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



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **811**

Semana epidemiológica 21
AÑO 2026
Desde 24/05 al 30/05
Fecha de publicación
08/06/2026

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).

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

Pruebas diagnósticas de laboratorio para hantavirosis. Foto tomada del banco de imágenes del ministerio de Salud de la Nación.

Cómo citar este boletín

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2026). Boletín Epidemiológico Nacional N°811, SE 21.

I. Nuevo Editorial

A casi cuatro meses del último editorial del Boletín Epidemiológico Nacional (BEN), esta nueva edición nos encuentra sosteniendo y profundizando un proceso de trabajo que ya forma parte de la dinámica cotidiana de la vigilancia en salud. Cada semana, el BEN continúa afirmándose como un espacio de integración entre el análisis técnico, la gestión de la información, la comunicación sanitaria y la toma de decisiones, con el propósito de transformar los datos producidos por el sistema de vigilancia en información oportuna, accesible y útil para los distintos niveles del sistema de salud.

Desde el inicio del año y hasta la Semana Epidemiológica 20, se publicaron 104 informes en el BEN, distribuidos en las secciones Eventos Priorizados, con 54 informes; Situaciones Emergentes, con 19; Actualizaciones Periódicas de Eventos, con 27; e Informes Especiales, con 4. Este volumen de producción expresa la continuidad de un trabajo sostenido de seguimiento, análisis y comunicación de eventos de importancia para la salud pública. Al mismo tiempo, permite dimensionar el crecimiento y sostenibilidad del boletín como herramienta de vigilancia: para el mismo período de 2025 se habían publicado 103 informes, mientras que en 2024 se habían totalizado 70. Esta comparación muestra no solo un incremento cuantitativo, sino también una mayor capacidad de ordenar, actualizar y poner en circulación información epidemiológica relevante de manera sistemática.

El BEN es, en este sentido, mucho más que una publicación semanal. Es una forma de trabajo colectivo que expresa el esfuerzo de múltiples equipos por producir información de calidad, revisarla, interpretarla y ponerla al servicio de la acción sanitaria. Cada informe publicado supone procesos de análisis, validación y comunicación que articulan distintas áreas del Ministerio de Salud de la Nación, las jurisdicciones, los laboratorios, los programas nacionales y los equipos técnicos involucrados, en un intercambio permanente que fortalece al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

Aprovechamos esta edición para reconocer y valorar ese trabajo sostenido. Mantener la publicación regular del BEN implica sostener una práctica institucional que requiere continuidad, coordinación y compromiso. También implica reafirmar que la vigilancia no se agota en la notificación ni en la producción de datos, sino que se completa cuando esa información puede ser leída, compartida, discutida y utilizada para orientar decisiones.

Con la convicción de seguir construyendo un boletín cada vez más pertinente, claro y útil para los equipos de salud de todo el país, renovamos el compromiso de continuar fortaleciendo este espacio común. El desafío sigue siendo el mismo: producir información epidemiológica oportuna, favorecer una lectura federal de los problemas de salud y acompañar, desde la vigilancia, las acciones necesarias para proteger y mejorar la salud de la población.

Vet. Cecilia Gonzalez Lebrero
Directora de Epidemiología

Mg. Julián Antman
Coordinador del Área de Vigilancia de la Salud

II. Sobre este BEN

La presente edición del Boletín Epidemiológico Nacional presenta una actualización de los principales eventos bajo vigilancia, junto con informes epidemiológicos, alertas internacionales y herramientas orientadas al fortalecimiento de las capacidades de vigilancia y análisis de la información sanitaria. Entre sus novedades, se destaca la actualización de la tabla de eventos priorizados, que incorpora modificaciones en la metodología de análisis, los criterios de clasificación de la situación epidemiológica y la visualización de los casos según semanas epidemiológicas para el período 2022-2026.

Dentro de los eventos priorizados, se incluyen las actualizaciones sobre dengue y otros arbovirus, con información sobre la situación regional, la estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada 2025-2026 y la situación de dengue, fiebre chikungunya y otros arbovirus en Argentina. Asimismo, se presenta la actualización de infecciones respiratorias agudas, con información epidemiológica y laboratorial sobre la circulación de virus respiratorios, el comportamiento de los principales indicadores bajo vigilancia y las recomendaciones vigentes para la prevención y el control, incluyendo vacunación antigripal y tratamiento antiviral.

En la sección de actualización periódica de eventos se presentan informes sobre hantavirosis y Mpox Estos apartados permiten recuperar la situación actual de cada evento en el país y a nivel internacional, su evolución reciente, aspectos vinculados a la vigilancia epidemiológica y las principales recomendaciones para los equipos de salud. En el caso de hantavirosis, se incluye además información sobre un brote asociado a un crucero internacional y las acciones desarrolladas en el marco de su investigación y seguimiento.

La edición incorpora también alertas y comunicaciones internacionales sobre la enfermedad por el virus del Ébola causada por el virus Bundibugyo en África central y sobre la situación epidemiológica del sarampión en la Región de las Américas. Se suman contenidos destacados de boletines jurisdiccionales, actualizaciones en codificaciones auxiliares del SNVS 2.0 y recursos destinados al fortalecimiento de las capacidades de vigilancia, entre ellos materiales para salas de situación y el curso de vigilancia y notificación de dengue.

En conjunto, este BEN brinda información organizada y oportuna para el seguimiento de los eventos de notificación obligatoria, la retroalimentación de los equipos de vigilancia y el acompañamiento de los procesos de análisis y toma de decisiones en salud pública.

Contenido

I. Nuevo Editorial 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 dengue y otros arbovirus 14
IV.1. Situación regional 14
IV.2. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026 15
IV.2.A. Nota metodológica 15
IV.3. Situación de dengue en Argentina 17
IV.3.A. Temporada 2025/2026 17
IV.3.B. Distribución espacial de los casos de dengue durante la temporada. 18
IV.3.C. Casos Probables 19
IV.3.D. Caracterización clínica de los casos de dengue 20
IV.3.E. Consideraciones para la vigilancia por laboratorio 20
IV.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina 21
IV.4.A. Caracterización clínica de los casos de chikungunya. 24
IV.5. Situación epidemiología de otros Arbovirus en Argentina 25
IV.5.A. Encefalitis arbovirales 25
IV.5.B. Otros arbovirus 27
V. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas 30
V.1. Nota Metodológica 30
V.1.A. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 30
V.2. Síntesis de la información nacional destacada 30
V.3. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis 31
V.3.A. Enfermedad tipo influenza (ETI) 31
V.3.B. Neumonía 32
V.3.C. Bronquiolitis 34
V.4. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios 35
V.4.A. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Personas Internadas y Fallecidas 38
V.5. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas 39
V.5.A. Recomendaciones para equipos de salud 39
V.6. Vigilancia epidemiológica 39
V.7. Recomendaciones para la población 41
V.8. Vacunación antigripal 41
V.9. Tratamiento antiviral 42

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS 44
VI. Hantavirosis – Actualización informe epidemiológico 45
VI.1. Introducción 45
VI.2. Situación epidemiológica nacional 46
VI.2.A. Nota metodológica 46
VI.2.B. situación epidemiológica 46

VI.2.C. Sobre las acciones del ministerio de salud de la nación 56
VI.3. Situación internacional: Brote relacionado con un crucero 57
VI.3.A. Epidemiología 57
VI.3.B. Acciones desarrolladas alrededor del brote de Hantavirosis en buque internacional. 57
VII. MPOX – Actualización Informe epidemiológico 59
VII.1. Introducción 59
VII.2. Situación internacional 59
VII.2.A. Situación en África 60
VII.2.B. Situación en las Américas38F 60
VII.3. Situación en Argentina 61
VII.4. Recomendaciones para el equipo de salud 63
VII.5. Vigilancia Epidemiológica 63
VII.5.A. Definiciones y clasificaciones de caso 64
VII.5.B. Notificación 65
VII.6. Algoritmo de diagnóstico y notificación de mpox 66
VII.7. Medidas ante casos sospechosos 66
VII.8. Medidas ante contactos 67

ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES 69
VIII. Introducción 70
VIII.1. Enfermedad por el virus del Ébola causada por el virus Bundibugyo - República Democrática del Congo 71
VIII.2. Enfermedad por el virus del Ébola (EVE) causada por el virus Bundibugyo en la República Democrática del Congo y Uganda. 73
VIII.3. Alerta Epidemiológica Sarampión en la Región de las Américas 75

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES 84
IX. Boletines Jurisdiccionales 85
IX.1. Buenos Aires: Infecciones respiratorias agudas (IRA) 85
IX.2. Entre Ríos: Varicela 86
IX.3. Santa Fe: Psitacosis 87
IX.4. Tierra del Fuego: Varicela 88
IX.5. Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años 89

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA 90
X. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 91
XI. Herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud. 9° Edición 92
XII. Curso Vigilancia y notificación de Dengue 93

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.

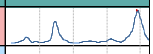
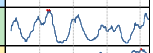
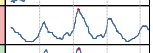
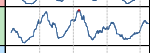
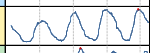
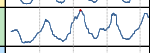
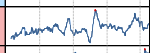
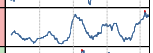
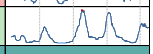
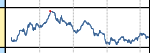
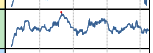
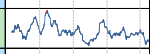
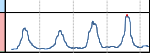
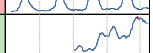
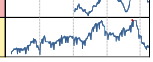
III.3. Utilidad para la vigilancia epidemiológica

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 21 de 2026.

Grupo	Evento	Mediana Acumulado 2022-2025	Acumulado 2026 SE21	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)	76	298	Por encima de lo esp.	Por encima 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	294	319	Dentro de lo esp.	En aumento	
	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)	32	10	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	67	83	En aumento	Por debajo de lo esp.	
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	5716	8224	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	195	166	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	91	86	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo)	4	5	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Cisticercosis	3	4	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Escorpionismo o Alacranismo	2794	3484	En aumento	Dentro de lo esp.	
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	368	498	En aumento	Por debajo de lo esp.	
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chinÍ)	25	19	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	5	7	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Brucelosis	47	60	En aumento	Por encima de lo esp.	
	Leptospirosis	81	149	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Psitacosis	68	73	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
Grupo	**Evento**	**Mediana Acumulado 2022-2025**	**Acumulado 2026 SE21**	**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	17	11	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Sífilis Congénita	327	378	Dentro de lo esp.	Dentro 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	557	484	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Sífilis en embarazadas	3299	4466	En aumento	Dentro de lo esp.	
	Hepatitis B en embarazadas	19	5	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Hepatitis virales	Hepatitis A	19	48	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Hepatitis B	214	266	En aumento	Dentro de lo esp.	
	Hepatitis C	424	494	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Hepatitis E	2	7	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Infecc. de trans. sexual	Sífilis en población general	10449	19732	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
Infecc. Resp. agudas	Legionelosis	12	12	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	526	515	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	7	7	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Plag. de uso agrícola	4	3	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Plag. de uso doméstico	15	25	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intoxicación/Exposición a Plomo	4	2	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Monóxido de Carbono	224	519	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	2932	4902	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Intento de Suicidio con resultado mortal	140	212	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	3760	4514	En aumento	Dentro de lo esp.	

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

EVENTOS **PRIORIZADOS**

IV. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

IV.1. Situación regional

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)[1] y el ARBO-portal[2] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 28/05/2026 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la semana epidemiológica (SE) 20 de 2026 se notificaron 850.783 casos de dengue, de los cuales 197.719 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa una disminución del 84% respecto a la misma semana de 2025. Asimismo, se reportaron 153 fallecimientos. En cuanto a chikungunya, se reportaron un total de 78.686 casos. De ellos, 28.627 fueron confirmados por laboratorio, lo que implica una disminución del 64% respecto de los confirmados en la misma semana de 2025. Se registraron 27 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 19/2026, se han reportado un total de 49.152 casos de dengue, de los cuales 517 fueron confirmados por laboratorio. Estos últimos presentan una disminución del 53% respecto a la misma semana del año anterior. Se registró un fallecimiento para este evento. En cuanto a chikungunya, se notificaron 39.501 casos, de los cuales 10.628 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa una cantidad de casos 15 veces superior a la registrada para la misma semana epidemiológica de 2025, con 7 fallecimientos asociados. Asimismo, se notificaron 1.395 casos de zika; no obstante, no se confirmaron casos por laboratorio para este evento.

Paraguay: hasta la SE 19/2026 se registraron un total de 8.002 casos de dengue, sin fallecimientos asociados. De ellos, 203 casos fueron confirmados por laboratorio, lo que implica un 81% menos que en la misma semana de 2025. Respecto de chikungunya, se notificaron 15 casos confirmados por laboratorio, un valor similar al registrado para la misma semana de 2025, sin fallecimientos reportados. En cuanto al zika, no se notificaron casos para el año en curso.

Perú: hasta la SE 19/2026 se reportaron un total de 22.148 casos de dengue, de los cuales 15.344 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa una disminución del 37% respecto a la misma semana del año anterior. Se registraron 25 fallecimientos para este evento. Con relación a chikungunya, hasta la SE 18/2026 se notificaron 5 casos; no obstante, no se registraron casos confirmados por laboratorio, situación similar a la observada el año anterior. Respecto al zika, hasta la SE 18/2026 se notificaron 12 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

[1] Organización Panamericana de la Salud. Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA). Disponible en: https://www.paho .org/en/arbo-portal

[2] Organización Panamericana de la Salud. ARBO-portal: Oropouche. Disponible en: Enfermedad por virus Oropouche - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud

varios años. En este contexto, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) emitió una alerta epidemiológica. Se documentó una circulación importante en las regiones centro-oeste y sudeste de Brasil y sur de Bolivia[3].

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.

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

IV.2.A. NOTA METODOLÓGICA

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

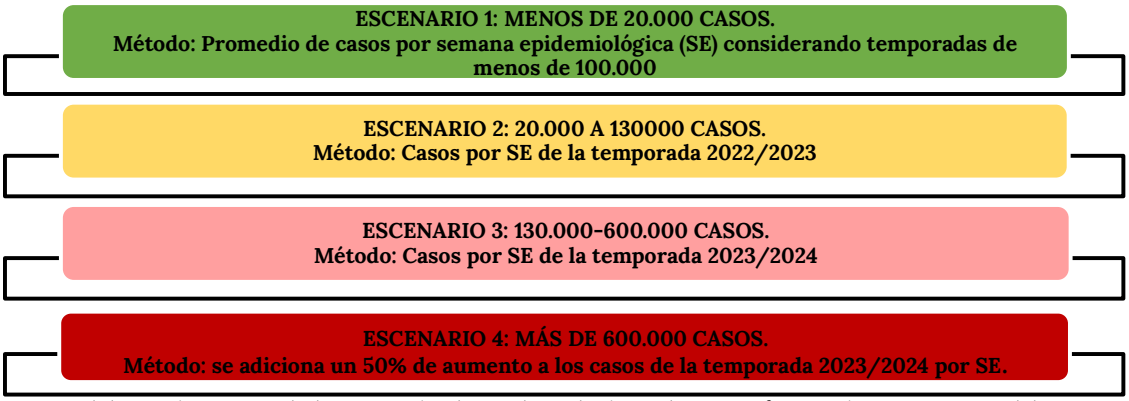
- **Escenario 1 (<20.000 casos):** se calculó a partir del promedio de casos semanales correspondientes a temporadas históricas con más de 1000 y menos de 100.000 casos de dengue, lo que refleja períodos de baja circulación viral y brotes de alcance limitado.
- **Escenario 2 (20.000 a 130.000 casos):**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

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

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

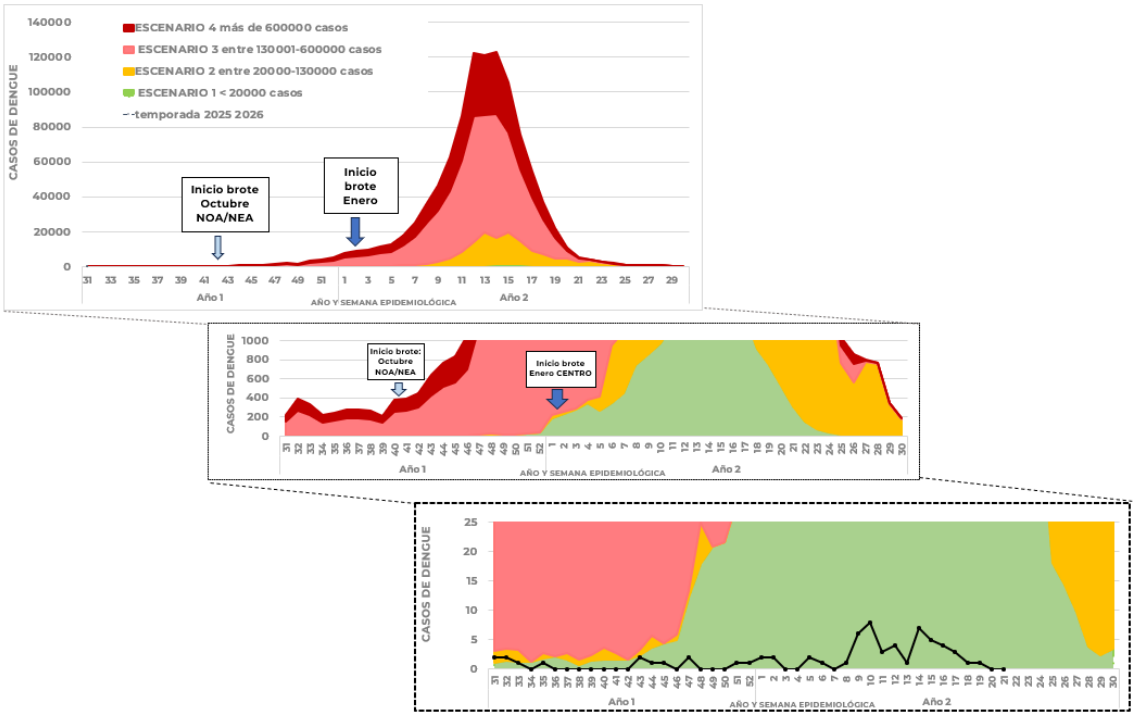
En el último gráfico (detalle en zoom) se presentan los casos de la temporada 2025-2026 y su representación en el modelo de escenarios estimados. Estos registros iniciales permiten dimensionar el inicio de la temporada y anticipar su evolución en comparación con temporadas previas. Por el momento, la situación se mantiene en un **escenario de bajo riesgo** (Gráfico 2)

Gráfico 1. Modelo de estimación de escenarios epidemiológicos. Argentina.



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

Gráfico 2. Casos de dengue de la temporada 2025-2026 representados en el modelo de estimación de escenarios epidemiológicos (n=65). 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)

IV.3. Situación de dengue en Argentina

IV.3.A. TEMPORADA 2025/2026

De acuerdo con la fecha mínima[4], desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) **26.383** casos sospechosos de dengue, de los cuales **65** fueron confirmados por laboratorio detectándose la circulación de DENV 1, 2 y 3. El **57%** 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 21/2026 se notificaron **339** casos sospechosos sin casos confirmados. 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.

[4]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 SE21/2026. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Serotipos detectados	Con lab. negativo	Sosp. (sin laboratorio)	Total notif.	Total casos de dengue
	Conf. labo.	Prob.	Conf. labo.	Prob.					
Buenos Aires[5]	10	60	6	10	DENV-1, 2	1392	384	1862	16
CABA	21	25	9	3	DENV-1, 2, 3	447	197	702	30
Córdoba[6]	2	34	2	0	DENV-2	2649	132	2819	4
Entre Ríos	0	5	4	1	DENV-3	323	7	340	4
Santa Fe	0	27	2	2	DENV-3	1253	71	1355	2
Total Centro	**33**	**151**	**23**	**16**		**6064**	**791**	**7078**	**56**
Mendoza	0	0	2	1	DENV-3	137	3	143	2
San Juan	0	0	0	0		42	0	42	0
San Luis	0	0	0	0		83	18	101	0
Total Cuyo	**0**	**0**	**2**	**1**		**262**	**21**	**286**	**2**
Chaco	0	9	0	0		982	7	998	0
Corrientes[7]	0	1	0	0	DENV-1	152	40	193	0
Formosa	2	3	1	0	DENV-2	5101	40	5147	3
Misiones	0	4	1	0		831	1	837	1
Total NEA	**2**	**17**	**2**	**0**		**7066**	**88**	**7175**	**4**
Catamarca	1	6	0	0	DENV-2	472	4	483	1
Jujuy	1	2	1	0		1387	41	1432	2
La Rioja	0	6	0	0		254	2	262	0
Salta	0	32	0	0		3065	1101	4198	0
S. del Estero	0	8	0	0		295	560	863	0
Tucumán	0	115	0	1		4198	96	4410	0
Total NOA	**2**	**169**	**1**	**1**		**9671**	**1804**	**11648**	**3**
Chubut	0	0	0	0		15	2	17	0
La Pampa	0	0	0	1		87	9	97	0
Neuquén	0	0	0	0		26	3	29	0
Río Negro	0	0	0	0		4	0	4	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**	**1**		**178**	**17**	**196**	**0**
Total País	**37**	**337**	**28**	**19**	**DENV-1.2,3**	**23241**	**2721**	**26383**	**65**

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).

IV.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**: diez sin antecedente de viaje en **Tres de Febrero**, José C. Paz, San Isidro, Cañuelas, Morón, La Matanza, San Nicolas; seis 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

[5] Buenos Aires: Durante la SE21 se incorporó el antecedente de viaje a Colombia en uno de los casos confirmados que se encontraba en investigación.
[6] Córdoba: Durante la SE21, uno de los casos previamente clasificados como confirmado fue reclasificado como descartado, debido a que el resultado de laboratorio correspondió a un falso positivo y el caso contaba además con diagnóstico diferencial confirmado.
[7] Corrientes: Durante la SE20 se identificó un error en la carga del resultado de laboratorio, por lo que el caso fue reclasificado como descartado.

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.

- **Cuatro** 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.

IV.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.

IV.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 65 casos confirmados de dengue, 64 cuentan con información completa con respecto a la evolución clínica. Once casos (17%) 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=7) se determinó el serotipo DENV-2. No se han notificado casos graves ni fallecimientos.

IV.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.

IV.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina

Durante la temporada en curso se notificaron **12.408** casos sospechosos de Fiebre Chikungunya, de los cuales **2642** 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 SE21 con la SE 20, se notificaron 95 casos de Fiebre Chikungunya de los cuales **17** casos corresponden a la SE21 por fecha mínima[8]. 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 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**).

[8]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).

