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



# BOLETÍN
# EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **809**

**Semana epidemiológica 19**
AÑO 2026
Desde 17/05 al 23/05
Fecha de publicación
**26/05/2026**

DIRECCIÓN DE
**EPIDEMIOLOGÍA**

MINISTERIO DE SALUD
REPÚBLICA ARGENTINA

# AUTORIDADES

## Presidente de la Nación

Dr. Javier Gerardo MILEI

## Ministro de Salud de la Nación

Dr. Mario Iván LUGONES

## Secretario de Gestión Sanitaria

Dr. Saúl FLORES

## Subsecretaria de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas en Salud

Dra. María Susana AZURMENDI

## Directora de Epidemiología

Vet. Cecilia GONZALEZ LEBRERO

## Sobre la autoría del boletín

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

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

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

**Leptospirosis**
Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores.
De la ANLIS "Carlos G. Malbrán": el Laboratorio Nacional de Referencia de Leptospirosis del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Dr. Emilio Coni" (INER Coni).

**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

La leptospirosis es una enfermedad producida por una bacteria que puede estar presente en la orina de ciertos animales como roedores, perros, vacas, cerdos, caballos y animales silvestres. Foto tomada de banco de imágenes libres de derechos.

## Cómo citar este boletín

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2026). Boletín Epidemiológico Nacional N°809, SE 19.

# I. Editorial del BEN 797

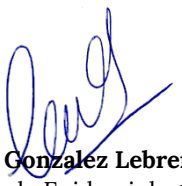
A lo largo de este año, el Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) ha continuado afirmándose El Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) se consolida como un espacio donde la vigilancia en salud se produce y se difunde de manera articulada, a partir de un trabajo sostenido entre equipos nacionales y jurisdiccionales. 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 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 y de dengue y otros arbovirus. En este último apartado se presenta la situación regional, la estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada 2025-2026, la situación nacional de dengue, fiebre chikungunya y otros arbovirus, incluyendo encefalitis arbovirales.

En la sección de actualizaciones periódicas se destaca el informe epidemiológico de leptospirosis, que integra la situación humana y canina en Argentina, recupera aspectos metodológicos de la vigilancia, presenta la evolución reciente del evento y reúne recomendaciones, medidas ante casos, contactos y brotes, así como acciones desarrolladas por el Ministerio de Salud de la Nación. Este informe aporta una mirada integral sobre un evento de relevancia sanitaria, ambiental y territorial, y busca fortalecer la detección, notificación, investigación y respuesta en los distintos niveles del sistema de salud.

Asimismo, se incluye una actualización sobre hantavirus, con el análisis de la situación epidemiológica nacional y de las acciones desarrolladas por el Ministerio de Salud de la Nación. En particular, se actualizan los avances de la investigación vinculada al brote de hantavirus asociado a un crucero internacional en Tierra del Fuego, incorporando información epidemiológica y las acciones realizadas alrededor de dicho evento.

La edición incorpora además alertas y comunicaciones internacionales, con información sobre la situación regional de sarampión en distintos países de las Américas, y actualizaciones vinculadas a la enfermedad por virus Bundibugyo en la República Democrática del Congo y Uganda, incluyendo sus implicancias para la región.

Como en ediciones anteriores, el BEN continúa destacando información producida por los equipos jurisdiccionales. En esta oportunidad se incluyen reportes de Buenos Aires, Salta, Santa Fe, Tierra del Fuego y Tucumán, vinculados a psitacosis, chikungunya, hantavirus, diarrea aguda y bronquiolitis en menores de 2 años. También se presentan 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 23
IV.5.A. Nota metodológica 23
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 se1/2026 a se 18/2026. 25
IV.6. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas 28
IV.6.A. Recomendaciones para equipos de salud 28
IV.6.B. Vigilancia epidemiológica 29
IV.7. Recomendaciones para la población 30
IV.7.A. Vacunación antigripal 31
IV.7.B. Tratamiento antiviral 31
**V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus** **33**
V.1. Situación regional 33
V.2. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026 34
V.2.A. Nota metodológica 34
V.3. Situación de dengue en Argentina 36
V.3.A. Temporada 2025/2026 36
V.3.B. Distribución espacial de los casos de dengue durante la temporada. 37
V.3.C. Casos Probables 38
V.3.D. Caracterización clínica de los casos de dengue 39
V.3.E. Consideraciones para la vigilancia por laboratorio 39
V.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina 40
V.4.A. Caracterización clínica de los casos de chikungunya. 43
V.5. Situación epidemiología de otros Arbovirus en Argentina 44
V.5.A. Encefalitis arbovirales 44
V.5.B. Otros arbovirus 46

**ACTUALIZACIONES PERIODICAS** ..... **49**
**VI. Leptospirosis – Actualización Informe epidemiológico** **50**
VI.1. Introducción 50
VI.2. Leptospirosis humana en Argentina 51
VI.2.A. Nota Metodológica 51
VI.2.B. Situación Epidemiológica 52
VI.3. Leptospirosis canina en Argentina 58
VI.3.A. Nota metodológica 58
VI.3.B. Situación epidemiológica 2026 59

VI.4. Conclusiones 60
VI.5. Sobre las acciones del Ministerio de Salud de la Nación 61
VI.6. Recomendaciones 61
VI.7. Medidas ante casos y contactos 62
VI.8. Medidas ante brotes 63
VI.9. Vigilancia Epidemiológica 64
VI.9.A. Leptospirosis humana 64
VI.9.B. Leptospirosis canina 65
VI.9.C. Definiciones y clasificaciones de caso 65
**VII. Hantavirosis 67**
VII.1. Introducción 67
VII.2. Situación epidemiológica nacional 68
VII.2.A. Nota metodológica 68
VII.2.B. situación epidemiológica 68
VII.2.C. Sobre las acciones del ministerio de salud de la nación 78
VII.3. Situación internacional: Brote relacionado con un crucero 79
VII.3.A. Epidemiología 79
VII.3.B. Acciones desarrolladas alrededor del brote de Hantavirosis en buque internacional. 79

**ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES ..... 82**
**VIII. Introducción 83**
VIII.1. Sarampión - Situación epidemiológica regional 83
VIII.1.A. Canadá 83
VIII.1.B. Estados Unidos de América 84
VIII.1.C. Guatemala 85
VIII.1.D. México3F 85
VIII.1.E. panama3F 85
VIII.1.F. perú3F 86
VIII.2. Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) relacionado a la enfermedad por virus Bundibugyo en la República Democrática del Congo y Uganda. Implicaciones para las Américas. 87
VIII.3. Alerta Epidemiológica Enfermedad del Ébola causada por el virus Bundibugyo en la República Democrática del Congo y Uganda 88

**DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES ..... 90**
**IX. Boletines Jurisdiccionales 91**
IX.1. Buenos Aires: Psitacosis 91
IX.2. Salta: Chinkungunya 92
IX.3. Santa Fe: Hantavirosis 93
IX.4. Tierra del Fuego: Diarrea aguda 94
IX.5. Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años 95

**HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA ..... 96**
**X. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 97**
**XI. Herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud. 9° Edición 98**
**XII. Curso Vigilancia y notificación de Dengue 99**

# 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.

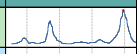
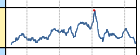
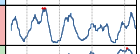
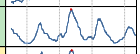
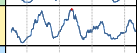
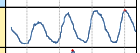
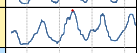
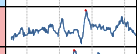
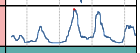
## III.3. Utilidad para la vigilancia epidemiológica

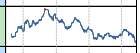
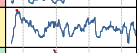
La incorporación de este enfoque permite fortalecer la vigilancia basada en tendencias recientes, facilitar la detección temprana de brotes o cambios en la tendencia, sensibilizar a los equipos de salud frente a eventos emergentes o en aumento, orientar la sospecha clínica y las acciones de prevención 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 19 de 2026.**

| Grupo | Evento | Mediana Acumulado 2022-2025 | Acumulado 2026 SE 19 | En lo que va del año, el evento se encuentra... | En las últimas 4 semanas el evento se encuentra... | Tendencia 2022-2026 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Enfermedades prevenibles por vacunas | Coqueluche (tos convulsa) | 72 | 292 | Por encima de lo esp. | Por debajo de lo esp. |  |
| | 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 | 264 | 291 | Dentro de lo esp. | Dentro de lo esp. |  |
| | Poliomielitis - PAF <15 y otros sosp. de polio. | 0 | 0 | Con magnitud baja | Con magnitud baja | |
| Enf. trans. por vectores | Chagas agudo vectorial | 0 | 2 | Con magnitud baja | Con magnitud baja | |
| Enf. trans. por alimentos | Trichinellosis (Triquinosis) | 31 | 9 | Con magnitud baja | Con magnitud baja | |
| Enf. zoonóticas animales | Rabia animal | 61 | 78 | En aumento | Por encima de lo esp. |  |
| Enfermedades zoonóticas humanas | Accidente potencialmente rábico (APR) | 5031 | 7317 | Por encima de lo esp. | Por debajo de lo esp. |  |
| | Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo) | 184 | 161 | Dentro de lo esp. | Por debajo de lo esp. |  |
| | Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo) | 80 | 79 | Dentro de lo esp. | Dentro de lo esp. |  |
| | Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo) | 4 | 5 | Con magnitud baja | Con magnitud baja | |
| | Cisticercosis | 3 | 3 | Con magnitud baja | Con magnitud baja | |
| | Escorpionismo o Alacranismo | 2680 | 3335 | En aumento | Dentro de lo esp. |  |
| | Ofidismo-Género Bothrops (Yarará) | 347 | 454 | En aumento | Dentro de lo esp. |  |
| | Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chinÍ) | 24 | 19 | Con magnitud baja | Con magnitud baja | |
| | Ofidismo-Género Micrurus (Coral) | 5 | 7 | Con magnitud baja | Con magnitud baja | |
| | Brucelosis | 43 | 46 | Dentro de lo esp. | Por encima de lo esp. |  |
| | Psitacosis | 64 | 61 | Dentro de lo esp. | Por encima de lo esp. |  |

| Grupo | Evento | Mediana Acumulado 2022-2025 | Acumulado 2026 SE 19 | En lo que va del año, el evento se encuentra... | En las últimas 4 semanas el evento se encuentra... | Tendencia 2022-2026 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ETMI - Enfermedades del niño | Chagas agudo congénito | 16 | 11 | Con magnitud baja | Con magnitud baja | |
| | Sífilis Congénita | 284 | 325 | Dentro de lo esp. | Por debajo de lo esp. |  |
| | Hepatitis B - Expuesto a la trans. vertical | 0 | 0 | Con magnitud baja | Con magnitud baja | |
| ETMI - Enfermedades en embarazadas | Chagas crónico en embarazadas | 479 | 434 | Dentro de lo esp. | Por debajo de lo esp. |  |
| | Sífilis en embarazadas | 2896 | 4437 | Por encima de lo esp. | Dentro de lo esp. |  |
| | Hepatitis B en embarazadas | 17 | 4 | Con magnitud baja | Con magnitud baja | |
| Hepatitis virales | Hepatitis A | 15 | 44 | Por encima de lo esp. | Por encima de lo esp. |  |
| | Hepatitis B | 188 | 236 | En aumento | Dentro de lo esp. |  |
| | Hepatitis C | 370 | 432 | Dentro de lo esp. | Por debajo de lo esp. |  |
| | Hepatitis E | 2 | 4 | Con magnitud baja | Con magnitud baja | |
| Infecc. de trans. sexual | Sífilis en población general | 9103 | 17703 | Por encima de lo esp. | Dentro de lo esp. |  |
| Infecc. Resp. agudas | Legionelosis | 11 | 11 | Con magnitud baja | Con magnitud baja | |
| Intoxicaciones | Intoxicación medicamentosa | 480 | 463 | Dentro de lo esp. | Dentro de lo esp. |  |
| | Intoxicación/Exposición a hidrocarburos | 7 | 6 | Con magnitud baja | Con magnitud baja | |
| | Intox./Exp. a Plag. de uso agrícola | 4 | 3 | Con magnitud baja | Con magnitud baja | |
| | Intoxicación/Exposición a Plag. de uso doméstico | 12 | 21 | Con magnitud baja | Con magnitud baja | |
| | Intoxicación/Exposición a Plomo | 4 | 2 | Con magnitud baja | Con magnitud baja | |
| | Intox./Exp. a Monóxido de Carbono | 164 | 389 | Por encima de lo esp. | En aumento |  |
| Lesiones | Intento de Suicidio sin resultado mortal | 2578 | 4400 | Por encima de lo esp. | Dentro de lo esp. |  |
| | Intento de Suicidio con resultado mortal | 122 | 194 | Por encima de lo esp. | Dentro de lo esp. |  |
| Tuberculosis y lepra | Tuberculosis | 3225 | 3529 | Dentro de lo esp. | Dentro de lo esp. |  |

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

# EVENTOS **PRIORIZADOS**

# IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

## IV.1. Nota Metodológica

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

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

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

En la SE 17 de 2026, la actividad de virus respiratorios en la Región de las Américas consolida el patrón de transición estacional inter-hemisférica ya observado en las semanas previas, con divergencia cada vez más marcada entre hemisferios. América del Norte, el Caribe y Centroamérica continúan su descenso post-pico hacia la línea de base interestacional, mientras Brasil y el Cono Sur intensifican su tendencia ascendente de inicio de temporada, siendo Argentina el país que muestra el ascenso más marcado de la región durante el periodo de reporte. La Subregión Andina muestra señales mixtas con descenso agregado pero divergencia creciente entre los diferentes países, y un repunte temprano notable de VRS. A(H3N2) se mantiene como el subtipo predominante en la mayoría de subregiones del Hemisferio Sur, mientras que en América del Norte continúa el predominio de influenza B que ha caracterizado el fin de temporada 2025–2026. El SARS-CoV-2 mantiene su descenso generalizado sin señal de resurgimiento en ninguna subregión. De igual manera, la carga de IRAG y ETI desciende en el Hemisferio Norte, mientras los indicadores empiezan a indicar un incremento en el Cono Sur.

## IV.2. Síntesis de la información nacional destacada

En relación a la vigilancia de eventos clínicos, los casos de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) y neumonía presentan un ascenso en las últimas semanas, que alcanzaron niveles de brote en SE11. Las bronquiolitis en menores de 2 años permanecen en niveles esperados.

En la vigilancia centinela ambulatoria (Unidades de Monitoreo Ambulatorio de Virus Respiratorios - UMA), durante 2026 se observa a partir de la SE12 un incremento en el número de casos de influenza y en el porcentaje de positividad, con 42,2% de las muestras positivas en la SE19. En relación con SARS-CoV-2, en las últimas semanas los casos se mantienen en niveles bajos, luego del ascenso registrado durante 2025. Respecto del VSR, se registran detecciones aisladas, con dos casos positivos identificados en lo que va de 2026.

En relación con la vigilancia centinela de casos hospitalizados por infección respiratoria aguda grave (UC-IRAG), en las primeras 18 SE de 2026 se registraron 1.987 internaciones, con tendencia ascendente a partir de la SE11, en coincidencia temporal con el aumento de casos

[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

positivos de influenza A(H3N2). En las últimas cuatro semanas analizadas se observó un predominio de detecciones de influenza, con 135 casos positivos entre los 558 casos de IRAG estudiados, seguida en frecuencia por VSR (n=28) y SARS-CoV-2 (n=1).

En 2026, las detecciones de influenza se mantuvieron estables hasta la SE9, desde la SE 10 se verifica 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 SE17/2026, se observa circulación de virus respiratorios, principalmente Influenza, seguido de VSR, SARS-CoV-2, adenovirus, parainfluenza y metapneumovirus.

En personas internadas, en la SE18/2026, se notificaron 123 hospitalizaciones con diagnóstico de influenza, 13 con diagnóstico de SARS-CoV-2 y 21 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 4 fallecimientos con diagnóstico de influenza.

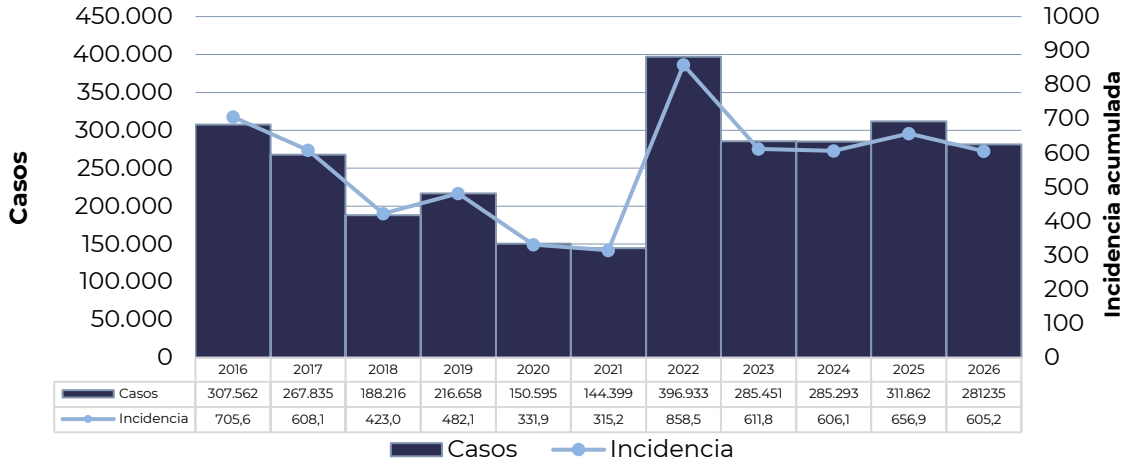
## IV.3. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis

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

En las 18 primeras SE de 2026 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 281.235 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 605,2 casos/ 100.000 habitantes.

Para el período 2016–2026, el mayor número de notificaciones de ETI se registró en 2022, seguido por 2025. Si bien el año en curso presenta el menor número de casos desde 2022, la incidencia se mantiene en valores comparables a los de los tres años previos, con variaciones de baja magnitud.

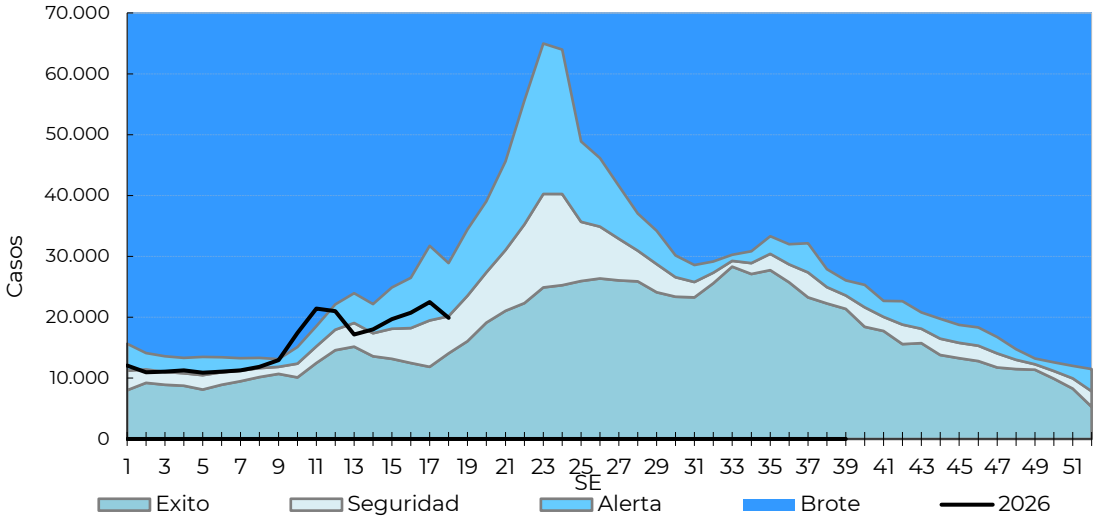
**Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de ETI por 100.000 habitantes. Años 2016-2026. SE18. Argentina[2].**




*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 relación con el corredor endémico de ETI, las notificaciones se mantuvieron entre los niveles de seguridad y alerta durante las primeras 9 SE, con un ascenso posterior que alcanzó el nivel de brote en la SE 11. En las últimas semanas epidemiológicas, los casos de ETI se ubican nuevamente en el nivel de alerta.

**Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2018-2025. SE 1 a 18 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

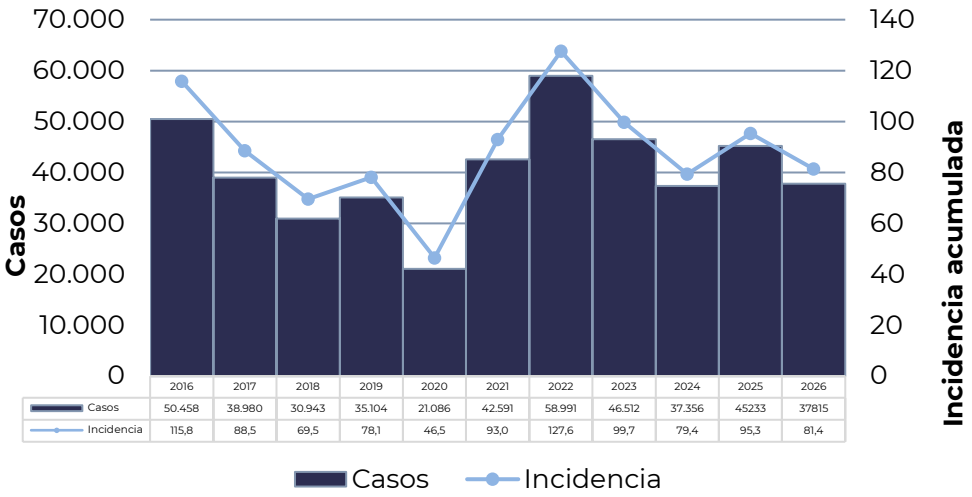
En las primeras 18 SE de 2026 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 37.815 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 81,4 casos/ 100.000 habitantes.

En el período 2016–2026, las notificaciones de neumonía acumuladas hasta SE18 registraron su mayor número de casos en 2022, seguido de 2016. En 2026 se observa un

[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.

menor número de notificaciones que en 2025, aunque ligeramente superior al registrado en 2024

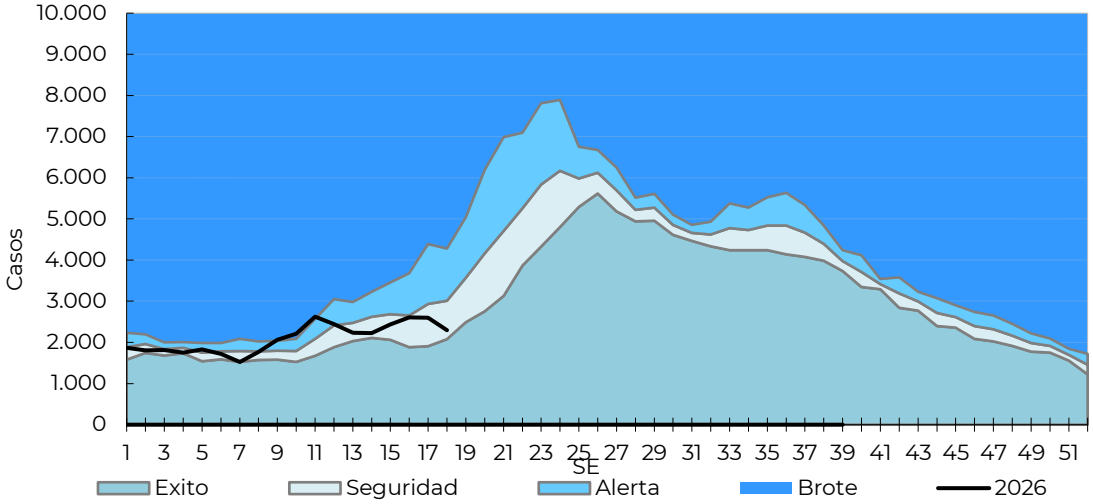
**Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2016-2026. SE18. Argentina.**




*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, cuando se ubicó entre niveles de alerta y brote, con un ligero descenso posterior.

**Gráfico 4: Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2018-2025. SE 1-18 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.*

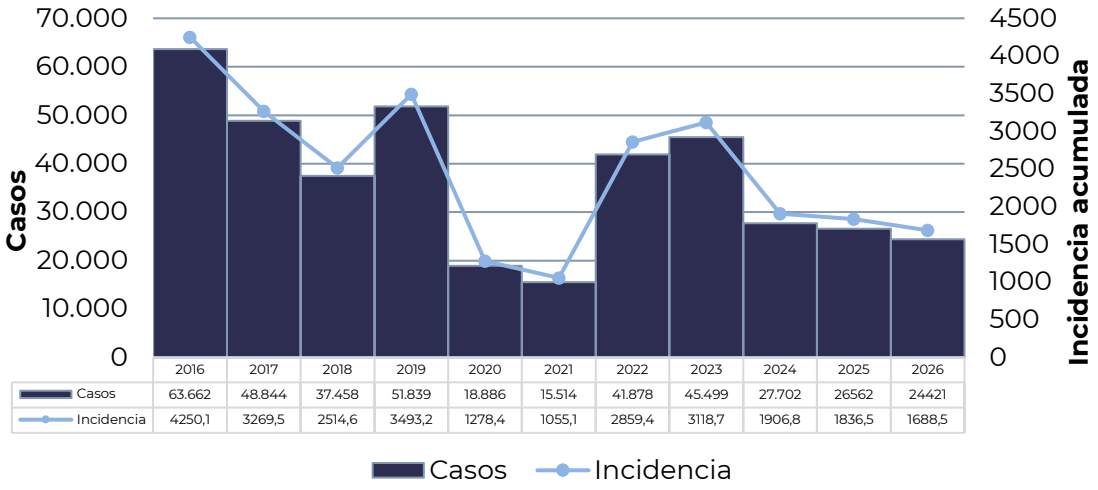
[4] Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

### IV.3.C. BRONQUIOLITIS

En las primeras 18 SE de 2026, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 24.421 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 1.688,5 casos/100.000 habitantes.

En relación con los años previos, las notificaciones de bronquiolitis en las primeras 18 SE alcanzaron su pico en 2016, con un descenso marcado en los dos primeros años de pandemia (2020-2021), y un posterior aumento en 2023 y 2024. En los últimos tres años, los casos registrados se ubican entre los valores más bajos de la serie, con excepción del mencionado período pandémico.

