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



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **807**

Semana epidemiológica 17
AÑO 2026
Desde 26/04 al 02/05
Fecha de publicación
11/05/2026

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:

Coqueluche
Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DICEI) y la Dirección Nacional de Enfermedades Transmisibles., De la ANLIS "Carlos G. Malbrán": Departamento de Epidemiología y Servicio de Bacteriología Clínica del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán".

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.

Fiebre Amarilla
Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DiCEI) y la Dirección Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles (DNCET).
Del ANLIS "Carlos G. Malbrán": el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui" (INEVH).
Del Ministerio de Salud de la provincia de Salta: La Dirección General de Coordinación Epidemiológica y el Programa Ampliado de Inmunizaciones. Dirección de Atención Primaria de la Salud.

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).

Sindrome Urémico Hemolítico (SUH):
Del Ministerio de Salud de la Nación: La Dirección de Epidemiología.
De la ANLIS "Carlos G. Malbrán": el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) Servicio Fisiopatogenia del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI).

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, 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, Kurten Pérez Manuel, La Regina María Agustina, Martínez Karina, Moisés María Silvina, Morgenstern Agostina, Nicolau Victoria, Núñez Sandra Fabiana, Ojeda Juan Pablo, Ormeño Mazzochi Franco, Palero Mariano, Parenti Ana Laura, Pastrana Paula, Pisarra Florencia Magalí, Plantamura Pilar, Prina Martina, Riera Sebastián, Rojas Mena María Paz, Rosin Paula, Rueda Dalila, Santoro Federico, Souto Catalina Sofía, Tapia Julio, Vallone Antonella, Villasanti Johanna, Voto Carla y Wainziger Tamara.

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

Agradecimientos

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

Imagen de tapa

El ministerio de salud incorpora Tableros de Emergencias sanitarias como herramienta estratégica para visualizar en tiempo real las emergencias en todo el país con el fin de anticipar escenarios y optimizar la articulación con las jurisdicciones, frente a crisis sanitarias o situaciones epidemiológicas. 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°807, SE 17.

I. Editorial del BEN 797

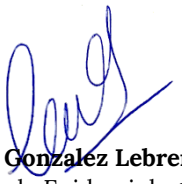
A lo largo de este año, el Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) ha continuado afirmándose El Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) se consolida como un espacio donde la vigilancia en salud se produce y se difunde de manera articulada, a partir de un trabajo sostenido entre equipos nacionales y jurisdiccionales. 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 sanitaria nacional a la SE actual, integrando eventos priorizados, actualizaciones periódicas, alertas epidemiológicas nacionales e internacionales, boletines jurisdiccionales y herramientas para el fortalecimiento de la vigilancia.

El boletín inicia con la actualización de la tabla de eventos de notificación obligatoria seleccionados, orientada a consolidar una lectura más sistemática, comparable y oportuna de los eventos priorizados. Esta sección refuerza su utilidad como herramienta de análisis y retroalimentación para los distintos niveles del sistema de vigilancia.

Dentro de los eventos priorizados, se incluyen las actualizaciones de infecciones respiratorias agudas, con información clínica, laboratorial y genómica, además de recomendaciones vinculadas a vacunación antigripal, tratamiento antiviral y medidas de prevención; y de dengue y otros arbovirus, incorporando la situación regional, la estimación de escenarios para la temporada 2025-2026, la situación nacional de dengue, fiebre chikungunya y otros arbovirus.

En la sección de actualizaciones periódicas se presentan informes sobre Síndrome Urémico Hemolítico, hepatitis A, coqueluche y Hantavirus. Estos apartados permiten recuperar la situación actual de cada evento, su evolución reciente, aspectos vinculados a la vigilancia, el laboratorio, las coberturas de vacunación cuando corresponde, y las principales recomendaciones para los equipos de salud y la población.

La edición incorpora además una comunicación sobre la detección de casos de fiebre amarilla en Bolivia y el riesgo de introducción en el norte argentino, junto con alertas internacionales sobre sarampión en la región y un conglomerado multinacional de casos de hantavirus asociado a viajes en crucero. También se destacan contenidos de boletines jurisdiccionales y se incluyen herramientas para la vigilancia, como actualizaciones en codificaciones auxiliares del SNVS 2.0, materiales para salas de situación y el curso de vigilancia y notificación de dengue.

En conjunto, este BEN fortalece su función como herramienta federal de integración, análisis y retroalimentación de la vigilancia epidemiológica, aportando información oportuna y organizada para acompañar la toma de decisiones y sostener una comunicación sanitaria rigurosa y útil para los equipos de salud.

Contenido

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

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

EVENTOS PRIORIZADOS **13**
IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas **14**
IV.1. Nota Metodológica 14
IV.1.A. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 14
IV.2. Síntesis de la información nacional destacada 14
IV.3. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis 15
IV.3.A. Enfermedad tipo influenza (ETI) 15
IV.3.B. Neumonía 16
IV.3.C. Bronquiolitis 18
IV.4. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios 19
IV.4.A. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Personas Internadas y Fallecidas 22
IV.5. Subtipificación y caracterización genómica de Influenza en el Laboratorio Nacional de Referencia 24
IV.5.A. Nota metodológica 24
IV.5.B. Secuenciacion genomica de influenza a(h3n2) 2025-2026 24
IV.5.C. caracaterización de casos de influenza recibidos en el lnr desde se1 a se 15/2026. 25
IV.6. Recomendaciones para equipos de salud 29
IV.7. Vigilancia epidemiológica 30
IV.8. Recomendaciones para la población 31
IV.9. Vacunación antigripal 32
IV.10. Tratamiento antiviral 32
IV.10.A. Indicaciones de tratamiento antiviral 33
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus **34**
V.1. Situación regional 34
V.2. Estimación de escenarios epidemiológicos para la temporada de Dengue. Período 2025-2026 35
V.3. Situación de dengue en Argentina 37
V.3.A. Temporada 2025/2026 37
V.3.B. Distribución espacial de los casos de dengue durante la temporada. 38
V.3.C. Casos Probables 39
V.3.D. Caracterización clínica de los casos de dengue 40
V.3.E. Consideraciones para la vigilancia por laboratorio 40
V.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina 41
V.4.A. Caracterización clínica de los casos de chikungunya. 44
V.5. Situación epidemiología de otros Arbovirus en Argentina 45
V.5.A. Encefalitis arbovirales 45
V.5.B. Otros arbovirus 47

ACTUALIZACIONES PERIODICAS **49**
VI. Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) - Informe epidemiológico **50**
VI.1. Situación en Argentina 50
VI.1.A. nota metodológica 50
VI.1.B. Situación histórica ANUAL 2015-2025 50
VI.1.C. Situación actual a la se 15 (18/4/2026) 57
VI.2. Recomendaciones 60
VI.3. Infecciones por STEC analizadas por el Laboratorio Nacional de Referencia. Año 2025 63
VI.3.A. Nota metodológica 63
VI.3.B. Infecciones por STEC – LNR 2025 63

VI.3.C. Conclusiones 73
VII. Coqueluche – Actualización informe epidemiológico 75
VII.1. Introducción 75
VII.2. Situación internacional 75
VII.3. Situación Epidemiológica actual de Coqueluche en Argentina 76
VII.3.A. Introducción 76
VII.3.B. Análisis de los casos notificados y confirmados 77
VII.3.C. Análisis según edad y gravedad 81
VII.4. Coberturas de Vacunación 81
VII.4.A. Coberturas para Total país 81
VII.4.B. Coberturas según jurisdicción 83
VIII. Hantavirosis – Actualización informe epidemiológico 86
VIII.1. Introducción 86
VIII.2. Situación epidemiológica actual 87
VIII.2.A. Nota metodológica 87
VIII.2.B. situación epidemiológica 87
VIII.2.C. Contexto internacional - Brote relacionado con un crucero 98
VIII.2.D. Sobre las acciones del ministerio de salud de la nación 100
VIII.2.E. Conclusiones 100
VIII.3. Acciones desarrolladas alrededor del brote de Hantavirosis en buque internacional. 101
VIII.3.A. Relaciones filogeneticas entre virus secuenciado en el brote del buque y antecedentes en argentina 101
VIII.3.B. Investigación ambiental y fortalecimientos de capacidades de diagnóstico en tierra del fuego 102
VIII.3.C. Cooperación Internacional con el brote por parte del Laboratorio Nacional de Referencia 103

ALERTAS Y COMUNICACIONES EPIDEMIOLOGICAS 104
IX. Detección de casos de fiebre amarilla en Gutiérrez, Santa Cruz, Bolivia y el riesgo de introducción en el norte argentino 105
IX.1. Introducción 106
IX.2. Casos de Fiebre Amarilla en el municipio de Gutiérrez del departamento de Santa Cruz en Bolivia 106
IX.3. Situación epidemiológica de Fiebre Amarilla en Argentina 107
IX.4. Recomendaciones para equipos de salud 108
IX.4.A. Vigilancia epidemiológica y laboratorial 108
IX.4.B. Medidas de prevención y control 111
IX.4.C. Recomendaciones para equipos de salud 112
IX.4.D. Recomendaciones de comunicación 113
IX.4.E. Vacuna contra la fiebre amarilla 113

ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES 115
X. Introducción 116
X.1. Sarampión - Situación epidemiológica regional 117
X.1.A. Canadá 117
X.1.B. Estados Unidos de América 117
X.1.C. México 118
X.1.D. Perú 118

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES 120
XI. Boletines Jurisdiccionales 121
XI.1. Buenos Aires: Infecciones respiratorias agudas (IRA) 121
XI.2. Salta: Chinkungunya 122
XI.3. Santa Fe: Coqueluche 123
XI.4. Tierra del Fuego: Varicela 124
XI.5. Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años 125

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA 126
XII. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 127
XIII. Herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud. 9° Edición 130
XIV. Curso Vigilancia y notificación de Dengue 131

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 17 de 2026.

Evento	Mediana Acumulado 2022-2025	Acumulado 2026 SE17	En lo que va del año, el evento se encuentra...	En las últimas 4 semanas el evento se encuentra...	Tendencia 2022-2026
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	234	255	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
Poliomielitis - PAF <15 y otros sosp. de polio.	0	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Chagas agudo vectorial	0	2	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Trichinellosis (Triquinosis)	30	3	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Rabia animal	58	74	En aumento	Por encima de lo esp.	
Accidente potencialmente rábico (APR)	4538	6565	Por encima de lo esp.	En aumento	
Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	173	152	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	77	73	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo)	4	5	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Cisticercosis	3	4	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Escorpionismo o Alacranismo	2504	3192	En aumento	Por encima de lo esp.	
Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	326	431	En aumento	Por encima de lo esp.	
Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chinÍ)	22	19	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	5	7	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Brucelosis	38	42	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
Hantavirosis	23	41	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
Leptospirosis	67	118	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
Psitacosis	63	57	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
Evento	**Mediana Acumulado 2022-2025**	**Acumulado 2026 SE17**	**En lo que va del año, el evento se encuentra...**	**En las últimas 4 semanas el evento se encuentra...**	**Tendencia 2022-2026**
Chagas agudo congénito	14	10	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Sífilis Congénita	242	294	En aumento	En aumento	
Hepatitis B - Expuesto a la trans. vertical	0	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Chagas crónico en embarazadas	402	367	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
Sífilis en embarazadas	2499	3674	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
Hepatitis B en embarazadas	14	4	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Hepatitis B	166	204	En aumento	En aumento	
Hepatitis C	322	380	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
Hepatitis E	2	1	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Sífilis en población general	7885	15284	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
Legionelosis	8	9	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Intoxicación medicamentosa	428	413	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	7	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	11	19	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Intoxicación/Exposición a Plomo	4	2	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Intox./Exp. a Monóxido de Carbono	113	263	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
Intento de Suicidio sin resultado mortal	2256	3848	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
Intento de Suicidio con resultado mortal	110	172	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
Viruela símica (mpox)	43	66	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
Tuberculosis	2709	3152	Dentro de lo esp.	En aumento	

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

EVENTOS **PRIORIZADOS**

IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

IV.1. Nota Metodológica

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

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

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

La actividad de influenza en las Américas continúa en descenso con una positividad general del 7,8%. Esta tendencia agregada contiene una heterogeneidad crítica que refleja la resolución postinvernal de los países del hemisferio norte, donde los casos siguen estando predominantemente asociados a influenza B; mientras que algunos países del hemisferio sur están entrando en actividad de pretemporada temprana o inicio epidémico activo, siendo influenza A el subtipo predominante en el Caribe, Centroamérica, la Región Andina y el Cono Sur. La actividad de VRS se mantiene estable en las últimas semanas, con una positividad regional baja (1,9%). El SARS-CoV-2 continúa en niveles interestacionales bajos (2,4%) sin señal de resurgimiento en la región. La circulación de otros virus respiratorios (OVR) se mantiene y aumenta ligeramente (3,6%), impulsada predominantemente por rinovirus. Los indicadores de IRAG y ETI también reflejan la tendencia descendente interestacional en el hemisferio norte con influenza como principal agente etiológico; mientras que el hemisferio sur concentra la mayor carga para este período de reporte.

IV.2. Síntesis de la información nacional destacada

En la SE16 de 2026, la vigilancia clínica notificó 217.735 casos de ETI, 31.014 casos de neumonía y 19.178 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 registra un incremento del número de casos y porcentaje de positividad. SARS-CoV-2 muestra un ascenso leve y sostenido desde la SE34/2025, acentuado entre las semanas 43 a 45, con descenso en las semanas posteriores. Se registró 1 caso de VSR en todo el año 2026.

En las UC-IRAG, se registraron más de 11.000 internaciones en 2025, con detecciones de los tres virus priorizados. En las 17 primeras SE de 2026 se registraron 1.558 internaciones, con 17 detecciones de SARS-CoV-2, 124 de Influenza y 36 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

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

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

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

En personas internadas, en la SE17/2026, se notificaron 42 hospitalizaciones con diagnóstico de influenza, 4 con diagnóstico de SARS-CoV-2 y 28 con diagnóstico de VSR. No se registraron fallecimientos con diagnóstico de SARS-CoV-2 en esta semana. En lo que va del año, se registraron 3 fallecimientos con diagnóstico de influenza.

La secuenciación genómica realizada por el Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS, a partir de 209 muestras de influenza A(H3N2) remitidas por la Red Nacional de Laboratorios y Unidades Centinela, permitió identificar 168 casos correspondientes al subclado K. Los casos se distribuyeron en 22 de las 24 jurisdicciones del país. Los casos fueron detectados a partir de distintas estrategias de vigilancia de infecciones respiratorias agudas, tanto universal como centinela, e incluyeron casos ambulatorios e internados.

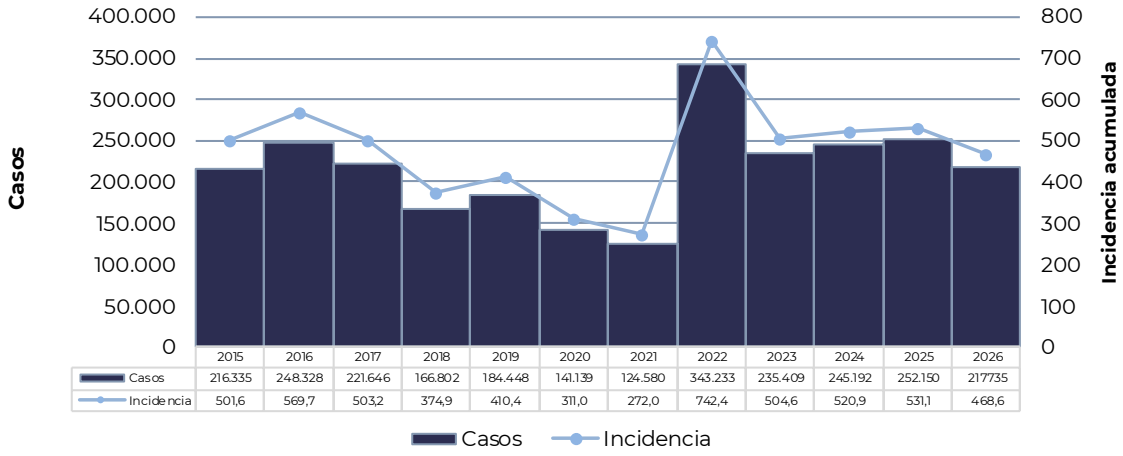
IV.3. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis

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

En las 16 primeras SE de 2026 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 217.735 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 468,6 casos/ 100.000 habitantes.

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

Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2026. SE16. Argentina[2].

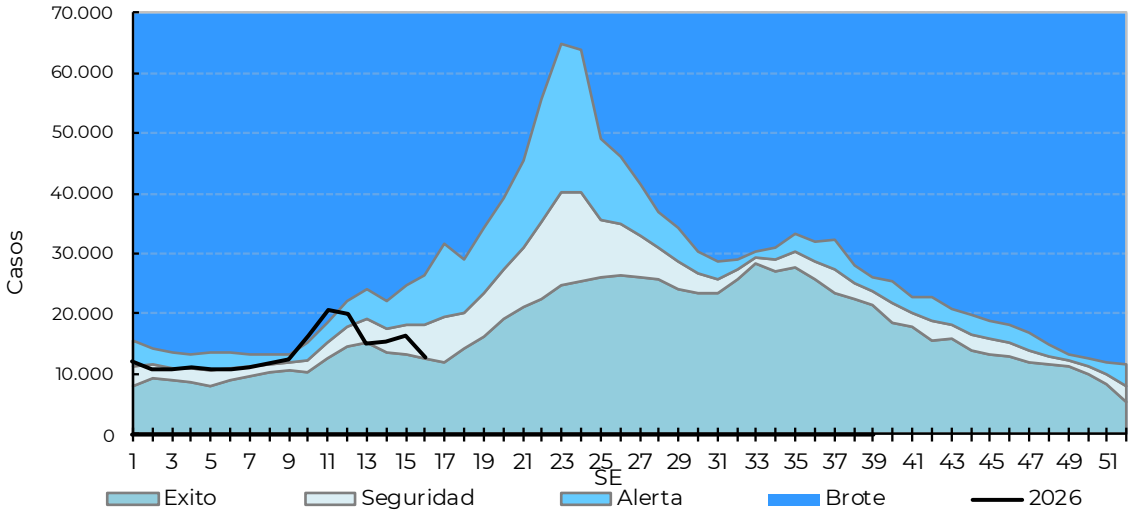


	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Casos	216.335	248.328	221.646	166.802	184.448	141.139	124.580	343.233	235.409	245.192	252.150	217735
Incidencia	501,6	569,7	503,2	374,9	410,4	311,0	272,0	742,4	504,6	520,9	531,1	468,6

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].

Las notificaciones de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) registradas en el SNVS, correspondientes a personas de todas las edades a nivel país, se mantuvieron dentro de niveles de seguridad en las primeras 9 SE, con un ascenso posterior hasta la SE 11, donde se ubicó en niveles de brote.

Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2018-2025. SE 1 a 16 de 2026[3]. Argentina.



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

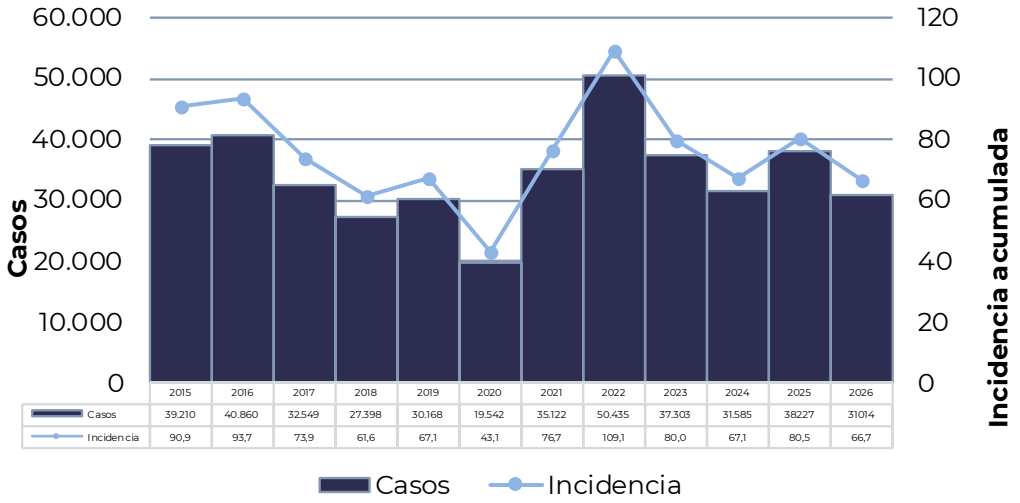
IV.3.B. NEUMONÍA

En las primeras 16 SE de 2026 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 31.014 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 66,7 casos/ 100.000 habitantes.

[2] Para el cálculo de la tasa de incidencia se utiliza como denominador las proyecciones de población calculadas por INDEC a partir del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010
[3] Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

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

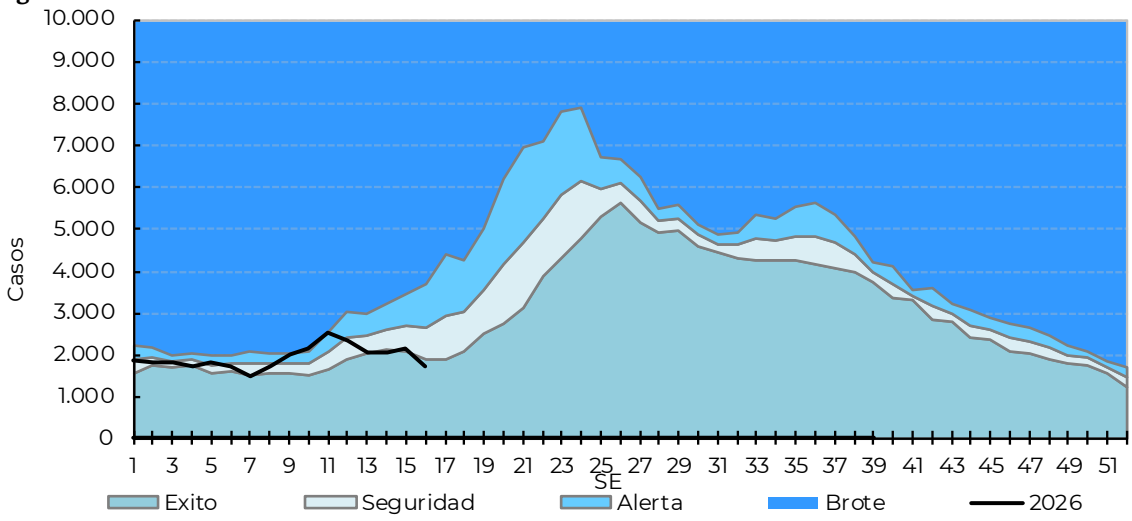
Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2015-2026. SE16. Argentina.



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.

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

Gráfico 4: Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2018-2025. SE 1-16 de 2026[4]. Argentina.



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

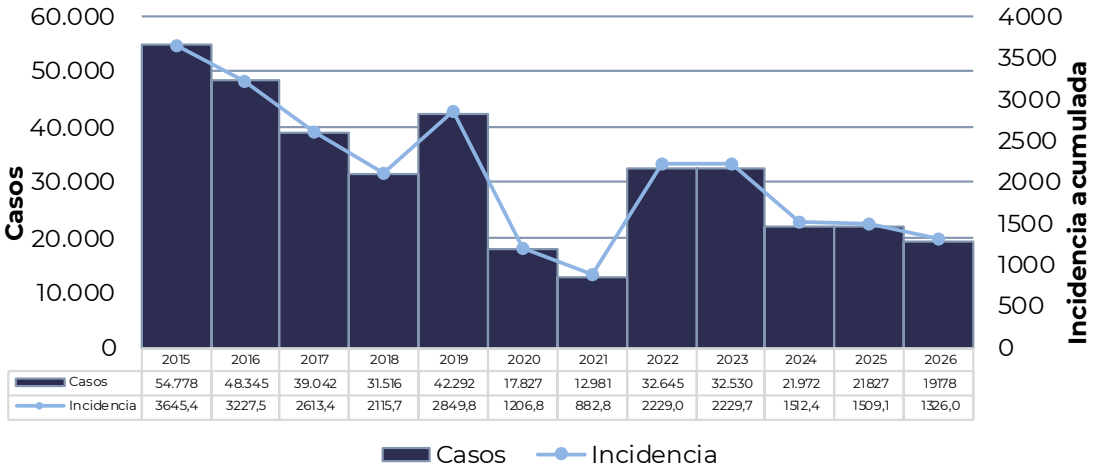
[4] Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

IV.3.C. BRONQUIOLITIS

En las primeras 16 SE de 2026, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 19.178 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 1326,0 casos/100.000 habitantes.

En relación con los años previos, las notificaciones de bronquiolitis en las primeras 16 SE alcanzaron su pico en 2015, seguido de un descenso sostenido hasta 2018. En 2019, se registró un incremento respecto al año anterior, con un nuevo descenso en 2020 y 2021. Desde 2022 se descendió gradualmente, con un menor número de notificaciones en 2026.

Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis en menores de 2 años por 100.000 habitantes. Años 2015-2026. SE16. Argentina.

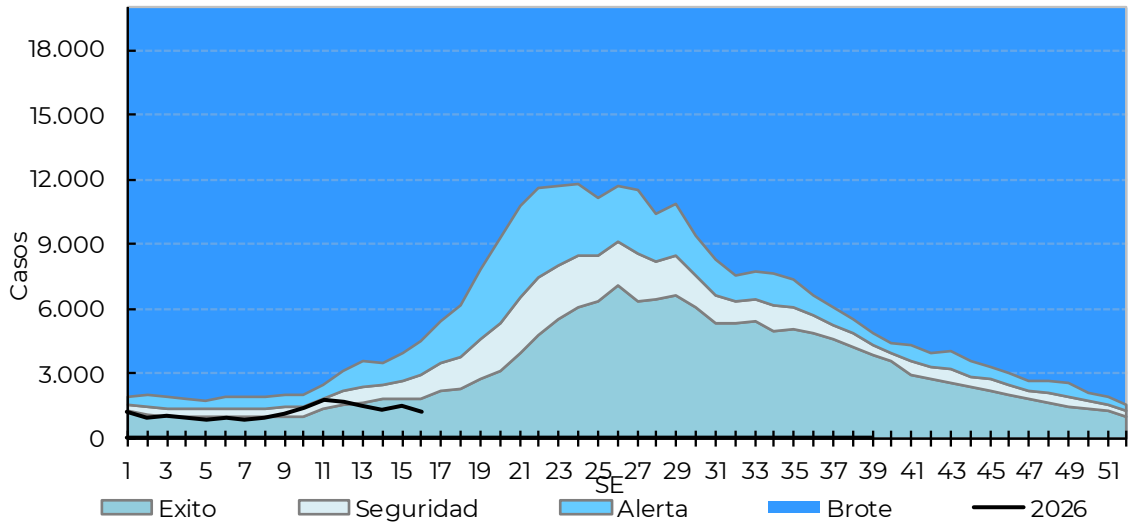


	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Casos	54.778	48.345	39.042	31.516	42.292	17.827	12.981	32.645	32.530	21.972	21.827	19178
Incidencia	3645,4	3227,5	2613,4	2115,7	2849,8	1206,8	882,8	2229,0	2229,7	1512,4	1509,1	1326,0

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

En las primeras 16 SE del año 2026, las notificaciones semanales de bronquiolitis se mantuvieron dentro de los límites esperados en relación con años históricos.

Gráfico 6: Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2018-2025. SE 1-16 de 2026[5]. Argentina.



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

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

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

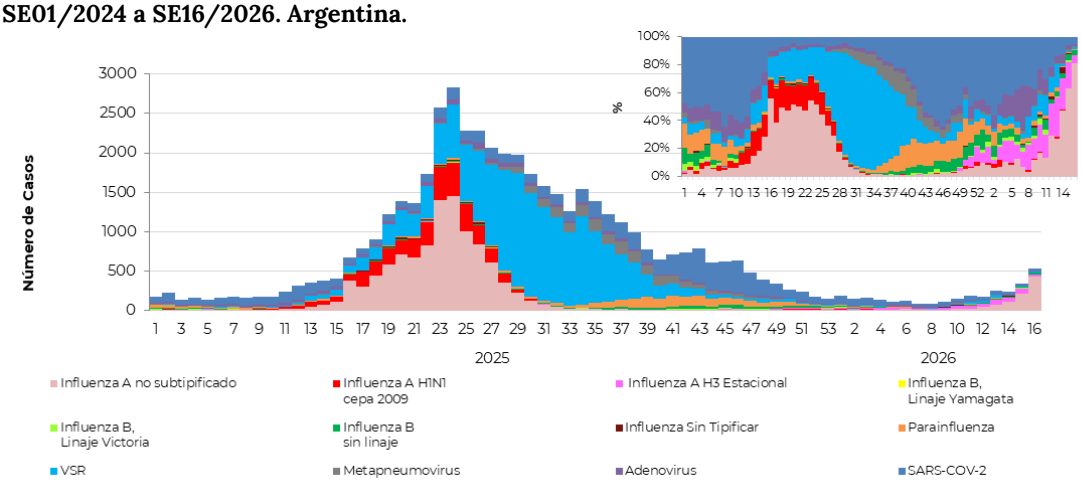
Las detecciones de influenza se mantuvieron estables hasta la SE9, desde la SE 10 se registra un aumento, tanto en el número de casos, como en el porcentaje de positividad.

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

En cuanto a **VSR**, durante las primeras 16 SE de 2026 los valores se mantienen bajos. En 2025, se verifico un aumento en las detecciones de VSR a partir de la SE12, con inicio de la actividad estacional desde la SE20.

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

Gráfico 7. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2024 a SE16/2026. Argentina.

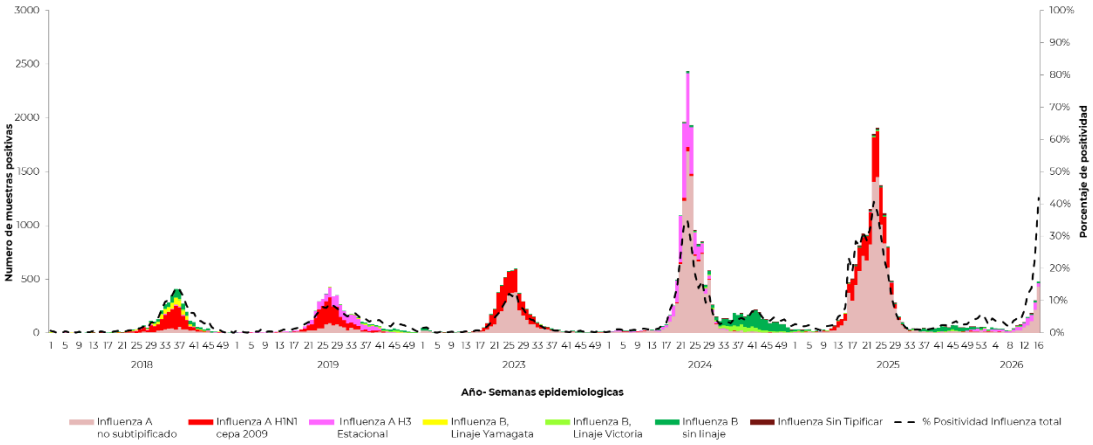


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

Desde la SE 10 de 2026, se identificó un aumento en las detecciones de influenza y del porcentaje de positividad. Entre la SE 13-14 se notificaron 481 detecciones de influenza.

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

Gráfico 8. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y porcentaje de positividad, por Semana epidemiológica. SE01/2018- SE16/2026. Argentina.

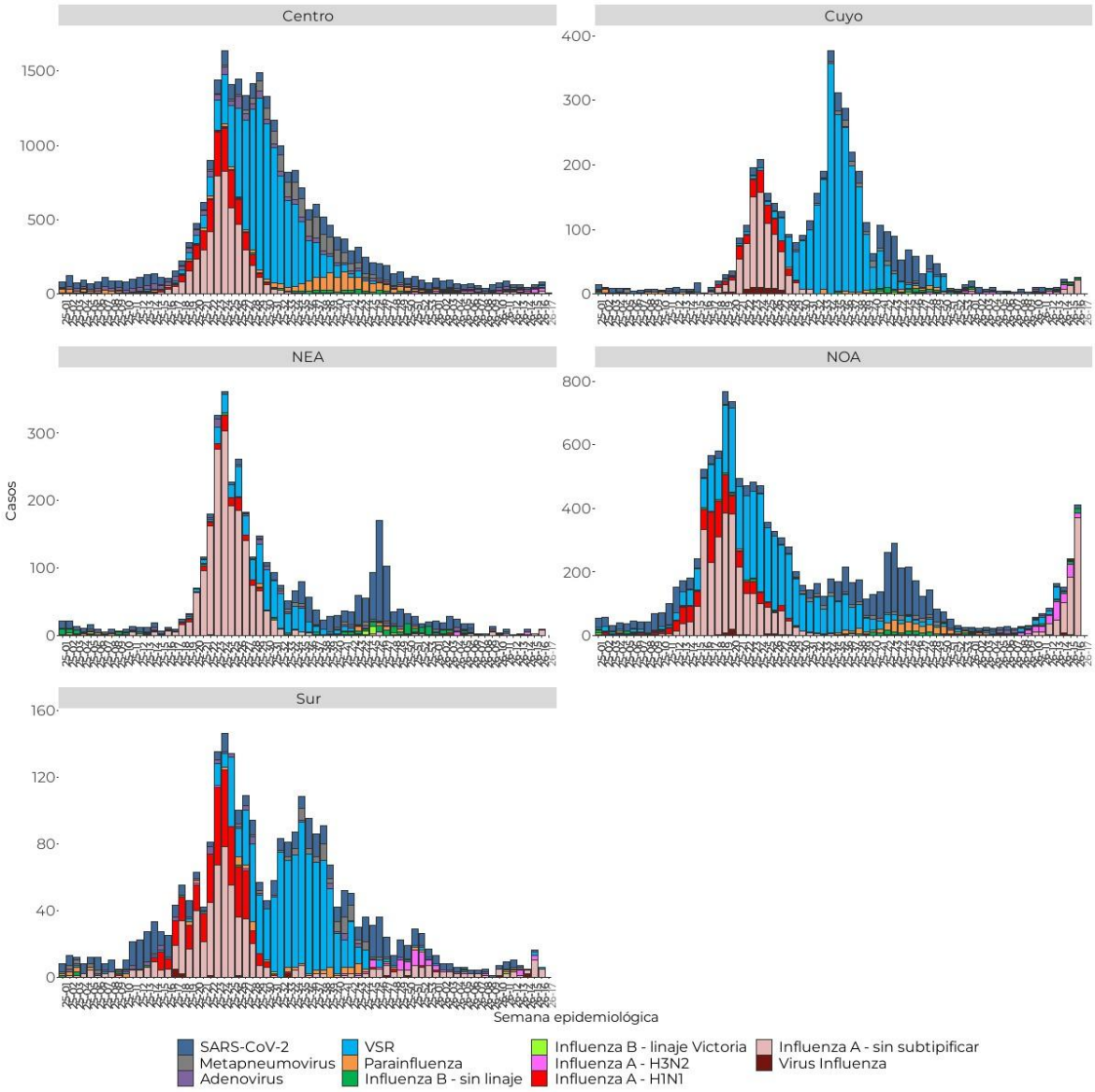


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

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

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

Gráfico 9. Distribución de influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica, por región. SE01/2025 a SE16/2026. Argentina.



