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



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **816**

Semana epidemiológica 26
AÑO 2026
Desde 28/06 al 04/07
Fecha de publicación
13/07/2026

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA

MINISTERIO DE SALUD
REPÚBLICA ARGENTINA

AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Dr. Javier Gerardo MILEI

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Mario Iván LUGONES

Secretario de Gestión Sanitaria

Dr. Saúl FLORES

Subsecretaria de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas en Salud

Dra. María Susana AZURMENDI

Directora de Epidemiología

Vet. Cecilia GONZALEZ LEBRERO

Sobre la autoría del boletín

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

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

Infecciones respiratorias
Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DICEI) y la Dirección Nacional de Enfermedades Transmisibles. Del ANLIS "Carlos G. Malbrán": el Servicio de Virosis Respiratorias, el Departamento de Epidemiología, ambos del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI) y laboratorio BSL4, Unidad Operativa Centro de Contención Biológica (UOCCB).

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

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

Agradecimientos

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

Imagen de tapa

El Instituto ANLIS Malbrán utiliza tecnologías de secuenciación genética para identificar virus respiratorios. 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°816, SE 26.

I. Editorial del BEN 811

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 González 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 destinadas al fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica. 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 infecciones respiratorias agudas, con información proveniente de la vigilancia clínica, centinela y de laboratorio, un análisis de los casos fallecidos con diagnóstico de influenza, datos de subtipificación y caracterización genómica del virus influenza y las recomendaciones vigentes para la prevención y el control, incluyendo vacunación antigripal y tratamiento antiviral. Asimismo, se presenta la actualización de dengue y otros arbovirus, con información sobre la situación regional, la estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada 2025-2026 y la situación de dengue, fiebre chikungunya y otros arbovirus en Argentina.

En la sección de actualizaciones periódicas se incluye un informe epidemiológico sobre mpox, que presenta la situación internacional y nacional del evento, recomendaciones para los equipos de salud, aspectos vinculados a la vigilancia epidemiológica y herramientas para la notificación, el diagnóstico y la respuesta ante casos sospechosos y sus contactos.

La edición se completa con los contenidos destacados de boletines jurisdiccionales, que incluyen actualizaciones sobre infecciones respiratorias agudas, chikungunya, psitacosis, varicela y bronquiolitis en menores de dos años. Asimismo, incorpora herramientas para la vigilancia, entre ellas las modificaciones en codificaciones auxiliares del SNVS 2.0, materiales para la implementación de salas de situación de salud y el curso de Vigilancia y Notificación de Dengue.

En conjunto, este BEN brinda información organizada y actualizada 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. Editorial del BEN 811 **5**
II. Sobre este BEN **6**

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

EVENTOS PRIORIZADOS **13**
IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas **14**
IV.1. Nota Metodológica 14
IV.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 14
IV.3. Síntesis de la información nacional destacada 14
IV.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados 15
IV.4.A. Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI 15
IV.4.B. Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave -IRAG 18
IV.5. Análisis de casos fallecidos con diagnóstico de Influenza. 21
IV.6. Subtipificación y caracterización genómica de Influenza en el Laboratorio Nacional de Referencia 23
IV.6.A. Secuenciacion genomica de influenza a(h3n2) 2025-2026 24
IV.6.B. caracaterización de casos de influenza recibidos en el lnr desde se1 a se 24/2026. 25
IV.7. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas 29
IV.7.A. Recomendaciones para equipos de salud 29
IV.8. Vigilancia epidemiológica 30
IV.9. Recomendaciones para la población 31
IV.10. Vacunación antigripal 32
IV.11. Tratamiento antiviral 32
V. Vigilancia de dengue y otros Arbovirus **34**
V.1. Situación regional 34
V.2. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026 35
V.2.A. Nota metodológica 35
V.3. Situación de dengue en Argentina 37
V.3.A. Temporada 2025/2026 37
V.3.B. Distribución espacial de los casos de dengue durante la temporada. 38
V.3.C. Casos Probables 38
V.3.D. Caracterización clínica de los casos de dengue 39
V.3.E. Consideraciones para la vigilancia por laboratorio 39
V.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina 40
V.4.A. Caracterización clínica de los casos de chikungunya. 44
V.5. Situación epidemiología de otros Arbovirus en Argentina 44
V.5.A. Encefalitis arbovirales 44
V.5.B. Otros arbovirus 46

ACTUALIZACIONES PERIÓDICAS **49**
VI. MPOX – Actualización Informe epidemiológico **50**
VI.1. Introducción 50
VI.2. Situación internacional 50

VI.2.A. Situación en África 51
VI.2.B. Situación en las Américas38F 51
VI.3. Situación en Argentina 52
VI.4. Recomendaciones para el equipo de salud 53
VI.5. Vigilancia Epidemiológica 54
VI.5.A. Definiciones y clasificaciones de caso 55
VI.5.B. Notificación 56
VI.6. Algoritmo de diagnóstico y notificación de mpox 57
VI.7. Medidas ante casos sospechosos 57
VI.8. Medidas ante contactos 58

ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES 60
VII. Introducción 61
VII.1. Sarampión - Situación epidemiológica regional 62
VII.1.A. Canadá 62
VII.1.B. Estados Unidos de América 62
VII.1.C. México3F 63
VII.1.D. perú3F 63
VII.2. Alerta Epidemiológica Dermatofilosis por Dermatophilus congolensis 65
VII.2.A. Resumen de la situación a nivel global 65
VII.2.B. Implicaciones de salud pública 65
VII.2.C. Resumen de la situación en la Región de las Américas 66
VII.3. Brote de hantavirus vinculado a un viaje en crucero, múltiples ubicaciones. 66
VII.4. Enfermedad por el virus del Ébola causada por el virus Bundibugyo, República Democrática del Congo y Uganda. 68

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES 73
VIII. Boletines Jurisdiccionales 74
VIII.1. Buenos Aires: Infecciones respiratorias agudas (IRA) 74
VIII.2. Salta: Chikungunya 75
VIII.3. Santa Fe: Psitacosis 76
VIII.4. Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años 77

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA 78
IX. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 79
X. Herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud. 9° Edición 80
XI. Curso Vigilancia y notificación de Dengue 81

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.

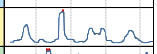
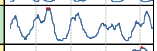
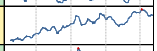
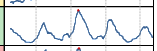
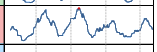
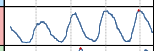
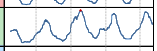
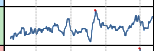
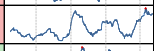
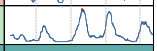
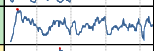
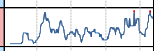
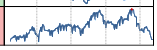
III.3. Utilidad para la vigilancia epidemiológica

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 26 de 2026.

Grupo	Evento	Mediana Acumulado 2022-2025	Acumulado 2026 SE26	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)	93	321	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	2	1	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	0	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Meningitis - Meningoencefalitis	379	409	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Poliomielitis - PAF <15 y otros sosp. de polio.	0	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Enf. trans. por vectores	Chagas agudo vectorial	0	2	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Enf. trans. por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	70	80	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	76	90	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	7111	10471	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	223	172	Por debajo de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	99	95	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo)	5	6	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Cisticercosis	4	4	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Escorpionismo o Alacranismo	3048	3760	En aumento	Por encima de lo esp.	
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	419	525	En aumento	Por debajo de lo esp.	
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chinÍ)	26	23	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	6	7	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Brucelosis	56	78	En aumento	Por debajo de lo esp.	
	Hantavirosis	33	51	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Leptospirosis	90	170	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Psitacosis	70	75	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
Grupo	**Evento**	**Mediana Acumulado 2022-2025**	**Acumulado 2026 SE26**	**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	20	17	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Sífilis Congénita	417	459	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Hepatitis B - Expuesto a la trans. vertical	0	1	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en embarazadas	754	596	Por debajo de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Sífilis en embarazadas	4119	5636	En aumento	Dentro de lo esp.	
	Hepatitis B en embarazadas	24	10	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Hepatitis virales	Hepatitis A	29	51	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Hepatitis B	285	334	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Hepatitis C	566	670	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Hepatitis E	2	9	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Infecc. de trans. sexual	Sífilis en población general	11190	25080	Por encima de lo esp.	En aumento	
Infecc. Resp. agudas	Legionelosis	14	14	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	706	681	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	9	12	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Plag. de uso agrícola	5	6	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Plag. de uso doméstico	18	31	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Intoxicación/Exposición a Plomo	5	3	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Monóxido de Carbono	621	928	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	3716	6387	Por encima de lo esp.	En aumento	
	Intento de Suicidio con resultado mortal	163	265	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	5090	6175	En aumento	Por encima de lo esp.	

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

EVENTOS **PRIORIZADOS**

IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

IV.1.Nota Metodológica

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

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

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

En la semana epidemiológica 22, la actividad de influenza en la Región de las Américas se mantiene estable. En América del Norte y el Caribe se observa una tendencia descendente, con niveles bajos de circulación. En contraste, en Brasil y el Cono Sur se registra un incremento sostenido de la actividad, con un aumento progresivo en el número de detecciones y un porcentaje de positividad del 13,9% en la SE22. Centroamérica mantiene una actividad moderada, con un porcentaje de positividad del 10%, mientras que la Región Andina continúa en descenso, con una positividad del 5,5%. A nivel regional, influenza A sigue siendo el virus predominante entre las muestras subtipificadas, con A(H3N2) como el subtipo dominante en el hemisferio sur. El VSR muestra una tendencia ascendente en la mayoría de las subregiones, con excepción de América del Norte. Por su parte, la circulación de SARS-CoV-2 se mantiene estable y en niveles bajos. En cuanto a las hospitalizaciones por IRAG y las consultas por ETI muestran una tendencia descendente en el hemisferio norte. En contraste, se mantienen elevadas en la Región Andina, Brasil y el Cono Sur, asociadas principalmente a la circulación de influenza y VSR.

