síndrome Febril Agudo Inespecífico)

La ficha clínica epidemiológica para derivación y el Instructivo de envío de muestras para diagnóstico se encuentran disponible en el siguiente link: https://www.argentina.gob.ar/hantavirus-0

ALERTAS Y COMUNICACIONES **INTERNACIONALES**

VIII. Introducción

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

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

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

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

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

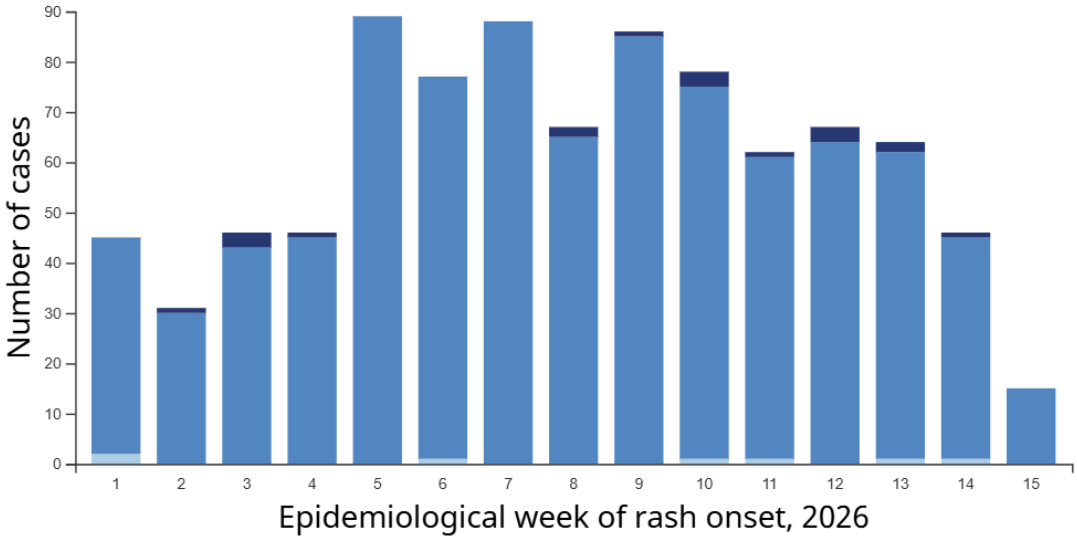
VIII.1. Sarampión - Situación epidemiológica regional

VIII.1.A. CANADÁ[30]

En 2026, se han notificado un total de 807 casos de sarampión (834 confirmados, 73 probables) en 7 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Escocia, Ontario, Quebec y Saskatchewan), hasta el 18 de abril del 2026.

En la semana 15 (del 12 al 18 de abril del 2026), se notificaron 36 nuevos casos de sarampión (34 confirmados y 2 probables).

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



VIII.1.B. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA[31]

Al 30 de abril de 2026, se notificaron 1.814 casos confirmados de sarampión en los Estados Unidos durante 2026. De estos, 1.803 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 11 casos de sarampión en visitantes internacionales a los Estados Unidos.

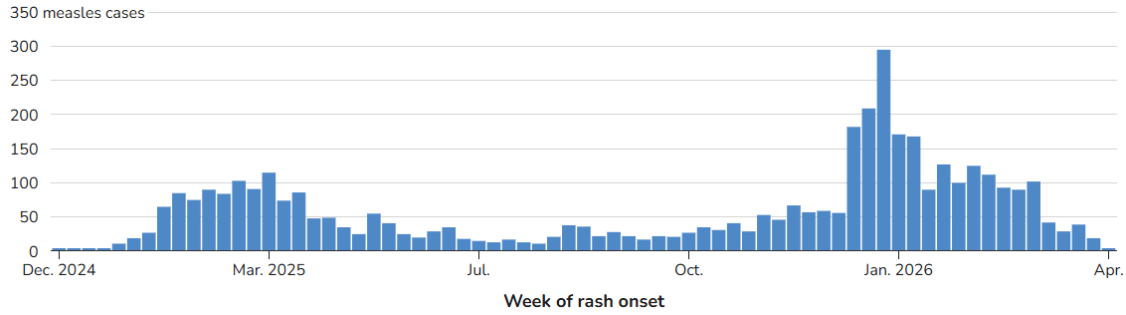
Se han notificado 24 nuevos brotes en 2026, y el 93% de los casos confirmados (1.668 de 1.814) están asociados a brotes (415 correspondientes a brotes en 2026 y 1.273 a brotes que comenzaron en 2025).

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.

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

Figura 1. Casos semanales de sarampión según la fecha de inicio del exantema. 2025-2026 (hasta 30/04/26).

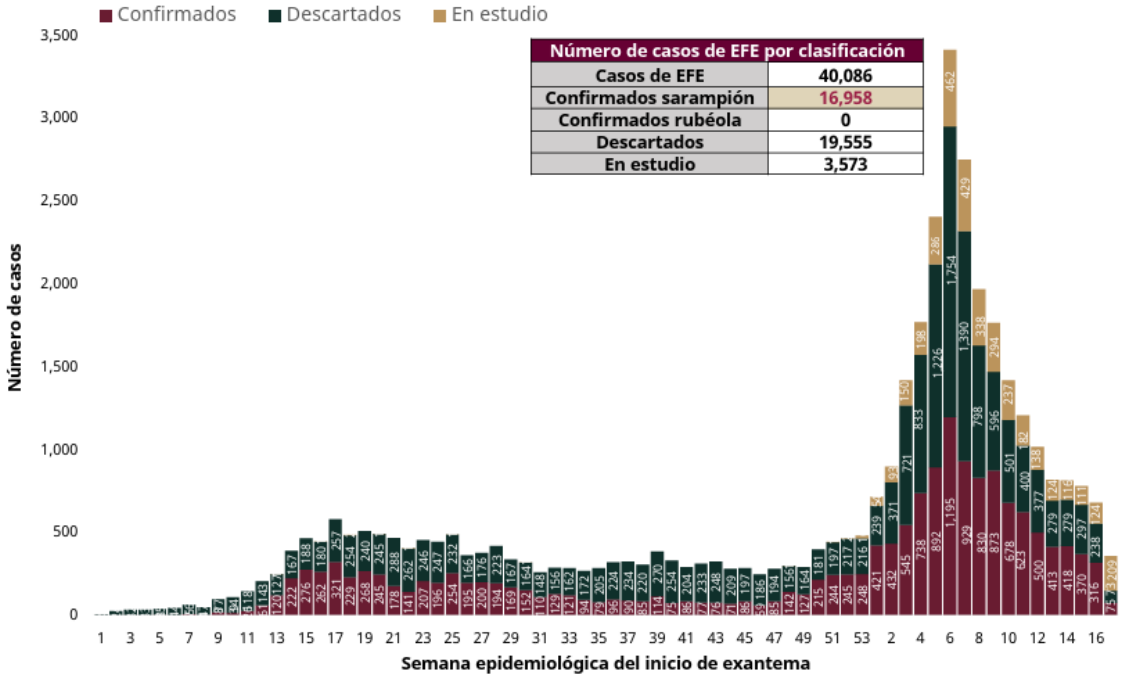


VIII.1.C. MÉXICO[32]

Al 01 de mayo, se han reportado 16.958 casos confirmados de sarampión acumulados desde el comienzo del brote. El grupo de edad más afectado es de 1 a 4 años (2.204 casos), seguido del grupo el de 25 a 29 años (1.954 casos) y por último el de 5 a 9 años (1.942 casos).

Se han reportado 37 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.

VIII.1.D. PERÚ[33]

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

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

Figura 1. Notificación de casos confirmados de sarampión-rubeola, 2026 (n=152)

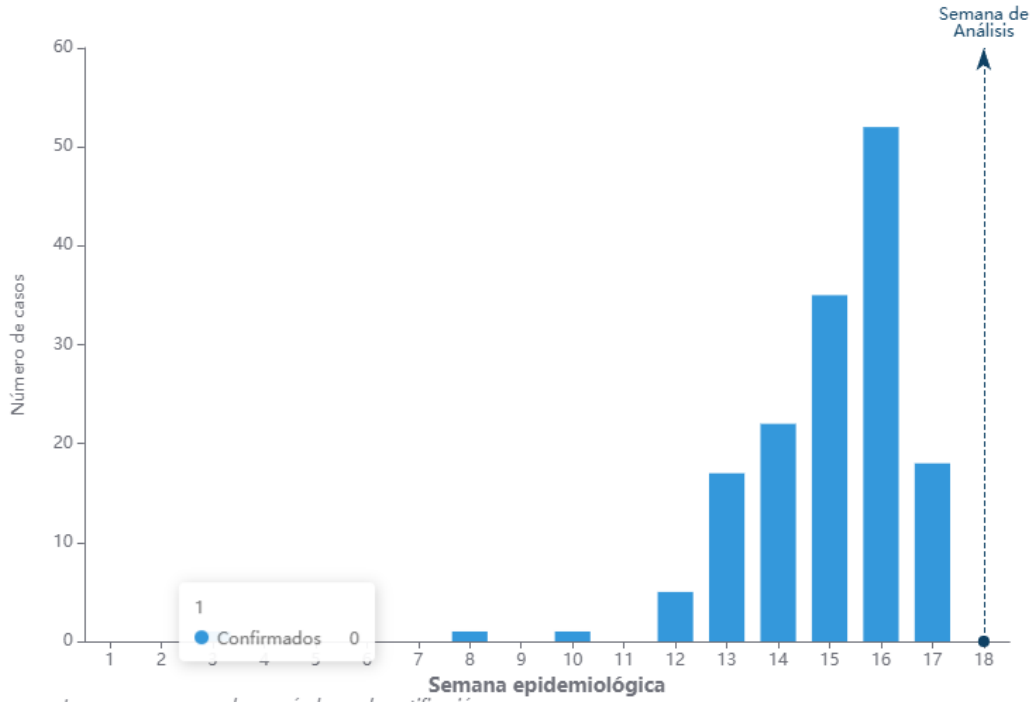
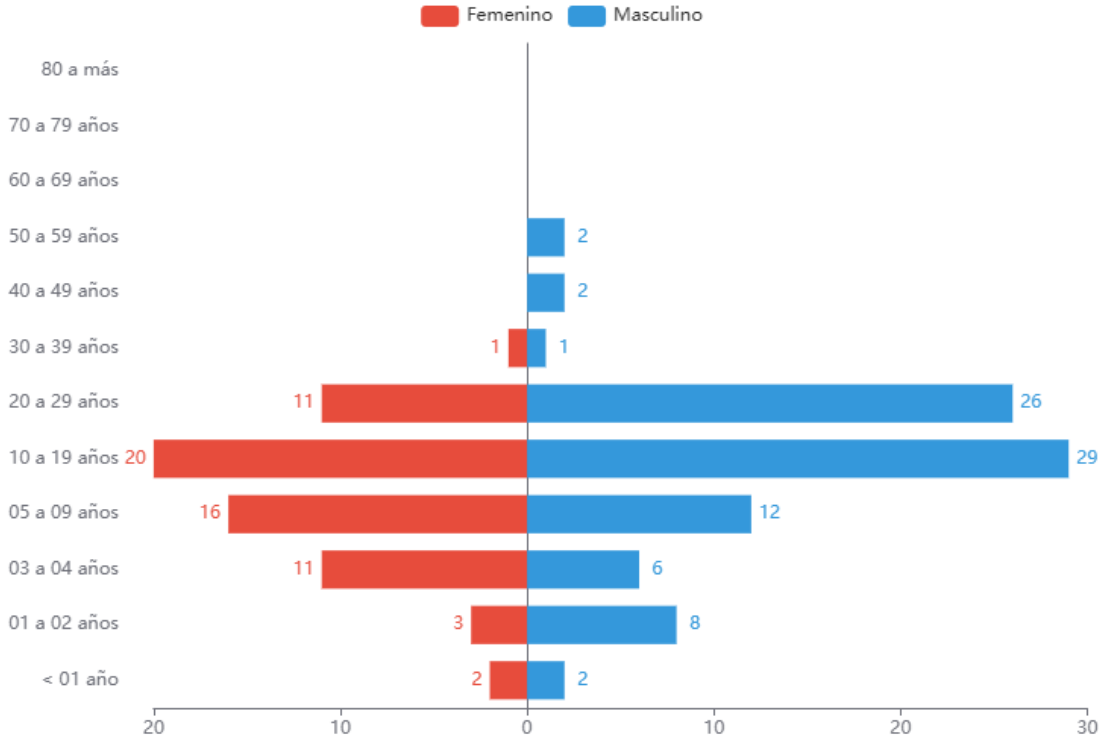