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

En cuanto a **SARS-CoV-2,** en las primeras 16 SE de 2026, las detecciones se mantienen en valores bajos.
Durante 2025, los casos también se mantuvieron en valores bajos a lo largo del año, si bien se registró un ligero aumento a partir de la SE34, que se acentuó entre las SE42 y SE47. En 2024, si bien el número de casos por semana epidemiológica fue menor en comparación con años previos, se observó un ascenso durante las primeras semanas del año, concentrándose el 80% de los casos entre las SE1 y SE12, con un máximo entre las SE3 y SE6. Posteriormente, las detecciones disminuyeron y, a partir de la SE32, se registró un nuevo incremento, con un pico en la SE44, de menor magnitud que el observado al inicio del año.

En relación con el **VSR**, durante las primeras 16 SE de 2026, las detecciones se mantienen en niveles bajos. Entre las SE15 y SE16 de 2026 se notificaron 13 casos.

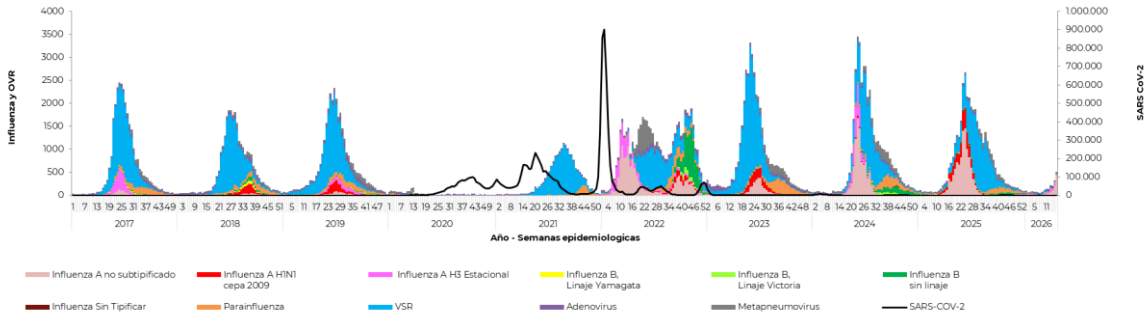
Durante 2025, se registró un ascenso de las detecciones a partir de la SE12, con inicio de la actividad estacional desde la SE20. El pico se observó entre las SE29 y SE30, seguido de una tendencia descendente.

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

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

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

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

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

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

En las primeras 16 SE de 2026 se notificaron 396 casos de SARS-CoV-2 en personas internadas, cifra que resulta un 33,4% inferior a la registrada en igual período de 2025. Los casos de SARS-CoV-2 en hospitalizados presentaron un ascenso entre las SE 34 a 42 de 2024,

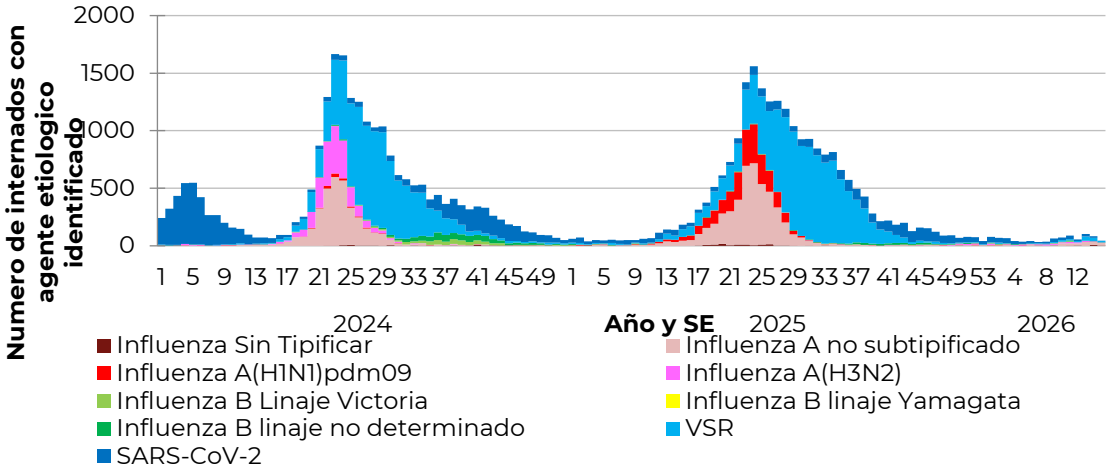
seguido de una disminución posterior y de valores bajos con algunas oscilaciones en 2025. En las SE 16 y 17 de 2026 se registraron 4 casos hospitalizados con este diagnóstico.

Adicionalmente, en cuanto a los casos de **influenza**, en las 17 SE de 2026 se registraron un total de 611 detecciones en hospitalizados. A partir de la SE12/2025, se verificó un ascenso sostenido en el número de casos, que alcanzaron el máximo en SE24/2025, con tendencia descendente en las detecciones entre hospitalizados en las siguientes semanas. En las SE 16 y 17 de 2026, se detectaron 127 casos positivos para influenza en internados.

Entre los 611 casos de influenza notificados durante 2026, se registran predominantemente detecciones de influenza A (n= 517), con menor detección de influenza B (n= 77). De los casos de influenza A, 238 cuentan con subtipificación, correspondiendo 11 a influenza A (H1N1) pdm09 y 227 a influenza A (H3N2). En relación con influenza B, 31 casos corresponden al linaje Victoria y el resto no cuentan con identificación de linaje.

Respecto a **VSR**, en lo que va de 2026, se notificaron 228 casos hospitalizados positivos para VSR. Durante 2024, a partir de la SE16 se registró un ascenso de las detecciones semanales de VSR, que alcanzaron su máximo en SE26, con un menor número de notificaciones en las siguientes semanas. En 2025 los casos de VSR comenzaron su tendencia ascendente en la SE 12.

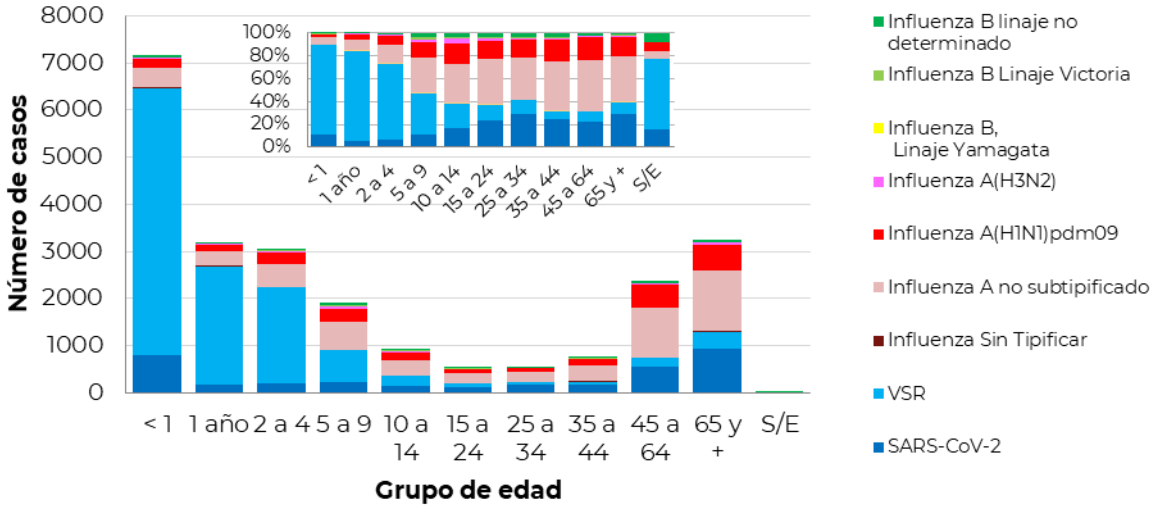
Gráfico 11. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2024 a SE15/2026. Argentina.



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

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

Gráfico 12. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta y relativa de agentes identificados por grupos de edad acumulados. SE 1/2025 a SE17/2026.



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

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

IV.5. Subtipificación y caracterización genómica de Influenza en el Laboratorio Nacional de Referencia

IV.5.A. 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. A partir de este informe, se incorpora la caracterización genómica de los casos de Influenza B, de acuerdo con el esquema de muestreo implementado

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 SE16 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.5.B. SECUENCIACION GENOMICA DE INFLUENZA A(H3N2) 2025-2026

Entre la SE 1/2025 y la SE 16/2026, el Laboratorio Nacional de Referencia secuenció 209 muestras positivas para Influenza A(H3N2) provenientes de 23 jurisdicciones, de las cuales

168 (80%) correspondieron al subclado J.2.4.1/(K), 28 (13%) 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 16/2026 (N = 209).

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**	**42**	**65**
Buenos Aires	0	0	1	0	4	0	0	0	5	18	28
CABA	1	0	1	0	3	0	0	0	1	18	24
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	4	6
Cuyo	**0**	**1**	**3**	**0**	**2**	**0**	**0**	**0**	**0**	**19**	**25**
Mendoza	0	1	3	0	2	0	0	0	0	15	21
San Juan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
San Luis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
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											
NOA	**0**	**0**	**1**	**0**	**1**	**0**	**0**	**1**	**3**	**60**	**66**
Catamarca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5
Jujuy	0	0	1	0	0	0	0	0	3	9	13
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	19	19
Sur	**1**	**0**	**16**	**0**	**15**	**0**	**0**	**3**	**0**	**5**	**40**
Chubut	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	3
La Pampa	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2
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	2	12
Total general	3	1	23	0	33	0	0	5	9	135	209

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

IV.5.C. 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 16/2026, el LNR recibió 470 muestras positivas para Influenza, de las cuales 443 pudieron ser tipificadas y subtipificadas. Entre las muestras tipificadas, el 89% correspondió a Influenza A y el 11% a Influenza B.

Dentro de las muestras de Influenza A, el 96% correspondió al subtipo A(H3N2) y el 4% al subtipo A(H1N1).

En el análisis regional se verifica que la mayor cantidad de casos Influenza se registraron en el NOA y en el Centro. En todas las regiones se detectó 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. Los casos secuenciados de Influenza B/Victoria se detectaron en Centro - dos casos correspondientes al subclado C.5.6 en Córdoba y un caso correspondiente al subclado C.5.6.1 en Santa Fe.

Tabla 2. Casos de Influenza estudiados por el LNR por tipo, subtipo y caracterización genómica, según jurisdicción. Argentina. SE1 a SE16, Año 2026 (N = 470).

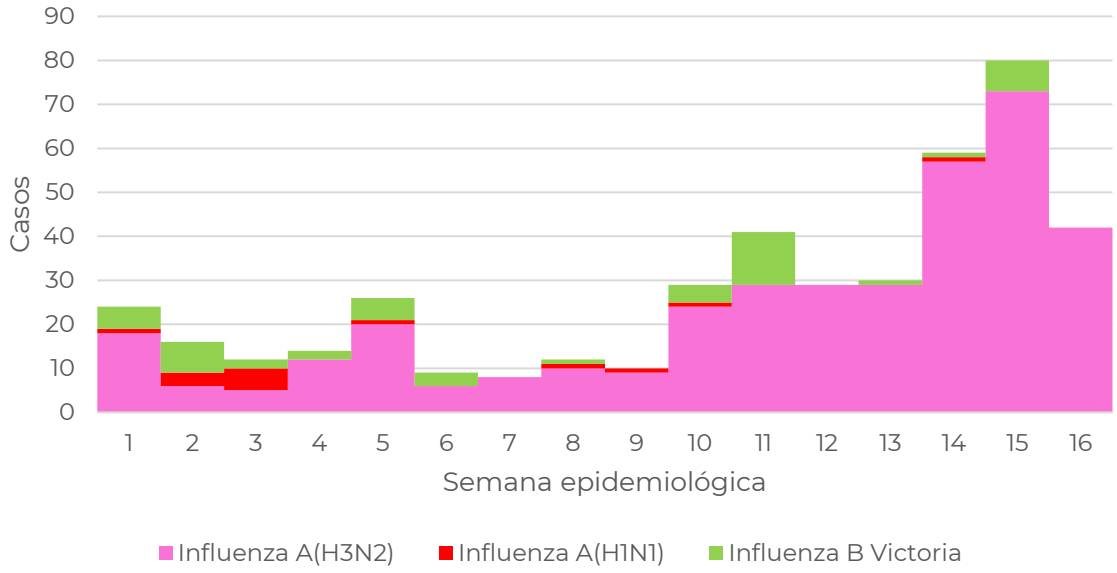
Jurisdicción	Influenza A							Influenza B			Influenza sp	Total
	Influenza A(H3N2)				Influenza A(H1N1)		Sin subtip	Victoria				
	Subclado J.2.3	Subclado J.2.4.1/K	Subclado J.2.4	Sin esp.	Subclado D.3.1.1	Sin esp.		Subclado C.5.6	Subclado C.5.6.1	Sin esp.		
Centro	**0**	**42**	**6**	**60**	**0**	**6**	**1**	**2**	**1**	**17**	**3**	**138**
Buenos Aires	0	18	5	24	0	1	1	0	0	7	0	56
CABA	0	18	1	14	0	3	0	0	0	3	3	42
Córdoba	0	1	0	5	0	1	0	2	0	2	0	11
Entre Ríos	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	4
Santa Fe	0	4	0	17	0	1	0	0	1	2	0	25
Cuyo	**0**	**19**	**0**	**9**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**6**	**3**	**37**
Mendoza	0	15	0	8	0	0	0	0	0	3	3	29
San Juan	0	2	0	1	0	0	0	0	0	2	0	5
San Luis	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
NEA	**1**	**9**	**0**	**7**	**1**	**3**	**0**	**0**	**0**	**1**	**0**	**22**
Chaco	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Corrientes	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Formosa	0	7	0	7	1	3	0	0	0	1	0	19
Misiones												
NOA	**1**	**60**	**3**	**144**	**0**	**3**	**1**	**0**	**0**	**22**	**18**	**252**
Catamarca	0	5	0	0	0	1	0	0	0	2	0	8
Jujuy	0	9	3	40	0	0	0	0	0	0	2	54
La Rioja	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Salta	1	24	0	63	0	2	1	0	0	10	14	115
Santiago del Estero	0	0	0	1	0	0	0	0	0	7	1	9
Tucumán	0	19	0	40	0	0	0	0	0	3	1	63
Sur	**3**	**5**	**0**	**8**	**0**	**1**	**0**	**0**	**0**	**1**	**3**	**21**
Chubut	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2
La Pampa	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	3
Neuquén	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Tierra del Fuego	0	2	0	5	0	0	0	0	0	0	2	9
Total general	5	135	9	228	1	13	2	2	1	47	27	470

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 SE16 dicho promedio ascendió a 44, 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 SE12, 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 SE16, Año 2026[6].

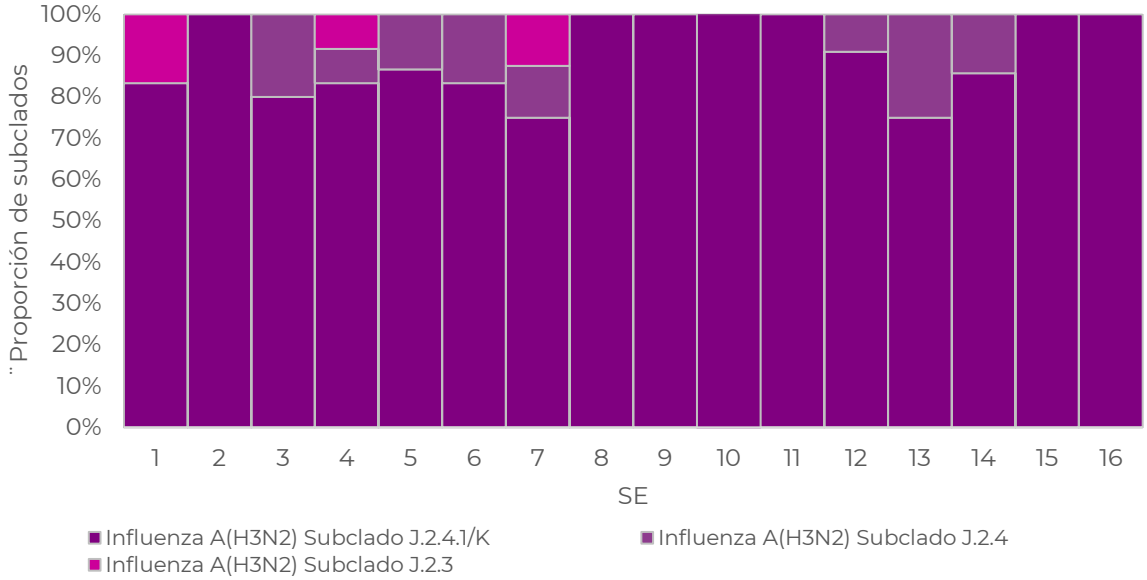


Fuente: Elaboración del Servicio Virosis Respiratorias y el Departamento de Epidemiología del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

Se realizó la caracterización genómica de 149 casos de Influenza A(H3N2). El subclado prevalente fue J.2.4.1 (K) -con 135 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)

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

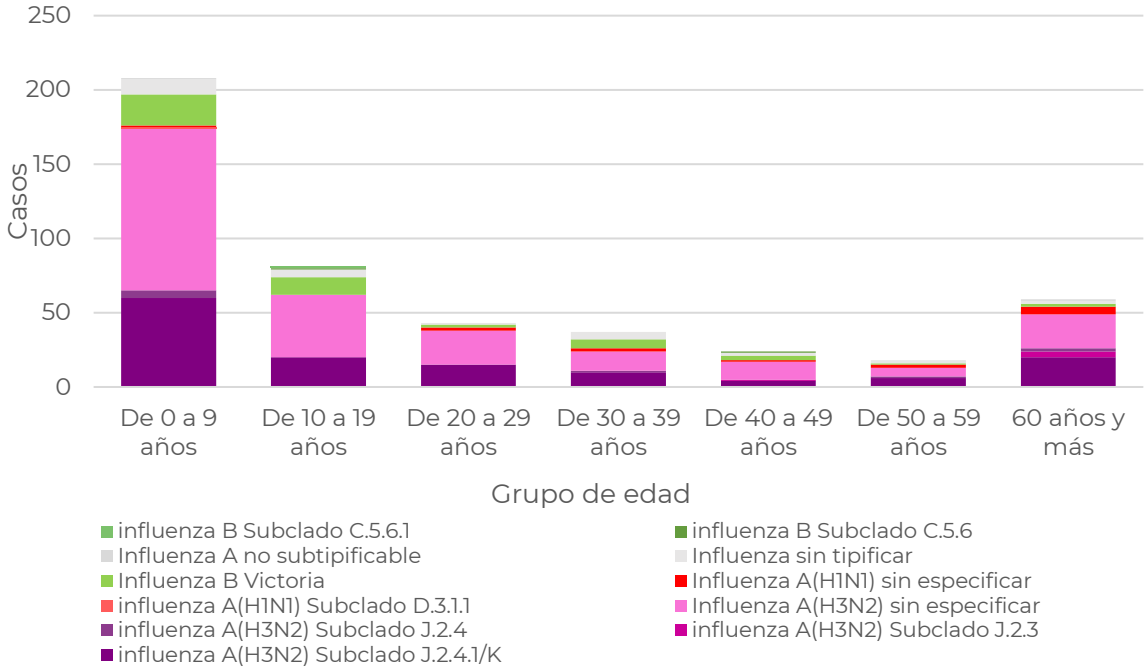
Gráfico 2. Distribución proporcional de Casos de Influenza A(H3N2) por semana según subclado identificado. SE1 a SE16. Año 2026.



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, los menores de 10 años concentraron el 44% 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 subclado J.2.4.1(K). Se detectó Influenza B Victoria en un bajo número de casos en todos los grupos etarios, concentrándose el 74% 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 SE16, Año 2026 (N =470)

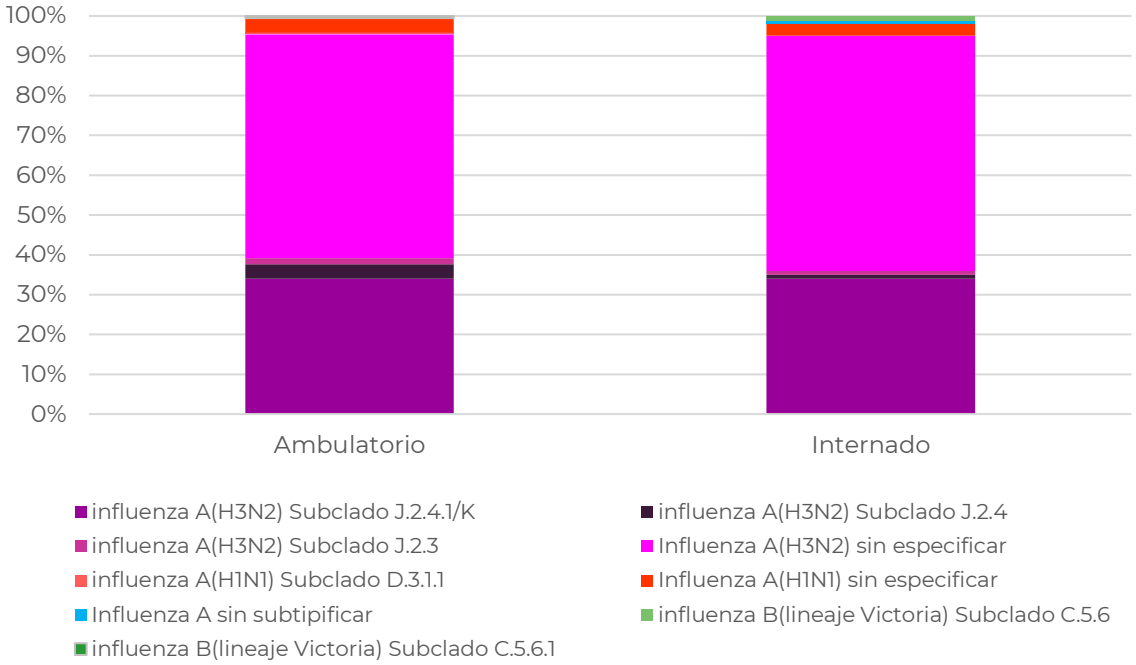


Fuente: Elaboración del Servicio Virosis Respiratorias y el Departamento de Epidemiología del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

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.

Gráfico 4. Distribución proporcional de tipos subtipos y subclados según condición clínica de los casos. SE1 a SE16, 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.

IV.6. Recomendaciones para equipos de salud

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

IV.7. Vigilancia epidemiológica

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

En este marco, se recomienda:

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

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

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

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

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

Definiciones:
Enfermedad Tipo Influenza (ETI): Persona de cualquier edad con infección respiratoria aguda con fiebre mayor o igual a 38°C, tos e inicio de los síntomas dentro de los 10 días sin otra etiología definida.
Infección respiratoria aguda grave (IRAG): Persona de cualquier edad con infección respiratoria aguda con fiebre mayor o igual a 38°C, tos e inicio del cuadro en los 10 días precedentes y requerimiento de hospitalización por criterio clínico sin otra etiología definida.
Eventos respiratorios inusuales definidos por los siguientes criterios:
• Cambios abruptos, imprevistos en la tendencia de infección respiratoria aguda observada en la vigilancia de rutina de nivel local y no asociados a las variantes virales que circulan habitualmente.
• En contexto de un patrón inesperado de infección respiratoria aguda (aumento en la mortalidad, cambios en el grupo de edad asociado a un caso severo de Influenza, o un cambio en el patrón clínico asociado a Influenza u otro virus respiratorio).
• Infección respiratoria en personas en contacto con aves, porcinos u otros animales enfermos o muertos asociados a una epizootia sospechada o confirmada de virus respiratorios.

● Casos de infección por un subtipo de virus Influenza o variante de otros virus respiratorios que no estén circulando en humanos.
● Cambios persistentes en la respuesta al tratamiento o en el desenlace en casos severos de infección respiratoria.
● Infección respiratoria aguda grave en trabajadores de la salud que atienden a pacientes con infecciones respiratorias y pruebas de laboratorio que no permiten identificar el agente etiológico.
● En clústeres de IRAG o neumonía: dos o más casos en miembros de la misma familia, del ámbito laboral o ámbitos sociales, y pruebas de laboratorio que no permiten identificar el agente etiológico.
● Viajeros provenientes de áreas en las cuales se registraron casos de nuevo virus Influenza u otro virus respiratorio.

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

IV.8. Recomendaciones para la población

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

- Mantener completos los esquemas de vacunación contra influenza, SARS-CoV-2, neumococo, Haemophilus influenzae tipo B, Bordetella pertussis y virus sincicial respiratorio, de acuerdo con las recomendaciones del Ministerio de Salud.
- Realizar lavado frecuente de manos con agua y jabón.
- Cubrirse la boca y la nariz con el pliegue del codo al toser o estornudar.
- Evitar compartir objetos personales, como vasos, cubiertos u otros utensilios.
- Limpiar y desinfectar regularmente las superficies en contacto con personas enfermas, utilizando agua y detergente, jabón o soluciones con alcohol al 70%.
- Ventilar adecuadamente los ambientes, especialmente en espacios cerrados.
- Las personas con síntomas respiratorios deben evitar el contacto con otras personas y restringir las interacciones lo más posible hasta presentar mejoría clínica y haber transcurrido al menos 24 horas sin fiebre (sin uso de antitérmicos).

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

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

IV.9. Vacunación antigripal

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

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

Población objetivo para vacunación antigripal:

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

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

IV.10. Tratamiento antiviral

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

Diversos estudios han evidenciado que en pacientes ambulatorios con alto riesgo de complicaciones, su uso se asocia a una reducción en la duración de los síntomas y en la

incidencia de complicaciones.[7],[8] En pacientes hospitalizados con influenza grave, se ha documentado una disminución en la duración de la hospitalización y en el riesgo de mortalidad, especialmente cuando el tratamiento se inicia dentro de las primeras 48 horas del inicio de los síntomas, aunque también se observan beneficios cuando se inicia más tardíamente en casos graves o progresivos.[9],[10] En Argentina, durante el año 2024, el Laboratorio Nacional de Referencia no ha detectado un aumento de cepas resistentes a este antiviral entre los virus en circulación.

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

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

IV.10.A. INDICACIONES DE TRATAMIENTO ANTIVIRAL

Manejo de Influenza estacional

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

-Casos ambulatorios con Enfermedad Tipo Influenza (ETI)
-Puede considerarse la administración de oseltamivir en casos ambulatorios con Enfermedad tipo influenza (ETI) y que pertenecen a grupos con mayor riesgo de desarrollar complicaciones por Influenza.
En períodos de circulación de virus Influenza, se recomienda la indicación de tratamiento en aquellos pacientes con resultado positivo para Influenza o en caso de no disponer de estudio diagnóstico o con resultado más allá de las 48 horas, iniciar tratamiento empírico.
La administración de tratamiento antiviral con oseltamivir debe ser registrada al SNVS.2.0 completando la solapa clínica en el evento correspondiente y en todas las estrategias de vigilancia implementadas.

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

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

V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

V.1. Situación regional

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)[11] y el ARBO-portal[12] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de Arbovirus actualizada al 07/05/2026 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la semana epidemiológica (SE) 17 de 2026 se notificaron 705.282 casos de dengue, de los cuales 150.874 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa una disminución del 86% respecto a la misma semana de 2025. Asimismo, se reportaron 106 fallecimientos. En cuanto a chikungunya, se reportaron un total de 62.462 casos. De ellos, 22.262 fueron confirmados por laboratorio, lo que implica una disminución del 67% respecto de los confirmados en la misma semana de 2025. Se registraron 98 fallecimientos para este evento. Respecto al zika, hasta la SE 16, se registraron 4.022 casos, de los cuales 236 fueron confirmados. En comparación con la misma semana epidemiológica de 2025, los casos confirmados registraron una disminución del 70%. No se registraron fallecimientos para este evento. En relación con Oropouche, hasta la SE 15/2026 se confirmaron 10 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 16/2026, se han reportado un total de 45.311 casos de dengue, de los cuales 422 fueron confirmados por laboratorio. Estos últimos presentan una disminución del 58% respecto a la misma semana del año anterior. Se registró 1 fallecimiento para este evento. En cuanto a chikungunya, se reportaron 34.516 casos, de los cuales 9.443 fueron confirmados por laboratorio y 7 fallecieron. A la misma semana del año anterior se habían confirmado 196 casos, sin fallecimientos asociados. Asimismo, se notificaron 1.329 casos de zika; no obstante, no se confirmaron casos por laboratorio para este evento.

Paraguay: hasta la SE 17/2026 se registraron un total de 7.635 casos de dengue, sin fallecimientos asociados. De ellos, 173 casos fueron confirmados por laboratorio, lo que implica un 82% menos que en la misma semana de 2025. Respecto de chikungunya, se notificaron 13 casos confirmados por laboratorio, un 63% más que en la misma semana de 2025, sin fallecimientos registrados. En cuanto al zika, no se notificaron casos para el año en curso.

Perú: hasta la SE 16/2026 se reportaron un total de 17.885 casos de dengue, de los cuales 10.961 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa una disminución del 47% respecto a la misma semana del año anterior. Se registraron 18 fallecimientos para este evento. Con relación a chikungunya, hasta la SE 14/2026 se notificaron 4 casos; no obstante, no se registraron casos confirmados por laboratorio, situación similar a la observada el año anterior. Respecto al zika, hasta la SE 14/2026 se notificaron 9 casos, sin confirmación por laboratorio para este evento.

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

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

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 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[13].

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, en Perú y Paraguay 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 para la temporada de Dengue. Período 2025-2026

NOTA METODOLÓGICA

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

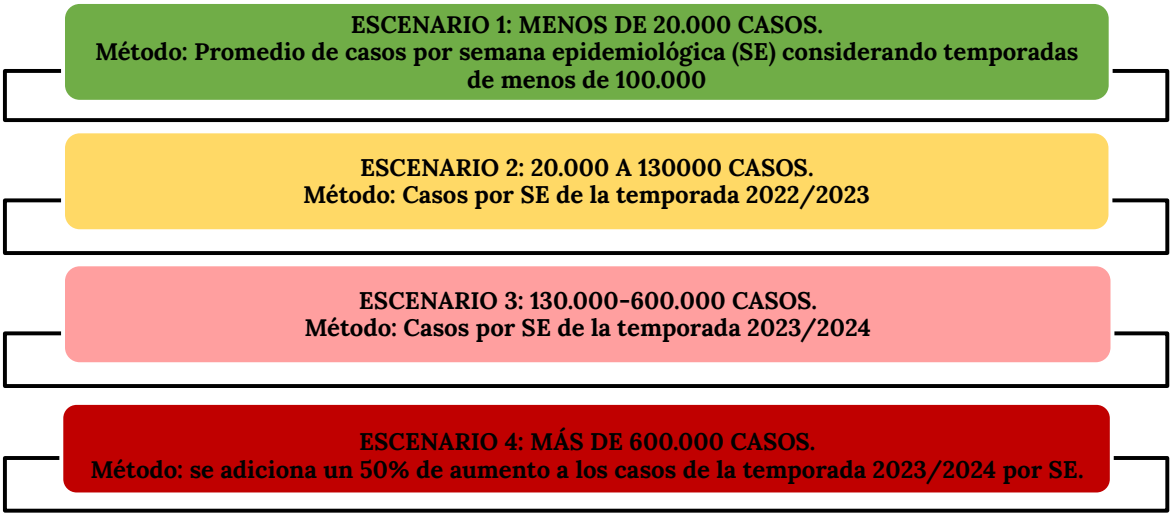
- **Escenario 1 (<20.000 casos):** se calculó a partir del promedio de casos semanales correspondientes a temporadas históricas con más de 1000 y menos de 100.000 casos de dengue, lo que refleja períodos de baja circulación viral y brotes de alcance limitado.
- **Escenario 2 (20.000 a 130.000 casos):**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

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

[13] 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

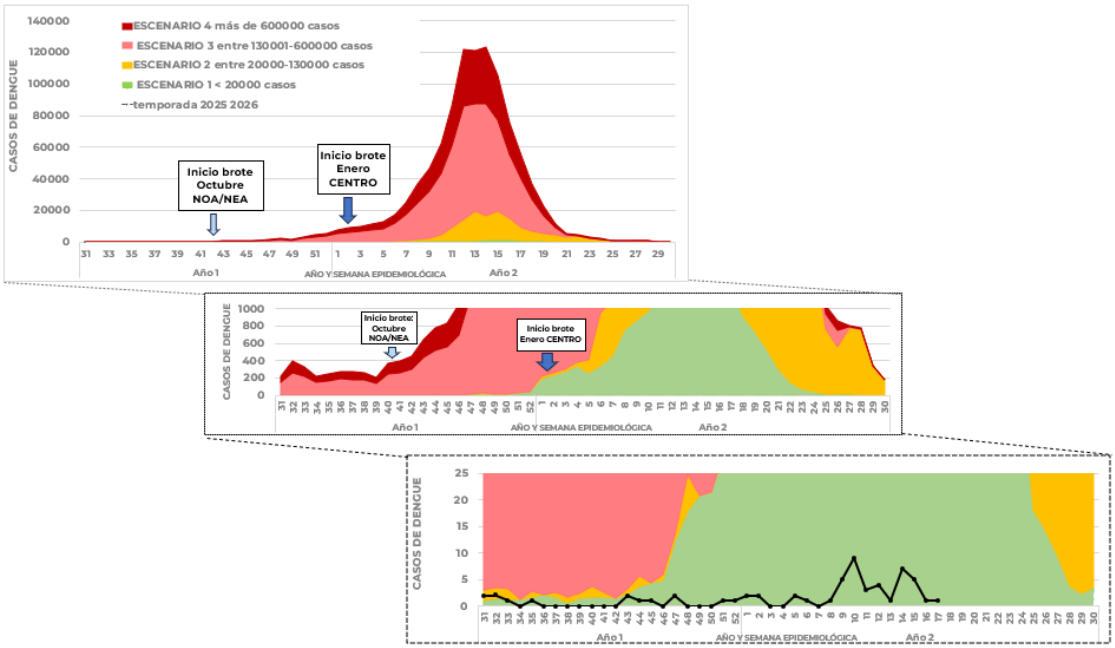
En el último gráfico (detalle en zoom) se presentan los casos de la temporada 2025-2026 y su representación en el modelo de escenarios estimados. Estos registros iniciales permiten dimensionar el inicio de la temporada y anticipar su evolución en comparación con temporadas previas. Por el momento, la 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=58). 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[14], desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) **23.048** casos sospechosos de dengue, de los cuales **58** fueron confirmados por laboratorio detectándose la circulación de DENV 1, 2 y 3. El **59%** 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 17/2026 se notificaron **990** 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 SE15y SE16[15].Es importante destacar que estos eventos pueden corresponder a semanas epidemiológicas previas en relación con la fecha de inicio de síntomas, de consulta o de toma de muestra.