IV.3. Síntesis de la información nacional destacada

En relación a la vigilancia de eventos clínicos, los casos de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) presentan un ascenso desde la SE 9, permaneciendo entre niveles de alerta y brote entre las SE9 y 22, con un descenso posterior. Los casos de neumonía se encuentran en aumento desde la SE8, permaneciendo en valores de alerta desde la SE15 hasta la SE22. Las bronquiolitis en menores de 2 años permanecen en niveles esperados, con tendencia ascendente desde SE15.

En la vigilancia centinela ambulatoria (Unidades de Monitoreo Ambulatorio de Virus Respiratorios - UMA), durante 2026 se observó a partir de la SE12 un incremento en el número de casos de influenza y en el porcentaje de positividad, con un mayor número en las SE22 y 24. En la SE26, se registró un 33,6% de positividad. En relación con SARS-CoV-2, en lo que va de 2026 los casos se mantienen en niveles bajos, luego del ascenso registrado durante 2025. Respecto del VSR, se registran detecciones de 22 casos positivos identificados en las últimas 4 semanas de 2026.

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

En relación con la vigilancia centinela de casos hospitalizados por infección respiratoria aguda grave (UC-IRAG), en las primeras 26 SE de 2026 se registraron 3.563 internaciones, con tendencia ascendente a partir de la SE11, en coincidencia temporal con el aumento de casos positivos de influenza A(H3N2). El mayor número de internaciones se observó en las SE23 y 26. En las últimas cuatro semanas analizadas se observó un predominio de detecciones de influenza, con 196 casos positivos entre los 699 casos de IRAG estudiados, seguida en frecuencia por VSR (n=89) y SARS-CoV-2 (n=3).

Con respecto a la vigilancia universal de virus respiratorios, 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 experimentan un ligero aumento desde la SE 13. 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. En la última semana analizada, SE24/2026, se registra circulación de virus respiratorios, principalmente Influenza, seguido de VSR, metapneumovirus, parainfluenza, adenovirus y SARS-CoV-2.

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 aumento progresivo a partir de la SE 13. En la presente semana no se registraron fallecimientos con diagnóstico de SARS-CoV-2. En lo que va del año, se notificaron 86 fallecimientos con diagnóstico de influenza.

IV.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados

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

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

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

Durante 2025, en los establecimientos UMA se detectaron 467 casos de **SARS-CoV-2** en 6.078 muestras analizadas mediante técnica molecular. A partir de la SE34 se observó un ligero incremento en el número de casos y en el porcentaje de positividad, alcanzando el valor máximo en la SE45 (26,4%). En lo que va de 2026, tras el incremento registrado durante 2025, las detecciones de este virus se mantienen en niveles bajos, con 2 casos positivos en la última semana analizada, entre las 110 muestras procesadas.

Con relación a **influenza**, durante 2025 se verificó un ascenso tanto de las detecciones como del porcentaje de positividad a partir de la SE11, principalmente a expensas de influenza A sin subtipificar y del subtipo A (H1N1). Estos indicadores alcanzaron sus valores más elevados entre las SE22 y SE25, seguidos de un descenso sostenido. Hacia el final del período se

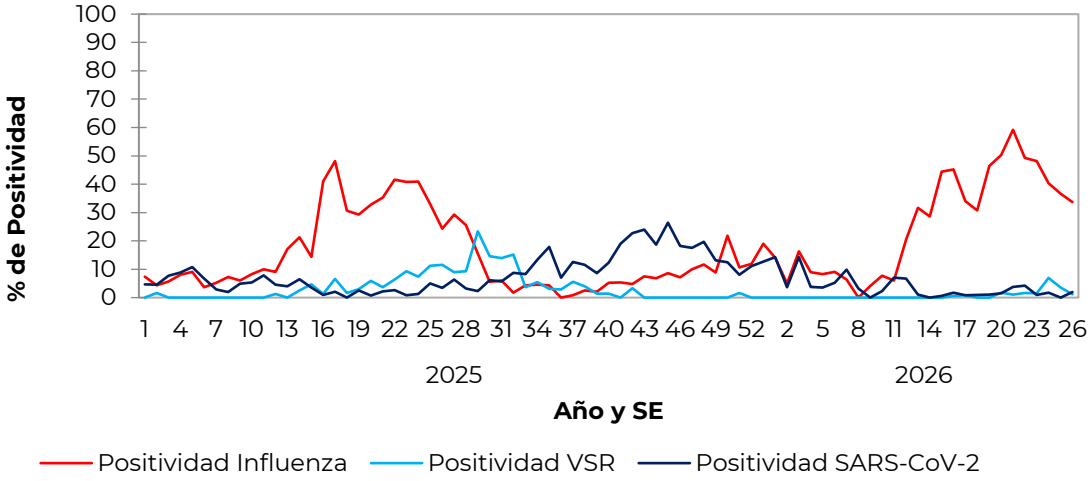
[2] Para más información, consultar Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control de Infecciones Respiratorias Agudas en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevencion_y_control_ira-2024.pdf

registró un leve incremento en las detecciones y en la positividad, con predominio de influenza B linaje Victoria y, en las últimas semanas del año, un mayor número de detecciones de influenza A, aunque con valores bajos.

En lo que va de 2026, se observó un incremento tanto en el número de casos como en el porcentaje de positividad en la vigilancia ambulatoria a partir de la SE12 hasta la SE22, a expensas de influenza A sin subtipificar y del subtipo A (H3N2). En las SE25 y 26 de 2026 se notificaron 115 casos de influenza entre las 323 muestras estudiadas en UMA. El porcentaje de positividad en la última semana analizada fue de 33,6%.

En cuanto al **VSR**, durante 2025 se registraron 195 muestras positivas entre las 4.165 muestras estudiadas, con un porcentaje de positividad acumulado de 4,68%. En la vigilancia UMA se observó un incremento en las detecciones y en el porcentaje de positividad, que alcanzó su valor máximo en la SE29, seguido de una tendencia descendente en las semanas posteriores. En 2026, las detecciones se registraron de manera aislada hasta la SE 20. Luego se presentaron casos todas las semanas en baja magnitud. En las 26 semanas de 2026 se registraron 31 casos positivos de VSR entre las 2.614 muestras estudiadas.

Gráfico 1. Porcentaje de positividad de muestras estudiadas por técnica molecular para SARS-CoV-2, influenza y VSR, por SE. Estrategia UMA. SE1/2025 a SE26/2026. Argentina.

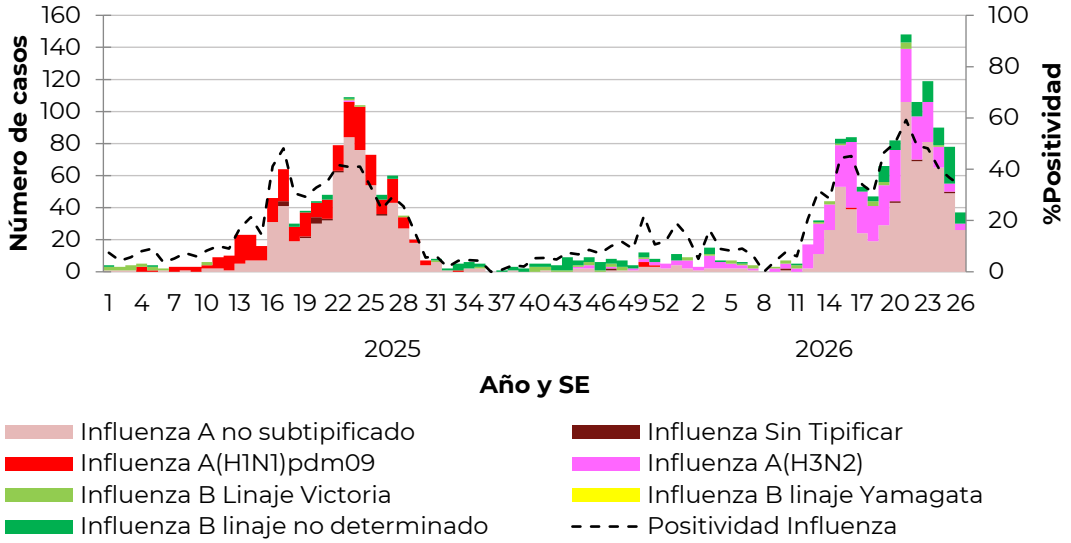


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

En relación con los casos registrados de influenza en ambulatorios, en el 2025 se detectaron predominantemente casos de influenza A, específicamente influenza A (H1N1), con menor número de casos de Influenza B, linaje Victoria, que predominó en las últimas semanas del año.

En las primeras 26 SE de 2026, se detectaron 1.152 casos de infuenza A. Entre estos, 361 casos con subtipificación corresponden a A(H3N2) y 1 corresponde a A(H1N1). En cuanto a influenza B, se detectaron 113 casos, dentro de los cuales se detectó linaje Victoria en 27 de ellos.