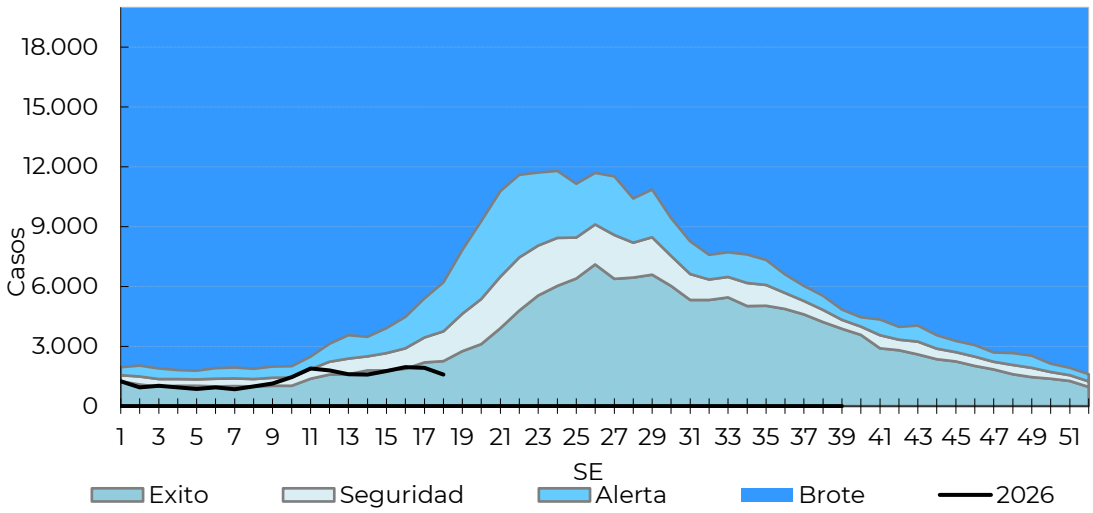
**Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis en menores de 2 años por 100.000 habitantes. Años 2016-2026. SE18. Argentina.**




*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 18 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 1-18 de 2026[5]. Argentina.**



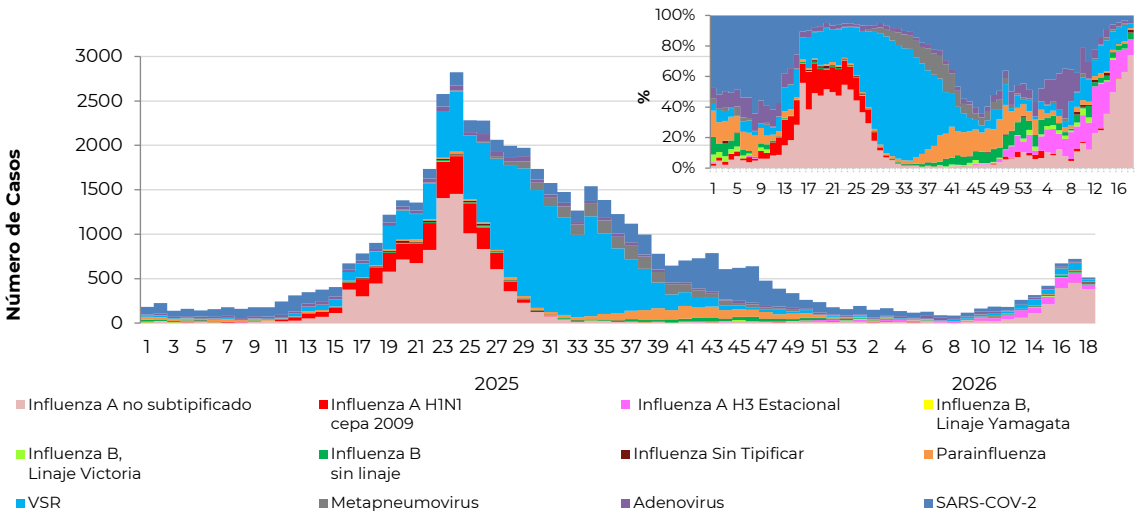

*Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.*

[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

Durante 2026, las detecciones de **influenza** se mantuvieron estables hasta la SE9, y, a partir de la SE 10, se registra un aumento tanto en el número de casos como en el porcentaje de positividad para este virus. Entre las SE 16-18 se notificaron un total de 1593 detecciones de influenza. En cuanto a **VSR y SARS-CoV-2**, durante las primeras 16 SE de 2026 las detecciones se mantienen en niveles bajos.

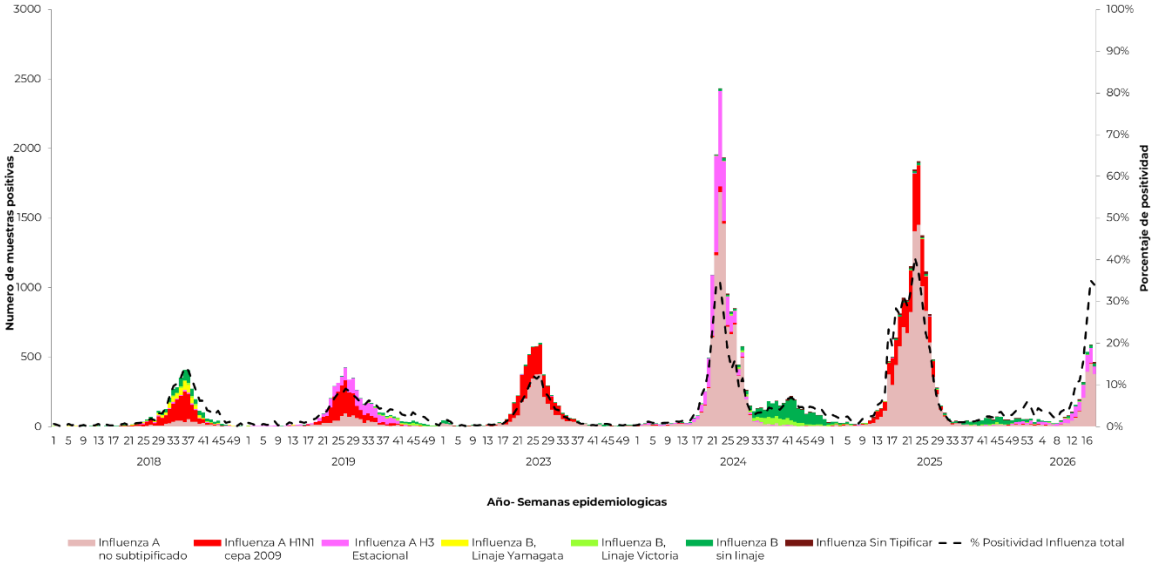
**Gráfico 7. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2024 a SE18/2026. Argentina.**




*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].*

Durante 2025, la circulación viral de influenza en el país se caracterizó por un inicio adelantado respecto de los patrones históricos, con un ascenso de casos a partir de la SE 11 y niveles elevados de positividad desde la SE13. Este comportamiento se diferencia de las temporadas de mayor circulación del período 2016–2024, cuyo inicio fue posterior, con excepción de 2022, año en el que se registró una dinámica inusual tanto en la magnitud de casos como en la estacionalidad. A lo largo de 2025 se notificaron casos de manera continua durante todas las semanas epidemiológicas, observándose desde la SE11 un incremento sostenido de las detecciones, con predominio de influenza A —principalmente del subtipo A(H1N1) y también de influenza A no subtipificada—, lo que evidencia un adelanto del ascenso estacional. El número máximo de notificaciones semanales se alcanzó entre las SE22 y SE26, seguido de una tendencia descendente. Hacia las últimas semanas del año se verificó un ligero aumento de las detecciones, inicialmente con predominio de influenza B desde la SE36, junto con detecciones de influenza A y A(H3N2), y posteriormente con un incremento principalmente a expensas de influenza A, en particular del subtipo A(H3N2) hacia el final del período, acompañado de detecciones de influenza B.

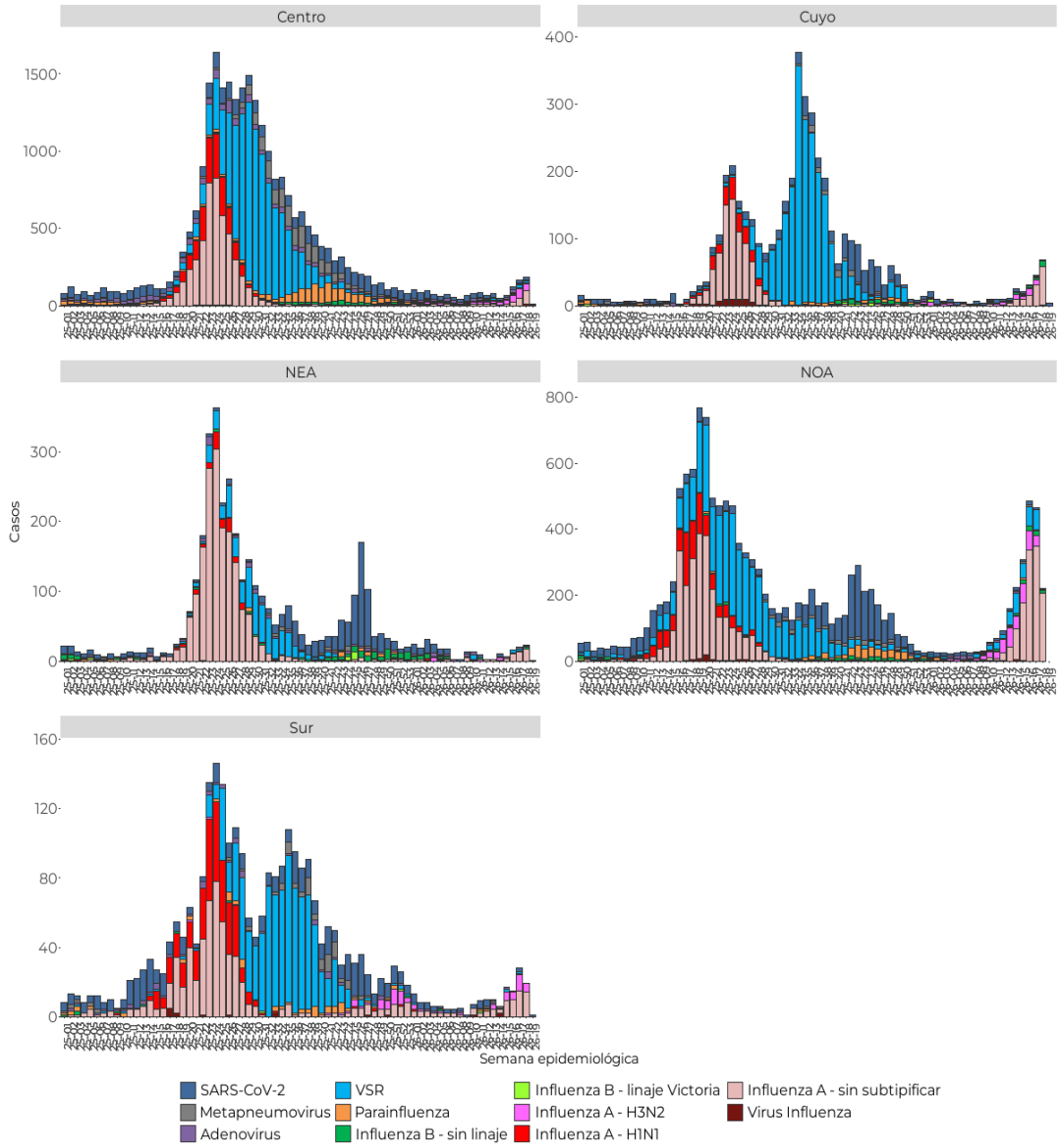
**Gráfico 8. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y porcentaje de positividad, por Semana epidemiológica. SE01/2018- SE18/2026. Argentina.**




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

En el análisis regional, se observa que durante la temporada 2025 los casos de influenza iniciaron su ascenso en el Noroeste (NOA) y en la región Sur. En las semanas posteriores, esta tendencia ascendente se extendió al resto de las regiones del país. En la actualidad, se registra un aumento en el número de casos, más marcado en la región NOA, aunque el incremento se verifica en todas las regiones, con menor magnitud relativa.

**Gráfico 9. Distribución de influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica, por región. SE01/2025 a SE18/2026. 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. Esta situación se asemeja a lo observado durante 2025, año durante el cual 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 relación con el **VSR**, 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 la actualidad, durante las primeras 16 SE de 2026, las detecciones se mantuvieron en niveles bajos, con un ligero aumento a partir de la SE13. Entre las SE17 y SE18 de 2026 se notificaron 92 casos.

Respecto a otros virus respiratorios, 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 mostraron 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 18/2026 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: Influenza, SARS-CoV-2, VSR, parainfluenza, adenovirus y metapneumovirus.

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

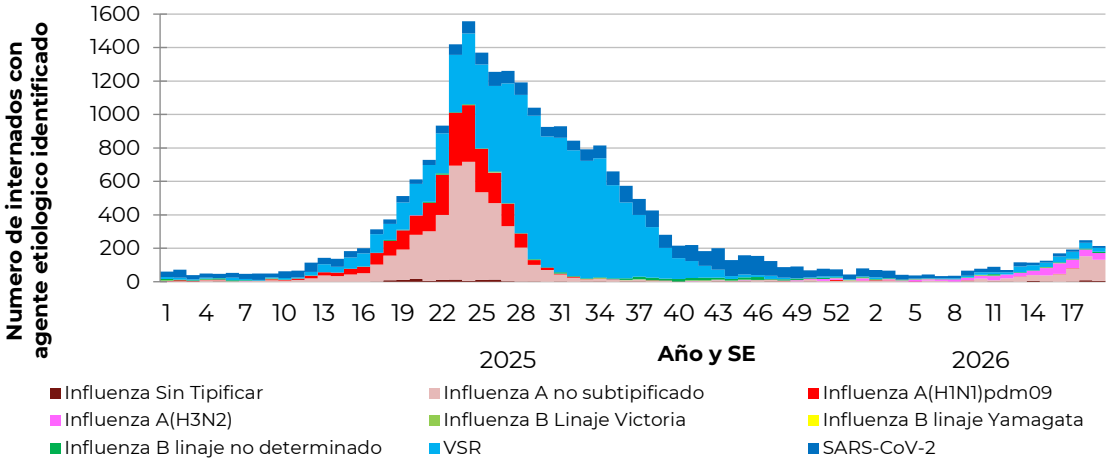
En las primeras 18 SE de 2026 se notificaron 446 casos de SARS-CoV-2 en personas internadas, cifra que resulta un 32,5% inferior a la registrada en igual período de 2025**.** Los casos de SARS-CoV-2 en hospitalizados presentaron un ascenso entre las SE 34 a 42 de 2024, seguido de una disminución posterior y de valores bajos con algunas oscilaciones en 2025, manteniéndose en valores bajos. En las SE 18 y 19 de 2026 se registraron 25 casos hospitalizados con este diagnóstico.

Adicionalmente, en cuanto a los casos de **influenza, 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, continuando con valores bajos hasta la SE10 de 2026. En las 18 SE de 2026 se registraron un total de 1144 detecciones en hospitalizados. En las SE 18 y 19 de 2026, se detectaron 377 casos positivos para influenza en internados.

Entre los 1144 casos de influenza notificados durante 2026, se registran predominantemente detecciones de influenza A (n= 1023), con menor detección de influenza B (n= 96). De los casos de influenza A, 441 cuentan con subtipificación, correspondiendo 14 a influenza A (H1N1) pdm09 y 427 a influenza A (H3N2). En relación con influenza B, 38 casos corresponden al linaje Victoria y el resto no cuentan con identificación de linaje.

Respecto a **VSR**, en 2025 los casos de VSR comenzaron su tendencia ascendente en la SE 12, con un pico en la SE 29, con descenso posterior. En lo que va de 2026, se notificaron 305 casos hospitalizados positivos para VSR, con 59 detecciones en las SE 18 y 19.

**Gráfico 11. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2025 a SE19/2026. Argentina.**

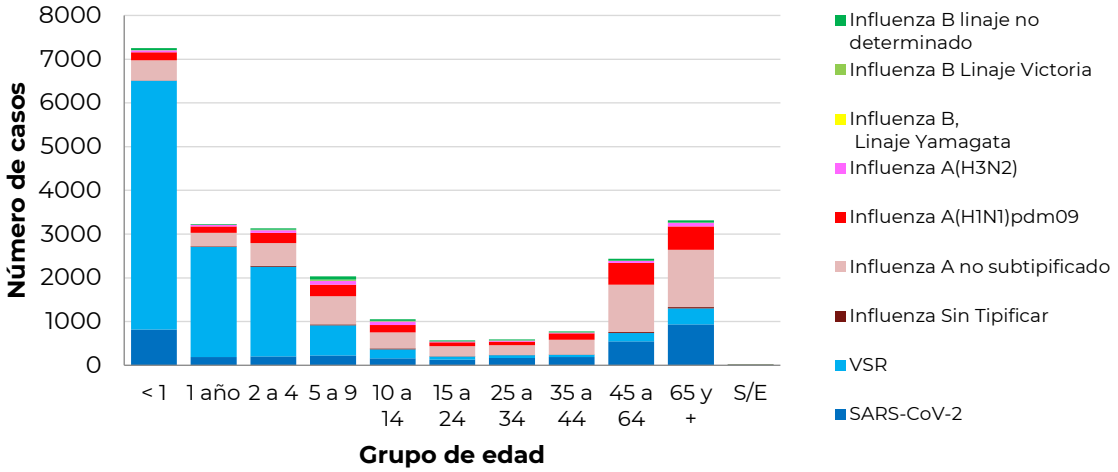



*Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].*

Con respecto a la distribución por grupos de edad de las detecciones acumuladas en personas hospitalizadas, desde SE1/2025 hasta SE19/2026, 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 SE19/2026.**




*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 5 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.

De acuerdo con la evolución de la situación epidemiológica que determinó un aumento progresivo del volumen de muestras recibidas en el LNR, la secuenciación genómica se realizó en el 100% de los casos hasta la SE13 y comenzó a hacerse por muestreo a partir de la SE14. Para 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).

A partir del informe de SE16, 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 SE18 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.

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

Entre la SE 1/2025 y la SE 18/2026, el Laboratorio Nacional de Referencia secuenció 235 muestras positivas para Influenza A(H3N2) provenientes de 23 jurisdicciones, de las cuales 194 (83%) correspondieron al subclado J.2.4.1/(K), 28 (12%) 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 18/2026 (N = 235).**

| 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** | **58** | **81** |
| Buenos Aires | 0 | 0 | 1 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 5 | 23 | 33 |
| CABA | 1 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 27 | 33 |
| 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 | 6 | 8 |
| **Cuyo** | **0** | **1** | **3** | **0** | **2** | **0** | **0** | **0** | **0** | **20** | **26** |
| Mendoza | 0 | 1 | 3 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 16 | 22 |
| 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** | **66** | **72** |
| Catamarca | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 5 |
| Jujuy | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 11 | 15 |
| La Rioja | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 4 |
| Salta | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 27 | 28 |
| Santiago del Estero | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Tucumán | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 20 | 20 |
| **Sur** | **1** | **0** | **16** | **0** | **15** | **0** | **0** | **3** | **0** | **8** | **43** |
| Chubut | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 |
| La Pampa | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 |
| Neuquén | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 |
| 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 | 3 | 1 | 23 | 0 | 33 | 0 | 0 | 5 | 9 | 161 | 235 |

*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 SE1/2026 A SE 18/2026.

En términos acumulados, desde la SE 1/2026 hasta la SE 18/2026, el LNR recibió 749 muestras positivas para Influenza, de las cuales 746 pudieron ser tipificadas y subtipificadas. Entre las muestras tipificadas, el 91% correspondió a Influenza A y el 9% a Influenza B. Dentro de las muestras de Influenza A, el 98% correspondió al subtipo A(H3N2) y el 2% 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). Asimismo, se secuenciaron dos casos de Influenza A(H1N1) subclado D.3.1.1, uno correspondiente a NEA y el otro a Centro. Por otro lado, Influenza B Victoria se detectó en todas las regiones. Los casos secuenciados hasta el momento de Influenza B Victoria corresponden a las regiones de Centro y NOA.

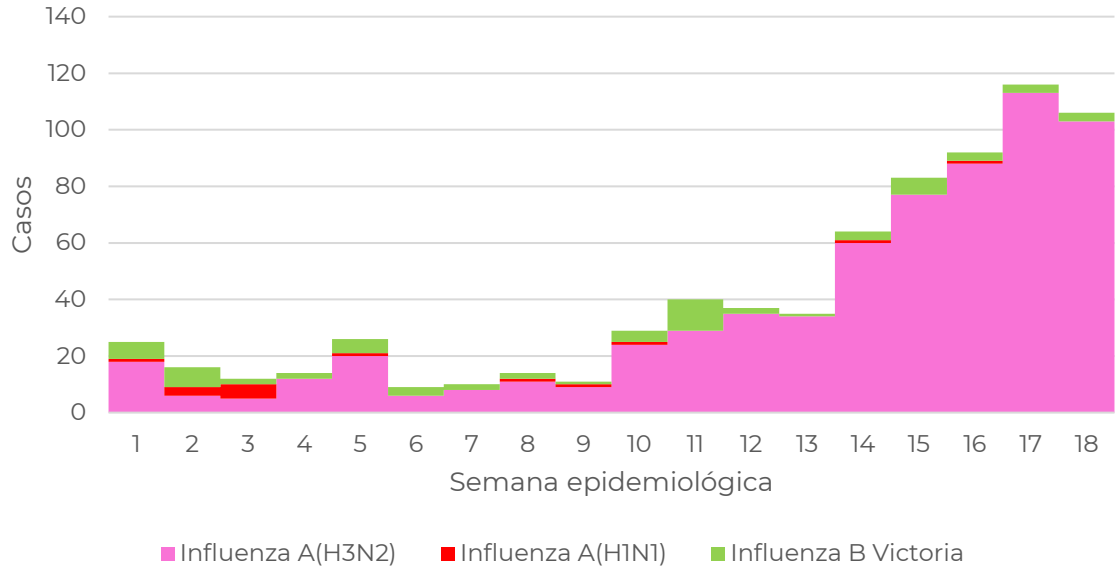
**Tabla 2. Casos de Influenza estudiados por el LNR por tipo, subtipo y caracterización genómica, según jurisdicción. Argentina. SE1 a SE18, Año 2026 (N = 749).**

| Jurisdicción | Influenza A | | | | | | | Influenza B | | | | | Influ sp | Tot. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 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.3.1 | Subclado C.5.1 | Subclado C.5.6 | Subclado C.5.6.1 | Sin esp. | | |
| **Centro** | **0** | **58** | **6** | **152** | **1** | **6** | **3** | **1** | **1** | **2** | **2** | **19** | **1** | **252** |
| Buenos Aires | 0 | 23 | 5 | 62 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 8 | 0 | 103 |
| CABA | 0 | 27 | 1 | 48 | 0 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 1 | 84 |
| Córdoba | 0 | 1 | 0 | 10 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 3 | 0 | 19 |
| Entre Ríos | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 4 |
| Santa Fe | 0 | 6 | 0 | 32 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 42 |
| **Cuyo** | **0** | **20** | **0** | **57** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **13** | **0** | **90** |
| Mendoza | 0 | 16 | 0 | 56 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 | 0 | 82 |
| San Juan | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 5 |
| San Luis | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 |
| **NEA** | **1** | **9** | **0** | **10** | **1** | **3** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **1** | **0** | **25** |
| Chaco | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Corrientes | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Formosa | 0 | 7 | 0 | 10 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 22 |
| Misiones | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOA** | **1** | **66** | **3** | **237** | **0** | **3** | **3** | **0** | **2** | **0** | **0** | **24** | **1** | **340** |
| Catamarca | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 8 |
| Jujuy | 0 | 11 | 3 | 87 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 102 |
| La Rioja | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Salta | 1 | 27 | 0 | 75 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 9 | 0 | 118 |
| Santiago del Estero | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 1 | 10 |
| Tucumán | 0 | 20 | 0 | 73 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 99 |
| **Sur** | **3** | **8** | **0** | **27** | **0** | **1** | **1** | **0** | **0** | **0** | **0** | **1** | **1** | **42** |
| Chubut | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 |
| La Pampa | 0 | 2 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 |
| Neuquén | 0 | 1 | 0 | 10 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 13 |
| Río Negro | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Santa Cruz | 3 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| Tierra del Fuego | 0 | 2 | 0 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 12 |
| Total | 5 | 161 | 9 | 483 | 2 | 13 | 7 | 1 | 3 | 2 | 2 | 58 | 3 | 749 |

*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 sostenido del número de casos recibidos en el LNR a lo largo del período: mientras que el promedio semanal (según fecha de toma de la muestra) en las primeras nueve semanas del año fue de 16 casos, entre las SE10 y SE18 dicho ascendió a 64 y en las últimas dos semanas superó las 100 muestras semanales. 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, se evidenció un predominio más marcado de Influenza A(H3N2), que representó en promedio el 95% de los casos analizados entre las SE12 y SE18.