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

[15] **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 SE17/2026. 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	10	DENV-1 DENV-2	1337	348	1768	16
CABA	17	25	8	3	DENV-1 DENV-2 DENV-3	416	183	652	25
Córdoba	2	35	2	0	DENV-2	2545	124	2708	4
Entre Ríos	0	4	4	1	DENV-3	308	7	324	4
Santa Fe	0	29	1	2	DENV-3	1187	75	1294	1
Total Centro	**30**	**150**	**20**	**16**		**5793**	**737**	**6746**	**50**
Mendoza	0	0	1	1	DENV-3	134	2	138	1
San Juan	0	0	0	0		42	0	42	0
San Luis	0	0	0	0		82	15	97	0
Total Cuyo	**0**	**0**	**1**	**1**		**258**	**17**	**277**	**1**
Chaco	0	8	0	0		931	8	947	0
Corrientes	1	1	0	0	DENV-1	148	38	188	1
Formosa	2	3	1	0	DENV-2	4567	39	4612	3
Misiones	0	4	1	0		656	1	662	1
Total NEA	**3**	**16**	**2**	**0**		**6302**	**86**	**6409**	**5**
Catamarca	1	6	0	0	DENV-2	444	4	455	1
Jujuy	0	26	1	0		1189	27	1243	1
La Rioja	0	6	0	0		239	2	247	0
Salta	0	31	0	0		2362	892	3285	0
S. del Estero	0	5	0	0		256	436	697	0
Tucumán	0	95	0	1		3251	156	3503	0
Total NOA	**1**	**169**	**1**	**1**		**7741**	**1517**	**9430**	**2**
Chubut	0	0	0	0		14	2	16	0
La Pampa	0	0	0	2		83	9	94	0
Neuquén	0	0	0	0		25	3	28	0
Río Negro	0	0	0	0		4	0	4	0
Santa Cruz	0	0	0	0		29	3	32	0
T. del Fuego	0	0	0	0		12	0	12	0
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**2**		**167**	**17**	**186**	**0**
Total País	**34**	**335**	**24**	**20**	**DENV-1.2,3**	**20261**	**2374**	**23048**	**58**

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.
- **Veinticinco** casos notificados en **CABA**: Diecisiete casos sin antecedente de viaje, registrándose un clúster en la Comuna 10 (Villa Real) entre la SE9-SE17. 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.
- **Un** caso notificado por **Corrientes** sin antecedente de viaje, aún en investigación epidemiológica (**SE17**).

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 38 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.

Ocho casos requirieron hospitalización, sin necesidad de ingreso a cuidados intensivos; 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 fue dado de alta. No se han notificado 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 **9.992** casos sospechosos de Fiebre Chikungunya, de los cuales **1.807** 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 SE17 se notificaron **263** casos nuevos de Fiebre Chikungunya, en comparación con la SE16.

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).**

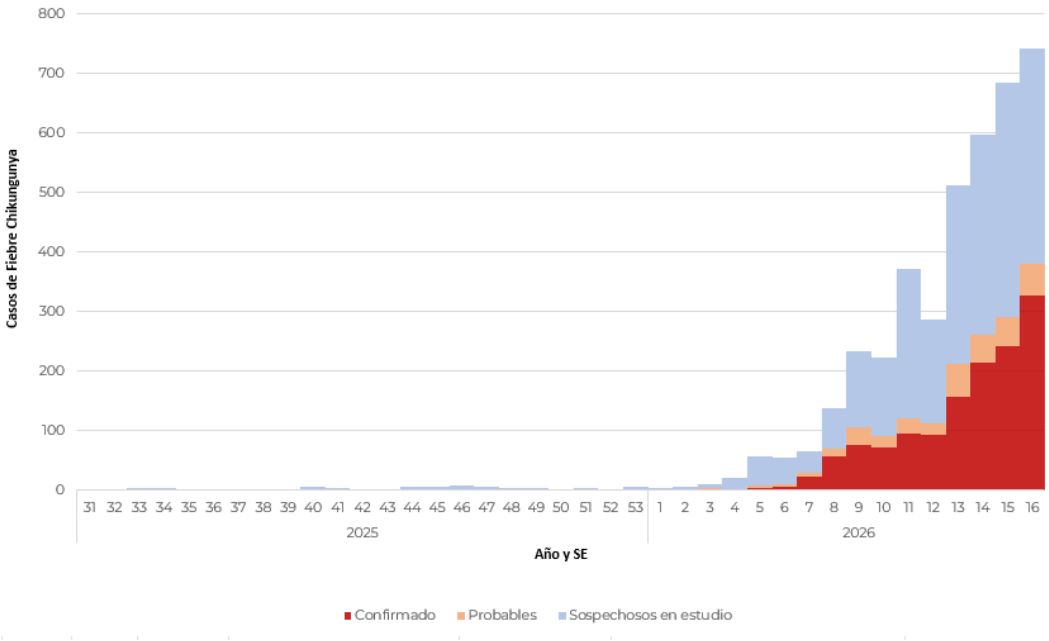
Tabla 2. Fiebre Chikungunya: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE17/2026. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje		Con antecedente de viaje		Con laboratorio negativo	Sosp. (sin laboratorio)	Sosp. en estudio	Total notificados	Total casos de Chikungunya
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.					
Buenos Aires	9	24	5	6	122	15	12	193	44
CABA	4	0	3	2	13	8	4	34	9
Córdoba	22	5	2	1	1803	10	9	1852	30
Entre Ríos	2	2	0	0	30	4	3	41	4
Santa Fe	0	0	0	1	281	6	2	290	1
Total Centro	**37**	**31**	**10**	**10**	**2249**	**43**	**30**	**2410**	**88**
Mendoza	0	0	0	0	23	0	1	24	0
San Juan	0	0	0	0	2	0	0	2	0
San Luis	0	0	2	0	16	0	0	18	2
Total Cuyo	**0**	**0**	**2**	**0**	**41**	**0**	**1**	**44**	**2**
Chaco	0	1	0	0	194	0	0	195	1
Corrientes	0	0	0	0	2	0	1	3	0
Formosa	0	0	0	0	65	0	0	65	0
Misiones	0	0	0	0	52	2	0	54	0
Total NEA	**0**	**1**	**0**	**0**	**313**	**2**	**1**	**317**	**1**
Catamarca	12	12	0	0	191	0	31	246	24
Jujuy	104	52	3	0	707	95	4	965	159
La Rioja	0	0	0	0	62	0	0	62	0
Salta	641	169	92	13	269	1334	583	3101	915
S. del Estero	137	26	0	0	98	98	7	366	163
Tucumán	401	54	0	0	168	115	1728	2466	455
Total NOA	**1295**	**313**	**95**	**13**	**1495**	**1642**	**2353**	**7206**	**1716**
Chubut	0	0	0	0	2	0	0	2	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**	**10**	**2**	**3**	**15**	**0**
Total País	**1332**	**345**	**107**	**23**	**4108**	**1689**	**2388**	**9992**	**1807**

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 SE16 (N=381) 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[16]. SE31/2025 a SE17/2026. Argentina.

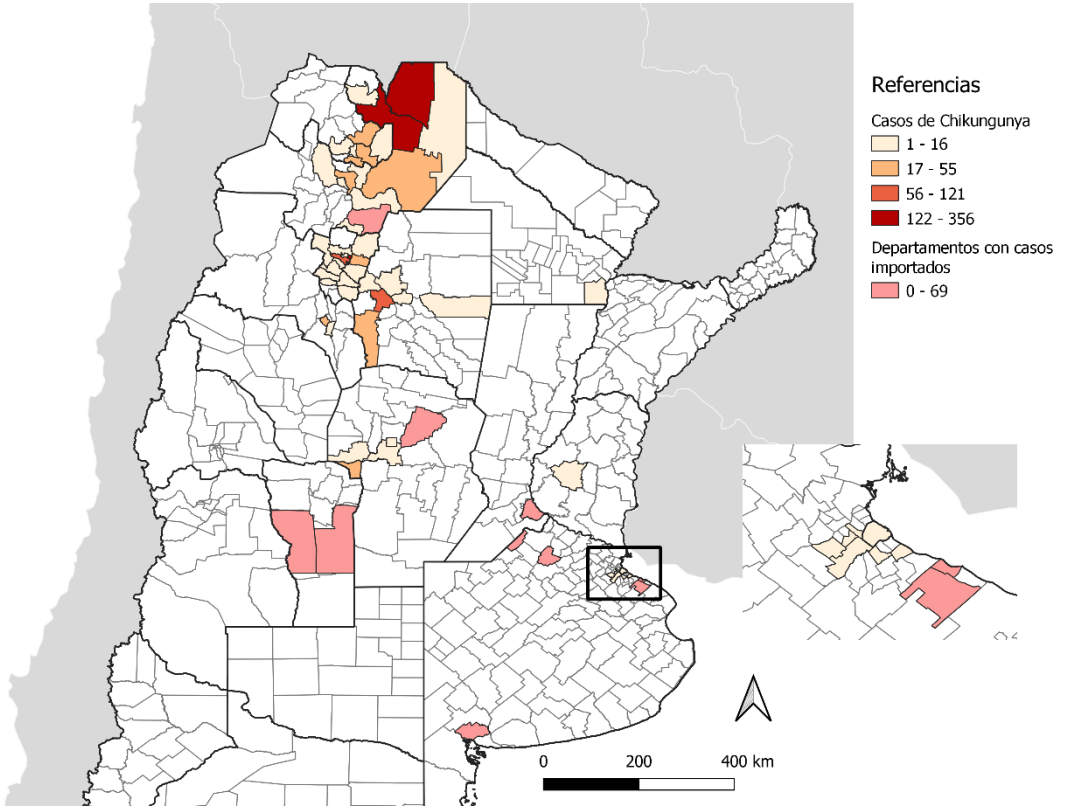


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

En cuanto a la distribución espacial, la mayor carga de enfermedad se concentra en la región **NOA** (n=1716; 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 (Capital), Santiago del Estero (Capital) y Buenos Aires (Lomas de Zamora, Merlo, Quilmes) 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.

[16]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 SE17/2026. 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 35 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, 1105 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 cursó una encefalitis asociada a la infección por virus chikungunya, con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica. Se encuentra de alta hospitalaria, sin secuelas asociadas.

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 **422** 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 **108** 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**[17]. 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 SE17/2026).

Tabla 4. Número de muestras estudiadas y positivas con y sin antecedente de viaje para Encefalitis Arbovirales. SE31/2025 a SE17/2026. 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	41	1	33	2	9
CABA	0	4	0	2	0	0
Córdoba	0	308	0	6	1	1
Entre Ríos	0	11	0	3	1	0
Santa Fe	0	22	0	16	1	0
Total Centro	**2**	**386**	**1**	**60**	**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	8	0	31	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	1	0	3	0	0
Total NOA	**0**	**19**	**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**	**422**	**1**	**108**	**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).

[17] 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 SE17/2026).

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 SE17/2026. Argentina.

Evento	Fiebre de Oropouche		Enfermedad por virus Zika		Fiebre amarilla	
Jurisdicción	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est
Buenos Aires	0	92	0	43	0	14
CABA	0	11	0	5	0	0
Córdoba	0	90	0	59	0	1
Entre Ríos	0	9	0	3	0	1
Santa Fe	0	174	0	40	0	10
Total Centro	**0**	**376**	**0**	**150**	**0**	**26**
Mendoza	0	25	0	4	0	0
San Juan	0	0	0	1	0	0
San Luis	0	5	0	10	0	0
Total Cuyo	**0**	**30**	**0**	**15**	**0**	**0**
Chaco	0	28	0	143	0	2
Corrientes	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	29	0	17	0	0
Misiones	0	3	0	46	0	8
Total NEA	**0**	**60**	**0**	**206**	**0**	**10**
Catamarca	0	2	0	0	0	0
Jujuy	0	35	0	124	0	0
La Rioja	0	10	0	36	0	9
Salta	0	245	0	727	0	0
Santiago del Estero	0	4	0	184	0	1
Tucumán	0	196	0	22	0	51
Total NOA	**0**	**492**	**0**	**1093**	**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**	**963**	**0**	**1465**	**0**	**97**

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 **963** 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 **1.465** 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 **97** 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. Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) - Informe epidemiológico

VI.1. Situación en Argentina

VI.1.A. NOTA METODOLÓGICA

En Argentina, el "Síndrome Urémico Hemolítico (SUH)" constituye un evento de notificación obligatoria en el marco de la Ley 15.465 y la Resolución 2827/2022.

Se realizó un análisis de los datos contenidos en el Sistema Nacional de Vigilancia (SNVS C2-SIVILA-UCSUH y SNVS 2.0), de la notificación nominal, entre el 1 de enero de 2015 y 31 de diciembre de 2025 con información notificada hasta el día 18 de abril de 2026, correspondiente al evento 'Síndrome Urémico Hemolítico (SUH)'.

Para el reporte de los casos de SUH se excluyen los casos notificados clasificados de forma manual como 'Descartado' (SUH atípico u otro diagnóstico consignado en observaciones), 'SUH atípico' e 'Invalidado por Epidemiología'.

Para determinar el año de diagnóstico, se estableció una fecha final utilizando la "Fecha de inicio de síntomas". En los casos en que esta información no estaba disponible, se tomó la "Fecha de muestra" y, en su defecto, la "Fecha de apertura". En cuanto a la procedencia, se utilizó la 'Provincia de residencia' como aproximación operativa para ubicar el sitio probable de ocurrencia del evento y en caso que no estuviera el dato, se utilizó la 'Provincia de muestra'.

Para el cálculo de las tasas de incidencia se utilizaron las proyecciones de población por provincia y grupo de edad elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), correspondientes al período intercensal basado en el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

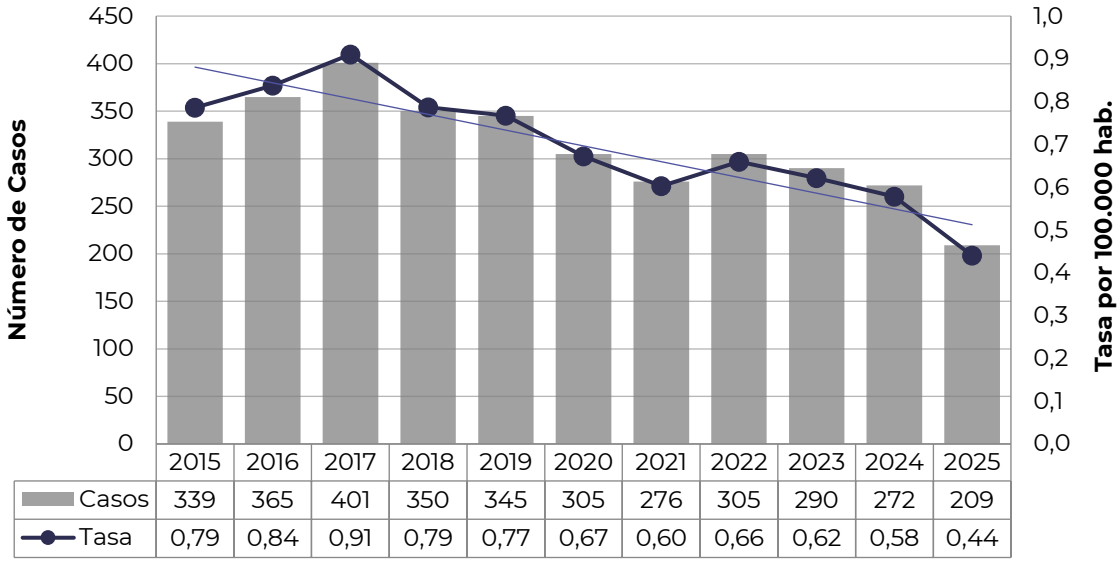
La letalidad se calculó como la proporción de casos fallecidos sobre el total de casos notificados por año. El valor global corresponde al total acumulado de fallecidos respecto del total de casos del período.

VI.1.B. SITUACIÓN HISTÓRICA ANUAL 2015-2025

Evolución temporal de los casos

Los casos y tasas de incidencia de SUH para el total país muestran una fluctuación temporal con leves ascensos en algunos años y leves descensos en otros, observándose para el periodo 2015 a 2025 una tendencia descendente, con una mediana de 305 casos anuales con un mínimo de 209 y un máximo de 401 (tasa mínima de 0,44 casos c/100.000 hab. en 2025 y una máxima de 0,91 en 2017) (Gráfico 1). En menores de 5 años también se observa una tendencia descendente de casos y tasas en el período, con una mediana de 233 casos anuales con un mínimo de 162 y un máximo de 305 (tasa mínima de 4,45 casos c/100.000 menores de 5 años en 2025 y una máxima de 8,14 en 2017) (Gráfico 2). Cabe destacar que la tendencia descendente se sostiene a lo largo de toda la serie incluyendo los años pandémicos.

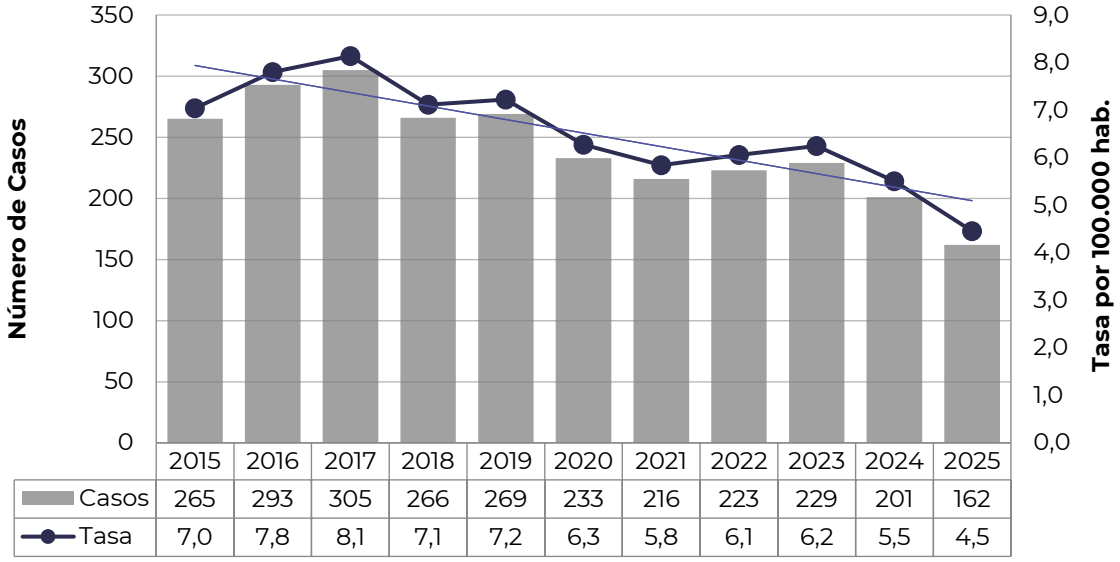
Gráfico 1: Casos y tasas de SUH (cada 100.000 habitantes). Argentina. Años 2015-2025, SE1 a SE52.



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Casos	339	365	401	350	345	305	276	305	290	272	209
Tasa	0,79	0,84	0,91	0,79	0,77	0,67	0,60	0,66	0,62	0,58	0,44

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS C2-SIVILA-UCSUH) y SNVS 2.0

Gráfico 2: Casos y tasas de SUH (cada 100.000 menores de 5 años) en menores de 5 años de edad. Argentina. Años 2015-2025, SE1 a SE52.



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Casos	265	293	305	266	269	233	216	223	229	201	162
Tasa	7,0	7,8	8,1	7,1	7,2	6,3	5,8	6,1	6,2	5,5	4,5

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS C2-SIVILA-UCSUH) y SNVS 2.0

A continuación, se presenta el corredor endémico cuatrisemanal (CS) y el corredor endémico acumulado. Este último permite observar si el número de casos acumulados a nivel nacional en las distintas cuatrisemanas de 2025 se encontró dentro de lo esperado (zona de seguridad) durante el período analizado.

Gráfico 3: Corredor endémico cuatrisemanal de SUH. 2025 hasta CS 13 (N=209). Total país. Históricos 2020 a 2024.

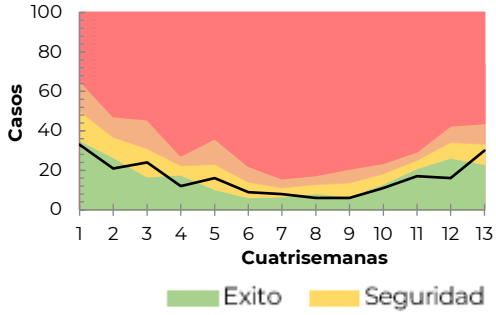
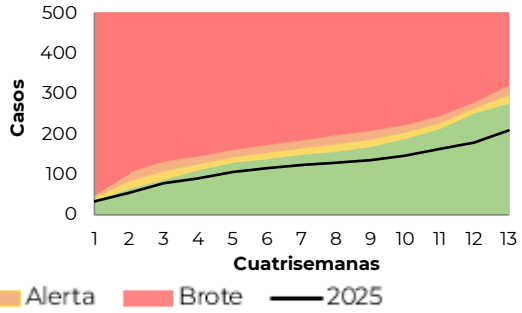


Gráfico 4: Corredor endémico acumulado de SUH. 2025 hasta CS 13 (N=209). Total país. Históricos 2020 a 2024.





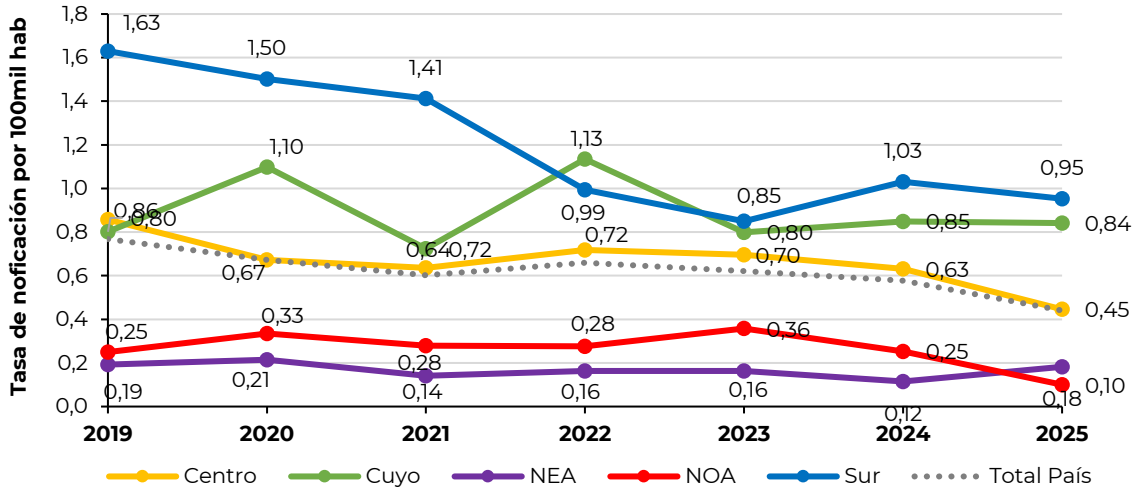
Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS C2-SIVILA-UCSUH) y SNVS 2.0

La ocurrencia de los casos de SUH anualmente presenta un comportamiento estacional con un aumento considerable en los meses cálidos. En cuanto al comportamiento de la notificación a lo largo del año 2025 puede observarse que los casos notificados se encuentran entre zona de éxito y seguridad hasta la CS 6, mientras que a partir de la CS 7 descienden y se mantienen en la zona de éxito hasta la CS12, luego, en la CS 13, se observa un aumento de casos alcanzando la zona de seguridad. Respecto de los casos acumulados de SUH en el 2025, durante las primeras tres cuatrisemanas los valores se ubicaron en el límite entre zona de alerta y seguridad, ingresando en zona de éxito a partir de la CS4. A partir de entonces, se observa un distanciamiento progresivo respecto de los umbrales de seguridad, alerta y brote, manteniéndose dentro de la zona de éxito y consolidando una tendencia por debajo de los valores esperados.

Distribución geográfica de casos y tasas de incidencia según provincia y región del país

En el siguiente gráfico se presentan las tasas de incidencia de SUH por región y para el total del país.

Gráfico 5: Tasas de incidencia de SUH cada 100.000 habitantes por región. Argentina. Años 2019-2025, hasta SE52.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, SNVS 2.0.

La región Centro muestra un patrón similar al nacional, con leves variaciones interanuales y una tendencia descendente a partir de 2022, alcanzando en 2025 la tasa más baja del período analizado de 0,45 casos cada 100.000 habitantes.

La región Cuyo presenta mayores oscilaciones en la tasa a lo largo del período, con aumentos y descensos interanuales; sin embargo, desde 2023 se mantiene relativamente estable en valores cercanos a 0,8 casos cada 100.000 habitantes.

Por su parte, la región Sur evidencia una marcada tendencia descendente en la tasa de incidencia entre 2019 (1,63) y 2023 (0,85). A partir de ese año, se observan leves incrementos, alcanzando en 2025 una tasa de 0,95 casos cada 100.000 habitantes.

En términos comparativos, la tasa de incidencia de la región Sur se mantiene por encima del promedio de incidencia nacional a lo largo de todo el período, mientras que la tasa de incidencia de Cuyo presenta valores cercanos o levemente superiores en algunos años. En contraste, las tasas de incidencia de las regiones NOA y NEA se mantuvieron por debajo de la incidencia a nivel país durante todo el período, con el NOA registrando, tasas superiores a las del NEA. No obstante, entre 2024 y 2025 se observa una inversión de este patrón, con un leve aumento en el NEA (de 0,12 a 0,18) y un descenso en el NOA (de 0,25 a 0,10).

A continuación, se presenta la distribución de casos y tasas de SUH (por 100.000 habitantes) según provincia de residencia para el año 2025, hasta la SE 52, incluyendo los valores agregados por región y para el total país.

Tabla 1: Casos y tasas de SUH (cada 100.000 habitantes) según provincia de residencia. Argentina. Año 2025 (hasta SE 52) y promedio de casos del período 2019–2024.

Provincia	2019-2024	2025	
	Prom. casos	Casos	Tasas
Buenos Aires	124	95	0,52
CABA	28	16	0,52
Córdoba	28	15	0,38
Entre Ríos	10	4	0,28
Santa Fe	18	6	0,16
Centro	**208**	**136**	**0,45**
Mendoza	21	25	1,20
San Juan	3	3	0,37
San Luis	6	1	0,19
Cuyo	**30**	**29**	**0,84**
Chaco	2	3	0,24
Corrientes	4	2	0,17
Formosa	1	1	0,16
Misiones	1	2	0,15
NEA	**7**	**8**	**0,18**
Catamarca	2	1	0,23
Jujuy	2	1	0,12
La Rioja	1	0	0,00
Salta	8	1	0,07
Sgo. del Estero	2	1	0,10
Tucumán	4	2	0,11
NOA	**17**	**6**	**0,10**
Chubut	10	14	2,09
La Pampa	5	4	1,07
Neuquén	9	4	0,57
Río Negro	7	3	0,38
Santa Cruz	3	4	0,97
Tierra del Fuego	4	1	0,51
Sur	**37**	**30**	**0,95**
Total País	**290**	**209**	**0,44**

Tabla 2: Casos y tasas de SUH (cada 100.000 menores de 5 años) en menores de 5 años de edad según provincia de residencia. Argentina. Año 2025, hasta SE 52.

Provincia	2025	
	Casos	Tasas
Buenos Aires	71	5,15
CABA	12	6,17
Córdoba	13	4,43
Entre Ríos	4	3,64
Santa Fe	6	2,29
Centro	**106**	**4,73**
Mendoza	17	10,44
San Juan	3	4,49
San Luis	1	2,41
Cuyo	**21**	**7,75**
Chaco	2	1,83
Corrientes	1	1,02
Formosa	1	1,83
Misiones	2	1,71
NEA	**6**	**1,59**
Catamarca	1	2,96
Jujuy	1	1,51
La Rioja	0	0,00
Salta	1	0,74
Sgo. del Estero	1	1,12
Tucumán	1	0,67
NOA	**5**	**0,99**
Chubut	11	21,48
La Pampa	3	11,09
Neuquén	3	5,45
Río Negro	3	5,01
Santa Cruz	3	8,79
Tierra del Fuego	1	6,51
Sur	**24**	**9,89**
Total País	**162**	**4,45**

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, SNVS 2.0.

Al comparar los casos notificados en 2025 con el promedio anual del período 2019–2024, se registró una disminución total de 90 casos a nivel nacional (Tabla 1).

La mayor reducción correspondió a la región Centro, que presentó 72 casos menos respecto de su promedio histórico. Asimismo, las regiones NOA y Sur registraron disminuciones de 11 y 7 casos, respectivamente. En las regiones Cuyo y NEA, los valores observados en 2025 fueron similares a los promedios del período 2019–2024.

En la región Centro, el descenso de casos en 2025 se observó en todas las provincias, siendo de mayor diferencia en la provincia de Buenos Aires. En la región NOA, todas las provincias registraron una menor cantidad de casos en 2025 respecto del promedio del período analizado. En la región Sur, si bien la mayoría de las provincias presentó descensos, Santa Cruz y La Pampa mantuvieron valores similares al promedio histórico, mientras que Chubut presentó un número de casos superior.

En la región Cuyo, se registró en 2025 una disminución de casos en San Luis, mientras que Mendoza presentó un incremento respecto del promedio del período 2019–2024.

En conjunto, a nivel provincial, la mayoría de las jurisdicciones registraron en la cantidad de casos del año 2025 descensos absolutos o valores similares respecto del promedio anual de casos de 2019-2024, observándose incrementos puntuales y de baja magnitud en algunas provincias.

Análisis según edad

Durante el periodo comprendido entre la SE 1 y la SE 52 de 2025, la carga de la enfermedad se concentró en menores de 10 años. El grupo de 2 a 4 años registró la mayor proporción (43%), seguido por los niños de 1 año (30%) y el estrato de 5 a 9 años (18%). No obstante, la mayor tasa de incidencia acumulada se presentó en el grupo de 1 año, con 8,6 casos por cada 100.000 habitantes de esa edad.

Tabla 3: Casos e incidencia acumulada de SUH (cada 100.000 hab.) según grupo de edad. Argentina. Año 2025, hasta SE 52.

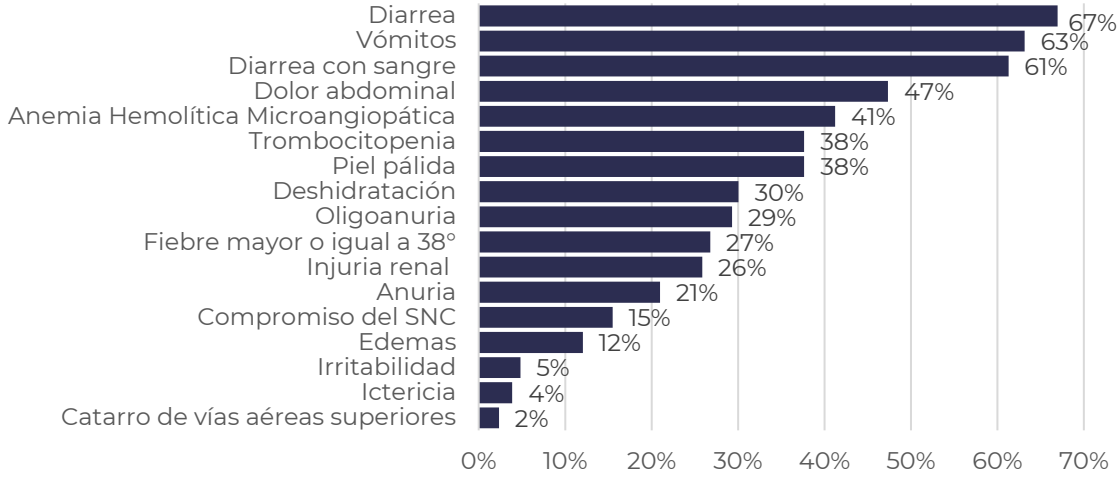
Grupo de edad	Casos	Tasa de incidencia
Menor de 1	11	1,5
Igual a 1	62	8,6
2 a 4	89	4,1
5 a 9	37	1,0
10 a 14	7	0,2
15 a 24	1	0,0
25 a 34	0	0,0
35 a 44	1	0,0
45 a 64	1	0,0
65 y más	0	0,0
Total general	**209**	**0,4**

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, SNVS 2.0.

Análisis clínico-epidemiológico

En relación a la información clínica consignada en el SNVS, en el siguiente gráfico se muestran los signos y síntomas de SUH en el periodo 2019-2025, en donde se observó entre los principales síntomas; vómitos, diarrea con o sin sangre, dolor abdominal, anemia hemolítica microangiopática y trombocitopenia (Gráfico 6).

Gráfico 6: Signos y Síntomas de SUH (N=1620). Argentina. Años 2019-2025, hasta SE 52.

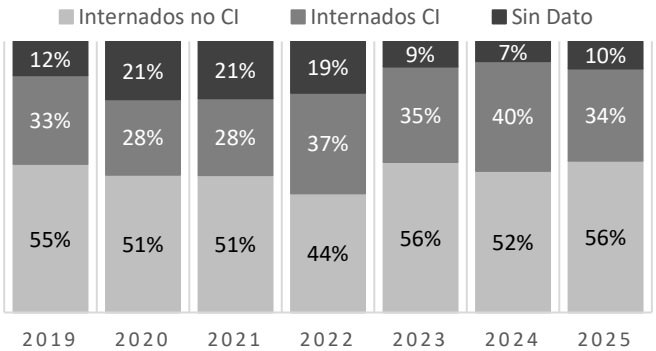


Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, SNVS 2.0.

A continuación, se muestra un gráfico con la distribución porcentual de casos de SUH en los que se consignó en el SNVS que requirieron internación en unidad de cuidados intensivos (UCI), internación fuera de UCI y casos sin dato de internación, para el período 2019–2025.

Se observa que, a lo largo de toda la serie, se consignó información sobre internación en el 86% de los casos, correspondiendo la mayor proporción a pacientes no internados en cuidados intensivos, con valores que oscilaron entre el 44% (2022) y el 56% (2023 y 2025). Respecto de este dato, debe tenerse en cuenta que algunos casos podrían haber sido derivados a establecimientos de mayor complejidad sin que dicha información haya sido registrada en el SNVS.

Gráfico 7: Proporción de casos de SUH según con requerimiento de internación con o sin cuidados intensivos (N=1620). Argentina. Años 2019-2025, hasta SE 52.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, SNVS 2.0.

En relación con la evolución clínica, durante el período 2019–2025, se notificaron 2002 casos de SUH, de los cuales 47 resultaron fallecidos, lo que representa una letalidad promedio del

2% para el período analizado. En la siguiente tabla se presenta la cantidad de fallecidos y letalidad de SUH por año.

Tabla 4: Casos y fallecidos de SUH y letalidad (%). Argentina. Años 2019-2025, hasta SE52.

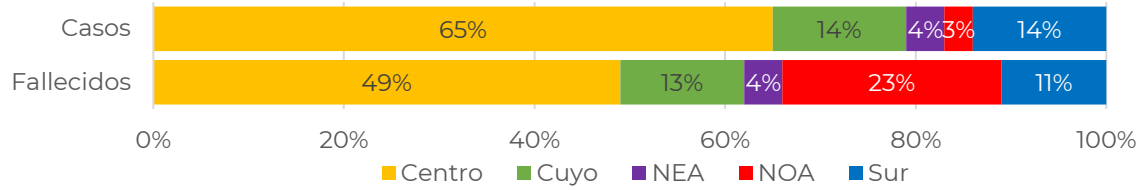
Año	Casos	Casos fallecidos	Letalidad (%)
2019	345	7	2%
2020	305	6	2%
2021	276	9	3%
2022	305	6	2%
2023	290	6	2%
2024	272	9	3%
2025	209	4	2%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, SNVS 2.0.

La letalidad anual se mantuvo relativamente estable, con valores entre 2% y 3%. Los mayores valores se registraron en los años 2021 y 2024 (3%), mientras que en el resto de los años la letalidad fue del 2%.

Asimismo, al considerar la región de residencia, se observa una distribución diferencial según región entre casos y fallecidos de SUH para el período 2019–2025, hasta la SE 52.