Figura 2. Distribución acumulada por sexo y grupo de edad, 2026.



VIII.3. Alerta Epidemiológica Influenza estacional y otros virus respiratorios: inicio temporada hemisferio Sur

Recibido a través del CNE el 27/04/2026

VIII.3.A. RESUMEN DE LA SITUACIÓN A NIVEL GLOBAL

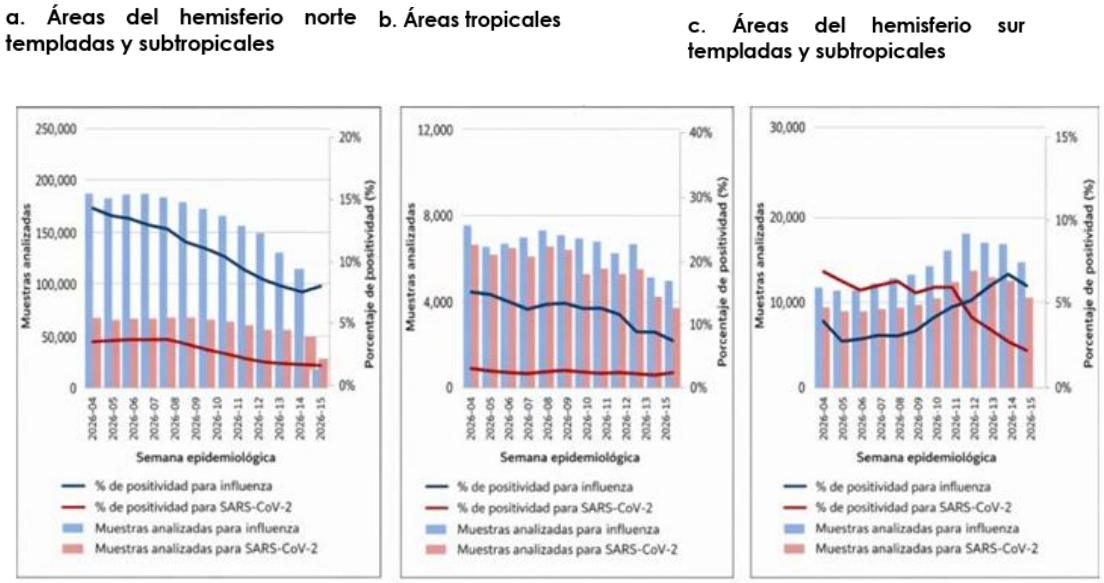
A nivel global, en el **hemisferio norte**, marcado por el fin del período invernal, la actividad de influenza se mantiene en descenso, con una positividad cercana al 10% en zonas templadas y subtropicales, aunque algunos países registran niveles elevados (>20%) (Figura 1). Mientras la temporada 2025-2026 de influenza fue marcada por una predominancia de influenza A(H3N2) en el hemisferio norte, las últimas semanas fueron caracterizadas por un aumento proporcional de influenza B, común al final de la temporada de influenza. En contraste, en **el hemisferio sur**, marcado por el fin del período estival, se observa un aumento de las detecciones de influenza, con un predominio de influenza A(H3N2) (Figura 1 y Figura 2).

Para el 2026, el comportamiento de influenza a nivel global muestra un predominio de las detecciones de influenza B, con tendencia a la baja. En el hemisferio Norte, el porcentaje de positividad de influenza fue elevado (>10%) en algunos países de América del Norte, África Oriental y en países del sur, este y sudeste de Asia. El porcentaje de positividad superó el 30% en países de Centroamérica y el Caribe y Europa Oriental. Asímismo, se observó un leve incremento de la actividad de influenza en algunos países de Centroamérica y el Caribe y del sur de Asia, así como en algunos países de África Central y Asia Central.

En el hemisferio sur, durante la SE 14 la actividad de influenza se ha mantenido a la baja en general, aunque se reportó un aumento de positividad (>10%) en algunos países de América del Sur, África Oriental y Meridional y el sudeste asiático. En América del Sur, un solo país alcanzó una positividad para influenza mayor del 30%. En las zonas con alta positividad, la influenza A(H3N2) predominó especialmente en Centroamérica y el Caribe, América del Sur tropical y templada y África Oriental, mientras que la influenza A(H1N1)pdm09 fue predominante en Europa Oriental y África Meridional. La influenza B fue predominante en América del Norte, África Occidental y Asia Oriental. La influenza A y B fueron codominantes en Asia Meridional y Sudoriental.

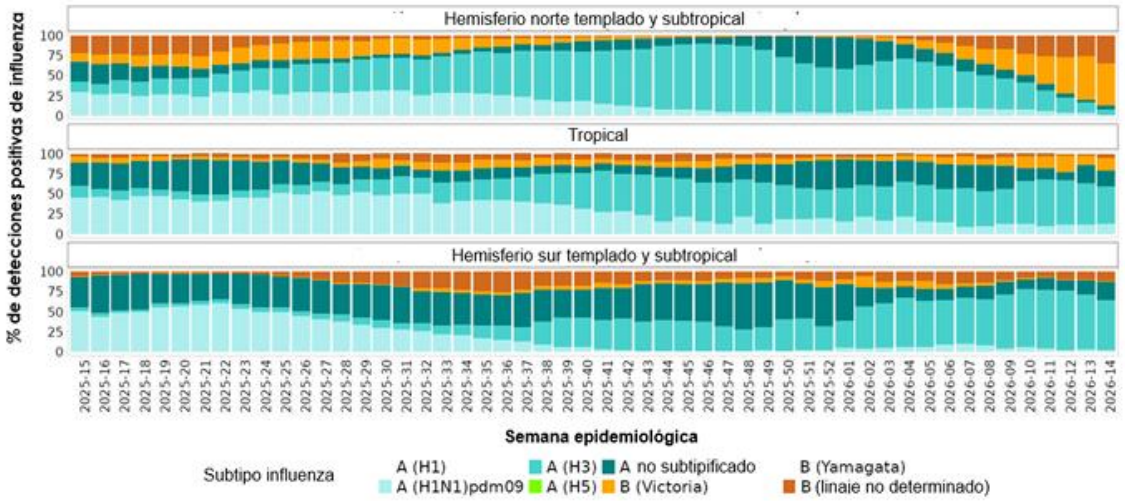
A nivel mundial, la positividad del SARS-CoV-2 se mantuvo estable y baja (Figura 1). La circulación de virus sincitial respiratorio (VSR) muestra patrones heterogéneos, con positividad agregada baja a nivel global, pero con focos de actividad elevada en países de Centroamérica y la subregión Andina.

Figura 1. Número semanal de muestras analizadas para influenza y el virus SARS-CoV-2 y porcentaje de positividad a nivel mundial, por zona geográfica (últimos 12 meses).



Fuente: Adaptado de la Organización Mundial de la Salud. Global Respiratory Virus Activity: Weekly Update N° 573. Ginebra: OMS; 2026. Disponible en: https://www.who.int/publications/m/item/global-respiratory-virusactivity--weekly-update-n--573.

Figura 2. Distribución semanal de los tipos y subtipos del virus de influenza por zona geográfica (últimos 12 meses).



Fuente: Adaptado de la Organización Mundial de la Salud. Global Respiratory Virus Activity: Weekly Update N° 573. Ginebra: OMS; 2026. Disponible en: https://www.who.int/publications/m/item/global-respiratory-virusactivity--weekly-update-n--573

VIII.3.B. RESUMEN DE LA SITUACIÓN REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

En el **hemisferio norte**, la temporada 2025–2026 de influenza se caracterizó por un inicio temprano y una actividad de moderada a alta intensidad, con predominio del virus A(H3N2), principalmente del subclado K. En las semanas más recientes, se observa una transición hacia un predominio creciente de influenza B, en línea con el patrón estacional de final de temporada, acompañada de una tendencia general al descenso. En paralelo, la circulación del VSR alcanzó su pico durante los meses invernales, con una posterior disminución

sostenida, aunque se mantiene en niveles detectables en algunos países de América del Norte.

En el **hemisferio sur**, al inicio de la temporada 2026, la actividad de influenza se mantiene baja con señales iniciales de incremento en algunos países, predominando el virus A(H3N2). Este comportamiento es consistente con el inicio progresivo de la temporada invernal. En este contexto, la circulación del VSR muestra un aumento gradual en varios países, anticipando su patrón estacional típico, con potencial impacto en la carga de enfermedad en niños pequeños y otros grupos de riesgo en las próximas semanas.

En las **zonas tropicales de la Región**, la actividad de influenza ha mostrado una circulación más heterogénea y sostenida, con predominio variable entre influenza A(H3N2) e influenza B según el país. En estas áreas, la circulación del VSR ha sido más persistente a lo largo del año, con incrementos recientes en subregiones como la Andina y algunos países de Centroamérica, donde se ha asociado a un aumento de hospitalizaciones por infecciones respiratorias agudas graves en población pediátrica.

La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene baja en la mayoría de los países.