**Gráfico 1. Casos de Influenza recibidos por el LNR por semana de toma de muestra según tipo y subtipo de virus. Argentina. SE1 a SE18, Año 20266 (N=749).**



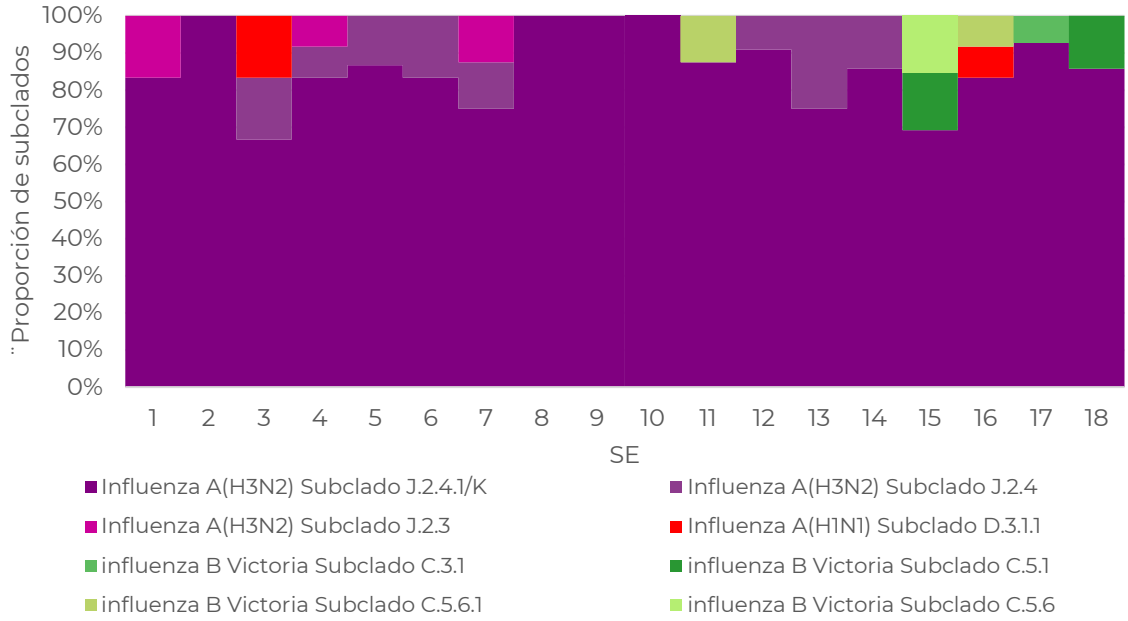

*Fuente: Elaboración del Servicio Virosis Respiratorias y el Departamento de Epidemiología del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.*

Se realizó la caracterización genómica de 185 casos de Influenza, 175 de Influenza A(H3N2), 2 de Influenza A(H1N1) y 8 de Influenza B Victoria. Entre los casos de Influenza A(H3N2), el subclado prevalente fue J.2.4.1/(K) -con 161 casos (92%)-, seguido del subclado J.2.4 (9) y J.2.3 (5). Los dos casos secuenciados de Influenza A(H1N1) correspondieron al subclado D.3.1.1. En cuanto a Influenza B Victoria se identificaron los subclados C.5.1 (3), C.5.6 (2), C.5.6.1 (2) y C.3.1 (1),

En relación con la distribución temporal de los subclados identificados, se evidenció co-circulación de distintos subclados de influenza A(H3N2) —J.2.4.1/(K), J.2.4 y J.2.3—, junto con influenza B/Victoria —C.3.1, C.5.1, C.5.6 y C.5.6.1— e influenza A(H1N1) D.3.1.1. Sin embargo, el subclado A(H3N2) J.2.4.1/(K) fue el predominante a lo largo de todo el período evaluado

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

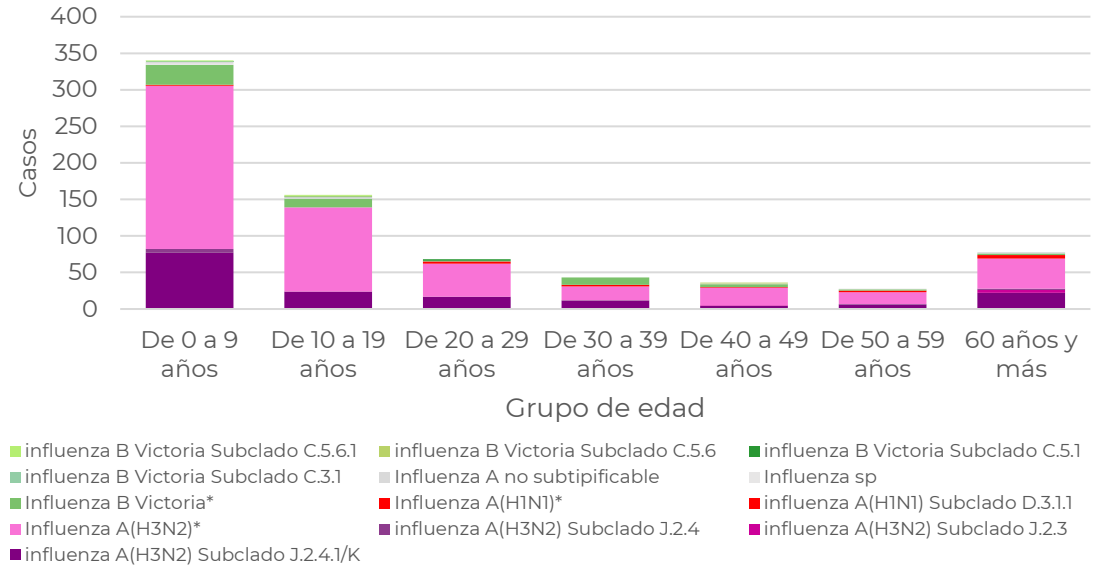
**Gráfico 2. Distribución proporcional de Casos de Influenza por semana de toma de muestra según subclado identificado. SE1 a SE18. Año 2026.**




*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 45% de los casos; dentro de este grupo, el 29% correspondieron a menores de 2 años. Le siguieron los grupos etarios de 10 a 19 (21%) y 60 años y más (12%). 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 66% 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 SE18, Año 2026 (N =749)**



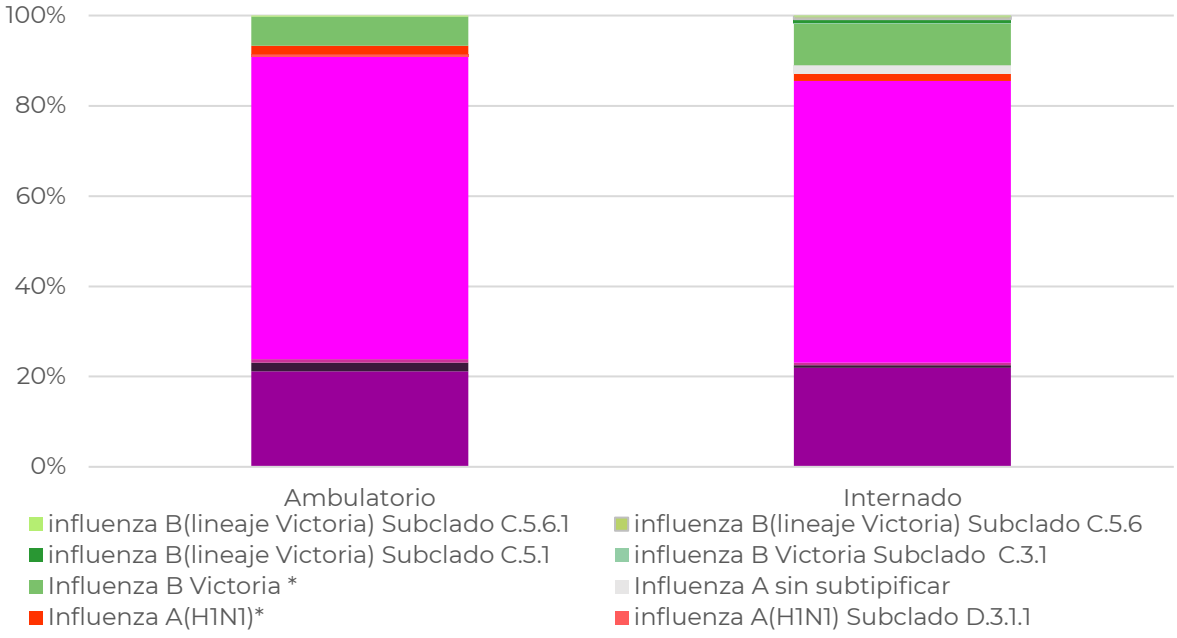

**sin subclado asignado*

*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 proporcional de los virus Influenza según condición de atención, se observó un predominio de Influenza A(H3N2) tanto en pacientes ambulatorios como internados (alrededor del 90% de todos los casos). En ambos grupos, el subclado predominante de A(H3N2) fue J.2.4.1/(K).

Entre los pacientes ambulatorios, se registró una proporción del 7% de Influenza B Victoria mientras que en internados representó el 11% 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 SE18, Año 2026.**




**sin subclado asignado*

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

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

### IV.6.A. RECOMENDACIONES PARA EQUIPOS DE SALUD

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

## IV.6.B. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

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

En este marco, se recomienda:

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

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

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

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

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

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

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

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

## IV.7. Recomendaciones para la población

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

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

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

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

## IV.7.A. 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.7.B. 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.

**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 21/05/2026 en países de la región seleccionados.

**Brasil:** hasta la semana epidemiológica (SE) 18 de 2026 se notificaron 751.959 casos de dengue, de los cuales 164.780 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa una disminución del 85% respecto a la misma semana de 2025. Asimismo, se reportaron 118 fallecimientos. En cuanto a chikungunya, se reportaron un total de 67.418 casos. De ellos, 24.043 fueron confirmados por laboratorio, lo que implica una disminución del 66% respecto de los confirmados en la misma semana de 2025. Se registraron 23 fallecimientos para este evento. Respecto al zika, hasta la SE 17, se registraron 4.626 casos, de los cuales 251 fueron confirmados. En comparación con la misma semana epidemiológica de 2025, los casos confirmados registraron una disminución del 77%. 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 9.477 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 un 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 18/2026 se registraron un total de 7.897 casos de dengue, sin fallecimientos asociados. De ellos, 197 casos fueron confirmados por laboratorio, lo que implica un 81% menos que en la misma semana de 2025. Respecto de chikungunya, se notificaron 16 casos confirmados por laboratorio, un 23% 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 18/2026 se reportaron un total de 23.998 casos de dengue, de los cuales 13.761 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa una disminución del 40% respecto a la misma semana del año anterior. Se registraron 24 fallecimientos para este evento. Con relación a chikungunya, hasta la SE 17/2026 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 15/2026 se notificaron 11 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 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

[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

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 nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026

### V.2.A. NOTA METODOLÓGICA

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

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

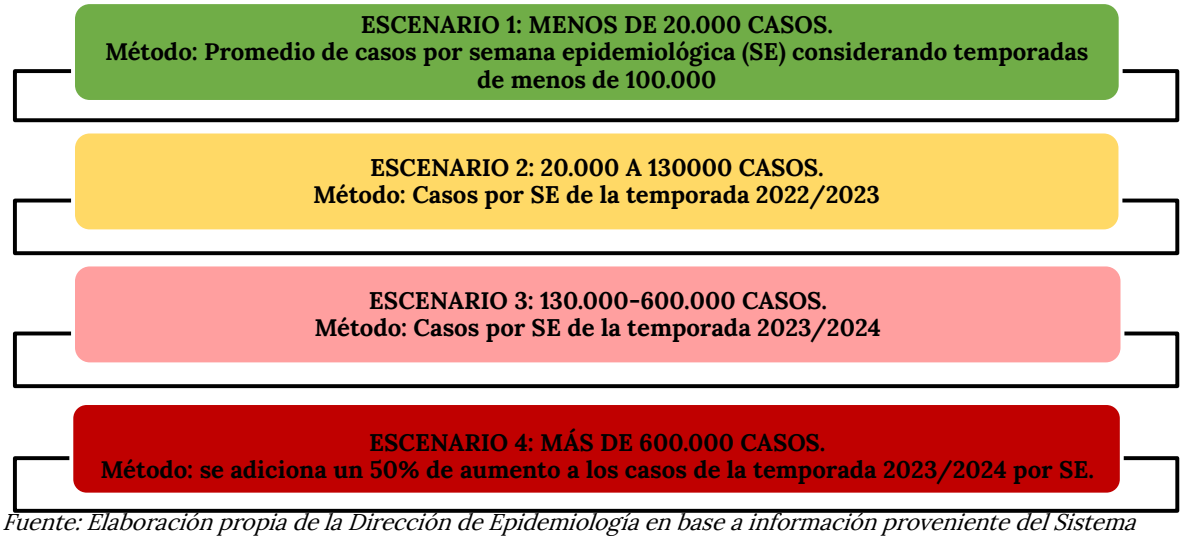
El abordaje metodológico se fundamenta en la extrapolación de series históricas recientes y en la estratificación de escenarios según la magnitud de la incidencia, con el objetivo de

[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

anticipar la carga de enfermedad y orientar oportunamente las acciones de preparación y respuesta en los ámbitos de la vigilancia epidemiológica, clínica, entomológica y virológica.

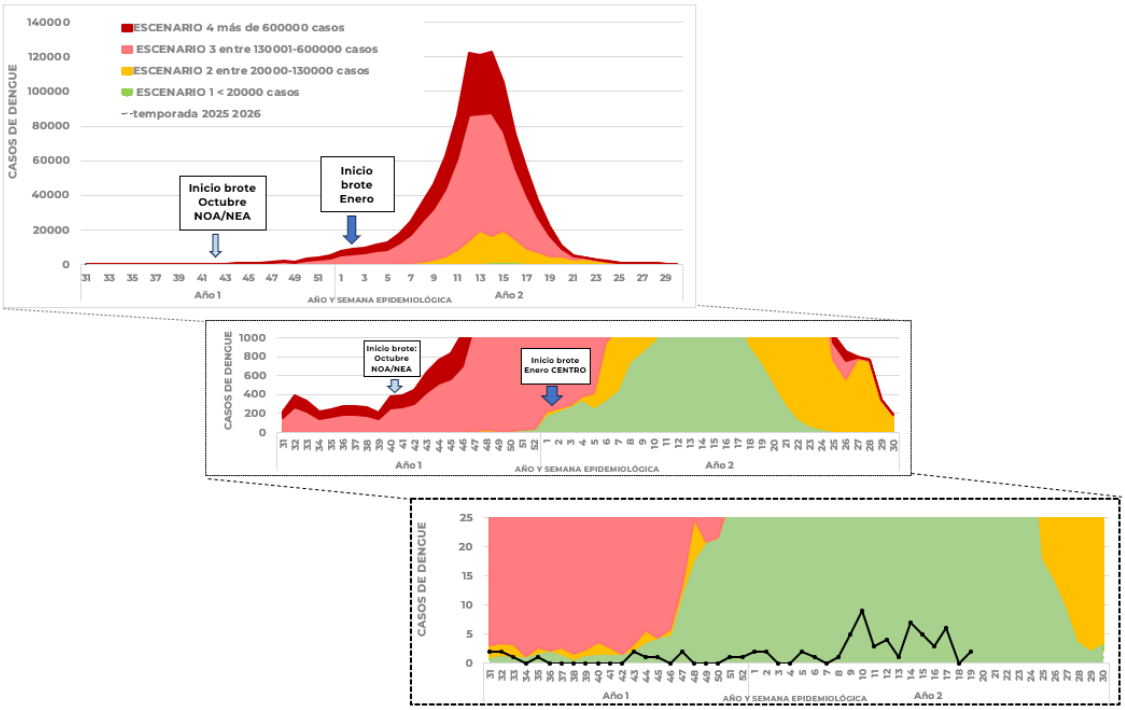
En el último gráfico (detalle en zoom) se presentan los casos de la temporada 2025-2026 y su representación en el modelo de escenarios estimados. Estos registros iniciales permiten dimensionar el inicio de la temporada y anticipar su evolución en comparación con temporadas previas. Por el momento, la 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=67). 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) **25384** casos sospechosos de dengue, de los cuales **67** fueron confirmados por laboratorio detectándose la circulación de DENV 1, 2 y 3. El **60%** 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 19/2026 se notificaron **902** casos sospechosos y **dos** casos confirmados de dengue; estos últimos correspondientes a las jurisdicciones de **CABA** y **Jujuy**, con fecha de inicio de síntomas en las SE 18 y SE19[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).

**Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE19/2026. 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 | 60 | 5 | 10 | DENV-1 DENV-2 | 1370 | 366 | 1822 | 16 |
| CABA | 21 | 25 | 9 | 3 | DENV-1 DENV-2 DENV-3 | 439 | 192 | 689 | 30 |
| Córdoba | 3 | 32 | 2 | 0 | DENV-2 | 2619 | 128 | 2784 | 5 |
| Entre Ríos | 0 | 4 | 4 | 1 | DENV-3 | 320 | 6 | 335 | 4 |
| Santa Fe | 0 | 29 | 2 | 2 | DENV-3 | 1229 | 80 | 1342 | 2 |
| **Total Centro** | **35** | **150** | **22** | **16** | | **5977** | **772** | **6972** | **57** |
| Mendoza | 0 | 0 | 2 | 1 | DENV-3 | 135 | 3 | 141 | 2 |
| San Juan | 0 | 0 | 0 | 0 | | 43 | 0 | 43 | 0 |
| San Luis | 0 | 0 | 0 | 0 | | 82 | 16 | 98 | 0 |
| **Total Cuyo** | **0** | **0** | **2** | **1** | | **260** | **19** | **282** | **2** |
| Chaco | 0 | 8 | 0 | 0 | | 960 | 8 | 976 | 0 |
| Corrientes | 1 | 1 | 0 | 0 | DENV-1 | 151 | 38 | 191 | 1 |
| Formosa | 2 | 3 | 1 | 0 | DENV-2 | 4921 | 39 | 4966 | 3 |
| Misiones | 0 | 4 | 1 | 0 | | 705 | 1 | 711 | 1 |
| **Total NEA** | **3** | **16** | **2** | **0** | | **6737** | **86** | **6844** | **5** |
| Catamarca | 1 | 6 | 0 | 0 | DENV-2 | 465 | 4 | 476 | 1 |
| Jujuy | 1 | 2 | 1 | 0 | DENV-3 | 1326 | 53 | 1383 | 2 |
| La Rioja | 0 | 6 | 0 | 0 | | 249 | 3 | 258 | 0 |
| Salta | 0 | 31 | 0 | 0 | | 2805 | 1089 | 3925 | 0 |
| S. del Estero | 0 | 7 | 0 | 0 | | 278 | 532 | 817 | 0 |
| Tucumán | 0 | 111 | 0 | 1 | | 4016 | 104 | 4232 | 0 |
| **Total NOA** | **2** | **163** | **1** | **1** | | **9139** | **1785** | **11091** | **3** |
| Chubut | 0 | 0 | 0 | 0 | | 14 | 2 | 16 | 0 |
| La Pampa | 0 | 0 | 0 | 2 | | 85 | 9 | 96 | 0 |
| Neuquén | 0 | 0 | 0 | 0 | | 26 | 3 | 29 | 0 |
| Río Negro | 0 | 0 | 0 | 0 | | 5 | 0 | 5 | 0 |
| Santa Cruz | 0 | 0 | 0 | 0 | | 31 | 3 | 34 | 0 |
| T. del Fuego | 0 | 0 | 0 | 0 | | 15 | 0 | 15 | 0 |
| **Total Sur** | **0** | **0** | **0** | **2** | | **176** | **17** | **195** | **0** |
| **Total País** | **40** | **329** | **27** | **20** | **DENV-1,2,3** | **22289** | **2679** | **25384** | **67** |

***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.

- **Treinta** casos notificados en **CABA**: Veintiún 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 nueve casos con antecedente de viaje a Brasil (DENV-3), Sri Lanka (DENV-3), Pakistán, México (DENV-3) y Venezuela.
- **Cinco** casos notificados por **Córdoba:** dos casos con antecedente de viaje a México y tres casos sin antecedente de viaje en Córdoba Capital, San Justo y Colón.
- **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).
- **Dos** casos notificados por **Mendoza** con antecedente de viaje a México (DENV-3) y Brasil y Maldivas.
- **Dos** casos notificados por **Santa Fe** con antecedente de viaje a Maldivas (DENV-3), del departamento de San Cristóbal.
- **Dos** casos notificados por **Jujuy:** uno con antecedente de viaje a Bolivia y otro (SE19) sin antecedente de viaje aún en investigación, ambos en departamento El Carmen (Perico). En ambos se detectó **DENV-3**.
- **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.

### 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 39 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.

De los 67 casos confirmados de dengue, 57 cuentan con información completa con respecto a la evolución clínica. Once casos (19%) 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), confirmado por laboratorio mediante detección de DENV-2, permaneció un día en unidad de cuidados intermedios y luego fue dado de alta.

En el 63% de los casos que requirieron internación (n=11) se determinó el serotipo DENV-2. 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 **11799** casos sospechosos de Fiebre Chikungunya, de los cuales **2387** 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.

Si se compara la SE18 con la SE 19, se notificaron 258 casos nuevos de Fiebre Chikungunya de los cuales **107** casos corresponden a la SE19 por fecha mínima[16]. 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.

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

[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).

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 SE19/2026. Argentina.**

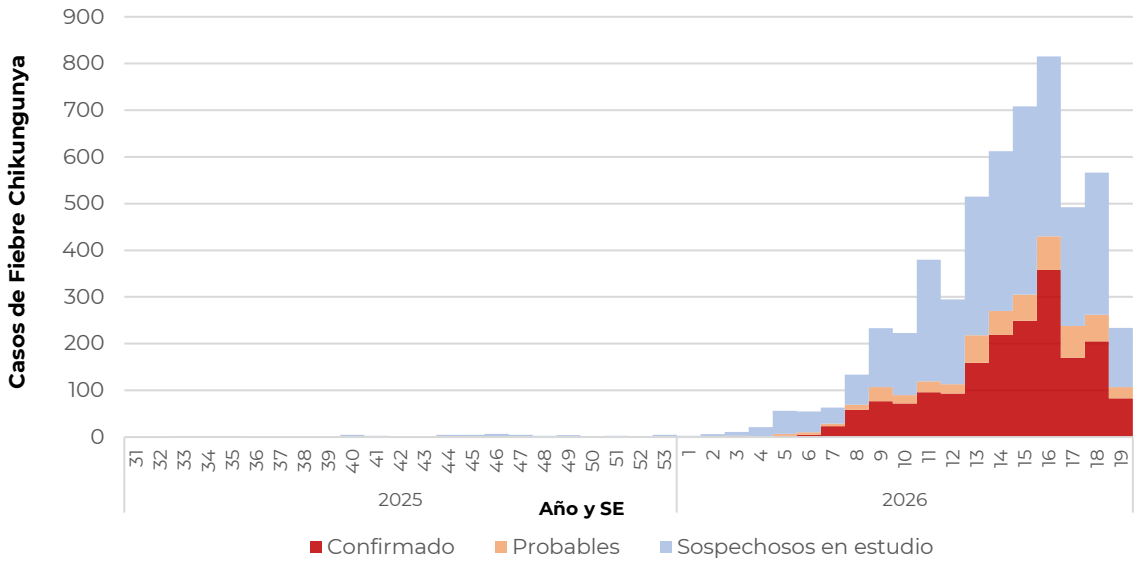
| Jurisdicción | Sin antecedente de viaje | | Con antecedente de viaje | | Con laboratorio negativo | Sosp. (sin laboratorio) | Sosp. en estudio | Total notificados | Total casos de Chikungunya |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Conf. Por labo. | Prob. | Conf. Por labo. | Prob. | | | | | |
| Buenos Aires | 11 | 23 | 6 | 6 | 138 | 15 | 15 | 214 | 46 |
| CABA | 5 | 1 | 4 | 3 | 14 | 8 | 6 | 41 | 13 |
| Córdoba | 27 | 5 | 2 | 2 | 1850 | 8 | 14 | 1908 | 36 |
| Entre Ríos | 5 | 0 | 0 | 0 | 32 | 2 | 6 | 45 | 5 |
| Santa Fe | 0 | 0 | 0 | 1 | 287 | 5 | 2 | 295 | 1 |
| **Total Centro** | **48** | **29** | **12** | **12** | **2321** | **38** | **43** | **2503** | **101** |
| Mendoza | 0 | 0 | 0 | 0 | 23 | 0 | 1 | 24 | 0 |
| San Juan | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 3 | 0 |
| San Luis | 0 | 0 | 2 | 0 | 16 | 0 | 0 | 18 | 2 |
| **Total Cuyo** | **0** | **0** | **2** | **0** | **41** | **0** | **2** | **45** | **2** |
| Chaco | 0 | 2 | 0 | 0 | 210 | 0 | 0 | 212 | 2 |
| Corrientes | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 3 | 0 |
| Formosa | 0 | 0 | 0 | 0 | 147 | 0 | 1 | 148 | 0 |
| Misiones | 0 | 0 | 0 | 0 | 55 | 2 | 0 | 57 | 0 |
| **Total NEA** | **0** | **2** | **0** | **0** | **414** | **2** | **2** | **420** | **2** |
| Catamarca | 13 | 11 | 0 | 0 | 208 | 0 | 31 | 263 | 24 |
| Jujuy | 117 | 64 | 4 | 0 | 781 | 123 | 7 | 1096 | 185 |
| La Rioja | 0 | 0 | 0 | 0 | 70 | 0 | 1 | 71 | 0 |
| Salta | 855 | 240 | 105 | 15 | 376 | 1442 | 670 | 3703 | 1215 |
| S. del Estero | 181 | 46 | 0 | 0 | 100 | 127 | 11 | 465 | 227 |
| Tucumán | 541 | 89 | 0 | 0 | 168 | 88 | 2328 | 3214 | 630 |
| **Total NOA** | **1707** | **450** | **109** | **15** | **1703** | **1780** | **3048** | **8812** | **2281** |
| Chubut | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| La Pampa | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 4 | 0 |
| Neuquén | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 3 | 1 |
| Río Negro | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| Santa Cruz | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 1 | 5 | 0 |
| T. del Fuego | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 | 0 |
| **Total Sur** | **0** | **0** | **0** | **1** | **12** | **2** | **4** | **17** | **1** |
| **Total País** | **1755** | **481** | **123** | **28** | **4491** | **1822** | **3099** | **11797** | **2387** |

*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 franco 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 hasta la SE16, 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. Luego del pico de casos en la SE16 (N=430), se observa un descenso progresivo, tanto de casos confirmados como probables y en estudio. Se observan además 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[17]. SE31/2025 a SE19/2026. Argentina.**

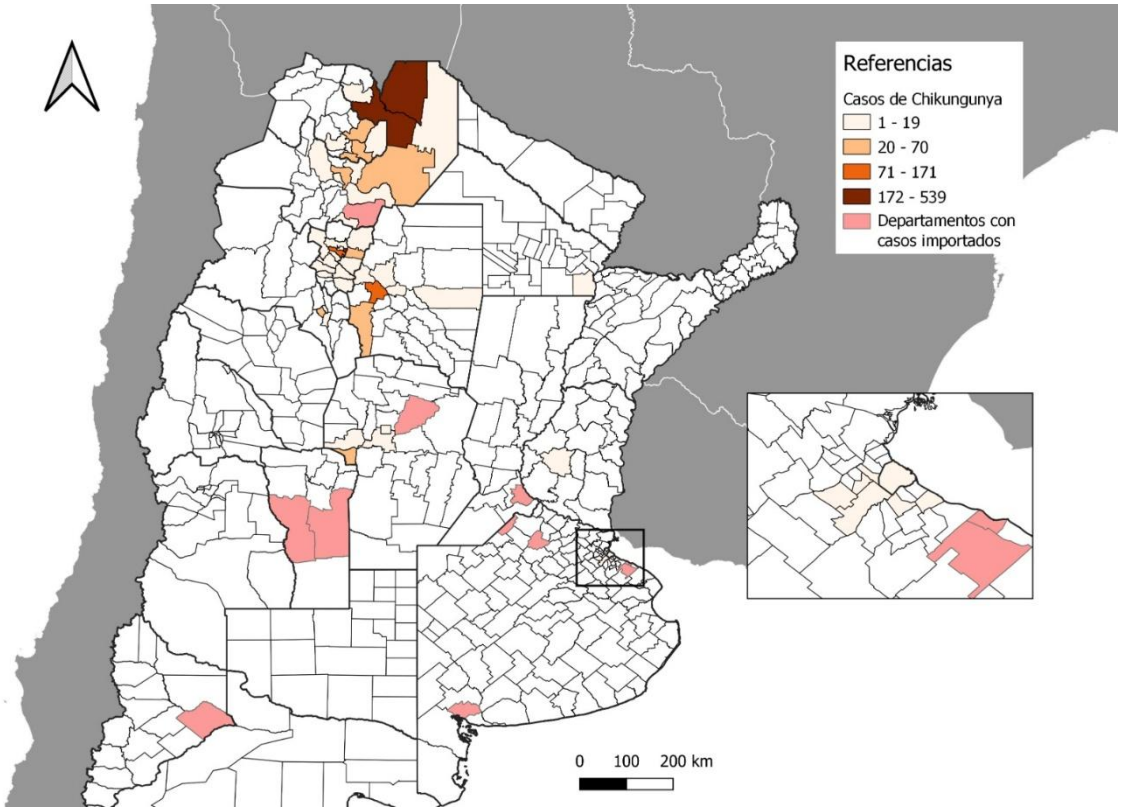



*Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)*

En cuanto a la distribución espacial, la mayor carga de enfermedad se concentra en la región **NOA** (n=2281; 96% 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.