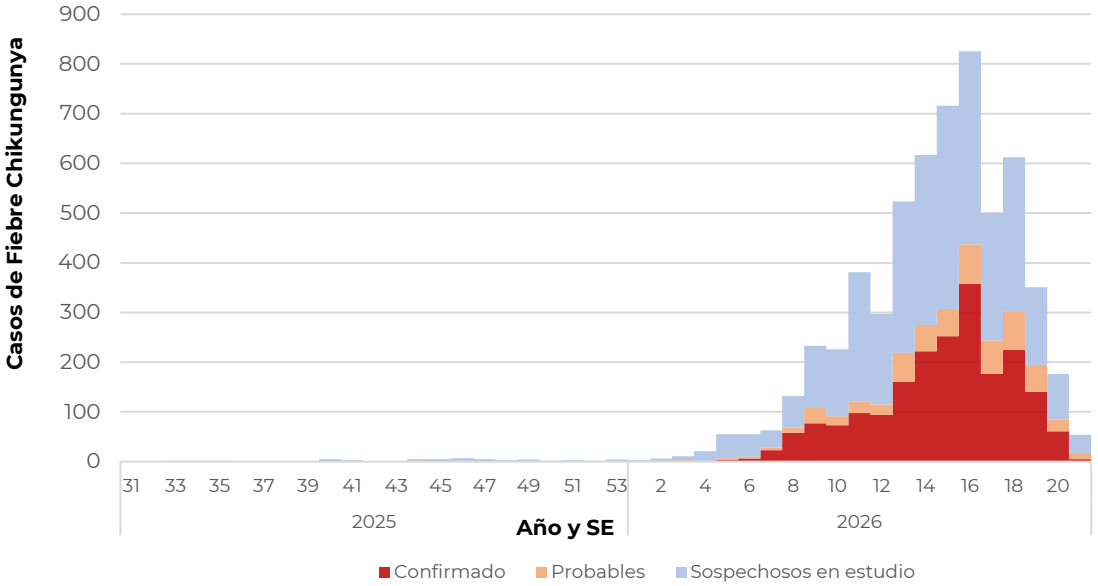
Tabla 2. Fiebre Chikungunya: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE21/2026. Argentina.

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	12	22	6	6	141	14	16	217	46
CABA	5	1	4	3	15	9	6	43	13
Córdoba	27	5	2	2	1871	7	14	1928	36
Entre Ríos	5	0	0	0	34	2	5	46	5
Santa Fe	0	0	0	1	286	5	2	294	1
Total Centro	**49**	**28**	**12**	**12**	**2347**	**37**	**43**	**2528**	**101**
Mendoza	0	0	0	0	24	0	1	25	0
San Juan	0	0	0	0	2	0	0	2	0
San Luis	0	0	2	0	16	0	0	18	2
Total Cuyo	**0**	**0**	**2**	**0**	**42**	**0**	**1**	**45**	**2**
Chaco	0	2	0	0	216	1	0	219	2
Corrientes	0	0	0	0	2	0	1	3	0
Formosa	0	0	0	0	174	0	1	175	0
Misiones	0	0	0	0	60	2	0	62	0
Total NEA	**0**	**2**	**0**	**0**	**452**	**3**	**2**	**459**	**2**
Catamarca	13	11	0	0	217	0	32	273	24
Jujuy	120	74	4	0	828	114	4	1144	198
La Rioja	0	0	0	0	72	0	1	73	0
Salta	983	309	109	15	367	1474	715	3972	1416
S. del Estero	185	44	0	0	124	140	11	504	229
Tucumán	565	104	0	0	178	76	2467	3390	669
Total NOA	**1866**	**542**	**113**	**15**	**1786**	**1804**	**3230**	**9356**	**2536**
Chubut	0	0	0	0	2	0	0	2	0
La Pampa	0	0	0	0	4	0	0	4	0
Neuquén	0	0	0	1	0	2	1	4	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**	**5**	**20**	**1**
Total País	**1915**	**572**	**127**	**28**	**4639**	**1846**	**3281**	**12408**	**2642**

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=437), 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[9]. SE31/2025 a SE21/2026. Argentina.

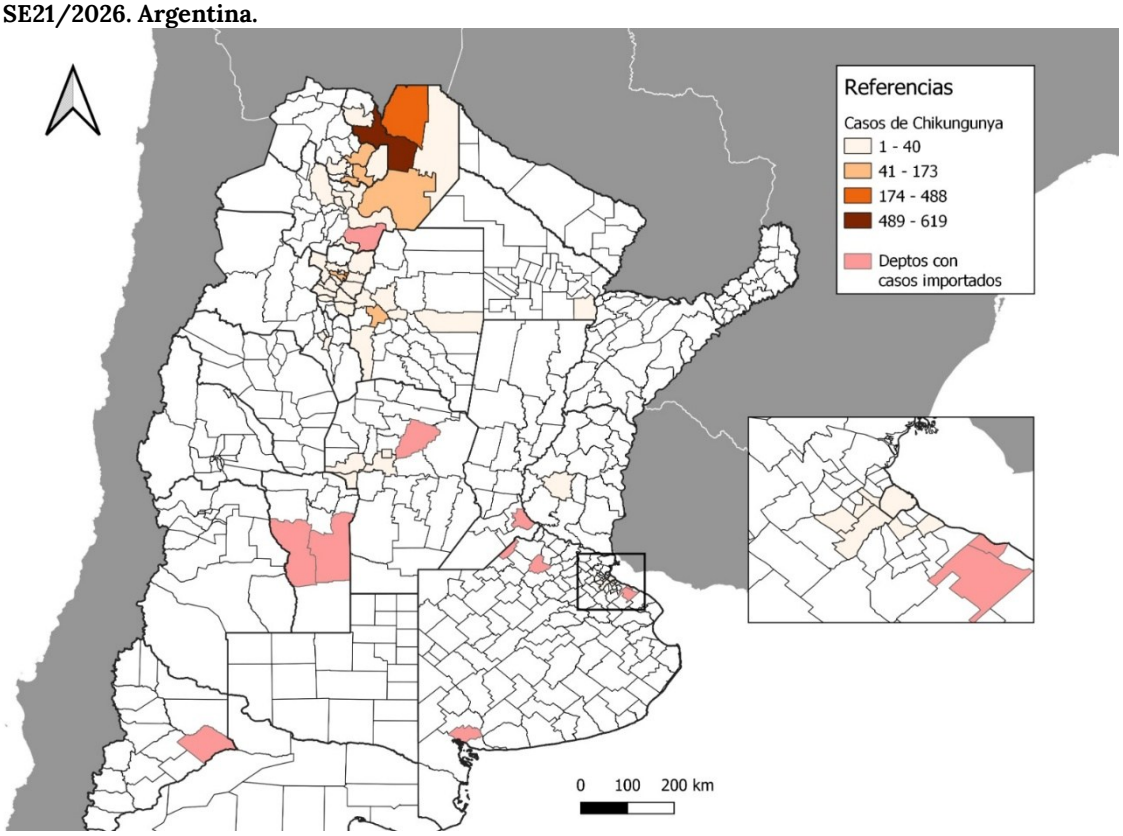


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

En cuanto a la distribución espacial, la mayor carga de enfermedad se concentra en la región **NOA** (n=2536; 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 casos en CABA y Córdoba (**Ver mapa 1**), lo que evidencia la expansión reciente del evento fuera de las áreas inicialmente afectadas.

[9]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 SE21/2026. 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).

IV.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 55% 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, 1642 cuentan con información sobre requerimiento de internación (si/no), de los cuales el 10% (n=165) 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.

IV.5. Situación epidemiología de otros Arbovirus en Argentina

IV.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 **467** 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 **15** casos clasificados como encefalitis confirmadas o probables por **flavivirus**, sin especificación aún del agente involucrado. Esta clasificación se utiliza cuando los estudios de laboratorio permiten confirmar o inferir la infección por un virus perteneciente al género Flavivirus, pero que todavía no ha sido posible determinar con precisión cuál es el agente etiológico específico (por ejemplo, dengue, virus del Nilo Occidental, virus de la encefalitis de San Luis u otros). Esto puede ocurrir debido a reacciones serológicas cruzadas entre flavivirus, limitaciones en la disponibilidad u oportunidad de las muestras, o porque los estudios virológicos se encuentran aún en curso.

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/3 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**[10]. 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 **119** 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 SE21/2026).

Tabla 4. Número de muestras estudiadas y positivas con y sin antecedente de viaje para Encefalitis Arbovirales. SE31/2025 a SE21/2026. Argentina.

Encefalitis por Arbovirus						
Evento	Encefalitis de San Luis		Fiebre del Nilo		Flavivirus s/e	
Jurisdicción	Confirmado	Estudiados	Confirmado	Estudiados	Probable	Confirmado
Buenos Aires	5	47	1	38	3	7
CABA	0	6	0	4	0	0
Córdoba	0	338	0	6	1	1
Entre Ríos	1	16	0	5	0	0
Santa Fe	0	23	0	16	2	0
Total Centro	**6**	**430**	**1**	**69**	**6**	**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	9	0	32	1	0
La Rioja	0	2	0	0	0	0
Salta	0	1	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	7	0	3	0	0
Tucumán	0	1	0	4	0	0
Total NOA	**0**	**20**	**0**	**39**	**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**	**467**	**1**	**119**	**7**	**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).

IV.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 SE21/2026).

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 SE21/2026. Argentina.

Evento	Fiebre de Oropouche		Enfermedad por virus Zika		Fiebre amarilla	
Jurisdicción	Positivos	Estudiados	Positivos	Estudiados	Positivos	Estudiados
Buenos Aires	0	97	0	47	0	16
CABA	0	11	0	6	0	0
Córdoba	0	103	0	64	0	1
Entre Ríos	0	9	0	3	0	2
Santa Fe	0	174	0	40	0	10
Total Centro	**0**	**394**	**0**	**160**	**0**	**29**
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	160	0	2
Corrientes	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	29	0	38	0	0
Misiones	0	4	0	49	0	8
Total NEA	**0**	**120**	**0**	**247**	**0**	**10**
Catamarca	0	2	0	0	0	0
Jujuy	0	35	0	132	0	0
La Rioja	0	10	0	47	0	9
Salta	0	270	0	966	0	0
Santiago del Estero	0	4	0	223	0	1
Tucumán	0	235	0	23	0	89
Total NOA	**0**	**556**	**0**	**1391**	**0**	**99**
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**	**1106**	**0**	**1813**	**0**	**138**

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 **1106** 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 **1813** 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 **138** 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.

V. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

V.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.

V.1.A. SITUACIÓN REGIONAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS[11]

En la SE 19 de 2026, la actividad de virus respiratorios en la Región de las Américas profundiza el patrón de transición estacional inter-hemisférica observado en las semanas previas, con una divergencia cada vez más marcada entre hemisferios. América del Norte, el Caribe y Centroamérica consolidan el fin de la temporada 2025–2026, con positividades de influenza en niveles bajos próximos a la línea de base interestacional. En contraste, Brasil y el Cono Sur se afirman como la subregión de mayor relevancia epidemiológica para este periodo de reporte, intensificando una tendencia ascendente y acelerada de inicio de temporada invernal austral, liderada por Argentina. La Subregión Andina mantiene un patrón mixto, con descenso agregado de influenza pero trayectorias divergentes entre países y con casos de VRS que continúan en ascenso. Persiste el predominio inter-hemisférico de subtipos: influenza B que ha caracterizado el cierre de temporada del Hemisferio Norte e influenza A, principalmente A(H3N2), en las subregiones del Hemisferio Sur. Igualmente el VRS muestra patrones opuestos según hemisferio: en descenso en América del Norte y en ascenso en la Región Andina y en Brasil y el Cono Sur, consistente con el inicio de la temporada austral. El SARS-CoV-2 mantiene su descenso generalizado en todas las subregiones, sin señal de resurgimiento. La carga de IRAG y ETI desciende en el Hemisferio Norte, mientras los indicadores comienzan a reflejar un incremento en el Cono Sur.

V.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 57,4% de las muestras positivas en la SE21. 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 4 casos positivos identificados en lo que va de 2026.

[11] 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

En relación con la vigilancia centinela de casos hospitalizados por infección respiratoria aguda grave (UC-IRAG), en las primeras 21 SE de 2026 se registraron 2.465 internaciones, con tendencia ascendente a partir de la SE11, en coincidencia temporal con el aumento de casos positivos de influenza A(H3N2). En las últimas cuatro semanas analizadas se observó un predominio de detecciones de influenza, con 183 casos positivos entre los 683 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. A partir de la SE 10 se registra un aumento, tanto en el número de casos, como en el porcentaje de positividad. Predomina A(H3N2), que comenzó su circulación en las últimas SE de 2025. 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, continuando en niveles bajos en lo que va de 2026.

Durante la SE17/2026, se registra circulación de virus respiratorios, principalmente Influenza, seguido de VSR, SARS-CoV-2, metapneumovirus, parainfluenza y adenovirus.

Entre las personas internadas, predominan las detecciones de influenza, con un incremento tanto en el número de casos como en el porcentaje de positividad desde la SE 12. Las detecciones de SARS-CoV-2 se mantienen estables, mientras que las de VSR muestran un leve aumento a partir de la SE 13. En la SE21 se registró 1 fallecimiento con diagnóstico de SARS-CoV-2. En lo que va del año, se notificaron 10 fallecimientos con diagnóstico de influenza.

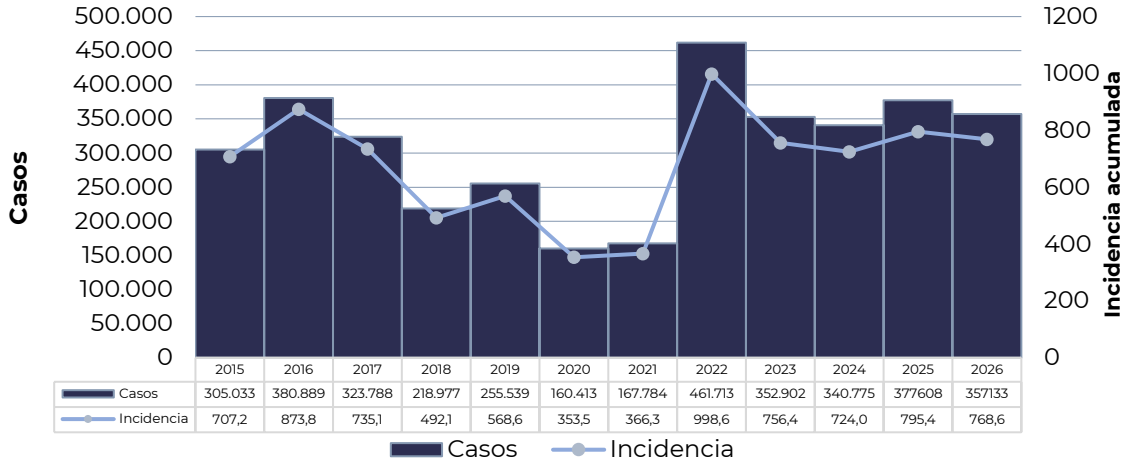
V.3. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis

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

En las 18 primeras SE de 2026 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 357.133 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 768,6 casos/ 100.000 habitantes.

Para el período 2016–2026, el mayor número de notificaciones de ETI se registró en 2022, seguido por 2016 y 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. SE20. Argentina[12].

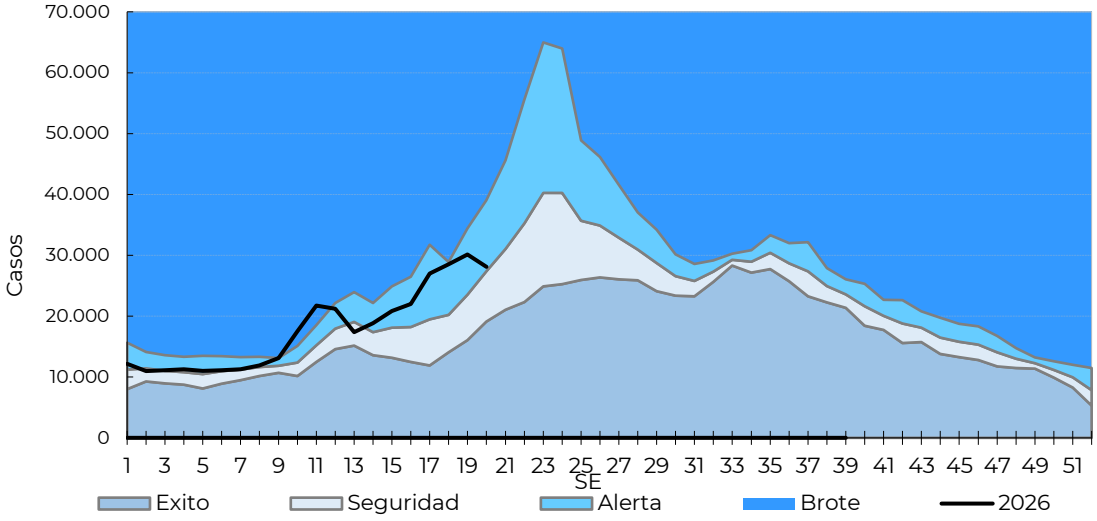


	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Casos	305.033	380.889	323.788	218.977	255.539	160.413	167.784	461.713	352.902	340.775	377608	357133
Incidencia	707,2	873,8	735,1	492,1	568,6	353,5	366,3	998,6	756,4	724,0	795,4	768,6

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

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. Desde la SE14 hasta la SE20, los casos de ETI se ubican en el nivel de alerta.

Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2018-2025. SE 1 a 20 de 2026[13]. 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.

V.3.B. NEUMONÍA

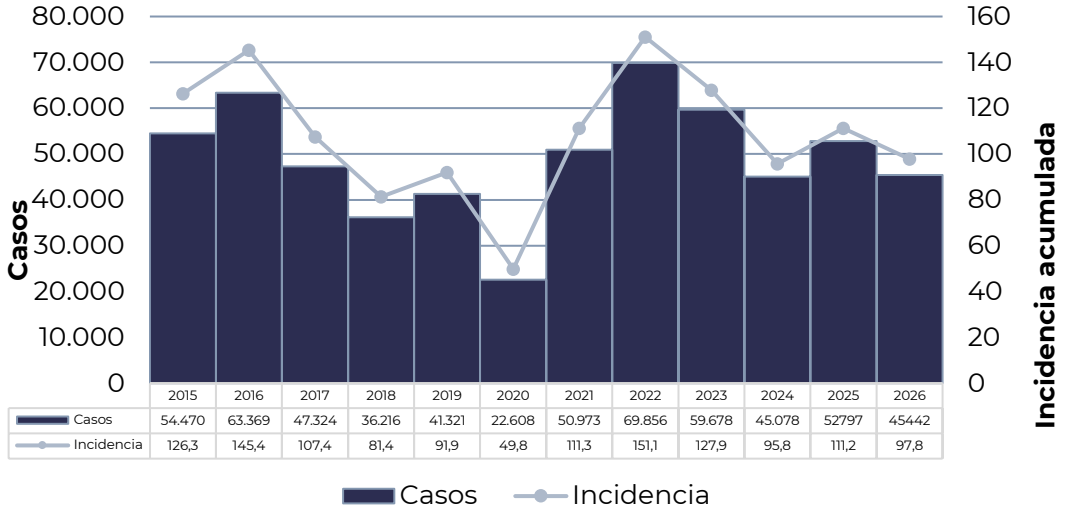
En las primeras 20 SE de 2026 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 45.442 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 97,8 casos/ 100.000 habitantes.

En el período 2016–2026, las notificaciones de neumonía acumuladas hasta SE20 registraron su mayor número de casos en 2022, seguido de 2016. En 2026 se observa un

[12] 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
[13] 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. SE20. Argentina.

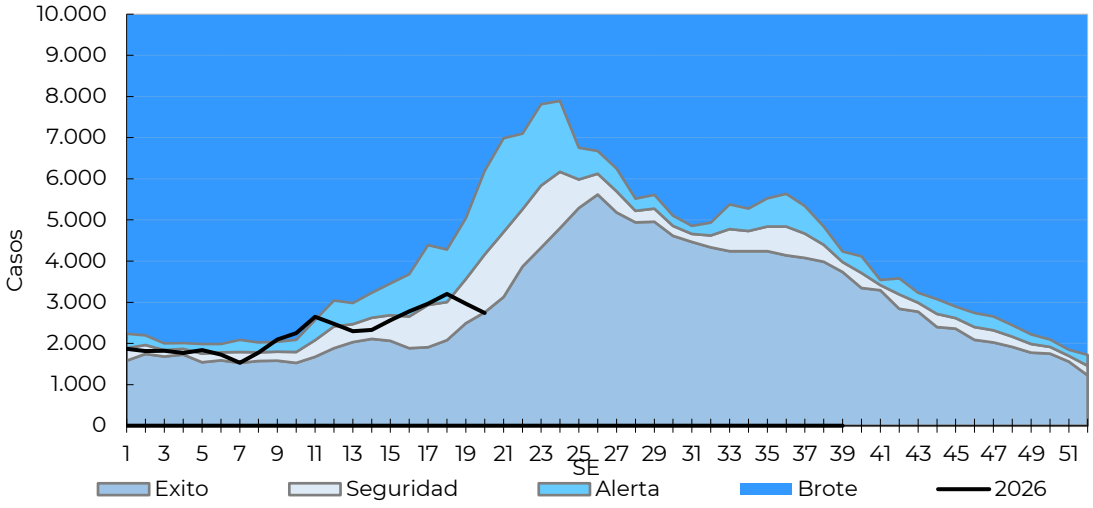


	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Casos	54.470	63.369	47.324	36.216	41.321	22.608	50.973	69.856	59.678	45.078	52797	45442
Incidencia	126,3	145,4	107,4	81,4	91,9	49,8	111,3	151,1	127,9	95,8	111,2	97,8

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. A partir de la SE14 se registró un ascenso, hasta llegar a niveles de alerta en la SE18.

Gráfico 4: Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2018-2025. SE 1-20 de 2026[14]. 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.