Efectividad de la vacuna de influenza

La temporada 2025–2026 del hemisferio norte ha estado dominada por el virus de la influenza A(H3N2) del subclado K (clado 2a.3a.1, subclado J.2.4.1), antigénicamente distante de la cepa vacunal A/District of Columbia/27/2023 (subclado J.2) incluida en las formulaciones recomendadas por la OMS para esta temporada. A pesar de esta discordancia antigénica, las estimaciones interinas de efectividad vacunal (EV) publicadas a la fecha indican que la vacuna conserva protección clínicamente significativa. En Europa, un análisis conjunto de nueve estudios pertenecientes a la red I-MOVE/VEBIS (19 países de la Unión Europea/Espacio Económico Europeo; n = 275.785) reportó una EV contra influenza A, combinando ámbitos ambulatorio y hospitalario, de 25% a 45% en todos los grupos de edad, con estimaciones más altas en niños (47% a 72%), comparables a las observadas en temporadas previas.

En el Reino Unido, la Agencia de Seguridad Sanitaria (UKHSA) reportó una EV de 70–75% contra hospitalización en niños y 30–40% en adultos, y de 44% contra enfermedad ambulatoria por cualquier influenza y 52% específicamente contra A(H3N2) (5). En Canadá, la Red Centinela de Médicos (SPSN) estimó una EV de aproximadamente 40% contra enfermedad respiratoria aguda atendida médicamente asociada a A(H3N2), incluido el subclado K, y de aproximadamente 30% contra A(H1N1)pdm09. En los Estados Unidos, estimaciones interinas de los CDC (septiembre 2025–febrero 2026, tres redes de vigilancia) reportaron una EV de 3841% contra consulta ambulatoria y 41% contra hospitalización en niños y adolescentes, con reducción respecto a temporadas anteriores pero conservando protección clínicamente relevante.

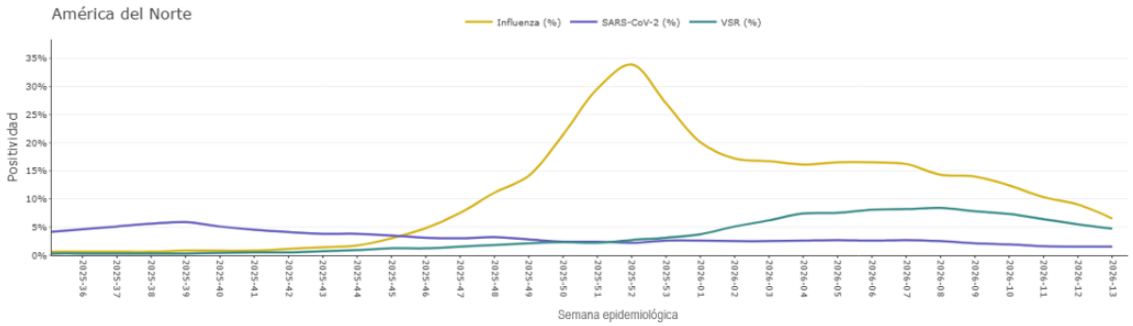
Es importante destacar que la formulación recomendada por la OMS para las vacunas del hemisferio sur en la temporada 2026 incluye una actualización del componente A(H3N2), pasando de A/District of Columbia/27/2023 (subclado J.2) a A/Tasmanian/1003/2025 (subclado L.1). Este cambio responde a la divergencia antigénica observada entre los virus del subclado K actualmente dominantes y la cepa vacunal previa. Si bien aún no se dispone de datos de efectividad para esta nueva formulación, cabe esperar que la actualización del componente A(H3N2) mejore la concordancia con los virus circulantes y, por lo tanto, el nivel de protección conferido por la vacuna en el hemisferio sur. No obstante, será esencial generar evidencia temprana de efectividad vacunal a través de REVELAC-i y otras

plataformas de vigilancia en la Región para confirmar esta hipótesis y guiar las decisiones de salud pública.

Subregión América del Norte

En los países de la subregión de América del Norte, luego del pico alcanzado entre las SE 52 y 53 del 2025, se observó un descenso paulatino de la actividad de influenza, la cual se mantuvo con una tendencia estable entre el 16% y el 17% entre las SE 2 y SE 7 del 2026, mostrando un descenso en las últimas cuatro semanas alcanzando una positividad del 6,5 % en la SE 13 (Figura 3). En esta subregión se observa un cambio en el patrón de circulación viral: tras un primer período de predominio de influenza A(H3N2), en las últimas semanas, influenza B (linaje Victoria) ha desplazado a influenza A como virus predominante, representando en Canadá el 86,8% de las detecciones a nivel nacional al cierre del período analizado. En cuanto a la circulación de VSR se muestra una tendencia decreciente en las últimas tres semanas, alcanzando una positividad del 4,7% en la SE 13. La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene con una tendencia a la baja con una positividad del 1,5% en la SE 13. Respecto a los casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG) asociados a influenza continúan en descenso, situándose en un 7%.

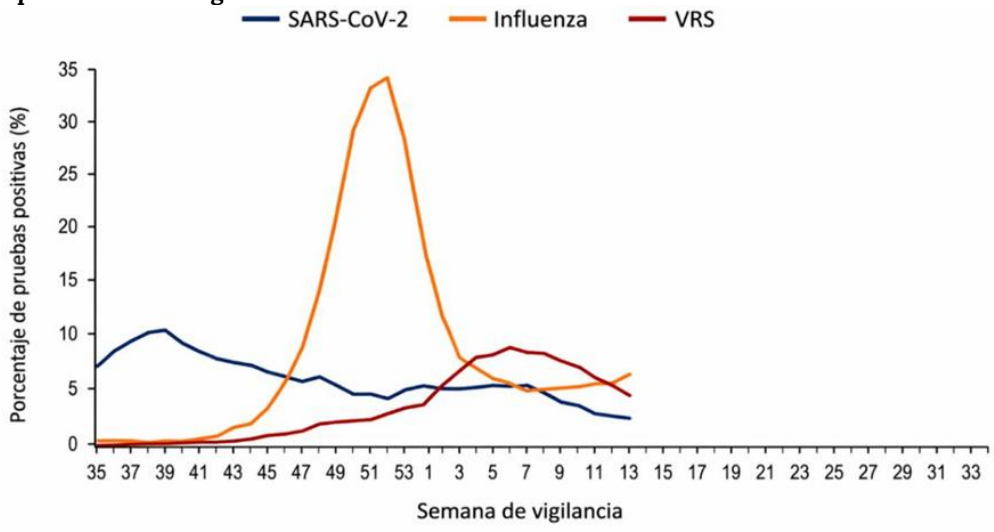
Figura 3. Muestras positivas y porcentaje de positividad por semana epidemiológica subregión América del Norte, SE 35 del 2025 a SE 13 del 2026.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2026 [consultado el 15 de abril del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/

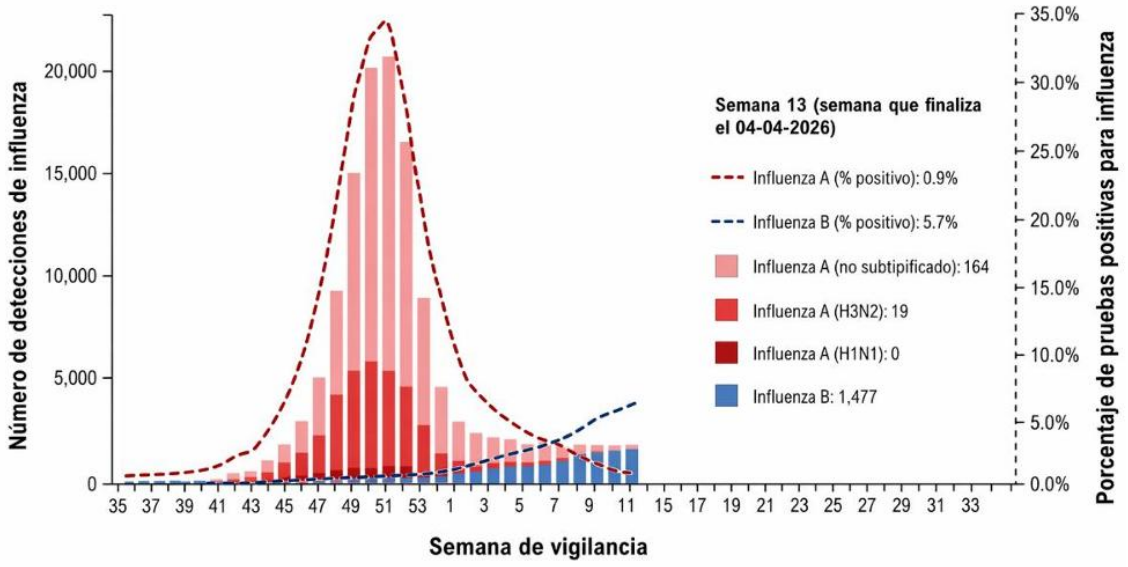
En **Canadá**, la temporada **2025–2026** se caracterizó por un inicio temprano y un período de alta actividad de influenza, con un pico de positividad cercano al 35% a mediados de diciembre, impulsado principalmente por la circulación de influenza A(H3N2), predominantemente del subclado K (Figura 4 y Figura 5). Posteriormente, la actividad mostró un descenso sostenido, con un aumento relativo de influenza B hacia el final de la temporada, especialmente en población escolar. La actividad del VSR inició más tardíamente que en temporadas previas, alcanzando su pico en febrero con niveles moderados de positividad (~8%) y afectando principalmente a niños menores de cinco años; aunque con menor intensidad que en años recientes, el período de circulación fue más prolongado. En las semanas más recientes, la actividad de influenza, VSR y SARS-CoV-2 se mantiene en descenso y en niveles bajos.

Figura 4. Porcentaje de pruebas positivas influenza, SARS-CoV-2 y Virus Sincitial Respiratorio en Canadá por semana de vigilancia 2025-2026.



Fuente: Adaptado de Government of Canada. Public Health Agency of Canada. Canadian respiratory virus surveillance report. Weekly overview of key trends in the activity of respiratory viruses in Canada. Ottawa: PHAC; 2026 [consultado el 15 de abril del 2026]. Disponible en: https://health-infobase.canada.ca/respiratory-virussurveillance/explore.html

Figura 5. Número de casos de influenza notificados y porcentaje de pruebas positivas en Canadá, por tipo, subtipo y semana de notificación 2025-2026.