[17]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 SE19/2026. 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 33 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, 1460 cuentan con información sobre requerimiento de internación (si/no), de los cuales el 9.7% (n=143) requirió hospitalización.

Asimismo, se notificaron cinco casos graves de Fiebre Chikungunya, incluidos dos fallecidos.

Uno de los casos graves correspondió a una mujer de 33 años, residente en Salta Capital, que presentó encefalitis asociada a infección por CHIKV con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica. Evolucionó favorablemente y fue externada sin secuelas. Otro caso grave correspondió a una lactante de 4 meses, residente del departamento Choya, Santiago del Estero, que cursó un cuadro de fiebre y exantema maculopapular pruriginoso, con posterior deterioro clínico y requerimiento de cuidados intensivos y asistencia respiratoria mecánica; evolucionó favorablemente y se encuentra de alta médica sin secuelas. Durante la SE19, se notificó un caso grave confirmado de CHIKV en un paciente de 81 años, residente en San Miguel de Tucumán, con antecedentes de hipertensión arterial, que presentó fiebre, cefalea, mialgias, artralgias y oligoanuria, requiriendo internación. El diagnóstico se confirmó mediante RT-PCR positiva para CHIKV.

Respecto de los fallecidos, uno correspondió a un adulto de 68 años, residente en Embarcación, Salta, con inicio de síntomas el 27 de marzo, que evolucionó con fiebre, cefalea, náuseas, diarrea, mialgias y artralgias intensas, presentando posteriormente compromiso respiratorio asociado a neumonía por *Streptococcus pneumoniae*. Falleció el 4 de abril en un establecimiento de mayor complejidad de San Ramón de la Nueva Orán.

El segundo fallecido correspondió a un paciente masculino de 34 años, residente en Aguaray, departamento General José de San Martín, Salta, con antecedente de diabetes descompensada, que inició síntomas el 29 de abril con fiebre, artralgias, mialgias, cefalea y exantema maculopapular pruriginoso. Requirió internación y posterior ingreso a cuidados intensivos, evolucionando con shock séptico e insuficiencia respiratoria, y falleciendo el 10 de mayo. Los estudios de laboratorio evidenciaron IgM positiva para CHIKV.

## 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 **439** 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 **seis** casos de Encefalitis de San Luis: 5 en Provincia de Buenos Aires y 1 en Entre Ríos.

**Confirmados y probables Flavivirus sin especificar**

Para el mismo período, se notificaron **14** 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.

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.

Los casos corresponden a las jurisdicciones: **Buenos Aires**, Córdoba, Santa Fe, Entre Ríos y Jujuy.

**Casos de Encefalitis en Provincia de Buenos Aires**

Durante la SE19, se confirmaron 2 nuevos casos de Encefalitis de San Luis, que previamente habían sido notificados como *confirmados flavivirus sin especificar* y, luego de las determinaciones finales, se confirmó el diagnóstico.

En total, hay 5 casos confirmados de Encefalitis de San Luis y 7 casos confirmados/2 probables flavivirus sin especificar. Los **14** casos residen en: **Tres de Febrero, La Plata, Florencio Varela, Lobos, Cañuelas, Brandsen, Bragado, Arrecifes, 25 de Mayo y Ezeiza**[18]. Los casos iniciaron con síntomas entre SE3 y SE15 (fines de enero y principio de abril). La mediana de edad de 16 años (rango: 0–61 años) y sin diferencia entre sexos. Seis 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.

## Fiebre del Nilo Occidental

Durante la presente temporada se investigaron **112** 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.

En la siguiente tabla, se presenta la situación epidemiológica de las Encefalitis Arbovirales correspondientes a la nueva temporada 2025-2026 (SE31/2025 a SE19/2026).

**Tabla 4. Número de muestras estudiadas y positivas con y sin antecedente de viaje para Encefalitis Arbovirales. SE31/2025 a SE19/2026. Argentina.**

| Encefalitis por Arbovirus | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Evento | Encefalitis de San Luis | | Fiebre del Nilo | | Flavivirus s/e | |
| Jurisdicción | Confirmado | Est | Confirmado | Est | Probable | Confirmado |
| Buenos Aires | 5 | 43 | 1 | 35 | 2 | 7 |
| CABA | 0 | 4 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| Córdoba | 0 | 319 | 0 | 6 | 1 | 1 |
| Entre Ríos | 1 | 14 | 0 | 4 | 0 | 0 |
| Santa Fe | 0 | 23 | 0 | 16 | 2 | 0 |
| **Total Centro** | **6** | **403** | **1** | **63** | **5** | **8** |
| Mendoza | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| San Juan | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| San Luis | 0 | 7 | 0 | 6 | 0 | 0 |
| **Total Cuyo** | **0** | **13** | **0** | **6** | **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 | 4 | 0 | 0 |
| **Total NOA** | **0** | **19** | **0** | **38** | **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** | **6** | **439** | **1** | **112** | **6** | **8** |

***Pos: positivas / Est: estudiadas***

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

## V.5.B. OTROS ARBOVIRUS

En la siguiente tabla, se presenta la situación epidemiológica de otros Arbovirus: Fiebre de Oropouche, Enfermedad por Virus Zika y Fiebre Amarilla correspondientes a la nueva temporada 2025-2026 (SE31/2025 a SE19/2026).

**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 SE19/2026. Argentina.**

| Evento | Fiebre de Oropouche | | Enfermedad por virus Zika | | Fiebre amarilla | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Jurisdicción | Pos | Est | Pos | Est | Pos | Est |
| Buenos Aires | 0 | 97 | 0 | 46 | 0 | 15 |
| CABA | 0 | 11 | 0 | 6 | 0 | 0 |
| Córdoba | 0 | 100 | 0 | 61 | 0 | 1 |
| Entre Ríos | 0 | 9 | 0 | 3 | 0 | 1 |
| Santa Fe | 0 | 174 | 0 | 40 | 0 | 11 |
| **Total Centro** | **0** | **391** | **0** | **156** | **0** | **28** |
| Mendoza | 0 | 26 | 0 | 3 | 0 | 0 |
| San Juan | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| San Luis | 0 | 5 | 0 | 10 | 0 | 0 |
| **Total Cuyo** | **0** | **31** | **0** | **14** | **0** | **0** |
| Chaco | 0 | 87 | 0 | 155 | 0 | 2 |
| Corrientes | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Formosa | 0 | 29 | 0 | 38 | 0 | 0 |
| Misiones | 0 | 4 | 0 | 46 | 0 | 8 |
| **Total NEA** | **0** | **120** | **0** | **239** | **0** | **10** |
| Catamarca | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Jujuy | 0 | 35 | 0 | 130 | 0 | 0 |
| La Rioja | 0 | 10 | 0 | 45 | 0 | 9 |
| Salta | 0 | 268 | 0 | 914 | 0 | 0 |
| Santiago del Estero | 0 | 4 | 0 | 202 | 0 | 1 |
| Tucumán | 0 | 217 | 0 | 22 | 0 | 72 |
| **Total NOA** | **0** | **536** | **0** | **1313** | **0** | **82** |
| 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** | **1083** | **0** | **1723** | **0** | **120** |

***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 **1083** 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 **1723** 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 **120** 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. Leptospirosis – Actualización Informe epidemiológico

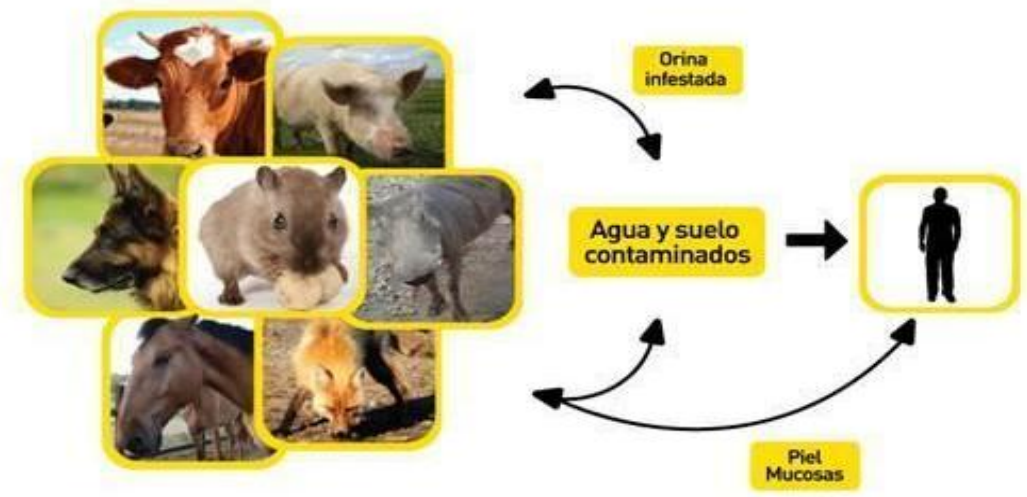
## VI.1. Introducción

La leptospirosis es una zoonosis bacteriana de amplia distribución geográfica que aparece en forma aislada o en brotes epidémicos estacionales, causada por una espiroqueta del género *Leptospira*. Constituye un problema emergente de salud pública, al afectar tanto la salud de las personas como la de los animales. Más de 160 especies de animales silvestres y domésticos constituyen el reservorio y la fuente de infección de las personas, que son huéspedes accidentales. Este evento representa una de las principales problemáticas en la interfaz persona, animal y ambiente, por lo que requiere un abordaje interdisciplinario e intersectorial.

La leptospirosis se puede transmitir a través de sangre, fluidos biológicos u orina de animales infectados, o por agua, barro o suelo húmedo contaminados con orina de animales infectados, al entrar en contacto con mucosas, piel macerada o lesionada y tejido conjuntivo. (Figura 1). En áreas rurales, la transmisión se encuentra usualmente asociada con tareas de agricultura y ganadería, con un mayor riesgo durante los meses cálidos y húmedos. En zonas urbanas, en cambio, la infección se vincula a determinantes sociales estructurales como urbanización no planificada, deficiencias en el acceso al agua potable, sistemas de saneamiento y recolección de residuos, así como la acumulación de agua de lluvia, factores que favorecen la proliferación de roedores e incrementan la exposición humana en comunidades vulnerables.

En Argentina, el principal factor de riesgo para contraer leptospirosis es el contacto prolongado con agua y barro en las inundaciones, aunque las actividades asociadas a ocupaciones rurales o recreativas acuáticas también constituyen factores de riesgo. Las inundaciones incrementan la presencia de roedores con una mayor propagación de las leptospiras al ambiente, contribuyendo a una mayor exposición a hospederos animales y humanos. A su vez, las inundaciones pueden provocar la interrupción de los servicios de salud y daños en las redes de agua y saneamiento, con desplazamiento de poblaciones y deterioro de viviendas, lo que provoca también un mayor riesgo de infección y enfermedad.

**Figura 1. Ciclo de transmisión de la leptospirosis.**




*Fuente: Folleto leptospirosis. Ministerio de Salud de la Nación.*
*https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2018-10/0000000321cnt-leptospirosis-folleto.pdf*

Los seres humanos son huéspedes accidentales de la enfermedad y diversos animales están involucrados en la transmisión de la misma. Los roedores son el principal reservorio y mantienen la bacteria en el ambiente por diseminación de la orina contaminada, pero también participan animales de compañía (especialmente el perro), animales de producción (ganado bovino y porcino) y diversos animales silvestres.

La presentación clínica de la enfermedad es variable, desde casos asintomáticos hasta cuadros clínicos graves y potencialmente mortales. El período de incubación promedio es de 7 a 15 días. Los casos sintomáticos se caracterizan por fiebre de comienzo repentino, cefalea, mialgias intensas, inyección de las conjuntivas. Pueden estar acompañados de: ictericia, insuficiencia renal, meningitis, neumonía con o sin distrés respiratorio, hemorragias, meningitis, nefropatía, neumonía en las formas graves.

Estos signos y síntomas pueden presentarse en otras enfermedades que deben tenerse en cuenta para el diagnóstico diferencial como dengue, enfermedad tipo influenza, hantavirosis, mononucleosis infecciosa, Fiebre Hemorrágica Argentina, entre otras. Es importante la vigilancia de este evento en humanos y animales para elaborar estrategias de prevención y control de la enfermedad.

Los datos presentados, como en todas las actualizaciones de eventos, son parciales y están sujetos a revisión y actualización, considerando posibles ajustes en la notificación. Para mayor información sobre los casos notificados en años previos, dirigirse a: BEN N°795 SE 5, Año 2026.

## VI.2. Leptospirosis humana en Argentina

### VI.2.A. NOTA METODOLÓGICA

En Argentina, la leptospirosis constituye un evento de notificación obligatoria en el marco de la Ley 15.465 y la Resolución 2827/2022.

Para el presente **análisis** se utilizaron las **notificaciones nominales** correspondientes al evento “Leptospirosis” registradas en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), del que se excluyeron los casos clasificados de forma manual como “Invalidados por Epidemiología”. El análisis incluyó las notificaciones correspondientes al período comprendido entre la semana epidemiológica (SE) 01 y la SE 15 de 2026, con información disponible hasta el 26 de abril de 2026.

Se consideraron **casos de leptospirosis** a aquellos que cumplen con los siguientes criterios: casos con detección positiva del genoma bacteriano mediante pruebas moleculares, casos con resultado reactivo en prueba de microaglutinación (MAT); casos con seroconversión en técnica MAT con o sin especificación de dilución; casos con resultado reactivo en pruebas serológicas ELISA IgM, ELISA IgG o test rápido (TR); casos sin confirmación de laboratorio pero con clasificación manual confirmada o probable.

Para determinar la fecha 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 consulta”, “Fecha de toma de muestra” y, en su defecto, la “Fecha de apertura”. En cuanto a la procedencia, se utilizó la “Provincia de residencia” y en caso que no estuviera el dato, se utilizó la “Provincia de carga”.

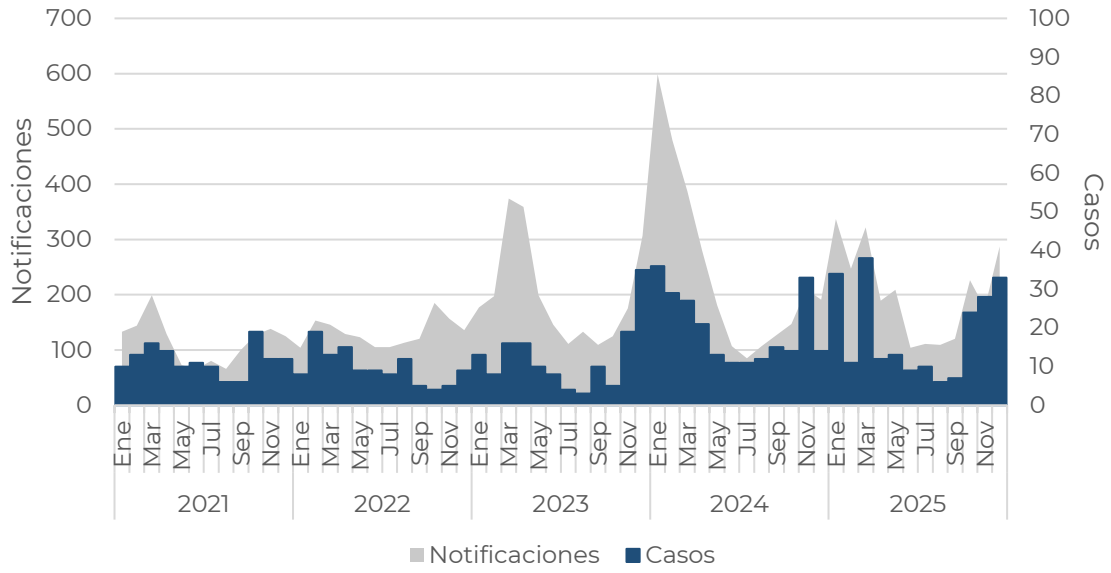
## VI.2.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

### Antecedentes

Entre los años 2021 y 2025, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud un total de 10.706 sospechas de leptospirosis, de las cuales 863 (8,1%) fueron clasificadas como casos para este evento (ver nota metodológica).

A continuación, se presenta un gráfico con la evolución de las notificaciones y casos de Leptospirosis en Argentina para el período analizado.

**Gráfico 1. Notificaciones y casos de leptospirosis por mes. Argentina. SE 01/2021 a SE 53/2025**




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

El año con mayor cantidad de casos registrados fue 2024 (n= 236), mientras que la región Centro concentró el mayor número de casos a lo largo de todo el período.

Los picos de notificación observados en 2023 y 2024 deben interpretarse en el contexto del incremento de casos sospechosos de Síndrome Febril Agudo Inespecífico (SFAI) observado durante el brote de dengue de ese período. En ese escenario, la leptospirosis formó parte de los diagnósticos diferenciales considerados ante cuadros febriles agudos, lo que pudo haber contribuido a una mayor notificación e investigación del evento (BEN N.° 709[19]).

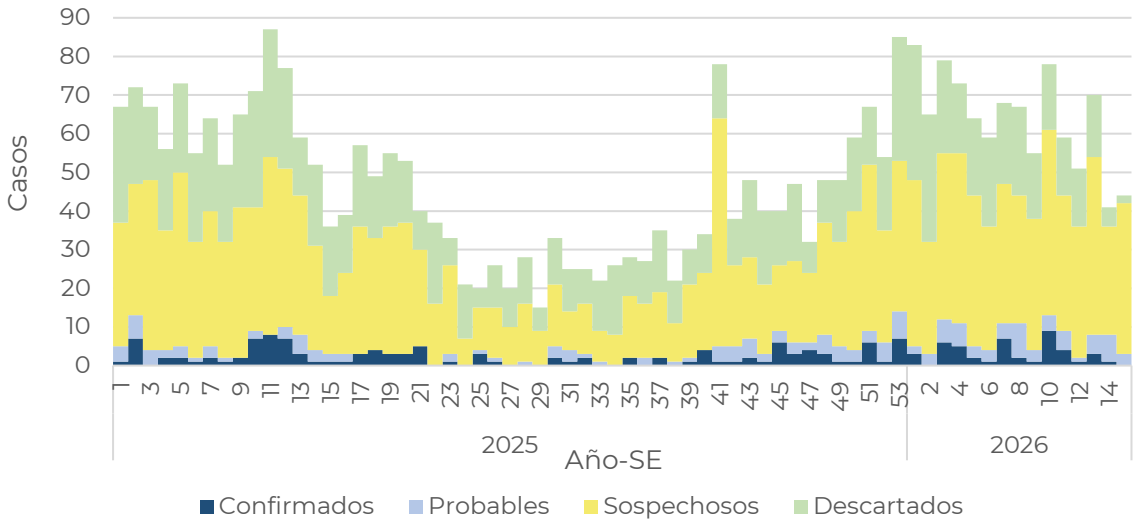
### Situación epidemiológica actual (2026)

**Hasta la SE 15 de 2026,** se registraron 956 notificaciones para el evento leptospirosis en el país, de las cuales 109 (11%) fueron clasificadas como casos. Entre estos, 45 correspondieron a casos confirmados (41%) y 64 a casos probables (59%), con predominio de estos últimos dentro del conjunto de casos analizados.

A continuación, se presentan las notificaciones de leptospirosis según clasificación de caso para las primeras 15 semanas epidemiológicas de 2026, junto con el contexto epidemiológico del año previo.

[19] La información consignada se encuentra analizada en el BEN N° 709 de 2024.

**Gráfico 2. Notificaciones de leptospirosis según clasificación de caso. Argentina, SE 01/2025 a 15/2026 (N= 3.393).**




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

Entre la SE 45 del 2025 a la SE 15 del 2026, se observa un aumento sostenido en las notificaciones de leptospirosis, probablemente asociado a un comportamiento estacional del evento (noviembre-mayo). Tanto en 2025 como en 2026 se evidencia un descenso de la curva hacia la SE 15.

Asimismo, en la SE 41 de 2025 se observa un pico de notificación de casos que no responde al comportamiento estacional previamente descrito. De los 59 casos notificados como sospechosos, 24 corresponden a la localidad de Tapalqué (asociados a un caso positivo de leptospirosis canina) y 15 a la localidad de Navarro, ambas en la provincia de Buenos Aires. En conjunto, dichas localidades representan el 66% de los casos sospechosos notificados en dicha SE.

Entre la SE 1 y la SE 15 de 2026, las notificaciones de leptospirosis presentaron un comportamiento fluctuante, con mayor cantidad de notificaciones en las SE 1, 3, 10 y 13, sin observarse una tendencia sostenida de aumento o descenso durante el período analizado, ni un patrón estacional si se compara con el mismo periodo del año anterior.

Entre las SE1 y SE15 de 2025 y 2026, predominaron las notificaciones clasificadas como casos sospechosos, con el 54% (517) y el 59% (563), respectivamente. Los casos confirmados y probables representaron una proporción menor, mientras que las notificaciones descartadas superaron el 30% en ambos años. Esta distribución evidencia una elevada proporción de casos que permanecieron como sospechosos, lo que refuerza la importancia de fortalecer los procesos de investigación, clasificación y cierre de los casos notificados.

A continuación, se presenta la siguiente tabla de los casos y tasas de incidencia de leptospirosis desde la SE 01 a la SE 15 de los años 2025 y 2026.

**Tabla 1. Casos de leptospirosis y Tasa de incidencia c/100.000 hab. (Tasa) según jurisdicción y fecha mínima. SE01 a SE 15, años 2025 y 2026 Argentina.**

| Jurisdicción | 2025 | | 2026 | |
|---|---|---|---|---|
| | Casos | Tasa | Casos | Tasa |
| Buenos Aires | 31 | 0,18 | 28 | 0,16 |
| CABA | 2 | 0,06 | 0 | 0 |
| Córdoba | 1 | 0,03 | 4 | 0,1 |
| Entre Ríos | 15 | 1,03 | 15 | 1,03 |
| Santa Fe | 26 | 0,71 | 39 | 1,06 |
| **Total Centro** | **75** | **0,25** | **86** | **0,29** |
| Mendoza | 0 | 0 | 0 | 0 |
| San Juan | 0 | 0 | 0 | 0 |
| San Luis | 0 | 0 | 1 | 0,19 |
| **Total Cuyo** | **0** | **0** | **1** | **0,03** |
| Chaco | 1 | 0,08 | 2 | 0,16 |
| Corrientes | 1 | 0,08 | 5 | 0,41 |
| Formosa | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Misiones | 6 | 0,45 | 8 | 0,59 |
| **Total NEA** | **8** | **0,18** | **15** | **0,34** |
| Catamarca | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Jujuy | 0 | 0 | 0 | 0 |
| La Rioja | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Salta | 0 | 0 | 0 | 0 |
| S del Estero | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Tucumán | 0 | 0 | 4 | 0,22 |
| **Total NOA** | **0** | **0** | **4** | **0,07** |
| Chubut | 0 | 0 | 0 | 0 |
| La Pampa | 0 | 0 | 2 | 0,53 |
| Neuquén | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Río Negro | 1 | 0,13 | 1 | 0,13 |
| Santa Cruz | 0 | 0 | 0 | 0 |
| T. del Fuego | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Total Sur** | **1** | **0,03** | **3** | **0,1** |
| **Total País** | **84** | **0,18** | **109** | **0,23** |

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

Hasta la SE 15 de 2026, la tasa de incidencia acumulada de leptospirosis a nivel nacional fue de 0,23 casos cada 100.000 habitantes, lo que representa un incremento del 28% respecto del mismo período de 2025 (0,18).

Las regiones NEA y Centro mostraron tasas de incidencia acumulada superiores al total nacional. El NEA presentó la tasa regional más elevada, con 0,34 casos cada 100.000 habitantes, lo que representa un incremento del 89% respecto del mismo período de 2025,

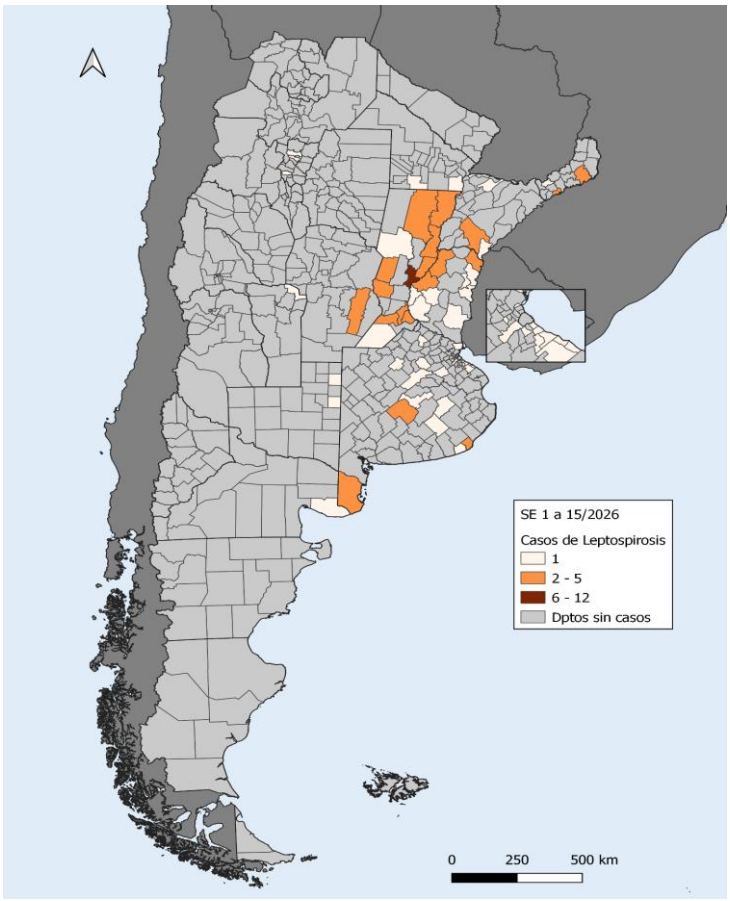
cuando la tasa fue de 0,18. Al interior de la región, Misiones presentó la tasa más alta, con 0,59 casos cada 100.000 habitantes, con un incremento del 31% respecto de 2025. Le siguieron Corrientes, con 0,41 casos cada 100.000 habitantes, una tasa cinco veces superior a la observada en 2025, y Chaco, con 0,16 casos cada 100.000 habitantes, que duplicó la tasa del año previo.