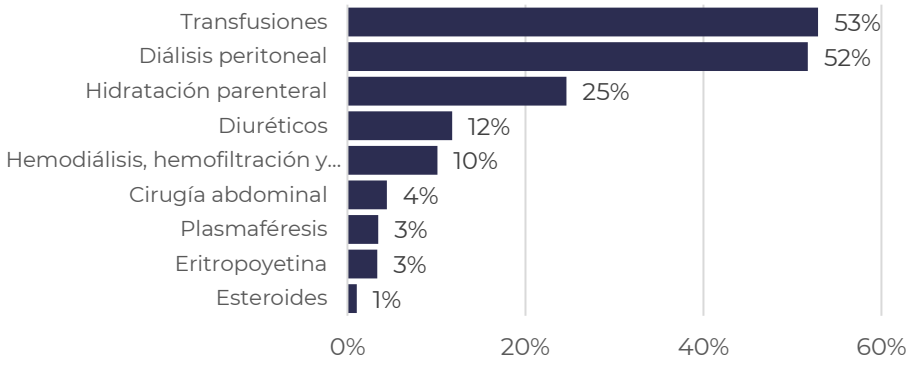
Gráfico 8: Proporción de casos y de fallecidos de SUH según con región de residencia (N_{Casos}=2001 y $N_{Fallecidos}$=47). Argentina. Años 2019-2025, hasta SE 52.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, SNVS 2.0.

Respecto de los tratamientos consignados en el SNVS en el período 2019–2025, las transfusiones y la diálisis peritoneal se registraron en el 53% y 52% de los casos, respectivamente, seguidas de la hidratación parenteral, presente en el 25% de los casos. Asimismo, se destaca que al menos el 4% de los casos requirió cirugía abdominal, según lo consignado en el sistema.

Gráfico 9: Tratamientos de SUH (N=951). Argentina. Años 2019-2025, hasta SE 52.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, SNVS 2.0.

Del total de 2002 casos notificados entre 2019 y 2025, se consignó información sobre antecedentes epidemiológicos en una proporción limitada de los mismos, por lo que el análisis se circunscribe a los casos con datos disponibles.

En relación con los antecedentes de contacto o convivencia, se contó con información en 178 casos. Entre ellos, el antecedente más frecuentemente consignado fue el contacto directo con animales (rumiantes, animales de granja o mascotas) (50%;89). En menor frecuencia se registró contacto con aguas recreacionales no seguras (lagunas, ríos, piletas) (27%;48), así como la convivencia con trabajadores rurales o veterinarios (13%;23) y con personal vinculado a mataderos, frigoríficos o carnicerías (10%; 18).

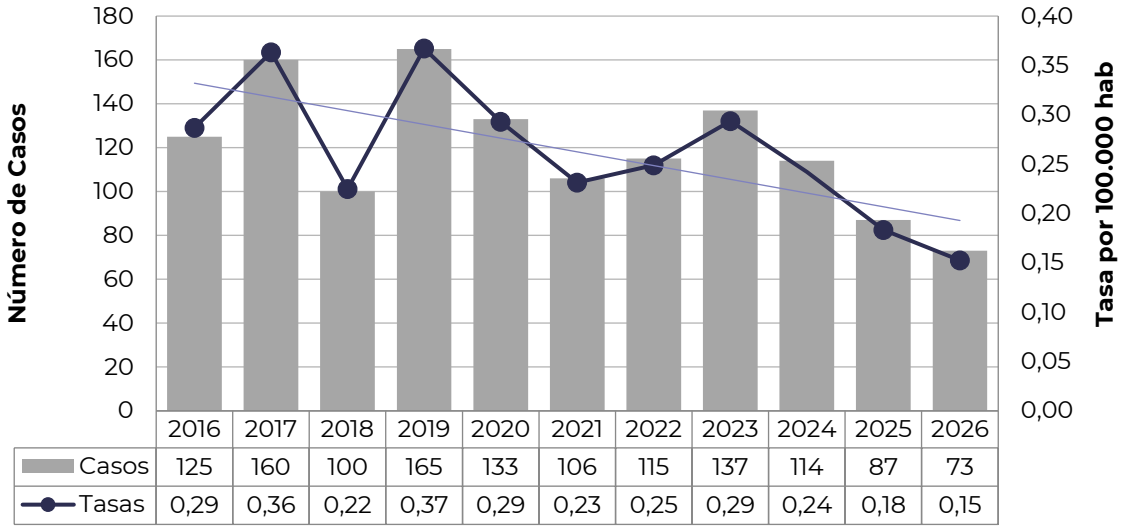
Respecto de los antecedentes de consumo o ingesta, se dispuso de información en 422 casos. El antecedente más frecuente correspondió al consumo de preparaciones elaboradas con carne picada (42%; 176), seguido por el consumo de carne cruda o insuficientemente cocida (18%; 74) y la ingesta o utilización de agua no segura (17%; 70). En proporciones menores se consignaron antecedentes de consumo de leche o derivados lácteos no pasteurizados, consumo de frutas y vegetales crudos sin adecuado lavado, consumo de jugos de frutas sin pasteurizar y consumo de alimentos o bebidas adquiridos en locales de comida, ferias o comedores.
Los antecedentes descriptos pueden no representar a la totalidad de los casos notificados, debido a la disponibilidad limitada de información consignada.

VI.1.C. SITUACIÓN ACTUAL A LA SE 15 (18/4/2026)

Evolución temporal de los casos

La cantidad de casos notificados de SUH en población general muestra una tendencia descendente desde el año 2016 hasta 2026, para el período analizado (SE 1 a SE 15). En el corriente año, las notificaciones acumuladas hasta la SE 15 a nivel país evidencian un leve descenso en comparación con las registradas en 2025 y 2024 para el mismo período (Gráfico 1).
Asimismo, se observa un patrón similar en la evolución de los casos y de la incidencia acumulada en menores de 5 años al analizar la serie de los últimos 10 años (SE 1–SE 15). Durante el transcurso del año actual, tanto en población general como en menores de 5 años, la cantidad de casos registrada hasta la SE 15 corresponde al valor mínimo de toda la serie analizada.

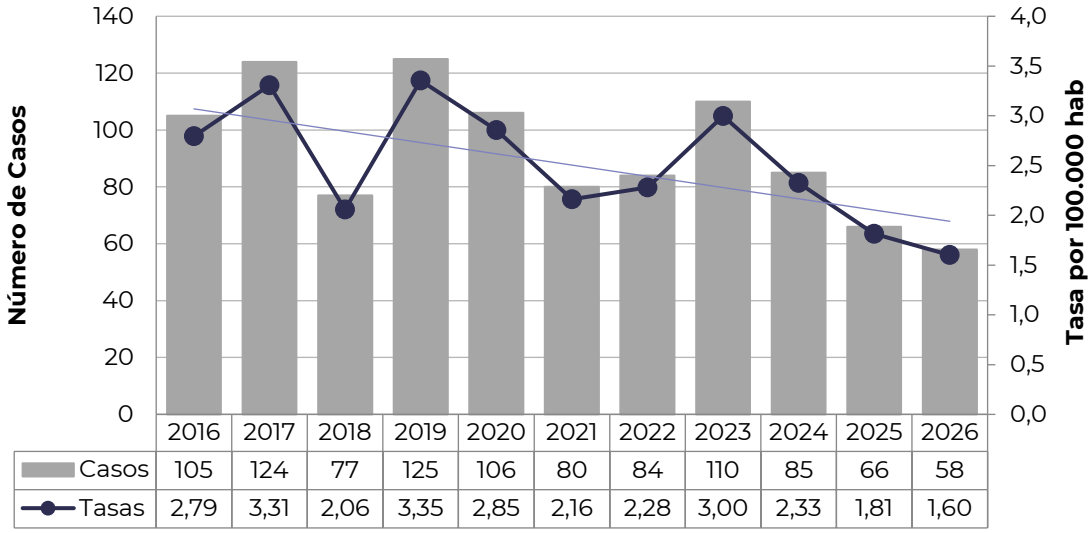
Gráfico 1: Casos y tasas de SUH (cada 100.000 habitantes). Argentina. Años 2016-2026, SE1 a SE15.



	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Casos	125	160	100	165	133	106	115	137	114	87	73
Tasas	0,29	0,36	0,22	0,37	0,29	0,23	0,25	0,29	0,24	0,18	0,15

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS C2-SIVILA-UCSUH) y SNVS 2.0

Gráfico 2: Casos y tasas de SUH (cada 100.000 menores de 5 años) en menores de 5 años de edad. Argentina. Años 2016-2026, SE1 a SE15.



	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Casos	105	124	77	125	106	80	84	110	85	66	58
Tasas	2,79	3,31	2,06	3,35	2,85	2,16	2,28	3,00	2,33	1,81	1,60

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS C2-SIVILA-UCSUH) y SNVS 2.0

A continuación, se presenta el corredor endémico cuatrisemanal (CS) y el corredor endémico acumulado desde la CS 1 hasta la CS 3 de 2026.

Gráfico 3: Corredor endémico cuatrisemanal de SUH. 2026 hasta CS 3 (N=65). Total País. Históricos 2021 a 2025.

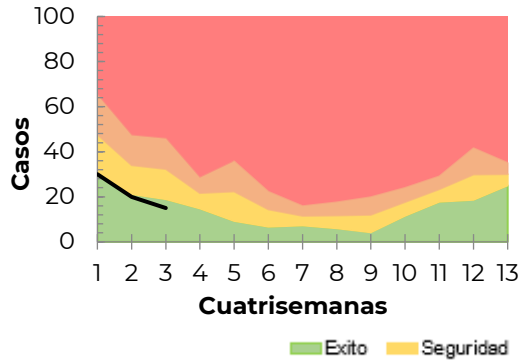
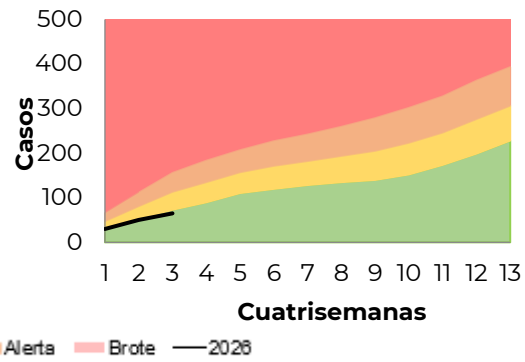


Gráfico 4: Corredor endémico acumulado de SUH. 2026 hasta CS 3 (N=65). Total País. Históricos 2021 a 2025





Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS C2-SIVILA-UCSUH) y SNVS 2.0

El corredor endémico cuatrisemanal (CS) transcurrió dentro de lo esperado en las primeras tres CS, observándose, que la cantidad de notificaciones se ubicaron en la zona de éxito y seguridad (Gráfico 3 y 4). El corredor endémico acumulado (Gráfico 4), que muestra la cantidad de casos acumulados para cada cuatrisemana del año en curso, en relación a registros de casos acumulados de los años previos permite observar que el número de casos acumulados a nivel nacional hasta la CS 3 se encontró zona de seguridad.

Distribución geográfica de casos y tasas de incidencia según provincia y región del país

Para el mismo periodo de análisis, desde SE1 a SE15, se registraron 73 casos en 2026, lo que representa 39 casos menos en comparación al promedio de casos de 2021-2025. (Tabla 1).

En cuanto al análisis por regiones, considerando el período SE 1 a SE 15/2026, se observa que el 71% de los casos correspondieron a la región Centro, con una incidencia acumulada de 0,17 casos cada 100.000 habitantes. La región Sur concentró el 14% de los casos, con una incidencia acumulada de 0,31, mientras que las regiones NOA y NEA, consideradas en conjunto, aportaron el 7% del total de los casos.

Tabla 1: Promedio de casos y casos de SUH según jurisdicción de residencia. Argentina. Años 2020-2026, periodo SE 1 a SE 15.

Provincia	Promedio 2021-2025 (SE 1 a 15)	Casos 2026 (SE 1 a 15)
Buenos Aires	51	36
CABA	9	7
Córdoba	8	4
Entre Ríos	3	1
Santa Fe	7	4
Centro	**79**	**29**
Mendoza	7	3
San Juan	1	1
San Luis	2	2
Cuyo	**9,8**	**6**
Chaco	0	0
Corrientes	1	0
Formosa	0	0
Misiones	0	2
NEA	**1,8**	**2**
Catamarca	1	0
Jujuy	1	0
La Rioja	0	1
Salta	1	1
Sgo. del Estero	1	0
Tucumán	1	1
NOA	**4,4**	**3**
Chubut	5	5
La Pampa	2	2
Neuquén	4	1
Rio Negro	3	2
Santa Cruz	1	0
Tierra Del Fuego	1	0
Sur	**16,6**	**10**
Sin dato	0	0
Total PAIS	**111,8**	**73**

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, SNVS 2.0.

Evolución clínica

Según la información consignada en el SNVS, entre la SE 1 y la SE 15/2026, al menos 60 de los 73 casos requirieron internación, de los cuales 18 necesitaron cuidados intensivos.

Desde la SE 1 hasta la SE 15 del corriente año, se notificaron 2 fallecidos, ambos en menores de 5 años, valor inferior al promedio para el período 2019–2025, mismo intervalo (años completos hasta la SE 15), que fue de 3 fallecidos. Ambos fallecidos se registraron en la región Centro, que concentra el 71% del total de los casos notificados a nivel nacional.

VI.2. Recomendaciones

Las estrategias de prevención deben ser dirigidas a los distintos actores que participan en toda la cadena de transmisión de la enfermedad:

1) Estrategias de prevención aplicadas a lo largo de las cadenas agroalimentarias involucradas:

a) Prevención en la cadena de la carne. Promover la aplicación de buenas prácticas ganaderas, Buenas Prácticas de Manufactura –BPM– y Procedimientos Operativos Estandarizados de Saneamiento –POES– a lo largo de la cadena de producción, distribución y comercialización de carne y sus productos derivados (mataderos, frigoríficos, carnicerías y centros de distribución) a fin de minimizar la contaminación y promover la obtención de productos cárnicos inocuos.

b) Prevención en la cadena frutihortícola: aplicación de Buenas Prácticas Agrícolas -BPA- y BPM a lo largo de toda la cadena (cosecha, almacenamiento, distribución y venta). Implementación de prácticas y medidas para lograr un alimento seguro, tales como inocuidad del agua de riego y de lavado post cosecha, tratamiento de los abonos, etc.

c) Prevención en la cadena láctea: Promover la implementación de buenas prácticas en el tambo para una ordeñe higiénica. Aplicación de tratamientos térmicos para la obtención de una leche inocua. Promoción de la utilización de leche pasteurizada para la elaboración de productos derivados.

2) Estrategias de prevención dirigidas a la comunidad:
a) Promover la adopción de prácticas seguras entre las personas que manipulan alimentos en los diversos ámbitos: cocinas/comedores, comercios, instituciones educativas, recreativas y de cuidado, hogares, etc.

b) Toda persona que por su actividad laboral realice tareas que impliquen el contacto con alimentos deberá contar con el carnet de manipulador/a de alimentos vigente.

c)Prácticas a promover:

● Lavarse minuciosamente las manos con agua segura y jabón después de ir al baño o cambiar pañales, antes de preparar alimentos y comer, después de tocar carnes y vegetales crudos. También después de tener contacto con animales o su entorno.

● Evitar la contaminación cruzada:
- En las áreas de preparación de alimentos limpiar y desinfectar los equipos y superficies, las tablas de cortar y los utensilios después de que hayan tomado contacto con carne cruda y/o sus jugos.
- Separar las carnes crudas de los alimentos cocidos o listos para consumir durante la compra, el almacenamiento y la preparación de los mismos.

● Cocinar completamente las carnes hasta que no queden partes rojas en su interior ni jugos rosados, (mínimo 71°C en el centro de la pieza), especialmente la carne picada, y sus preparaciones derivadas (hamburguesas, albóndigas, pan de carne arrollado, empanadas, pastel de carne).

● Lavado de frutas y verduras:
1) Lavar cuidadosamente frutas y verduras con abundante agua segura, especialmente si se consumen crudas. En el caso de verduras de hoja, lavar hoja por hoja.
2) Desinfectar con solución de agua segura y lavandina, teniendo en cuenta las siguientes pautas:
I. Utilizar lavandina que indique en el rótulo “apta para desinfectar agua” y registrada en ANMAT.

II. Utilizar la cantidad indicada en el envase y dejar actuar el tiempo que allí se menciona.

III. Cantidad sugerida por litro de agua a utilizar:

* Lavandina 25 gr Cl/litro: 5 ml. (medido con jeringa o tapa medidora de jarabe).

* Lavandina concentrada 55 gr Cl/litro: 2,5 ml. (medido con jeringa o tapa medidora de jarabe).

Esta etapa de desinfección es especialmente importante en restaurantes, cocinas de instituciones educativas; hospitales, lugares de residencia, comedores de entornos laborales, etc.

3) Dejar actuar por 10 minutos y enjuagar con abundante agua segura.

● Evitar el consumo de leche cruda, productos lácteos y jugos sin pasteurizar.

● Usar agua segura para consumo y lavado de alimentos y superficies, así como también para lavado y aseo personal. Cuando haya dudas sobre la inocuidad del agua para beber o cocinar hervirla durante 3 minutos (hasta que salgan burbujas) o agregar dos gotas de lavandina 55 g Cl activo/litro por cada litro de agua o 4 gotas de lavandina 25 g Cl activo/litro por cada litro de agua y dejarla reposar 30 minutos antes de utilizarla (o lo que indique el envase).

● Evitar manipular alimentos si la persona se encuentra con diarrea hasta obtener el alta médica.

● Lactancia:

- Preparación de mamaderas: uso de agua segura para el lavado y preparación de fórmulas lácteas y mamaderas limpias y esterilizadas. Uso de leche pasteurizada, Ultra Alta Temperatura (UAT) o materna.
- Lavado de manos antes de amamantar, preparar mamaderas o alimentar con mamadera.

● En caso de contacto con animales o sus heces: en granjas, zoológicos, ámbito doméstico, areneros, ámbito laboral (frigoríficos, carnicerías, zoológicos, veterinarios, trabajadores rurales, etc.):

- separar la ropa y el calzado que se hayan utilizado o que pudieran estar contaminados con materia fecal y lavarla separada del resto.
- Evitar ingerir alimentos mientras se realizan actividades con animales y lavarse bien las manos luego de las mismas.

● En aguas recreacionales:

-Proteger, purificar y clorar los sistemas de abastecimiento público de agua; clorar las piletas públicas y de los hogares.

-Evitar que niños con diarrea jueguen o se bañen en piletas, aún con los pañales colocados.

-Evitar nadar, bañarse o jugar en el agua de lagos, lagunas, arroyos, canales o ríos que no estén habilitados como aguas de uso recreativo para bañarse, ya que pueden estar contaminados con efluentes de criaderos de ganado o cloacales.

-Eliminar en forma adecuada los pañales y excrementos humanos de manera que su disposición final no genere una fuente de contaminación que permita la diseminación de la bacteria.

● Prácticas seguras en jardines maternales y de infantes:

- Mantener la higiene de instalaciones, piletas y juguetes.
- Facilitar y fomentar el lavado frecuente de manos con agua segura y jabón.
- Evitar el cambio de pañales en las mismas superficies donde se elaboran o consumen alimentos.
- Eliminar los pañales en bolsas cerradas.
- Implementar procedimientos para el manejo seguro de viandas y mamaderas.

3) Programas de vigilancia y control en alimentos: Implementación de programas de vigilancia y control a fin de monitorear la prevalencia de STEC en los alimentos epidemiológicamente relacionados a lo largo de la cadena agroalimentaria, basados en los criterios microbiológicos establecidos en el Código Alimentario Argentino e identificar patrones que contribuyan a prevenir contaminaciones futuras.
Ante la detección de STEC en alimentos, sin un caso asociado, las áreas de bromatología podrán, cuando lo consideren, alertar a los equipos de epidemiología de la jurisdicción, para promover la búsqueda activa de casos y alertar a los equipos de salud en la sospecha de SUH y diarreas por STEC.

Para más información, consultar el Manual para la vigilancia epidemiológica y control, disponible en:
Circular de vigilancia epidemiológica - Síndrome Urémico Hemolítico – SUH, Diarreas por STEC e Infección asintomática por STEC
Fichas de notificación:
Ficha de notificación de caso de SUH, Diarreas por STEC y estudio de infección por STEC en contactos

VI.3. Infecciones por STEC analizadas por el Laboratorio Nacional de Referencia. Año 2025

VI.3.A. NOTA METODOLÓGICA

Informe elaborado con los resultados obtenidos por el equipo del Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) Servicio Fisiopatogenia del INEI-ANLIS “Dr. Carlos Malbrán” durante la vigilancia de las infecciones por STEC.

VI.3.B. INFECCIONES POR STEC – LNR 2025

Diagnósticos de infección por STEC

Durante el año 2025 se recibieron en el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) muestras de un total de 484 casos, 170 correspondientes a síndrome urémico hemolítico (SUH), 174 a casos de diarreas aguda sanguinolenta (DAS) y 140 a diarrea aguda (DA), con el fin de confirmar la infección por STEC. Esta asociación se confirmó en el 82.6% (SUH), 32.8% (DAS) y 20.7% (DA) de los casos, aplicando como criterios diagnósticos la identificación del patógeno, la detección de anticuerpos a-LPS O157, O145, O121, O103 por Glyco iELISA y la detección por PCR (RT-PCR y de punto final) de los genes de *stx*$_1$, stx$_2$ y *rfb*$_{O157}$, Tabla 1. Este algoritmo de diagnóstico que incluye el análisis bioinformático de las secuencias genómicas

de las cepas aisladas permitió la realización de la caracterización completa del patógeno y el estudio de la relación clonal y análisis de brotes (Ver BEN N°718 SE 33).

Resulta fundamental señalar que la implementación de estas estrategias permitió alcanzar un diagnóstico específico en el 27,4% de las diarreas (86/314). Sin este abordaje, dichos casos habrían carecido de una identificación etiológica precisa (Tabla 1).

Asimismo, el algoritmo diagnóstico permitió confirmar la etiología de SUH típico (STEC+) en cuatro pacientes con sospecha clínica inicial de SUH atípico, así como en otros tres casos cuya presentación clínica no era concluyente.

Tabla 1. Casos de SUH, DAS y DA estudiados en el LNR. Diagnóstico de infección por STEC. Año 2025

Año	Laboratorio Nacional de Referencia						
	Diagnóstico	Casos estudiados en el LNR	Casos asociados a infección por STEC (%)	Casos según criterio diagnóstico			N° cepas STEC aisladas
				Solo Antic. O157 /O145 O121/O103	Solo PCR+ sin aislamiento	Aislamientos STEC+	
2025	SUH	170	140 (82,6%)	63	23	54	57
	DAS	174	57(32,8)	6	8	43	44
	DA	140	29 (20,7)	6	5	18	18

Fuente: Elaboración propia del Laboratorio Nacional de Referencia Servicio Fisiopatogenia del INEI-ANLIS "Dr. Carlos Malbrán"

Según los datos de la Tabla 2, la utilización de los tres criterios diagnósticos (2021-2025) mantuvo la detección de STEC en pacientes con SUH por encima del 70%, alcanzando niveles superiores al 80% durante los últimos dos años del periodo. No obstante, se advierte una tendencia decreciente entre 2022 y 2025 en el número de muestras remitidas al LNR. Esto podría responder a una disminución real de la patología, a un incremento en la especialización de los laboratorios clínicos (que derivan menos muestras en detrimento de la vigilancia nacional) o a dificultades en el proceso de estudio y remisión de las muestras de los casos diagnosticados clínicamente. No obstante, la hipótesis de una merma real en la incidencia cobra mayor relevancia, dado que los reportes anuales de la Dirección de Epidemiología del MinSal reflejan un descenso progresivo en la notificación de SUH a nivel nacional, guardando estrecha relación con lo advertido por el LNR (Ver SUH. informe anual 2025 y situación epidemiológica SE15/2026).

Tabla 2. Casos de SUH estudiados en el LNR. Diagnóstico de infección por STEC. Argentina. Período 2021-2025

Año	Laboratorio de Referencia Nacional					
	Casos de SUH estudiados	Casos asociados a infección por STEC	Casos según criterio diagnóstico			N° cepas STEC aisladas
			Solo Antic. O157 /O145 /O121/O103	Solo PCR+ sin aislamiento	Aislamientos STEC+	
2021	247	192 (77.7%)	104	23	65	67
2022	274	220 (80%)	91	46	83	85
2023	230	173 (75,2%)	80	34	59	59
2024	220	197 (89.5%)	93	44	60	62
2025	170	140 (82,6%)	63	23	54	57

Fuente: Elaboración propia del Laboratorio Nacional de Referencia Servicio Fisiopatogenia del INEI-ANLIS "Dr. Carlos Malbrán"

Debido a la baja dosis infectante de STEC, la detección de un caso de infección sugiere la coexistencia de otros individuos infectados en su entorno cercano, ya sean sintomáticos o asintomáticos. Bajo esta premisa, cada caso de SUH se aborda preventivamente como un brote, disparando de manera inmediata la vigilancia epidemiológica y el estudio de sus contactos.

En este sentido el estudio de contactos asintomáticos (CA) con esta misma metodología toma relevancia al detectarse siete brotes familiares tras procesar muestras de 50 CA asociadas a 23 casos índice. Se destaca que en el 39% de los casos (n=9) se analizaron dos CA por cada uno, mientras que en el resto de la casuística la representatividad osciló entre uno y cinco contactos acompañantes. (Ver análisis de Brotes).

El algoritmo implementado posibilitó, además, definir la finalización del periodo de excreción del patógeno en aquellos casos con seguimiento longitudinal, gracias al análisis de las muestras de materia fecal enviadas periódicamente al LNR. Tanto para el estudio de excreción de cepas O157 y no-O157, el seguimiento de la excreción se realiza estudiando muestras de materia fecal sucesivas, hasta que dos de ellas den negativas en un lapso de 72 horas entre ellas. Los resultados evidencian una gran variabilidad en la duración de la excreción de STEC, sin una asociación clara con la severidad del cuadro, el serotipo o perfil de toxina. Se registraron períodos de portación que van desde una semana hasta alcanzar, al menos, los 28 días post-inicio de síntomas (o post-detección en el caso de los CA). Lo importante es destacar que no solo es fundamental detectar al patógeno, sino que también la finalización de la excreción determina el fin del riesgo de transmisión, Tabla 3.

Tabla 3. Estudio del tiempo de excreción del patógeno

Caso	Edad (años)	Serotipo	Días de excreción
DAS	años	O157:H7 (stx_{2a}- stx_{2c})	
DAS	7	O157:H7 (stx_{2a}- stx_{2c})	28
DA	5	O145:H28 (stx_{2a})	7
DAS	2	O121:H19 (stx_{2a})	12
DA	73	O103:H2 (stx_{1a})	20
DAS	1	O26:H11 (stx_{1a})	17
CA	3	O178:H19 (stx_{1a}- stx_{2a})	26

Fuente: Elaboración propia del Laboratorio Nacional de Referencia Servicio Fisiopatogenia del INEI-ANLIS "Dr. Carlos Malbrán"

Caracterización genómica de aislamientos de STEC en el marco del resto de las *E. coli* diarreigénicos.

Como parte del diagnóstico de referencia, se realiza la secuenciación de genoma completo (SGC) de todos los aislamientos identificados como STEC y el resto de las *Escherichia coli* diarreigénico (DEC): *E. coli* enteropatógeno-EPEC, *E. coli* enteroagregativo-EAEC, *E. coli* enterotoxigénico-ETEC, y *E. coli* enteroinvasivo-EIEC. Para ello se procede a la extracción del ADN de todas las cepas en tiempo real y es enviado a la Unidad Operativa Centro Nacional de Genómica y Bioinformática de ANLIS para su secuenciación. Una vez que las secuencias están listas son enviadas al LNR donde se realiza el análisis siguiendo los protocolos bioinformáticos verificados por el LNR para la caracterización completa y vigilancia genómica de dichos patógenos.

Mediante el análisis por SGC se identificaron los serotipos, los genes que se buscan tradicionalmente para el diagnóstico (subtipo de toxina Shiga, gen *eae*-proteína Intimina y gen *ehx*A-enterohemolisina de STEC); y además la tipificación por MLST (tipificación multi locus de secuencias) y en el caso de STEC O157:H7 la clasificación por clados de virulencia.

El gráfico 1 presenta la frecuencia de detección de los serotipos de STEC y EAEC-Stx en las 119 cepas aisladas de casos de SUH, DAS y DA. Durante este período, se mantiene una tendencia de distribución similar a la de años anteriores, con predominancia de O157:H7 (68%) y O145:NM[H28] (15%). El serotipo O121:H19 se ubicó en tercer lugar (5%), seguido por O111:H8, O103:H2 y O26:H11, los cuales presentaron una frecuencia idéntica entre sí. Se debe destacar la detección del patotitpo híbrido EAEC-Stx O59:H19 en baja frecuencia y otros como el O142:H5, que apareció como nuevo serotipo en circulación. La SGC demuestra tener un gran poder resolutivo ya que se alcanzó a caracterizar el 99,9% de los serotipos, superando en un 30% los ensayos de seroaglutinación y serotipificación molecular por PCR.

El gráfico 2 muestra la distribución relativa de los diagnósticos clínicos según el serotipo de STEC y EAEC-Stx (n°=119). Se observa que, si bien el serotipo O157:H7 es el más frecuente en términos absolutos, otros serotipos como O145:H28, O121:H19, O111:H8 y O59:H19 muestran una elevada asociación con el desarrollo de SUH, representando más del 50% de sus respectivos aislamientos. En contraste, los serotipos O26:H11 y O103:H2 se asociaron predominantemente a cuadros de DA o DAS, sin que se registraran casos de SUH vinculados a estos serotipos durante el periodo analizado. Esta visualización permite identificar perfiles de riesgo específicos, donde ciertos serotipos no-O157 demuestran una capacidad de asociación a SUH comparable o superior a la cepa predominante lo que refuerza la importancia de su vigilancia activa.

Gráfico 1. Serotipos de STEC y EAEC-Stx asociados a casos de SUH, DS, y D. Año 2025 (n=119)

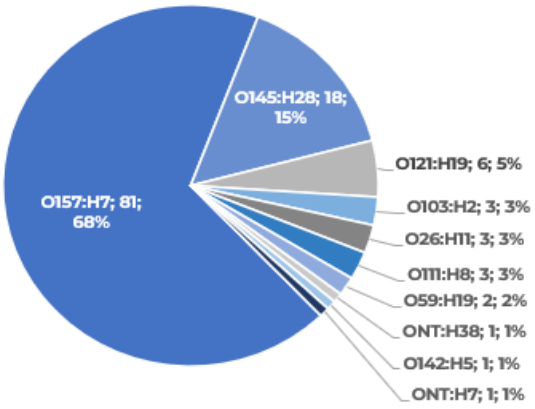
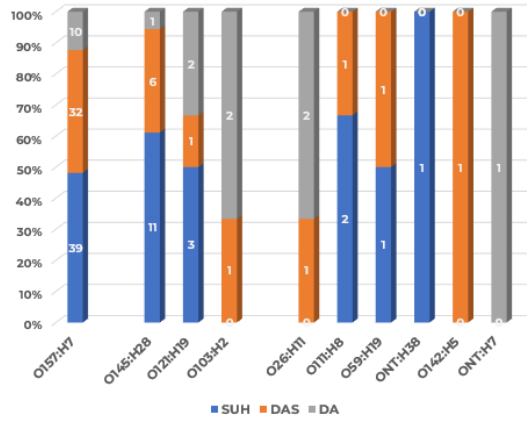


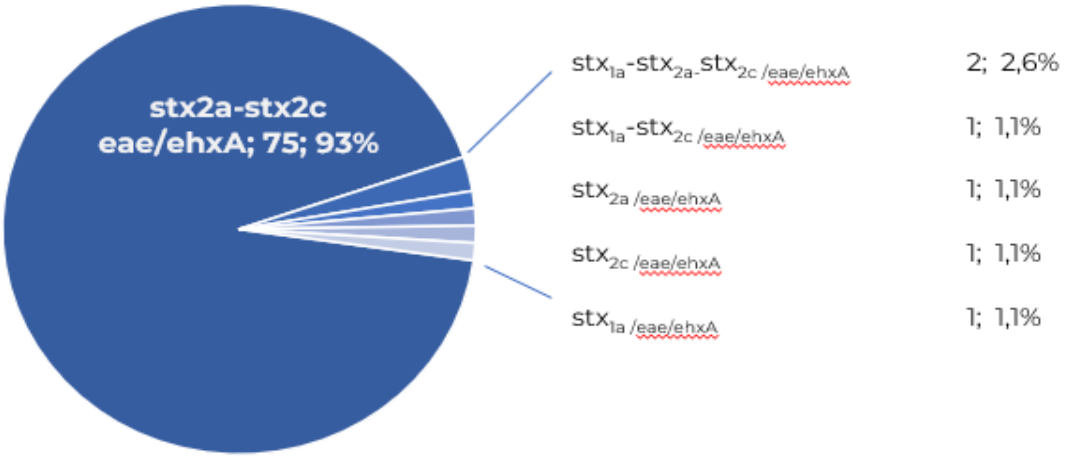
Gráfico 2. Distribución de serotipos de STEC y EAEC-Stx según diagnóstico. Año 2025 (n=119)



Fuente: Elaboración propia del Laboratorio Nacional de Referencia Servicio Fisiopatogenia del INEI-ANLIS "Dr. Carlos Malbrán"

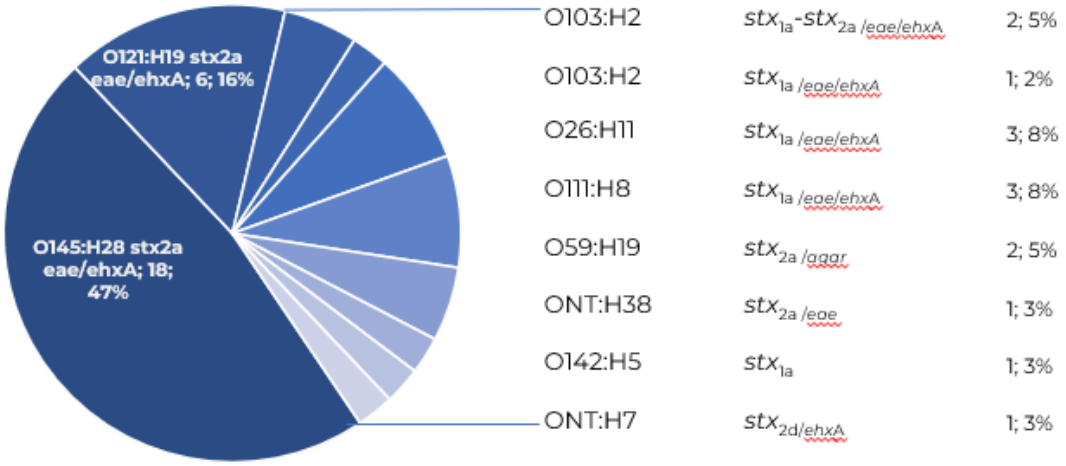
El análisis de los perfiles de virulencia reveló una marcada diferencia en la composición genética según el serotipo (Figuras 3 y 4). En el caso de STEC O157:H7 (n°=81), se observó una notable homogeneidad, con un 93% de los aislamientos portadores del perfil *stx*$_{2a}$-*stx*$_{2c}$/*eae*/*ehx*A, genotipo históricamente asociado a una alta virulencia en nuestro país. Por el contrario, los aislamientos de STEC no-O157 (n=38) exhibieron una mayor diversidad de perfiles, destacándose O145:H28 (*stx*$_{2a}$/*eae*/*ehx*A) como el más prevalente dentro de este grupo (47%), seguido por O121:H19 (*stx*$_{2a}$/*eae*/*ehx*A). Asimismo, el estudio permitió identificar combinaciones menos frecuentes, incluyendo cepas portadoras de otros subtipos de *stx* como *stx*$_{2d}$, lo que subraya la complejidad genotípica de las cepas no-O157 que circulan en el territorio nacional.