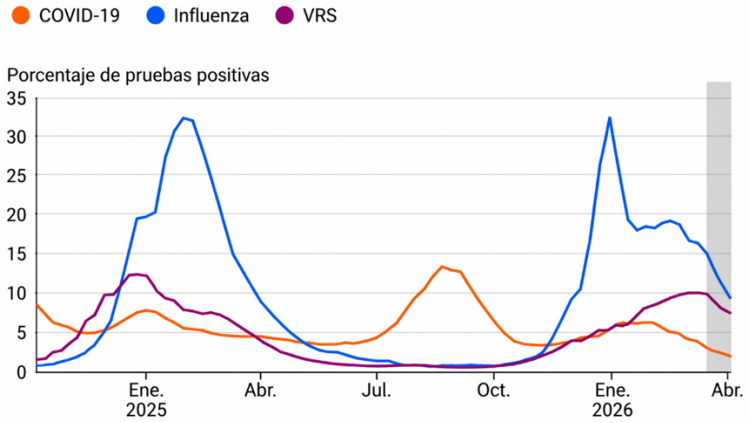
Fuente: Adaptado de Government of Canada. Public Health Agency of Canada. Canadian respiratory virus surveillance report. Weekly overview of key trends in the activity of respiratory viruses in Canada. Ottawa: PHAC; 2026 [consultado el 15 de abril del 2026]. Disponible en: https://health-infobase.canada.ca/respiratory-virussurveillance/explore.html

En los **Estados Unidos de América**, la temporada 2025–2026 se caracterizó por un inicio temprano y una actividad elevada de influenza, con un pico de positividad superior al 30% a finales de diciembre, impulsado principalmente por la circulación de influenza A(H3N2), predominantemente del subclado K (Figura 6). Posteriormente, se observó un descenso sostenido de la actividad, acompañado de un aumento relativo de influenza B hacia el final de la temporada, con variaciones regionales en su intensidad. La tasa acumulada de hospitalización asociada a influenza fue la tercera más alta desde la temporada 2010-2011, registrando la tasa más alta para la temporada 2025-2026 en la SE 53 del 2025 (12,6

hospitalizaciones por cada 100.000 habitantes) (Figura 7). Los menores de 18 años tienen la segunda tasa acumulada más alta de hospitalización para ese grupo de edad desde la temporada 2010-2011.

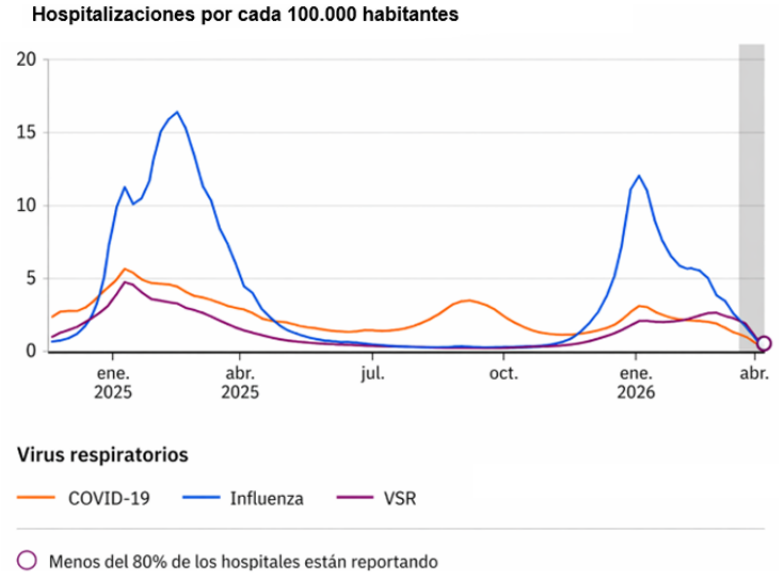
La actividad del VSR mostró un incremento progresivo desde el otoño, alcanzando su pico a finales del invierno con niveles moderados de positividad (alrededor del 8–9%), afectando principalmente a niños pequeños, seguido de una disminución en las semanas más recientes. En paralelo, la circulación de SARS-CoV-2 se mantuvo baja y en descenso durante la mayor parte del período.

Figura 6. Tasas de hospitalización reportadas por los hospitales en Estados Unidos, por virus respiratorio, 2025-2026.



Fuente: Adaptado de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Respiratory Virus Activity Levels. Atlanta: CDC; 2026 [consultado el 15 de abril del 2026]. Disponible en: https://www.cdc.gov/respiratory-viruses/data/activity-levels.html

Figura 7. Tasas de hospitalización reportadas por los hospitales en Estados Unidos, por virus respiratorios, 2025-2026.

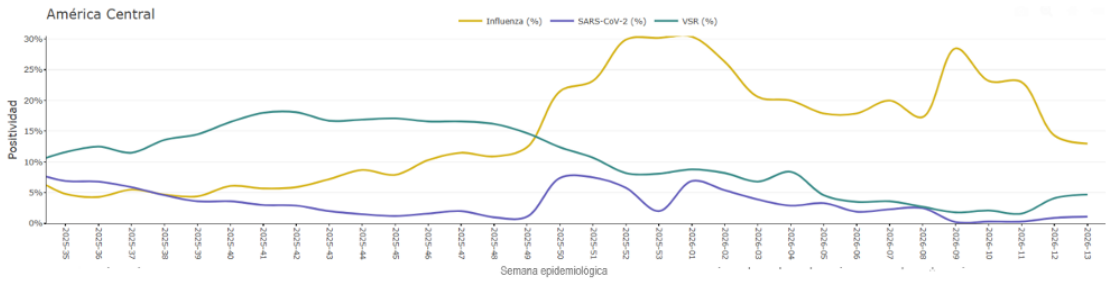


Fuente: Adaptado de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Severe Viral Respiratory Illness. Atlanta: CDC; 2026 [consultado el 15 de abril del 2026]. Disponible en: https://www.cdc.gov/respiratory-viruses/data/illness-severity.html .

Subregión América Central

En la subregión de América Central, la actividad de influenza durante las primeras semanas del 2026 ha mostrado variaciones, con niveles de positividad entre 13% y 30,4%. Tras valores elevados al inicio del período (30,4% en la SE 1), se observó un descenso progresivo hasta la SE 6 (17,9%). Posteriormente, se registró un nuevo incremento con un pico de positividad en la SE 9 (28,5%); sin embargo, la tendencia descendente se retomó en las semanas siguientes (Figura 8).

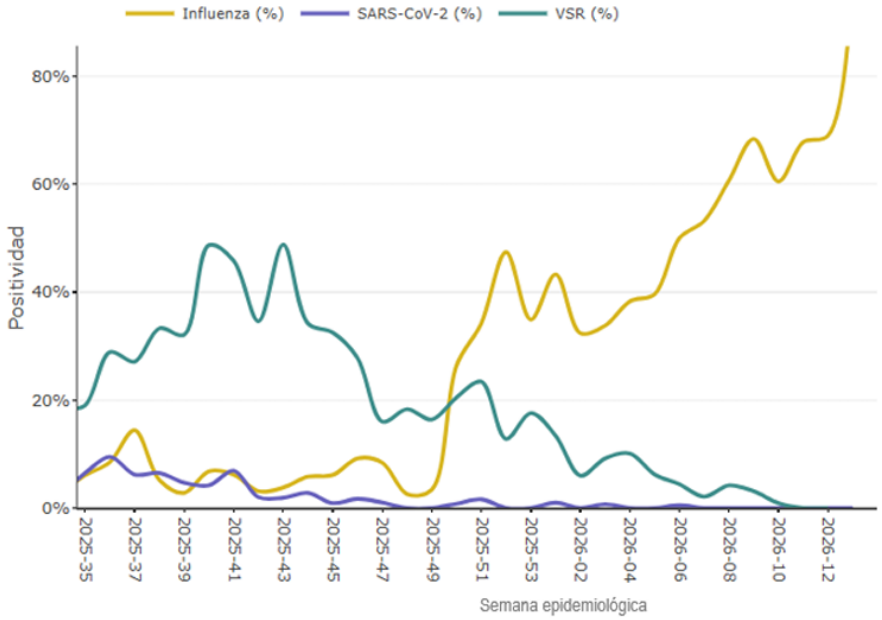
Figura 8. Muestras positivas y porcentaje de positividad por semana epidemiológica subregión América Central, SE 35 del 2025 a SE 13 del 2026.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2026 [consultado el 15 de abril del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/

En **Guatemala**, durante las últimas ocho semanas del 2026, la positividad de influenza mostró una tendencia hacia el incremento, con valores que oscilaron entre 38,3% (SE 4) y 100% (SE 13), incremento que debe interpretarse con cautela, ya que se encuentra probablemente influenciado por una reducción en el volumen de pruebas, lo que podría sobreestimar la intensidad de transmisión (Figura 9). En las últimas cuatro semanas, la positividad se mantuvo en 64,2%. Los casos se asocian principalmente a la circulación de influenza A(H3N2) y A(H1N1)pdm09. En comparación con otros virus respiratorios, la influenza ha sido el virus predominante en los casos de infecciones respiratorias agudas graves (IRAG). Los grupos más afectados corresponden a personas de 0 a 12 años.

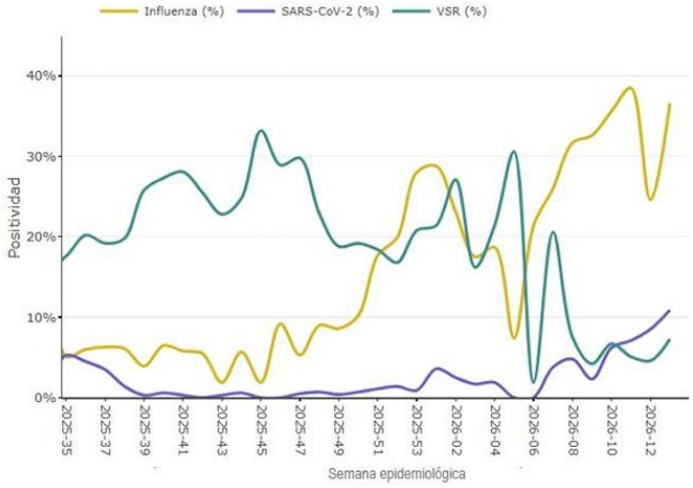
Figura 9. Muestras positivas y porcentaje de positividad por semana epidemiológica, Guatemala, SE 35 del 2025 a SE 13 del 2026.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2026 [consultado el 15 de abril del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses

En **Panamá**, durante las primeras semanas del 2026, se observa un cambio en el patrón de circulación de los virus respiratorios. Al inicio del período, entre las SE 1 y SE 4, se evidenció una co-circulación de influenza y VSR, con niveles de positividad relativamente elevados para ambos virus. En particular, el VSR alcanzó su mayor nivel en la SE 5 (30,6%), constituyéndose como el virus predominante en ese momento. A partir de la SE 6, se observa un descenso marcado en la positividad del VSR, acompañado de un incremento sostenido en la actividad de influenza, que pasa a ser el virus predominante desde la SE 7 en adelante, alcanzando un pico de 38,5% en la SE 11 y manteniéndose en niveles elevados en la SE 13 (36,6%) (Figura 10). Por su parte, la positividad de SARS-CoV-2 se mantuvo baja durante la mayor parte del período. En cuanto a la gravedad de los casos, han predominado las hospitalizaciones por infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) asociadas a influenza, seguidas por aquellas relacionadas con VSR.

Figura 10. Muestras positivas y porcentaje de positividad por semana epidemiológica, Panamá, SE 35 del 2025 a SE 13 del 2026.