La región Centro presentó una tasa de 0,29 casos cada 100.000 habitantes, superior al total nacional, aunque inferior a la registrada en el NEA. Sin embargo, al analizar las tasas jurisdiccionales, Santa Fe y Entre Ríos presentaron los valores más elevados del país, con 1,06 y 1,03 casos cada 100.000 habitantes, respectivamente. En Santa Fe, la tasa aumentó un 49% respecto del mismo período de 2025, mientras que en Entre Ríos se mantuvo estable.

Las restantes regiones presentaron tasas inferiores al total nacional: Sur registró 0,10 casos cada 100.000 habitantes, NOA 0,07 y Cuyo 0,03. No obstante, en la región Sur, La Pampa presentó una tasa de 0,53 casos cada 100.000 habitantes, superior al total país, luego de no haber registrado casos en el mismo período de 2025.

A continuación, se presenta la distribución territorial de los casos de leptospirosis según departamento de residencia, correspondientes al período comprendido entre la SE 1 y la SE 15 de 2026.

**Mapa 1. Casos de Leptospirosis según departamento de residencia. Argentina, SE01/2026 a SE15/2026**



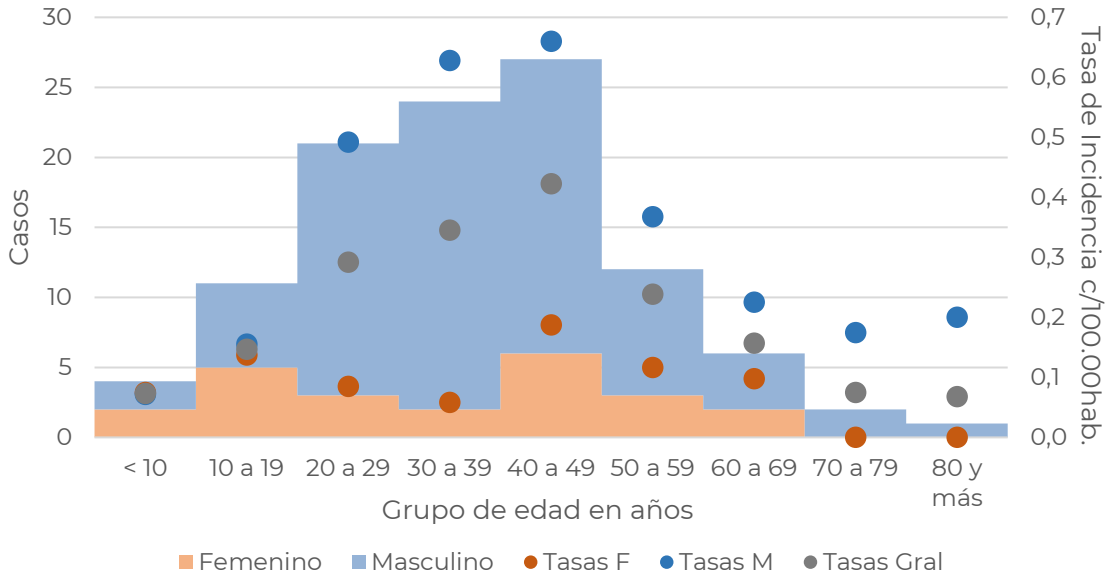

*Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.*

La distribución territorial de los casos muestra una concentración predominante en departamentos de la región Centro y del NEA, en correspondencia con las regiones que presentaron las tasas de incidencia acumulada más elevadas durante el período analizado. Se observan departamentos con mayor número de casos en Santa Fe y Entre Ríos, junto con departamentos en Misiones, Corrientes y Chaco. También se identifican registros aislados en otras jurisdicciones, como La Pampa, Tucumán, San Luis, Córdoba, Buenos Aires y Río Negro.

**Análisis según sexo y edad**

A continuación, se presenta un gráfico con los casos de leptospirosis desde la SE 01 hasta la SE 15 de 2026 según sexo y grupo etario.

**Gráfico 3. Casos de leptospirosis según sexo y grupo etario. SE01/2026 a SE15/2026, Argentina. (n=108*)**




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

**Nota: Se excluye un caso sin dato de sexo y/o edad.*

En el análisis por edad y sexo se observa que el 78% de los casos correspondió a varones (n=85) y que la mediana de edad fue de 38 años (mínimo: 5; máximo: 80). La mayor carga de enfermedad se concentró en los grupos de edad comprendidos entre los 20 y los 49 años, que en conjunto aportan el 67 % del total de casos.

En la población de 20 a 49 años se observa una razón de 5,5 hombres por cada mujer. Esta diferencia se presenta de manera más marcada en el grupo de 30 a 39 años, donde la razón asciende a casi 11 hombres por cada mujer.

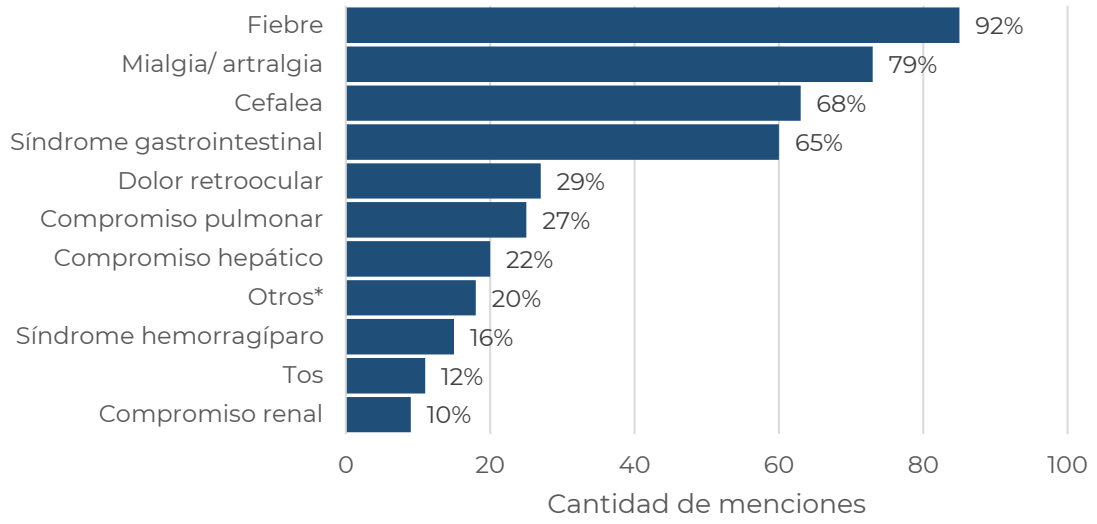
Las tasas de incidencia más elevadas se observaron en varones de 40 a 49 años, con 0,7 casos por 100.000 habitantes, seguidos por los grupos de 30 a 39 años y de 20 a 29 años, con 0,6 y 0,5 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. En mujeres, las tasas fueron menores en todos los grupos etarios, con el valor más alto también en el grupo de 40 a 49 años (0,2 casos por 100.000 habitantes). A partir de los 50 años, se observa una disminución en la incidencia en ambos sexos, aunque las tasas masculinas se mantienen por encima de las femeninas, principalmente en los grupos de 50 a 59 y 60 a 69 años.

Este patrón sugiere una alta exposición de varones adultos jóvenes y de mediana edad, posiblemente vinculada a actividades laborales y condiciones ambientales de riesgo, como el contacto con agua contaminada o con reservorios animales, lo que refuerza la necesidad de estrategias de prevención diferenciadas según perfil demográfico y ocupacional.

**Análisis clínico-epidemiológico**

En el siguiente gráfico se presentan los signos y síntomas consignados en 92 casos durante el período analizado.

**Gráfico 4. Principales signos y síntomas registrados en los casos de leptospirosis. SE01/2026 a SE15/2026, Argentina. (n=92)**



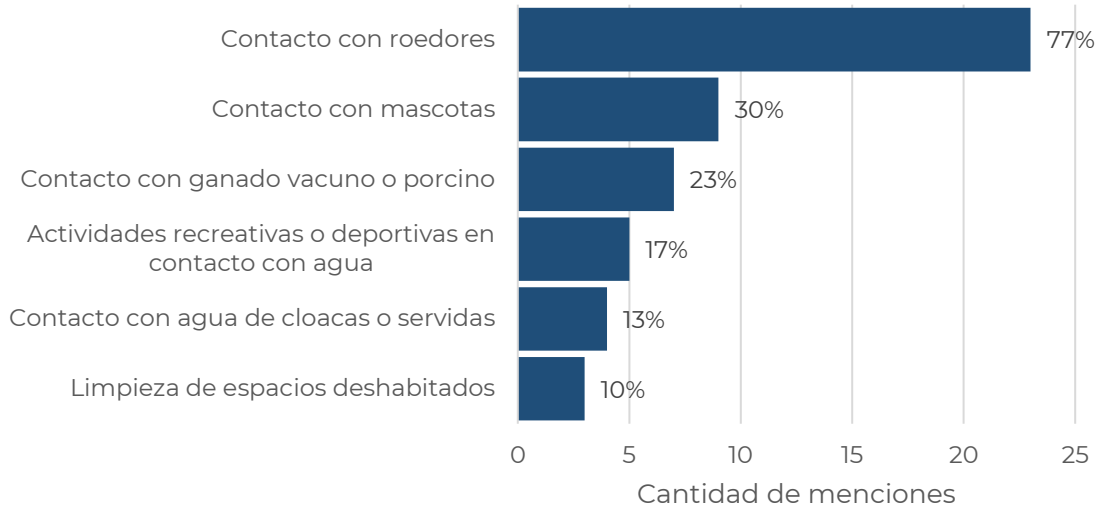

*Nota: Otros* incluye inyección conjuntival y anorexia.*
*Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.*

El cuadro clínico se caracterizó predominantemente como síndrome febril agudo inespecífico (SFAI). La fiebre fue el signo más frecuente, presente en el 92 % de los casos (n=85), seguida por mialgias o artralgias en el 79 % (n=73), cefalea en el 68 % (n=63) y síntomas gastrointestinales en el 65 % (n=60), incluyendo náuseas, vómitos, diarrea y dolor abdominal. Con menor frecuencia se notificaron formas con compromiso pulmonar (27 %, n=25), con manifestaciones como disnea, taquipnea, dolor torácico, neumonía u otras alteraciones respiratorias, y compromiso hepático (22 %, n=20), caracterizado por ictericia o hepatomegalia.

Durante el período analizado, el 62 % de los casos (n=68) requirió internación hospitalaria, y dentro de este grupo, el 28% (n=19) fue admitido en unidades de cuidados intensivos (UCI). Asimismo, se notificaron dos defunciones en casos con confirmación por laboratorio, ambas correspondientes a personas de sexo masculino, residentes de la región Centro, de 39 y 41 años de edad.

Respecto de los antecedentes epidemiológicos, a continuación, se presenta un gráfico con las posibles fuentes de infección consignadas en 30 casos de leptospirosis durante el período analizado.

**Gráfico 5. Posibles fuentes de infección de los casos de leptospirosis. SE01/2026 a SE15/2026, Argentina. (n=30)**




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

El antecedente más frecuente fue el contacto con roedores, su orina o deposiciones (77%, n=23), seguido por el contacto con mascotas (30%, n=9) y con ganado vacuno o porcino (23%, n=7). También se consignaron otras situaciones de riesgo como actividades recreativas o laborales en ambientes con agua estancada o contaminada (17%, n=5), y en menor medida, el contacto con agua de cloacas o servidas (13%, n=4) y la limpieza de espacios deshabitados (10%, n= 3).

La información disponible refuerza el rol de la exposición ambiental y zoonótica en la transmisión de la leptospirosis y la necesidad de considerar múltiples vías de riesgo en la evaluación clínica-epidemiológica de los casos. En este sentido, resulta fundamental consignar de manera completa los antecedentes epidemiológicos, a fin de mejorar la calidad de los datos y fortalecer la vigilancia y el análisis epidemiológico del evento.

## VI.3. Leptospirosis canina en Argentina

Los perros son uno de los principales reservorios de leptospirosis en áreas urbanas y periurbanas. Pueden eliminar leptospiras a través de la orina, incluso sin presentar síntomas, favoreciendo la transmisión de la enfermedad. Además, los caninos son considerados reservorios primarios de *Leptospira interrogans* serovar Canicola[20].

### VI.3.A. NOTA METODOLÓGICA

El análisis de leptospirosis canina comprende las notificaciones correspondientes al evento "Leptospirosis canina" del SNVS 2.0 entre la SE 01 y la SE 15 de 2026, con información disponible hasta el 26 de abril de 2026.

Para determinar la fecha de diagnóstico, se estableció una fecha mínima utilizando la "Fecha de inicio de síntomas". En los casos en que esta información no estaba disponible, se tomó la "Fecha de consulta", "Fecha de toma de muestra" y, en su defecto, la "Fecha de apertura". En

[20] Ministerio de Salud de la Nación. (2026). *Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria: Actualización 2026*.

cuanto a la procedencia, se utilizó la "Provincia de residencia" y en caso que no estuviera el dato, se utilizó la "Provincia de carga".

## VI.3.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2026

Hasta la SE 15 de 2026, se notificaron 232 casos sospechosos de leptospirosis canina. Según la clasificación al momento del análisis, 32 correspondieron a casos confirmados (14%), 40 a casos probables (17%), 105 a casos sospechosos (45%) y 55 a casos descartados (24%).

A continuación, se presenta la siguiente tabla con los casos confirmados de leptospirosis canina desde la SE 01 a la SE 15 de los años 2025 y 2026.

**Tabla 2. Casos confirmados de leptospirosis según jurisdicción y año. SE01 a SE 15, 2025 y 2026 Argentina.**

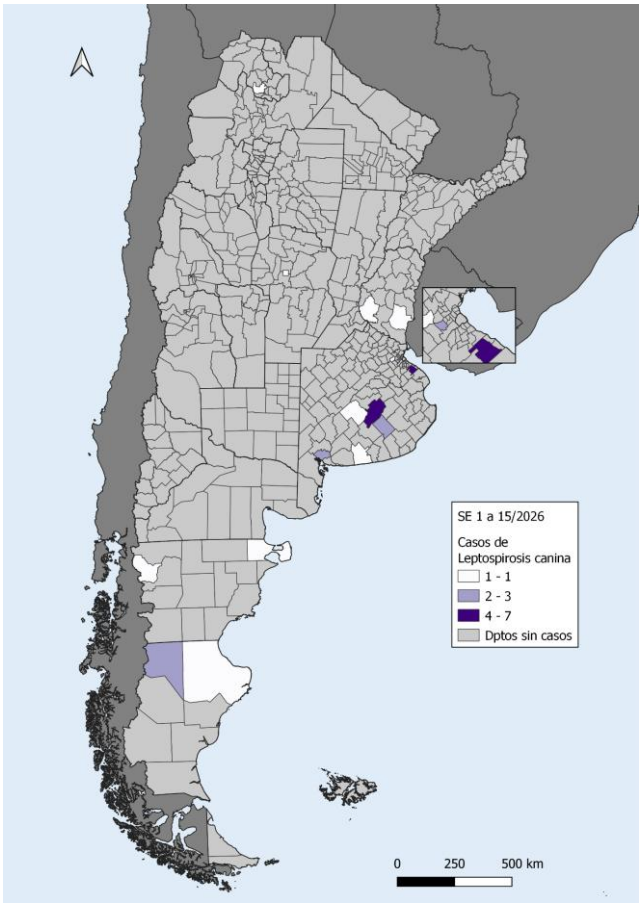
| Jurisdicción | Casos | |
|---|---|---|
| | 2025 | 2026 |
| Buenos Aires | 32 | 23 |
| Córdoba | 3 | 1 |
| Entre Ríos | 2 | 2 |
| **Total Centro** | **37** | **26** |
| Jujuy | 4 | 1 |
| Tucumán | 2 | 0 |
| **Total NOA** | **6** | **1** |
| Chubut | 1 | 2 |
| Neuquén | 0 | 0 |
| Santa Cruz | 0 | 3 |
| **Total Sur** | **1** | **5** |
| **Total País** | **44** | **32** |

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

En 2026 se notificaron 32 casos confirmados, un 27% menos que en el mismo período de 2025 (n=44). La región Centro concentró la mayor cantidad de casos confirmados en ambos años y representó el 81% del total nacional en 2026. En esta región, la mayor cantidad de casos correspondió a Buenos Aires (n=23), seguida por Entre Ríos (n=2) y Córdoba (n=1). En la región Sur se notificaron casos en Santa Cruz (n=3) y Chubut (n=2), mientras que el único caso del NOA correspondió a Jujuy.

A continuación, se presenta el mapa con la distribución territorial de los casos confirmados de leptospirosis canina según departamento de residencia.

**Mapa 2. Casos confirmados de Leptospirosis canina según departamento de residencia. Argentina, SE01/2026 a SE15/2026**




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

## VI.4. Conclusiones

Hasta la SE 15 de 2026, se observó un aumento de los casos de leptospirosis humana respecto del mismo período de 2025, con predominio de casos probables entre los casos analizados. La distribución territorial mostró mayor concentración en la región Centro y en el NEA, con tasas superiores al total nacional en ambas regiones. El perfil por edad y sexo mostró predominio en varones adultos jóvenes y de mediana edad, principalmente entre los 20 y 49 años, lo que resulta compatible con escenarios de exposición laboral, recreativa o ambiental.

La presentación clínica predominante fue compatible con síndrome febril agudo inespecífico. No obstante, la proporción de internaciones, los ingresos a unidades de cuidados intensivos y la ocurrencia de defunciones en casos confirmados refuerzan la importancia de sostener la sospecha clínica, el diagnóstico oportuno, el inicio temprano del tratamiento y la obtención de segundas muestras cuando corresponda.

En leptospirosis canina, se observó una disminución de los casos confirmados respecto del mismo período de 2025, con predominio de la región Centro. La notificación de casos en caninos constituye un componente relevante para la vigilancia integrada de la leptospirosis, en tanto contribuye a identificar escenarios de exposición ambiental y zoonótica. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de fortalecer la vigilancia en personas y animales, mejorar la carga de antecedentes epidemiológicos y sostener acciones de prevención y control

orientadas a poblaciones expuestas, control de roedores, reducción de riesgos ambientales y situaciones asociadas a inundaciones

## VI.5. Sobre las acciones del Ministerio de Salud de la Nación

Desde su rol de rectoría, la cartera sanitaria nacional coordina las acciones de prevención, vigilancia y control de la leptospirosis en humanos y caninos, promoviendo una respuesta integral mediante la orientación, estandarización, asesoramiento y articulación con las jurisdicciones provinciales, municipales y otros organismos.

En este marco, se brinda soporte técnico a las áreas de salud jurisdiccionales para el manejo de casos, la interpretación de la información epidemiológica, la implementación de estrategias de vigilancia y la adopción de medidas de control de foco. Asimismo, se asesora en la aplicación de definiciones de caso y en el uso de técnicas diagnósticas, con el objetivo de homogeneizar los criterios y fortalecer la calidad de la respuesta en todo el país.

El Ministerio coordina, a través del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Dr. Emilio Coni” (ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”), la Red Nacional de Laboratorios, garantizando el diagnóstico, el procesamiento de muestras y la caracterización de los casos, aspectos clave para la vigilancia epidemiológica.

Además, se promueve la notificación obligatoria de la leptospirosis humana y canina al SNVS 2.0 como herramienta fundamental para el monitoreo de la situación epidemiológica y la toma de decisiones basada en evidencia.

Por último, se fortalecen las acciones intersectoriales mediante la coordinación con organismos como el SENASA y la Subsecretaría de Ambiente de la Nación, especialmente en aquellos casos vinculados a animales de producción o fauna silvestre, con el fin de implementar medidas integrales que reduzcan los riesgos de exposición y transmisión.

## VI.6. Recomendaciones

- Educación para la salud a la población respecto a los modos de transmisión y a la necesidad de que se evite contacto con aguas y superficies que puedan estar contaminadas.
- Protección adecuada a los trabajadores en riesgo ocupacional con botas y guantes.
- Control de roedores en domicilio y peridomicilio. Mantener alejados a los roedores colocando alimentos, agua y basura en recipientes cerrados.
- Identificación de áreas o suelos contaminados y de ser posible, drenaje de las aguas.
- Evitar la acumulación de agua en domicilios y peridomicilio.
- Eliminar la basura y acondicionar escombros, leña de manera de evitar que sean refugios de roedores.
- Ante la aparición de abortos en el ganado evitar el contacto directo con secreciones y tejidos provenientes de los mismos, notificar y consultar al médico veterinario. Utilizar elementos de protección personal (EPP).
- Quimioprofilaxis: La recomendación es indicar profilaxis a aquellas personas solo con indicación médica evaluando el riesgo. NO se recomienda en embarazadas ni menores de 8 años.
- Se debe dar pautas de alarma para consulta y tratamiento temprano.
- Vacunación según indicación veterinaria contra leptospirosis en caninos (monodosis o séxtuple).

## VI.7. Medidas ante casos y contactos

En personas:

- Identificar fuente probable para localizar otros expuestos.
- Dar pautas de alarma para consulta precoz ante síntomas o signos compatibles de personas expuestas a la misma fuente (no existe transmisión interhumana).
- Tratamiento antibiótico: se recomienda para leptospirosis en personas mayores de 12 años: doxiciclina vía oral 100 mg dos veces al día durante una semana. También se pueden administrar por vía oral amoxicilina (500 mg/día durante 1 semana a 10 días) o ampicilina (500–750 mg/día durante 1 semana a 10 días).

**Leptospirosis grave**: penicilina G (penicilina G sódica; a una dosis de 1,5 millones de U/6 h) por vía intravenosa durante una semana.

Se recomienda que los niños y las mujeres embarazadas eviten el consumo de doxiciclina. Se debe administrar amoxicilina y azitromicina a niños menores de 12 años y mujeres embarazadas en lugar de doxiciclina[21].

En caninos:

- Tratamiento de los casos confirmados para evitar la eliminación de *Leptospira* spp. por orina. Se debe instaurar el tratamiento antimicrobiano específico, además sintomático. Los antibióticos recomendados son:
  1. Betalactámicos: Ideales para la fase de septicemia. No eliminan el estado de portador renal, (por lo que se recomienda asociarlo a aminoglucósidos)

     a) Penicilina G procaínica: 40.000 UI/kg cada 12 a 24 horas, por vía SC o IM durante 15 días

     b) Penicilina G benzatínica: 100.000 UI/kg cada 48 a 72 horas, por vía IM durante 15 días,

     c) Amoxicilina: 20 a 40 mg/kg cada 8 a 12 horas, por vía SC, IM o vía oral durante 15 días.

  2. Aminoglucósidos: Especialmente para eliminar leptospiras enquistadas, por lo que se utilizan por el sinergismo con betalactámicos. Estreptomicina o dihidroestreptomicina: 10 mg/kg cada 12 horas durante 3 días.

  3. Tetraciclinas: Elimina la leptospiremia, la leptospiruria y el estado de portador renal. Doxiciclina: 5 a 10 mg/kg cada 12 o 24 horas respectivamente, por vía oral durante 21 días.

- Aislamiento para evitar la exposición de otros animales o personas.
- Examen clínico y serológico de los animales expuestos.
- Extremar medidas de antisepsia en el entorno (desinfección con lavandina).
- Protección individual en personal expuesto como veterinarios, tutores o proteccionistas de animales (guantes, botas, ropa impermeable).

[21] Petakh P, Behzadi P, Oksenych V, Kamyshnyi O. Current treatment options for leptospirosis: a mini-review. Front Microbiol. 2024 Apr 25;15:1403765. doi: 10.3389/fmicb.2024.1403765. PMID: 38725681; PMCID: PMC11081000.

- Derivación del entorno familiar a un hospital de referencia. Se sugiere consulta médica ante el inicio de síntomas compatibles (no está indicado quimioprofilaxis en estos casos en las personas).

## VI.8. Medidas ante brotes

- Identificar la fuente de infección, tales como basurales, criaderos de animales, zonas anegadas u orillas de ríos y arroyos contaminados, con el fin de eliminar la fuente de infección o restringir su uso. Asimismo, investigar posibles exposiciones de origen ocupacional.
- Se recomienda indicar profilaxis a aquellas personas que:
  1. Permanecen en áreas de anegamiento o inundación.

  2. Realizan tareas de desmalezamiento y limpieza en áreas inundadas o anegadas.

  3. Regresan a domicilio y tareas de limpieza luego de una inundación.

    - ➢ Se indica doxiciclina en dosis de 200 mg (2 comprimidos) por semana para mayores de 12 años
    - ➢ Entre 8 y 12 años la dosis es 100 mg (1 comprimido) por semana
    - ➢ SOLO se repetirá a la semana si permanecen las condiciones de riesgo
    - ➢ NO se recomienda a embarazadas ni menores de 8 años. En aquellas personas que no pueden recibir doxiciclina se debe dar pautas de alarma para consulta y tratamiento temprano.
- En caninos:
  De aplicación poblacional en perros susceptibles expuestos debido a factores climáticos no previstos como inundaciones, a ambientes potencialmente contaminados con Leptospiras, en donde no hay tiempo de aplicar esquemas de vacunación preventivos. Previa evaluación de los riesgos de los animales como (portador/eliminador) y potencial transmisor de la infección para los humanos, se sugiere realizar quimioprofilaxis con doxiciclina a la población canina expuesta a inundaciones.