Gráfico 3. Perfiles de virulencia de STEC O157. Año 2025 (n=81)



Fuente: Elaboración propia del Laboratorio Nacional de Referencia Servicio Fisiopatogenia del INEI-ANLIS "Dr. Carlos Malbrán"

Gráfico 4. Perfiles de virulencia de STEC no-O157. Año 2025 (n=38)



Fuente: Elaboración propia del Laboratorio Nacional de Referencia Servicio Fisiopatogenia del INEI-ANLIS "Dr. Carlos Malbrán"

En el Mapa 1 se presenta la distribución de serotipos de cepas STEC (n=134) asociados a casos de SUH, DAS, DA, CA y de los aislamientos de origen alimentario obtenidos a partir de denuncias o relevamientos bromatológicos. La mayor detección de STEC se concentra en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), el resto de la provincia de Buenos Aires y la región Central. Le siguen en relevancia las regiones de Cuyo y Patagonia, mientras que el Noroeste (NOA) y Noreste (NEA) presentan las frecuencias más bajas. Aunque no se estableció un vínculo epidemiológico entre los casos clínicos y las muestras de alimentos, se identificaron en estas últimas los serotipos O157 (n=10) y O174:H28 (n=1). En los cinco CA se detectaron los siguientes serotipos: O103:H2 (n=1), O117:H7 (O123:H2, O145:H28 y O178:H19 cuya asociación con los casos se muestra en la Tabla 4).

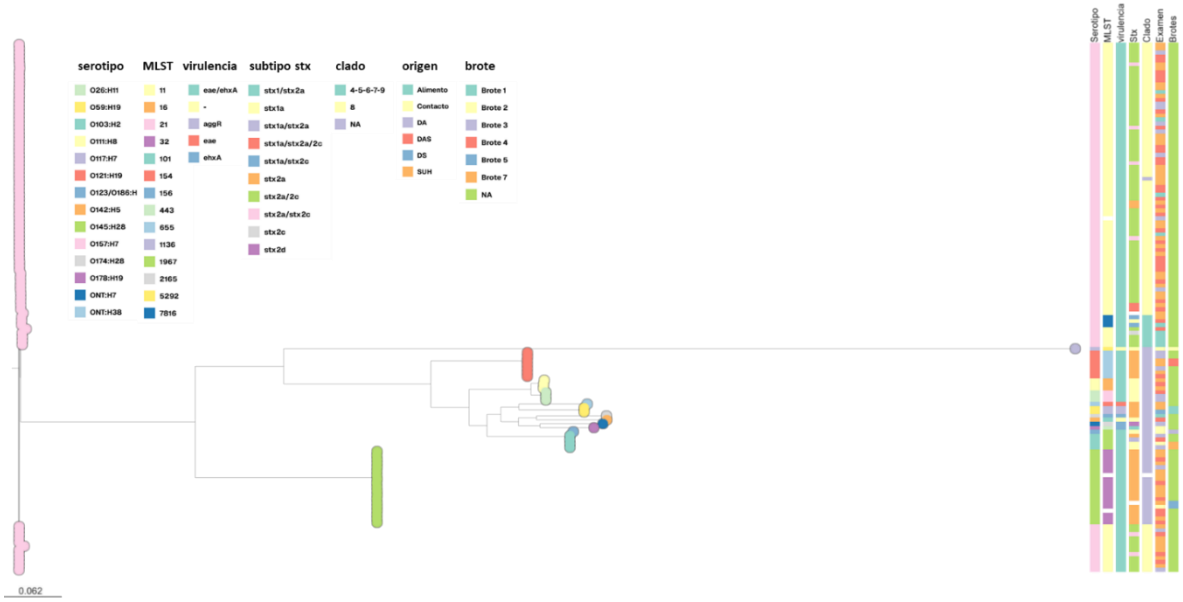
Mapa 1. Distribución geográfica de los serotipos de las cepas STEC aisladas de casos clínicos, contactos asintomáticos y alimentos estudiados por el LNR (n=134). Año 2025



Fuente: Elaboración propia del Laboratorio Nacional de Referencia Servicio Fisiopatogenia del INEI-ANLIS "Dr. Carlos Malbrán"

A partir del estudio de pangenoma se pudieron establecer las relaciones filogenéticas entre los distintos serotipos incluyendo a EAEC-stx O59:H19. Entre todas las secuencias se identificaron: 3157 genes centrales (99 % <= cepas <= 100 %), 238 genes centrales blandos (95 % <= cepas < 99 %), 2219 genes de la envoltura (15 % <= cepas < 95 %), 12261 genes de la nube (0 % <= cepas < 15 %), haciendo un total de 17875 genes (0 % <= cepas <= 100 %). Si bien en conjunto se muestran como un grupo heterogéneo al analizar cada uno de los serotipos no presentan más de 100 SNPs de diferencia en promedio, lo que indica una circulación bastante conservada de cepas. En el gráfico 5 se observa la relación clonal de los serotipos. Se pudo establecer una correspondencia entre el serotipo y la tipificación por MLST, como por ejemplo STEC O157:H7/ST11, O145:H28/ST32, O121:H19/ST655 y O26:H11/ST21 entre los más frecuentes, tal como se observa a nivel global. Además, cabe destacar que el 90,9 % (80/88) de las cepas STEC O157:H7 se clasifican dentro del clado 8, asociado a un mayor potencial de hipervirulencia, incluidas 4 de las muestras aisladas de alimentos cárnicos. De la comparación de estas secuencias surgió que una cepa de alimentos presentó 16, 19 y 25 SNPs de diferencia con cepas origen clínico (DAS, DA y SUH respectivamente), otra cepa de alimentos presentó 24 SNPs de diferencia con respecto a un aislamiento de DAS y por último 2 de las cepas de alimentos presentaron 33 y 31 SNPs de diferencia con un caso de DA. Si bien se pudo establecer una relación clonal altamente probable, no se pudo establecer ningún vínculo epidemiológico.

Gráfico 5. Análisis del pangenoma utilizando Roary de todas las cepas STEC estudiadas en el LNR durante el año 2025 (n=134) y Microreact para la visualización.



Fuente: Elaboración propia del Laboratorio Nacional de Referencia Servicio Fisiopatogenia del INEI-ANLIS "*Dr. Carlos Malbrán*"

Brotes familiares

En Argentina, las infecciones por STEC ocurren de forma esporádica y en brotes (familiares, institucionales o comunitarios). La utilización de metodologías de vigilancia molecular, incluyendo el análisis por SGC de las secuencias de los patógenos aislados y la detección de genes *stx*/*rfb*$_{O157}$ por PCR en muestras de cultivo de materia fecal, sumada a la identificación de anticuerpos anti-LPS, facilita la detección de estos eventos, siempre que se incorpore el estudio de los contactos estrechos en la investigación epidemiológica.

En 2025, a partir de las muestras derivadas al LNR, se detectaron siete brotes familiares en distintas regiones del territorio nacional (Mapa 1). Esta distribución guarda relación directa con aquellas jurisdicciones e instituciones que incorporaron el estudio de contactos estrechos. Todos los eventos se presentaron durante los meses cálidos con la particularidad de presentar un bajo número de individuos infectados. Seis de los siete casos con enfermedad (SUH, DAS y DA) fueron niños menores de 5 años, siendo el 83% de un año de edad. Los contactos asintomáticos (CA) fueron todos adultos con un promedio de edad de 28 años con un rango entre 19-41 años. El 71% de los niños con infección pertenecieron al sexo masculino, mientras que no hubo distinción de sexo entre los asintomáticos. En aquellos brotes donde se pudieron analizar al menos dos secuencias, a partir del estudio de las diferencias de SNPs (Siglas del inglés: polimorfismo de nucleótido único), se pudo determinar que las cepas pertenecían al mismo evento (*cluster* de fuente común) ya que presentaron 0-1 SNPs de diferencia.

En la Tabla 1 se describen a cada uno de los brotes y los criterios diagnósticos identificados por evento.

Mapa 1. Argentina. Distribución espacial de los brotes familiares estudiados en el LNR durante el año 2025 (n=7)



Fuente: Elaboración propia del Laboratorio Nacional de Referencia Servicio Fisiopatogenia del INEI-ANLIS "Dr. Carlos Malbrán"

Tabla 1. Brotes familiares por STEC detectado por el LNR. Argentina. Año 2025

Nombre del Brote	2025-1/ 2025-2 / 2025-3 / 2025-4 / 2025-5 / 2025-6 / 2025-7
Año /Periodo/mes (n°de brotes)	2024: Enero (3), Febrero (1), Septiembre (1), Octubre (2)
Lugar	Brote 1: Tierra del Fuego Brote 2: Córdoba Brote 3: Córdoba Brote 4: Buenos Aires Brote 5: Buenos Aires Brote 6: Entre Ríos Brote 7: La Pampa
Nro. de casos relacionados con el evento familiar	Brote 1: SUH y DAS Brote 2: 2 CA de un caso con infección por STEC Brote 3: 1 CA de un caso con infección por STEC Brote 4: 2 SUH Brote 5: SUH y 1 CA Brote 6: SUH y 1 CA Brote 7: DA y 1 CA
Edad de los casos de SUH, DAS y DA (<5 /≥5) años, (n=7)	6/ 1
Edad de los CA años (<20 /≥20 <30/≥30), (n=6)	1/ 2/3
Distribución por sexo: casos de SUH, DAS y DA (M/F) (n=7)	5/2
Distribución por sexo de los CA (M/F) (n=6)	3/3
Criterios diagnósticos identificados por evento	Brote 1: SUH (EAEC-O59:H19 *stx*$_{2a}$) / DAS (EAEC-O59:H19 *stx*$_{2}$) Brote 2: CA (STEC O117:H7 *stx*$_{1a}$/ CA (PCR señal *stx*$_{1}$ sin aislamiento) Brote 3: CA (STEC O123:H2 *stx*$_{1}$) Brote 4: 2 SUH (STEC O121:H19 *stx*$_{2a}$+ Ac anti-LPS O121) Brote 5: SUH y 1 CA (STEC O145:H28 *stx*$_{2a}$) Brote 6: SUH (PCR señal *stx*$_{1a}$-*stx*$_{2a}$-*rfb*$_{O157}$ sin aislamiento y Ac anti-LPS-O157) / CA (Ac anti-LPSO157) Brote 7: DA y CA (STEC O1O3:H2 *stx*$_{1a}$)
SGC Identificación de número de secuencias (En negrita) **Ver análisis epidemiológico molecular**	Brote 1: SUH (**EC1711** EAEC-O59:H19 *stx*$_{2a}$) / DAS (**EC1708** EAEC-O59:H19 *stx*$_{2}$) - 0 SNPs de diferencia Brote 2: CA (**EC1698** STEC O117:H7 *stx*$_{1}$) Brote 3: CA (**EC1718** STEC O123:H2 *stx*$_{1}$) Brote 4: SUH (**EC1763** STEC O121:H19 *stx*$_{2a}$) / SUH (**EC1766** STEC O121:H19 *stx*$_{2a}$) - 0 SNPs de diferencia Brote 5: SUH (**EC1890** STEC O145:H28 *stx*$_{2a}$) y 1 CA (**EC1888** STEC O145:H28 *stx*$_{2a}$) - 0 SNPs de diferencia Brote 6: Sin aislamiento Brote 7: DA (**EC1900** STEC O1O3:H2 *stx*$_{1a}$) y CA (**EC1904** STEC O1O3:H2 *stx*$_{1a}$) - 1 SNPs de diferencia.

Fuente: Elaboración propia del Laboratorio Nacional de Referencia Servicio Fisiopatogenia del INEI-ANLIS "Dr. Carlos Malbrán"

Fallecidos

Durante el periodo de estudio ocurrieron los fallecimientos de 4 casos de SUH (dos en el Chaco, uno en provincia de Buenos Aires y otro en Santa Cruz). Si bien de todos ellos se derivaron muestras al LNR (Suero y materia fecal/aislamiento), solo de dos de los casos se pudo llegar al aislamiento de STEC O157:H7. A partir del análisis de genoma completo de las cepas aisladas de dichos pacientes, no se observaron características distintivas respecto del resto. Las cepas del serotipo STEC O157:H7 que circulan en nuestro país se caracterizan por

presentar un perfil de gran virulencia, esto más las variables de susceptibilidad que pueden presentar los diferentes pacientes, podría favorecer un avance más tórpido de la infección hacia un desenlace fatal.

Algoritmo de diagnóstico: Identificación de otras categorías de DEC

El LNR realiza el diagnóstico diferencial y vigilancia de las infecciones por STEC en el marco del estudio de las DEC. En este sentido se aplica un algoritmo de diagnóstico que permite detectar los distintos patotipos de DEC como así también las co-infecciones y nuevos patotipos híbridos, otorgando mayor especificidad al diagnóstico.

Durante el periodo en estudio, de un total de 215 muestras correspondientes a casos de SUH, DAS y DA se determinó que la frecuencia de detección de DEC fue la siguiente: STEC, EPEC, EAEC, EIEC/Shigella, ETEC, E. coli O157 no toxigénico, EAEC-Stx (52%, 19%, 15%, 7.4%, 3.2%, 2.3% y 1.3%, respectivamente) como cepa única.

Además, se detectaron en casos de SUH, DAS y DA diferentes co-infecciones con STEC (n=17) y una con EAEC-Stx (Tabla 1). En general se observa mayor cantidad de co-infecciones asociadas a casos severos como SUH y DAS (15/18; 83%), fundamentalmente aquellas que son STEC-STEC (n=3). De todos modos, las asociaciones con la categoría de EAEC (n=10/18, 56%) fueron las más frecuentes.

Tabla 1. Casos con co-infecciones de STEC/DEC. Año 2025

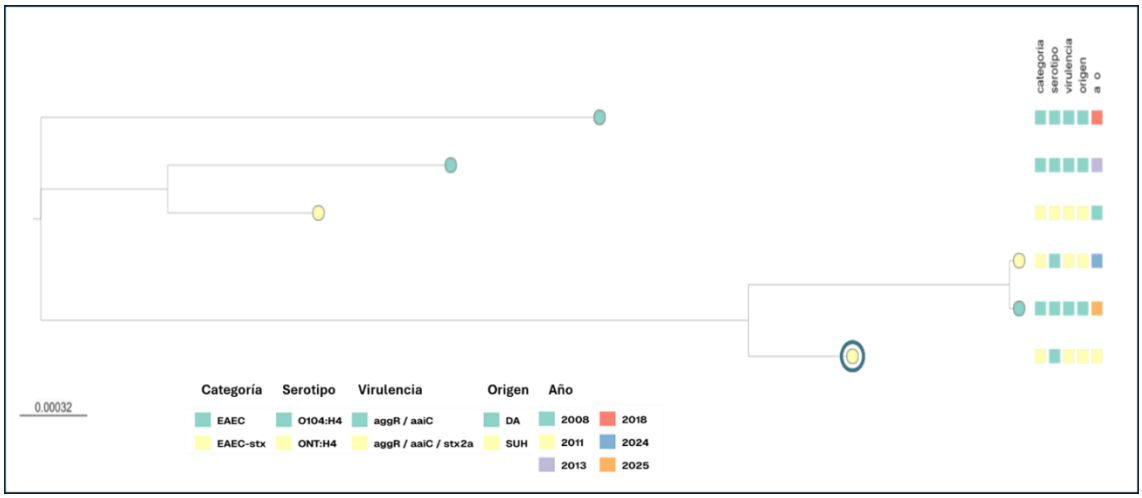
SUH	DAS	DA	CA
▪ STEC O157:H7 ▪ STEC O145:H28	▪ STEC O145:H28 ▪ STEC O103:H2	▪ STEC O26:H11 ▪ EPEC O157:H16	▪ STEC O103:H2 ▪ EAEC 055:H21
▪ STEC O157:H7 ▪ STEC O111:H8	▪ STEC O145:H28 ▪ EAEC O77:H18		▪ STEC O178:H19 ▪ ETEC O51:H41
▪ STEC O157:H7 ▪ EAEC O77:H18	▪ STEC O157:H7 ▪ EAEC O86:H2		
▪ STEC O157:H7 ▪ EAEC O153:H2	▪ STEC O157:H7 ▪ ETEC O25:H16		
▪ STEC O157:H7 ▪ EAEC O86:H2	▪ STEC O157:H7 ▪ EPEC O128:H2		
▪ STEC O157:H7 ▪ EAEC O86:H27	▪ EAEC-Stx O59:H19 ▪ EAEC O59:H19		
▪ STEC O157:H7 ▪ ETEC O42:H37			
▪ STEC O145:H28 ▪ EAEC O92:H33			
▪ STEC O111:H8 ▪ EAEC O77:H18			

Fuente: Elaboración propia del Laboratorio Nacional de Referencia Servicio Fisiopatogenia del INEI-ANLIS "Dr. Carlos Malbrán"

Dentro de las categorías de DEC, se han identificado nuevos patotipos híbridos, tales como el EAEC-Stx. Este nuevo patotipo posee toda la maquinaria de virulencia EAEC y además de la adquisición de un fago capaz de producir toxina Shiga. En el año 2011 se identificó un nuevo patotipo EAEC-stx O104:H4 como agente causal de un gran brote en Alemania, que se extendió a otros países de Europa y Estados Unidos, causando 810 casos de SUH y 39 casos fatales. Desde entonces en Argentina se realiza el monitoreo de estos patotipos para anticipar posibles eventos asociados. Anteriormente, se identificaron en Argentina cepas de EAEC-stx ONT:H4 (no-O104) en 2008 y de EAEC O104:H4 típico (stx-negativo) en 2013 y 2018. En el año 2024 se identificó por primera vez en nuestro país el serotipo EAEC-stx O104:H4

asociado a un caso de SUH y recientemente en 2025 se volvió a identificar EAEC O104:H4 (stx-negativo). Se realizó el análisis de SNPs entre estas cepas utilizando como referencia la secuencia TY_2482, correspondiente a un aislamiento del brote causado por EAEC-stx O104:H4 en Alemania. En la Figura 8 se observa el árbol filogenético que surge del análisis de SNPs, donde la referencia está señalada con un círculo y cada una de los patotipos identificados por color. Entre la cepa argentina EAEC-*stx* O104:H4 y la cepa de referencia aislada en Alemania se encontraron 79 SNPs de diferencia y se podrían considerar ocasionalmente relacionadas. En cuanto a las dos cepas EAEC O104:H4 aisladas en 2013 y 2018, se encontraron 205 SNPs de diferencia, mostrando gran variabilidad y distancia genética. Notablemente, las cepas EAEC-stx O104:H4 aislada en 2024 y EAEC O104:H4 aislada en 2025, mostraron sólo 4 SNPs de diferencia, lo que representa una estrecha relación clonal entre ambas y pone de manifiesto un sobre la plasticidad de estos patógenos a la hora de adquirir o perder elementos móviles como es el caso de los fagos con los genes asociados a la producción de toxina Shiga.

Gráfico 1. Análisis de la relación clonal entre las cepas EAEC y EAEC-stx de acuerdo al estudio de SNPs.



Fuente: Elaboración propia del Laboratorio Nacional de Referencia Servicio Fisiopatogenia del INEI-ANLIS "Dr. Carlos Malbrán"

Durante el 2025 también se identificó la ocurrencia de otro patotipo híbrido EAEC-stx O59:H19, asociado a un caso de SUH y a un contacto con DAS. De este último se pudo aislar además como co-infección una cepa EAEC O59:H19 (no híbrido).

VI.3.C. CONCLUSIONES

- La implementación del algoritmo de diagnóstico propuesto por LNR (serológico por Glyco-iELISA, PCR y análisis bioinformático de secuencias genómicas) permitió confirmar de manera eficaz la asociación con STEC en el 82,6% de los casos de SUH, en el 32,8% de DAS y en el 20,7% de las DA.
- Esta metodología fue clave para corregir diagnósticos iniciales, confirmando SUH típico en pacientes que se sospechaban como atípicos, en otros casos con clínica no concluyente y confirmando el origen etiológico en aquellos casos de diarrea que no habían podido ser diagnosticadas. De esta manera se pudo dar un seguimiento clínico adecuado al paciente durante el progreso de la infección.
- Al igual que las casuísticas anteriores el serotipo O157:H7 con el perfil stx_{2a}-stx_{2c}/*eae*/*ehx*A, sigue siendo el más prevalente (68%), seguido por O145:H28 stx_{2a}/*eae*/*ehx*A (15%).

- Aunque O157 es el más frecuente, serotipos como O145:H28, O121:H19, O111:H8 y el patotipo híbrido EAEC-Stx O59:H19 muestran una asociación muy elevada con el desarrollo de SUH (más del 50% de sus aislamientos derivaron en este cuadro) por lo cual se recomienda tener en cuenta su diagnóstico y vigilancia.
- Cabe destacar que STEC O157 y no-O157 es detectado tanto en casos de DA como en DAS y por lo tanto es importante mejorar su diagnóstico en las etapas tempranas a fin de controlar, por un lado, la evolución a formas severas de enfermedad y por el otro la aparición de brotes.
- En este sentido, la vigilancia debe considerar que el periodo de excreción del patógeno es altamente variable, extendiéndose desde una semana hasta superar los 28 días post-inicio de síntomas, lo cual también condiciona el tiempo de riesgo de transmisión.
- El estudio de contactos asintomáticos resultó fundamental para la identificación de eventos de transmisión entre contactos estrechos. En los brotes familiares de este periodo se detectaron infecciones en adultos (promedio 28 años) que actuaban como portadores, mientras que la enfermedad clínica afectó mayoritariamente a niños menores de 5 años (83% de un año de edad).
- La inclusión del tamizaje y detección de DEC en el algoritmo permitió darle mayor especificidad al diagnóstico, porque no solo se pudo asociar a los casos de diarrea la infección por otros patotipos de DEC, sino también detectar patotipos híbridos y co-infecciones.
- La SGC como herramienta para el diagnóstico referencial, aporta mayor sensibilidad en cuanto a la caracterización de las cepas, profundizar en el estudio de genes accesorios y elementos móviles y el estudio de brotes.
- Dada la elevada plasticidad genómica de estos patógenos, el estudio de la ganancia o pérdida de elementos genéticos móviles es determinante para anticipar cambios en su virulencia y persistencia ambiental. Por lo tanto, integrar el análisis genómico en la comprensión de su dinámica poblacional resulta imperativo para optimizar las estrategias de prevención.
- La articulación oportuna entre las áreas clínica y epidemiológica, junto con las capacidades diagnósticas de la red de laboratorios, resultó determinante para el control de las infecciones por STEC en los eventos analizados.
- Se insta a fortalecer el diagnóstico de estos patógenos en cada una de las regiones del país para lograr alcanzar una vigilancia integrada del SUH y de las infecciones por STEC en el marco de las DEC.

VII. Coqueluche – Actualización informe epidemiológico

VII.1. Introducción

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

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

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

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

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

VII.2. Situación internacional[18]

A nivel mundial, durante el 2024 se notificaron 977.000 coqueluche, mostrando un incremento de 5,8 veces en comparación con el número de casos notificados en 2023. La

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

mayor proporción de casos se registró en las regiones de la OMS del Pacifico Occidental y Europa.

En la Región de las Américas, se observó una disminución progresiva en el número de casos notificados anualmente entre el 2015 y 2019 y, nuevamente en 2021-2022, cuando se alcanzó su punto más bajo con 3.284 casos. Posteriormente, se registró un aumento importante de los casos entre el 2023 (n= 11.202 casos) y 2024 (n= 66.184 casos). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) identificó 10 países con aumento en el número de casos en el año 2025: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, EE.UU, México, Panamá, Paraguay y Perú.

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

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

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

VII.3. Situación Epidemiológica actual de Coqueluche en Argentina

VII.3.A. INTRODUCCIÓN

Durante el año 2025 se notificaron 6.835 casos sospechosos de coqueluche, de los cuales 1.214 fueron confirmados, constituyendo el año con el mayor número de casos y la mayor tasa de incidencia desde el año 2020. El aumento comenzó a partir de la SE 27 y se mantuvo un número elevado de casos en las semanas posteriores. Este incremento resulta relevante para dimensionar la situación epidemiológica actual, dado que en 2025 el aumento de casos se observó de manera heterogénea en distintas jurisdicciones. Además, se registraron 11 fallecimientos, todos en menores de 2 años.

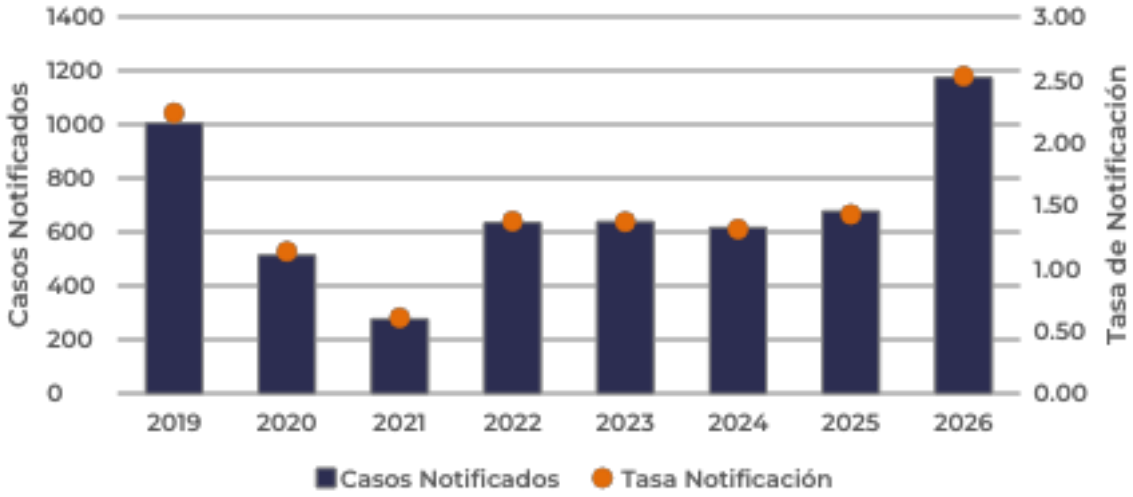
En las 16 primeras SE de 2026 se notificaron un total de 1.174 casos con sospecha de coqueluche, de los cuales 274 fueron confirmados. En 260 de éstos se contó con confirmación de laboratorio[19], identificándose *B. pertussis* en el 69,6% (n=181). 1 caso correspondió a *B. parapertussis* y 78 casos permanecen sin identificación de especie (*Bordetella* sp.).

Los 274 casos confirmados superan las cifras registradas para el mismo período desde 2019, en línea con el ascenso observado durante 2025. La incidencia acumulada en las SE 1-16 es de 0,59 casos por cada 100.000 habitantes, siendo también la más alta para la SE16 desde 2019. Hasta el momento, se registraron 3 fallecimientos.

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

La tasa de notificación hasta la SE16 para el período 2019-2026 fue variable, registrando un valor mínimo en 2021. La mayor tasa de notificación y el mayor número de notificaciones se observa en 2026, con 2,53 casos con sospecha cada 100.000 habitantes, seguido por 2019, con 2,23 casos notificados cada 100.000 habitantes.

Gráfico 1. Casos notificados y tasa de notificación cada 100.00 hab. de casos con sospecha de coqueluche según año. Argentina. SE 1 a 17. Años 2019-2026.



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

En las SE 1-16 de 2026, las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche se concentraron principalmente en establecimientos de CABA (n=349) provincia de Buenos Aires (n= 233), Córdoba (n= 176), Salta (n=114), Mendoza (n=91), Santa Fe (n=58), Tierra del Fuego (n=37), Chaco (n=21), Santiago del Estero (n=13) y San Luis (n=11). En las 12 provincias restantes que notificaron casos sospechosos, se notificaron menos de 10 casos.[20]

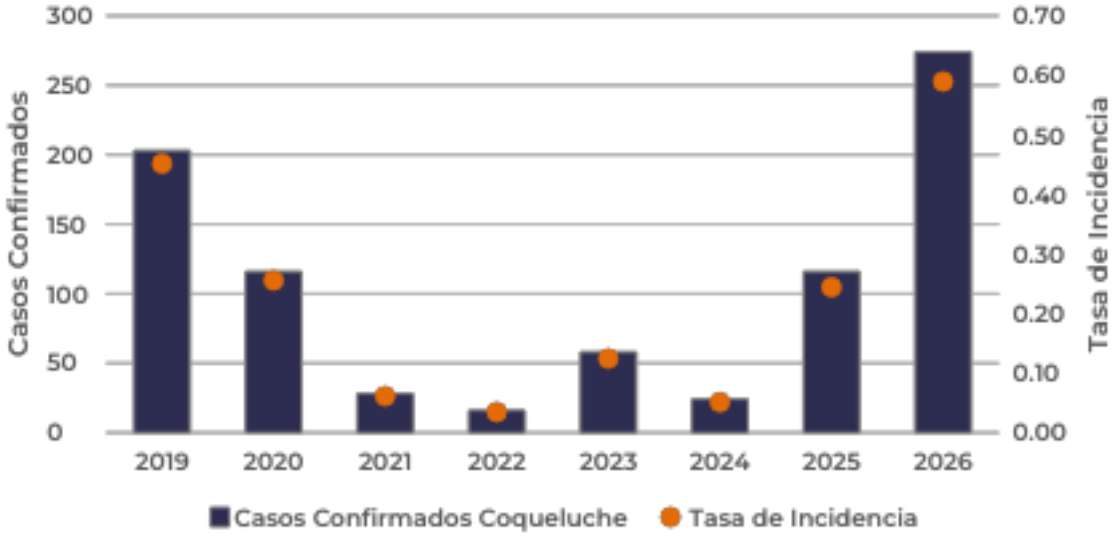
Del total de notificados, se confirmaron 274 casos, lo que representa una tasa de incidencia de 0,59 casos por cada 100.000 habitantes. Si se analiza el período 2019-2026 hasta la SE16, se observa una tendencia descendente de la incidencia entre 2019 y 2022. En 2023 se observó un aumento, para luego volver a descender en 2024. Posteriormente, la incidencia aumentó

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

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

de manera progresiva hasta el año en curso, en el cual se registra la tasa más elevada del período[21].

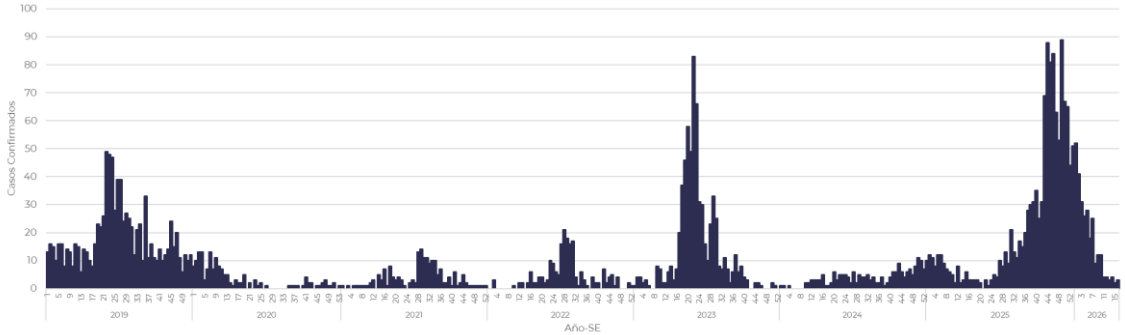
Gráfico 2. Casos confirmados y tasa de incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año. Argentina. SE 1-16. Años 2019-2026.



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

A continuación, se presenta la distribución de los casos confirmados de acuerdo con el año y semana epidemiológica de inicio de síntomas.

Gráfico 3. Curva epidémica de casos confirmados de coqueluche. Argentina. SE1/2019 a SE16/2026.



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

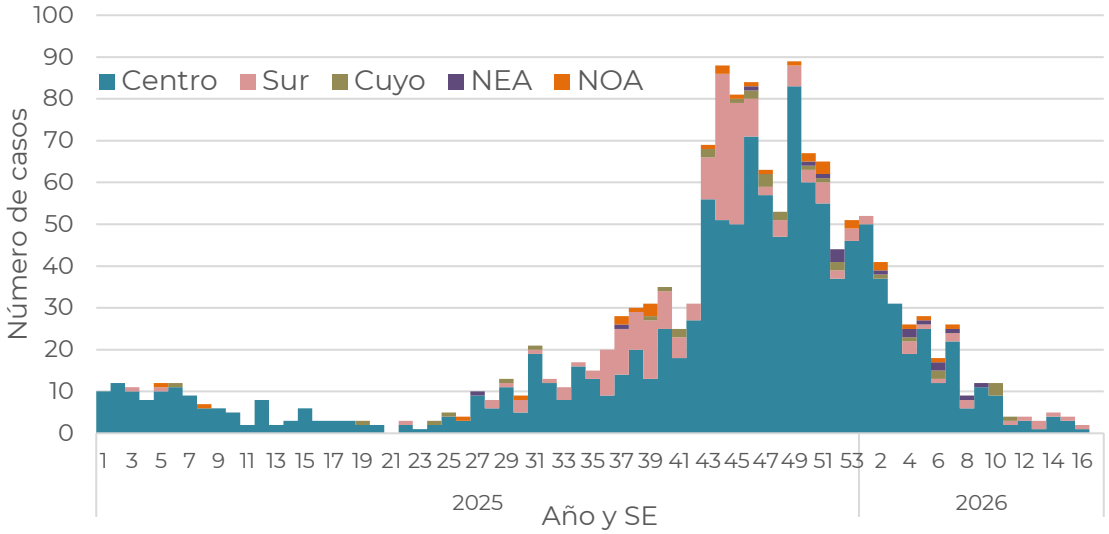
A partir de la SE 10/2024 se observan casos de coqueluche de manera sostenida, principalmente a expensas de la Región Centro. Desde la SE 43/2024 se identifica un leve incremento que alcanza un máximo en las SE 5 y 6/2025, seguido de un descenso hasta mitad del año.

Posteriormente, a partir de la SE 27/2025, se verifica un nuevo ascenso, inicialmente asociado al brote en Ushuaia (Tierra del Fuego) y al aumento de casos confirmados en la Región Centro. Este incremento en el número de casos acumulados de 2025, a la fecha, supera en números absolutos al total de casos para el mismo período de 2019 y 2023.

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

El mayor número de casos confirmados del año se observó en las SE 44 y 49 de 2025 (n=87 y 88, respectivamente). En las últimas semanas los casos presentan una tendencia a la disminución[22].

Gráfico 4. Casos confirmados de coqueluche según SE y región. Argentina. SE 1/2025-SE16/2026.