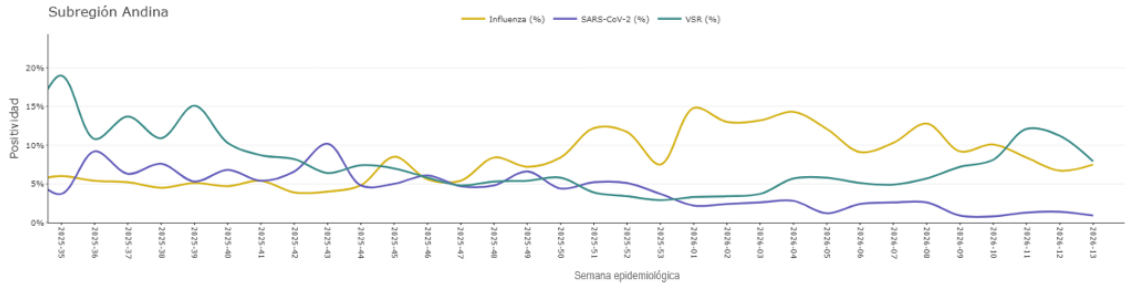


Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2026 [consultado el 15 de abril del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/

Subregión Andina

En la subregión Andina la actividad de influenza durante las primeras semanas del 2026 se mantuvo estable entre el 12% y 15% de positividad hasta la SE 4 observándose un predominio de influenza A. Posteriormente, se observó una tendencia al descenso, manteniéndose en niveles bajos en la SE 13 (7,5%). Estos datos sugieren una disminución en la actividad de influenza acompañada de un aumento relativo en la circulación de VSR en las semanas más recientes (Figura 11).

Figura 11. Muestras positivas y porcentaje de positividad por semana epidemiológica subregión Andina, SE 35 del 2025 a SE 13 del 2026.

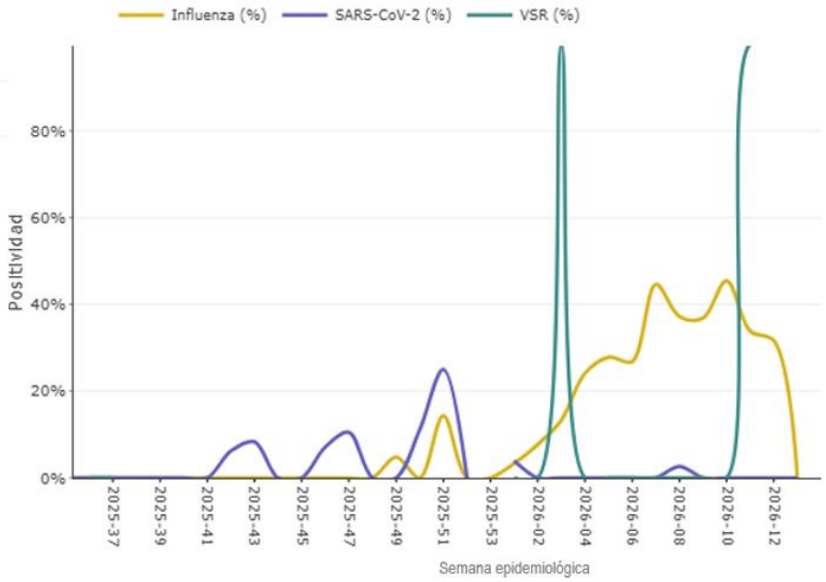


Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2026 [consultado el 15 de abril del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/

En **Bolivia** (Estado Plurinacional de), durante las primeras semanas del 2026, la positividad de influenza mostró una tendencia al incremento a partir de la SE 5, alcanzando un pico de 44,6% en la SE 7. Posteriormente, se observó un descenso en la positividad a partir de la SE 11. En las últimas cuatro semanas, la positividad de la influenza se situó en 37,1%. En cuanto al virus sincitial respiratorio (VSR), se registraron niveles elevados de positividad en las últimas semanas, alcanzando el 100% entre las SE 11 y 13, valores que pueden estar influenciados por un bajo número de muestras analizadas. Este comportamiento también fue observado previamente en la SE 3 y se ha mantenido desde la SE 32 del 2025. En relación con la caracterización virológica, predomina la circulación de influenza A(H1N1)pdm09 (65,1%).

Por otra parte, en los casos de infecciones respiratorias agudas graves (IRAG), el grupo etario más afectado corresponde a niños de 0 a 12 años (42,5%) (Figura 12).

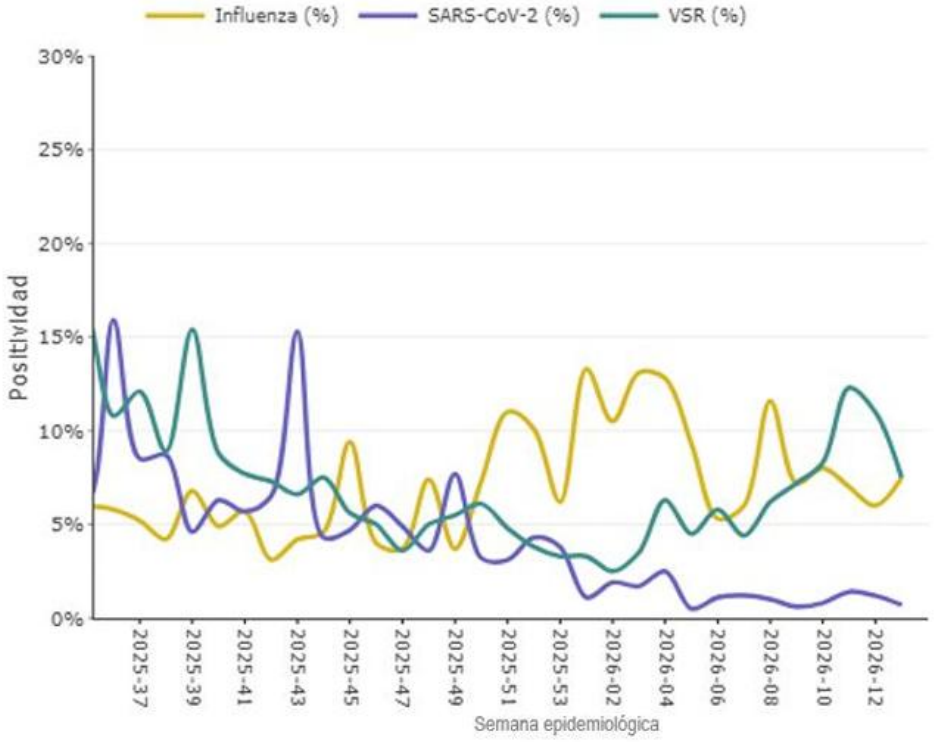
Figura 12. Muestras positivas y porcentaje de positividad por semana epidemiológica, Bolivia, SE 35 del 2025 a SE 13 del 2026.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2026 [consultado el 15 de abril del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/

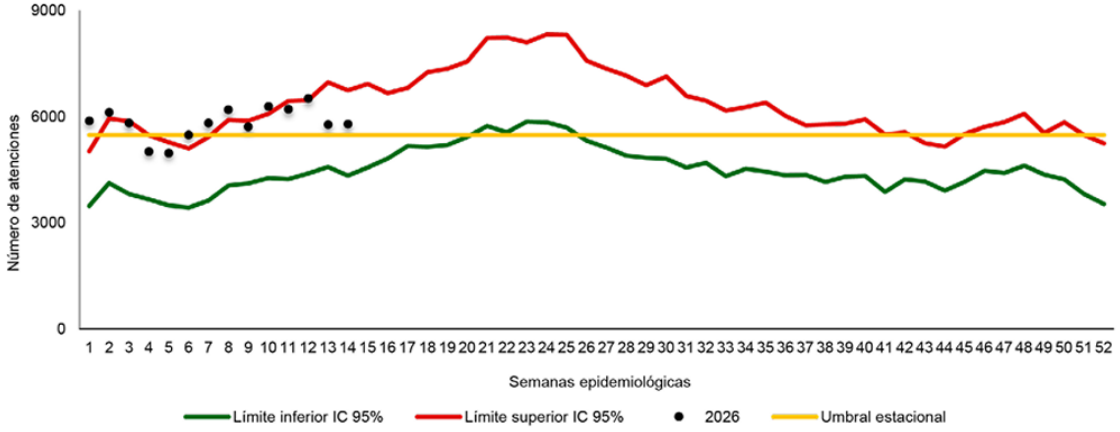
En **Colombia**, las últimas cuatro SE de 2026, se observa un aumento en la positividad de VSR, con indicios de estabilización en las semanas más recientes. Con relación a los casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG), se observa también, una predominancia de VSR, el grupo etario más afectado corresponde a niños de 0 a 12 años, seguidos del grupo etario de 13 a 17 años. Por otro lado, las hospitalizaciones por infección respiratoria aguda (IRA) en sala general mostraron una tendencia ascendente sostenida entre las SE 1 y 12, ubicándose cerca o por encima del límite superior del canal endémico; sin embargo, en las semanas 13 y 14 se observó un descenso, aunque permaneciendo por encima del umbral estacional (Figura 14). Este comportamiento fue más evidente en personas mayores de 60 años, cuyas hospitalizaciones se mantuvieron por encima del límite superior durante varias semanas recientes. En cuanto a la circulación viral, durante el último período analizado se evidenció la presencia de múltiples virus respiratorios, incluyendo VSR, enterovirus, rinovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza B. Asimismo, se observó un incremento general en la positividad, particularmente asociado al metapneumovirus, mientras que otros virus se mantuvieron en niveles estables.

Figura 13. Muestras positivas y porcentaje de positividad por semana epidemiológica Colombia, SE 35 del 2025 a SE 12 del 2026.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2026 [consultado el 15 de abril del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/ .

Figura 14. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 1 a 14 del 2026.



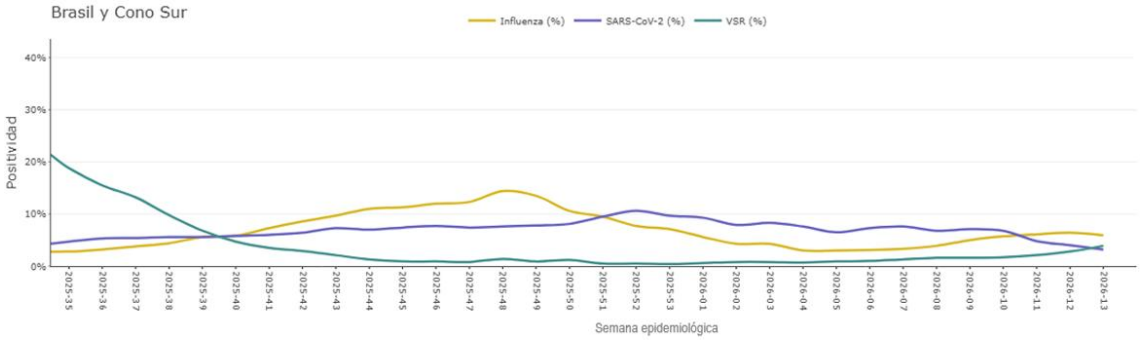
Fuente: Adaptado del Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal- Año 21. Semana Epidemiológica Bogotá: INS; 2026. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/BoletinEpidemiologico/2026_Boletin_epidemiologico_semana_14.pdf

Subregión de Brasil y el Cono Sur

Para Brasil y el Cono Sur la actividad de influenza se mantuvo por debajo del 6% durante las primeras ocho semanas del 2026, con leves incrementos a partir de la SE 9, alcanzando una

positividad del 5,9% en la SE 13 (Figura 15). Se observa un predominio claro de influenza A(H3N2), con alta intensidad de circulación y menor proporción de virus no subtipificados en comparación con otras subregiones, lo que sugiere una dinámica más definida de transmisión dominada por este subtipo. Teniendo en consideración que la reciente temporada en el hemisferio norte estuvo caracterizada por el predominio de influenza A(H3N2) del subclado K, asociado a actividad intensa y picos concentrados de transmisión; la reciente detección de este subclado en países de la subregión sugiere la posible continuidad de patrones similares, aunque su impacto dependerá de la dinámica local y la evolución de la circulación viral. En cuanto a la circulación de VSR, aunque su circulación se considera baja, se observa una tendencia de incremento paulatino alcanzando una positividad del 3,9% en la SE 13. El SARSCoV-2 muestra una tendencia a la baja, estableciendo su positividad en un 3,2%. Los casos de enfermedad tipo influenza (ETI) y de IRAG en la subregión de Brasil y el Cono Sur se asocian principalmente a influenza en los cuales se observa una tendencia de incremento leve.