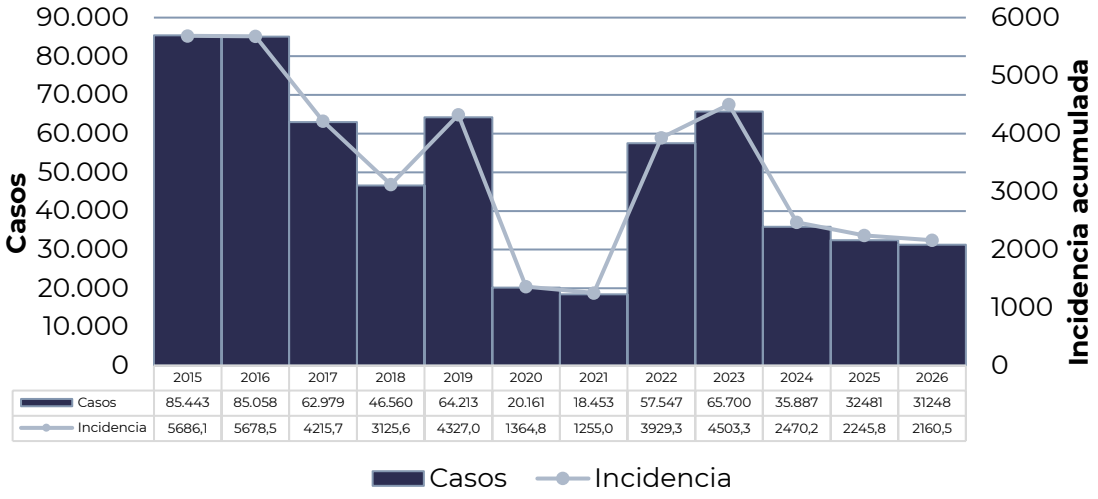
[14] Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

V.3.C. BRONQUIOLITIS

En las primeras 20 SE de 2026, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 31.248 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 2.160,5 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. SE20. Argentina.

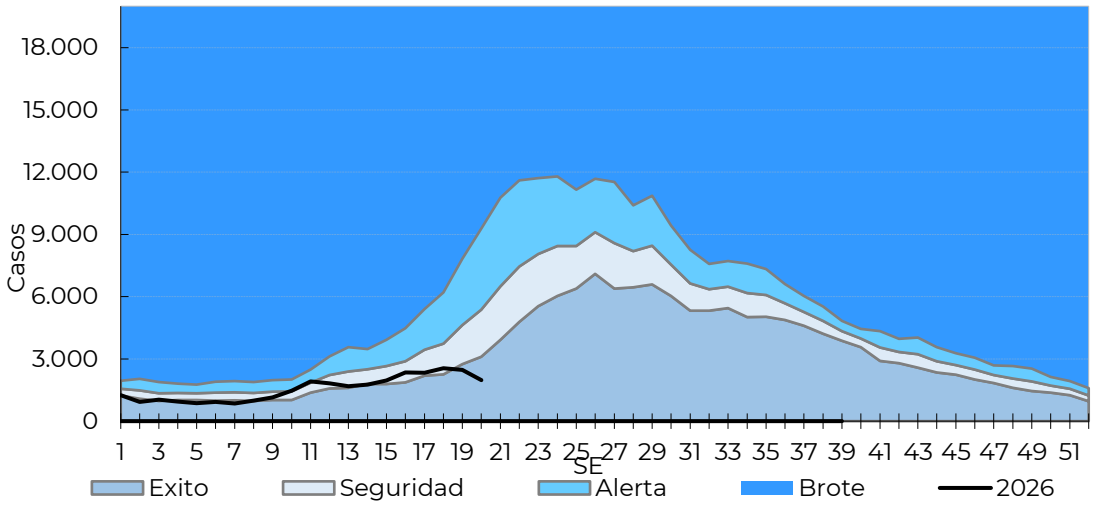


	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Casos	85.443	85.058	62.979	46.560	64.213	20.161	18.453	57.547	65.700	35.887	32481	31248
Incidencia	5686,1	5678,5	4215,7	3125,6	4327,0	1364,8	1255,0	3929,3	4503,3	2470,2	2245,8	2160,5

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

En las primeras 20 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 1-20 de 2026[15]**. Argentina.**



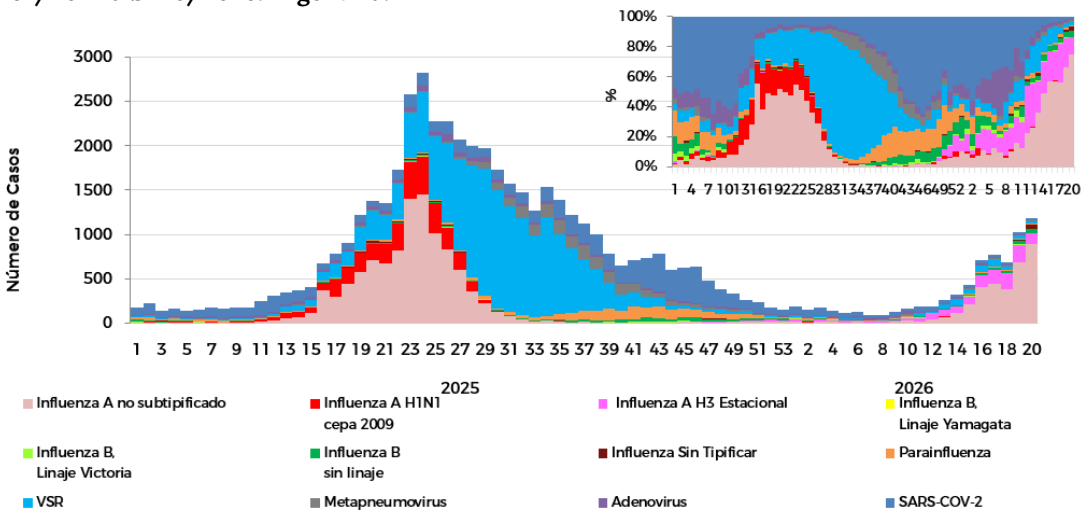
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

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

V.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 18-20 se notificaron un total de 2.048 detecciones de influenza, con predominio de Influenza A, principalmente del subtipo A(H3N2). En cuanto a **VSR y SARS-CoV-2**, durante las primeras 20 SE de 2026 las detecciones se mantienen en niveles bajos.

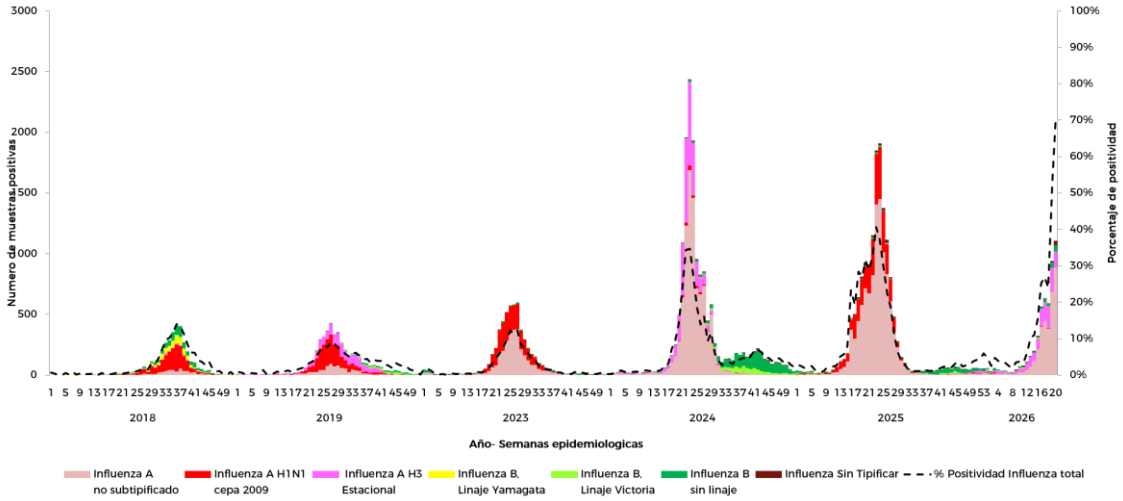
Gráfico 7. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2024 a SE20/2026. Argentina.



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

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.

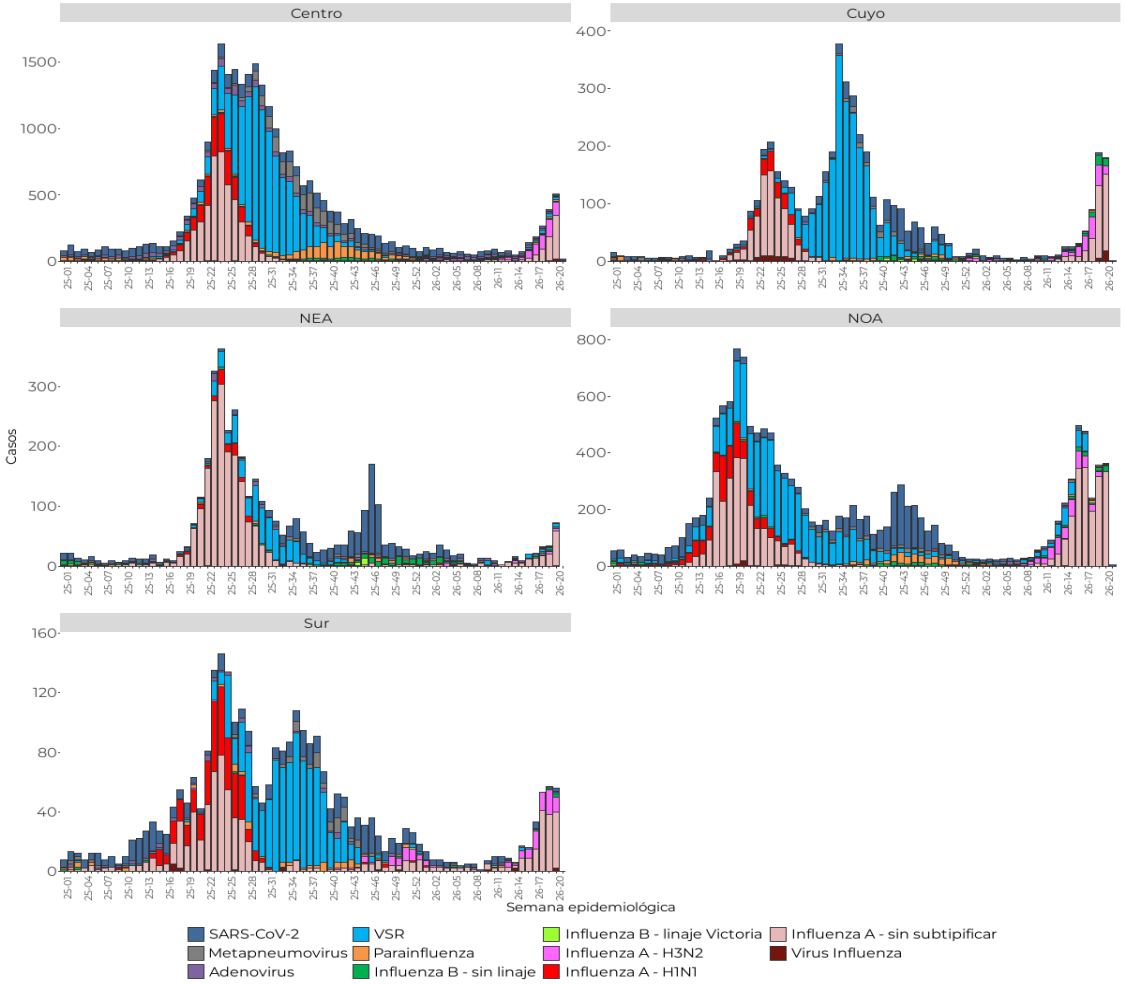
Gráfico 8. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y porcentaje de positividad, por Semana epidemiológica. SE01/2018- SE20/2026. Argentina.



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 2026 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, con el mayor número de casos en las regiones NOA y Centro del país en las últimas SE.

Gráfico 9. Distribución de influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica, por región. SE01/2025 a SE20/2026. 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 20 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 20 SE de 2026, las detecciones se mantuvieron en niveles bajos, con un ligero aumento a partir de la SE13. Entre las SE19 y SE20 de 2026 se notificaron 58 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 20/2026 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: Influenza, SARS-CoV-2, VSR, metapneumovirus y parainfluenza.

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

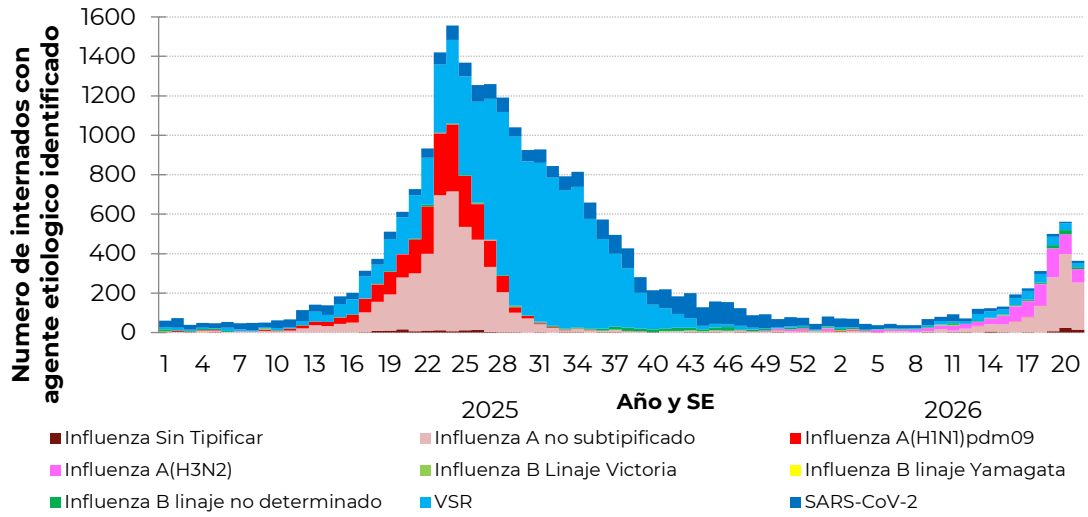
En las primeras 20 SE de 2026 se notificaron 474 casos de **SARS-CoV-2** en personas internadas, cifra que resulta un 34,1% inferior a la registrada en igual período de 2025**.** Los casos de SARS-CoV-2 en hospitalizados presentaron un ascenso entre las SE 34 a 42 de 2024, seguido de una disminución posterior y de valores bajos con algunas oscilaciones en 2025, manteniéndose en valores bajos hasta la actualidad. En las SE 20 y 21 de 2026 se registraron 19 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 SE9 de 2026. A partir de la semana 10 se registró un aumento progresivo en el número de casos, con un promedio de 387 casos semanales en las últimas 4 semanas. En las SE 20 y 21 se registraron 851 casos hospitalizados con este diagnóstico.

Entre los 2.394 casos de influenza notificados durante 2026, se registran predominantemente detecciones de influenza A (n= 2.189), con menor detección de influenza B (n= 146). De los casos de influenza A, 830 cuentan con subtipificación, correspondiendo 15 a influenza A (H1N1) pdm09 y 815 a influenza A (H3N2). En relación con influenza B, 41 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 395 casos hospitalizados positivos para VSR, con 55 detecciones en las SE 20 y 21.

Gráfico 11. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2025 a SE21/2026. Argentina.

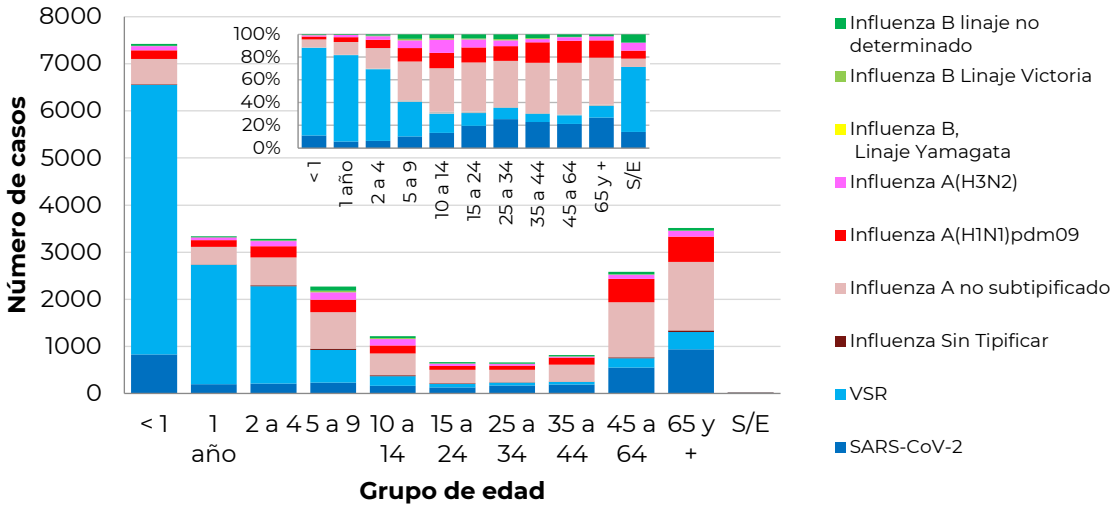


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

Con respecto a la distribución por grupos de edad de las detecciones acumuladas en personas hospitalizadas, desde SE1/2025 hasta 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 SE21/2026.



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.

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

V.5.A. RECOMENDACIONES PARA EQUIPOS DE SALUD

En el contexto de aumento de casos de influenza, con predominio de detección en el país de casos de influenza A(H3N2) y particularmente del 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.

V.6. Vigilancia epidemiológica

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

En este marco, se recomienda:

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

- Fortalecer la vigilancia a través de la Red Nacional de Laboratorios de Influenza y Otros Virus Respiratorios, garantizando la notificación oportuna de muestras estudiadas y positivas para cada virus respiratorio, así como la nominalización de los casos positivos de Influenza para consignar su subptifpiciación y eventual 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.

V.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.

V.8. Vacunación antigripal

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

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

Población objetivo para vacunación antigripal:

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

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

V.9. Tratamiento antiviral

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

Diversos estudios han evidenciado que en pacientes ambulatorios con alto riesgo de complicaciones, su uso se asocia a una reducción en la duración de los síntomas y en la incidencia de complicaciones.[16],[17] 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.[18],[19] En Argentina, durante el año 2024, el

[16] 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.

[17] 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.

[18] 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.

[19] Sharma Y, Horwood C, Hakendorf P, Thompson C. Effectiveness of Oseltamivir in reducing 30-day readmissions and mortality among patients with severe seasonal influenza in Australian hospitalized patients. Int J Infect Dis. 2021 Mar;104:232-238. doi: 10.1016/j.ijid.2021.01.011. Epub 2021 Jan 9. PMID: 33434667.

Laboratorio Nacional de Referencia no ha detectado un aumento de cepas resistentes a este antiviral entre los virus en circulación.

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

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

Indicaciones de tratamiento antiviral

Manejo de Influenza estacional

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

-Casos ambulatorios con Enfermedad Tipo Influenza (ETI)
-Puede considerarse la administración de oseltamivir en casos ambulatorios con Enfermedad tipo influenza (ETI) y que pertenecen a grupos con mayor riesgo de desarrollar complicaciones por Influenza.

En períodos de circulación de virus Influenza, se recomienda la indicación de tratamiento en aquellos pacientes con resultado positivo para Influenza o en caso de no disponer de estudio diagnóstico o con resultado más allá de las 48 horas, iniciar tratamiento empírico.

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

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

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE **EVENTOS**

VI. Hantavirosis – Actualización informe epidemiológico

VI.1. Introducción

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

En el país se han identificado áreas de riesgo en cuatro regiones geográficas: Noroeste (Salta, Jujuy y Tucumán), Noreste (Misiones, Formosa y Chaco), Centro (Buenos Aires, Santa Fe y Entre Ríos) y Sur (Neuquén, Río Negro y Chubut). Si bien los casos se notifican durante todo el año, se observa una marcada estacionalidad, con mayor incidencia entre octubre y mayo. La 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[20] con el objetivo de optimizar los criterios diagnósticos, fortalecer las estrategias de detección temprana y respuesta ante brotes, y mejorar la calidad de la información notificada al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

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

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

actualización de la información se realizará en forma periódica, ajustándose a la evolución de la situación epidemiológica y a la necesidad de comunicación oportuna.

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

VI.2. Situación epidemiológica nacional

VI.2.A. NOTA METODOLÓGICA

El análisis de la información se realiza por la caracterización epidemiológica del evento nominal "Hantavirosis". Se consideran como casos confirmados aquellos que cuentan con resultados de laboratorio detectable o reactivo, según la última definición de caso consensuada publicada en la Circular de Vigilancia de Mayo 2025[21], o una clasificación manual correspondiente a confirmado.

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

VI.2.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

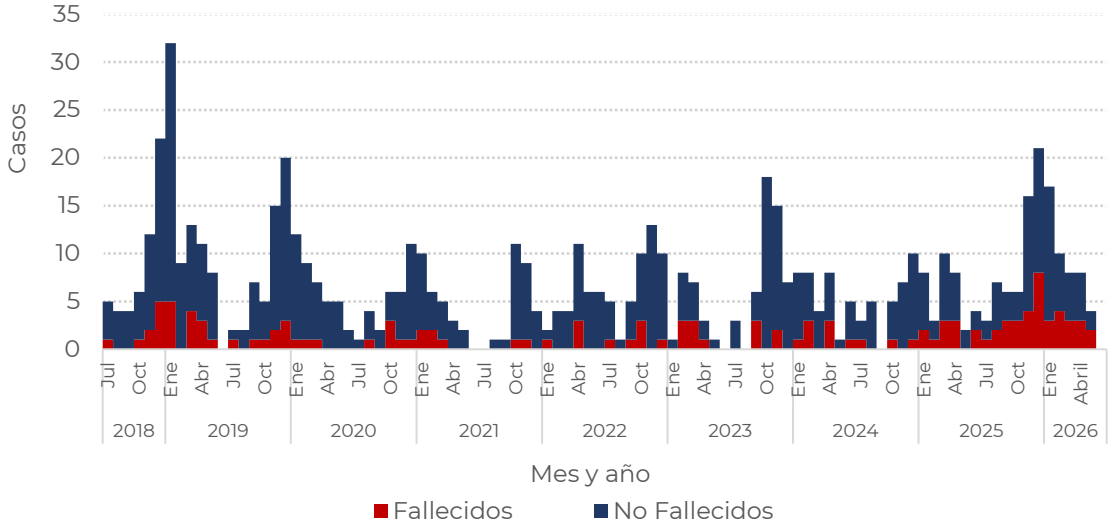
La situación epidemiológica actual se caracterizó a partir de la comparación de temporadas, es decir los períodos comprendidos entre los meses julio de un año y junio del siguiente (Por ej. SE 27/2018- SE 26/2019) para, de esta manera, poder contrastar el aumento de casos en períodos estivales entre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

Caracterización según temporalidad y regiones del país

A continuación, se presentan los casos confirmados según mes, año y condición de egreso desde la temporada 2018-2019 (SE 27/2018 a SE 26/2019) a la semana SE 21/2026. Debe considerarse que la temporada 2018-2019 incluye el brote de transmisión interhumana ocurrido en Epuyén, Chubut, por lo que concentra un mayor número de casos confirmados (126).