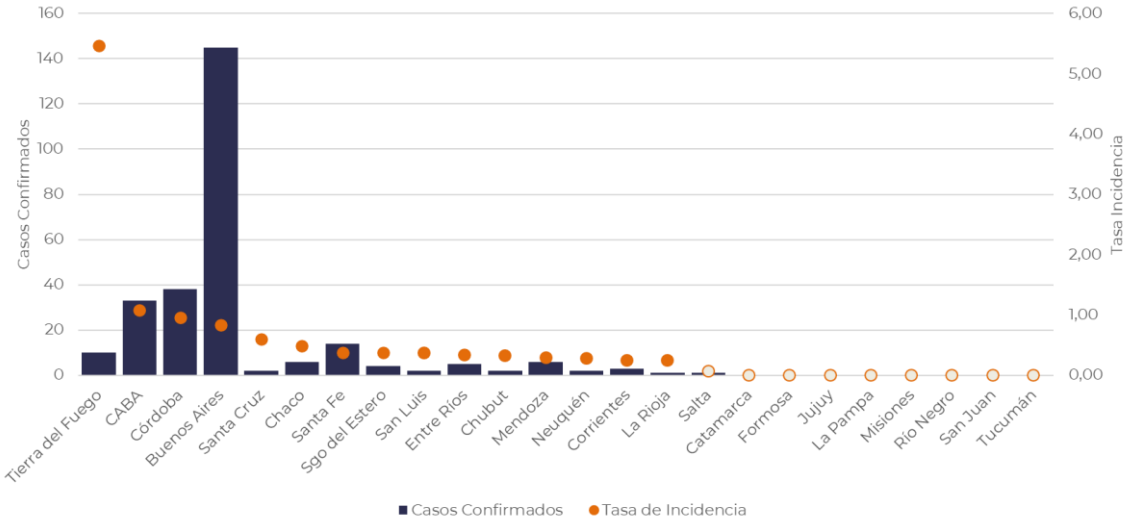


Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Durante 2025, los casos confirmados se distribuyeron en 22 jurisdicciones del país. La mayor concentración se observó en la Región Centro (n=971), con predominio de notificaciones en residentes de la provincia de Buenos Aires (n=664) y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (n=125). En la Región Sur se confirmaron 187 casos, principalmente vinculados al brote en Tierra del Fuego. En las primeras 16 semanas de 2026 los casos confirmados se registraron en 16 jurisdicciones, siendo Buenos Aires (n=145), Córdoba (n=38), CABA (n=33), Santa Fe (n=14) y Tierra del Fuego (n=10), las jurisdicciones con mayor número de casos confirmados. El resto cuenta con menos de 10 casos confirmados.

En el siguiente gráfico se observan los casos absolutos y la incidencia acumulada (IA) cada 100.000 habitantes según jurisdicción (ordenadas de mayor a menor IA), para el año 2026.

Gráfico 5. Casos confirmados e incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año por provincia. Argentina. SE 1-16 de 2026.



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

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

La mayor incidencia acumulada se registró en Tierra del Fuego con 5,47 casos cada 100.000 habitantes, valor 5 veces superior al de CABA, que ocupa el segundo lugar con una IA de 1,08 casos por 100.000 habitantes. En tercer lugar, se ubica la provincia de Córdoba (0,96 casos cada 100.000 habitantes) y la provincia de Buenos Aires, que, si bien concentra el mayor número absoluto de casos, presenta una tasa de 0,83 casos por 100.000 habitantes.

A continuación, se presenta la tabla con el número de casos confirmados por año y jurisdicción hasta la SE, con el objetivo de describir la situación del presente en relación a los años anteriores.

Tabla 1. Casos confirmados coqueluche según jurisdicción y año hasta SE 16. 2019-2026.

Jurisdicciones	Casos Confirmados							
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Buenos Aires	74	35	5	11	4	1	61	145
CABA	4	9	0	0	1	1	38	33
Catamarca	2	0	0	1	1	0	0	0
Chaco	1	1	0	0	0	0	0	6
Chubut	3	5	2	1	0	0	0	2
Córdoba	27	28	6	1	0	1	4	38
Corrientes	0	0	0	0	0	0	0	3
Entre Ríos	32	1	0	0	0	1	1	5
Formosa	0	1	0	0	0	0	0	0
Jujuy	1	0	2	0	0	0	0	0
La Pampa	5	0	0	0	0	0	0	0
La Rioja	0	0	0	0	0	1	1	1
Mendoza	28	5	6	1	1	0	1	6
Misiones	3	0	0	0	0	0	0	0
Neuquén	1	1	0	0	0	0	1	2
Río Negro	3	1	0	0	0	0	1	0
Salta	12	15	7	1	39	19	0	1
San Juan	0	1	0	0	0	0	0	0
San Luis	2	4	0	0	0	0	0	2
Santa Cruz	0	1	0	0	0	0	0	2
Santa Fe	1	3	0	0	11	0	7	14
Sgo del Estero	1	0	0	0	0	0	0	4
Tierra del Fuego	0	2	0	0	0	0	0	10
Tucumán	3	3	0	0	1	0	1	0
Total Nacional	**203**	**116**	**28**	**16**	**58**	**24**	**116**	**274**

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

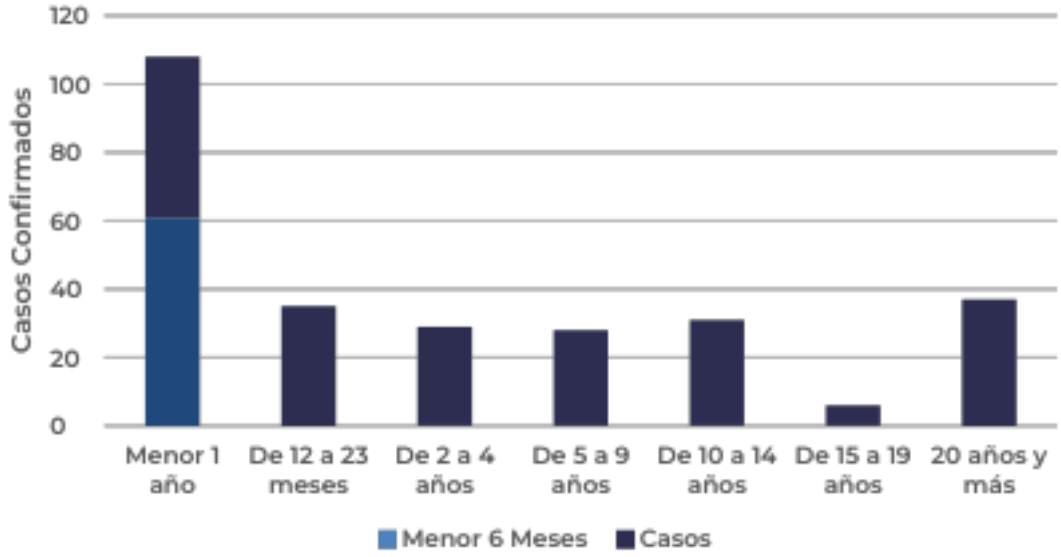
Si bien 16 jurisdicciones presentaron casos de coqueluche en 2026, el incremento observado respecto de los años anteriores hasta la SE16 se concentró en Buenos Aires, Córdoba, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Santa Fe y Tierra del Fuego. Asimismo, se destaca lo ya señalado para 2023, cuando se registró el mayor número de casos confirmados post pandemia, a expensas fundamentalmente de las notificaciones de la provincia de Salta que

aportó más del 85% de casos confirmados de *B. pertussis*. Otras provincias como Mendoza, Córdoba o Santa Fe registraron para este año un aumento de casos de coqueluche, pero con un patrón diferente, e identificación predominante de casos de *B. parapertussis* (los casos de Provincia de Buenos Aires si correspondieron predominantemente a *B.pertussis* y para *La Rioja* no se cuenta con identificación de especie).

VII.3.C. ANÁLISIS SEGÚN EDAD Y GRAVEDAD

En el siguiente gráfico se presentan los casos confirmados en las 13 primeras semanas de 2026 a nivel nacional, según grupo de edad.

Gráfico 6. Casos confirmados de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por grupos de edad. SE1-16/2026.



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

El mayor número de casos se observó en el grupo de 0 a 5 años, con predominio en los menores de 1 año, que concentraron el 39,4% de los casos confirmados en el período analizado (n=108), especialmente en el subgrupo de menores de 6 meses (n=61).

Con relación a los fallecimientos, en 2025 se notificaron 11 fallecimientos en casos confirmados con detección de *Bordetella pertussis*: 8 en menores de 6 meses, 1 en el grupo de 6 a 11 meses y 2 en el grupo de 12 a 23 meses. Para el año 2025 la tasa de letalidad fue de 0,9%. Ninguno de los 5 casos en edad de vacunación registra dosis en NOMIVAC, mientras que los otros 4 casos corresponden a menores de 2 meses, en los que se registró antecedente de vacunación materna únicamente en uno de ellos. En las 13 SE de 2026 se registraron 3 fallecimientos en tres personas menores de dos meses, registrándose antecedente de vacunación materna en uno de ellos.

VII.4. Coberturas de Vacunación

VII.4.A. COBERTURAS PARA TOTAL PAÍS

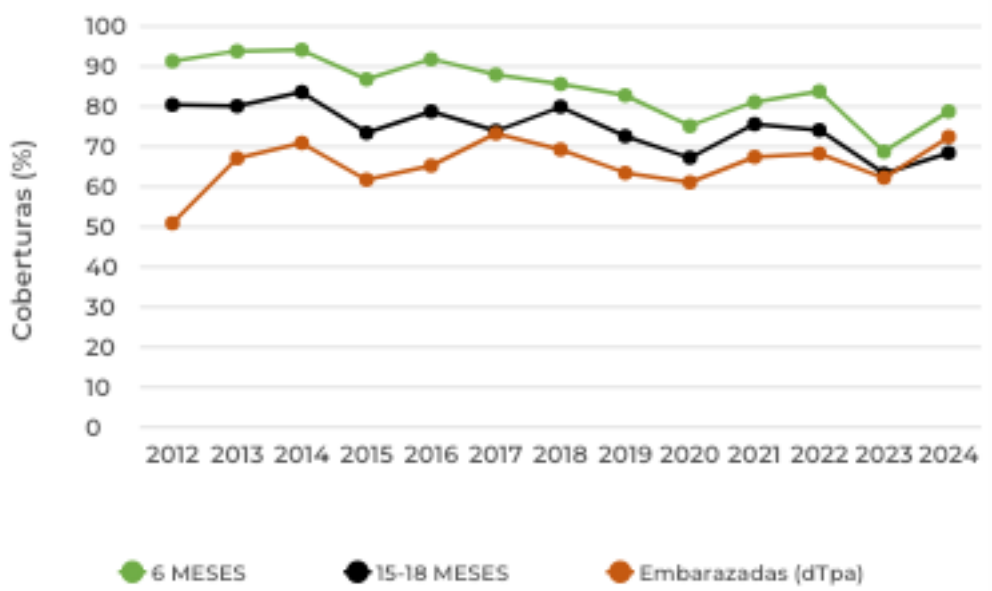
Existen vacunas seguras y efectivas para prevenir la infección por *Bordetella pertussis*. Sin embargo, se registra a nivel mundial, regional y nacional un descenso progresivo de las coberturas que redunda en una acumulación de personas susceptibles a contraer la enfermedad. Por este motivo, es necesario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

asumen actualmente las coberturas de vacunación para definir las mejores acciones específicas de recupero de esquemas.

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

I. Lactantes de 6 meses (vacunados con tercera dosis de quíntuple o pentavalente)
II. Niños de 15-18 meses (vacunados con primer refuerzo de quíntuple o pentavalente)
III. Embarazadas (vacunadas con dTpa — triple bacteriana acelular para embarazadas)

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



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

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

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

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

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

Las coberturas parciales de 2026 al 30/04/2026, son:

1° dosis de Quíntuple (DTP/HB + Hib) (2 meses): 23,5%
2° dosis de Quíntuple (4 meses): 24,7%
3° dosis Quíntuple (DTP/HB + Hib) (6 meses): 24,7%
Ref Quíntuple (DTP/HB + Hib) (15 -18 meses): 19,6%
Ref DTP (5 años): 19% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2019 al 13/11/25: 76,8%)
Ref dTpa (11 años): 18,1% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2013 al 13/11/25: 77,6%)
Embarazadas dTpa: 25,5%

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

VII.4.B. COBERTURAS SEGÚN JURISDICCIÓN

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

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

Jurisdicción	Quíntuple/Séxtuple (dos meses)	Quíntuple/Séxtuple (cuatro meses)	Quintuple/sextuple (seis meses)	Refuerzo (15-18 meses)	Refuerzo (5 años)	Refuerzo (11 años)	Embarazada
Buenos Aires	23,30	24,4	24	19,1	6,4	9,7	25,1
CABA	22,2	23	22,5	10,4	8,2	9,2	16,1
Catamarca	28,6	27,1	25,3	20	23,8	26,5	28,2
Chaco	28,4	28,2	28,5	22	31,4	24	30,6
Chubut	30	32,1	30,5	23,5	20,3	20,8	29,4
Coba	27,80	28,2	28,6	24,1	31,4	28,2	28,8
Corrientes	28,2	28,5	28,1	18,3	14,3	13,2	38,6
Entre Ríos	29,1	29,7	29,5	23,9	18,8	15,8	31,3
Formosa	20,6	25	25,9	16,1	19,4	20,8	29,5
Jujuy	33,4	33,1	33,7	28	51,6	52,7	33,4
La Pampa	28,8	30,4	30,8	30,5	34,8	32,5	32,1
La Rioja	30	29,9	28,4	20,6	25,8	27,5	29,5
Mendoza	28,2	29,1	28,8	28,5	29,1	8,1	28,5
Misiones	28,20	29,9	29,7	18,3	39	34,9	30
Neuquén	32	30,9	30,3	27,2	22,8	18,3	30,5
Río Negro	33,5	32,5	30,9	27,4	23,4	23,7	32,8
Salta	30,2	27,6	27,6	24,3	63,5	74,6	31,2
San Juan	32,8	30,7	30,5	25,4	30,9	26,3	30,7
San Luis	33	32	32,5	27,8	34,1	31,1	30,2
Santa Cruz	32,3	32,9	32,5	23,9	33,9	30	33,8
Santa Fe	22,5	25,4	26,1	23,1	20,6	20,3	26,7
S. del Estero	27,7	28,1	27,3	18,3	13,9	19,1	28
T. del Fuego	28,9	30,1	34,7	30,1	39,7	32	29
Tucumán	9,4	17,1	23,8	22	42,2	36,8	26,8

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

El análisis preliminar de las coberturas de vacunación contra coqueluche en 2026, correspondiente al cierre de abril, refleja avances parciales esperables para esta etapa del año, aunque con diferencias entre jurisdicciones. Provincias como Jujuy, San Luis, Río Negro, Neuquén y La Pampa muestran un mejor desempeño relativo en el inicio del esquema y algunos refuerzos.

En contraste, Buenos Aires, CABA, Formosa y Tucumán presentan menores niveles de avance, especialmente en los refuerzos, lo que requiere seguimiento y fortalecimiento de estrategias para evitar mayores brechas durante el año.

En embarazadas, la variabilidad también es amplia, con coberturas óptimas en algunas provincias y subóptimas en otras.

En conjunto, los datos reflejan la necesidad de fortalecer la continuidad del calendario, mejorar la captación activa y reducir desigualdades entre jurisdicciones.

A través de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles se entregaron en relación a la estrategia de inmunización, hasta el 4 de mayo, el Ministerio de Salud de la Nación ya había distribuido 528.960 dosis de la vacuna DPTa, destinadas a una población

objetivo de 752.429 niños y niñas de 11 años, 435.651 embarazadas y 20.124 huéspedes especiales. Esto representa el 41,5% del total planificado para todo 2026.

Frente al aumento de casos de coqueluche registrado a nivel global y regional, se insta a los equipos de salud de todo el país a fortalecer el monitoreo, el diagnóstico precoz, la notificación y las medidas de prevención y control de la enfermedad, con especial énfasis en la vacunación.

Para mayor información, consultar la Guía de vigilancia, prevención y control de Coqueluche del Ministerio de Salud de la Nación: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/20251215-

VIII. Hantavirosis – Actualización informe epidemiológico

VIII.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[23] 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

[23] 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.

VIII.2. Situación epidemiológica actual

VIII.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[24], 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.

VIII.2.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

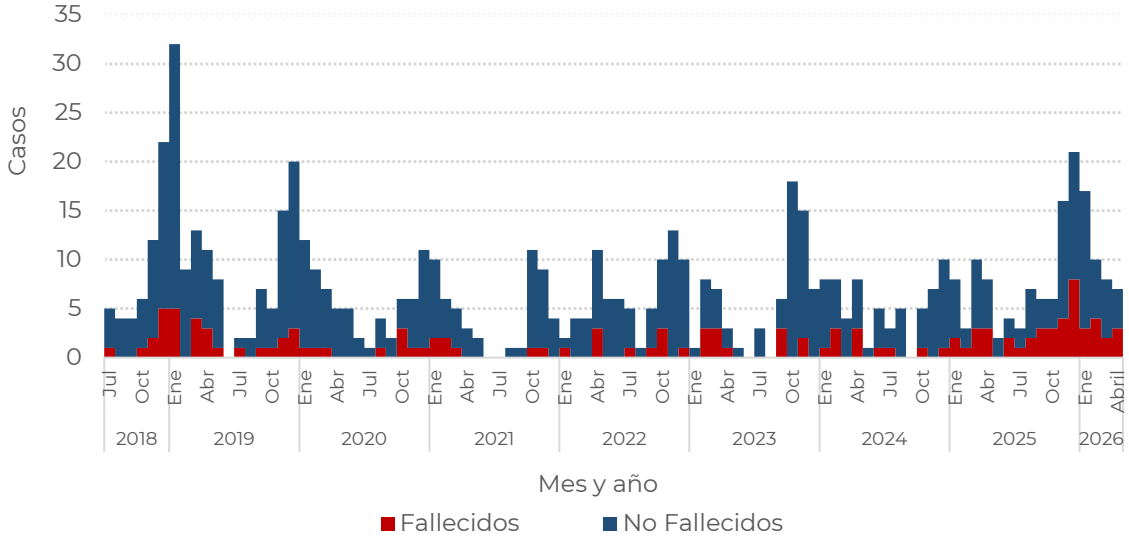
La situación epidemiológica actual se caracterizó a partir de la comparación de temporadas, es decir los períodos comprendidos entre los meses julio de un año y junio del siguiente (Por ej. SE 27/2018- SE 26/2019) para, de esta manera, poder contrastar el aumento de casos en períodos estivales entre 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 17/2026. 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).

[24] 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 17/2026, Argentina. (N=645)

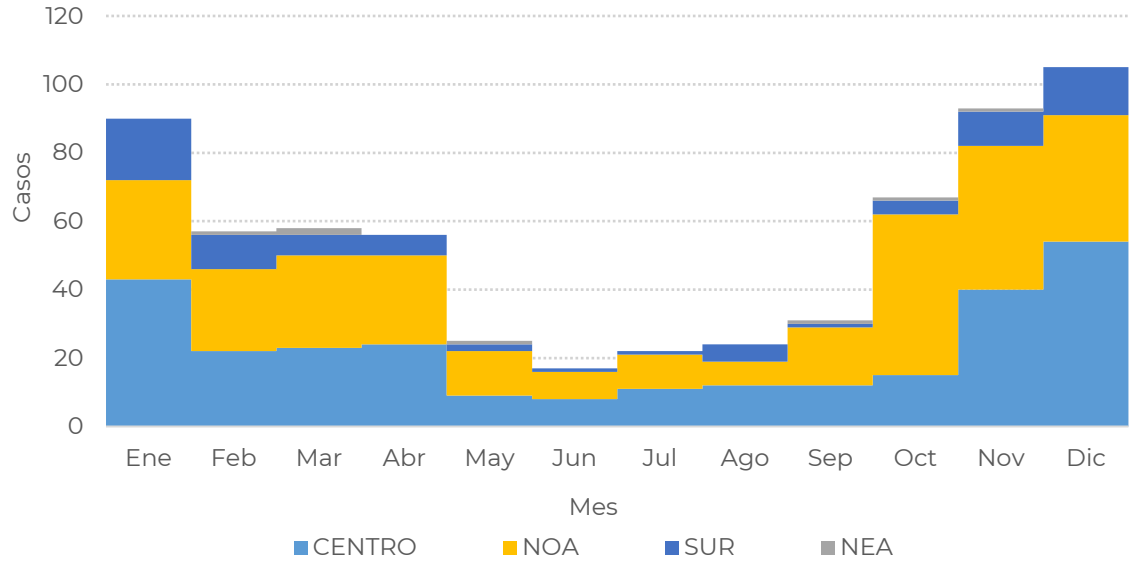


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

En el presente análisis, desde la SE 16 —publicada en el BEN N.º 806— se identificaron un caso correspondiente a la Provincia de Buenos Aires. De esta forma, la totalidad de casos confirmados ascendió a 42 durante el 2026.

En el período analizado se acumularon 645 casos confirmados. Entre los meses de octubre y enero es donde se acumula el 53% 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 35% del total (Ver Gráfico 1 y 2).

Gráfico 2. Hantavirosis: Casos acumulados según mes y región. SE 27/2018 a SE 17/2026, Argentina. (N=645)

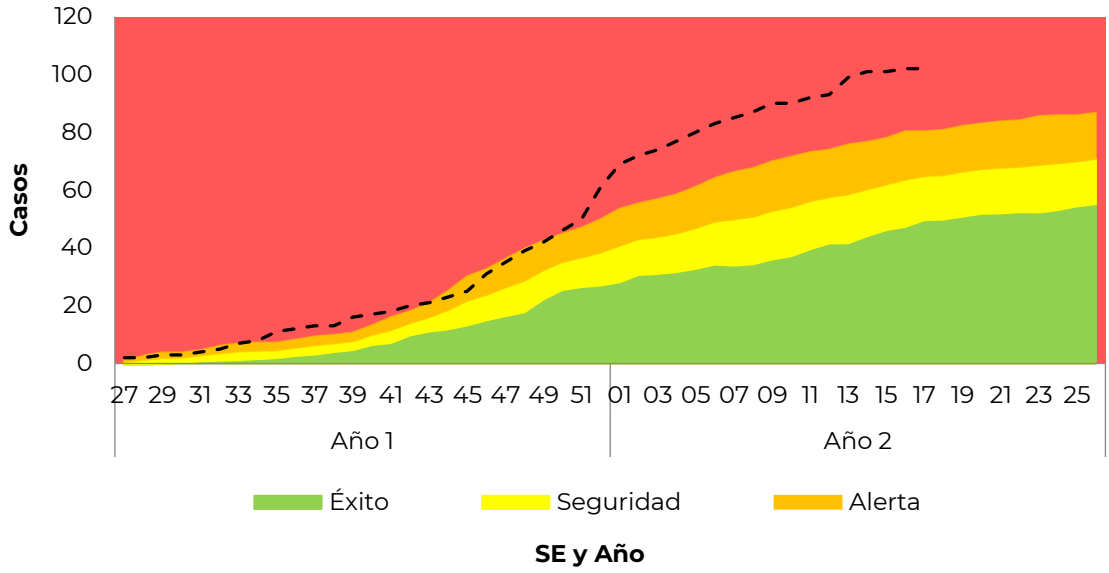


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

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 17/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025)*. Argentina. (N=102)

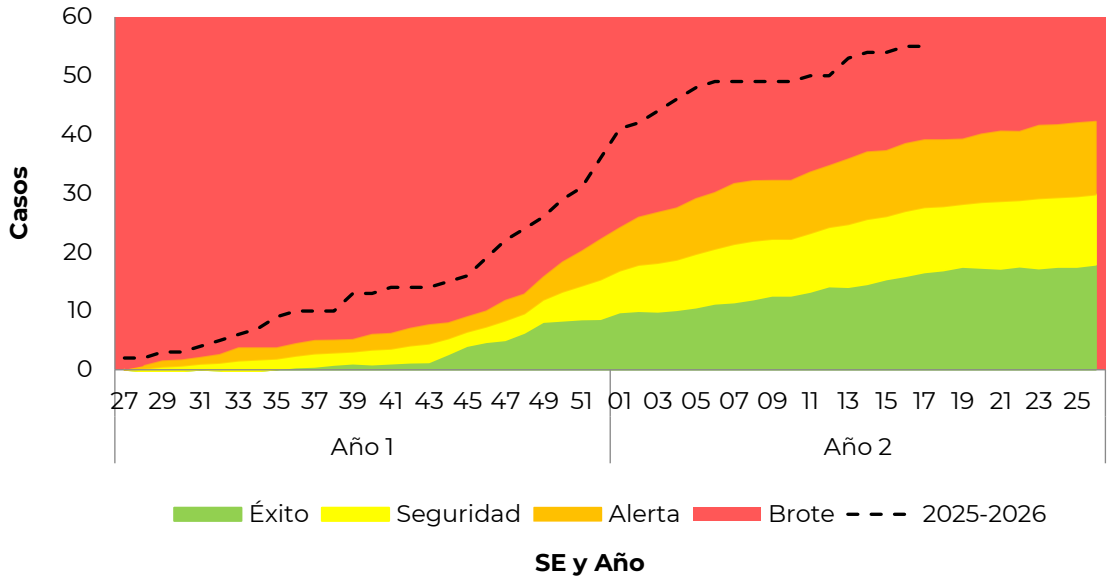


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.
**Tanto para el total país como para los corredores regionales, se excluyeron del período comparativo los casos de la temporada 2018-2019 por ser una temporada de brote.*

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 17/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región Centro. (N=55)

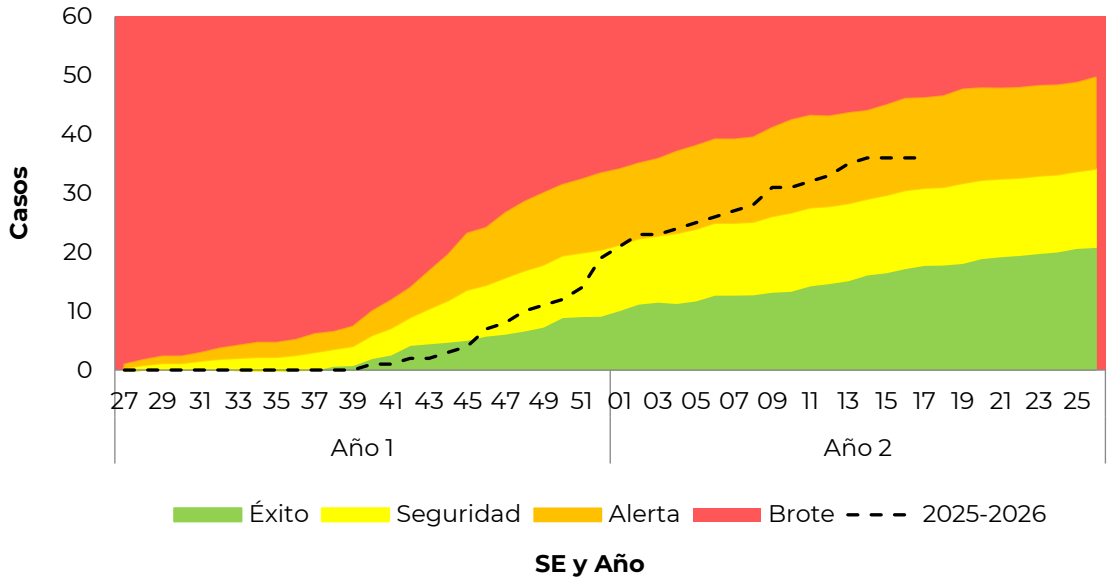


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilania de la Salud SNVS 2.

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 13-17. 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 17/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región NOA. (N=36)

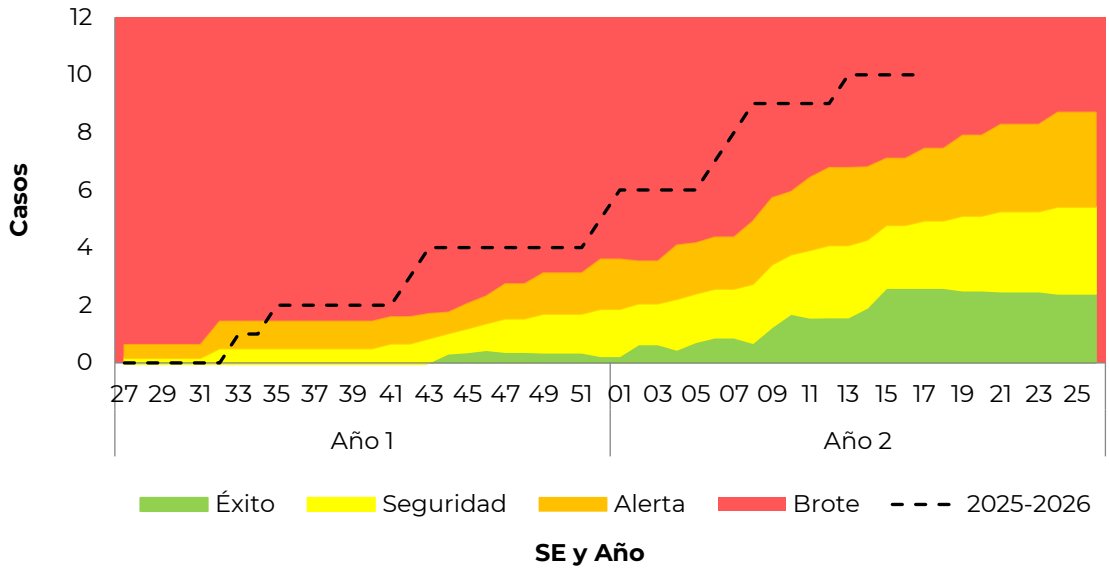


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

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 17/2026 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 35 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 17 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 17). (N=486)

Temporada	2019-2020 (hasta SE17)		2020-2021 (hasta SE17)		2021-2022 (hasta SE17)		2022-2023 (hasta SE17)		2023-2024 (hasta SE17)		2024-2025 (hasta SE17)		2025-2026 (hasta SE17)	
Jurisdicción	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Buenos Aires	27	0,15	16	0,09	14	0,08	14	0,08	8	0,04	20	0,11	43	0,23
Entre Rios	2	0,14	4	0,29	3	0,21	3	0,21	2	0,14	6	0,42	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	21	0,07	23	0,08	16	0,05	36	0,12	55	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	12	1,57	8	1,03	9	1,15	9	1,14	12	1,50	4	0,50	6	0,74
Salta	25	1,77	13	0,91	13	0,90	23	1,57	38	2,56	12	0,80	30	1,98
Tucuman	0	0,00	0	0,00	2	0,12	2	0,11	3	0,17	1	0,06	0	0,00
NOA	37	0,66	21	0,37	24	0,42	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
Neuquen	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	3	0,38	3	0,38	5	0,63
Sur	2	0,07	7	0,24	3	0,10	6	0,20	7	0,23	4	0,13	10	0,32
Total País	84	**0,19**	54	**0,12**	48	**0,10**	63	**0,14**	76	**0,16**	59	**0,12**	102	**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 17 se notificaron un total de 102 casos de hantavirosis localizados en su mayoría en las provincias de Buenos Aires (43 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.

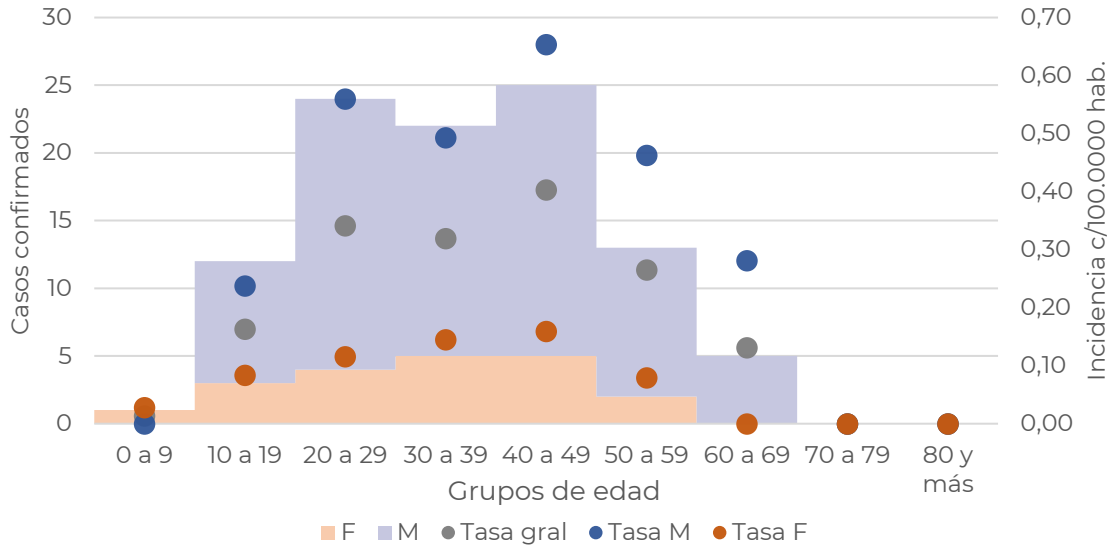
A nivel regional, en la actual temporada, la tasa de incidencia más elevada corresponde a la región del NOA (0,60 casos por 100.000 habitantes), donde se registraron 36 casos confirmados. El 83% de los casos de la región se concentraron en Salta. Esta presenta la incidencia más elevada del país, con 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[25], 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 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 SE17/2026. (N=102)



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 70% (71) 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.

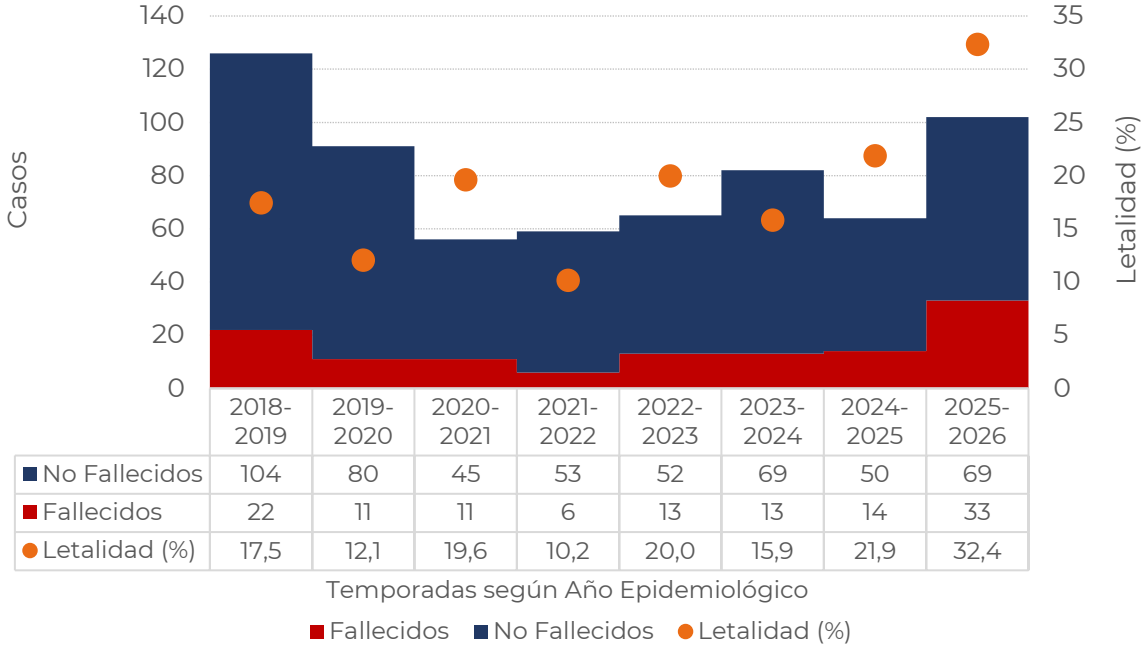
En cuanto a la distribución de los casos por sexo, el 80% (82) de los casos confirmados para la temporada actual se corresponde con el sexo masculino. Para todos los grupos etarios, se observa una predominancia de los casos masculinos por sobre los femeninos, a excepción del grupo etario de 0 a 9 años 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.