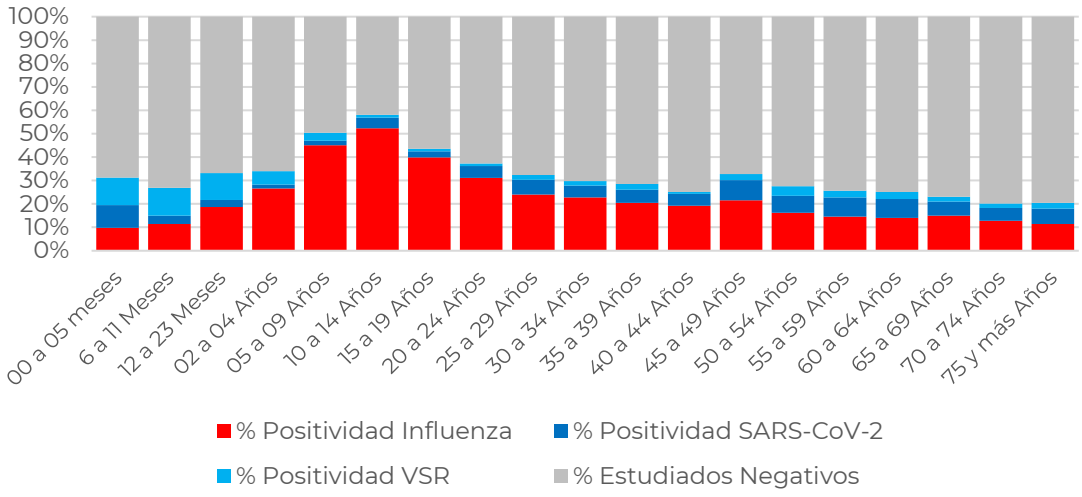
Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2025 a SE26/2026. Estrategia UMA. Argentina.



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

Con relación a la distribución por grupos de edad, si bien los casos de influenza acumulados desde inicio de 2025 en UMA corresponden a todos los grupos, los mayores porcentajes de positividad se observan en adolescentes y niños mayores de 5 años, seguidos de adultos jóvenes y niños de 2 a 4 años. En cuanto a SARS-CoV-2, la positividad fue mayor para niños menores de 6 meses seguido de adultos y adultos mayores. Con relación a los casos de VSR, los grupos de edad con mayor positividad corresponden a niños pequeños, particularmente menores de 6 meses y de 6 a 11 meses.

Gráfico 3. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados. SE1/2025 a SE26/2026. Estrategia UMA. Argentina[3].



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

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

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

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

Definiciones de caso Vigentes

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

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

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

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

En lactantes menores de 6 meses también considerar:

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

En las 26 primeras SE de 2026 se registraron de manera nominal un total 3.563 internaciones con diagnóstico de IRAG y 1.412 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida en la Red Argentina de UC-IRAG[9].

Durante 2025, las notificaciones de IRAG presentaron una tendencia ascendente a partir de la SE12, inicialmente vinculada a la circulación de influenza, y posteriormente al aumento de casos de VSR, con un máximo en la SE35. En 2026, los casos permanecieron estables hasta la SE10 y luego mostraron un comportamiento creciente en las semanas posteriores, en coincidencia temporal con una mayor detección de influenza A sin subtipificar y A(H3N2).

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

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

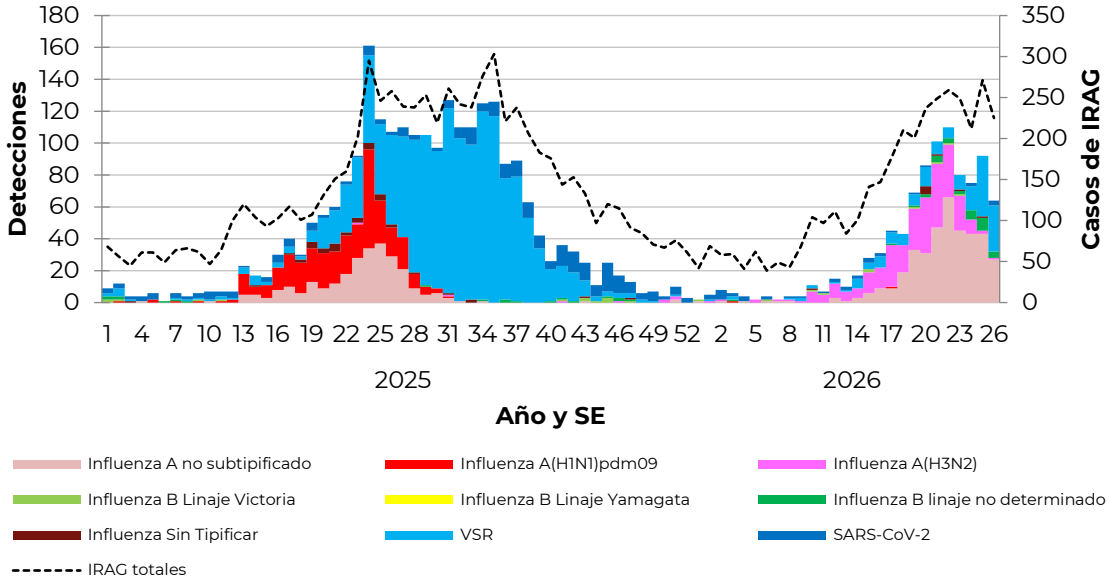
[6] Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplado en la definición de caso

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

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

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

Gráfico 4. Casos totales de IRAG y detecciones de Influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y VSR, y por SE. Estrategia UC IRAG. SE1/2025 a SE26/2026. Argentina



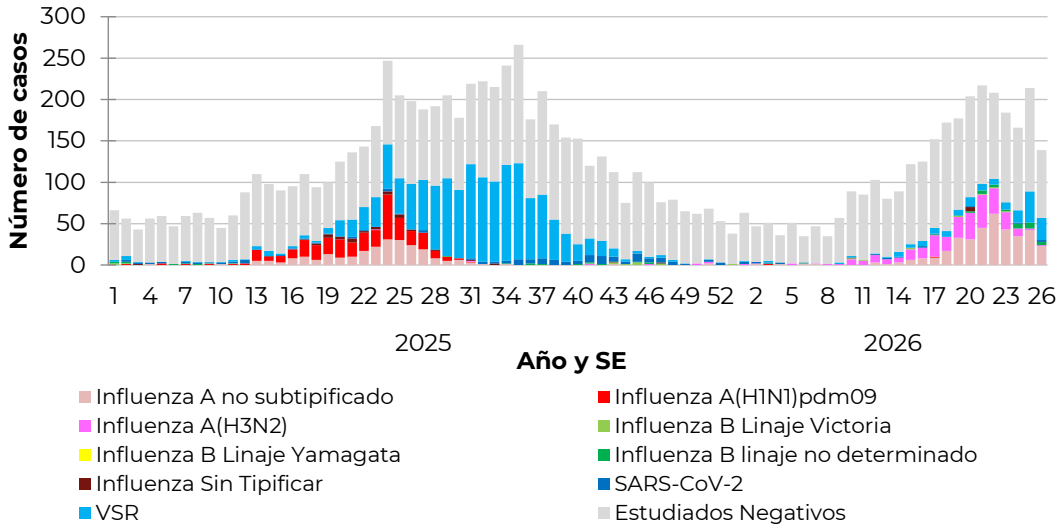
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0]

En relación con los casos de IRAG por **SARS-CoV-2,** durante 2025 las detecciones se mantuvieron en niveles bajos, con un ligero incremento a partir de la SE35, seguido de una disminución en las últimas semanas del período. En 2026, los casos continúan en niveles bajos.

Aun cuando se registraron IRAG con diagnóstico de **Influenza** durante todas las semanas de 2025, se observó un incremento en las detecciones a partir de la SE13, alcanzando valores más elevados entre las SE23 y SE27, seguido de un descenso posterior. Los casos correspondieron predominantemente a influenza A, con mayor detección de H1N1 y en menor medida H3N2. Además, se detectaron en menor número casos de influenza B/linaje Victoria. En las 26 semanas transcurridas de 2026, se detectaron 719 casos de influenza. Se tipificaron 669 casos de influenza A, y de éstos 279 cuentan con subtipificación: 277 correspondieron a A(H3N2) y 2 a A(H1N1). Con respecto a influenza B, se registraron 41 casos, de los cuales 9 corresponden a linaje Victoria, mientras que los restantes permanecen sin identificación de linaje.

En cuanto a los casos de IRAG con diagnóstico de VSR, durante 2025 se observó un incremento a partir de la SE20, con un máximo en la SE31. Posteriormente, las detecciones se mantuvieron elevadas durante varias semanas y comenzaron a descender desde la SE36, alcanzando niveles bajos hacia el final del año. En las 26 semanas transcurridas del año 2026, si bien los casos permanecen en niveles bajos, se registran 166 casos acumulados de IRAG con detección de VSR y un ligero aumento de casos positivos en las últimas semanas.

Gráfico 5. Casos de IRAG estudiados por técnica molecular para virus SARS-CoV-2, influenza y VSR según resultado, por SE. SE1/2025 a SE26/2026. Estrategia UC IRAG. Argentina [10].