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

Gráfico 1. Hantavirosis: Casos confirmados por mes, año y condición de egreso. SE 27/2018 a SE 21/2026, Argentina. (N=650)

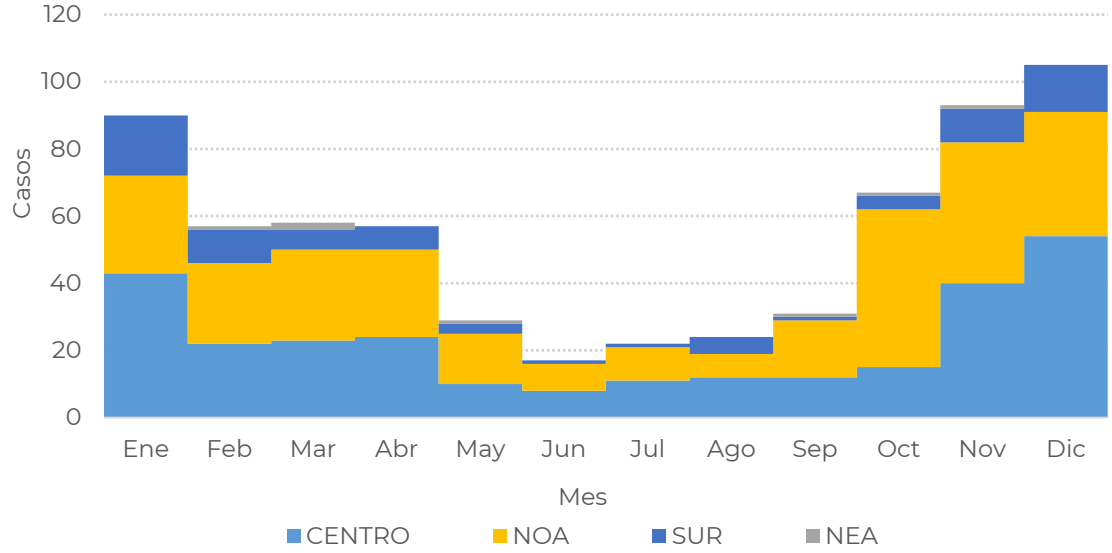


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

En el presente análisis, desde la SE 20 —publicada en el BEN N° 810— no se identificaron casos nuevos de Hantavirus. En relación a la SE 21 se ha identificado 1 caso fallecido, correspondiente a la localidad de General Mosconi, provincia de Salta. La totalidad de casos confirmados durante el 2026 corresponde a 47.

En el período analizado se acumularon 650 casos confirmados. Entre los meses de octubre y enero es donde se acumula el 56% de los casos confirmados. En la temporada en curso, los meses de noviembre (n=16), diciembre (21) y enero (17) presentaron 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.

Gráfico 2. Hantavirosis: Casos acumulados según mes y región. SE 27/2018 a SE 21/2026, Argentina. (N=650)

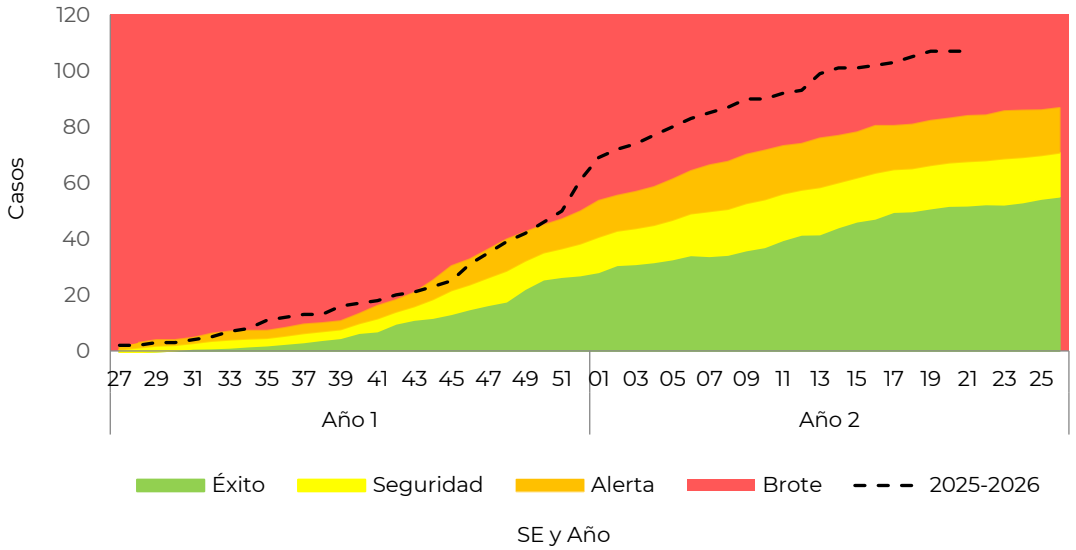


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

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 21/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Argentina. (N=107)

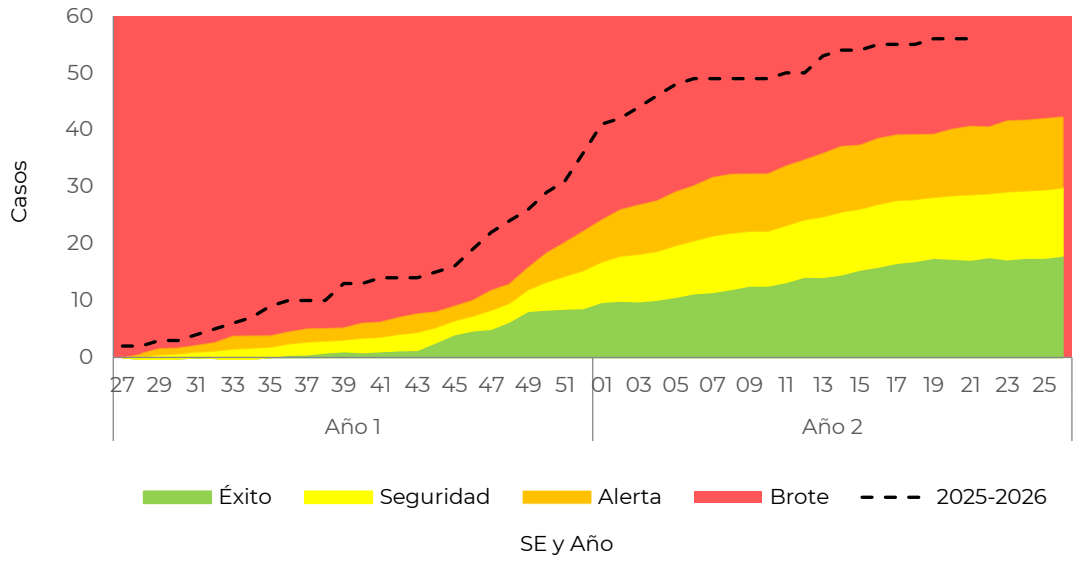


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.
**Tanto para el total país como para los corredores regionales, se excluyeron del período comparativo los casos de la temporada 2018-2019 por ser una temporada de brote.*

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 21/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región Centro. (N=56)

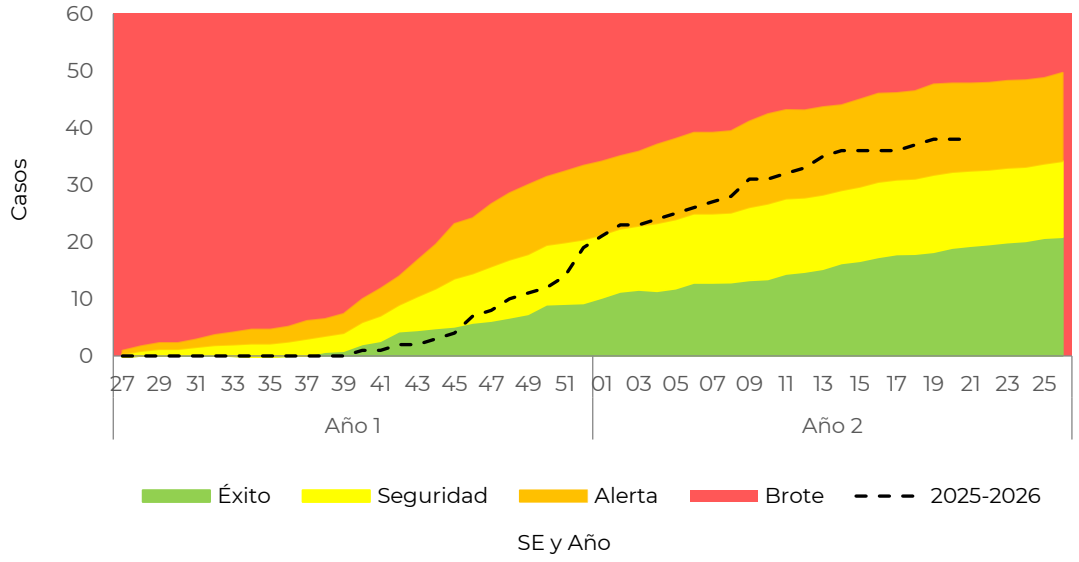


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

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 13-21. 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 21/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región NOA. (N=38)

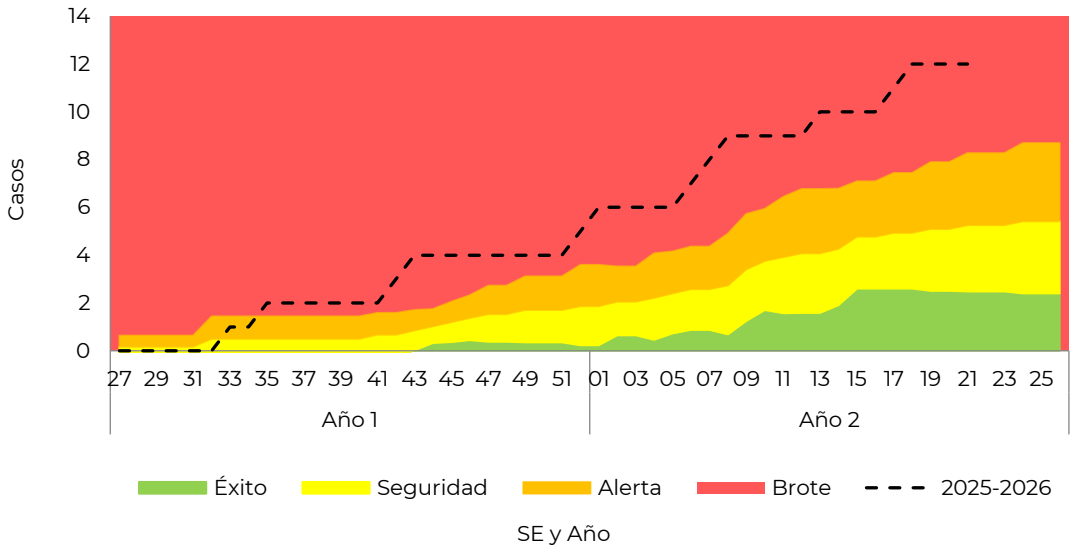


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

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 21/2026 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 21 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 (SE27 a SE21). (N=506)

Temporada	2019-2020 (hasta SE21)		2020-2021 (hasta SE21)		2021-2022 (hasta SE21)		2022-2023 (hasta SE21)		2023-2024 (hasta SE21)		2024-2025 (hasta SE21)		2025-2026 (hasta SE21)	
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	21	0,11	44	0,24
Entre Rios	3	0,22	4	0,29	3	0,21	3	0,21	2	0,14	6	0,42	5	0,34
Santa Fe	14	0,40	6	0,17	5	0,14	6	0,17	6	0,17	10	0,27	7	0,19
Centro	**44**	**0,15**	**26**	**0,09**	**23**	**0,08**	**23**	**0,08**	**16**	**0,05**	**37**	**0,12**	**56**	**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	11	1,40	9	1,14	12	1,50	5	0,62	7	0,86
Salta	27	1,91	14	0,98	13	0,90	24	1,63	38	2,56	12	0,80	31	2,04
Tucumán	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**	**22**	**0,39**	**26**	**0,45**	**35**	**0,60**	**53**	**0,90**	**18**	**0,30**	**38**	**0,63**
Chubut	0	0,00	5	0,80	3	0,47	3	0,47	1	0,15	0	0,00	5	0,74
Neuquén	1	0,15	1	0,15	0	0,00	1	0,15	3	0,43	1	0,14	1	0,14
Rio Negro	1	0,13	2	0,27	0	0,00	2	0,26	4	0,51	3	0,38	6	0,75
Sur	**2**	**0,07**	**8**	**0,27**	**3**	**0,10**	**6**	**0,20**	**8**	**0,26**	**4**	**0,13**	**12**	**0,38**
Total País	**89**	**0,20**	**56**	**0,12**	**52**	**0,11**	**64**	**0,14**	**77**	**0,16**	**61**	**0,13**	**107**	**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 21 se notificaron un total de 107 casos de hantavirosis localizados en su mayoría en las provincias de Buenos Aires (44 casos), Salta (31), 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.

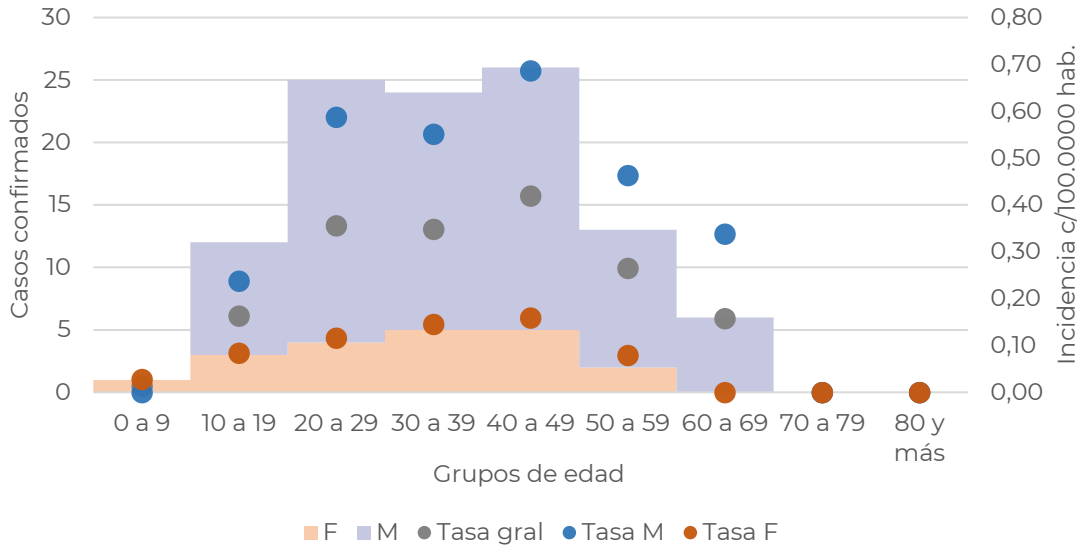
A nivel regional, en la actual temporada, la tasa de incidencia más elevada corresponde a la región del NOA (0,63 casos por 100.000 habitantes), donde se notificaron 38 casos confirmados. El 81% de los casos de la región se concentraron en Salta. Esta presenta la incidencia más elevada del país, con 2,04 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 0,24 casos por 100.000 habitantes, respectivamente.

En el BEN 799 SE9[22], 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 SE 21/2026. (N=107)



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% (75) 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.

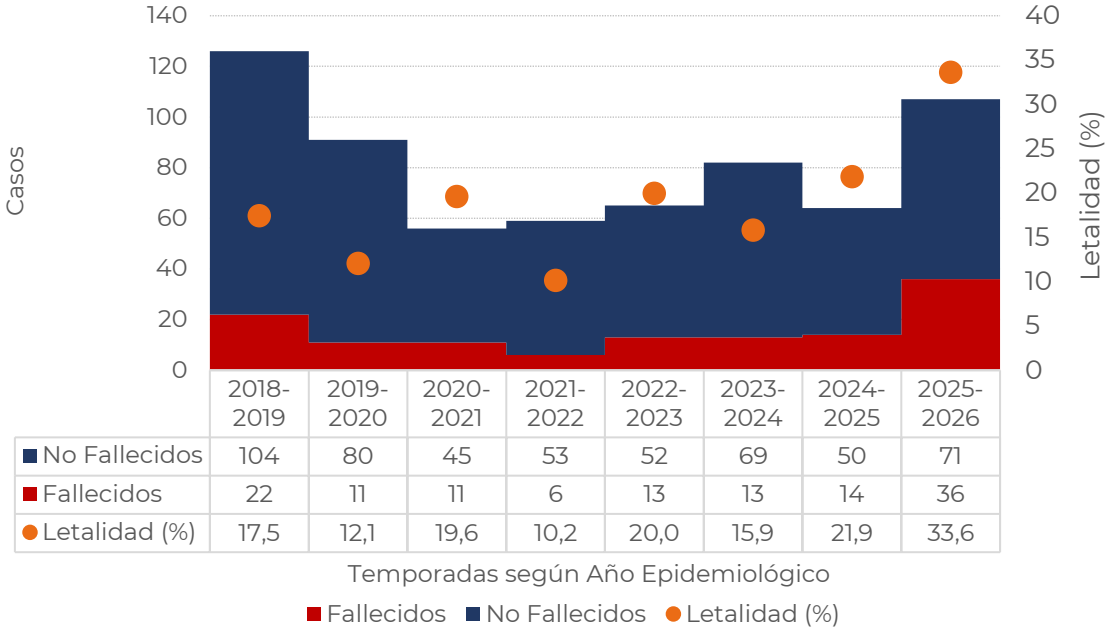
En cuanto a la distribución de los casos por sexo, el 81% (87) de los casos confirmados para la temporada actual se corresponde con el sexo masculino. Para todos los grupos etarios, se observa una predominancia de los casos masculinos por sobre los femeninos, a excepción del grupo etario de 0 a 9 años 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.

[22] 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 21/2026. Argentina. (N=650)

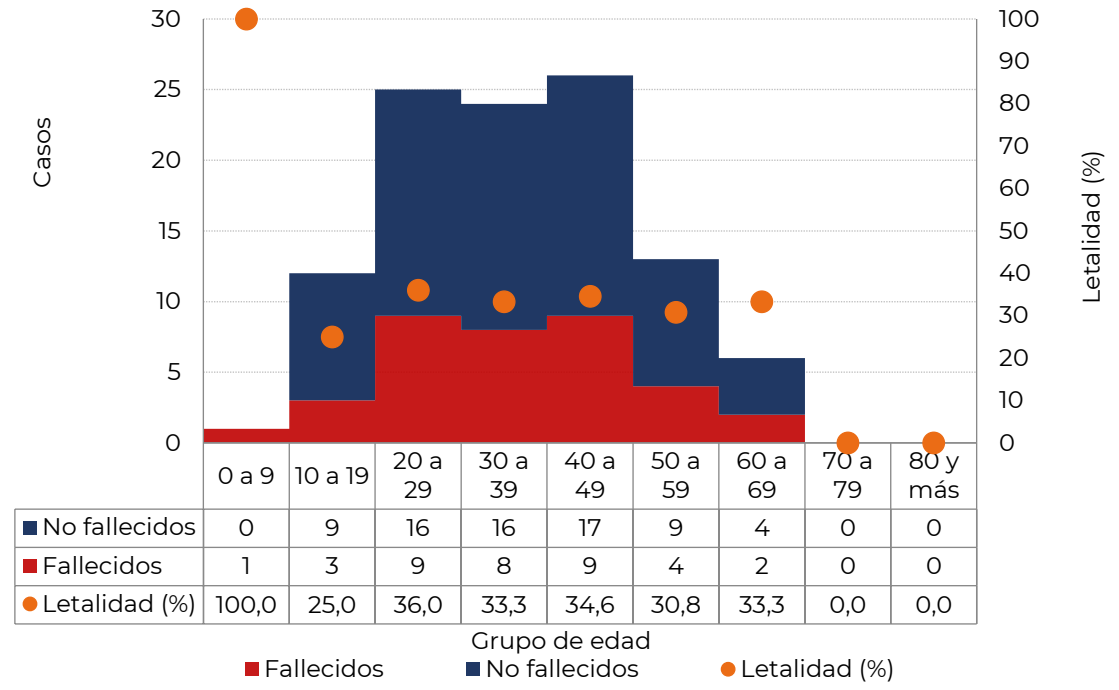


	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025	2025-2026
No Fallecidos	104	80	45	53	52	69	50	71
Fallecidos	22	11	11	6	13	13	14	36
Letalidad (%)	17,5	12,1	19,6	10,2	20,0	15,9	21,9	33,6

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 SE21/2026 se notificaron 36 casos fallecidos, con una letalidad del 33,6%, 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 21/2026. Argentina. (N=107)



	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	8	9	4	2	0	0
Letalidad (%)	100,0	25,0	36,0	33,3	34,6	30,8	33,3	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 35,5 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 60 a 69 (33,3%). 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 21). (N=101)