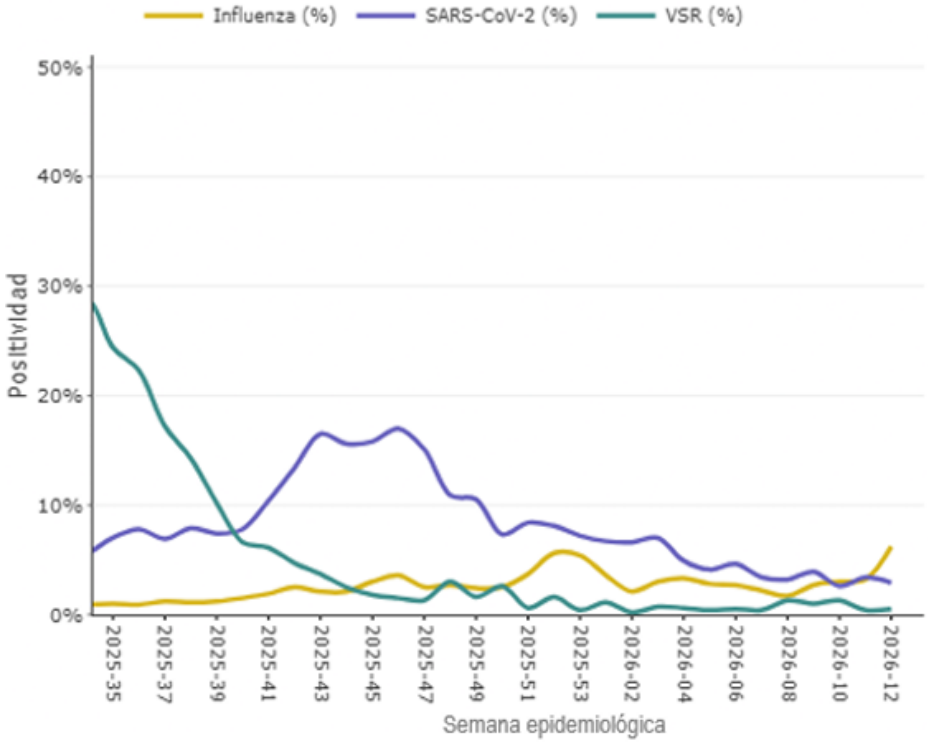
Figura 15. Muestras positivas y porcentaje de positividad por semana epidemiológica subregión Brasil y el Cono Sur, SE 35 del 2025 a SE 13 del 2026.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2026 [consultado el 15 de abril del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/

En **Argentina**, la circulación de influenza muestra una tendencia de incremento leve durante las últimas cuatro semanas, alcanzando una positividad de 6,2% en la SE 12 (Figura 16). La actividad de VSR se mantiene a la baja, alcanzando una positividad de 0,5%, y la actividad de SARS-CoV-2 presenta una tendencia baja y estable con una positividad de 2,9%, sin cambios relevantes en los últimos dos meses.

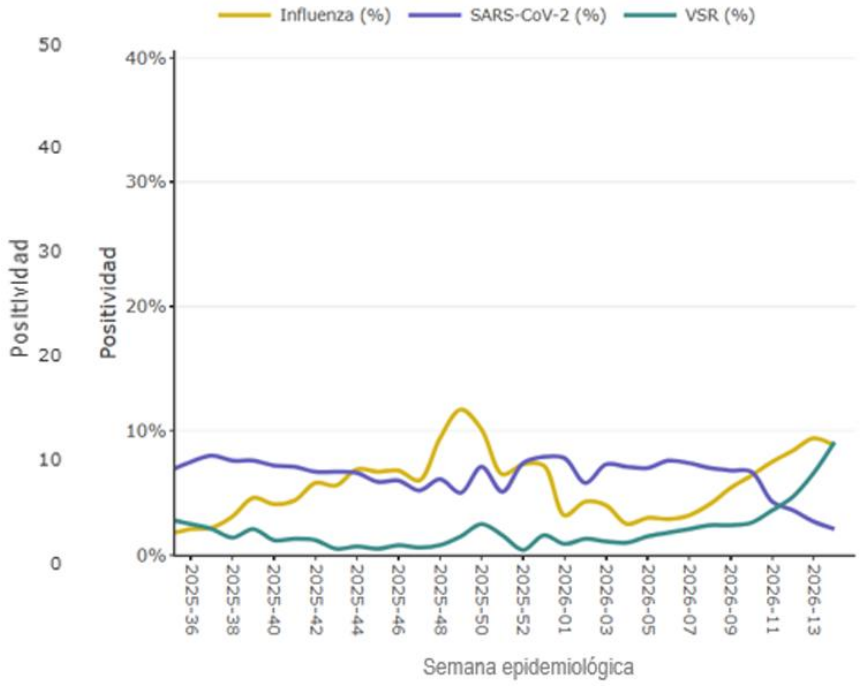
Figura 16. Muestras positivas y porcentaje de positividad por semana epidemiológica Argentina, SE 35 del 2025 a SE 12 del 2026.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2026 [consultado el 15 de abril del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/

En **Brasil**, durante el primer trimestre del 2026, la actividad de influenza se mantuvo por debajo del 5% mostrando un incremento leve de la actividad entre la SE 7 y la SE 11 cuando alcanzó una positividad del 7,4%, (Figura 17) (3). El subtipo predominante ha sido el virus de influenza A(H3N2), con incremento leve de influenza B. En cuanto al VSR presenta un aumento leve progresivo con una positividad del 4,2% durante las últimas cuatro semanas, alcanzando una positividad de 6,3% en la SE 12. La actividad de SARS-CoV-2 presenta una tendencia al descenso, con una positividad de 2,8%.

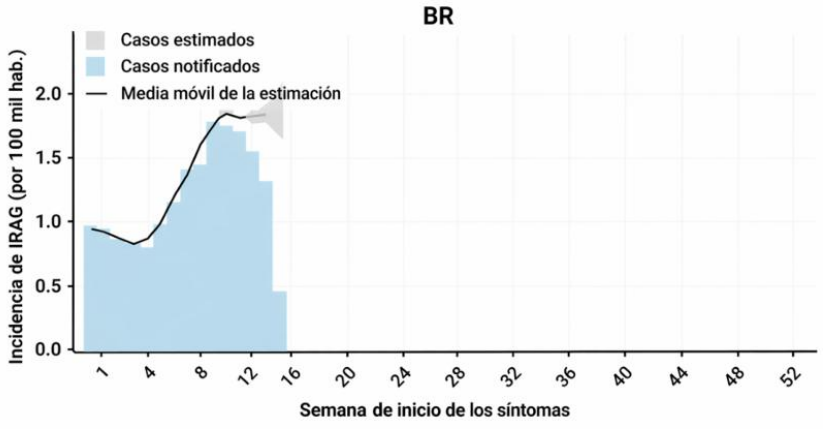
Figura 17. Muestras positivas y porcentaje de positividad por semana epidemiológica Brasil, SE 35 del 2025 a SE 12 del 2026.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2026 [consultado el 15 de abril del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/

A nivel nacional, los casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG) muestran signos de estabilidad en la tendencia. Sin embargo, se observa un aumento de los casos de IRAG en niños menores de dos años a nivel nacional, impulsado por el incremento de las hospitalizaciones por VSR (Figura 18). Los casos de IRAG asociados a la influenza A siguen disminuyendo en muchos estados del Nordeste, además de en Pará y Río de Janeiro. Sin embargo, siguen aumentando en gran parte de la región Centro-Sur y en algunos estados del Nordeste, además de haber vuelto a crecer en algunas regiones del Norte. En las últimas 4 semanas epidemiológicas, la proporción entre los casos positivos fue de 32,2% de influenza A, 2,4% de influenza B, 26,3 % de virus respiratorio sincitial, 33% de rinovirus y 5,5% de SARS-CoV-2 (COVID-19).

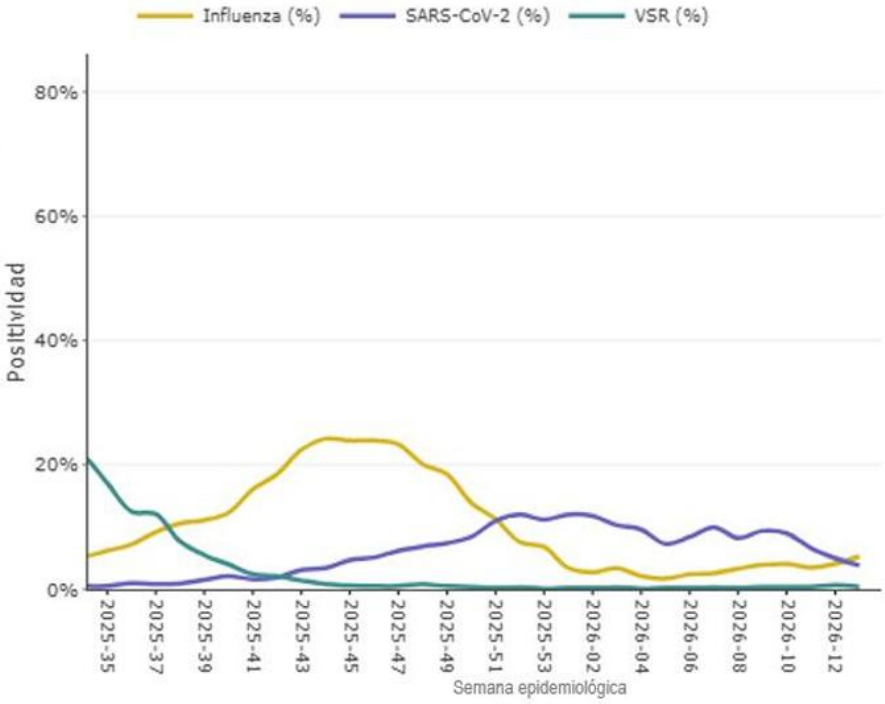
Figura 18. Incidencia semanal del síndrome respiratorio agudo grave (SRAG) en Brasil en 2026, hasta SE 14.