  Dosificación de la Doxiciclina:

  - ➢ Perros chicos: 50 mg/totales por semana.
  - ➢ Perros medianos: 100 mg/totales por semana.
  - ➢ Perros grandes: 150 mg/totales por semana.
    Hasta 2 a 3 semanas después de que las aguas hayan bajado.

    Se recomendará administrar el fármaco con alimentos, para reducir el riesgo de trastornos esofágicos.

Durante lluvias intensas, la orina de animales infectados puede contaminar el suelo y el agua y enfermar a las personas y otros animales. Los casos de leptospirosis pueden aumentar después de inundaciones si las personas y animales tienen contacto directo con agua contaminada.

- Después de una inundación, hacer que el agua sea segura para beber hirviendo o usando un tratamiento químico cómo pastillas potabilizadoras o dos gotitas de lavandina por litro de agua.

- Cubrir los cortes o rasguños con vendajes impermeables u otros cobertores que impidan el paso del agua.
- Evitar exponerse, bañarse ni tragar agua de inundación ni ninguna fuente de agua dulce potencialmente contaminada.
- Usar ropa y zapatos protectores impermeables cerca del agua o del suelo que puedan estar contaminados con orina animal.

## VI.9. Vigilancia Epidemiológica

La leptospirosis constituye un evento de notificación obligatoria en los términos de la Ley Nacional 15465 y la Resolución 2827/2022. Se vigila en personas y en caninos.

### VI.9.A. LEPTOSPIROSIS HUMANA

**Objetivos de la vigilancia**

Elaborar estrategias de prevención y control para controlar la enfermedad.

**Notificación**

La leptospirosis en humanos se vigila bajo el evento "Leptospirosis" con una modalidad individual y periodicidad inmediata. La estrategia de notificación es universal clínica, de laboratorio e investigación epidemiológica. Los brotes se notifican mediante el formulario de notificación de brotes.

**Definiciones y clasificaciones de caso**

**Caso sospechoso:** enfermo febril agudo, con cefalea, mialgia, en ausencia de síntomas en vías aéreas superiores y con epidemiología compatible, seguido o no de ictericia, meningitis, nefropatía, neumonía, hemorragias.

Se consideran antecedentes epidemiológicos compatibles, en los 30 días anteriores al inicio de los síntomas, siendo su tiempo de evolución en promedio de 7 a 15 días, cualquiera de las siguientes actividades:

• Actividades en ambientes urbanos vinculadas a recolección de residuos, clasificación de material para reciclaje, limpieza en canales o acequias o trabajo en alcantarillas, trabajo de huertas, albañilería o en frigorífico.

• Actividades en ambientes rurales como manejo de animales, agricultura en áreas anegadas, pesca, o cualquier otra actividad, laboral o recreativa en ambientes acuáticos naturales.

• Haber estado en zonas afectadas por inundaciones.

**Caso Sospechoso – Resultado No Conclusivo:** todo caso sospechoso estudiado por laboratorio por cualquier técnica, con resultado negativo en una única muestra de hasta 10 días de evolución desde el inicio de los síntomas.

**Caso probable:** todo caso sospechoso sumado a uno o más de los siguientes:

a) Un resultado reactivo para estudios realizados por las siguientes pruebas de tamizaje: Macroaglutinación (Antígeno TR) y/o ELISA.

b) Un resultado reactivo para la prueba de referencia: microaglutinación (MAT) con título menor a 200 en una única muestra.

**Caso confirmado:** todo caso sospechoso o probable sumado a:

a) En una única muestra, una o más de las siguientes:

1. MAT (microaglutinación) positiva a un título mayor o igual a 200

2. Aislamiento bacteriano

3. Detección de genoma bacteriano por PCR

b) Seroconversión a la MAT, en dos o más muestras, preferentemente con más de 10 días de evolución:

1. 1er muestra negativa y 2da positiva o

2. 1ra y 2da muestras positivas con diferencia de al menos 2 títulos entre ellas (directa o inversa).

**Caso descartado:** todo paciente con uno o más de los siguientes criterios:

- Dos muestras en las que NO se observa seroconversión a la MAT (2da muestra con más de 10 días desde fecha de inicio de síntomas)
- Resultado NO reactivo para ELISA en muestras de más de 10 días de inicio de síntomas.
- MAT negativa en muestra única de más de 10 días de evolución desde el inicio de síntomas.
- Diagnóstico laboratorial confirmatorio para otra enfermedad febril.

### VI.9.B. LEPTOSPIROSIS CANINA

#### Objetivos de la vigilancia

Incorporar la detección de leptospirosis en caninos a las estrategias de prevención y control de la enfermedad. A los perros se los considera centinelas[22] para la detección temprana de esta bacteria, lo que indica un ambiente contaminado con el riesgo de contagio a personas y otros animales.

#### Notificación

La leptospirosis en caninos se vigila bajo el evento “Leptospirosis canina” con una modalidad individual y periodicidad inmediata. La estrategia de notificación es universal, clínica veterinaria, de laboratorio e investigación epidemiológica. Los brotes se notifican mediante el formulario de notificación de brotes. Asimismo, se notifican las muestras estudiadas con una modalidad agrupada y de frecuencia semanal (componente de Laboratorio) bajo los eventos “Leptospirosis (VA)” y “Leptospirosis canina - Estudios poblacionales” pertenecientes al grupo de evento “Vigilancia animal” donde se notifican las muestras caninas estudiadas y positivas para leptospirosis.

### VI.9.C. DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES DE CASO

**Caso Sospechoso:** canino con signopatología (síndrome febril agudo, ictericia, vómitos, nefropatía (IRA), mialgias, hemorragias, astenia) y epidemiología compatible con leptospirosis. Los antecedentes epidemiológicos sugestivos son: exposición a inundaciones,

[22] Dado que los perros actúan como centinelas epidemiológicos, la detección temprana de la bacteria en ellos funciona como un indicador directo de contaminación ambiental, alertando sobre el riesgo inminente de transmisión a las personas y a otros animales.

temporada de lluvias, barro, basurales o contacto con aguas estancadas (pozos, arroyos, lagos o ríos) y/o contacto con animales enfermos o roedores, animales sin antecedentes de vacunación previa.

**Caso Probable:** caso sospechoso con un resultado reactivo para la prueba de referencia: microaglutinación (MAT) con título menor o igual a 1/400 en una única muestra, ya sea a uno o más serogrupos, sin antecedentes de vacunación vigente.

**Caso Confirmado:** Caso sospechoso o probable con:

a) Una única muestra sometida a diagnóstico de MAT (microaglutinación), que resulte positiva a un título mayor o igual a 1/800 frente a uno o más serogrupos, sin antecedentes de haber recibido vacunación en los últimos 6 meses; ó

b) Seroconversión a la MAT: la 1ra muestra negativa y la 2da positiva o 1ra y 2da muestra positivas con diferencia de al menos 2 títulos entre ellas. Ambas muestras se toman con un intervalo de 15 días entre cada una; ó

c) Aislamiento bacteriano; ó

d) Detección de genoma bacteriano por PCR

---

*Para más información, consultar el Manual para la vigilancia epidemiológica y control, disponible en:*
*Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria, 2026*
*Fichas de notificación:*
*Ficha de notificación de caso de leptospirosis humana*
*ficha de notificación de caso de leptospirosis canina*
*Guía para el equipo de salud - Leptospirosis, disponible en:*
*Guia para el equipo de salud de leptospirosis, 2014*

---

# VII. Hantavirosis

## VII.1. Introducción

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

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

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

En respuesta a estos desafíos sanitarios, las normas de vigilancia fueron revisadas y actualizadas[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 actualización de la información se realizará en forma periódica, ajustándose a la evolución de la situación epidemiológica y a la necesidad de comunicación oportuna.

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

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

## VII.2.Situación epidemiológica nacional

### VII.2.A. NOTA METODOLÓGICA

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

### VII.2.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

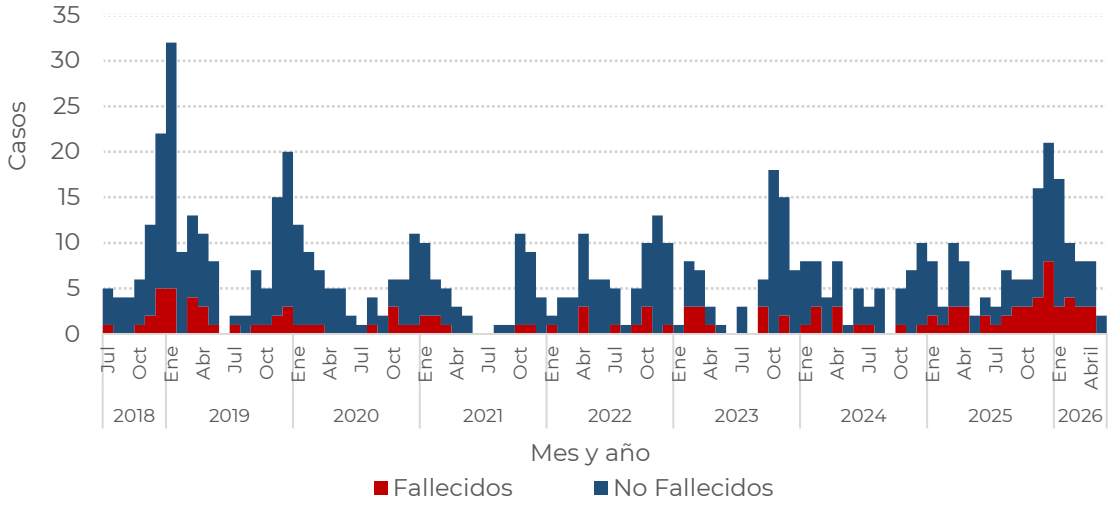
La situación epidemiológica actual se caracterizó a partir de la comparación de temporadas, es decir los períodos comprendidos entre los meses julio de un año y junio del siguiente (Por ej. SE 27/2018- SE 26/2019) para, de esta manera, poder contrastar el aumento de casos en períodos estivales entre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

**Caracterización según temporalidad y regiones del país**

A continuación, se presentan los casos confirmados según mes, año y condición de egreso desde la temporada 2018-2019 (SE 27/2018 a SE 26/2019) a la semana SE 19/2026. 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 19/2026, Argentina. (N=648)**

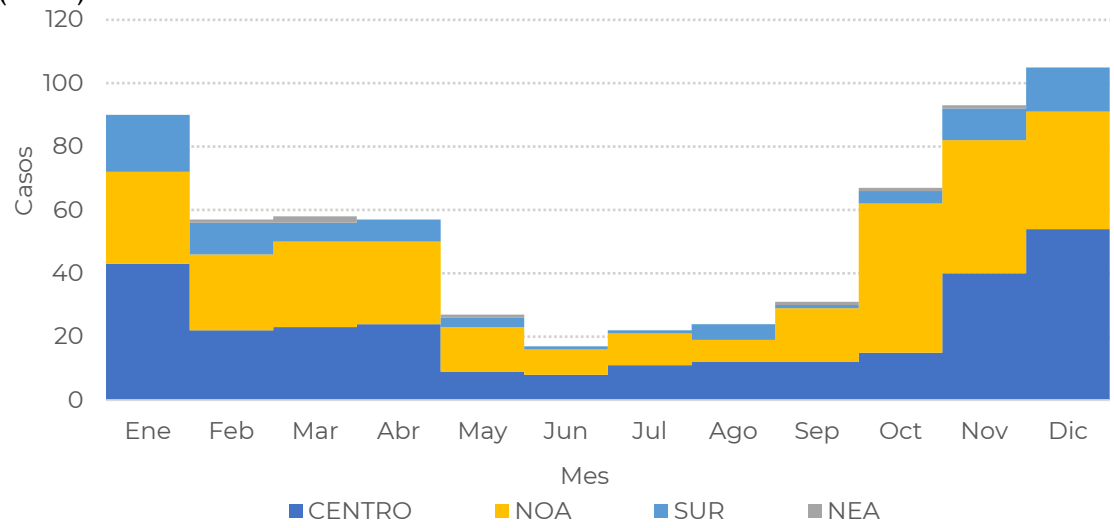



*Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.*

En el presente análisis, desde la SE 18 —publicada en el BEN N.° 808— no se identificaron casos de Hantavirus. En relación a la SE 19, se ha identificado 1 caso fallecido, correspondiente a la localidad de Orán, provincia de Salta. De esta forma, la totalidad de casos confirmados corresponden a 45 durante el 2026.

En el período analizado se acumularon 648 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 19/2026, Argentina. (N=648)**



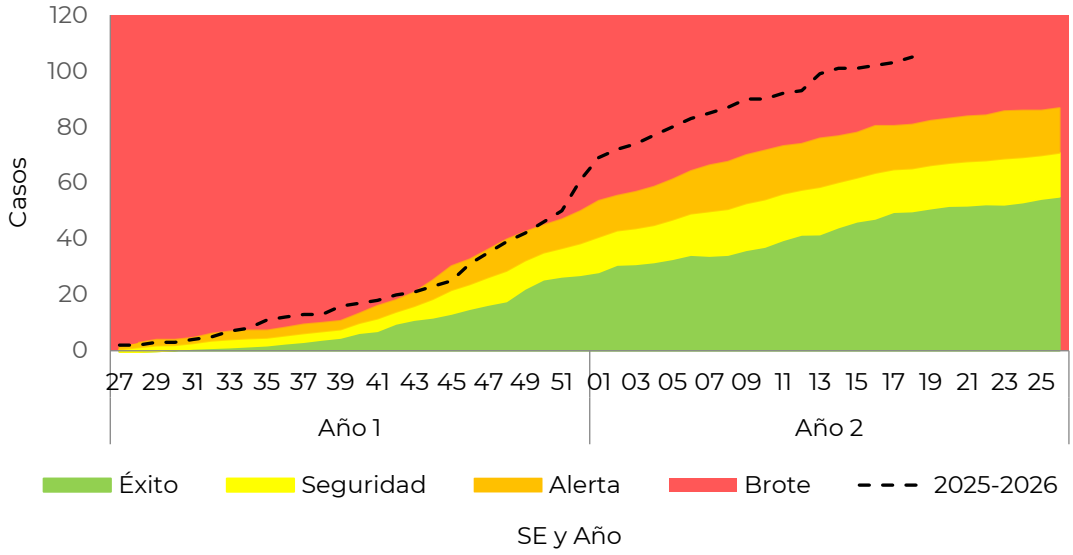

*Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.*

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 19/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Argentina. (N=105)**

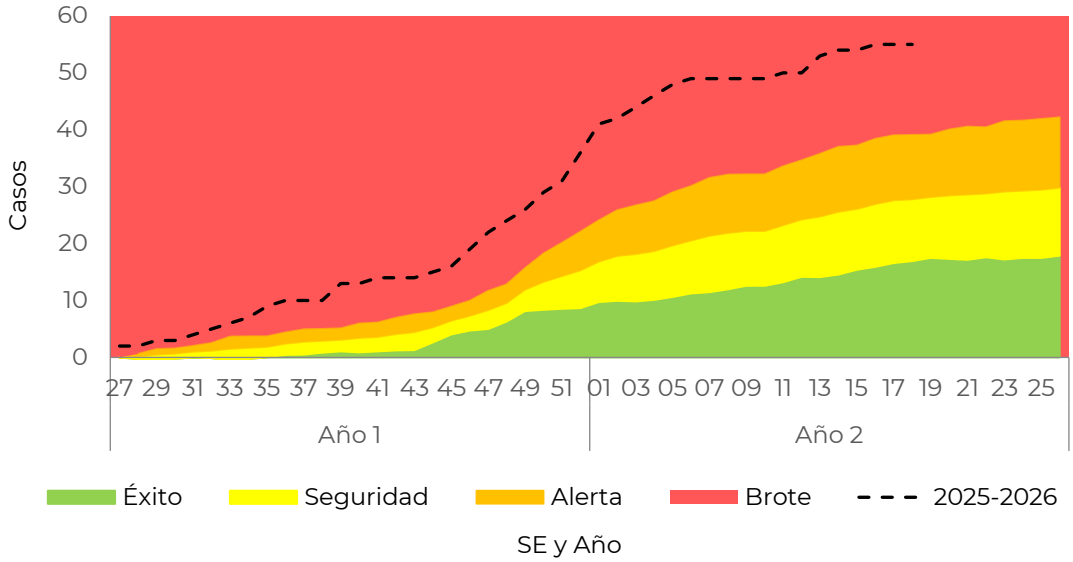



*Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.*
**Tanto para el total país como para los corredores regionales, se excluyeron del período comparativo los casos de la temporada 2018-2019 por ser una temporada de brote.*

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 19/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región Centro. (N=55)**

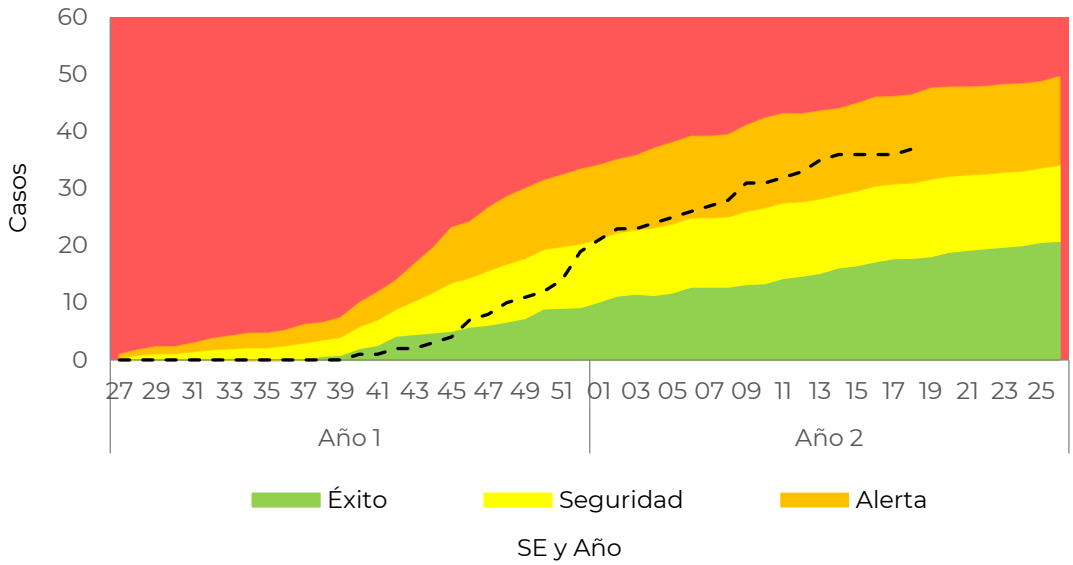



*Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.*

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 notificaron en Buenos Aires, Entre Ríos y Santa Fe.

## Región NOA

**Gráfico 5. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE 27/2025 a SE 19/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región NOA. (N=37)**



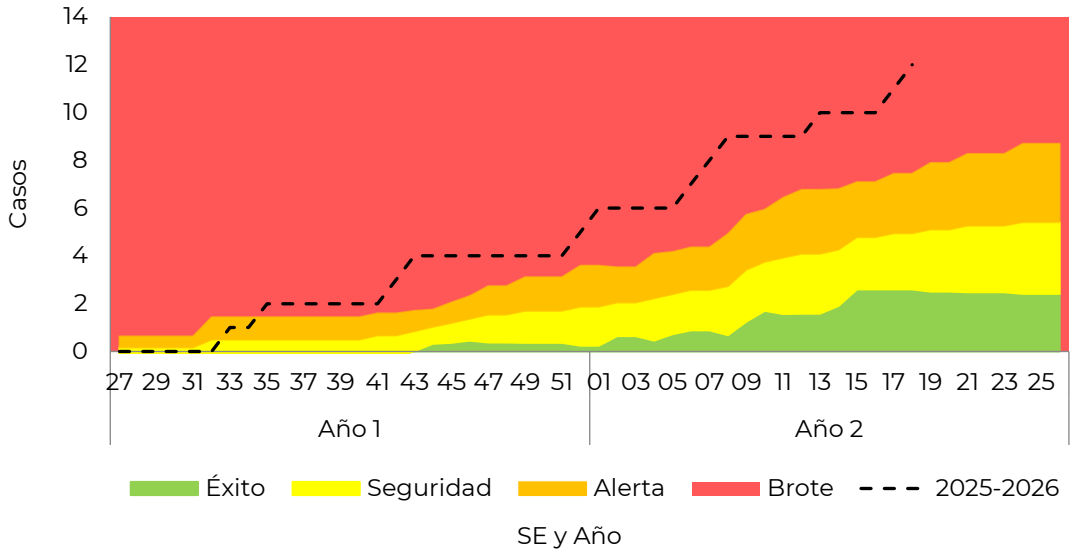

*Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.*

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 19/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región Sur. (N=12)**




*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 18 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 19). (N=496)**

| Temporada | 2019-2020 (hasta SE19) | | 2020-2021 (hasta SE19) | | 2021-2022 (hasta SE19) | | 2022-2023 (hasta SE19) | | 2023-2024 (hasta SE19) | | 2024-2025 (hasta SE19) | | 2025-2026 (hasta SE19) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Jurisdicción | N | Tasa | N | Tasa | N | Tasa | N | Tasa | N | Tasa | N | Tasa | N | Tasa |
| Buenos Aires | 27 | 0,15 | 16 | 0,09 | 15 | 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 | 5 | 0,14 | 6 | 0,17 | 6 | 0,17 | 10 | 0,27 | 7 | 0,19 |
| **Centro** | **42** | **0,14** | **26** | **0,09** | **23** | **0,08** | **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 | 13 | 1,70 | 8 | 1,03 | 10 | 1,28 | 9 | 1,14 | 12 | 1,50 | 4 | 0,50 | 7 | 0,86 |
| Salta | 27 | 1,91 | 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** | **40** | **0,71** | **21** | **0,37** | **25** | **0,43** | **34** | **0,58** | **53** | **0,90** | **17** | **0,29** | **37** | **0,61** |
| Chubut | 0 | 0,00 | 5 | 0,80 | 3 | 0,47 | 3 | 0,47 | 1 | 0,15 | 0 | 0,00 | 5 | 0,74 |
| 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 | 6 | 0,75 |
| **Sur** | **2** | **0,07** | **8** | **0,27** | **3** | **0,10** | **6** | **0,20** | **7** | **0,23** | **4** | **0,13** | **12** | **0,38** |
| **Total País** | **87** | **0,19** | **55** | **0,12** | **51** | **0,11** | **63** | **0,14** | **76** | **0,16** | **59** | **0,12** | **105** | **0,22** |

*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 19 se notificaron un total de 105 casos de hantavirosis localizados en su mayoría en las provincias de Buenos Aires (43 casos), Salta (30), Santa Fe (7), Jujuy (7), Rio Negro (6), Entre Ríos (5) y Chubut (5).

En la temporada actual se observa la incidencia nacional más alta del período analizado en comparación con las temporadas previas, con una tasa de 0,22 casos por 100.000 habitantes.

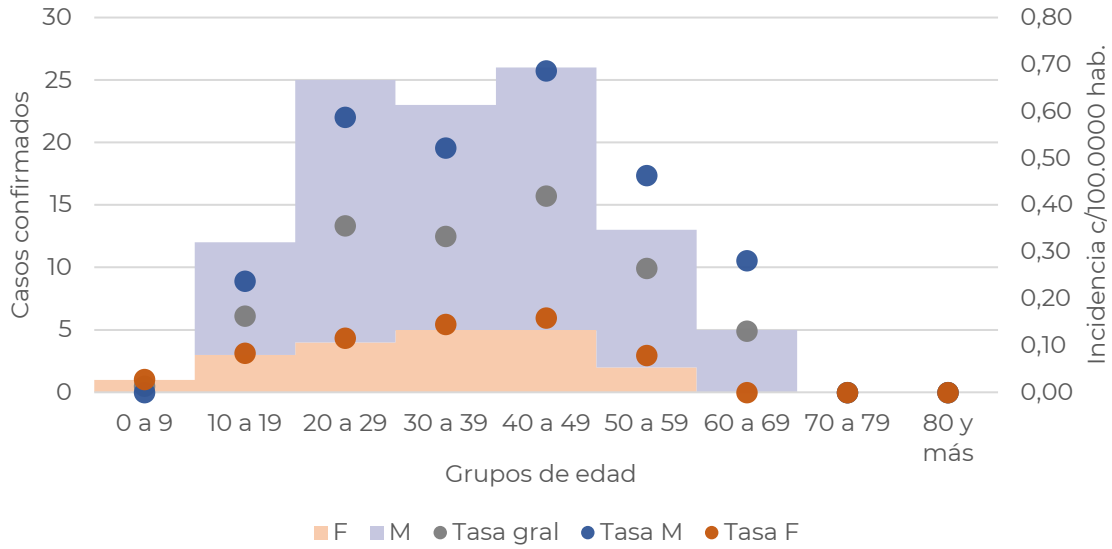
A nivel regional, en la actual temporada, la tasa de incidencia más elevada corresponde a la región del NOA (0,61 casos por 100.000 habitantes), donde se notificaron 37 casos confirmados. El 81% de los casos de la región se concentraron en Salta. Esta presenta la incidencia más elevada del país, con 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 0,75 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 SE19/2026. (N=105)**




*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% (74) de los casos entre los 20 y los 49 años, contando estos grupos con las mayores tasas de incidencia cada 100.000 habitantes en el período.