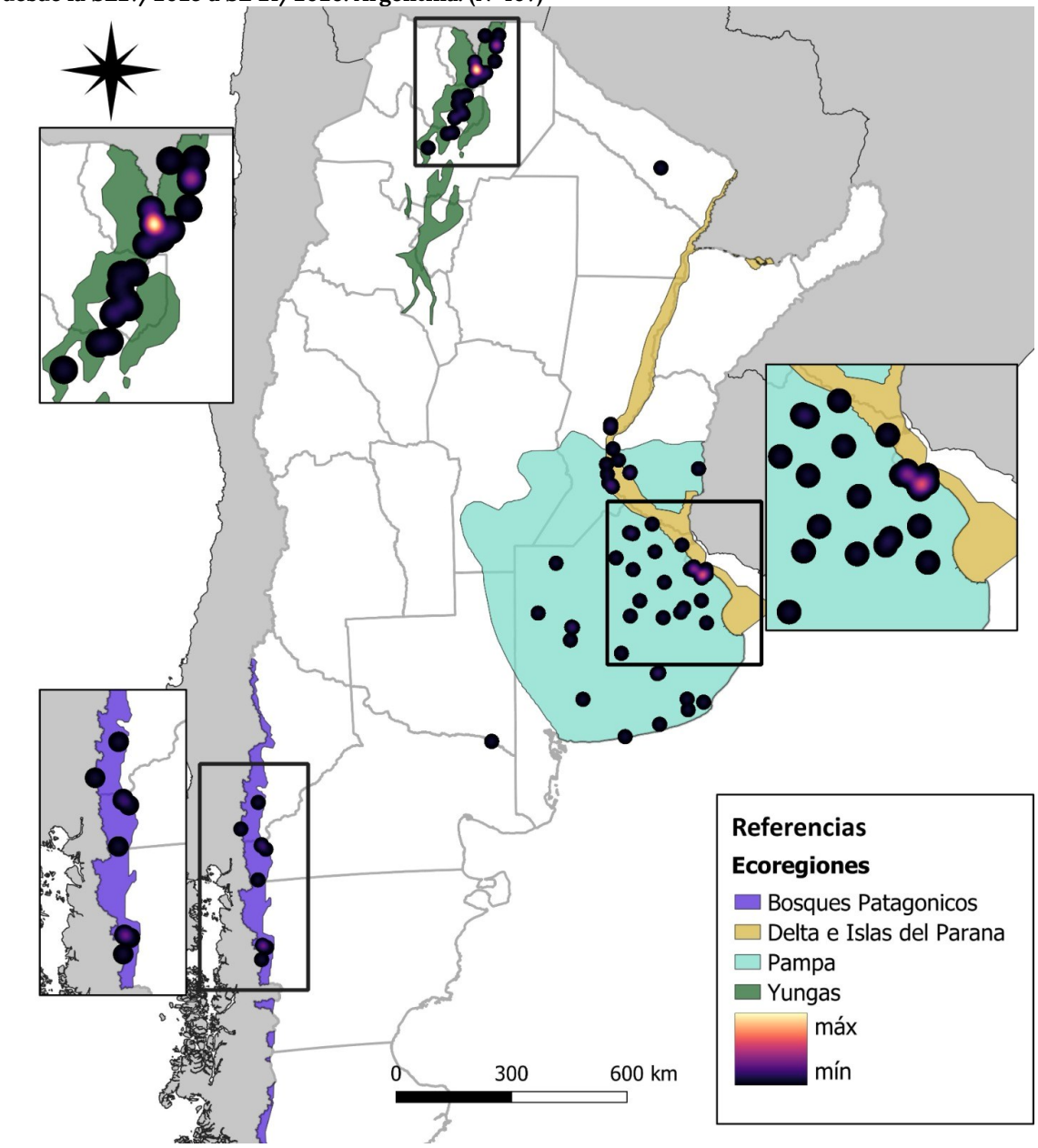
Año epidemiológico	2019 -2020 (SE27 a SE21)		2020 -2021 (SE27 a SE21)		2021 - 2022 (SE27 a SE21)		2022 - 2023 (SE27 a SE21)		2023 - 2024 (SE27 a SE21)		2024 - 2025 (SE27 a SE21)		2025 - 2026 (SE27 a SE21)	
Jurisdicción	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Buenos Aires	2	0,11	2	0,11	1	0,06	4	0,22	2	0,11	3	0,16	18	0,98
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	20	0,65
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	12	7,90
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	12	1,99
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	36	0,76

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

A nivel nacional, la tasa de mortalidad de la temporada actual (0,76 casos fallecidos por 1.000.000 hab.) es 3 veces mayor respecto a la temporada anterior hasta la SE 21 (0,25 casos fallecidos por 1.000.000 hab.) y la más alta de todo el periodo analizado con un total de 36 fallecidos. Para el mismo período, la región del NOA presenta la mayor tasa de mortalidad (1,99 casos fallecidos por 1.000.000 hab.). La totalidad de los fallecimientos observados en la región (12 casos) corresponden a la provincia de Salta que, además, es la que mayor mortalidad presenta entre todas las jurisdicciones (7,90 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 18 (0,98 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 21/2026. Argentina. (N=107)



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.

VI.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=PLwad1oRGFEgBZpMLjUEzMow5rpQUrJnBP&index=40) y un spot de recomendaciones para equipos de salud

(https://www.youtube.com/watch?v=-HiAyk4Q4A0&list=PLwad1oRGFEgCJjrq_K6adm-5rytQL1qAJ&index=2)

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

VI.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.

VI.3.A. EPIDEMIOLOGÍA

Al 26 de mayo, se notificaron un total de 13 casos (once confirmados y dos probables), incluidas tres muertes (dos confirmadas y una probable). Cinco 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.

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

El Ministerio de Salud de la Nación continúa trabajando en las investigaciones epidemiológicas dentro del territorio nacional para determinar el posible origen del contagio. Asimismo, se sostiene contacto permanente con las provincias a fin de colaborar en el relevamiento y estudio epidemiológico de campo en relación a los casos 1 y 2.

Investigación ambiental en Tierra del Fuego y Mendoza

Se encuentra a la espera de los resultados de laboratorio correspondientes al análisis de muestras de sangre y tejidos obtenidas de los animales capturados en Ushuaia en la semana del 18 de mayo.

En relación con la provincia de Mendoza, el INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán” realizará la semana del 8 de junio operativos de captura y análisis de roedores en el sur de la provincia, área donde el caso índice realizó actividades turísticas.

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

VII. MPOX – Actualización Informe epidemiológico

VII.1. Introducción

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

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

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

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

El Manual se encuentra en el siguiente link;

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

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

VII.2.Situación internacional[23]

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

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

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

[23] Disponible en: mpx_global

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

Respecto del **clado Ib**, en las últimas seis semanas fueron detectados casos confirmados con transmisión comunitaria en **República Democrática del Congo, Kenia, España, Sudán del Sur, Madagascar, Comoras, Alemania, Pakistán, Dinamarca, Colombia, Tailandia, Suiza y Portugal**. Se detectaron casos relacionados con viajes a zonas endémicas en **China, Estados Unidos de América, Irlanda y Mauricio.**

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

VII.2.A. SITUACIÓN EN ÁFRICA

En los últimos doce meses, hasta el 17 de mayo de 2026, 31 países notificaron 27.656 casos confirmados, incluidas 144 muertes. Los tres países con más casos son la República Democrática del Congo (11.896 casos), Sierra Leona (3.397) y Uganda (2.338).

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

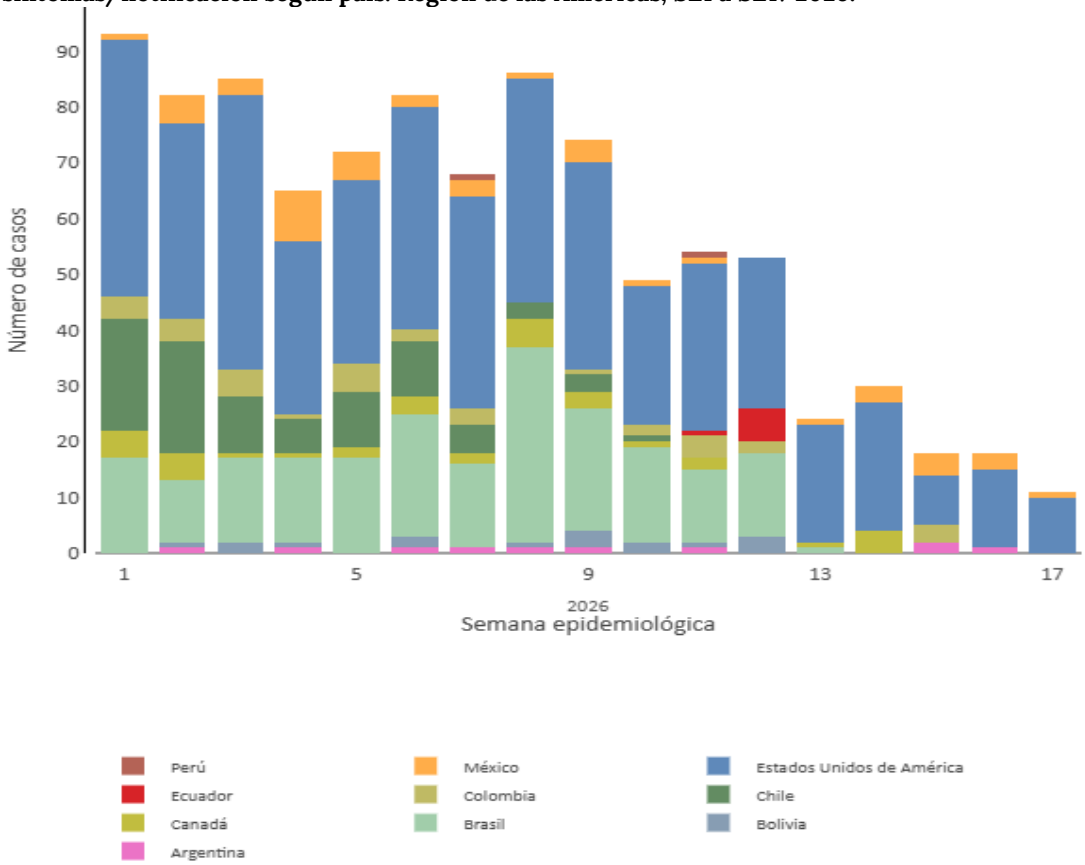
VII.2.B. SITUACIÓN EN LAS AMÉRICAS[24]

Respecto de la situación regional, según la última actualización epidemiológica de la Organización Panamericana de la Salud, entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 17 de 2026 fueron notificados en la Región de las Américas 964 casos de mpox, con una defunción.

Los países de la región que detectaron casos de mpox durante 2026 son los siguientes: Estados Unidos (508 casos), Brasil (215), Chile (88), México (47, con una defunción), Colombia (36), Canadá (35), Bolivia (16), Ecuador (7) y Perú (2). En las últimas cuatro semanas notificaron casos Estados Unidos, Canadá, Colombia y México.

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

Gráfico 1. Casos confirmados de mpox según semana epidemiológica de inicio de síntomas/notificación según país. Región de las Américas, SE1 a SE17 2026.

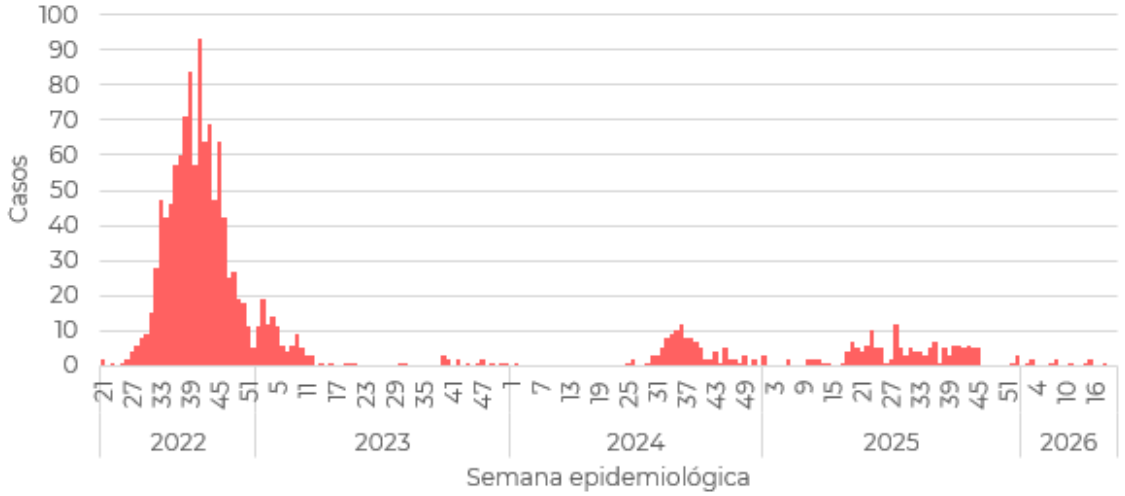


Fuente: https://shiny.paho-phe.org/mpox/

VII.3.Situación en Argentina

Durante el año 2022 (año epidémico), a partir de la SE 21, fueron notificados 1.024 casos confirmados. En 2023 se notificaron 124 casos confirmados, principalmente en la primera mitad del año, mientras que en 2024 se confirmaron 107 casos, concentrados en la segunda mitad del año. Durante 2025 se confirmaron 157 casos. Entre la semana 1 y 20 de 2026 se confirmaron 11 casos (Gráfico 2).

Gráfico 2. Casos confirmados de mpox según semana epidemiológica de fecha mínima[25]. Argentina, SE21/2022 a SE20/2026. (N=1.423)

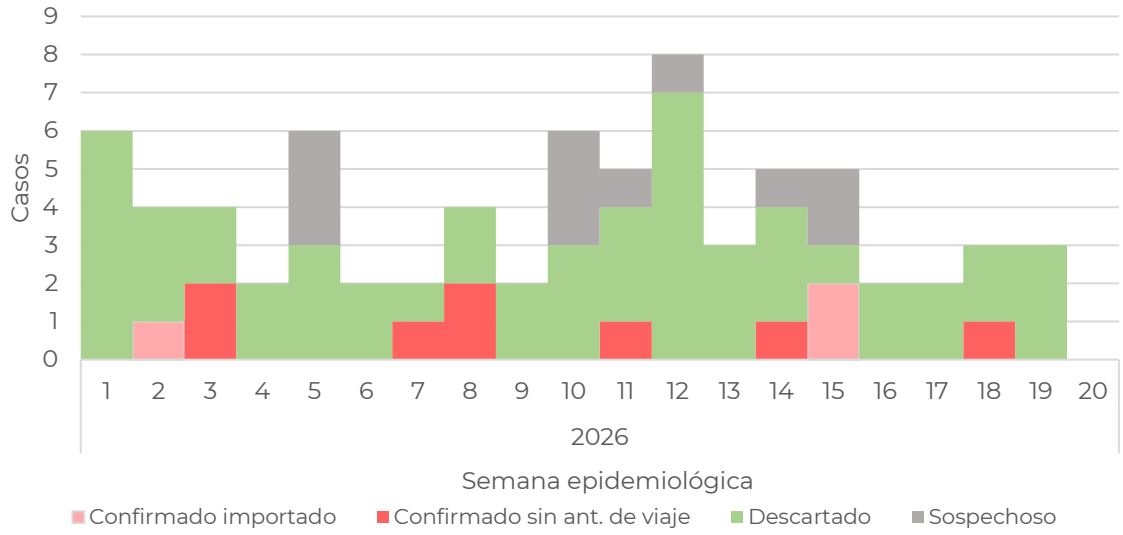


Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS2.0

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

Respecto de la última actualización (SE 15/2026), se confirmaron tres casos nuevos, dos con residencia en la provincia de Córdoba y uno en Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se confirmó un caso en las últimas cinco semanas.

Gráfico 3. Casos notificados de mpox según clasificación y antecedente de viaje por semana epidemiológica de fecha mínima. Argentina, SE1 a SE20/2026. (N=74)



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

Los casos de 2026 residen CABA (8 casos), Córdoba (2) y Río Negro (1), diez son de sexo masculino y uno femenino, y tienen entre 21 y 43 años. En aquellos casos que consignan información (n=6), el principal antecedente epidemiológico son las relaciones sexuales con hombres (4 casos) y relaciones sexuales con parejas nuevas, múltiples y ocasionales (2).

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

Fueron detectados cinco casos del clado I del virus Mpox mediante estudios de laboratorio en el Laboratorio Nacional de Referencia ANLIS "Carlos G. Malbrán", dos con residencia en Córdoba y tres en Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Desde la última actualización (SE 15/2026), se identificaron tres nuevos casos. Dos de ellos poseen antecedente de viaje a Brasil y uno no refiere antecedente de viaje ni contacto con viajeros.

VII.4. Recomendaciones para el equipo de salud

- Las principales medidas para disminuir el riesgo de propagación de la enfermedad consisten en la identificación temprana de los casos, el aislamiento oportuno y el rastreo de contactos.

- En el marco de la prevención combinada del VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual, la evaluación de una persona con sospecha o confirmación de mpox debe ser una oportunidad para ofrecer en forma sistemática servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH y otras ITS, y para articular el manejo de la mpox en las personas con diagnóstico de VIH conocido a servicios de atención de enfermedad avanzada por VIH.

- No se recomienda la vacunación masiva ni de la población general. La vigilancia epidemiológica debe intensificarse para identificar a las personas con mayor riesgo de infección y, por lo tanto, definir prioridades en caso de disponibilidad de vacunación. Actualmente, la principal medida de salud pública para interrumpir la transmisión es la identificación efectiva de casos, junto con la implementación de aislamiento, y el rastreo de contactos.

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

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

VII.5. Vigilancia Epidemiológica

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

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

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

Ante la reciente confirmación de casos del **clado I**, se destaca la implementación de las siguientes acciones:

- Seguimiento clínico y epidemiológico: pacientes que evolucionaron favorablemente, sin requerimiento de internación, con resolución completa de las lesiones cutáneas.

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

- Investigación de contactos: en uno de los casos se identificaron contactos sexuales considerados posibles fuentes de exposición (incluyendo personas con antecedente de viaje internacional a Canadá y Brasil) y contactos convivientes.

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

VII.5.A. DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES DE CASO

Caso sospechoso

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

Ó

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

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

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

- Proctitis

Ó

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

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

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

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

Caso confirmado

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

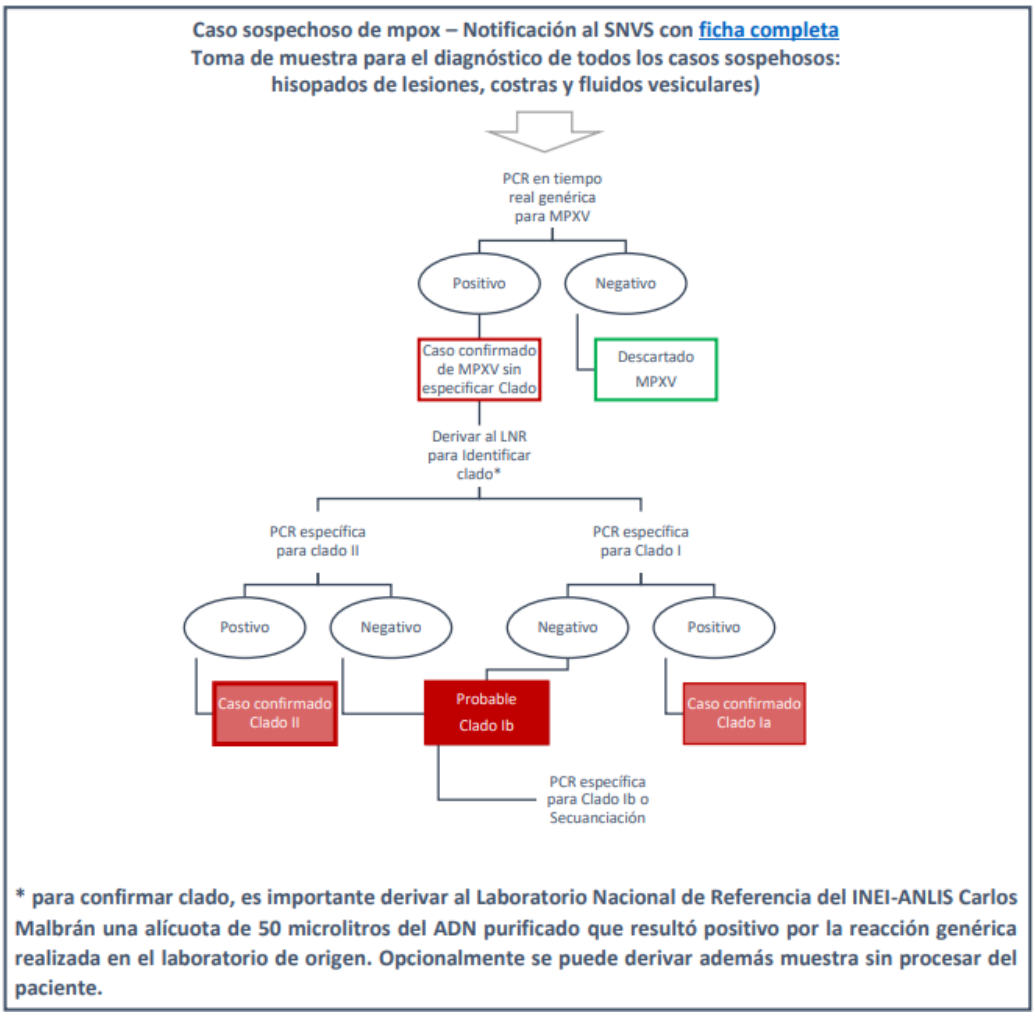
Ante la detección de un caso sospechoso se debe tomar muestras para el diagnóstico etiológico y enviarlas al laboratorio que corresponda. Las muestras deben ser manipuladas de manera segura por personal capacitado que trabaje en laboratorios debidamente equipados. Para minimizar el riesgo de transmisión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

VII.5.B. NOTIFICACIÓN

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

VII.6. Algoritmo de diagnóstico y notificación de mpox

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



VII.7. Medidas ante casos sospechosos

- Se recomienda el aislamiento de todo caso sospechoso hasta la obtención del resultado de laboratorio (confirmado o descartado); en caso de confirmarse, continuar el aislamiento hasta que todas las costras de las lesiones se hayan caído y haya formado una nueva capa de piel.
- Si no se puede realizar aislamiento permanente se deberá implementar medidas para la minimizar el riesgo de la transmisión (cubrir las lesiones, utilizar barbijo quirúrgico bien ajustado, cubriendo nariz, boca y mentón, evitar contacto con personas vulnerables, evitar el contacto estrecho con otras personas, ventilar los ambientes).
- Realizar la investigación epidemiológica correspondiente, incluyendo los antecedentes epidemiológicos, características clínicas e información sobre contactos estrechos, garantizando la privacidad, el trato digno y la completitud de la información.
- Realizar la notificación dentro de las 24 horas.
- En caso de que se necesite hospitalización, debe realizarse en una habitación individual con baño privado y eventualmente internación por cohortes.
- Si el paciente precisa moverse por fuera de la habitación, debe hacerlo siempre con barbijo quirúrgico y cubriéndose las heridas.