Fuente: Adaptado de Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde - ICICT/Fiocruz. Resumo do Boletim InfoGripe -- Semana Epidemiológica (SE) 14 2026. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2026. Disponible en: https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/Resumo_InfoGripe_2026_14_0.pdf

En **Chile**, la circulación de influenza se mantiene baja con un incremento leve durante las últimas cuatro semanas, alcanzando una positividad de 5,3% en la SE 13 (Figura 19). La actividad de VSR se mantiene estable a la baja, alcanzando una positividad de 0,4%, y SARSCoV-2 continúa siendo el virus predominante durante la primera porción del año, presentando una tendencia al descenso a partir de la SE 11 y con una positividad de 3,8% en la SE 13.

Figura 19. Muestras positivas y porcentaje de positividad por semana epidemiológica Chile, SE 35 del 2025 a SE 12 del 2026.

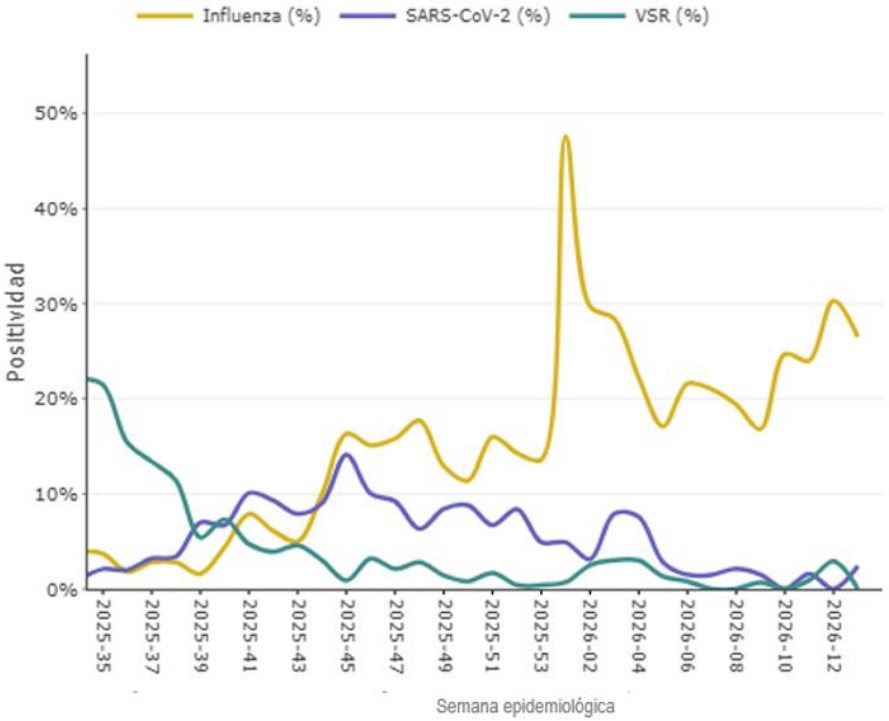


Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2026 [consultado el 15 de abril del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/

En **Paraguay**, durante el primer trimestre del 2026, la actividad de influenza se mantuvo elevada presentando un primer pico en la SE 1 del 2026 cuando alcanzó una positividad del

47,6%, posteriormente mostró una tendencia al descenso hasta la SE 5 con una positividad del 17,1%, y posteriormente mostrando una tendencia al incremento evidenciando una positividad del 26% durante las últimas cuatro semanas (Figura 20). El subtipo predominante ha sido el virus de influenza A(H3N2). En cuanto al VSR permanece en niveles bajos con un ligero aumento reciente y una positividad del 1% durante las últimas cuatro semanas. La actividad de SARSCoV-2 presenta una circulación baja con una positividad de 0,4% durante las últimas cuatro semanas.

Figura 20. Muestras positivas y porcentaje de positividad por semana epidemiológica Paraguay, SE 35 del 2025 a SE 12 del 2026.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2026 [consultado el 15 de abril del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/

Fuente: https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-influenza-estacional-otros-virus-respiratorios-inicio-temporada

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

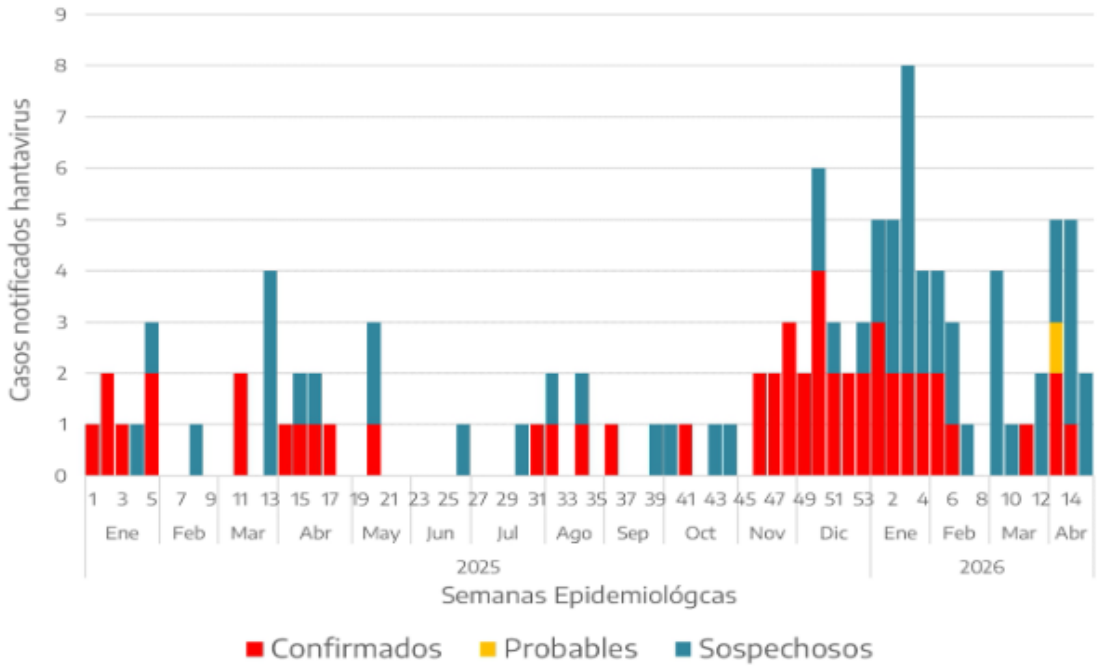
IX. Boletines Jurisdiccionales

IX.1. Buenos Aires: Hantavirosis

En el 2026 se notificaron 248 casos sospechosos de hantavirus, de los cuales 16 son confirmados, 1 probable, 33 continúan como sospechosos y el resto fue descartado. Se registraron 3 casos confirmados durante las primeras dos semanas de abril, de los cuales uno falleció.



Casos notificados, confirmados y probables de hantavirus por semana epidemiológica. PBA, SE 1 a SE 53 de 2025 (N= 440) y SE 1 a SE 15 de 2026 (n=248)



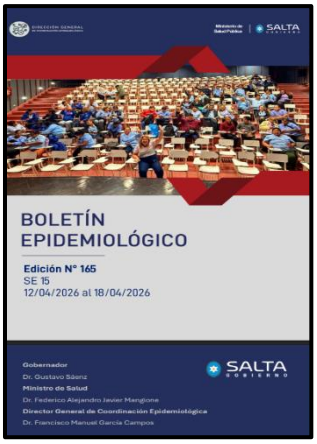
Fuente. SNVS 2.0. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes. Ministerio de Salud de la PBA.

Para más información:

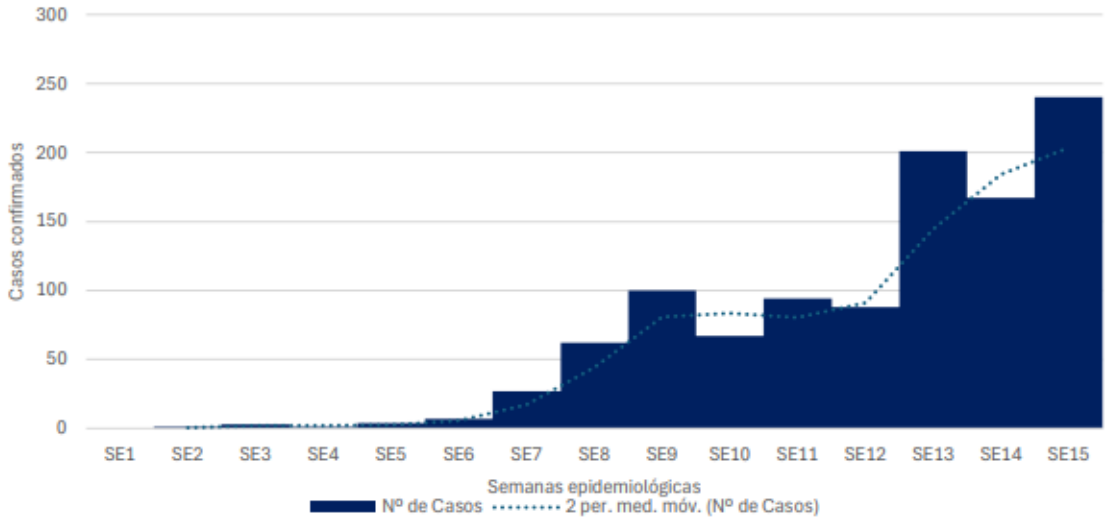
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

IX.2. Salta: Chinkungunya

En la Provincia de Salta hasta la SE 15, se notificaron 1061 casos confirmados tomando como referencia los resultados de las determinaciones de laboratorio para fiebre chikungunya.