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

Gráfico 8. Hantavirosis: Casos y letalidad por temporada. SE 27/2018 a SE 17/2026. Argentina. (N=645)

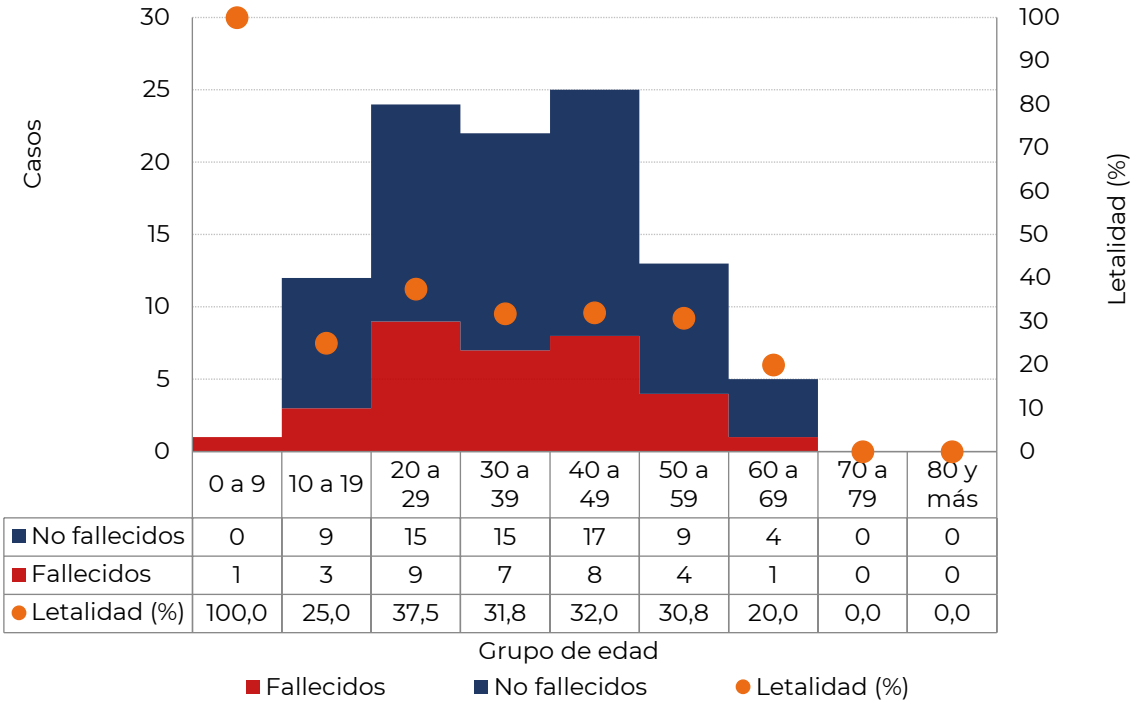


	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025	2025-2026
No Fallecidos	104	80	45	53	52	69	50	69
Fallecidos	22	11	11	6	13	13	14	33
Letalidad (%)	17,5	12,1	19,6	10,2	20,0	15,9	21,9	32,4

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 SE17/2026 se notificaron 33 casos fallecidos, con una letalidad del 32,4%, 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 17/2026. Argentina. (N=102)



	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	8	4	1	0	0
Letalidad (%)	100,0	25,0	37,5	31,8	32,0	30,8	20,0	0,0	0,0

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

La mediana de edad de los casos fallecidos para la temporada actual es de 34,5 años. Excluyendo a los menores de 10 años, cuyo único caso notificado falleció, los grupos con mayor letalidad corresponden a los de 20 a 29 (37%), 30 a 39 (31,8%) y 40 a 49 (32%). 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 17). (N=98)

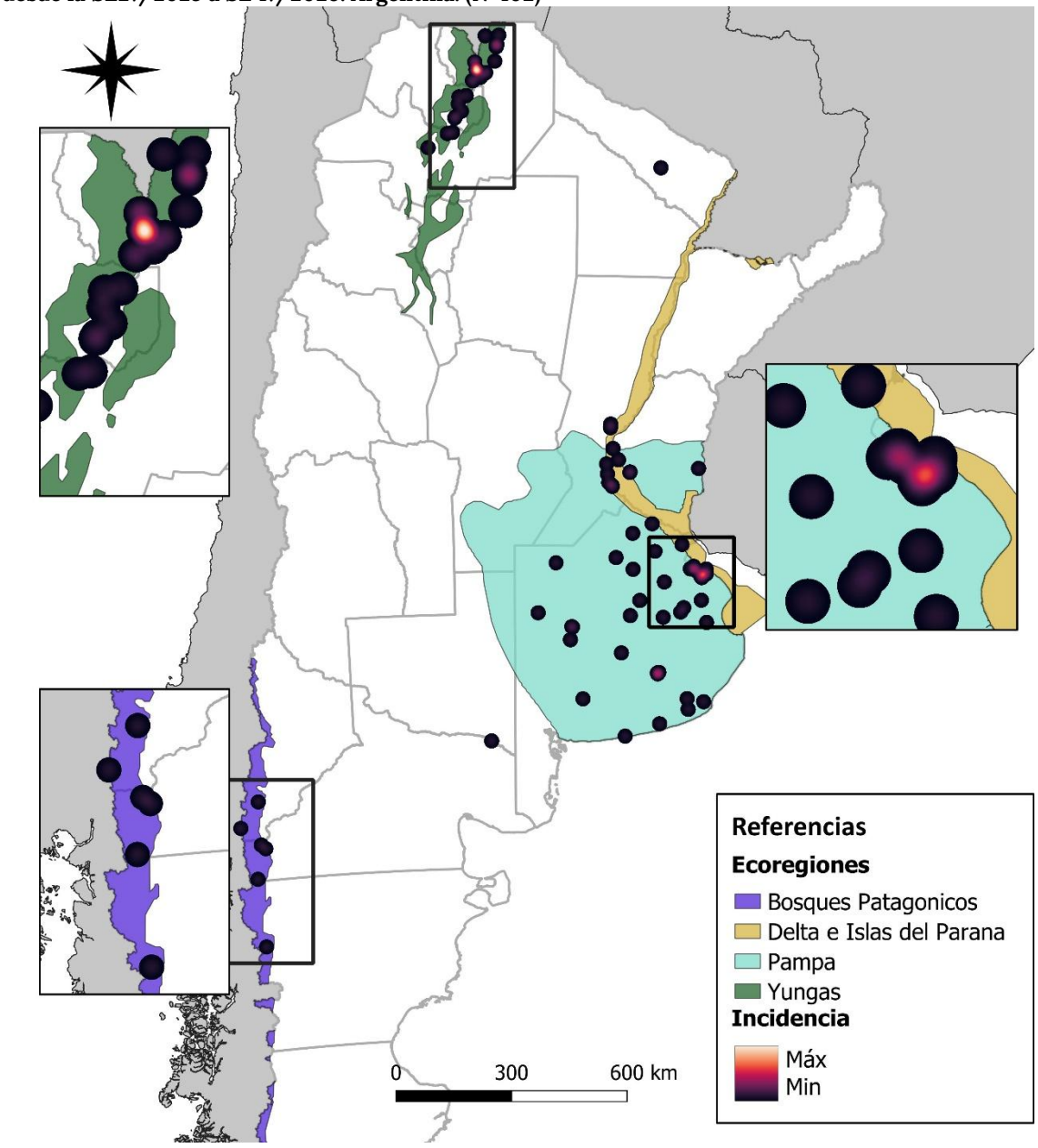
Año epidemiológico	2019 -2020 (SE27 a SE 17)		2020 -2021 (SE27 a SE17)		2021 - 2022 (SE27 a SE17)		2022 - 2023 (SE27 a SE17)		2023 - 2024 (SE27 a SE17)		2024 - 2025 (SE27 a SE17)		2025 - 2026 (SE27 a SE17)	
Jurisdicción	N	Tasa	N	Tasa		Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Buenos Aires	2	0,11	2	0,11	1	0,06	4	0,22	2	0,11	3	0,16	17	0,92
Entre Ríos	1	0,33	1	0,32	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	1,39	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**	**6**	**0,20**	**19**	**0,62**
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**	**12**	**0,25**	**33**	**0,69**

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 (0,69 casos fallecidos por 1.000.000 hab.) es casi 3 veces mayor respecto a la temporada anterior hasta las SE17 (0,25 casos fallecidos por 1.000.000 hab.) y la más alta de todo el periodo analizado con un total de 33 fallecidos. Para el mismo período, la región del NOA presenta la mayor tasa de mortalidad (1,66 casos fallecidos por 1.000.000 hab.). La totalidad de los fallecimientos registrados en la región (10 casos) corresponden a la provincia de Salta que, 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 17 (0,92 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 17/2026. Argentina. (N=102)



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.

VIII.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 ocho casos (seis confirmados y dos probables). Tres de los casos fallecieron.

Resumen de los casos confirmados y probables

Caso 1: Un hombre adulto que embarcó el 1 de abril, tras más de tres meses de viaje por Argentina, Chile y Uruguay. Presentó síntomas el 6 de abril y falleció a bordo el 11 de abril. No se realizaron pruebas microbiológicas. Se considera un caso probable.

Caso 2: Una mujer adulta, contacto estrecho del caso 1, que viajó y embarcó con él, desembarcó en Santa Elena el 24 de abril con síntomas gastrointestinales. Su estado empeoró durante un vuelo a Johannesburgo, Sudáfrica, el 25 de abril. Falleció el 26 de abril en una clínica de Johannesburgo. El 4 de mayo, se confirmó mediante prueba PCR que padecía una infección por hantavirus.

Caso 3: Un hombre adulto que presentó síntomas el 24 de abril. Fue desembarcado y evacuado.

médicamente de la Isla Ascensión el 27 de abril y actualmente se encuentra hospitalizado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en Johannesburgo, Sudáfrica. Las pruebas PCR confirmaron la infección por hantavirus el 2 de mayo, y el virus de los Andes se confirmó mediante secuenciación.

Caso 4: Una mujer adulta, con inicio de síntomas (fiebre y malestar general) el 28 de abril, que posteriormente desarrolló neumonía, falleció el 2 de mayo. Se tomó una muestra post

mortem que se envió a los Países Bajos junto con los pacientes evacuados, donde se confirmó que se trataba del virus Andes.

Caso 5: Un hombre adulto, médico de a bordo, informó del inicio de síntomas el 30 de abril, incluyendo fiebre, fatiga, dolor muscular y síntomas respiratorios leves. Sus muestras dieron positivo por PCR para el virus Andes el 6 de mayo. El paciente fue evacuado a los Países Bajos por motivos médicos el 6 de mayo y actualmente se encuentra estable en aislamiento.

Caso 6: Un hombre adulto, guía de a bordo. El inicio de síntomas se informó el 27 de abril con síntomas respiratorios y gastrointestinales leves. Las muestras de laboratorio dieron positivo por PCR para el virus Andes el 6 de mayo. El paciente fue evacuado a los Países Bajos por motivos médicos el 7 de mayo y actualmente se encuentra estable en aislamiento.

Caso 7: Un hombre adulto que desembarcó en Santa Elena el 22 de abril y voló de regreso a

Suiza entre el 27 y el 28 de abril, vía Sudáfrica y Catar. Comenzó a experimentar síntomas el 1 de mayo tras su llegada a Suiza, donde se autoaisló de inmediato e informó a las autoridades

sanitarias locales. Actualmente se encuentra hospitalizado y aislado en Suiza. Sus muestras

confirmaron la positividad para el virus de los Andes mediante PCR el 5 de mayo.[1]

Caso 8: Un hombre adulto que desembarcó en Tristan da Cunha el 14 de abril. El inicio de los

síntomas se reportó el 28 de abril con diarrea y dos días después con fiebre. Actualmente se encuentra estable y aislado. Se considera un caso probable hasta la confirmación de laboratorio.

El Ministerio de Salud de la Nación avanza en una doble estrategia para abordar este brote. Por un lado, fortalece la cooperación internacional mediante el envío de insumos a los países involucrados y brinda asistencia técnica para el manejo clínico de los casos. Paralelamente, la Dirección de Epidemiología impulsa investigaciones dentro del territorio nacional para determinar el posible origen de los contagios.

En articulación con las autoridades sanitarias de Tierra del Fuego y demás jurisdicciones patagónicas, se está reconstruyendo el posible itinerario de los dos ciudadanos neerlandeses (caso índice y su pareja) desde el ingreso al país en noviembre del año. Hasta el momento se conocen sus ingresos y egresos a la Argentina desde Chile y Uruguay; el Centro Nacional de Enlace de la Dirección de Epidemiología, notificó a ambos países.

El 7 de mayo, se realizó un encuentro con referentes de epidemiología de los Ministerios de Salud de todo el país con el objetivo de actualizar la información sobre este y coordinar acciones de vigilancia en el territorio nacional. Durante la reunión, se repasaron los antecedentes de los casos, se compartieron los datos obtenidos sobre el recorrido del posible caso índice, la información sobre la cepa detectada y la evolución de los casos confirmados y sospechosos.

A la fecha y con la información brindada hasta el momento por los países involucrados y los organismos nacionales intervinientes, no es posible confirmar el origen del contagio. Asimismo, se encamina la investigación epidemiológica y de reservorios en la última localización en Tierra del Fuego previo al embarque de los dos primeros casos.

VIII.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

VIII.2.E.CONCLUSIONES

El periodo comprendido entre SE 27/2025 y SE 17/2026 presentó una proporción mayor de casos en la zona Centro (54%), seguida por la región NOA (35%) 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)

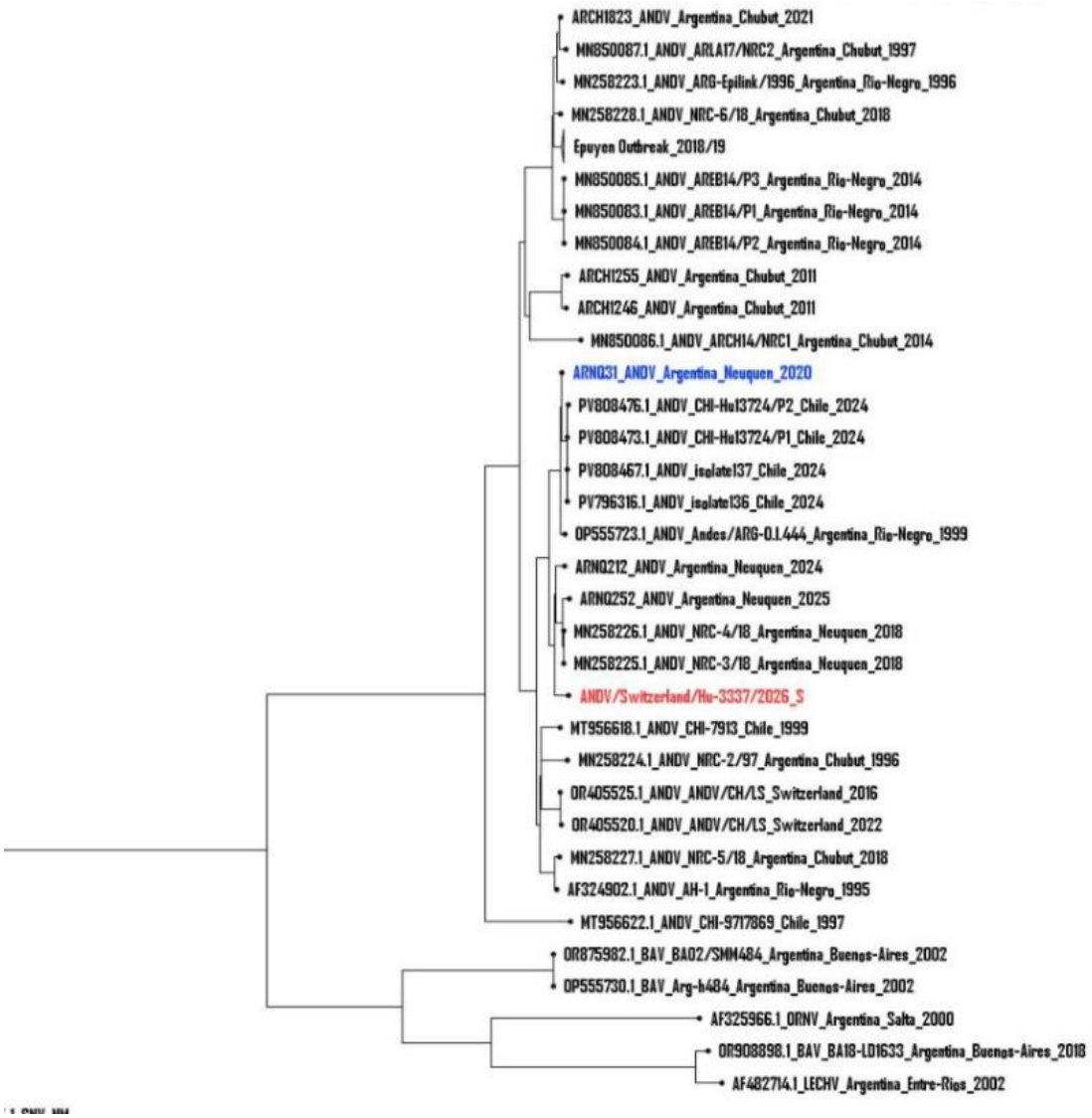
La ficha clínica epidemiológica para derivación y el Instructivo de envío de muestras para diagnóstico se encuentran disponible en el siguiente link:
https://www.argentina.gob.ar/hantavirus-0

VIII.3. Acciones desarrolladas alrededor del brote de Hantavirosis en buque internacional.

VIII.3.A. RELACIONES FILOGENETICAS ENTRE VIRUS SECUENCIADO EN EL BROTE DEL BUQUE Y ANTECEDENTES EN ARGENTINA

El Laboratorio Nacional de Referencia realizó el análisis de la secuencia publicada por Suiza en relación a las secuencias publicadas de la región y secuencias disponibles en el LNR.

Arbol filogenético sobre la secuenciación publicada por Suiza sobre un caso del brote del crucero MV Hondius



Fuente: Elaboración del LNR en base a secuencias publicadas y propias del LNR

En el árbol filogenético se muestra el grado de parentesco de la secuencia de uno de los casos del crucero secuenciado en Suiza con secuencias virales completas de la región andino patagónica. Se observa el mayor parentesco con casos previos reportados en 2018 en la región de San Martin de los Andes, localidad de Villa Meliquina y otras más recientes de la misma área.

VIII.3.B. INVESTIGACIÓN AMBIENTAL Y FORTALECIMIENTOS DE CAPACIDADES DE DIAGNÓSTICO EN TIERRA DEL FUEGO

El 6 de mayo se realizó una primera entre autoridades epidemiológicas y ambientales de la provincia de Tierra del Fuego y equipos del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán” para analizar en conjunto la situación y evaluar la asistencia que pudiera brindarse desde el Instituto para cumplir los objetivos de investigación epidemiológica y ambiental, así como fortalecer las capacidades provinciales de diagnóstico de hantavirus.

Luego del análisis de la situación se consideró que -si bien no es la hipótesis más probable que el caso índice hubiera adquirido la infección en la provincia-, es oportuno y conveniente realizar esfuerzos para producir evidencia acerca de la presencia de roedores reservorios y virus Andes en los lugares que puedan considerarse de riesgo de alojar a los reservorios que hayan sido visitados por el caso. En tal sentido, se encuentra en marcha la implementación del estudio, programándose la intervención en terreno con personal del INEI-ANLIS y de la provincia de Tierra del Fuego en la semana del 18 de mayo.

Así mismo, durante la visita a la provincia del equipo del Laboratorio Nacional de Referencia se realizarán las actividades para implementar la transferencia del Diagnóstico de Síndrome Pulmonar por Hantavirus (SPH) a la jurisdicción.

VIII.3.C.COOPERACIÓN INTERNACIONAL CON EL BROTE POR PARTE DEL LABORATORIO NACIONAL DE REFERENCIA

A partir de la situación planteada por este brote, la Dirección de ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán” ha instruido a la Dirección del INEI para que ponga a disposición de los países interesados las capacidades técnicas e insumos básicos para apoyar en la capacidadde diagnóstico de los países afectados en este brote.

Hasta el momento, el LNR ha preparado insumos para el diagnóstico molecular (primers y sondas para RT-PCR en tiempo real; controles para RT-PCR en tiempo real; primers y sondas para RT-PCR de punto final) y serológico (placas, controles y anticuerpos). España, Senegal, Sudáfrica, Paises Bajos, y Reino Unido de Gran Bretaña son los países a quienes se proverá uno o más de estos insumos, para que puedan dar respuesta de calidad a las necesidades de diagnóstico.

ALERTAS Y COMUNICACIONES **EPIDEMIOLOGICAS**

IX. Detección de casos de fiebre amarilla en Gutiérrez, Santa Cruz, Bolivia y el riesgo de introducción en el norte argentino

Desde inicios de 2026, la Región de las Américas presenta la reemergencia de casos de fiebre amarilla en zonas endémicas, exclusivamente en áreas rurales y selváticas. En este marco, el Estado Plurinacional de Bolivia ha notificado cinco casos confirmados hasta la Semana Epidemiológica (SE) 15/2026. Entre ellos cuatro casos con un fallecido en el municipio de Gutiérrez, departamento de Santa Cruz.

El municipio de Gutiérrez se ubica en el sudoeste del departamento de Santa Cruz, su proximidad a corredores verdes que se vinculan con el norte argentino, ecorregión de Yungas, en particular los departamentos General José de San Martín, Orán y Santa Victoria, provincia de Salta, constituye un factor relevante que incrementa el riesgo de exposición y eventual reintroducción del virus en el territorio nacional.

Los factores que favorecen la circulación del virus en determinadas áreas del país son la presencia de vectores competentes, existencia de hospedadores (primates no humanos y otros mamíferos), características de la biota local y condiciones climáticas favorables.

Los monos aulladores son uno de los géneros de primates neotropicales más sensibles al virus de la fiebre amarilla debido a que, cuando se producen las infecciones, son casi sin excepción fatales[26]. Por esta razón no constituyen un reservorio del virus. Sino que, por el contrario, actúan como centinelas de la enfermedad ya que sus masivas mortandades proporcionan una alerta temprana para las autoridades de salud sobre la necesidad de realizar acciones de prevención en la población humana. A diferencia de las poblaciones de monos aulladores (género *Alouatta*) presentes en el NEA, en las provincias de Salta y Jujuy al noroeste de nuestro país, hay presencia de poblaciones de primates no humanos (PNH) de la especie *Sapajus cay*. Dado que la susceptibilidad de esta especie al virus de la fiebre amarilla no ha sido aún estudiada en profundidad a nivel nacional y regional, puede inferirse preliminarmente una baja susceptibilidad en función de lo observado durante el último brote en 2008-2009 en el país, donde no se registraron epizootias vinculadas a otra especie del mismo género (*Sapajus nigritus*). Si esto fuera así, su rol como centinelas epidemiológicos sería limitado.

Esta situación, sumada a la presencia de vectores competentes como especies de los géneros *Sabethes* y *Haemagogus* en entornos silvestres y *Aedes aegypti* en entornos urbanos, así como la circulación concomitante de otros arbovirus, incrementa el riesgo de introducción y eventual establecimiento de la transmisión en áreas con población susceptible.

Frente a esta situación, el Ministerio de Salud de la Nación emite la presente comunicación con el objetivo de actualizar la situación epidemiológica de fiebre amarilla, fortalecer la vigilancia epidemiológica, promover la identificación oportuna de casos sospechosos y reforzar las estrategias de prevención, especialmente la vacunación en población

[26] Ruch, T. C. (1959). Diseases of Laboratory Primates. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

susceptible, a fin de reducir el riesgo de ocurrencia de casos y limitar la potencial diseminación del virus.

IX.1. Introducción

La fiebre amarilla (FA) es una enfermedad viral reemergente, aguda, grave y prevenible por vacunación, sin tratamiento etiológico específico. Continúa representando un desafío para la salud pública en Argentina debido a la confluencia de factores que favorecen la circulación del virus en determinadas áreas del país: presencia de vectores competentes, existencia de hospedadores (primates no humanos y otros mamíferos), características de la biota local y condiciones climáticas favorables, incluido el incremento de precipitaciones y temperatura, además del aumento del desplazamiento de personas y la presencia de población no inmunizada.

La FA posee un alto potencial de transmisión en contextos donde coexisten personas susceptibles y mosquitos infectados. En América se describen dos ciclos de transmisión del virus de la fiebre amarilla: **selvático/silvestre** y **urbano**.

- **Fiebre amarilla selvática:** este ciclo es el que se produce en ambientes silvestres, y es sostenido por mosquitos infectados de los géneros *Haemagogus y Sabethes*, los cuales transmiten el virus de la fiebre amarilla a los animales reservorios. Los PNH son los principales mamíferos hospedadores del virus. Las personas que mayormente se exponen a este ciclo pueden ser trabajadores, cazadores, agricultores o habitantes de la zona de interfaz urbano-silvestre o rural-silvestre y turistas. La circulación viral entre PNH (que se reportan como epizootias con sospecha de fiebre amarilla) suele preceder a la aparición de casos en seres humanos.
- **Fiebre amarilla urbana:** se caracteriza por la transmisión del virus mediante picaduras del mosquito vector entre personas virémicas y personas susceptibles (no vacunadas). En América, el vector urbano clásicamente descrito es el *Aedes aegypti*, que tiene características fundamentalmente domésticas. Las grandes epidemias se producirían cuando personas infectadas introducen el virus en zonas densamente pobladas, con alta presencia de mosquitos y donde la mayoría de la población no está vacunada o tiene nula inmunidad. En nuestro país no se registra el ciclo urbano desde 1890, mientras que en la región de América el último reporte data de mediados del siglo pasado; sin embargo, se debe considerar el riesgo de reintroducción de la fiebre amarilla urbana. A su vez, actualmente la presencia de *Aedes albopictus* en nuestro país, y la expansión de su distribución en provincias como Misiones y parte de Corrientes, representa un desafío para el abordaje de esta enfermedad, ya que esta especie se ha propuesto como un potencial vector puente debido a que podría conectar los ciclos silvestres de transmisión con las áreas urbanas.

IX.2. Casos de Fiebre Amarilla en el municipio de Gutiérrez del departamento de Santa Cruz en Bolivia

Hasta la Semana Epidemiológica (SE) 15 de 2026 se confirmaron cuatro casos de fiebre amarilla en el municipio de Gutiérrez, departamento de Santa Cruz, los cuales se presentaron

en población joven no vacunada o con antecedente vacunal desconocido, vinculados a zonas endémicas o de riesgo epidemiológico. En conjunto, los casos evidencian un patrón de presentación en áreas rurales y endémicas, sin evidencia, hasta el momento, de urbanización de la enfermedad.

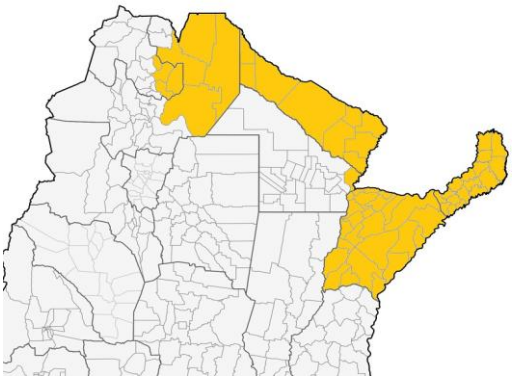
En relación con la mortalidad, se registraron dos decesos durante el año 2026, uno corresponde al municipio de Gutiérrez, departamento de Santa Cruz y el restante al departamento de La Paz.

Ante la confirmación de estos casos, se activaron acciones inmediatas en el municipio que incluyen bloqueo de focos, búsqueda activa de casos, seguimiento de contactos y vigilancia de epizootias. Asimismo, se reforzó la vacunación en zonas de riesgo, priorizando a la población susceptible. En el departamento de Santa Cruz se implementan acciones de control vectorial, incluida la fumigación en coordinación con el componente de dengue[27].

IX.3. Situación epidemiológica de Fiebre Amarilla en Argentina

En Argentina no se notificaron casos de fiebre amarilla en viajeros desde 2018 ni transmisión autóctona desde 2009. No obstante, el país presenta áreas con riesgo de circulación viral de fiebre amarilla selvática, incluyendo provincias y departamentos donde se recomienda o contempla la vacunación antiamarílica según el Calendario Nacional de Vacunación y las evaluaciones de riesgo vigentes. Entre ellas se encuentran Formosa, Misiones, Corrientes, Jujuy (departamentos de Ledesma, Santa Bárbara, San Pedro y Valle Grande), Salta (departamentos de General José de San Martín, Orán, Anta y Rivadavia) y Chaco (departamento de Bermejo).

Mapa 1. Provincias y departamentos con vacuna antiamarílica en Calendario Nacional de Vacunación. Año 2026.



Fuente: elaborado por la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

En los últimos 60 años, Argentina ha registrado tres brotes de fiebre amarilla selvática. En el brote de 1966, en las provincias de Misiones y Corrientes (noreste) en la frontera con Brasil, se reportaron 62 casos humanos con una letalidad de 29%. A partir del año 2007, se registró nuevamente la reemergencia de fiebre amarilla selvática, con la ocurrencia de dos brotes diferentes. El primero ocurrió entre noviembre de 2007 y abril de 2008, en el norte y centro

[27] Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia - Boletines Epidemiológicos - 2026

de Misiones, registrándose 27 epizootias PNH y 8 casos humanos. El segundo ocurrió entre octubre de 2008 y enero de 2009, en el centro-sur de Misiones y norte de Corrientes, donde se reportaron 22 epizootias y un caso humano. En suma, hubo 9 casos humanos con una tasa de letalidad de 22%. Los mismos correspondían a trabajadores que ingresaron al área selvática como parte de su actividad laboral. Ninguno contaba con antecedente de vacunación antiamarílica.

En cuanto a las epizootias, corresponden a óbitos en PNH del género *Alouatta*, en su mayoría de la especie *Alouatta caraya* y en menor medida de *Alouatta guariba clamitans* (esto está vinculado con la densidad de cada una de las especies en el territorio). En ambas oportunidades la detección de epizootias anticipó la aparición de casos humanos. Estos brotes no se dieron en forma aislada en la región, sino que ocurrieron en un contexto regional de expansión de ondas epidémicas iniciadas en el sureste de Brasil y que también afectaron a Paraguay. En la actualidad la especie A. *caraya* tiene presencia confirmada en las provincias de Chaco, Corrientes, Formosa, Misiones y Santa Fe y la especie A. *guariba clamitans* tiene presencia confirmada en Misiones[28].

En el año 2018, fueron los últimos 7 casos reportados (3 fatales), todos luego de viajar a zonas con transmisión activa en Brasil y sin antecedente de vacunación.

Desde la SE 31/2025 a la SE16/2026 se han notificado al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 96 casos con sospecha de fiebre amarilla en humanos en las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, Santa Fe, Chaco, Misiones, La Rioja, Santiago del Estero y Tucumán. Todos los casos fueron estudiados y descartados por laboratorio. Durante el mismo período se han reportado 12 sospechas de epizootias por fiebre amarilla en la provincia de Misiones, las cuales fueron estudiadas y descartadas en el LNR, Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas (INEVH), Dr. Maiztegui.

IX.4. Recomendaciones para equipos de salud

La vigilancia integrada de la fiebre amarilla involucra la colaboración de diferentes sectores (salud humana, salud animal, laboratorio, epidemiología, entomología, inmunizaciones, entre otros) lo que permite un análisis más robusto de la situación epidemiológica y una respuesta coordinada para mejorar la gestión del evento.

IX.4.A. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y LABORATORIAL

La vigilancia de casos humanos de FA en Argentina se realiza en el marco de la vigilancia de Síndrome Febril Agudo Inespecífico (SFAI), al igual que las demás infecciones por arbovirus (Dengue, Zika, Chikungunya, Encefalitis de San Luis, Fiebre del Nilo Occidental).

Notificación

Todo caso sospechoso de Fiebre Amarilla y otros arbovirus constituye un evento de notificación obligatoria en el marco de la ley 15.465 y la Res. 2827/2022 y como tal deberá ser notificado de manera universal (por todo efector, tanto del subsector público, privado o de

[28] Oklander, Luciana; Kowalewski, Martín; Peker, Silvana; Pavé, Romina; Agostini, Ilaria; Holzmann, Ingrid; Apellaniz, Melisa (2019). Alouatta caraya. En: SAyDS–SAREM (eds.) Categorización 2019 de los mamíferos de Argentina según su riesgo de extinción. Lista Roja de los mamíferos de Argentina. Versión digital: http://cma.sarem.org.ar.

la seguridad social), dentro de las 24 hs. al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Además, todo caso confirmado de fiebre amarilla deberá ser notificado a través de los canales oficiales del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) del Ministerio de Salud Nacional.

La notificación oportuna de los casos permite la realización de las acciones adecuadas de control, el registro completo de la información clínica, laboratorial y epidemiológica permite el adecuado monitoreo de la situación; el registro sistemático de las acciones permite el seguimiento, la evaluación y la eventual adecuación de las mismas.

En contextos de brotes o epidemias es muy importante mantener las capacidades de registro y notificación, dado que la vigilancia epidemiológica es la herramienta fundamental para realizar acciones de respuesta de manera oportuna y eficaz, seguir orientando las acciones de control, realizar el monitoreo de la evolución del brote y evaluar la eficacia de las medidas adoptadas. Para mantener la capacidad de realizar el registro y notificación oportuna es necesario prever los recursos necesarios para dar respuesta adecuada a esta necesidad, así como registrar en cada etapa la información crítica necesaria.

Diagnóstico

Para el diagnóstico de Fiebre Amarilla se disponen de diferentes metodologías de acuerdo a los días de evolución de los síntomas. Es **prioritario el estudio de muestras de suero en los primeros 10 días de la infección y muestra de orina entre los días 5-15 desde el inicio de síntomas para la detección de genoma viral.** Las metodologías moleculares permiten la mayor especificidad y en su diseño evitan las reactividades cruzadas con otros Flavivirus, e incluso permiten abordar la diferenciación entre cepas vacunales y silvestres. No obstante, el diagnóstico puede ser complementado y también abordado en muestras de mayor evolución del cuadro clínico mediante la determinación de anticuerpos específicos (IgM medida por MAC-ELISA “in house” e IgG medida por PRNT90 con evaluación de reactividad cruzada con otros flavivirus). Cuando se observa afectación neurológica, la muestra de LCR puede evaluarse tanto para búsqueda de genoma como de anticuerpos IgM.

Definición y clasificaciones de caso

A) Definición de caso en humanos

Caso sospechoso: persona de cualquier edad y sexo que presenta fiebre de menos de siete (7) días de duración, acompañada de mialgias o cefalea, sin afección de las vías aéreas superiores y sin etiología definida, residente o procedente en los últimos 15 días de área de riesgo para fiebre amarilla o de ocurrencia de casos de fiebre amarilla, e independientemente del antecedente de vacunación contra la FA. La sospecha es mayor en presencia de ictericia, signos de sangrado o insuficiencia renal.

Caso probable: todo caso sospechoso estudiado por laboratorio con:

- Resultados positivos para IgM para FA en muestra de suero (se deben tener en cuenta los antecedentes de vacunación del paciente para el virus de la fiebre amarilla para la interpretación de resultado y su posible asociación a vacuna)
- Títulos constantes para FA en prueba de neutralización realizada en par serológico.

Caso sospechoso no conclusivo: todo caso sospechoso estudiado por laboratorio con resultados negativos por técnicas directas - RT-PCR en tiempo real o aislamiento viral -o técnicas indirectas–realizadas en muestras tempranas (de menos de 8 días de evolución) - que no permiten descartar la infección.