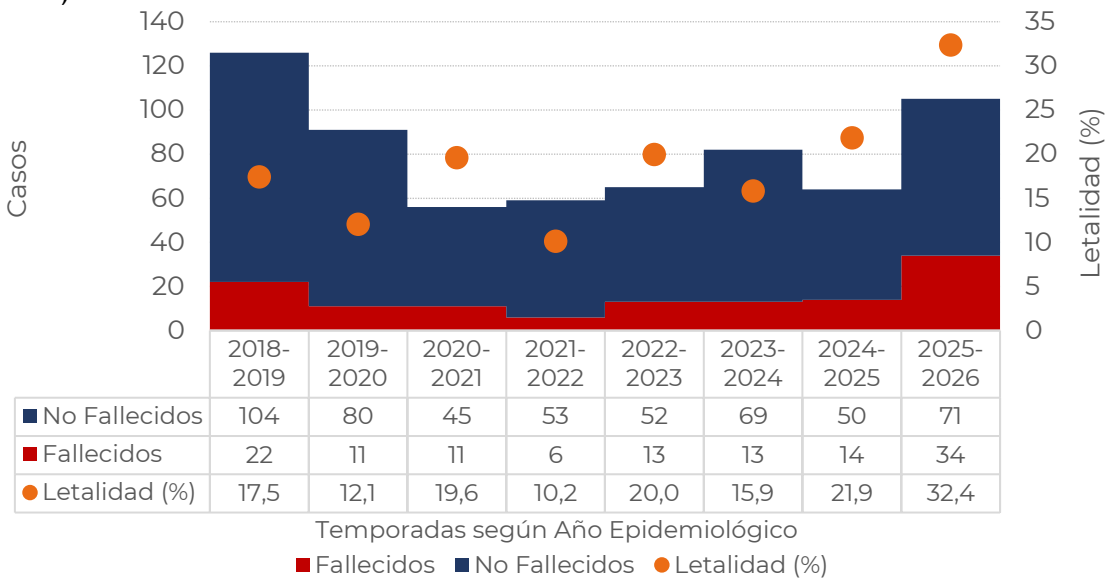
En cuanto a la distribución de los casos por sexo, el 81% (85) de los casos confirmados para la temporada actual se corresponde con el sexo masculino. Para todos los grupos etarios, se observa una predominancia de los casos masculinos por sobre los femeninos, a excepción del grupo etario de 0 a 9 años 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 19/2026. Argentina. (N=648)**

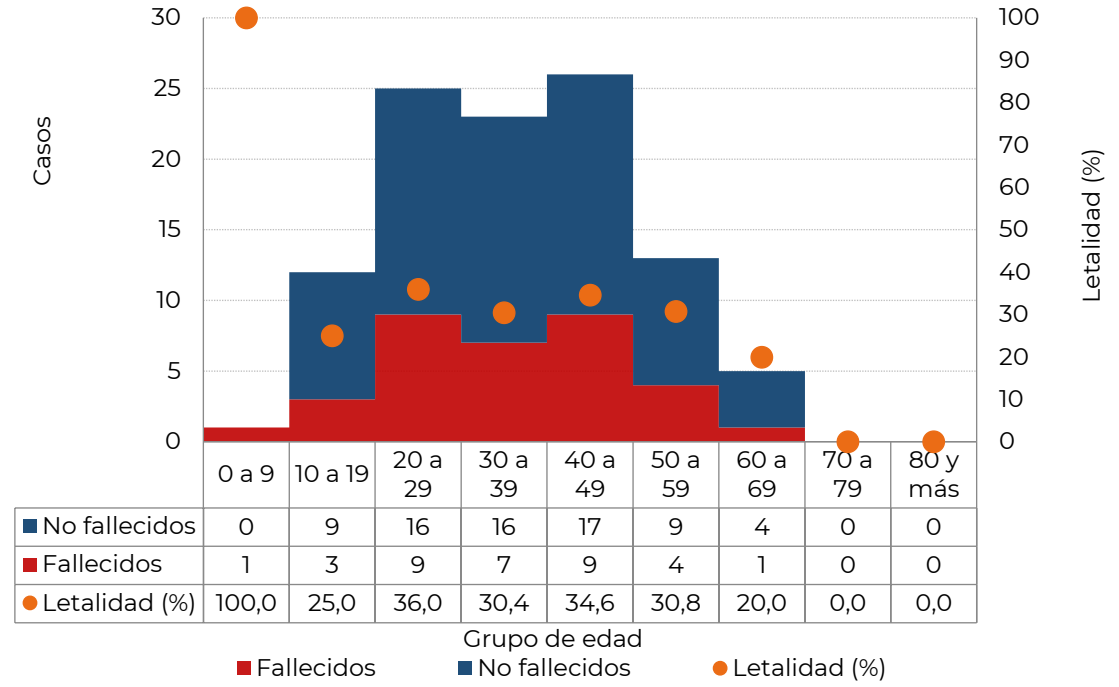



| | 2018-2019 | 2019-2020 | 2020-2021 | 2021-2022 | 2022-2023 | 2023-2024 | 2024-2025 | 2025-2026 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No Fallecidos | 104 | 80 | 45 | 53 | 52 | 69 | 50 | 71 |
| Fallecidos | 22 | 11 | 11 | 6 | 13 | 13 | 14 | 34 |
| Letalidad (%) | 17,5 | 12,1 | 19,6 | 10,2 | 20,0 | 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 SE19/2026 se notificaron 34 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 19/2026. Argentina. (N=105)**




| | 0 a 9 | 10 a 19 | 20 a 29 | 30 a 39 | 40 a 49 | 50 a 59 | 60 a 69 | 70 a 79 | 80 y más |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No fallecidos | 0 | 9 | 16 | 16 | 17 | 9 | 4 | 0 | 0 |
| Fallecidos | 1 | 3 | 9 | 7 | 9 | 4 | 1 | 0 | 0 |
| Letalidad (%) | 100,0 | 25,0 | 36,0 | 30,4 | 34,6 | 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 (36%), 40 a 49 (34,6%) y 50 a 59 (30,8%). 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 19). (N=99)**

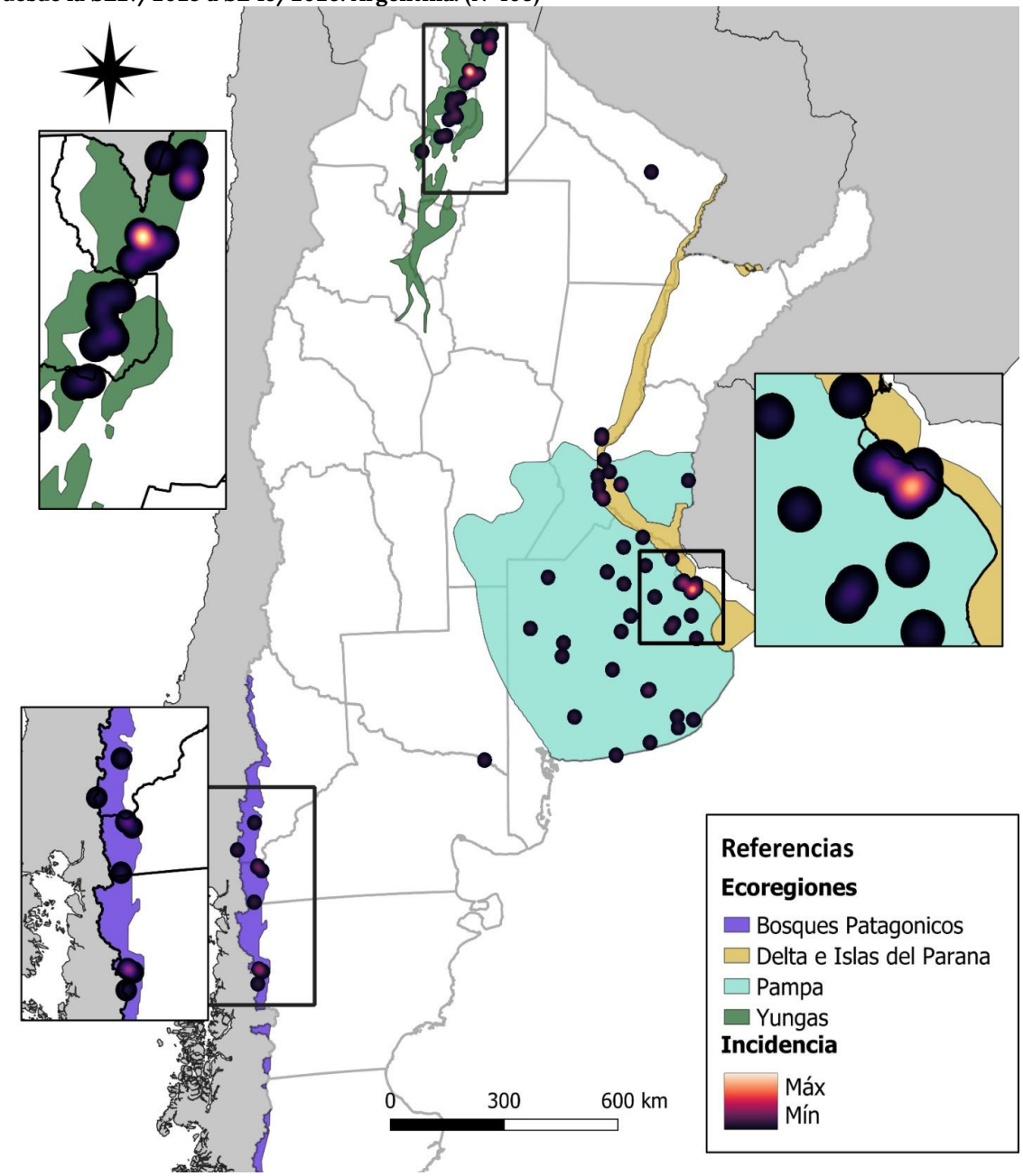
| Año epidemiológico | 2019 -2020 (SE27 a SE 19) | | 2020 -2021 (SE27 a SE19) | | 2021 - 2022 (SE27 a SE19) | | 2022 - 2023 (SE27 a SE19) | | 2023 - 2024 (SE27 a SE19) | | 2024 - 2025 (SE27 a SE19) | | 2025 - 2026 (SE27 a SE19) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Jurisdicción | 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 | 11 | 7,25 |
| **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** | **11** | **1,83** |
| **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** | **34** | **0,71** |

*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 (0,71 casos fallecidos por 1.000.000 hab.) es casi 3 veces mayor respecto a la temporada anterior hasta las SE19 (0,25 casos fallecidos por 1.000.000 hab.) y la más alta de todo el periodo analizado con un total de 34 fallecidos. Para el mismo período, la región del NOA presenta la mayor tasa de mortalidad (1,83 casos fallecidos por 1.000.000 hab.). La totalidad de los fallecimientos registrados en la región (11 casos) corresponden a la provincia de Salta que, además, es la que mayor mortalidad presenta entre todas las jurisdicciones (7,25 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 19/2026. Argentina. (N=105)**




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

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

implementación de un monitoreo ambiental periódico, con el objetivo de evaluar la composición de las poblaciones de roedores en períodos de mayor abundancia e identificar los ambientes asociados a las especies reservorio.

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

### VII.2.C. 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=PLwad1oRGFEgBZpMLjUEzMo

w5rpQUrJnBP&index=40) y un spot de recomendaciones para equipos de salud (https://www.youtube.com/watch?v=-HiAyk4Q4A0&list=PLwad1oRGFEgCJjrq_K6adm-5rytQL1qAJ&index=2)

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

## VII.3.Situación 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. Posteriormente se confirmó que se trató de casos de hantavirus.

### VII.3.A. EPIDEMIOLOGÍA

Al 26 de mayo, se notificaron un total de 11 casos (nueve confirmados y dos probables), incluidas tres muertes (dos confirmadas y una probable). Tres de estos casos presentaron síntomas durante la repatriación. Todos los casos confirmados por laboratorio corresponden a infección por virus Andes. A su vez, todos eran pasajeros del MV Hondius.

Con base en la información actualmente disponible, la hipótesis de trabajo es que el primer caso adquirió la infección antes de embarcar en el crucero, mediante exposición en tierra. Las investigaciones continúan para esclarecer las posibles circunstancias de exposición y el origen del brote. La evidencia actual sugiere una posterior transmisión de persona a persona a bordo del barco, esto también está respaldado por un análisis preliminar de las secuencias genéticas, que muestran secuencias muy similares, prácticamente idénticas, entre distintos casos.

### VII.3.B. ACCIONES DESARROLLADAS ALREDEDOR DEL BROTE DE HANTAVIROSIS EN BUQUE INTERNACIONAL.

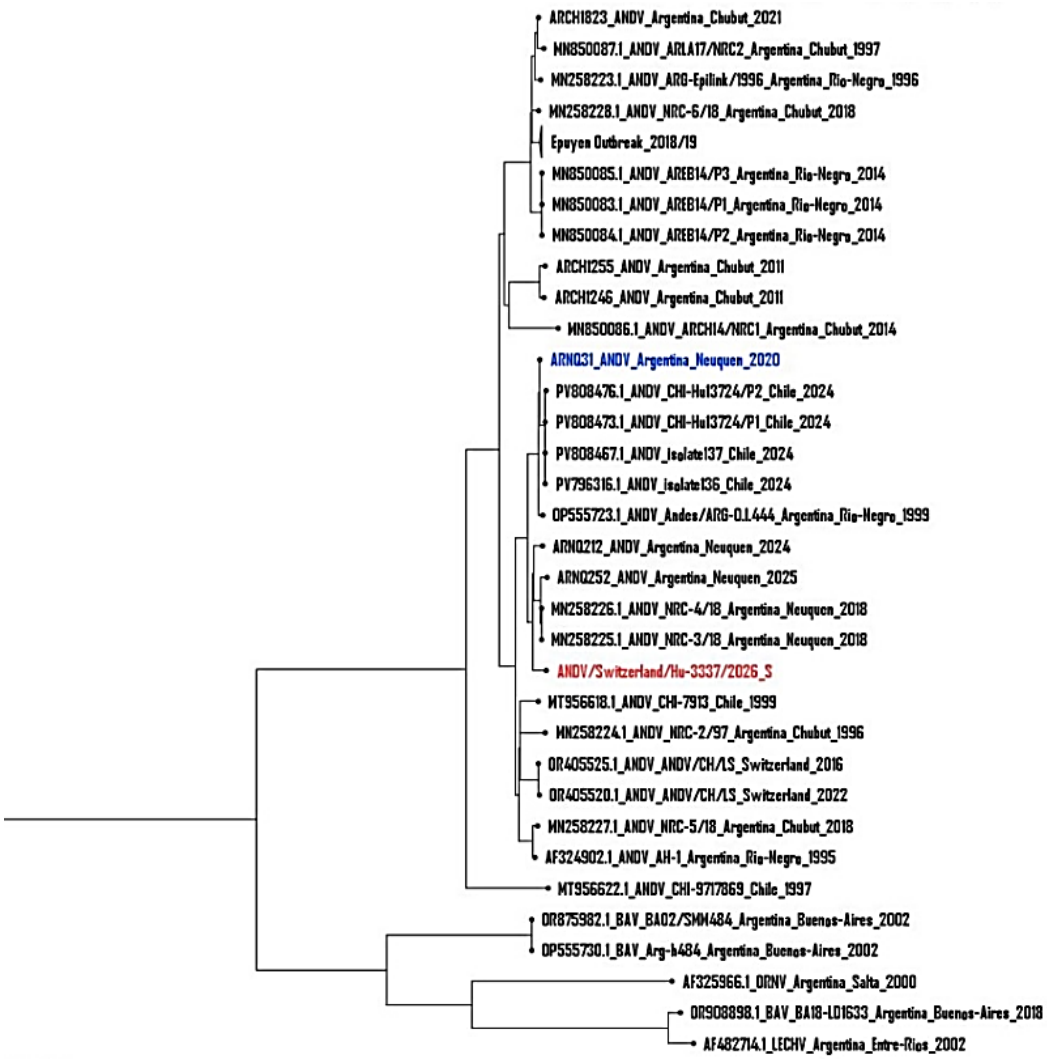
El Ministerio de Salud de la Nación sigue trabajando en las investigaciones epidemiológicas dentro del territorio nacional para determinar el posible origen del contagio. El Centro Nacional de Enlace de la Dirección de Epidemiología continúa la comunicación con los países afectados por el evento, recepcionando y brindando información relacionada al brote.

Asimismo, se sostiene contacto permanente con las provincias en las que los casos 1 y 2 realizaron actividades turísticas, a fin de colaborar en el relevamiento epidemiológico de campo.

**Relaciones filogenéticas 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 con 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.

## Investigación ambiental y fortalecimientos de capacidades de diagnóstico en Tierra del Fuego y Mendoza

Durante la semana del 18 de mayo del corriente año, equipos del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" llevaron adelante un operativo de captura y análisis de roedores en Ushuaia. Para ello, se instalaron alrededor de trampas 120 durante 3 noches en el Parque Nacional Tierra del Fuego, la Reserva Playa Larga y el relleno sanitario municipal. Los resultados preliminares indican se registró un índice de captura de 42% pero no se capturaron ejemplares de la especie *Oligoryzomys longicaudatus*; sin embargo, se registraron capturas de otras especies de roedores silvestres: *Abrothrix olivacea* y *Abrothrix hirta*. En el relleno sanitario municipal se capturó únicamente un roedor urbano (*Rattus rattus*). Se encuentran pendientes los resultados de laboratorio

correspondientes al análisis de muestras de sangre y tejidos obtenidas de los animales capturados. Asimismo, se desarrollaron actividades orientadas a la transferencia e implementación de capacidades diagnósticas para hantavirus en la jurisdicción.

En relación con la provincia de Mendoza, el INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" se encuentra coordinando con el Ministerio de Salud provincial la realización de operativos de captura y análisis de roedores en el sur de la provincia, área donde el caso índice realizó actividades turísticas. De manera complementaria, se avanzará en la transferencia de tecnología y conocimientos para fortalecer la capacidad local de diagnóstico de hantavirus, permitiendo que la jurisdicción pueda realizar el procesamiento de muestras correspondientes a casos sospechosos que se notifiquen.

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

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

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

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

# ALERTAS Y COMUNICACIONES **INTERNACIONALES**

# VIII. Introducción

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

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

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

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

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

## VIII.1. Sarampión - Situación epidemiológica regional

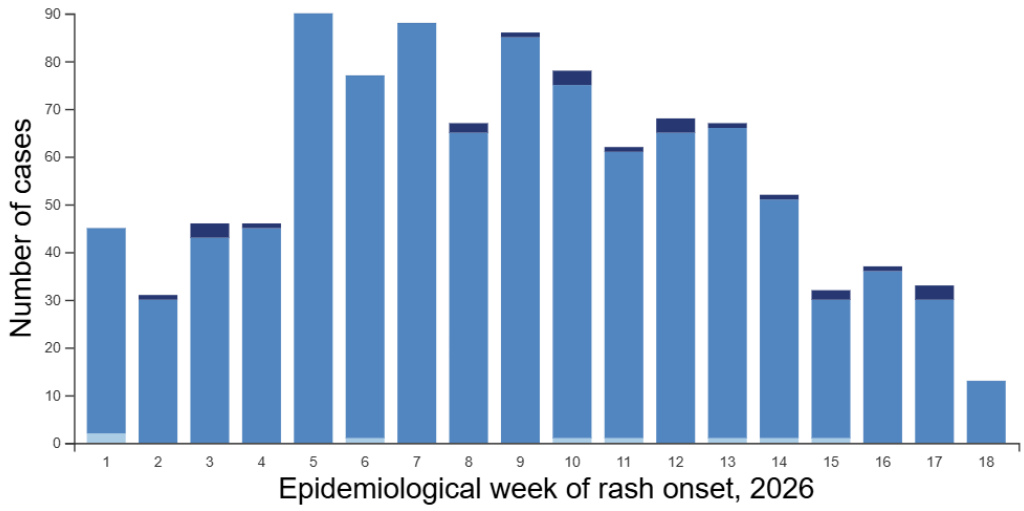
### VIII.1.A. CANADÁ[26]

En 2026, se han notificado un total de 1.018 casos de sarampión (941 confirmados, 77 probables) en 7 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Escocia, Ontario, Quebec y Saskatchewan), hasta el 9 de mayo del 2026.

En la semana 18 (del 3 al 9 de mayo del 2026), se notificaron 29 nuevos casos de sarampión (28 confirmados y 1 probables).

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

**Figura 1. Curva epidemiológica de casos de sarampión, por semana epidemiológica de inicio de la erupción y fuente de exposición, 2026 (n=944)**




## VIII.1.B. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA[27]

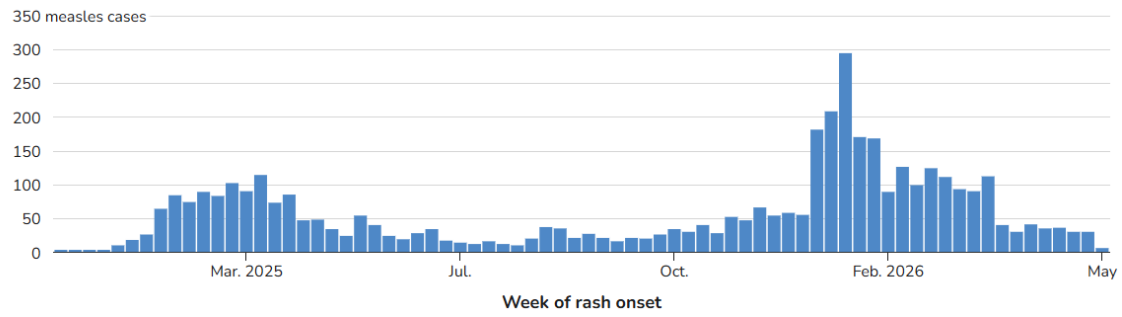
Al 21 de mayo de 2026, se notificaron 1.952 casos confirmados de sarampión en los Estados Unidos durante 2026. De estos, 1.943 casos fueron reportados por 40 jurisdicciones: Alaska, Arizona, California, Colorado, Distrito de Columbia, Florida, Georgia, Idaho, Illinois, Kansas, Kentucky, Luisiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Misuri, Montana, Nebraska, Nueva Jersey, Nuevo México, Ciudad de Nueva York, Estado de Nueva York, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregón, Pensilvania, Rhode Island, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, Wisconsin y Wyoming. Se notificaron 9 casos de sarampión en visitantes internacionales a los Estados Unidos.

Se han notificado 29 nuevos brotes en 2026, y el 93% de los casos confirmados (1.815 de 1.952) están asociados a brotes (487 correspondientes a brotes en 2026 y 1.328 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.

**Figura 1. Casos semanales de sarampión según la fecha de inicio del exantema. 2025-2026 (hasta 21/05/26).**




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

### VIII.1.C. GUATEMALA[28]

Al 13 de mayo de 2026 se han confirmado 6.209 casos de sarampión y se encuentra vigente la "Alerta roja a nivel nacional por sarampión", indicando que hay un brote activo y alto riesgo de expansión. Se registran 7.752 casos probables (por definición clínica o nexo epidemiológico).

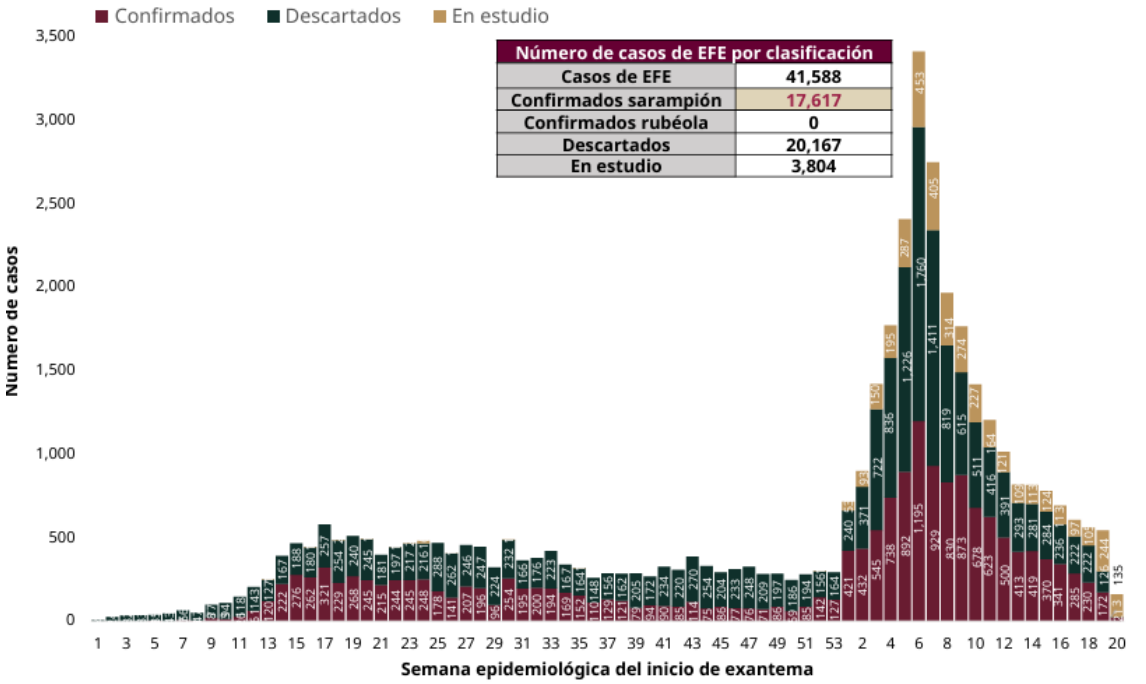
A su vez, se han registrado un total de 12 fallecidos, en su mayoría menores de edad que no se encontraban en edad de haber podido completar su esquema de vacunación.

### VIII.1.D. MÉXICO[29]

Al 15 de mayo, se han reportado 17.617 casos confirmados de sarampión acumulados desde el comienzo del brote. El grupo de edad más afectado es de 1 a 4 años (2.292 casos), seguido del grupo el de 25 a 29 años (2.038 casos) y por último el de 5 a 9 años (2.021 casos).

Se han reportado 41 fallecimientos a la fecha.

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




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

### VIII.1.E. PANAMA[30]

El Ministerio de Salud (Minsa) informa a la población que se ha confirmado un caso asociado a la exposición en el mismo lugar de hospedaje relacionado previamente con uno de los casos importados confirmados.

Adicionalmente, se mantienen en investigación 5 personas que estuvieron en contacto con los casos confirmados. Estas personas presentan manifestaciones clínicas atípicas e historia

[28] https://saludjuntos.gt/
[29] *www.gob.mx/salud/documentos/informe-diario-del-brote-de-sarampion-en-mexico-2026*
[30] *https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-185*

de exposiciones cercanas y prolongadas al virus en entornos laborales y de atención de salud relacionados con los casos importados.

### VIII.1.F. PERÚ[31]

Al 22/05/2026 la República del Perú cuenta con 325 casos confirmados correspondientes al año 20026. No se registran fallecimientos a la fecha.