Chikungunya : casos confirmados por semana epidemiológica. (SE 1 hasta SE 15). Año 2026. Provincia de Salta (n=1061)



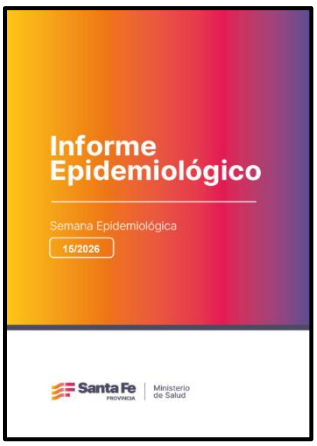
Fuente: Elaboración propia de Sala de situación la D.G.C.E. en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Para más información:

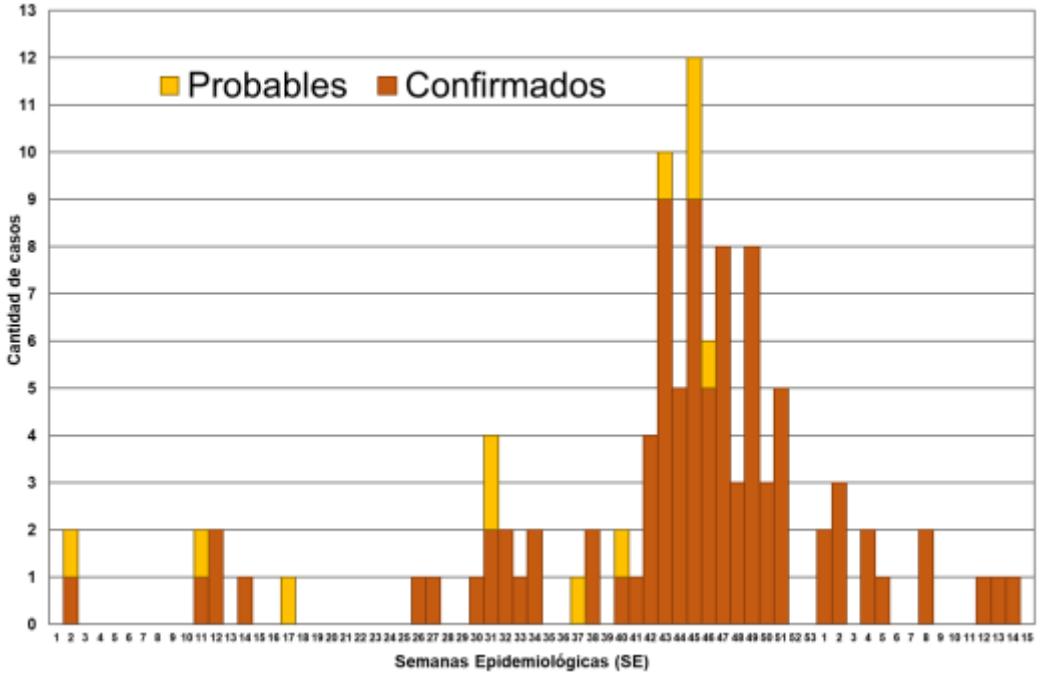
http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/

IX.3. Santa Fe: Coqueluche

En la Provincia de Santa Fe entre la SE 1 y la SE 53 de 2025 se notificaron un total de 396 casos al evento de Coqueluche, de los cuales 78 se confirmaron y 12 se clasificaron como probables.



Distribución de casos confirmados (n= 91) y probables (n= 12) de Coqueluche según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE 1/2025 a SE 15/2026. Período 2025-2026. N= 103.



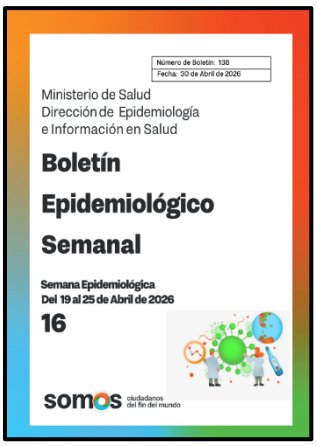
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

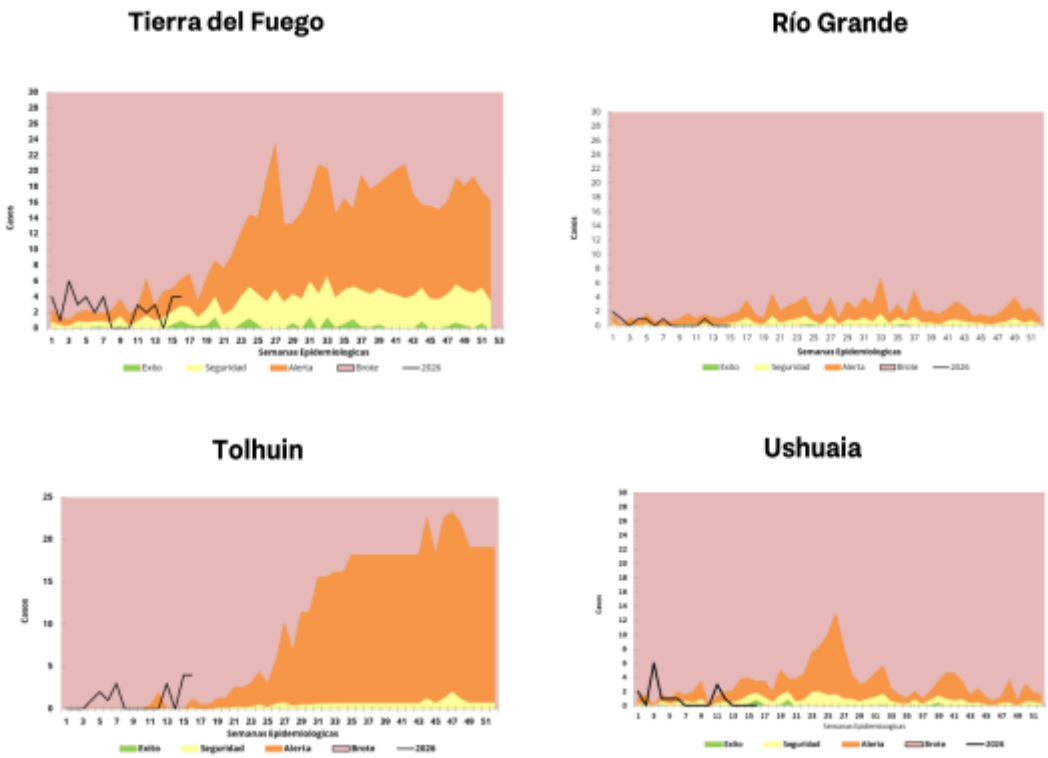
Para más información:

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

IX.4. Tierra del Fuego: Varicela

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:

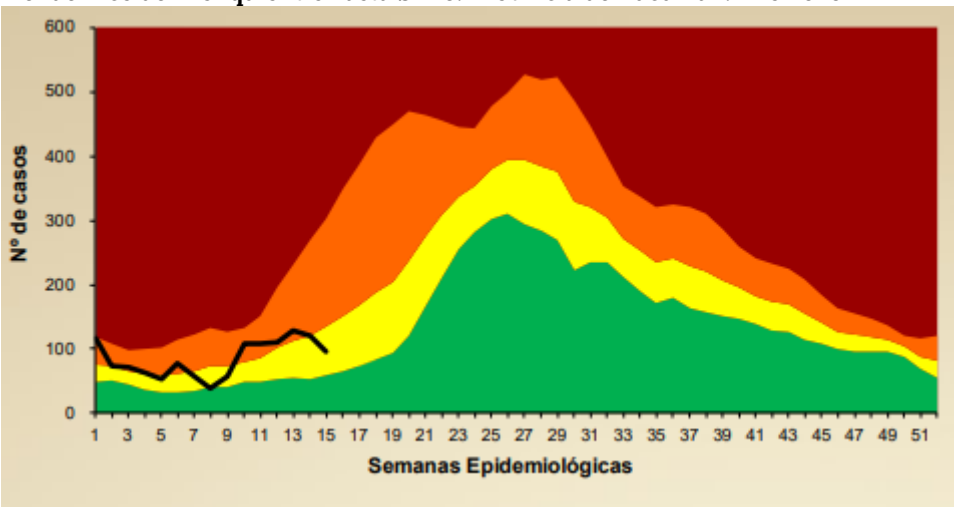
https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/

IX.5. 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 15 se notificaron 96 casos.



Corredor endémico de Bronquiolitis hasta SE 15. Provincia de Tucumán. Año 2026



Fuente: SNVS – Dirección de Epidemiología

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS
PARA VIGILANCIA

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

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	Fiebre Q	Clínica	Signos y síntomas	Se adiciona “asintomático”
	Fiebre Chikungunya	Epidemiológica	Factores de riesgo	Se adiciona: “Transmisión vertical”
	Listeriosis	Laboratorio	Técnica	Se adiciona la técnica “FT-IR”, para la técnica “Detección de serogrupo”
	Meningoencefalitis	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”. Para la determinación “Serotipificación de S. pneumoniae”, se adicionan las técnicas “Secuenciación de genoma completo” y “Quellung” con el resultado “S. pneumoniae serotipo 24C”.
	Otras infecciones invasivas (bacterianas y otras)			

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	**Nombre del evento**	**Solapa**	**Sección**	**Cambio realizado**
	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”.
	Sospecha de brote de ETA	Evento	Clasufucación manual de caso	Se adiciona “Caso confirmado por nexo epidemiológico”
		Clínica	Signos y síntomas	Se adicionan: “Diarrea”, “Diarrea con sangre”, “Deshidratación”, “Fiebre mayor o igual a 38°”, “Vómitos”, “Dolor abdominal”, “Pujos ”, “Tenesmo”, “Irritabilidad”, “Abdomen distendido”.
			Comorbilidades	Se adicionan: “Inmunosuprimido”, “Diabetes”, “Insuficiencia renal crónica”, “Insuficiencia cardíaca”, “Enfermedad inflamatoria intestinal”, “Desnutrición”, “Obesidad”.
			Tratamiento	Se adicionan: “Mebendazol-albendazol”, “Mebendazol”, “Trimetoprima Sulfametoxazol”, “Sales de rehidratación por vía oral o rehidratación endovenosa”, “Metronidazol”, “Eritromicina”, “Azitromicina”, “Cefalosporinas de tercera generación“.
			Resultado de tratamiento	Se adiciona: “Tratamiento completo”.
			Causas de fallecimiento	Se adicionan: “Shock hipovolémico”, “Hipopotasemia”, “Septicemia”, “Complicación neurológica”, “Complicación Intestinal”, “Complicación Cardíaca”, “Infecciones Intercurrentes”.
		Epidemiología	Factores de riesgo	Se adicionan: “Ingesta / uso

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	**Nombre del evento**	**Solapa**	**Sección**	**Cambio realizado**
				de agua no segura", "Consumo: frutas/vegetales crudos o sin lavar/lavados c/ agua no segura", "Consumo: leche/derivados lácteos no pasteurizados o prod. artesanales", "Consumo: preparaciones con carne picada", "Consumo: Carne cruda y/o insuficientemente cocida (vaca/cabra/potro)", "Consumo: Alimento/jugos adquiridos en local de comida, feria, comedor", "Contacto con aguas recreacionales no seguras: laguna, río, pileta, etc", "Contacto directo con animales: rumiantes / de granja / mascotas", "Contacto con persona con enfermedad confirmada por laboratorio", "Contacto con algún caso sospechoso", "Tomó algún nuevo medicamento (en los últimos 3 meses)", "Intrahospitalaria (IACS)", "Consumo: preparaciones con huevo ".
		Laboratorio	Laboratorio Clínico	Se adicionan: "Hematocrito (%)", "Haptoglobina (g/l)", "Hemoglobina (g/dl)", "Clearence de creatinina (ml/min)", "Uremia (g/l)", "Creatinemia (mg/l)", "Recuento de Plaquetas (/mm3)", "Proteinuria (mg/dl)", "Hematuria", "Recuento de Leucocitos", "Sangre en materia fecal".

XI. 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

XII. 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