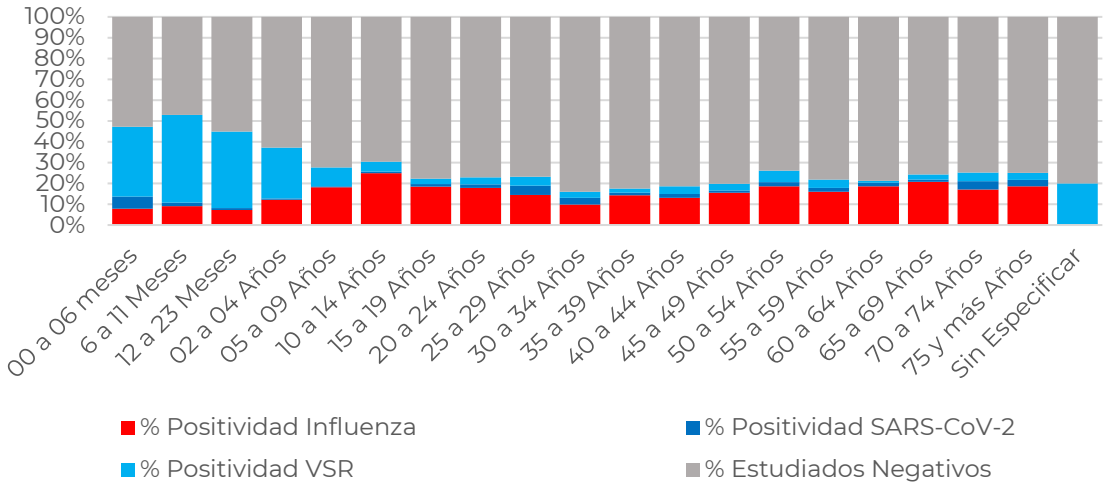
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0

En las últimas 4 semanas, entre 699 casos de IRAG estudiados por técnica molecular para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron: 3 codetecciones de influenza y VSR, 192 casos de influenza, 85 casos de VSR y 3 casos de SARS-CoV-2. Los restantes 415 casos resultaron negativos para los agentes etiológicos priorizados.

Con relación a la distribución por grupos de edad, entre los casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados por técnica molecular desde la SE1/2025, se registra la mayor positividad para influenza en mayores de 60 años, seguidos por el grupo de 50 a 54 años y de 10 a 14 años. Para SARS-CoV-2, el porcentaje de positividad fue más alto en menores de 6 meses. Con relación a las IRAG por VSR, los porcentajes de positividad más elevados se registran en menores de 1 año, particularmente entre 6 y 11 meses y en menores de 2 años.

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

Gráfico 6. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados, en casos de IRAG. SE1/2025 a SE26/2026. Estrategia UC IRAG. Argentina[11]



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

IV.5. Análisis de casos fallecidos con diagnóstico de Influenza.

La información de los casos fallecidos con diagnóstico de Influenza confirmado por laboratorio surge de las notificaciones nominales al SNVS 2.0 y se corresponde con la necesidad de caracterizar la población afectada incluyendo grupos de edad y factores de riesgo con la finalidad de contribuir con la evaluación de la estrategia de prevención por vacunas de la mortalidad por Influenza.

Este análisis y esta fuente no representa una estimación de la mortalidad real por Influenza y otros virus respiratorios en el país ni reemplaza los análisis basados en los registros estadísticos de definición, sino que pretende monitorear en tiempo real si las poblaciones afectadas pertenecen a grupos de riesgo aumentado y si se registran las defunciones en poblaciones blanco de la vacuna.

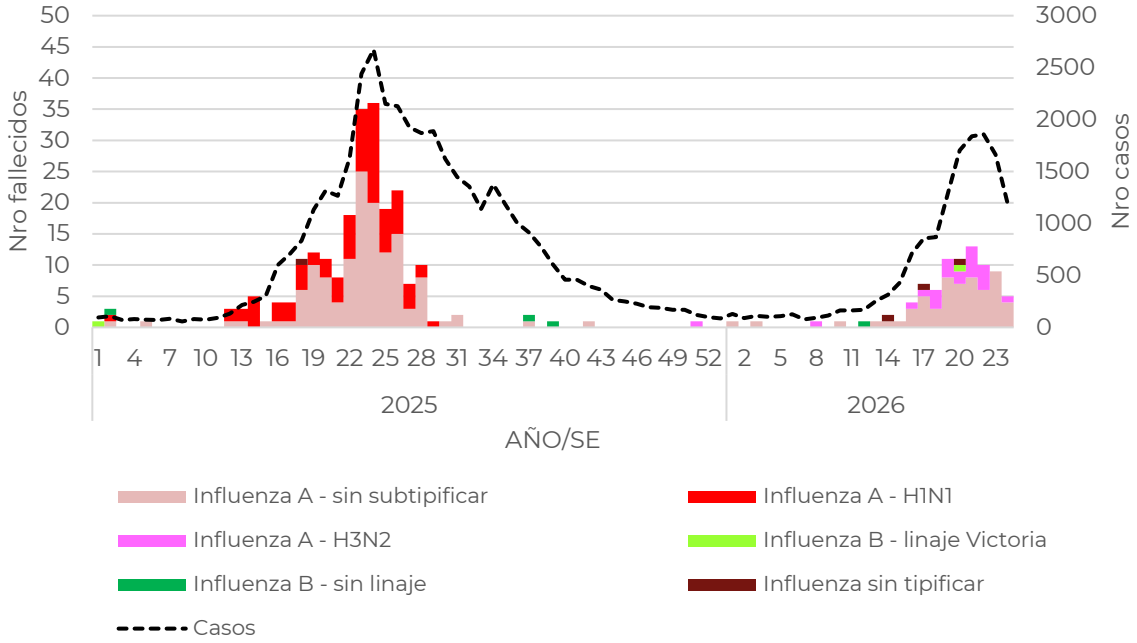
Entre las SE1 y hasta la SE25 de 2026 se notificaron 86 fallecimientos con diagnóstico de influenza. Los fallecimientos por influenza acompañaron el comportamiento estacional de la enfermedad, con un incremento a partir del ascenso de la circulación viral y una concentración en las semanas de mayor actividad. Durante el año en curso, el subtipo predominante fue influenza A(H3N2), en concordancia con el patrón de circulación registrado entre los casos de influenza notificados.

En relación con el año 2025, en el corriente año 2026 se observa un menor número de casos y de fallecidos, para el mismo periodo, al momento de elaboración de este Boletín.[12] Asimismo, durante 2025 predominó el subtipo influenza A(H1N1) tanto entre los casos como en las personas fallecidas con diagnóstico de influenza.

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

[12] Para la distribución temporal de los casos fallecidos con diagnóstico de influenza, se considera la fecha mínima entre fecha de inicio de síntomas, fecha de consulta, fecha de toma de muestra y fecha de apertura.

Gráfico 7. Casos totales de influenza y casos fallecidos con diagnóstico de influenza, por suptipo. SE1/2025 a SE24/2026[13]



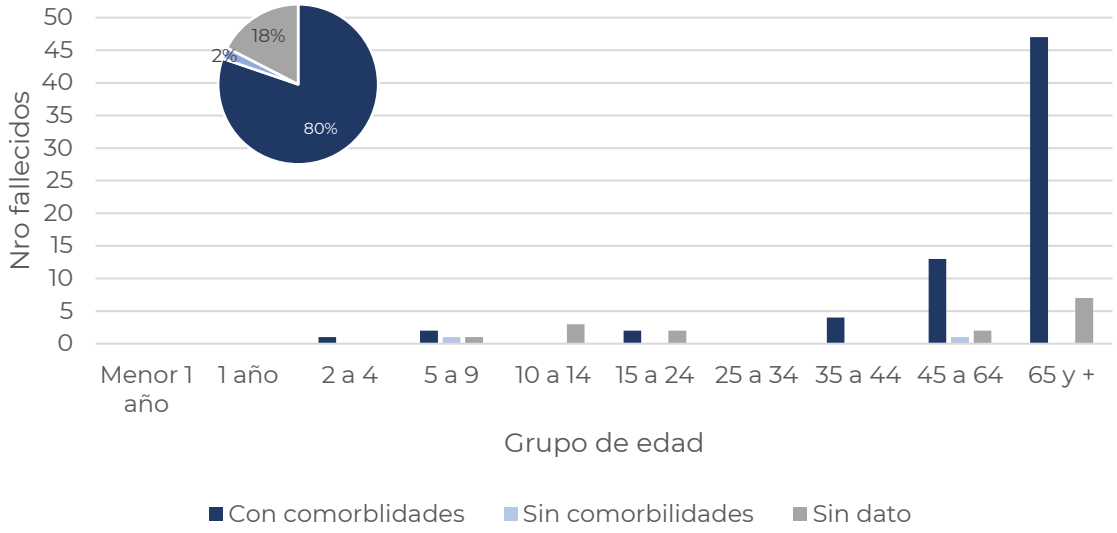
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0]

En relación con la distribución por edad, el 62,8% de los fallecidos correspondió a personas de 65 años y más (n=54), mientras que el 18,6% se registró en el grupo de 45 a 64 años (n=16). Los restantes 16 fallecidos se distribuyeron entre los grupos etarios de 2 a 44 años.

Respecto a la presencia de comorbilidades o factores de riesgo, el 82,6% (n=71) de los casos fallecidos cuentan con información en el SNVS2.0. Entre el total de fallecidos el 80,2% (n=69) presentó al menos una condición subyacente registrada. Este patrón se observó en todos los grupos de edad, destacándose especialmente en las personas de 65 años y más, que concentraron la mayor proporción de fallecimientos. Las comorbilidades registradas con mayor frecuencia fueron el tabaquismo (n=31) y la hipertensión arterial (n=30), seguidas por cáncer (n=16), enfermedades respiratorias crónicas (n=15) y diabetes (n=12).

[13] Si bien el análisis abarca hasta SE25/2026, en el gráfico se muestra hasta la SE24 del mismo año, dado el parámetro temporal definido para el análisis de casos de influenza.

Gráfico 8. Casos fallecidos con diagnóstico de influenza, según edad y presencia de comorbilidades. SE1/2025 a SE25/2026.