- La movilidad del paciente fuera de su habitación debe limitarse a lo esencial para realizar procedimientos o métodos diagnósticos que no puedan llevarse a cabo en ella. Durante el transporte, el paciente debe utilizar barbijo quirúrgico y las lesiones cutáneas deben estar cubiertas.
- Se debe establecer el correcto manejo de casos para evitar la transmisión nosocomial, con un adecuado flujo desde el triaje hasta las salas de aislamiento, en cualquier nivel de atención, evitando el contacto con otras personas en salas de espera y/o salas de hospitalización de personas internadas por otras causas.
- El personal de salud que atienda casos sospechosos o confirmados debe utilizar protección para los ojos (gafas protectoras o un protector facial que cubra el frente y los lados de la cara), barbijo quirúrgico, camisolín y guantes desechables.
- Durante la realización de procedimientos generadores de aerosoles deben utilizarse barbijos tipo máscaras N95 o equivalentes.
- El aislamiento domiciliario debe realizarse en una habitación o área separada de otros convivientes durante todas las etapas de la enfermedad hasta que todas las lesiones hayan desaparecido, se hayan caído todas las costras y surja piel sana debajo.
- Si durante el aislamiento domiciliario el paciente requiere atención médica debe comunicarse con el sistema de salud.
- Las personas convivientes deben evitar el contacto con el caso sospechoso o confirmado, especialmente contacto de piel con piel.
- No se debe compartir ropa, sábanas, toallas, cubiertos, vasos, platos, mate, etc.
- Evitar el contacto con personas inmunodeprimidas, niños y embarazadas durante el período de transmisión.
- Ante el riesgo potencial de transmisión del virus de las personas enfermas a los animales, se recomienda que las personas con diagnóstico sospechoso o confirmado de mpox eviten el contacto directo con animales, incluidos los domésticos (como gatos, perros, hámsters, hurones, jerbos, cobayos), el ganado y otros animales en cautividad, así como la fauna silvestre. Las personas deben estar especialmente atentas a los animales que se sabe que son susceptibles, como los roedores, los primates no humanos, etc.
- Debe también evitarse el contacto de los residuos infecciosos con animales, especialmente roedores.

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

VII.8. Medidas ante contactos

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

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

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

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

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

Ficha de notificación:

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

Más recomendaciones e información en:

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

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. Enfermedad por el virus del Ébola causada por el virus Bundibugyo - República Democrática del Congo

Recibido a través del CNE el 28/05/2026

El 2 de mayo de 2026, la OMS recibió una notificación del Punto Focal Nacional para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte (en adelante, Reino Unido) sobre un conglomerado de casos de enfermedad respiratoria aguda grave, que incluía dos fallecimientos y un pasajero en estado crítico, a bordo del crucero de bandera neerlandesa M/V Hondius.

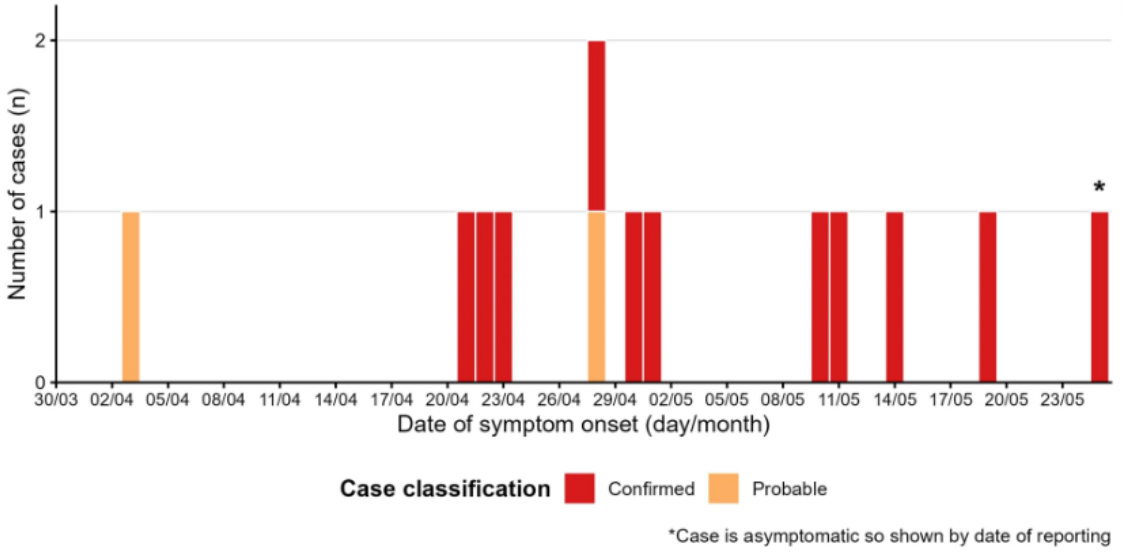
Hasta el 27 de mayo, se habían notificado un total de 13 casos (11 casos confirmados y 2 casos probables), incluidos tres fallecimientos (dos confirmados y uno probable). Desde la publicación del último informe Disease Outbreak News el 13 de mayo, se notificaron tres casos confirmados adicionales entre pasajeros o miembros de la tripulación: uno en Canadá, uno en los Países Bajos y uno en España.

El caso de Canadá desarrolló síntomas durante el seguimiento de contactos, mientras que los casos de los Países Bajos y España fueron identificados mediante pruebas semanales de rutina realizadas a contactos de alto riesgo durante el período de seguimiento.

El caso previamente informado como inconcluso en los Estados Unidos de América fue posteriormente determinado como negativo tras realizarse pruebas de laboratorio adicionales y fue eliminado del recuento total el 15 de mayo.

Todos los casos confirmados corresponden a personas que viajaron a bordo del M/V Hondius.

Figura 1. Curva epidemiológica de los casos de hantavirus Andes (n = 13) notificados a la OMS hasta el 27 de mayo de 2026, a las 17:00 horas.



Según la información disponible actualmente, la hipótesis de trabajo es que el primer caso adquirió la infección antes de embarcar en el crucero, a través de una exposición en tierra. Las investigaciones continúan para esclarecer las posibles circunstancias de exposición y la fuente del brote, en colaboración con las autoridades de Argentina y Chile. Sin embargo, el tiempo transcurrido entre la visita de esta persona a Chile y el inicio de los síntomas supera

el período máximo de incubación conocido. Por lo tanto, con la información actualmente disponible, puede descartarse la exposición en Chile como fuente de infección.

La evidencia actual sugiere que posteriormente ocurrió transmisión de persona a persona a bordo del buque. Esta hipótesis también está respaldada por un análisis preliminar de las secuencias genéticas, que muestra secuencias prácticamente idénticas entre distintos casos.

Este brote está siendo gestionado mediante una respuesta internacional coordinada, que incluye investigaciones epidemiológicas exhaustivas, aislamiento de casos y manejo clínico, evacuaciones médicas, pruebas de laboratorio, rastreo internacional de contactos, así como medidas de cuarentena y monitoreo. Las recomendaciones podrán modificarse a medida que se disponga de nueva evidencia epidemiológica y de laboratorio, incluidos los resultados de la secuenciación genética.

El seguimiento y rastreo de contactos de todos los casos de hantavirus vinculados al crucero continúa en curso. Esto incluye a los pasajeros que desembarcaron en: Santa Elena (Reino Unido), el 24 de abril; Isla Ascensión (Reino Unido), el 27 de abril; Praia (Cabo Verde), el 6 de mayo; Tenerife (España), los días 10 y 11 de mayo; así como a los 25 tripulantes restantes y a los dos trabajadores sanitarios de los Países Bajos que desembarcaron en ese país el 18 y el 23 de mayo.

También se identificó y contactó a pasajeros que viajaron en vuelos y que pudieron haber estado expuestos a personas que posteriormente fueron confirmadas como casos.

Los contactos de alto riesgo están siendo sometidos a cuarentena y monitoreados por las autoridades sanitarias locales, ya sea en sus respectivos países, en los Países Bajos (país de bandera del buque) o en terceros países (Tabla 1).

Hasta el 22 de mayo de 2026, se habían identificado más de 600 contactos en 32 países, territorios y áreas, de los cuales el 53 % fueron clasificados como contactos de alto riesgo y el 47 % como contactos de bajo riesgo. Todos ellos se encuentran bajo vigilancia estrecha o autocontrol de síntomas, de acuerdo con la guía actualizada para el manejo de contactos de casos de virus Andes (ANDV) vinculados al crucero MV Hondius, publicada el 17 de mayo.

Tabla 1. Contactos bajo seguimiento por el brote de hantavirus Andes asociado a un crucero, notificados a la OMS hasta el 25 de mayo de 2026 a las 17:00 horas.

Región de la OMS (número de países, territorios y áreas que notificaron contactos)	Número total de lugares que notificaron contactos de alto riesgo	Número total de lugares que notificaron contactos de bajo riesgo
Región de África	3 (Cabo Verde, Sudáfrica y Zimbawe)	2 (Cabo Verde y Sudáfrica)
Región de las Américas	2 (Canadá y Estados Unidos de América)	3 (Canadá, Estados Unidos de América y Chile)
Región del Mediterráneo Oriental	No aplica	1 (Arabia Saudita)
Región Europea	16 (Alemania, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Países Bajos, Polonia, Reino Unido, Suecia, Suiza, Türkiye, y un territorio británico de ultramar: Santa Elena, Ascensión y Tristán da Cunha)	13 (Austria, Bélgica, Dinamarca, Francia, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, Suiza, y un territorio británico de ultramar: Santa Elena, Ascensión y Tristán da Cunha)
Región de Asia Sudoriental	No aplica	No aplica
Región del Pacífico Occidental	5 (Australia, China–Taiwán, Indonesia, Singapur y un territorio británico de ultramar: Islas Pitcairn)	0

Fuente: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON604

VIII.2. Enfermedad por el virus del Ébola (EVE) causada por el virus Bundibugyo en la República Democrática del Congo y Uganda.

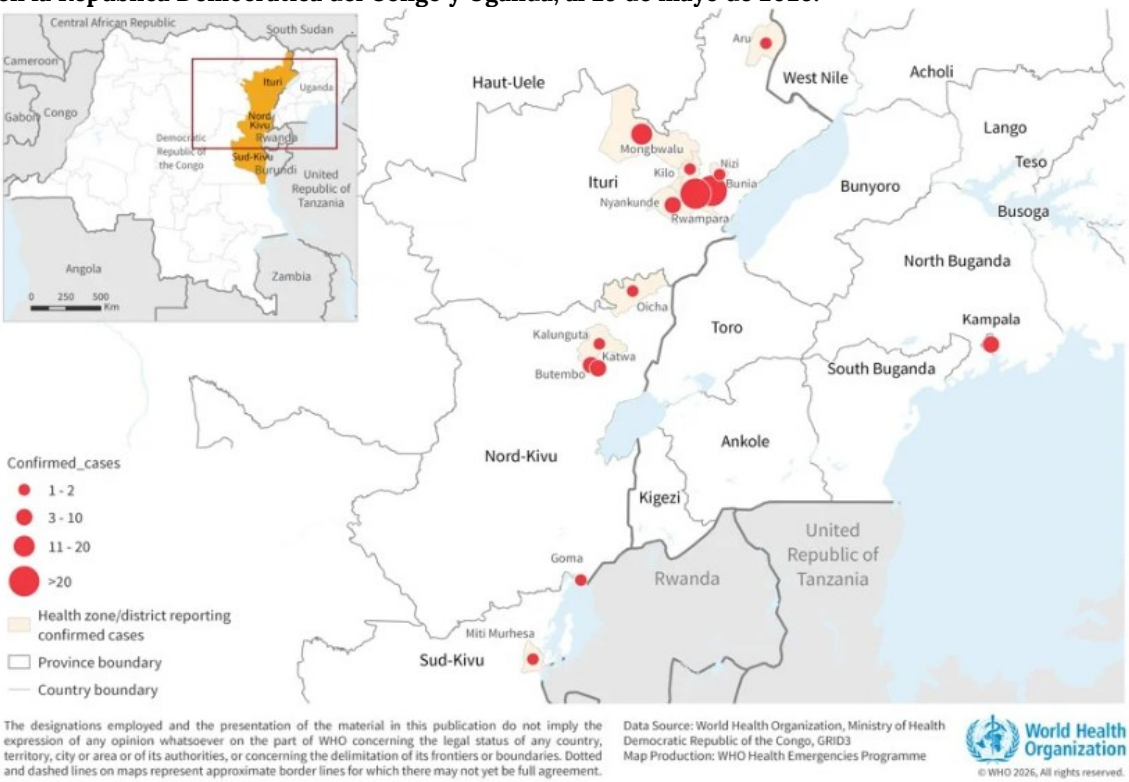
Recibido a través del CNE el 29/05/2026

Desde la publicación del último informe Disease Outbreak News el 21 de mayo de 2026, el número de casos sospechosos y confirmados ha aumentado rápidamente en la República Democrática del Congo.

En total, se han notificado 906 casos sospechosos, incluidos 223 fallecimientos entre los casos sospechosos, en la República Democrática del Congo. Asimismo, se han reportado 134 casos confirmados (de los cuales nueve corresponden a Uganda), incluidos 18 fallecimientos (uno en Uganda), en ambos países hasta el 29 de mayo. La tasa de letalidad (CFR) entre los casos confirmados es del 14%.

Además, un médico de los Estados Unidos de América, que estuvo expuesto al virus durante su trabajo asistiendo a pacientes en la República Democrática del Congo, obtuvo un resultado positivo el 17 de mayo y fue trasladado a Alemania para recibir tratamiento y atención médica.

Figura 1. Distribución de los casos sospechosos y confirmados de enfermedad por virus Bundibugyo en la República Democrática del Congo y Uganda, al 29 de mayo de 2026.



República Democrática del Congo

Desde la última actualización, publicada el 21 de mayo, se han notificado 42 casos confirmados adicionales, incluidos ocho fallecimientos, y 160 casos sospechosos adicionales, incluidos 47 fallecimientos, en la República Democrática del Congo. Hasta el 27 de mayo de 2026, se habían reportado un total de 125 casos confirmados, incluidos 17 fallecimientos (tasa de letalidad del 14 %), y 906 casos sospechosos, incluidos 223 fallecimientos, procedentes de 13 zonas de salud en las provincias de Ituri (7 de 36 zonas de salud), Kivu del Norte (5 de 35 zonas de salud) y Kivu del Sur (1 de 34 zonas de salud). Hasta la fecha, se han notificado 16 casos confirmados entre trabajadores de la salud y de atención asistencial. Las

investigaciones epidemiológicas y de laboratorio continúan para reclasificar todos los casos sospechosos y fallecimientos notificados en la República Democrática del Congo.

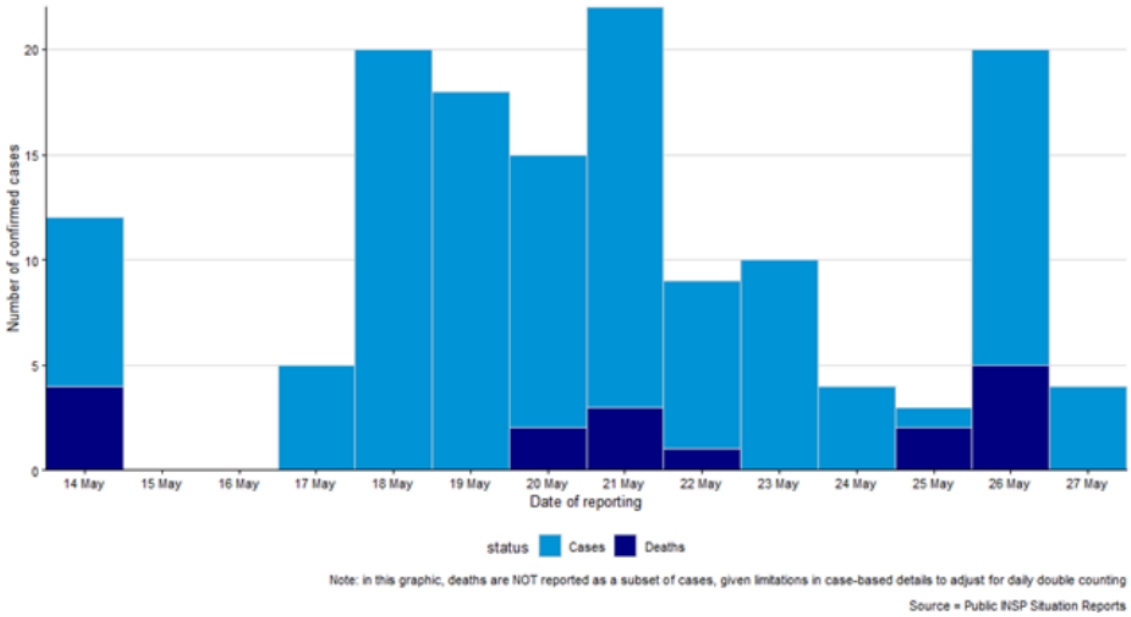
El brote sigue concentrado en la provincia de Ituri, que representa el 88 % (110 casos) de los casos confirmados. El mayor número de casos confirmados en esta provincia se registra en las zonas de salud de: Bunia: 37 casos, Rwampara: 33 casos, Mongbwalu: 20 casos, Nyankunde: 10 casos. De los 17 fallecimientos entre los casos confirmados en la República Democrática del Congo: 10 correspondieron a hombres (nueve mayores de 15 años y uno menor de 15 años) y 7 correspondieron a mujeres (cinco mayores de 15 años y dos menores de 15 años).

Hasta el 27 de mayo se habían recolectado 774 muestras. De ellas, 648 muestras (84 %) fueron analizadas, resultando 125 positivas, lo que representa una tasa de positividad (TPR) del 19,2 %. Es probable que esta cifra subestime la verdadera tasa de positividad, ya que más de 100 muestras continúan pendientes de análisis y han sido enviadas a Kinshasa para estudios adicionales.

Hasta el 27 de mayo, se habían identificado y registrado 2635 contactos en las provincias de Ituri y Kivu del Norte.

Los incidentes de seguridad contra establecimientos de salud y la resistencia de algunas comunidades han surgido recientemente como importantes desafíos operativos en la provincia de Ituri, con tres incidentes recientes reportados en las zonas de salud de Mongbwalu y Rwampara. Estas situaciones generan riesgos adicionales de transmisión no detectada, dificultan las actividades de respuesta al brote y refuerzan la necesidad de fortalecer las acciones de protección comunitaria y participación de la población.

Figura 2. Número de casos confirmados (n = 125) y fallecimientos (n = 17) por fecha de notificación en la República Democrática del Congo, al 27 de mayo de 2026.



Fuente: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON605

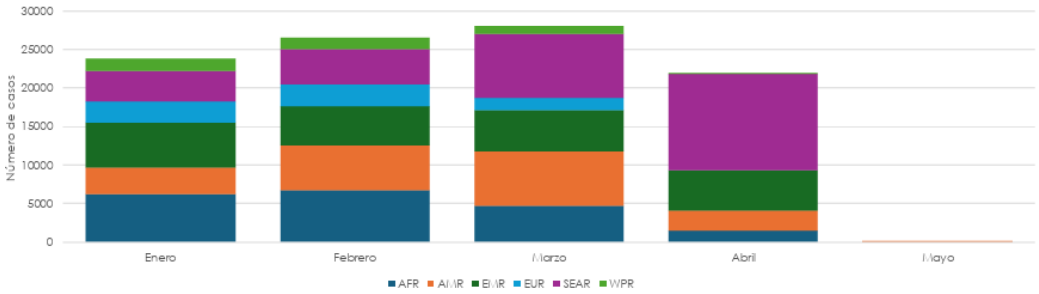
VIII.3. Alerta Epidemiológica Sarampión en la Región de las Américas

Recibido a través del CNE el 29/05/2026

Resumen a nivel global

De acuerdo con los datos mensuales de la vigilancia de sarampión y rubéola, publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde el 1 de enero hasta el 13 de mayo del 2026 se notificaron 184.489 casos de sarampión, en 155 Estados Miembros de las seis regiones de la OMS, de los cuales 100.239 (54,3%) fueron confirmados1. El 29% de los casos se registró en la Región de la OMS de Asia Sudoriental, seguido por la Región de la OMS del Mediterráneo Oriental con el 21% de los casos y las Regiones de la OMS de África y las Américas con el 19% de los casos cada una (Figura 1) (1).

Figura 1. Distribución de casos de sarampión por mes y región de la OMS, 2026.



Regiones de la OMS: AFR: Región de África; AMR: Región de las Américas; EMR: Región del Mediterráneo Oriental; EUR: Región de Europa, SEAR: Región de Asia Sudoriental; WPR: Región del Pacífico Occidental. Ginebra:

Fuente: Adaptado de Organización Mundial de la Salud. Immunization data- Provisional measles and rubella data. OMS; 2026 [consultado el 22 de mayo del 2026]. Disponible en: https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=

Resumen de la situación en la Región de las Américas

En 2026, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 20, en la Región de las Américas, fueron confirmados 20.521casos de sarampión, incluyendo 25 defunciones. Los casos fueron notificados por 16 países y un territorio: Argentina (n= 1 caso), Belice (n= 9 casos), Bolivia (Estado Plurinacional de) (n= 70 casos), Bonaire (n= 1 caso), Brasil (n= 3 casos), Canadá (n= 1.018 casos), Chile (n= 1 caso), Colombia (n= 1 caso), Costa Rica (n= 5 casos), El Salvador (n= 18 casos), los Estados Unidos de América (n= 1.952 casos), Guatemala (n= 6.209 casos, incluyendo 12 defunciones), Honduras (n= 1 caso), México (n= 10.920 casos, incluidas 13 defunciones), Panamá (n= 3 casos), Perú (n= 301 casos) y Uruguay (n= 2 casos) (Tabla 1). Este total representa un aumento de cuatro veces en contraste con los 5.123 casos de sarampión notificados en el 2025 para el mismo periodo. En comparación con el registro histórico de sarampión en la Región, el número de casos confirmados de sarampión en los años 2025 y 2026 son los más altos desde el 2019, siendo éste el año con mayor número de casos confirmados en los últimos 22 años (n= 23.269).

En 2025, en la Región de las Américas, fueron confirmados 15.152 casos de sarampión, incluyendo 29 defunciones, de las cuales 73% (n= 22) se han producido en población indígena. Los casos fueron notificados por Argentina (n= 36 casos), Belice (n= 44 casos), Bolivia (n= 598 casos), Brasil (n= 38 casos), Canadá (n= 5.461 casos2, incluyendo dos defunciones), Chile (n= 1 casos), Costa Rica (n= 1 caso), El Salvador (n= 1 caso), los Estados Unidos de América (n= 2.288 casos, incluyendo tres defunciones), Guatemala (n= 9 casos), México (n= 6.608 casos,

incluyendo 24 defunciones), Paraguay (n= 49 casos), Perú (n= 5 casos) y Uruguay (n= 13 casos) (Tabla 1) (Figura 3).