**Figura 1. Notificación de casos confirmados de sarampión-rubeola, 2026 (n=325)**

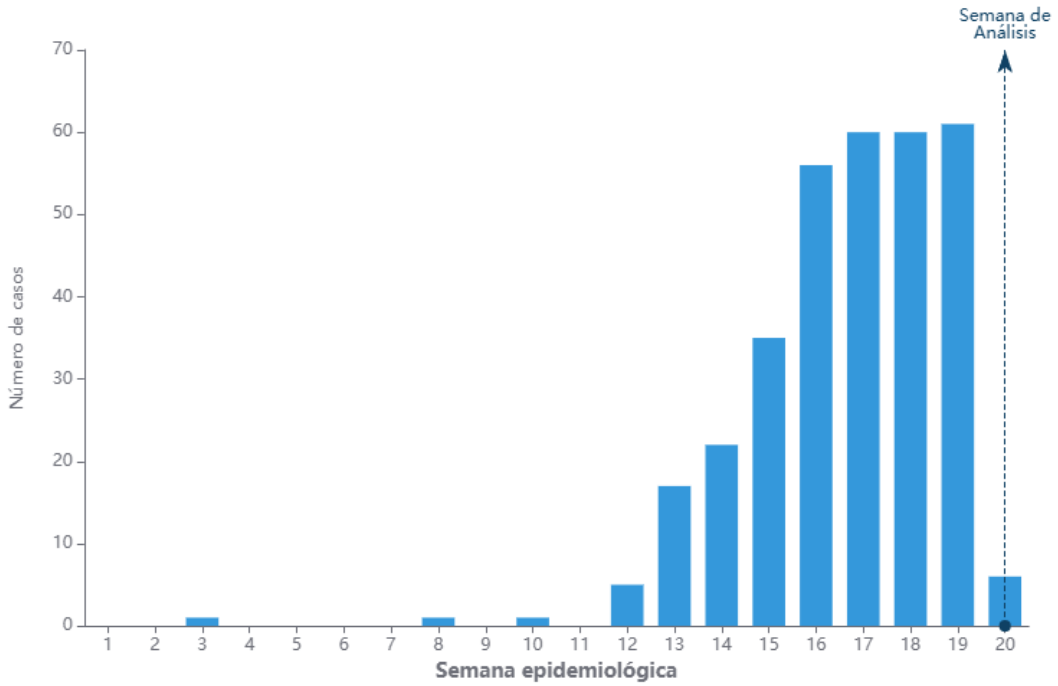
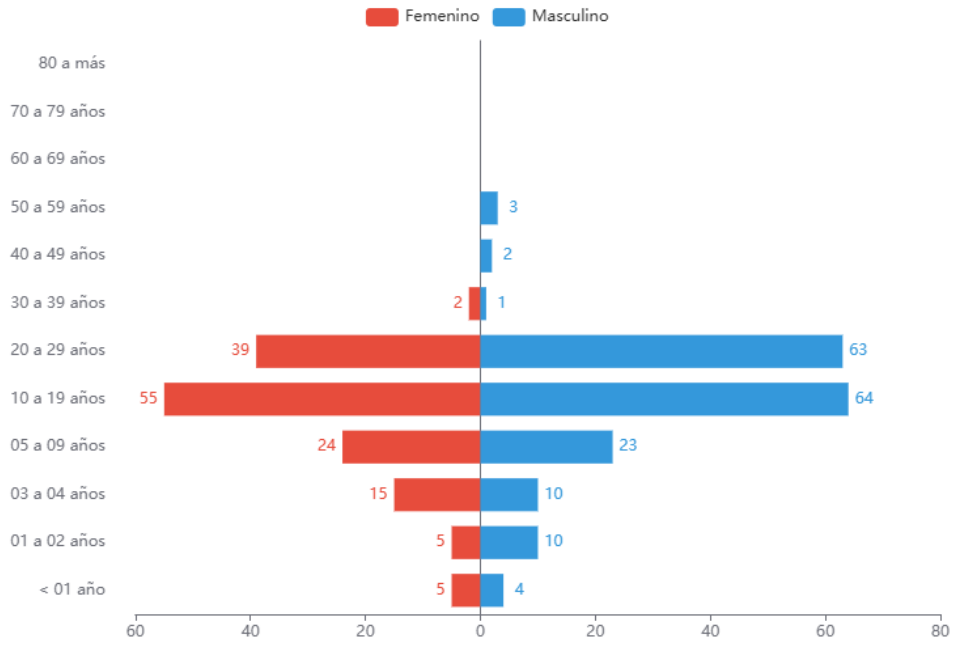



**Figura 2. Distribución acumulada por sexo y grupo de edad, 2026.**



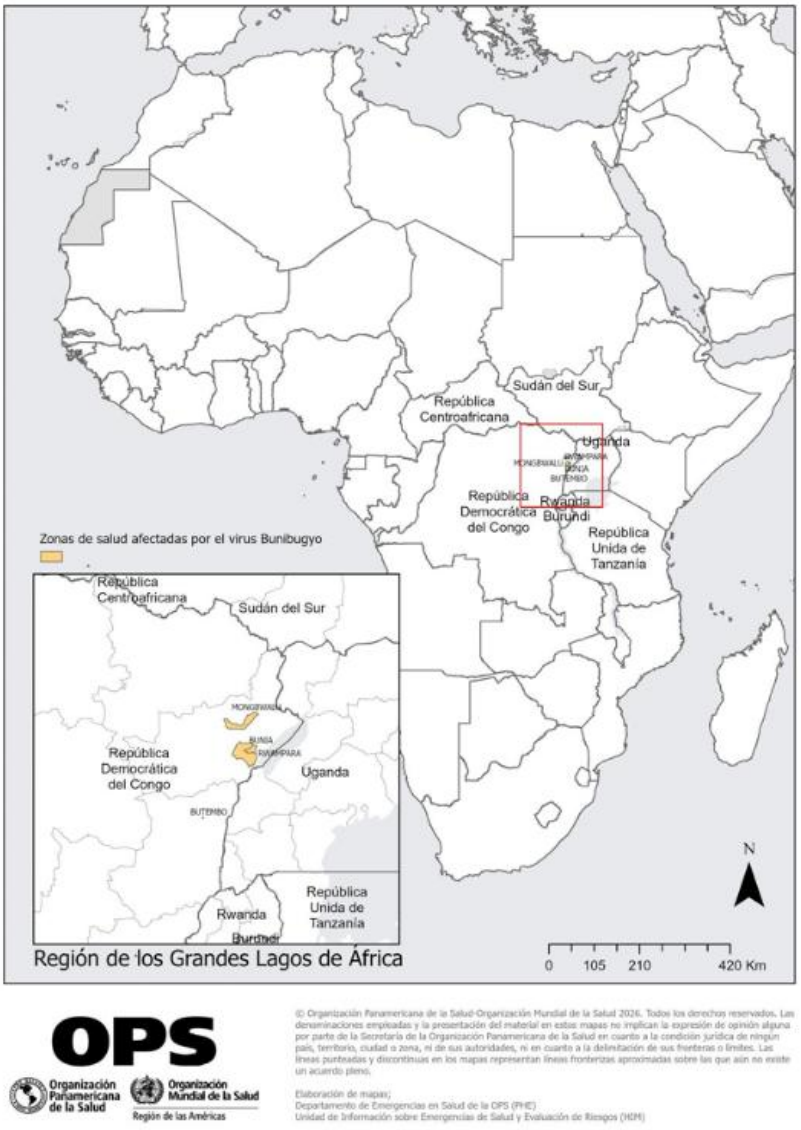

[31] https://app7.dge.gob.pe/maps2/shiny_SYR_web/

## VIII.2. Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) relacionado a la enfermedad por virus Bundibugyo en la República Democrática del Congo y Uganda. Implicaciones para las Américas.

*Recibido a través del CNE el 17/05/2026*

Resumen de la situación en África Oriental El 5 de mayo del 2026, la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue alertada sobre un brote de enfermedad desconocida con alta mortalidad en la zona de salud de Mongbwalu, provincia de Ituri, República Democrática del Congo, incluyendo defunciones entre trabajadores de salud. El 15 de mayo, el Instituto Nacional de Investigación Biomédica de Kinshasa confirmó enfermedad por virus Bundibugyo en 8 muestras analizadas; ese mismo día, el Ministerio de Salud declaró oficialmente el 17º brote de enfermedad por Ébola en el país. Al 15 de mayo, se habían notificado 246 casos sospechosos y 80 defunciones en tres zonas de salud: Rwampara, Mongbwalu y Bunia. Además, 24 casos sospechosos permanecían en aislamiento y se investigaban conglomerados inusuales de defunciones comunitarias compatibles con enfermedad por virus Bundibugyo en Ituri y Kivu del Norte. El 15 de mayo del 2026, Uganda confirmó un caso importado desde la República Democrática del Congo en un hombre que falleció en Kampala. El 16 de mayo se confirmó un segundo caso importado en Kampala, sin vínculo aparente con el primer caso. Hasta el momento del reporte, no se había identificado transmisión local en Uganda. El 16 de mayo del 2026, el Director General de la OMS determinó que la enfermedad por virus Bundibugyo en la República Democrática del Congo y Uganda constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional, conforme al Artículo 12 – Determinación de una emergencia de salud pública de importancia internacional del Reglamento Sanitario Internacional (2005) (RSI). El Director General de la OMS, después de haber consultado a los Estados Parte donde se sabe que el evento está ocurriendo actualmente, determinó que el evento constituye una ESPII, aunque no cumple los criterios de emergencia pandémica, según lo definido en el RSI.

**Figura 1: Zonas de salud afectadas por la enfermedad por virus de Bundibugyo en la República Democrática del Congo, al 16 de mayo del 2026.**




*Fuente:* *https://www.paho.org/es/documentos/emergencia-salud-publica-importancia-internacional-espii-relacionado-enfermedad-por*

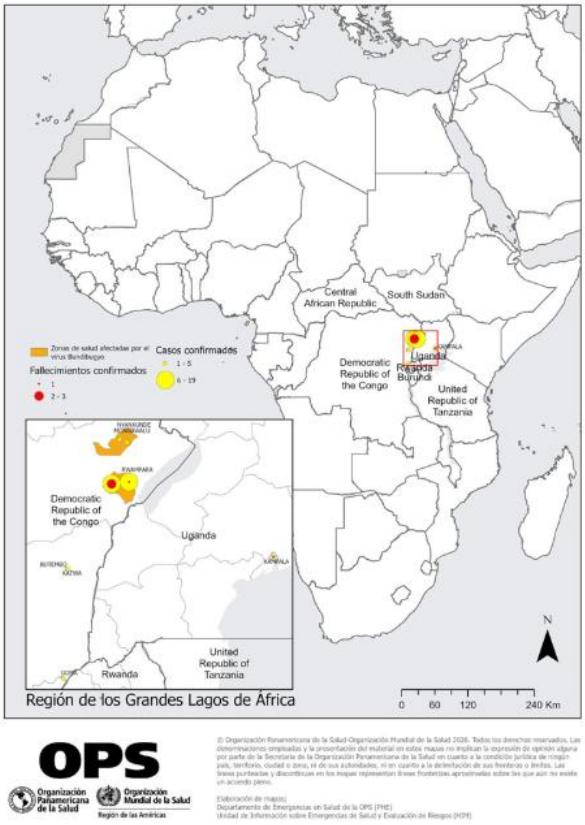
## VIII.3. Alerta Epidemiológica Enfermedad del Ébola causada por el virus Bundibugyo en la República Democrática del Congo y Uganda

*Recibido a través del CNE el 21/05/2026*

Resumen de la situación en África (1-2) El 5 de mayo del 2026, la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue alertada sobre un brote de enfermedad desconocida con alta mortalidad en la zona de salud de Mongbwalu, provincia de Ituri, República Democrática del Congo, incluyendo defunciones entre trabajadores de salud. El 15 de mayo del 2026, el Instituto Nacional de Investigación Biomédica de Kinshasa confirmó enfermedad por virus Bundibugyo en 8 muestras analizadas; ese mismo día, el Ministerio de Salud declaró oficialmente el 17.º brote de enfermedad por Ébola en el país. El 16 de mayo del 2026, el Director General de la OMS determinó que el brote constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional en virtud del Reglamento Sanitario Internacional

(2005). Al 18 de mayo del 2026, se habían notificado 516 casos sospechosos, incluidas 131 defunciones sospechosas, en siete zonas de salud de dos provincias de la República Democrática del Congo. De estos, 33 casos y cuatro muertes han sido confirmados: Rwampara (19 casos confirmados, 3 muertes confirmadas), Bunia (6 casos confirmados, 1 muerte confirmada), Nyankunde (4 casos confirmados) y Mongbwalu (1 caso confirmado), en la provincia de Ituri; y Butembo (1 caso confirmado), Goma (1 caso confirmado) y Katwa (1 caso confirmado), en la provincia de Kivu del Norte. La mayor carga de casos sospechosos continúa registrándose en la provincia de Ituri. Uganda notificó dos casos importados confirmados, incluida una defunción, en Kampala; ambos casos estuvieron vinculados a viajes desde la República Democrática del Congo. El primer caso falleció el 15 de mayo del 2026, tras lo cual se inició la investigación y el seguimiento de 47 contactos identificados. No se han identificado vínculos epidemiológicos entre los dos casos. Al 18 de mayo de 2026, no se había identificado transmisión local en Uganda.

**Figura 1: Casos confirmados de enfermedad por virus del Ébola Bundibugyo en la República Democrática del Congo y Uganda, al 18 de mayo de 2026**




*Fuente:* *https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-enfermedad-ebola-causada-por-virus-bundibugyo-republica*

# DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

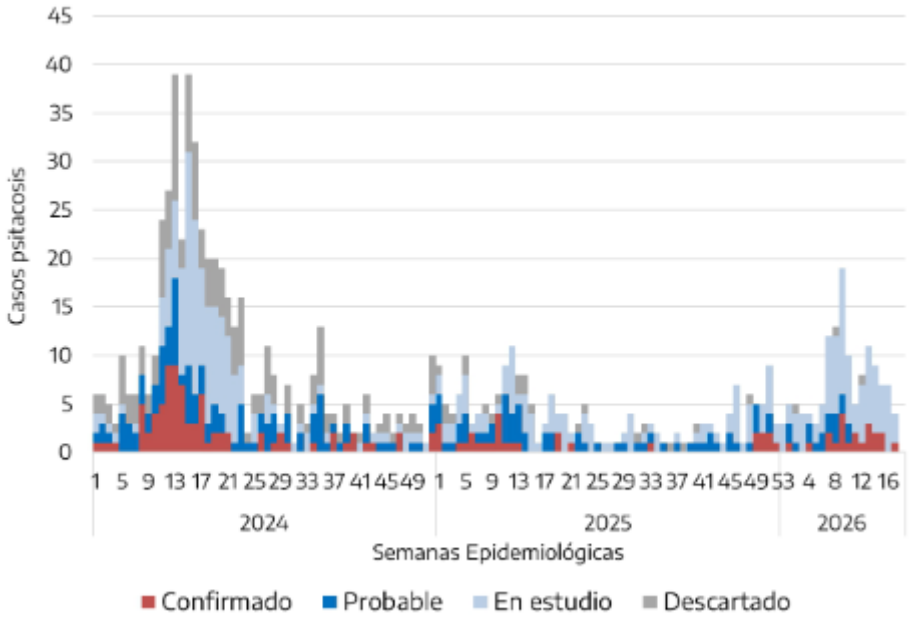
# IX. Boletines Jurisdiccionales

## IX.1. Buenos Aires: Psitacosis

En el transcurso del 2026, hasta la primera semana de mayo (SE 18), se notificaron 131 sospechas de psitacosis, 21 casos confirmados (positivos para Chlamydia psittaci); 17 probables (positivos para Chlamydia sp.), 3 descartados y 90 casos continúan en estudio.




**Notificaciones de psitacosis según clasificación de laboratorio por semana epidemiológica de inicio de síntomas. SE 1/2024 a SE 18/2026. PBA (n=853).**




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

Para más información:

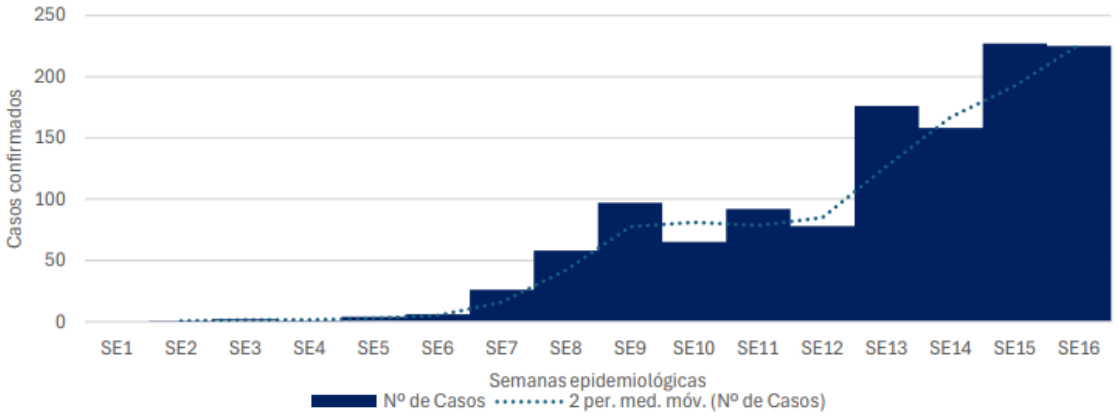
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

## IX.2. Salta: Chinkungunya

En la Provincia de Salta hasta la SE 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)**



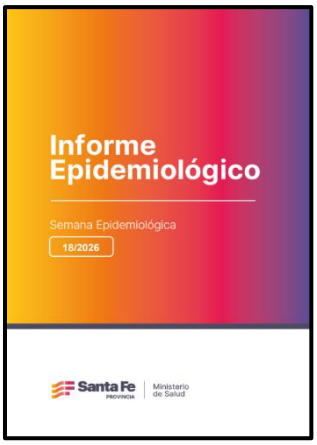

*Fuente: Elaboración propia de Sala de situación la D.G.C.E. en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).*

Para más información:

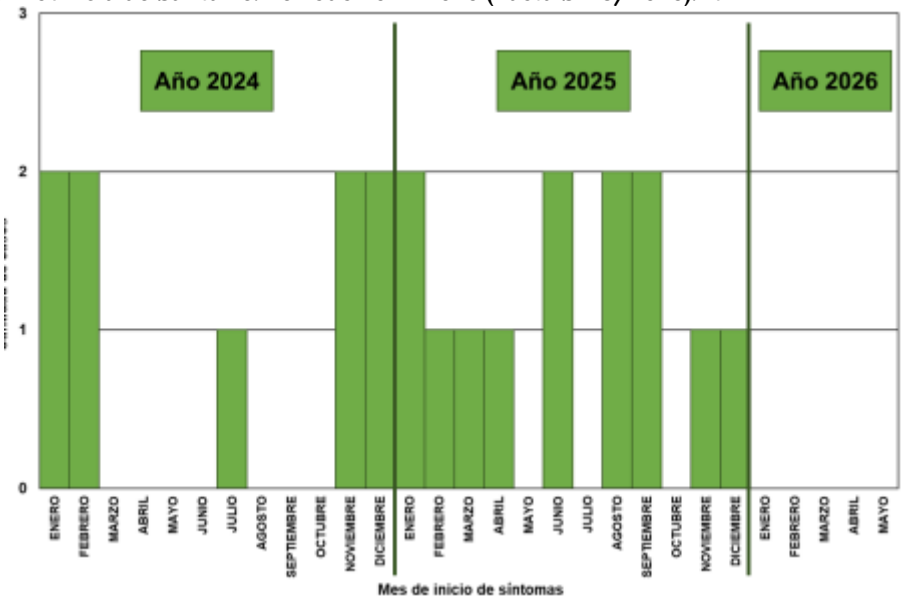
http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/

## IX.3. Santa Fe: Hantavirosis

En lo que va del 2026 (SE01 hasta SE18) se notificaron un total de 255 casos al evento de Hantavirosis de los cuales ninguno fue confirmado. Se continúa con la vigilancia activa de casos y la prevención de los mismos, mediante información a los equipos de salud y población en general.




**Distribución de casos confirmados de Hantavirus según semana epidemiológica de inicio de síntomas. Provincia de Santa Fe. Período 2024-2026 (hasta SE18/2026). N= 22**



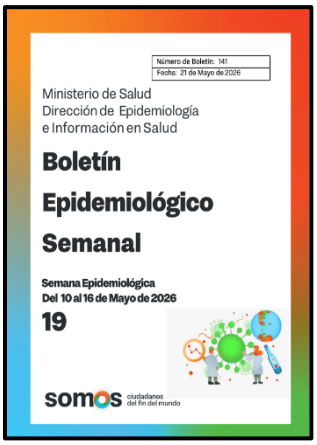

*Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)*

Para más información:

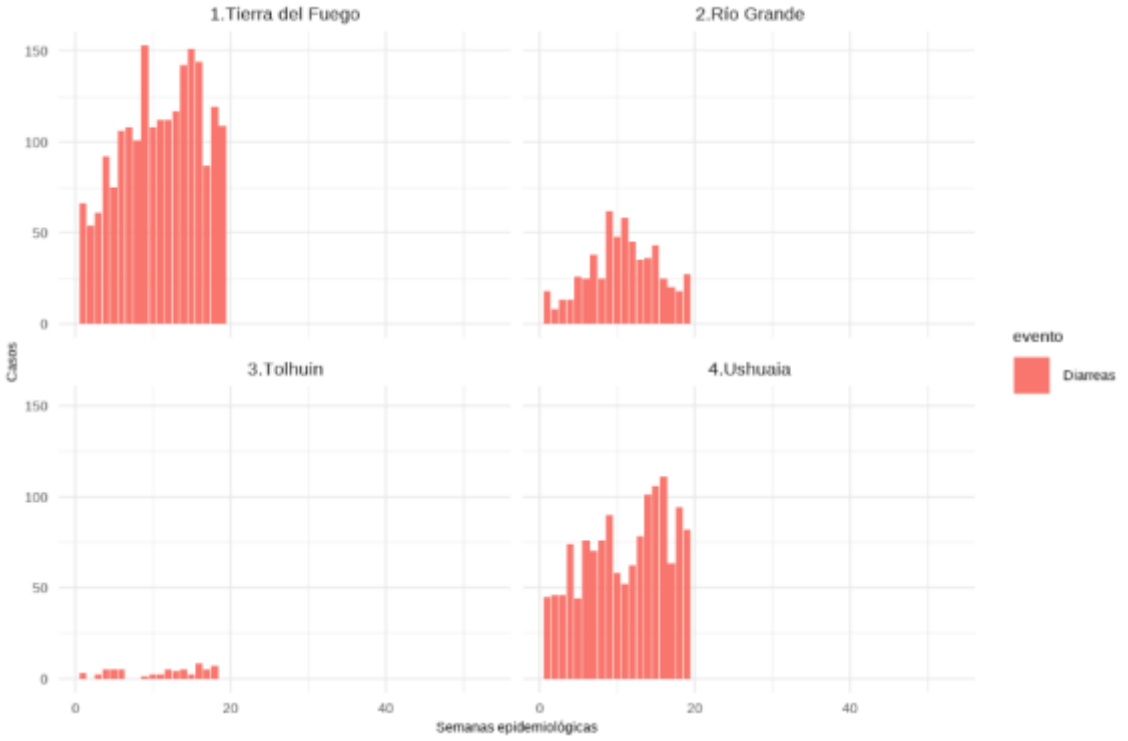
https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/(subtema)/93802

## IX.4. Tierra del Fuego: Diarrea aguda

Hasta la semana epidemiológica (SE) 19 en 2026 se notificaron 2.018 casos de diarrea aguda en SNVS 2.0 en la modalidad agrupadas. Con respecto al mismo período del año 2025, se observa una disminución del 27,4 % de los casos registrados a nivel provincial.




**Diarreas agrupadas en Tierra del Fuego según localidad. SE 19 – Año 2026**




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

Para más información:

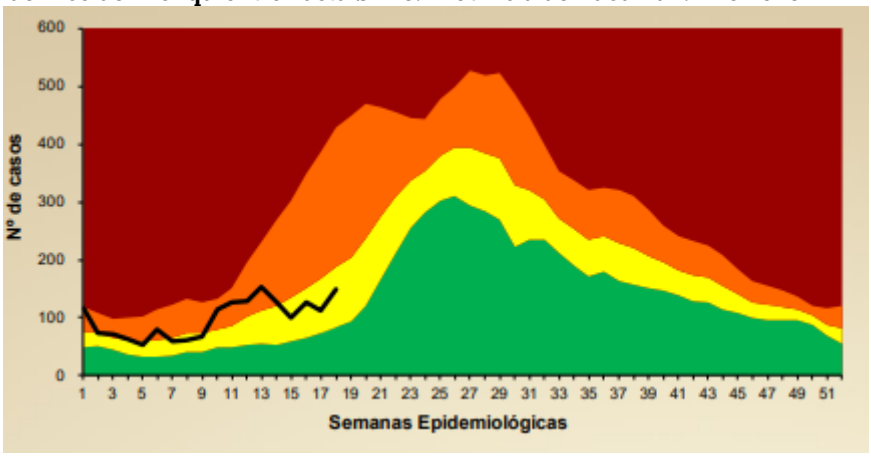
https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/

## IX.5. Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años

La bronquiolitis es un síndrome clínico caracterizado por afectar la vía aérea inferior. Tiene una significativa morbilidad, afectando principalmente a niños menores de 2 años, con una mayor incidencia entre los 3 y 6 meses. En la semana 18 se notificaron 150 casos.




**Corredor endémico de Bronquiolitis hasta SE 18. Provincia de Tucumán. Año 2026**




*Fuente: SNVS – Dirección de Epidemiología*

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

# **HERRAMIENTAS**
# PARA VIGILANCIA

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

Con el fin de mantener a los equipos técnicos de vigilancia actualizados sobre los cambios, mejoras y modificaciones en la configuración de eventos en el SNVS 2.0, en este número se publican las realizadas en **mayo** 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

<table>
<tr><th colspan="5">MODALIDAD NOMINAL</th></tr>
<tr><th>Fecha de modificación</th><th>Nombre del evento</th><th>Solapa</th><th>Sección</th><th>Cambio realizado</th></tr>
<tr><td rowspan="4">Mayo</td><td>Esporotricosis animal</td><td>Clínica</td><td>Resultado de tratamiento</td><td>Se adiciona: “Tratamiento en curso”, “Tratamiento completo”, “Tratamiento incompleto por evento adverso” y “Tratamiento incompleto por abandono”</td></tr>
<tr><td>Efectos en la salud asociado a temperaturas extremas (frío/calor)</td><td colspan="3">Se quita el evento del “Agrupado clínica”, ya que es nominal actualmente.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Infección Respiratoria Aguda Bacteriana</td><td rowspan="2">Evento</td><td rowspan="2">Clasificación del caso</td><td>Se quita del evento: “Chlamydia psittaci *”<br><br>*se vigila en el evento Psitacosis</td></tr>
<tr><td>Se adiciona: “"Chlamydia spp."”</td></tr>
</table>

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




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

Duración: 30 horas

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

## XII. Curso Vigilancia y notificación de Dengue




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

Duración: 30 horas

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