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 SNVS[2.0]

Considerando que la temporada de circulación de influenza continúa en curso, es esperable que se registren nuevos fallecimientos asociados a este evento en las próximas semanas. Resulta relevante mantener el seguimiento de los casos graves y fallecidos, especialmente entre los grupos de mayor edad y con condiciones preexistentes, así como el fortalecimiento de las estrategias de prevención y control de la enfermedad.

IV.6. Subtipificación y caracterización genómica de Influenza en el Laboratorio Nacional de Referencia

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

La secuenciación genómica se realizó en el 100% de los casos hasta la SE13 y comenzó a hacerse por muestreo a partir de la SE14. A partir del informe de SE16, se incorpora la caracterización genómica de los casos de Influenza B, de acuerdo con el esquema de muestreo implementado.

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

A continuación, se describe, para el período SE1 a SE24 de 2026 la distribución por tipo y subtipo de casos recibidos en el LNR con fecha de toma de muestra en el año epidemiológico 2026 y los resultados de secuenciación del muestreo aplicado.

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

IV.6.A. SECUENCIACION GENOMICA DE INFLUENZA A(H3N2) 2025-2026

Entre la SE1/2025 y la SE24/2026, el LNR secuenció 388 muestras positivas para Influenza A(H3N2) provenientes de 23 jurisdicciones, de las cuales 347 [14](89%) correspondieron al subclado J.2.4.1/(K), 28 (7%) al subclado J.2.3; y el resto a los subclados J.2.4, J.2 y J.2.2.

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

Tabla 1. Casos de Influenza A(H3N2) secuenciados por el LNR por subclado según jurisdicción de residencia. Argentina. SE 1/2025 a SE 24/2026 (N =388).

Jurisdicción	2025					2026					Total
	J.2	J.2.2	J.2.3	J.2.4	J.2.4.1/K	J.2	J.2.2	J.2.3	J.2.4	J.2.4.1/K	
Buenos Aires	0	0	1	0	4	0	0	0	5	60	70
CABA	1	0	1	0	3	0	0	0	1	36	42
Córdoba	0	0	1	0	2	0	0	0	0	5	8
Entre Ríos	0	0	0	0	2	0	0	0	0	6	8
Santa Fe	0	0	0	0	2	0	0	0	0	19	21
Centro	**1**	**0**	**3**	**0**	**13**	**0**	**0**	**0**	**6**	**126**	**149**
Mendoza	0	1	3	0	2	0	0	0	0	20	26
San Juan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	9
San Luis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
Cuyo	**0**	**1**	**3**	**0**	**2**	**0**	**0**	**0**	**0**	**33**	**39**
Chaco	1	0	0	0	0	0	0	1	0	4	6
Corrientes	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	4
Formosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	13
Misiones	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NEA	**1**	**0**	**0**	**0**	**2**	**0**	**0**	**1**	**0**	**19**	**23**
Catamarca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	10
Jujuy	0	0	1	0	0	0	0	0	3	12	16
La Rioja	0	0	0	0	1	0	0	0	0	7	8
Salta	0	0	0	0	0	0	0	1	0	29	30
Santiago del Estero	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Tucumán	0	0	0	0	0	0	0	0	0	49	49
NOA	**0**	**0**	**1**	**0**	**1**	**0**	**0**	**1**	**3**	**108**	**114**
Chubut	0	0	2	0	1	0	0	0	0	4	7
La Pampa	0	0	0	0	1	0	0	0	0	5	6
Neuquén	0	0	0	0	3	0	0	0	0	11	14
Río Negro	0	0	2	0	1	0	0	0	0	2	5
Santa Cruz	1	0	5	0	6	0	0	3	0	2	17
Tierra del Fuego	0	0	7	0	3	0	0	0	0	4	14
Sur	**1**	**0**	**16**	**0**	**15**	**0**	**0**	**3**	**0**	**28**	**63**
Total	**3**	**1**	**23**	**0**	**33**	**0**	**0**	**5**	**9**	**314**	**388**

Fuente: Elaboración del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

[14] Si bien en el BEN N.° 815 se informó la caracterización genómica de 302 muestras del subclado K entre las SE1/2025 y SE23/2025, para dicho período el total de muestras caracterizadas del subclado K fue de 327

IV.6.B. CARACATERIZACIÓN DE CASOS DE INFLUENZA RECIBIDOS EN EL LNR DESDE SE1 A SE 24/2026.

En términos acumulados hasta el 06/07/2026 el LNR recibió 1986 muestras positivas para Influenza con fecha de toma de muestra entre la SE1/2026 hasta la SE24/2026, de las cuales 1964 pudieron ser tipificadas y subtipificadas. Entre las muestras tipificadas, el 93% correspondió a Influenza A y el 7% a Influenza B. Dentro de las muestras de Influenza A, el 99% correspondió al subtipo A(H3N2) y el 1% al subtipo A(H1N1). En cuanto a Influenza B, en 131 de los 133 casos se pudo identificar el linaje y todos correspondieron al linaje Victoria.

En el análisis regional se verifica que todas las regiones derivaron muestras positivas de Influenza al LNR (Centro, 40%; NOA, 33%; Cuyo, 14%, Sur, 8%; y NEA, 5%).

En todas las regiones se registra el mismo patrón en cuanto a distribución de tipos y subtipos: Influenza A, entre 91% y 97% de los casos según región, y dentro de Influenza A el subtipo H3N2 representó entre el 96% y el 100% según la región. Los casos derivados de Influenza B oscilaron entre 3% y 9% de los casos según la región.

Tabla 2. Casos de Influenza estudiados por el LNR por tipo, subtipo y caracterización genómica, según jurisdicción. Argentina. SE1 a SE24, Año 2026 (N = 1986).

Jurisdicción	Influenza A							Influenza B							Influenza sp	Total
	Influenza A(H3N2)				Influenza A(H1N1)		Sin subtip.	Victoria						Sin linaje		
	Subclado J.2.3	Subclado J.2.4.1/K	Subclado J.2.4	Sin esp.	Subclado D.3.1.1	Sin esp.		Subclado C.3.1	Subclado C.3.3	Subclado C.5.1	Subclado C.5.6	Subclado C.5.6.1	Sin esp.			
Buenos Aires	0	60	5	308	0	1	5	2	1	2	2	1	11	0	6	404
CABA	0	36	1	133	0	4	5	0	0	1	0	0	3	0	1	184
Córdoba	0	5	0	31	1	1	0	4	0	0	3	0	13	0	1	59
Entre Ríos	0	6	0	20	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	29
Santa Fe	0	19	0	84	0	1	2	0	0	0	0	1	4	0	1	112
Centro	**0**	**126**	**6**	**576**	**1**	**7**	**12**	**6**	**1**	**3**	**5**	**2**	**34**	**0**	**9**	**788**
Mendoza	0	20	0	150	0	0	0	0	0	0	0	0	20	0	0	190
San Juan	0	9	0	66	0	0	1	0	0	0	0	0	4	0	2	82
San Luis	0	4	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	10
Cuyo	**0**	**33**	**0**	**221**	**0**	**0**	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**25**	**0**	**2**	**282**
Chaco	1	4	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	13
Corrientes	0	2	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
Formosa	0	13	0	55	1	3	1	0	0	0	0	0	1	0	0	74
Misiones	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
NEA	**1**	**19**	**0**	**69**	**1**	**3**	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**4**	**0**	**1**	**99**
Catamarca	0	10	0	68	0	1	0	0	0	0	0	0	4	0	0	83
Jujuy	0	12	3	112	0	0	2	2	0	0	0	0	2	0	1	134
La Rioja	0	7	0	16	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	25
Salta	1	29	0	152	0	2	3	0	0	2	0	0	18	1	7	215
Santiago del Estero	0	1	0	17	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	1	28
Tucumán	0	49	0	122	0	0	0	0	0	0	3	0	6	1	0	181
NOA	**1**	**108**	**3**	**487**	**0**	**3**	**6**	**2**	**0**	**2**	**3**	**0**	**40**	**2**	**9**	**666**
Chubut	0	4	0	22	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	29
La Pampa	0	5	0	24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	29
Neuquén	0	11	0	41	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	55
Río Negro	0	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Santa Cruz	3	2	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	9
Tierra del Fuego	0	4	0	19	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	24
Sur	**3**	**28**	**0**	**111**	**0**	**1**	**3**	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**	**3**	**0**	**1**	**151**
Total general	**5**	**314**	**9**	**1464**	**2**	**14**	**23**	**9**	**1**	**5**	**8**	**2**	**106**	**2**	**22**	**1986**

Fuente: Elaboración del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

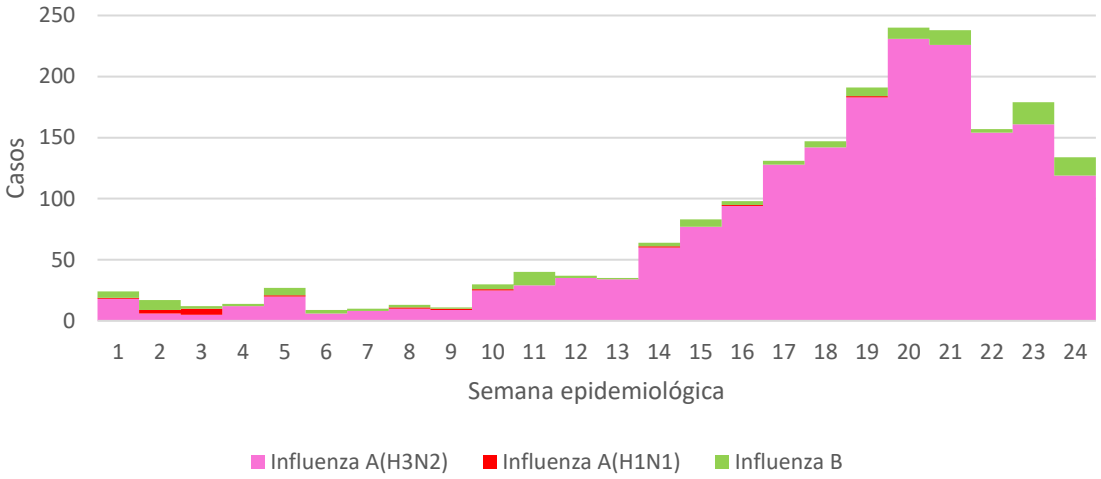
En relación con la dimensión temporal, los casos de Influenza recibidos en el LNR registraron fecha de toma de muestra en todas las semanas epidemiológicas del año, con un incremento sostenido entre las SE13 y SE20. Entre las SE22 y SE24 se registra un menor número de casos

(que puede estar influido en parte por el retraso propio del proceso de consulta, toma de muestra, diagnóstico y derivación al LNR).