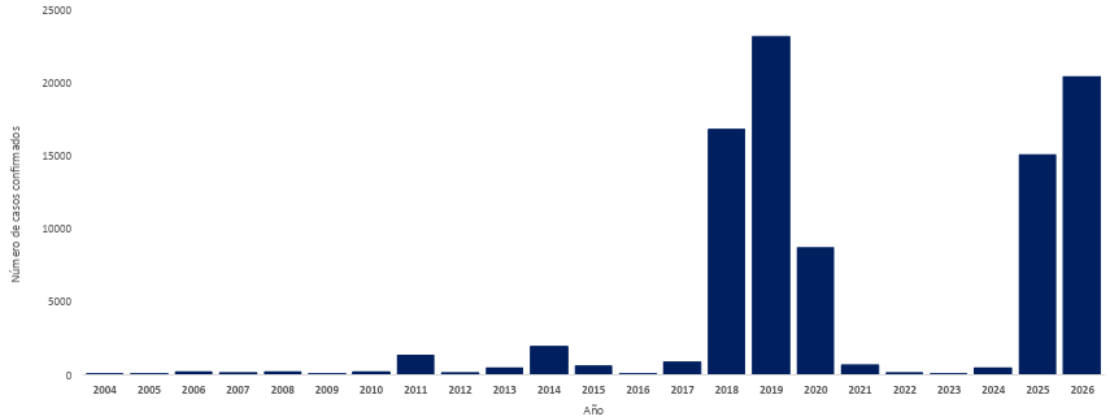
Tabla 1. Número de casos de sarampión por países y territorios de la Región de las Américas 2025 y 2026 (hasta SE 20 del 2026).

País	Número de casos 2025	Número de casos 2026 hasta SE20	Última fecha de inicio de exantema (SE)
Argentina	36	1	SE 6 del 2026
Belice	44	9	SE 17 del 2026
Bolivia (Estado Plurinacional de)	598	70	SE 20 del 2026
Bonaire	0	1	SE 5 del 2026
Brasil	38	3	SE 13 del 2026
Canadá	5.461	1.018	SE 18 del 2026
Chile	1	1	SE 4 del 2026
Colombia	0	7	SE 15 del 2026
Costa Rica	1	5	SE 14 del 2026
El Salvador	1	18	SE 19 del 2026
Estados Unidos de América (los)	2.288	1.952	SE 20 del 2026
Guatemala	9	6.209	SE 19 del 2026
Honduras	0	1	SE 20 del 2026
México	6.608	10.920	SE 19 del 2026
Panamá	0	3	SE 19 del 2026
Paraguay	49	0	SE 39 del 2026
Perú	5	301	SE 20 del 2026
Uruguay	13	2	SE 20 del 2026
Total	**15.152**	**20.521**	

En Canadá, los casos de sarampión incluyen casos confirmados y probables. **Definición caso probable: Enfermedad clínica (en ausencia de pruebas de laboratorio adecuadas, así como de un vínculo epidemiológico con un caso confirmado mediante pruebas de laboratorio) y una de las siguientes condiciones: -En una persona que tenga un vínculo epidemiológico con una zona geográfica o comunidad en la que se sabe que hay actividad del sarampión. -En una persona con un vínculo epidemiológico con un caso confirmado clínicamente (no confirmado mediante pruebas de laboratorio) (10). La definición de caso probable se alinea con la definición de clínicamente compatible de la OPS.*

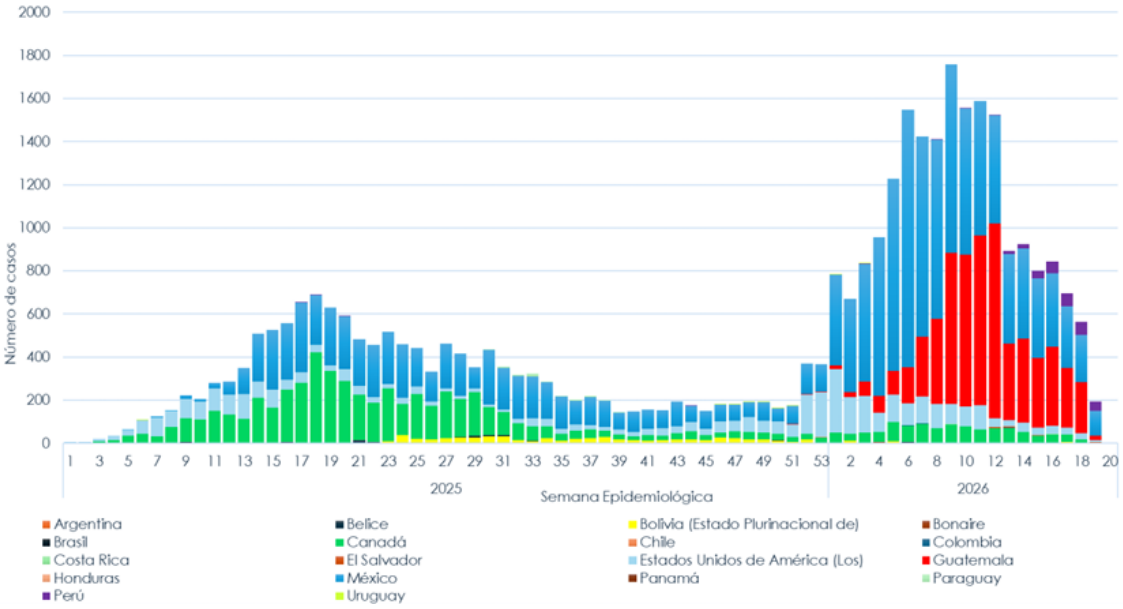
Fuente: Adaptado de datos aportados por los respectivos países.

Figura 2. Casos confirmados de sarampión por año en la Región de las Américas, 2004- 2026.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Number of Vaccine Preventable Disease (VPD) cases in the Americas y Boletín Semanal de Sarampión/Rubéola.

Figura 3. Casos confirmados* de sarampión por semana epidemiológica de inicio de exantema y país territorio en la Región de las Américas, 2025–2026 (hasta la SE 20 del 2026).

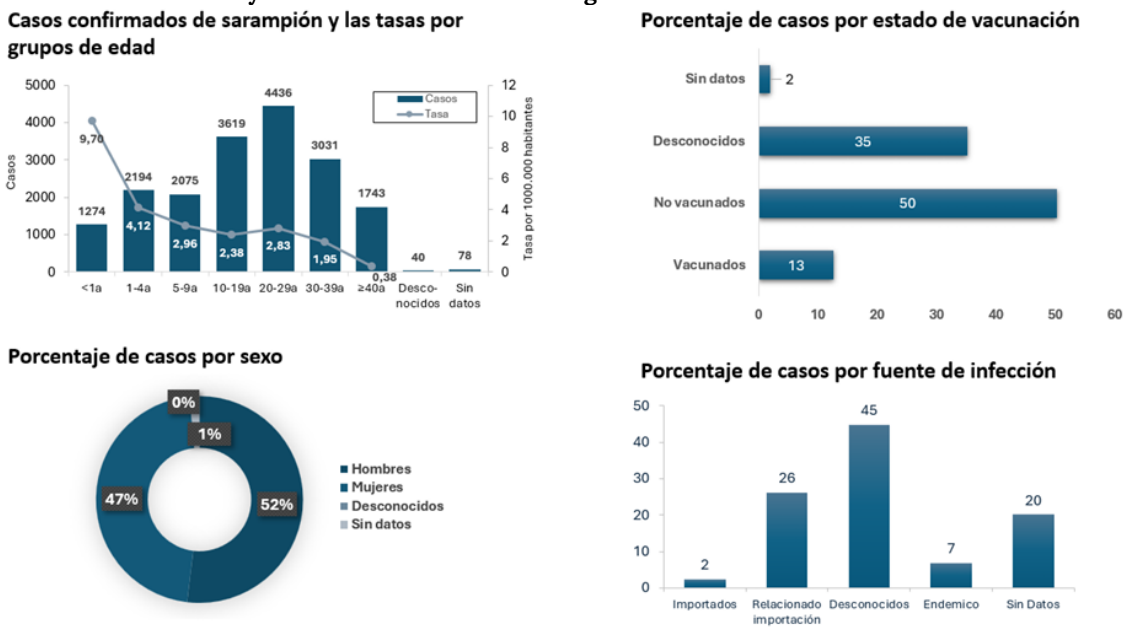


Nota: Incluye casos confirmados y probables para Canadá.
Fuente: Adaptado de datos aportados por los respectivos países.

De acuerdo con la información disponible en el Almacén de datos sobre inmunización e informes de vigilancia de los países enviados a la OPS, entre los casos confirmados en 2026 con datos disponibles (n= 18.490), el grupo de 20-29 años concentra la mayor proporción de casos (24%), seguido por el grupo de 10-19 años (20%) y el de 30-39 años (16%). No obstante, la tasa de incidencia presenta una relación inversa con la edad, siendo más elevada en menores de un año (9,7 casos por 100,000 habitantes), seguida por el grupo de 1 a 4 años (4,1 casos por 100,000 habitantes) y el de 5 a 9 años (3,0 casos por 100,000 habitantes). Las tasas se mantienen por encima de un caso por 100,000 habitantes hasta el grupo de 30 a 39 años (Figura 4). Con relación al antecedente de vacunación, el 45% de los casos no estaban vacunados y en el 45% la información era desconocida o no estaba disponible. Según la clasificación por fuente de infección, el 6% de los casos fueron endémicos, el 23% asociados a importación, el 36% de fuente de infección desconocida y el 2% se clasificaron como casos importados (Figura 4).

De los casos confirmados durante el 2026, se han reportado a MeaNS (Measles Nucleotide Surveillance database) 560 secuencias genéticas de la región N-450 del virus de sarampión, el 97.2% (n= 554) correspondieron al genotipo D8 y el 2.8% (n= 16) al genotipo B3. Entre las detecciones del genotipo D8, len el 90.4% (n= 501), se identificó como la secuencia distinta (DSId) 9171.

Figura 4. Distribución porcentual de los casos confirmados de sarampión por grupo de edad, sexo, estado de vacunación y fuente de infección en la Región de las Américas hasta la SE 20 del 2026.



Fuente: Adaptado de Organización Panamericana de la Salud. Almacén de datos sobre inmunización e informes de vigilancia de los países enviados a la OPS Inmunización Integral. Washington, D.C.: OPS; 2026 [consultado el 27 de mayo del 2026]. Inédito.

Situación epidemiológica de sarampión por país en la Región de las Américas

A continuación, se presenta un resumen de la situación epidemiológica de sarampión en los países y un territorio de la Región, en orden alfabético, que han notificado casos confirmados en las Américas en 2026.

En **Argentina**, en el 2026, en la SE 6 se notificó un caso importado de sarampión, el caso correspondió a un adulto de 29 años, residente en la Ciudad de Buenos Aires, con antecedente de viaje a Filipinas y antecedente de contacto con un caso de sarampión en un vuelo internacional. El caso presentó inicio de síntomas y exantema el 9 de febrero, consulto a los servicios de salud el 10 de febrero y se le tomaron las muestras para diagnóstico. El Laboratorio Nacional de Referencia detectó el virus de sarampión en la muestra de orina por técnica de rt-PCR, de acuerdo con los estudios moleculares se identificó el genotipo D8. El caso contaba antecedente de vacunación con triple viral para sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) documentada en la infancia. No se detectaron casos secundarios relacionados con esta importación. Durante 2025, la cobertura de vacunación con SRP a nivel nacional alcanzó un 82,1% para la primera dosis y un 46,4% para la segunda dosis.

En **Belice**, en 2026 hasta la SE 20, se han confirmado un total de nueve casos de sarampión. Los casos confirmados se identificaron en los distritos de Toledo (n= 8casos) y Cayo (n= 1 caso) y fueron confirmados mediante pruebas de laboratorio RT-PCR, las muestras fueron procesadas en el laboratorio de referencia de la Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA). Del total de casos confirmados, seis fueron importados, dos relacionados con la importación y uno con fuente de exposición bajo investigación. Los casos importados

reportaron antecedente de viaje o permanencia en Guatemala previo al inicio de síntomas (3). Los casos se distribuyeron en un rango de edad de 8 meses a 54 años. En cuanto al antecedente de vacunación contra sarampión, la totalidad de los casos no estaban vacunados o tenían un historial de vacunación desconocido al momento del diagnóstico.

En **Bolivia**, entre la SE 1 y la SE 20 del 2026, se confirmaron 70 casos de sarampión. Los casos confirmados fueron notificados en los departamentos de Beni (n= 8 casos), Cochabamba (n= 7 casos), Chuquisaca (n= 2 casos), La Paz (n= 1 casos), Santa Cruz (n= 49 casos) y Tarija (n= 3 casos). Los casos se distribuyen en un rango de edad de 0 meses a 65 años; el 29% (n= 20 casos) corresponde a niños menores de 1 año, el 20% (n= 14 casos) a personas de entre 1 y 4 años, el 19% (n= 14 casos) de personas entre 5 y 9 años, 10% (n= 7 casos) que incluye a personas de 10 a 14 años; 6% (n= 4 casos) entre 15 y 19 años y el 14% (n= 11 casos) a adultos de 20 años o más. La tasa de incidencia por grupo etario muestra que el grupo más afectado es el de menores de 1 año (58 casos por 100.000 habitantes), seguido por el grupo de 1 a 4 años (19 casos por 100.000 habitantes). En relación con el estado de vacunación, el 82% del total de casos confirmados no contaban con antecedente documentado de vacunación contra sarampión. De acuerdo con la genotipificación realizada a las muestras procedentes de 20 casos confirmados se ha identificado el genotipo B3 y D8. Durante todo el brote (2025-2026) 33 casos requirieron hospitalización. Durante 2025, la cobertura de vacunación con SRP a nivel nacional alcanzó un 84% para la primera dosis y un 75% para la segunda dosis.

En **Bonaire**, durante la SE 5 del 2026 se notificó un caso importado de sarampión, el caso se notificó en Kralendijk y se trataba de un marinero de un buque de carga que llegó a Bonaire el 1 de febrero de 2026 y pasó por Aruba entre el 28 y el 29 de enero de 2026, tras partir de un país del sudeste asiático. El caso inició exantema el 30 de enero del 2026 y fue confirmado por RT-PCR el 2 de febrero del 2026 por el Laboratorio Fundashon Mariadal Laboratory en Kralendijk, Bonaire. No se reportaron casos secundarios. Durante 2024, el último año del que se dispone de datos, la cobertura de vacunación contra el sarampión en Bonaire alcanzó el 86,5 % entre los niños de 2 años para la primera dosis y el 42,5 % entre los niños de 10 años para la segunda dosis.

En **Brasil**, entre la SE 1 y la SE 20 del 2026, se han confirmado tres casos de sarampión: dos casos importados en el estado de São Paulo y un caso de origen desconocido en el estado de Río de Janeiro. Los casos corresponden a una niña de 6 meses, residente en São Paulo, con antecedentes de viaje a Bolivia; una joven de 22 años residente en Río de Janeiro, sin antecedente de viajes internacionales, y un hombre de 42 años, residente de Guatemala, quien viajó a Sao Paulo, donde fue diagnosticado para sarampión. Durante 2025, la cobertura de vacunación con SRP a nivel nacional alcanzó un 92,8% para la primera dosis y un 77,2% para la segunda dosis.

En **Canadá**, entre la SE 1 y la SE 18 del 2026, se notificaron 1.018 casos de sarampión (941 confirmados y 77 probables), en siete provincias: Alberta (n= 302 casos), British Columbia (n= 30 casos), Manitoba (n= 630 casos), Nova Scotia (n= 10 casos), Ontario (n= 24 casos), Quebec (n= 17casos) y Saskatchewan (n= 5 casos). En 2026 el número de casos semanales alcanzó un máximo de 90 casos en la SE 5 del 2026, mostrando una disminución paulatina desde entonces. De los 1.018 casos notificados en 2026, el 97% (n= 987 casos) se expuso en Canadá, el 2% (n= 23 casos) correspondió a casos importados y menos del 1% (n= 8 casos) tuvo una fuente de exposición desconocida o en investigación. El 41% de los casos correspondió a personas entre 5 y 17 años, seguido del 37% en personas de 18 años o más y el 14% en niños de entre 1 y 4 años. En cuanto al historial de vacunación, el 87% no estaba vacunado, el 5% había recibido una dosis de una vacuna que contiene sarampión, el 5% había recibido dos o más dosis de una vacuna que contiene sarampión y el 4% tenía un estado de vacunación

desconocido. El 6% de los casos fue hospitalizado (n= 65 casos), y se han notificado cuatro casos confirmados de sarampión congénito. Entre los casos confirmados con información de genotipificación disponible, se identificó el genotipo D8 en 457 casos y el genotipo B3 en 10 casos.

Desde el 2024, un total de 5.873 casos confirmados y 484 casos probables han sido vinculados a un brote multijurisdiccional en Canadá, el cual continúa activo. La mayoría de los casos asociados al brote no estaban vacunados o tenían un historial de vacunación desconocido (93%) y residían en comunidades interconectadas con bajas coberturas de vacunación.

En **Chile**, en la SE 5 del 2026, se notificó un caso confirmado importado de sarampión identificado en la Región de Atacama. Se trata de un lactante de 11 meses, de sexo masculino, que ingresó al país el 21 de enero del 2026 procedente de México. El caso no contaba con registros de vacunación programática por edad ni vacunación para viajero. El caso inició exantema el 28 de enero del 2026 y fue confirmado por serología y RTPCR el 5 de febrero del 2026 por el Instituto de Salud Pública de Chile. No se han registrado casos secundarios relacionados con este caso. Durante 2025, la cobertura de vacunación con SRP a nivel nacional alcanzó un 94,8 % para la primera dosis y un 78,2 % para la segunda dosis.

En **Colombia**, entre la SE 1 y la SE 19 del 2026, se han confirmado siete casos de sarampión, en el país. Del total de casos, cinco corresponden a casos importados y dos con fuente de infección bajo investigación. Los casos confirmados fueron notificados en Bogotá D.C. (n= 4 casos), en los departamentos de Antioquia (n= 1 caso) y Santander (n= 1 caso) y en el distrito de Cartagena (n= 1 caso). Cuatro de los casos tenían antecedente de viaje a México y uno a los Estados Unidos. Los casos se distribuyen entre los 18 y 35 años. En cuanto al antecedente de vacunación de los casos, cuatro tenían antecedente de vacunación desconocido y tres cuentan con antecedente de vacunación contra el sarampión. En relación con la genotipificación, de acuerdo con el análisis realizado a las muestras de cuatro de los casos el genotipo identificado corresponde al D8. Durante 2025, la cobertura de vacunación con SRP a nivel nacional alcanzó un 91% para la primera dosis y un 86% para la segunda dosis.

En **Costa Rica**, entre la SE 1 y la SE 20 del 2026, se han confirmado cinco casos de sarampión, en el país. Del total de casos, tres corresponden a casos importados y dos relacionados con la importación. Los casos confirmados fueron notificados en las provincias de San José (n= 3 casos), Limón (n= 1 caso) y Guanacaste (n= 1 caso) (13). Uno de los casos tenía antecedente de viaje a Guatemala, dos tenían antecedente de viaje a México y dos tenían antecedente de participación en un evento masivo con participación de personas procedentes de países con brotes activos de sarampión. Los casos se distribuyen entre los 4 y 41 años. En cuanto al antecedente de vacunación de los casos, dos tenían antecedente de vacunación desconocido, uno no tiene antecedente de vacunación y dos registran antecedente de vacunación con dos dosis contra el sarampión. En relación con la genotipificación, de acuerdo con el análisis realizado a las muestras de los cinco casos el genotipo identificado corresponde al D8. Durante 2025, la cobertura de vacunación con SRP a nivel nacional alcanzó un 97,67% para la primera dosis y un 91,69% para la segunda dosis.

En **El Salvador**, entre la SE 1 y la SE 20 del 2026, se han confirmado 18 casos de sarampión, en el país. Todos los casos fueron importados. 13 de los casos tenían antecedente de viaje a Guatemala y uno antecedente de viaje a México. La mayoría de los casos se distribuyen entre los 20 y 40 años. En cuanto al historial de vacunación, el 44% no estaba vacunado, el 17% había recibido dos o más dosis de una vacuna que contiene sarampión y el 39% tenía un estado de vacunación desconocido. Durante 2025, la cobertura de vacunación con SRP a nivel nacional alcanzó más del 95% para la primera dosis y más del 95% para la segunda dosis.

En los **Estados Unidos**, entre la SE 1 y la SE 20 del 2026, se notificaron 1.952 casos confirmados de sarampión. De estos, 1.943 casos de sarampión fueron notificados por 40 jurisdiciones: Alaska (n= 1 caso), Arizona (n= 83 casos), California (n= 47 casos), Colorado (n= 22 casos), District of Columbia(n= 1 caso), Florida (n= 138 casos), Georgia (n= 5 casos), Idaho (n= 2 casos), Illinois (n= 4 casos), Kansas (n=1 caso), Kentucky (n= 4 casos), Louisiana (n= 1 caso), Maine (n= 5 casos), Maryland (n= 3 casos), Massachusetts (n= 2 casos), Michigan (n= 13 casos), Minnesota (n= 17 casos), Missouri (n= 1 caso), Montana (n= 5 casos), Nebraska (n= 1 caso), New Jersey (n= 1 caso), New Mexico (n= 16 casos), New York City (n= 5 casos), New York State (n= 5 casos), North Carolina (n= 22 casos), North Dakota (n= 38 casos), Ohio (n= 11 casos), Oklahoma (n= 1 caso), Oregon (n= 23 casos), Pennsylvania (n= 32 casos), Rhode Island (n= 1 caso), South Carolina (n= 669 casos), South Dakota (n= 8 casos), Texas (n= 182 casos), Utah (n= 482 casos), Vermont (n= 1 caso), Virginia (n= 43 casos), Washington (n= 44 casos), Wisconsin (n= 2 casos) y Wyoming (n= 1 caso). Se notificaron un total de nueve casos de sarampión entre visitantes internacionales a los Estados Unidos.

Del total de casos, el 93% (n= 1.815) estuvo asociado a brotes (definidos como tres o más casos), identificándose 29 brotes durante el 2026 (15). El 21% (n= 413) de los casos correspondió a niños menores de 5 años, el 51% (n= 990) a personas de entre 5 y 19 años, el 28% (n= 543) a personas mayores de 20 años, y menos del 1% (n= 6) a personas de edad desconocida. La tasa de incidencia por grupo etario muestra que el grupo más afectado fue el de niños de 1 a menos de 5 años (2,27 por 100.000 habitantes), seguido del grupo de menores de un año (1,99 casos por 100.000 habitantes).

En cuanto al antecedente de vacunación de los casos, el 92% no estaba vacunado o tenía un historial de vacunación desconocido, el 4% había recibido una sola dosis de la vacuna triple viral (SRP) y el 4% había recibido dos dosis. Entre los casos confirmados vacunados, el 9% correspondió a niños menores de 5 años, el 36% a personas de entre 5 y 19 años y el 55% a adultos mayores de 20 años. El 6% (n= 124) de los casos requirió hospitalización, 34% (n= 42 casos) de las hospitalizaciones correspondieron a niños menores de 5 años.