Caso confirmado:

- En personas sin antecedente de vacunación contra FA: todo caso sospechoso con aislamiento del virus de la fiebre amarilla, o detección del genoma viral (en suero, orina o LCR), o IgM para FA en LCR, o aumento de por lo menos 4 veces el título de anticuerpos IgG contra el virus de la fiebre amarilla (seroconversión) en muestras de suero obtenidas en fase aguda y de convalecencia. En todos los casos que la confirmación sea por serología (IgM en LCR y/o NT se debe evaluar reacciones cruzadas con otros flavivirus).
- En personas con antecedente de vacunación reciente (aproximadamente hasta 30 días de recibida la vacuna) contra FA: todo caso sospechoso con aislamiento del virus de FA o detección del genoma viral (en suero, orina o LCR), identificado a través de técnicas moleculares específicas que permiten la diferenciación entre este virus y el virus vacunal (PCR dúplex/secuenciación genómica.
- **En pacientes fallecidos:** detección del antígeno específico de virus de FA en tejidos por inmunohistoquímica o detección de genoma viral por técnicas moleculares y/o aislamiento viral en cultivos celulares.

En Argentina, la confirmación de un caso humano o una epizootia autóctona se considera brote.

Caso descartado: caso con IgM negativa en muestra de 8 o más días de evolución o prueba de neutralización en muestras pareadas de suero con resultado negativo para FA (con o sin resultados negativos de qRT- PCR en muestra de suero y/u orina). Se podrá notificar en el SNVS 2.0 bajo la clasificación “Caso descartado”.

Vigilancia de eventos adversos supuestamente atribuidos a la vacuna contra fiebre amarilla (ESAVI): ver definiciones de caso en último algoritmo vigente.

Todo caso sospechoso con antecedentes de vacunación contra FA en las últimas 6 semanas podría tratarse de un Evento Supuestamente Atribuible a la Vacunación o Inmunización (ESAVI) y debe notificarse además a través del módulo ESAVI en el SISA.

A) Definición de caso en epizootia

Sospecha de epizootia: ocurrencia de enfermedad, muerte o hallazgo de osamentas de PNH de cualquier especie. Se entiende como indicativo de enfermedad a la observación de un PNH con estado de desnutrición, deshidratación, presencia de lesiones cutáneas, secreciones hemorrágicas oculares y nasales, piel, esclerótica ocular y membranas mucosas con coloración amarillenta.

Confirmación de epizootia:

- **Epizootia confirmada por técnicas directas:** sospecha de epizootia con resultado positivo por laboratorio para FA en las muestras de animales.
- **Epizootia confirmada por nexo:** sospecha de epizootia sin confirmación de laboratorio (sin obtención de muestras o mal estado de conservación de las mismas), pero con detección viral de FA en vectores o registro de caso humano confirmado, en tiempo y espacio compatible con la epizootia.
- **Epizootia indeterminada:** hallazgo de PNH muerto (incluyendo osamentas), donde no pudo obtenerse una muestra de laboratorio para diagnóstico (por estado avanzado de descomposición), o la muestra no es apta para el estudio.

Caso descartado: caso sospechoso con laboratorio negativo que descarta enfermedad.

Caso descartado por epidemiología: hallazgo de PNH muerto sin muestra para laboratorio, donde la necropsia indica otra causa de muerte y se constata que las poblaciones de PNH circundantes se encuentran en buen estado de salud.

En Argentina, la confirmación de un caso humano o una epizootia autóctona se considera brote.

IX.4.B. MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL

Recomendaciones para el cuidado personal y en las viviendas

- **Vacunación de las personas (entre 18 meses y 60 años)** que habitan o trabajan en las áreas silvestres de aquellas localidades que tienen indicación de vacunación por calendario.
- **Evitar las picaduras de los mosquitos** mediante la utilización de repelentes, usar vestimenta clara de mangas y pantalones largos al ingresar en áreas silvestres. El repelente debe utilizarse según se indica en la etiqueta del envase. Se recomienda renovar su aplicación periódicamente, en especial, si se estuvo en contacto con agua o si transpira en abundancia.
- **Evitar el ingreso de estos insectos a las viviendas** con la colocación de telas mosquiteras en puertas y ventanas. Utilizar repelentes ambientales como espirales (exterior) o tabletas (interior).
- **Reforzar las medidas de protección personal** en caso de ingresar en zonas silvestres o áreas naturales protegidas durante el día, momento de mayor actividad de los mosquitos que transmiten fiebre amarilla en el ciclo silvestre.
- **Evitar la reproducción del mosquito *Aedes aegypti*,** que puede transmitir fiebre amarilla y otras arbovirosis de importancia sanitaria para la región, eliminando recipientes en desuso que puedan acumular agua, o protegiendo aquellos que no se puedan eliminar (dándoles vuelta o cubriéndose). Esto debe hacerse durante todo el año ya que, si bien durante los meses de frío los mosquitos adultos reducen su actividad, los huevos son capaces de sobrevivir durante el invierno hasta por un año.

IX.4.C. RECOMENDACIONES PARA EQUIPOS DE SALUD

- Garantizar la vacunación antiamarílica de las personas que habitan en áreas con indicación de calendario.
- Informar a la población sobre la indicación de vacunación contra la fiebre amarilla para los viajeros que se dirijan a zonas con riesgo de transmisión y medidas de protección contra las picaduras de mosquitos.
- Capacitar a los pacientes y familiares en la identificación temprana de signos de alarma para buscar rápida atención en caso de presentarlos.
- La complejidad del abordaje de fiebre amarilla requiere de la dimensión comunicacional para acompañar las distintas instancias de prevención y control, para así favorecer una mejor toma de decisiones por parte de los equipos de salud y las comunidades. En este sentido, la comunicación se debe orientar hacia los cuidados preventivos básicos: aplicación de vacuna a población que **reside, trabaja o viaja a zonas de riesgo,** prevención de picaduras, consulta temprana al sistema de salud.
- Además, como parte de la estrategia comunicacional en el abordaje integral de la fiebre amarilla, se busca convocar a la población que reside o trabaja en zonas selváticas a integrar la red de informantes sobre el estado de salud de los PNH, resaltar la importancia de conservar su hábitat y desalentar el comercio ilegal y la tenencia como mascotas de estas especies.
- Asimismo, la línea comunicación planifica y desarrolla acciones dirigidas a equipos de salud con el objetivo de fortalecer sus prácticas en lo referente a la sospecha, el diagnóstico, el tratamiento y la notificación de casos.
- Por último, el abordaje comunicacional prevé una línea informativa dirigida a todo público, a través de la cual se dé cuenta de las acciones llevadas adelante por los organismos competentes para prevenir o contener un brote.
- **Se recomienda el abordaje integrado de todas las estrategias, programando cronogramas de actividades conjuntas.**
- Las estrategias de acción se orientan según la situación epidemiológica, según se trate de un período interbrote o de brote.
- Recordar que la **utilización de insecticidas adulticidas de uso en salud pública** es una medida que **sólo elimina mosquitos adultos, pero no los estados inmaduros** de estos (huevos, larvas y pupas). **No se recomienda su utilización dentro de entornos selváticos**. Además, el insecticida utilizado comúnmente para el control de *Aedes aegypti* **no tiene efecto residual**, si no se eliminan o protegen los contenedores que actúan como potenciales criaderos, a los pocos días habrá nuevamente mosquitos adultos**. La fumigación no debe realizarse como medida preventiva.**
- **Conocer el estado de salud de las poblaciones de monos es muy importante ya que pueden darnos indicios y alertarnos de la circulación del virus en la zona.** Las personas que viven o trabajan cerca de donde viven los monos son claves y pueden formar parte de la red de informantes. La aparición de monos enfermos o muertos son un signo de alarma por posible circulación del virus de FA en el área. Ante esta situación, es importante no tocarlo/y alertar inmediatamente a las autoridades locales (sanitarias, de seguridad y/o guardaparques).

IX.4.D. RECOMENDACIONES DE COMUNICACIÓN

- La complejidad del abordaje de fiebre amarilla requiere de la dimensión comunicacional para acompañar las distintas instancias de prevención y control, para así favorecer una mejor toma de decisiones por parte de los equipos de salud y las comunidades. En este sentido, la comunicación se debe orientar hacia los cuidados preventivos básicos: aplicación de vacuna a población que **reside, trabaja o viaja a zonas de riesgo,** prevención de picaduras, consulta temprana al sistema de salud.
- Además, como parte de la estrategia comunicacional en el abordaje integral de la fiebre amarilla, se busca convocar a la población que reside o trabaja en zonas selváticas a integrar la red de informantes sobre el estado de salud de los PNH, resaltar la importancia de conservar su hábitat y desalentar el comercio ilegal y la tenencia como mascotas de estas especies.
- Asimismo, la línea comunicación planifica y desarrolla acciones dirigidas a equipos de salud con el objetivo de fortalecer sus prácticas en lo referente a la sospecha, el diagnóstico, el tratamiento y la notificación de casos.
- Por último, el abordaje comunicacional prevé una línea informativa dirigida a todo público, a través de la cual se dé cuenta de las acciones llevadas adelante por los organismos competentes para prevenir o contener un brote.

IX.4.E. VACUNA CONTRA LA FIEBRE AMARILLA

La principal medida de prevención contra la fiebre amarilla es la vacunación. En el actual contexto de tendencia creciente de confirmación de casos humanos en la región durante 2025 y 2026, se destaca la importancia de vacunar a las poblaciones en riesgo, incluyendo a la población adulta, y tomar las acciones necesarias para garantizar que las personas que viajan a zonas donde se recomienda la vacunación estén correctamente informadas y protegidas contra la fiebre amarilla.

Estrategia de vacunación

El Calendario Nacional de Vacunación (CNV) contempla la vacunación de personas que residen en zonas con riesgo de circulación viral de fiebre amarilla: Formosa, Misiones, Corrientes, Jujuy (departamentos de Ledesma, Santa Bárbara, San Pedro, Valle Grande), Salta (departamentos de General José de San Martín, Orán, Rivadavia, Anta) y Chaco (departamento de Bermejo). Es fundamental que quienes habitan en estos lugares cuenten con el esquema completo.

Asimismo, deben estar vacunadas las personas que por su actividad laboral se encuentren en zonas con riesgo de circulación viral, como trabajadores rurales y de parques nacionales, fuerzas de seguridad, entre otros.

Esquemas según grupo de edad

Menores de 2 años	Esquema de dos dosis ● Primera dosis: a los 18 meses ● Dosis de refuerzo: a los 11 años
Personas de 2 a 59 años	Esquema de dosis única

Contraindicaciones

No deben recibir la vacuna aquellas personas que presenten las siguientes condiciones:

- Menores de 6 meses de vida
- Reacción anafiláctica a la ingestión de huevos y sus derivados
- Embarazo. Si fuera impostergable, no aplicar la vacuna antes del sexto mes de embarazo.
- Reacciones graves de hipersensibilidad (por ejemplo: anafilaxia) después de una inyección anterior de una vacuna contra la fiebre amarilla
- Inmunodepresión, ya sea congénita o adquirida. Esto incluye a las personas que reciben terapias inmunosupresoras, como un tratamiento con corticoides en dosis alta por vía sistémica (por ejemplo, una dosis diaria de 20 mg o de 2 mg/kg de peso corporal de prednisona o equivalente durante 2 semanas o más, o una dosis diaria de 40 mg o más de prednisona durante más de una semana), cualquier otro medicamento, incluidos productos biológicos con propiedades inmunosupresoras conocidas, radioterapia, medicamentos citotóxicos, o cualquier otra situación que pueda causar una inmunodepresión
- Historia de disfunción del timo (incluyendo miastenia gravis, timoma)
- Timectomía (independientemente de la causa)
- Infección por VIH sintomática
- Infección por VIH asintomática con CD4 disminuidos o acompañada de evidencia de deterioro de la función inmunológica

En un contexto de brote podrá reevaluarse el riesgo de la exposición al virus vacunal en relación al virus de la fiebre amarilla.

Precauciones

Las personas que presenten las siguientes condiciones tienen un riesgo aumentado de efectos adversos potencialmente graves asociados a la vacunación:

- Mayores de 60 años de edad
- Niños entre 6 y 9 meses de edad
- Lactancia

Para acceder a más información ingresar a https://www.argentina.gob.ar/salud/fiebreamarilla

ALERTAS Y COMUNICACIONES **INTERNACIONALES**

X. 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).

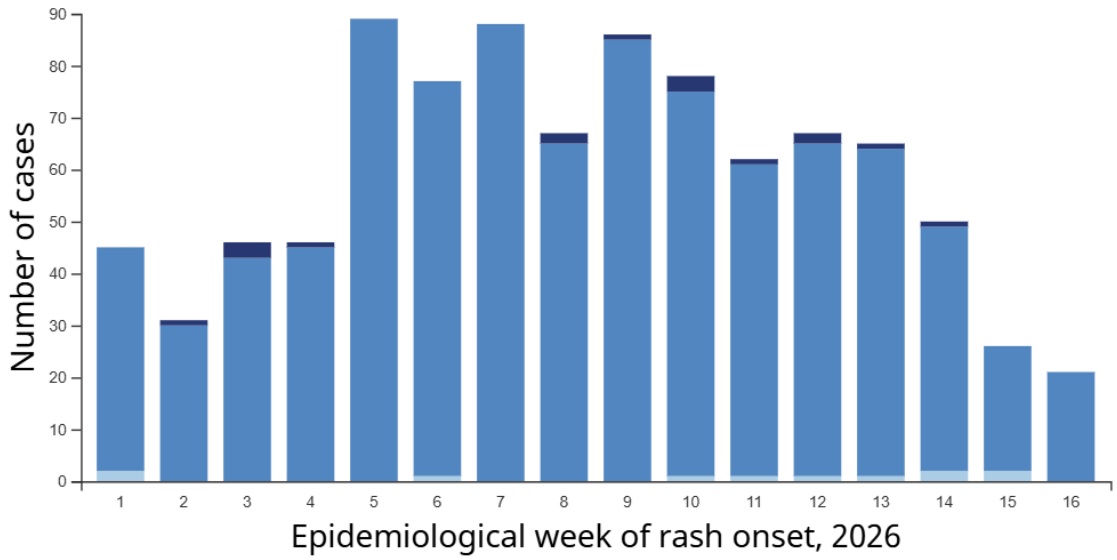
X.1. Sarampión - Situación epidemiológica regional

X.1.A. CANADÁ[29]

En 2026, se han notificado un total de 944 casos de sarampión (869 confirmados, 75 probables) en 7 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Escocia, Ontario, Quebec y Saskatchewan), hasta el 25 de abril del 2026.

En la semana 16 (del 19 al 25 de abril del 2026), se notificaron 37 nuevos casos de sarampión (35 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=944)



X.1.B. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA[30]

Al 07 de mayo de 2026, se notificaron 1.842 casos confirmados de sarampión en los Estados Unidos durante 2026. De estos, 1.803 casos fueron reportados por 37 jurisdicciones: Alaska, Arizona, California, Colorado, District of Columbia, Florida, Georgia, Idaho, Illinois, Kentucky, Louisiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Missouri, Montana, Nebraska, New Jersey, New Mexico, New York City, New York, North Carolina, North Dakota, Ohio, Oklahoma, Oregon, Pennsylvania, Rhode Island, South Carolina, South Dakota, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, Wisconsin y Wyoming. Se notificaron 12 casos de sarampión en visitantes internacionales a los Estados Unidos.

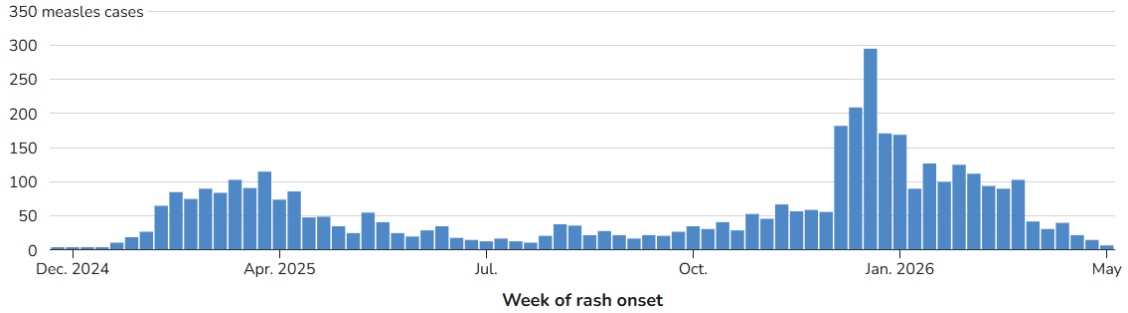
Se han notificado 25 nuevos brotes en 2026, y el 93% de los casos confirmados (1.712 de 1.842) están asociados a brotes (428 correspondientes a brotes en 2026 y 1.284 a brotes que comenzaron en 2025).

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.

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

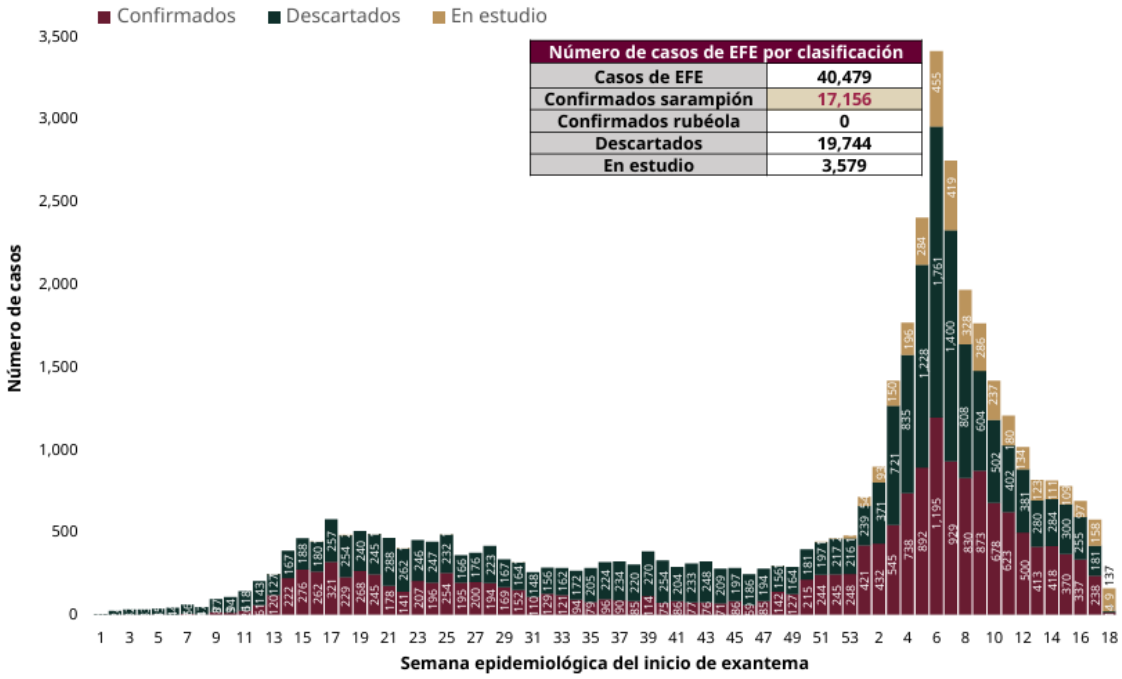


X.1.C. MÉXICO[31]

Al 07 de mayo, se han reportado 17.156 casos confirmados de sarampión acumulados desde el comienzo del brote. El grupo de edad más afectado es de 1 a 4 años (2.224 casos), seguido del grupo el de 25 a 29 años (1.974 casos) y por último el de 5 a 9 años (1.968 casos).

Se han reportado 40 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.

X.1.D. PERÚ[32]

Al 23/04/2026 la República del Perú cuenta con 199 casos confirmados correspondientes al año 20026. No se registran fallecimientos a la fecha.

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

Figura 1. Notificación de casos confirmados de sarampión-rubeola, 2026 (n=199)

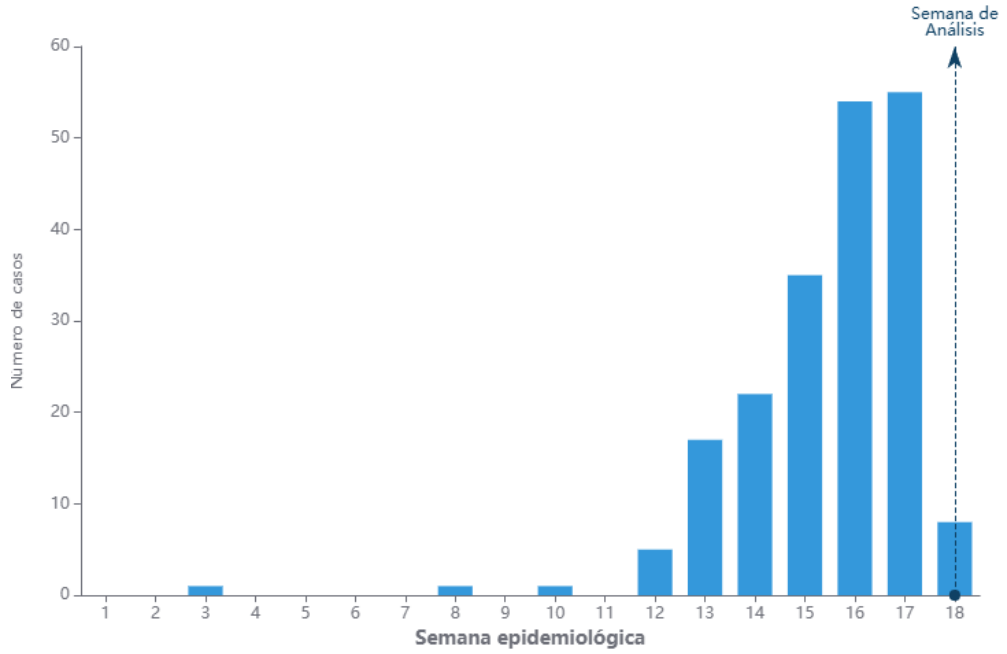
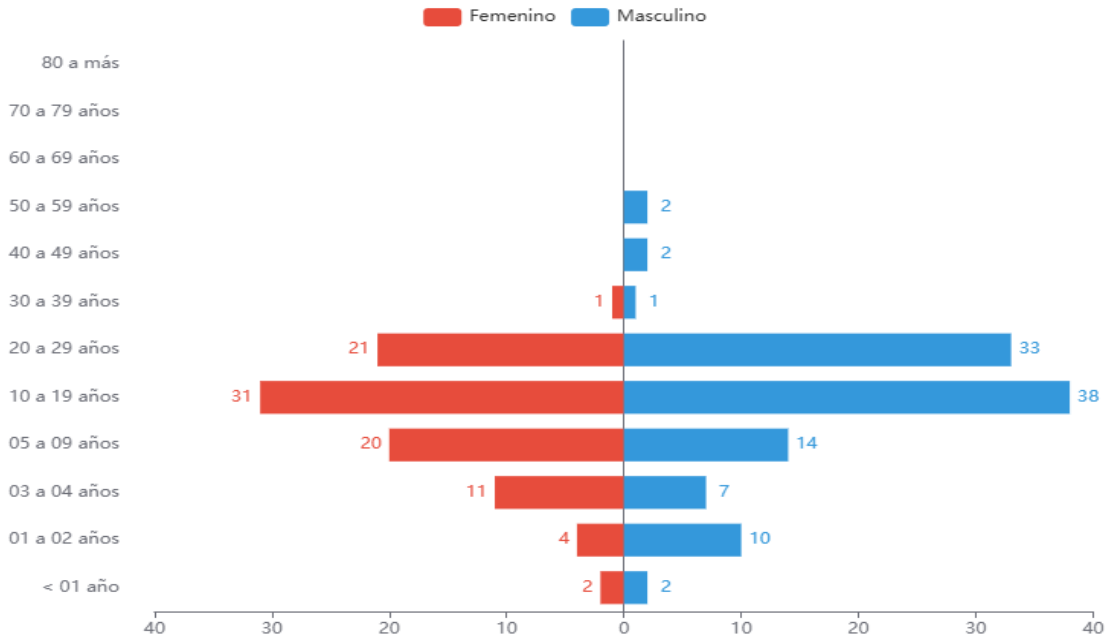


Figura 2. Distribución acumulada por sexo y grupo de edad, 2026.



DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

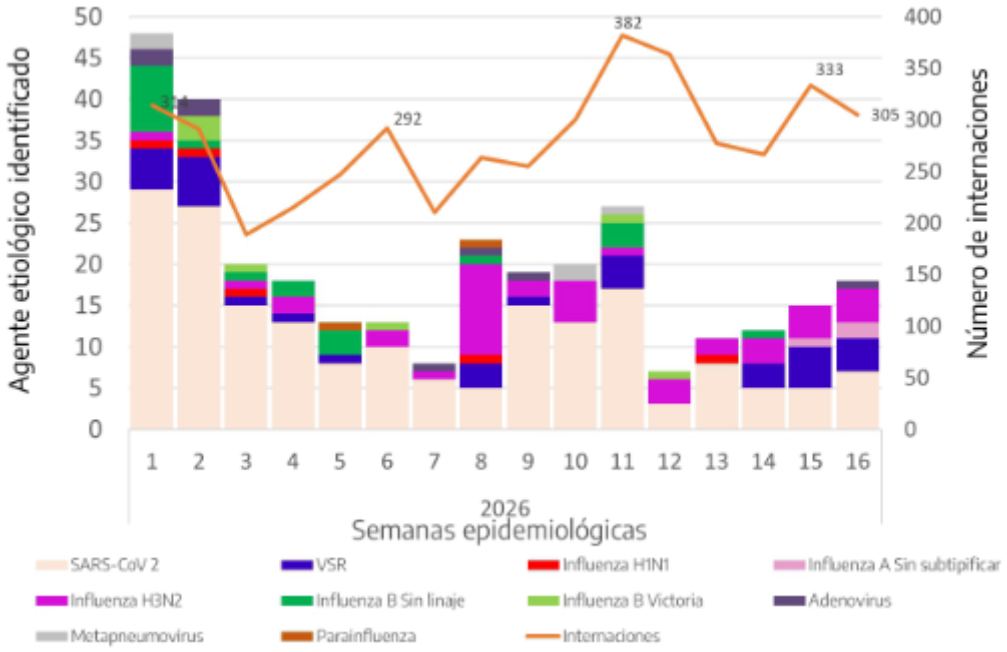
XI. Boletines Jurisdiccionales

XI.1. Buenos Aires: Infecciones respiratorias agudas (IRA)

En la PBA entre las internaciones por IRA se registra un ligero aumento proporcional de las detecciones de Influenza A (H3N1 y sin subtipificar) y un sostenimiento de las detecciones de VSR, aunque los valores se mantienen bajos.



Internaciones por IRA y agentes etiológicos hallados. PBA, año 2025-2026.



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

Para más información:

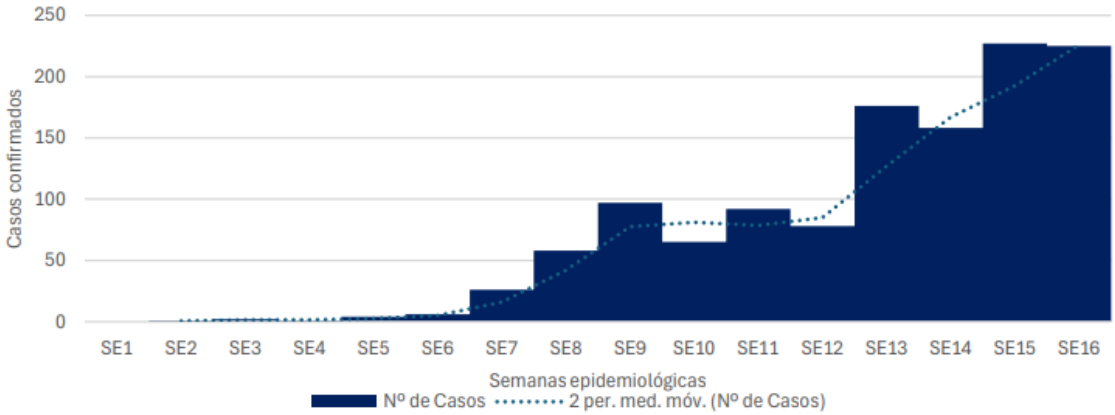
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

XI.2. Salta: Chinkungunya

En la Provincia de S alta hasta la SE 16, se notificaron 1216 casos confirmados tomando como referencia los resultados de las determinaciones de laboratorio para fiebre chikungunya. El prime r caso se confirmó en la SE 2, varón de 16 años, residente en Rosario de la Frontera. Presentó antecedente de viaje a Santa Cruz de la Sierra (Bolivia).



Casos confirmados por semana epidemiológica. (se 1 hasta se 16). Año 2026. Provincia de salta (n=1216)



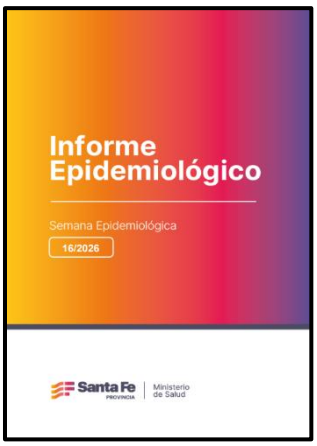
Fuente: Elaboración propia de Sala de situación la D.G.C.E. en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Para más información:

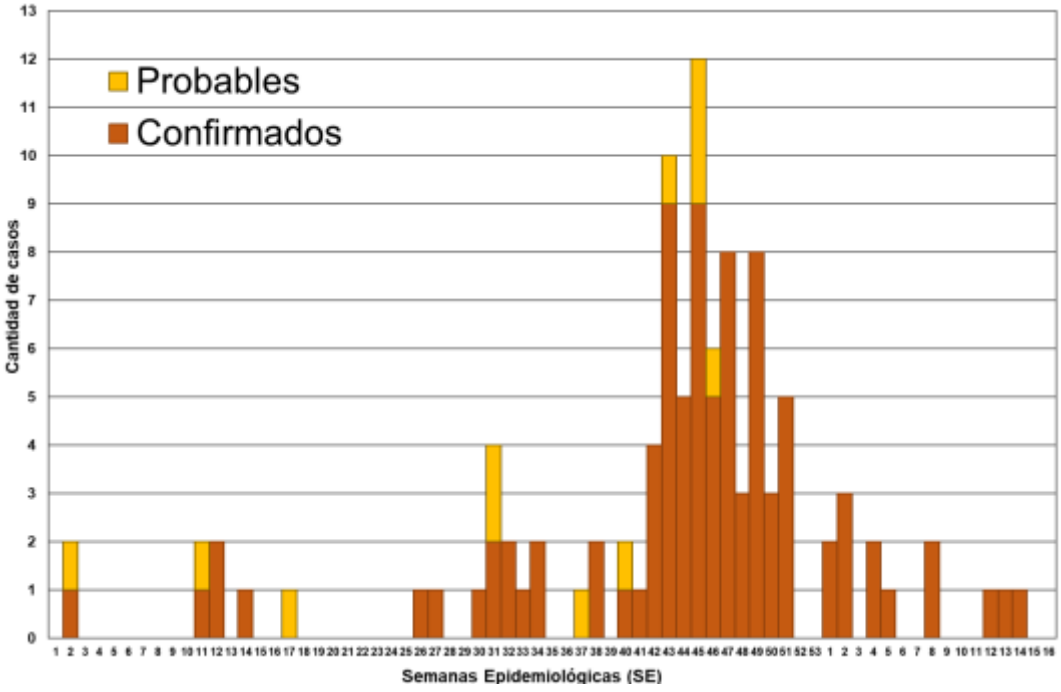
http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/

XI.3. Santa Fe: Coqueluche

Los casos confirmados en lo que va del 2026 (n= 13) corresponden a: siete casos Posneonato (29 hasta 365 días), tres casos del grupo de edad de 13 a 24 meses, dos casos de 2 a 4 años y un caso de 10 a 14 años.



Distribución de casos confirmados (n= 91) y probables (n= 12) de Coqueluche según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE.



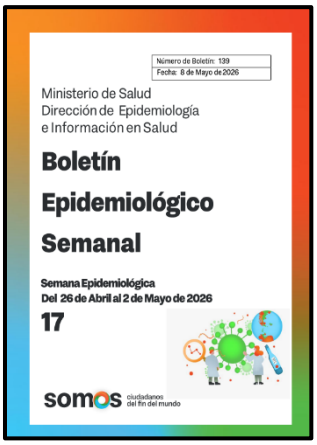
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

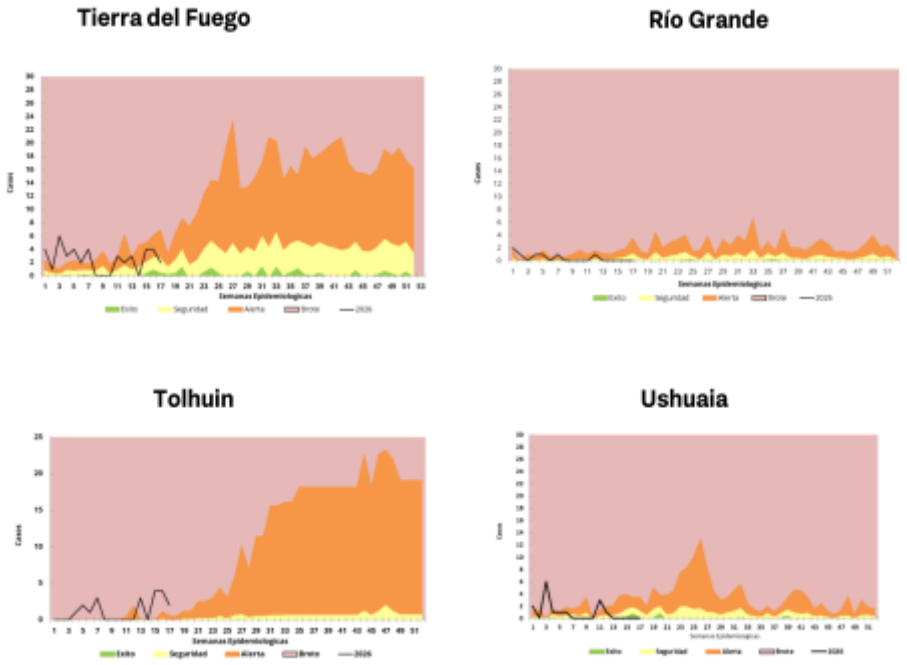
Para más información:

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

XI.4. Tierra del Fuego: Varicela

La incidencia de Varicela a nivel provincial se encuentra en zona de seguridad. En Tolhuin se notificaron dos casos en la SE 17.





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:

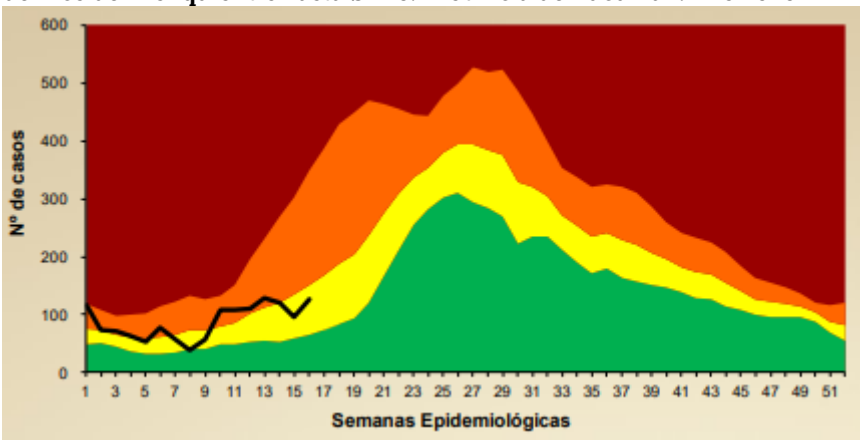
https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/

XI.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 16 se notificaron 126 casos.



Corredor endémico de Bronquiolitis hasta SE 16. Provincia de Tucumán. Año 2026



Fuente: SNVS – *Dirección de Epidemiología*

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS
PARA VIGILANCIA

XII. 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".

XIII. 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

XIV. 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