Durante las primeras 12 semanas se recibió un promedio de 21 casos semanales, mientras que entre las SE13 y SE24 el promedio ascendió a 154 casos por semana. A partir de la SE17 se superaron los 100 casos semanales, alcanzándose un máximo de 247 casos en la SE20.

En cuanto a la distribución por tipo y subtipo viral, se detectó Influenza A(H3N2) en forma predominante en todas las semanas del año. Influenza B se detectó también en todas las semanas del año, en menor proporción. Los casos de Influenza A(H1N1) se dieron en forma esporádica en diferentes semanas del año.

Gráfico 9. Casos de Influenza recibidos por el LNR por semana de toma de muestra según tipo y subtipo de virus. Argentina. SE1 a SE24, Año 2026[15]

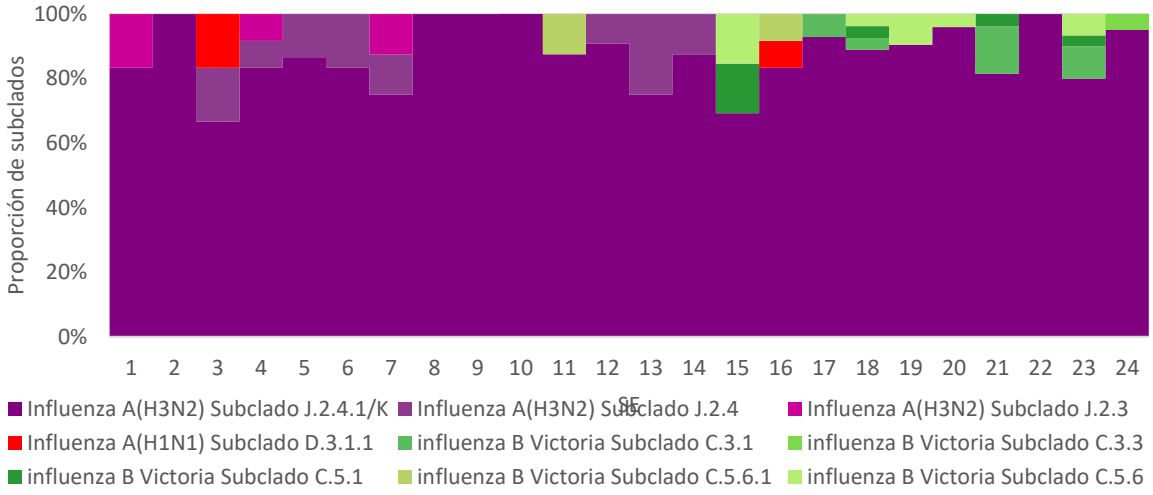


Fuente: Elaboración del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

Se realizó la caracterización genómica de 355 casos de Influenza, 328 de Influenza A(H3N2), 2 de Influenza A(H1N1) y 25 de Influenza B Victoria. Entre los casos de Influenza A(H3N2), el subclado prevalente fue J.2.4.1/(K) (96%), seguido del subclado J.2.4 (3%) y J.2.3 (2%). Los dos casos secuenciados de Influenza A(H1N1) correspondieron al subclado D.3.1.1. En cuanto a Influenza B Victoria se identificó una heterogeneidad de subclados: C.3.1 (9), C.5.6 (8), C.5.1 (5) y C.5.6.1 (2) y C3.3 (1).

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

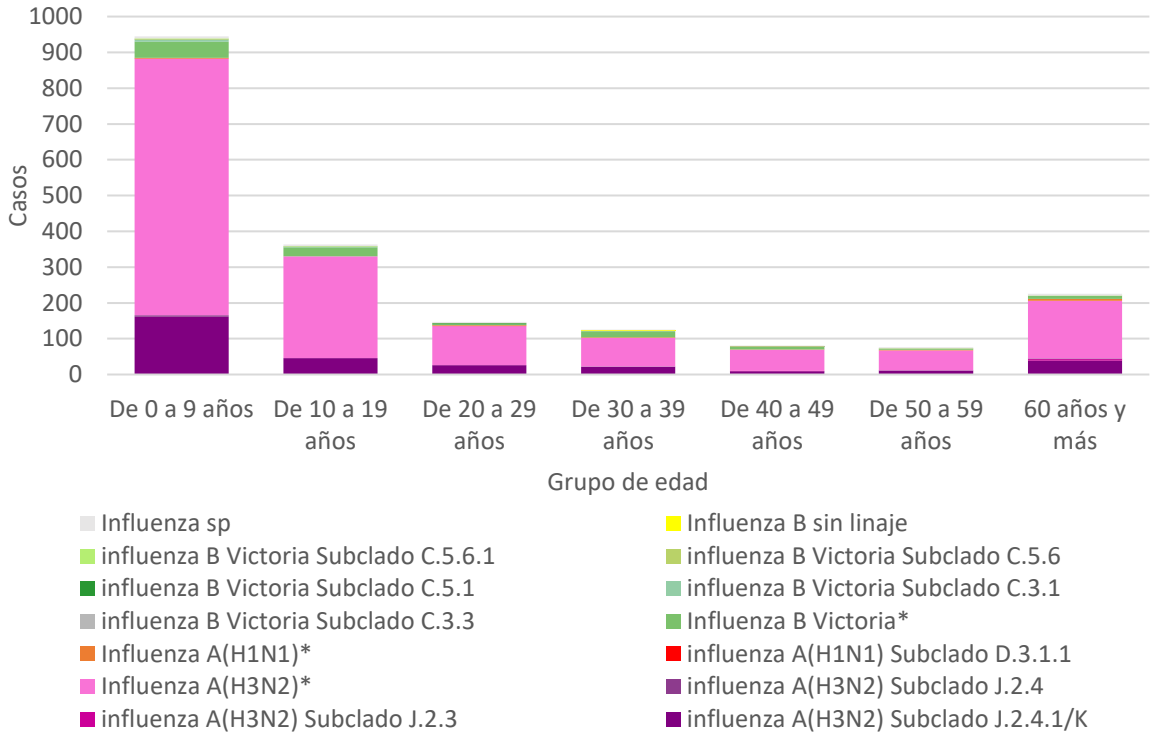
Gráfico 10. Distribución proporcional de Casos de Influenza por semana de toma de muestra según subclado identificado. SE1 a SE24. Año 2026.



Fuente: Elaboración del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

Respecto a la distribución etaria de los casos de Influenza recibidos en el LNR, los menores de 10 años concentraron el 48% de los casos; dentro de este grupo, el 34% correspondió a menores de 2 años. Le siguieron los grupos etarios de 10 a 19 (19%) y 60 años y más (12%). En todos los grupos se mantuvo en términos acumulados el predominio de Influenza A(H3N2), específicamente el subclado J.2.4.1/(K). Se detectó Influenza B Victoria en un bajo número de casos en todos los grupos etarios, concentrándose el 63% en los menores de 20 años.

Gráfico 11. Casos de Influenza estudiados por el LNR por tipo, subtipo y caracterización genómica según grupo de edad. Argentina. SE1 a SE24, Año 2026.