Durante el año 2026, de las 687 muestras positivas para rRT-PCR de casos confirmados de sarampión que han sido sometidas a genotipificación hasta la fecha, el 97 % (n= 667) correspondieron al genotipo D8 y el 3 % (n= 20) al genotipo B3. Entre las detecciones del genotipo D8, la mayoría, el 92 % (n= 614), se identificaron como la secuencia distintiva (DSId) 9171.

La cobertura de vacunación con la vacuna triple viral (SRP) en niños ha disminuido en los últimos años, pasando del 95,2% durante el año escolar 2019–2020 al 92,5% durante el año escolar 2024–2025.

En **Guatemala**, entre la SE 1 y la SE 19 del 2026, se notificaron 6.209 casos confirmados de sarampión, incluidas 12 defunciones. Los casos fueron notificados en los 22 departamentos del país. La mayoría de los casos confirmados fueron reportados en los departamentos de Guatemala (n= 2,936 casos, incluyendo cuatro defunciones), Quiche (n= 412 casos, incluyendo cuatro defunciones), Sololá (n= 355 casos, incluyendo dos defunciones), Totonicapán (n= 299 casos, incluyendo dos defunciones), Chimaltenango (n= 297 casos), y Huehuetenango (n= 288 casos).

Respecto al grupo de edad de los casos confirmados en el 2026 la distribución con mayor frecuencia se encuentra en el grupo de 20 a 29 años 35% (n= 2.157 casos), seguido del grupo de 0 a 4 años 24% (n= 1.476 casos con predominio de menores de 1 año en los que se han registrado 838 casos) y el de 10 a 19 años 11% (n= 1.040 casos). La tasa incidencia por grupo de edad muestra que el más afectado es el de 0 a 4 años en donde los menores de 1 año

registran 224 casos por 100.000 habitantes, seguido por el grupo de 20 a 29 años con 35-casos por 100.000 habitantes (16). En cuanto al antecedente de vacunación de los 6.209 casos confirmados, el 68,4% (n= 4.246) no estaban vacunados, 24,4% (n= 1.515) tenían un historial de vacunación desconocido (referencia verbal o desconocido) y el 4.37% (n= 271 casos) tienen dosis de SRP documentada. El 7,52% de los casos requirió hospitalización (n= 466 casos) y se han confirmado 12 defunciones relacionadas. De acuerdo con la genotipificación realizada en el Laboratorio Nacional de Salud a muestras de casos confirmados (n= 39), se ha identificado exclusivamente el genotipo D8. Con respecto a las 12 defunciones registradas por complicaciones de sarampión, el 75% de las defunciones corresponde a menores de un año. El país, para el 2025 alcanzó una cobertura vacunal de SRP del 91% a nivel nacional para la primera dosis y del 79% para la segunda dosis.

En **Honduras**, en la SE 20 del 2026, se confirmó un caso importado de sarampión, el cual fue notificado en el departamento de Ocotepeque. El caso corresponde a un hombre de 40 años quien ingresó al país procedente de Guatemala el 19 de mayo del 2026 y presentó exantema el 17 de mayo del 2026. El 21 de mayo del 2026, el caso fue confirmado por RTPCR, y pruebas serológicas para sarampión, el caso no registra antecedente de vacunación, a la fecha de esta publicación no se han registrado casos secundarios asociados. Durante 2025, la cobertura de vacunación con SRP a nivel nacional alcanzó un 86,7% para la primera dosis y un 84,4% para la segunda dosis.

En **México**, entre la SE 1 y la SE 19 del 2026, se han confirmado 10.920 casos de sarampión incluyendo 13 defunciones. Los casos fueron notificados en 31 entidades federativas del país, la mayoría de los casos confirmados fueron reportados en los estados de Jalisco (n= 6.162 casos, incluyendo tres defunciones), Ciudad de México (n= 943 casos, incluyendo dos defunciones), Chiapas (n= 809 casos), Sonora (n= 342 casos), Durango (n= 323 casos, incluyendo una defunción), México (n= 323 casos) y Sinaloa (n= 283 casos, incluyendo una defunción). Respecto a la distribución por grupo de edad los casos confirmados se distribuyen con mayor frecuencia en el grupo de 30 a 34 años 12,23 % (n= 1.336 casos), seguido del grupo de 5 a 9 años 11,62 % (n= 1.269 casos) y el de 25 a 29 años 11,59 % (n= 1.266 casos). En cuanto a la tasa de incidencia, el grupo de edad de menores de un año reportó la tasa más elevada con 44,67 casos por cada 100.000 habitantes, seguido del grupo de 1 a 4 años y 30 a 34 años, con tasas de 14,81 y 12,48 respectivamente. En cuanto al antecedente de vacunación de los casos confirmados, el 91,47 % (n= 9.989) no contaba con antecedente de vacunación, el 6,13 % (n= 669) tenía una dosis de SRP y el 2,40 % (n= 262 casos) contaba con dos o más dosis de SRP documentadas en la cartilla nacional de vacunación. Del total de los casos confirmados 1.247 requirieron hospitalización, de los cuales 547 son procedentes del estado de Jalisco. De acuerdo con la genotipificación realizada a las muestras procedentes de los casos confirmados (n= 42), se ha identificado el genotipo D8.

En 2026 y hasta la SE 19, se han confirmado 13 defunciones por complicaciones de sarampión, todas en personas sin antecedente de vacunación, con comorbilidades en algunos casos. Las defunciones se distribuyen entre Jalisco (n= 3), Zacatecas (n=3), Ciudad de México(n= 2), Michoacán (n= 1), Guerrero (n= 1), Durango (n= 1), Sinaloa (n= 1) y Tlaxcala (n= 1).

En **Panamá**, entre la SE 1 y la SE 20 del 2026, se han confirmado tres casos de sarampión: dos casos importados y uno derivado de importación. Todos los casos confirmados fueron notificados en la provincia de Panamá (n= 3 casos). Los casos importados de 18 y 21 años procedían de Nicaragua y Costa Rica. El tercer caso de 40 años tuvo exposición laboral prolongada con uno de los casos confirmados. Los dos casos importados no tenían antecedente de vacunación contra el sarampión, por otro lado, el caso derivado de importación tiene tres dosis documentadas preexposición y una pos-exposición (ocho días

posterior a exposición). En los tres casos se ha identificado el genotipo B3. Durante 2025, la cobertura de vacunación con SRP a nivel nacional alcanzó un 86,7% para la primera dosis y un 58,4% para la segunda dosis.

En **Perú**, entre la SE 1 y la SE 20 del 2026, se han confirmado 301 casos de sarampión en dos departamentos. Los casos se concentran en el departamento de Puno (n= 299 casos); otros casos se detectaron en el departamento de Lima (n= 2 casos, un caso importado y un caso de fuente desconocida) (21). En cuanto a la distribución de los casos por grupos de edad de edad el 37% corresponde al grupo de 10 a 19 años (n= 112 casos), seguido del grupo de 20 a 29 años con el30% (n= 91 casos) y el grupo de 5 a 9 años con el 15% (n= 44 casos). En cuanto a la tasa de incidencia, el grupo de edad de 10 a 19 años reportó la más elevada con 2,03 casos por cada 100.000 habitantes, seguido del grupo de 20 a 29 años y 0 a 4 años, con tasas de 1,73 y 1,38 respectivamente.

En cuanto al antecedente de vacunación de los casos confirmados, el 66% (n= 199 casos) no contaba con antecedente de vacunación, el 4% (n= 12 casos) tenía una dosis de SRP y el 25% (n= 76 casos) contaba con dos o más dosis de SRP. Del total de los casos confirmados 37 requirieron hospitalización. De acuerdo con la genotipificación realizada en 11 muestras de los casos confirmados se han identificado los genotipos D8 y el genotipo B3. En Perú, en el 2025, se alcanzó una cobertura de vacunación para SRP de 90,5% a nivel nacional para primera dosis y 82,1% para segunda dosis.

En **Uruguay**, entre la SE 1 y la SE 20 del 2026, se han confirmado dos casos de sarampión importados, ambos en la capital del país, Montevideo. Los casos con edades de 48 y 51 años. En cuanto al antecedente de vacunación, uno de los casos no estaba vacunado y uno contaba con dos dosis de SRP. Los casos no requirieron hospitalización. Durante 2025, la cobertura de vacunación con SRP a nivel nacional alcanzó un 97,92% para la primera dosis y un 87,99% para la segunda dosis.

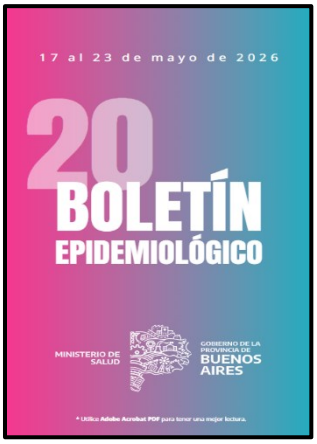
Fuente: *https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-sarampion-region-americas-29-mayo-2026*

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

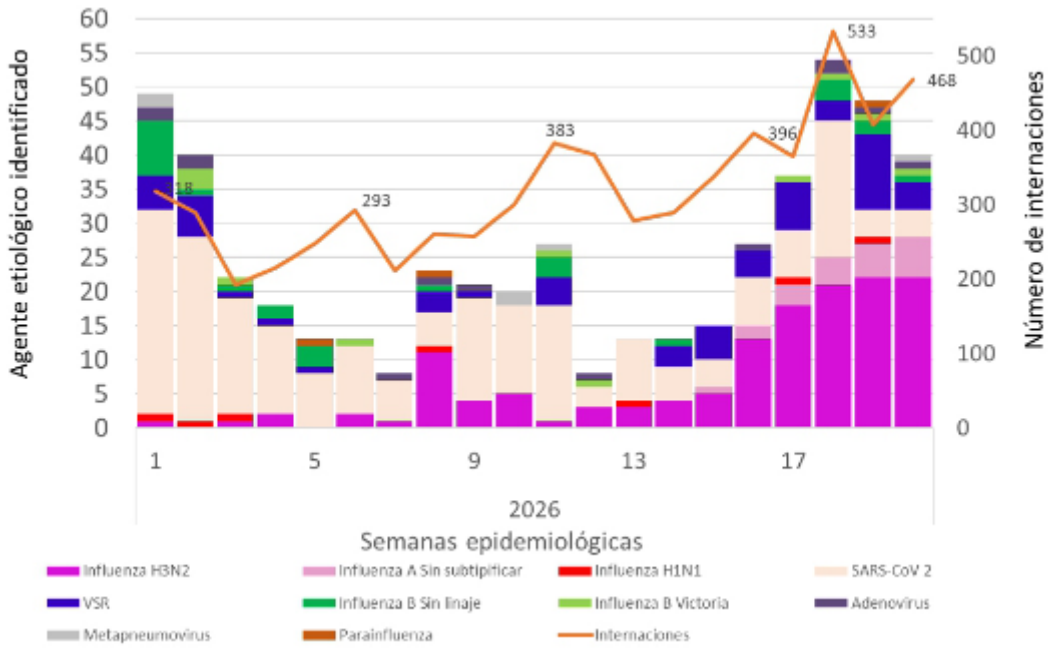
IX. Boletines Jurisdiccionales

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

En la PBA se registra desde SE 12/2026 una tendencia al aumento en las internaciones por IRA asociadas principalmente a la detección de Influenza A(H3N1 y sin subtipificar) aunque también a un nivel bajo pero estable de detecciones de VSR y SARSCoV 2.



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



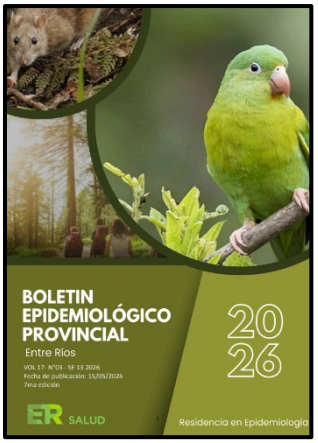
Fuente. SNVS 2.0. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes. Ministerio de Salud de la PBA.

Para más información:

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

IX.2. Entre Ríos: Varicela

La tasa de notificación acumulada provincial de varicela hasta la SE 13 del año 2026 presentó una disminución del 0,96%. El departamento de Tala presentó el mayor incremento relativo (646,2%), pasando de 1 a 9 casos notificados.



Casos y tasas de varicela por 10.000 habitantes según departamento. SE 01 a 13, años 2025 - 2026, Entre Ríos.

Varicela					
Departamento	2025		2026		Diferencia de tasas
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
Colón	12	1,42	3	0,39	-72,73
Concordia	16	0,80	29	1,42	77,49
Diamante	3	0,56	6	1,09	93,86
Federación	6	0,66	2	0,25	-62,57
Federal	7	2,42	10	3,29	36,10
Gualeguaychú	9	0,69	4	0,31	-55,20
La Paz	12	1,63	9	1,17	-28,55
Paraná	25	0,64	16	0,40	-37,69
Tala	1	0,37	9	2,79	646,18
Uruguay	8	0,68	13	1,09	60,91
Total	**99**	**0,68**	**101**	**0,69**	**0,96**

Fuente: SNVS 2.0. Notificación Clínico Agrupado.

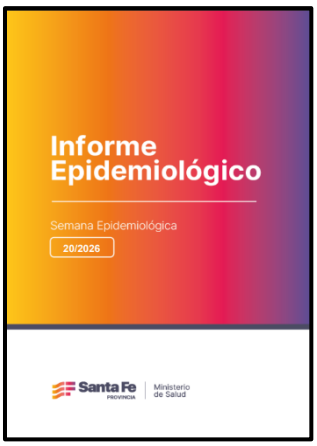
Tasa menor al año anterior | Incremento de 1 a 10% respecto al año anterior | Incremento > al 10% respecto al año anterior

Para más información:

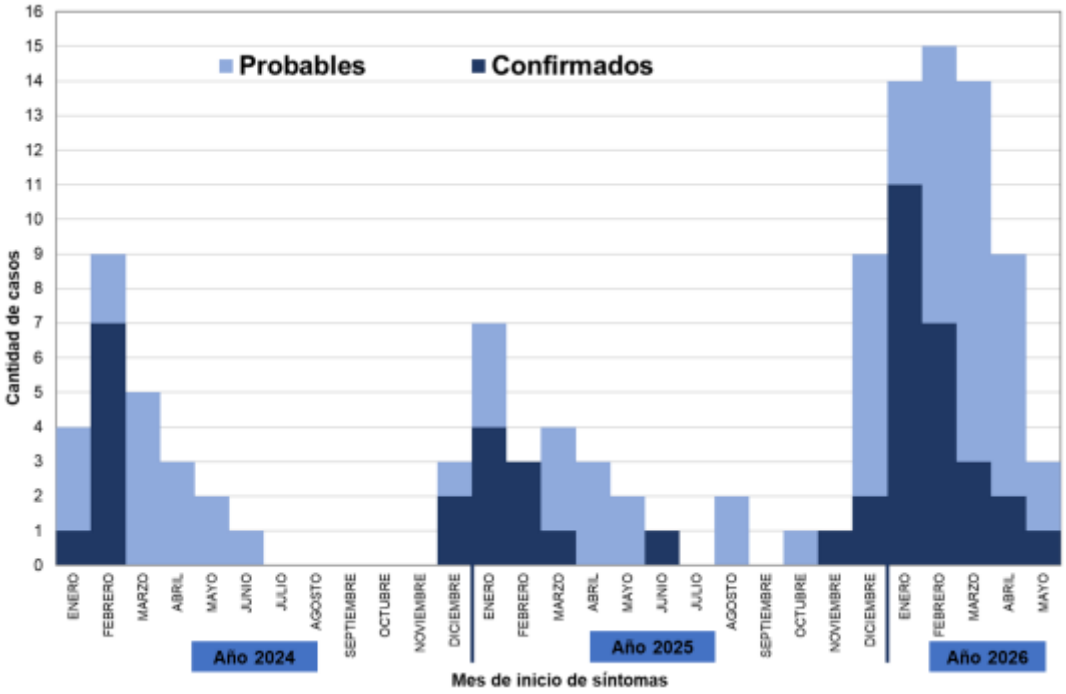
https://drive.google.com/drive/folders/1LO32396atuWd4VoYkzdIZIZPPoAK3h5U

IX.3. Santa Fe: Psitacosis

En lo que va del 2026 (SE1/2026 a SE20/2026) fueron notificados 102 casos de Psitacosis, de los cuales 55 casos (54%) corresponden a casos confirmados o probables.



Distribución de casos confirmados (n= 46) y probables (n= 69) de Psitacosis según mes de inicio de síntomas. Provincia de Santa Fe. Período 2024-2026 (hasta SE20/2026). N= 115



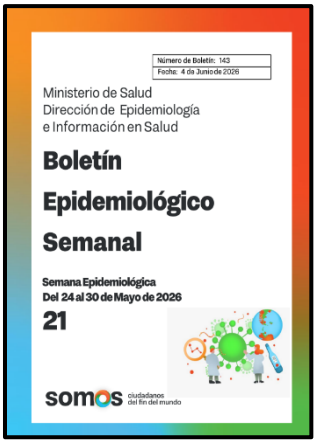
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

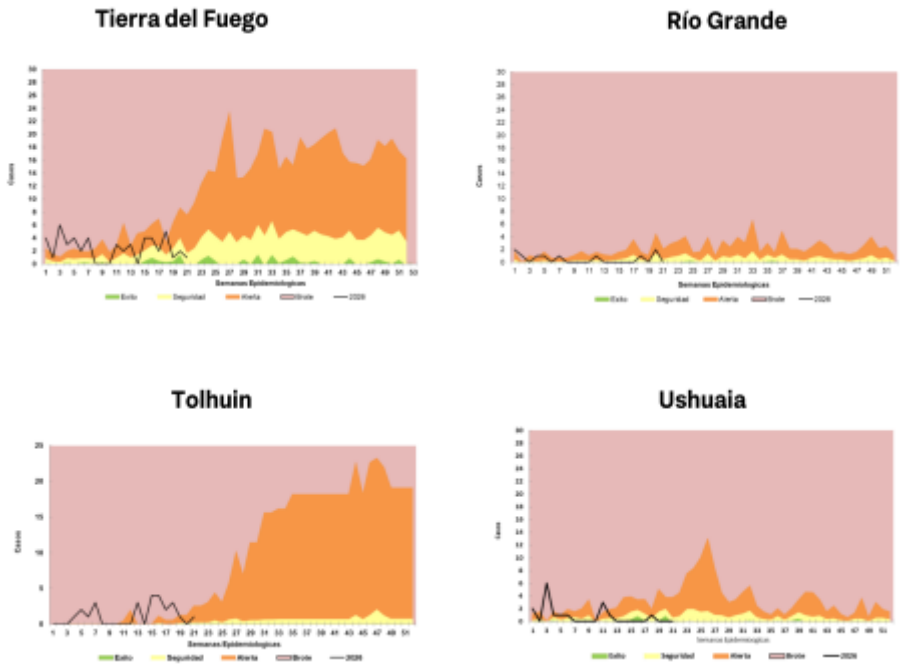
Para más información:

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

IX.4. Tierra del Fuego: Varicela

La incidencia de Varicela a nivel provincial se encuentra en zona de seguridad. En la semana 21 se notificó un caso en Tolhuin.





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:

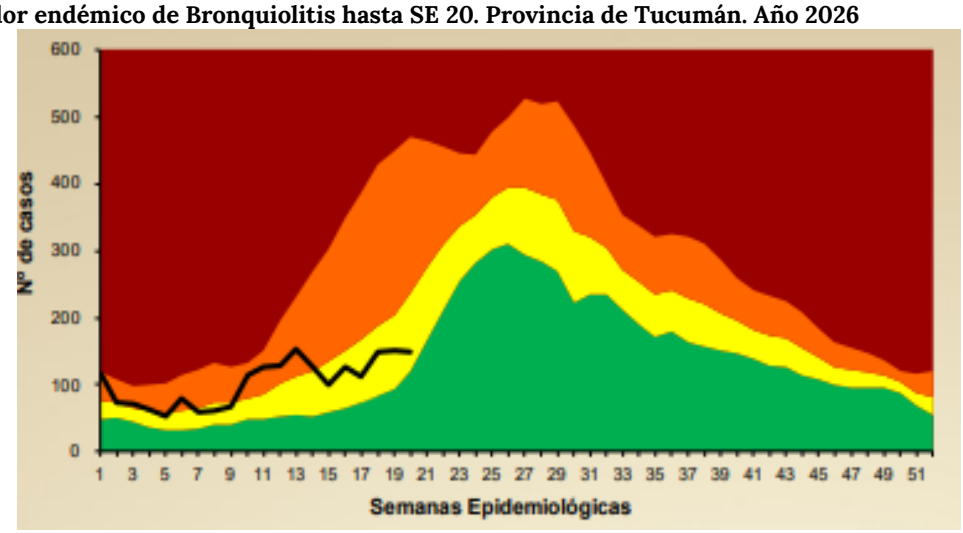
https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/

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 20 se notificaron 149 casos.



Corredor endémico de Bronquiolitis hasta SE 20. 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 **junio** del corriente año, en el marco de su adecuación al Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria.

En lo sucesivo, las futuras actualizaciones de las codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 se publicarán periódicamente, proporcionando una visión detallada y oportuna de las mejoras y ajustes continuos en el sistema.

Para consultar cambios que se hayan realizado en 2025 remitirse al siguiente documento: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/08/anuario_herramientas_2025.pdf

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	**Nombre del evento**	**Solapa**	**Sección**	**Cambio realizado**
Junio	Contacto asintomático - Estudio de infección por STEC	Laboratorio	Determinación / Técnica	Se adiciona la técnica: "PCR de Tamizaje" a la determinación: "Tamizaje de EIEC (E. coli enteroinvasiva)/Shigella - IpaH".
	Fiebre tifoidea y paratifoidea	Laboratorio	Determinaciones	Se adiciona: "Técnica: MALDI-TOF" para la determinación: "Confirmación Salmonella spp".
	Tuberculosis	Laboratorio	Resulados	Se adiciona: "1 a 9 BAAR por campo en 100 campos"
	Vigilancia Genomica de SARS COV 2	Laboratorio	Resulados	Se quita: "Omicron BA.2.86*", "Omicron JN.1.18 (VUM)", "Omicron JN.1.7 (VUM)", "Omicron KP.2 (VUM)", "Omicron KP.3 (VUM)", "Omicron LB.1 (VUM)", "Omicron LP.8.1 (VUM)", "Omicron XEC (VUM)". Se incorpora: "Omicron BA.3.2 (VUM)"

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