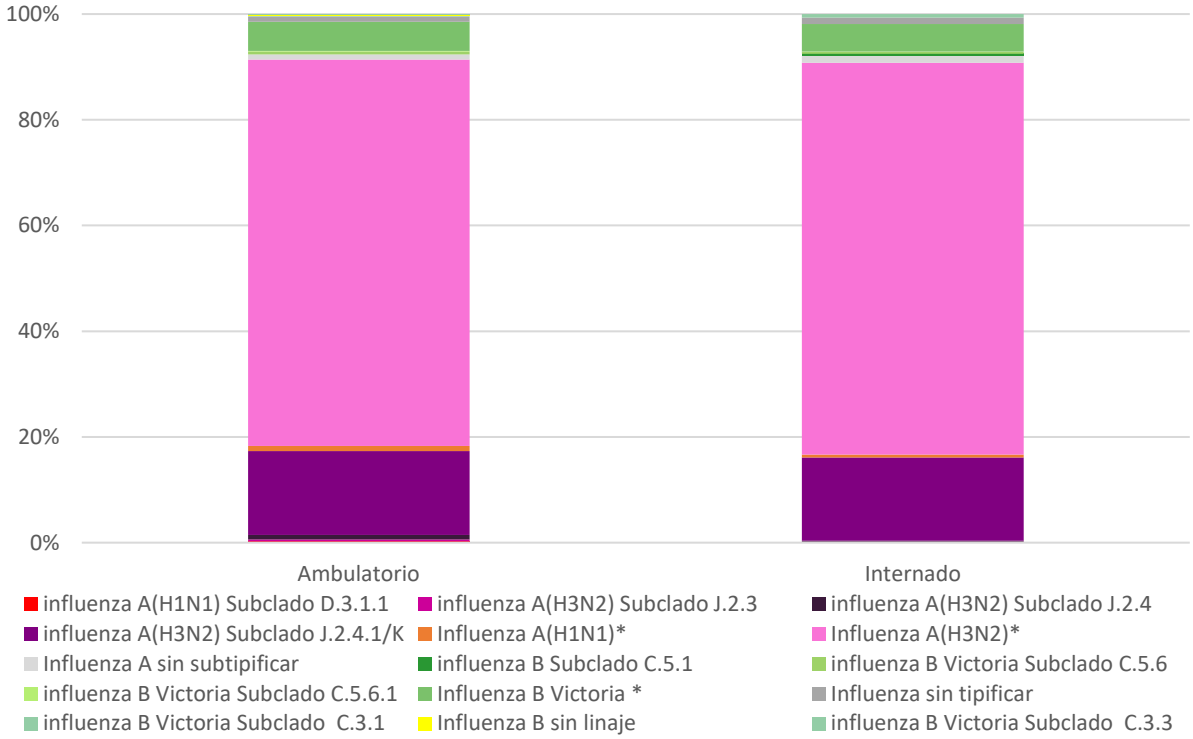
**sin subclado asignado*

Fuente: Elaboración del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

En la distribución porcentual de los virus influenza según condición de atención, predominó Influenza A(H3N2) tanto en pacientes ambulatorios como internados (90%). En ambos grupos, el subclado predominante fue Influenza A(H3N2) J.2.4.1/(K).

Influenza B representó el 7% de los casos recibidos en el LNR en ambos grupos, mientras que Influenza A(H1N1) se registró en una proporción muy baja tanto en pacientes ambulatorios como internados.

Gráfico 12. Distribución proporcional de tipos subtipos y subclados según condición clínica de los casos. SE1 a SE24, Año 2026.



**sin subclado asignado*

Fuente: Elaboración del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

IV.7. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas

IV.7.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.

IV.8. Vigilancia epidemiológica

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

En este marco, se recomienda:

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

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

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

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

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

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

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

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

IV.9. Recomendaciones para la población

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

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

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

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

IV.10. Vacunación antigripal

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

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

Población objetivo para vacunación antigripal:

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

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

IV.11. 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 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.

[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.

V. Vigilancia de dengue y otros Arbovirus

V.1. Situación regional

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)[20] y el ARBO-portal[21] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de Arbovirus actualizada al 8/07/2026 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la semana epidemiológica (SE) 26 de 2026 se notificaron 1.059.460 casos de dengue, de los cuales 268.484 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa una disminución del 80% respecto a la misma semana de 2025. Asimismo, se reportaron 241 fallecidos. En cuanto a chikungunya, se reportaron un total de 101.588 casos. De ellos, 41.881 fueron confirmados por laboratorio, lo que implica una disminución del 55% respecto de los confirmados en la misma semana de 2025. Se registraron 43 fallecimientos para este evento. Respecto al zika, hasta la SE 25, se registraron 8.202 casos, de los cuales 429 fueron confirmados. En comparación con la misma semana epidemiológica de 2025, los casos confirmados registraron una disminución del 69%. 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 23/2026, se reportaron un total de 50.778 casos de dengue, de los cuales 562 fueron confirmados por laboratorio. Estos últimos presentan una disminución del 52% respecto a la misma semana del año anterior. Se registró un fallecimiento para este evento. En cuanto a chikungunya, se notificaron 41.354 casos, de los cuales 11.180 fueron confirmados por laboratorio, 4 veces más que los registrados para la misma semana epidemiológica de 2025, y se notificaron 27 fallecidos. Asimismo, se notificaron 1.445 casos de zika; no obstante, no se confirmaron casos por laboratorio para este evento.

Paraguay: hasta la SE 22/2026 se registraron un total de 8.552 casos de dengue, sin fallecimientos asociados. De ellos, 222 casos fueron confirmados por laboratorio, lo que implica un 83% menos que en la misma semana de 2025. Respecto a chikungunya, se notificaron 16 casos confirmados por laboratorio, un 54% menos que lo 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 25/2026 se reportaron un total de 33.207 casos de dengue, de los cuales 24.901 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa una disminución del 10% respecto a la misma semana del año anterior. Se registraron 35 fallecimientos para este evento. Con relación a chikungunya, hasta la SE 24/2026 se notificaron 6 casos; no obstante, no se registraron casos confirmados por laboratorio, situación similar a la observada el año anterior. Respecto al zika, hasta la SE 24, se notificaron 8 casos, sin confirmación por laboratorio para este evento.

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

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

Mundial de la Salud (OPS/OMS) emitió una alerta epidemiológica. Se documentó una circulación importante en las regiones centro-oeste y sudeste de Brasil y sur de Bolivia[22].

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

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

V.2.A. NOTA METODOLÓGICA

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

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

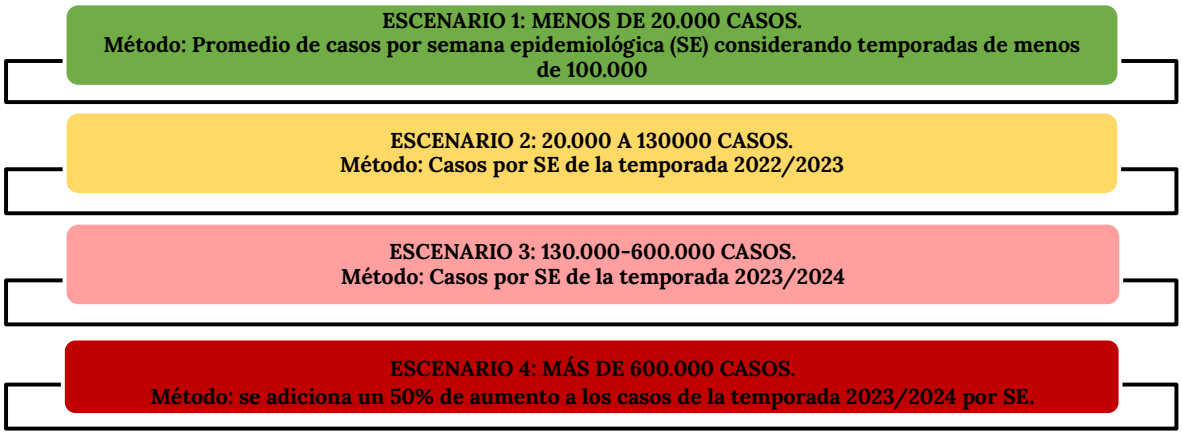
El abordaje metodológico se fundamenta en la extrapolación de series históricas recientes y en la estratificación de escenarios según la magnitud de la incidencia, con el objetivo de anticipar la carga de enfermedad y orientar oportunamente las acciones de preparación y respuesta en los ámbitos de la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

En el último gráfico (detalle en zoom) se presentan los casos de la temporada 2025-2026 y su representación en el modelo de escenarios estimados. Estos registros iniciales permiten

[22] 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

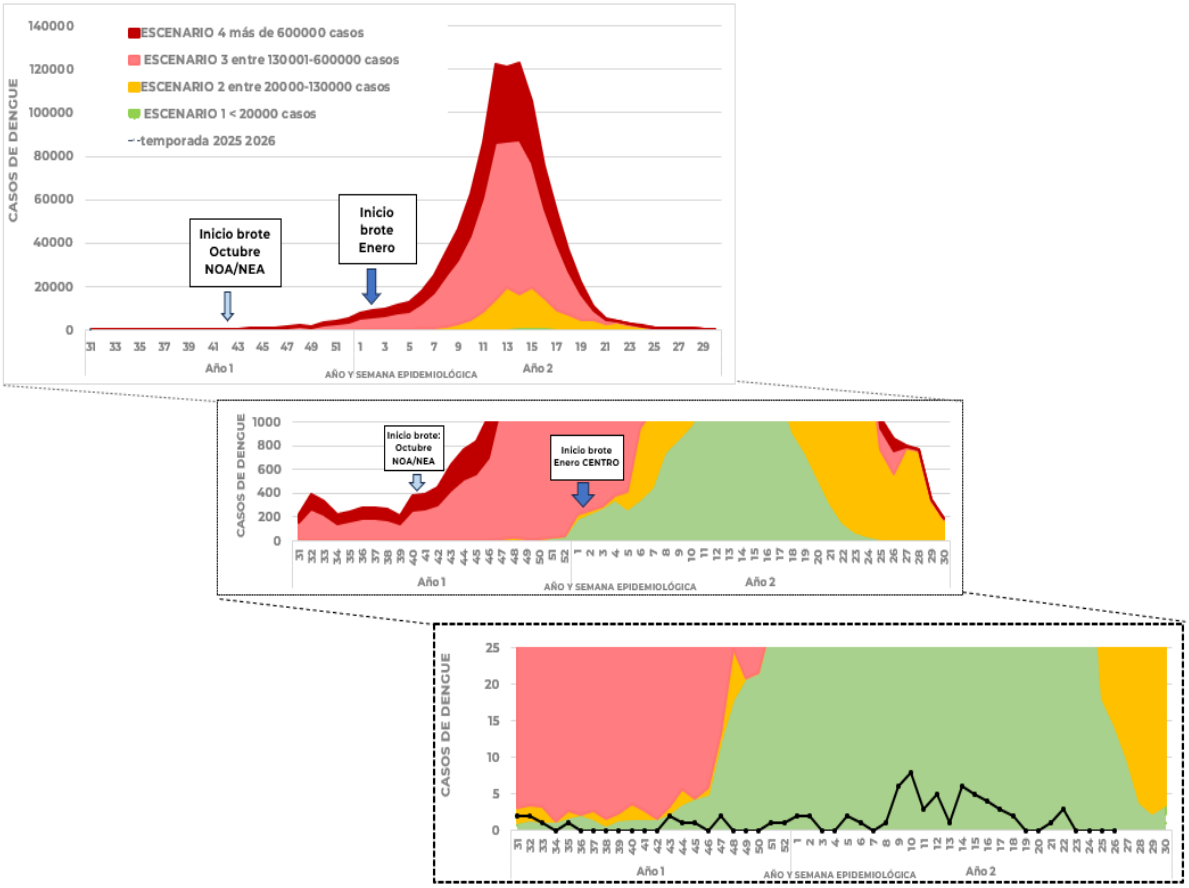
dimensionar el inicio de la temporada y anticipar su evolución en comparación con temporadas previas. Por el momento, la situación se mantiene en un **escenario de bajo riesgo** (Gráfico 2)

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=69). Argentina.



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

V.3. Situación de dengue en Argentina

V.3.A. TEMPORADA 2025/2026

De acuerdo con la fecha mínima[23], desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) **27.476** casos sospechosos de dengue, de los cuales **69** fueron confirmados por laboratorio detectándose la circulación de DENV 1, 2 y 3. El **55%** 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 26/2026 se notificaron **126** 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.

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE26/2026. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Serotipos detectados	Con lab. negativo	Sosp. (sin laboratorio)	Total notificados	Total casos de dengue
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.					
Buenos Aires	10	61	6	10	DENV-1,2	1433	385	1905	16
CABA	22	26	9	3	DENV-1,2,3	465	195	720	31
Córdoba	2	10	2	0	DENV-2	2705	156	2875	4
Entre Ríos	0	5	4	1	DENV-3	331	6	347	4
Santa Fe	0	26	2	2	DENV-3	1280	72	1382	2
Total Centro	**34**	**128**	**23**	**16**		**6214**	**814**	**7229**	**57**
Mendoza	0	0	2	1	DENV-3	140	3	146	2
San Juan	0	0	0	0		43	0	43	0
San Luis	0	0	0	0		83	18	101	0
Total Cuyo	**0**	**0**	**2**	**1**		**266**	**21**	**290**	**2**
Chaco	0	8	0	0		1008	7	1023	0
Corrientes	0	1	0	0		155	40	196	0
Formosa	2	2	1	0	DENV-2	5397	40	5442	3
Misiones	0	4	1	0		934	0	939	1
Total NEA	**2**	**15**	**2**	**0**		**7494**	**87**	**7600**	**4**
Catamarca	1	6	0	0	DENV-2	482	4	493	1
Jujuy	1	1	1	0	DENV-3	1429	39	1471	2
La Rioja	0	6	0	0		257	2	265	0
Salta	0	35	0	0		3353	1117	4505	0
S. del Estero	0	8	0	0		315	583	906	0
Tucumán	0	118	0	1		4295	95	4509	0
Total NOA	**2**	**174**	**1**	**1**		**10131**	**1840**	**12149**	**3**
Chubut	0	0	0	0		17	3	20	0
La Pampa	0	0	0	1		89	10	100	0
Neuquén	0	0	3	0		28	3	34	3
Río Negro	0	0	0	0		4	0	4	0
Santa Cruz	0	0	0	0		32	3	35	0
T. del Fuego	0	0	0	0		15	0	15	0
Total Sur	**0**	**0**	**3**	**1**		**185**	**19**	**208**	**3**
Total País	**38**	**317**	**31**	**19**	**DENV-1.2,3**	**24290**	**2781**	**27476**	**69**

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).

[23]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).

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

No se han notificados casos nuevos desde SE22/2026.

- **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 y un** casos notificados en **CABA**: Veintidós casos sin antecedente de viaje, registrándose un clúster en la Comuna 10 (Villa Real) entre la SE9-SE17. El resto de los casos tienen residencia en comuna 7, 9 y 1. Además, se notificaron nueve casos con antecedente de viaje a Brasil (DENV-3), Sri Lanka (DENV-3), Pakistán, México (DENV-3) y Venezuela.
- **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.
- **Tres** casos notificados por **Neuquén** con antecedente de viaje a Brasil, del departamento de Lácar, en San Martín de los Andes.

V.3.C. CASOS PROBABLES

Si bien en la actualidad la circulación de dengue en el país es baja y los casos confirmados continúan siendo escasos, aislados y concentrados principalmente en las jurisdicciones de Buenos Aires, Córdoba, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Tucumán y Santa Fe, se han notificado **336 casos probables** que permanecen en investigación.

En este contexto, resulta fundamental promover la toma de **segundas muestras** y completar los estudios diagnósticos en los casos probables, con el objetivo de confirmar o descartar dengue de manera adecuada y mejorar la calidad de la vigilancia epidemiológica. El estudio de pares serológicos es importante que también se acompañe de la **intensificación de búsqueda de otros febriles** en el área de casos probables y priorizar la toma de muestras agudas a fin de confirmar rápidamente si efectivamente hay circulación activa de dengue y qué serotipo se encuentra involucrado.

Este abordaje cobra particular relevancia considerando que distintos Arbovirus pueden circular de forma simultánea y generar cuadros clínicos compatibles con **síndrome febril agudo inespecífico (SFAI).** Por ello, además de confirmar o descartar dengue, es importante continuar el estudio de otros virus de la misma familia viral, como el de la Encefalitis de San Luis, para el cual se registra un aumento de notificaciones en las últimas semanas en la provincia de Buenos Aires y que podría estar causando reacciones cruzadas. Recordemos también que la detección de anticuerpos IgM/IgG puede deberse a infecciones por dengue previas, vacunación o incluso reacciones inespecíficas que deben evaluarse y aclararse a los fines de la vigilancia de salud pública y el diagnóstico individual.

Dado que el dengue se enmarca dentro de los eventos bajo vigilancia del síndrome de SFAI, cuando los estudios iniciales no permiten confirmar dengue, resulta clave profundizar la investigación etiológica para identificar la causa del cuadro clínico. El estudio exhaustivo de los casos probables permite no solo mejorar la clasificación de los eventos, sino también fortalecer la vigilancia de otros Arbovirus, favorecer la detección oportuna de cambios en los patrones de circulación viral y optimizar la capacidad de respuesta del sistema de salud ante posibles escenarios de transmisión. Esta situación cobra mayor relevancia, considerando, además, que recientemente se ha detectado la reintroducción de CHIKV en el territorio nacional.

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

La mediana de edad fue de 41 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 69 casos confirmados de dengue, 68 cuentan con información completa con respecto a la evolución clínica. Trece casos (19%) requirieron hospitalización, sin necesidad de ingreso a cuidados intensivos; uno de ellos fue clasificado como dengue con signos de alarma (B2) en la SE 16. Se trató de un caso de 50 años, con residencia en Villa Real (CABA), confirmado por laboratorio mediante detección de DENV-2, permaneció un día en unidad de cuidados intermedios y luego fue dado de alta.

En el 54% de los casos que requirieron internación se determinó el serotipo DENV-2 (n=7). No se han notificado casos graves ni fallecimientos.

V.3.E. CONSIDERACIONES PARA LA VIGILANCIA POR LABORATORIO

Los servicios de salud deben seguir las directrices establecidas para el manejo de casos sospechosos de dengue y asegurar la realización de estudios de laboratorio apropiados para confirmar o descartar la infección, sobre todo en los grupos de pacientes priorizados y en las diferentes fases de preparación, alerta, respuesta y recuperación de la epidemia. Es fundamental el trabajo coordinado entre las áreas de atención de pacientes, epidemiología y laboratorios para no sobrecargar la demanda de diagnóstico etiológico, particularmente en lo relativo a las acciones de vigilancia laboratorial de acuerdo a la disponibilidad de insumos y recurso humano.

En el contexto epidemiológico actual, con una epidemia de dengue en las temporadas anteriores, se recomienda la aplicación de método directos y confirmatorios (ELISA NS1 para dengue, aislamiento viral y qRT-PCR) aplicados a muestras agudas (hasta 6 días de evolución) con el objetivo de proveer al sistema de vigilancia con información de certeza que permita identificar y caracterizar los Arbovirus circulantes en un área, de modo de generar un alerta

temprano que oriente adecuadamente la implementación de medidas de prevención y control.

En el caso de que los primeros casos compatibles con un inicio de circulación viral en un área correspondan a pacientes con un cuadro de 4 o más días de evolución en los que únicamente se detecte la presencia de anticuerpos tipo IgM, es necesario tener la consideración que los anticuerpos IgM son marcadores de infección reciente, no necesariamente aguda. En estudios realizados en epidemias de dengue anteriores en Argentina, se ha constatado que un porcentaje de pacientes pueden presentar persistencia de IgM para dengue por más de 3 meses e incluso a más de un año. Por lo tanto, en esos casos, se plantea el estudio por prueba de neutralización en par de sueros con muestras tomadas con 10 a 15 días de diferencia para confirmar circulación viral o descartar el caso de dengue al evidenciar la seroconversión de anticuerpos tipo IgG, así como estudiar otros flavivirus y descartar la detección de cruces serológicos. Esta acción es fundamental cuando no existan casos confirmados por qRT-PCR e identificación de serotipo. No obstante, es fundamental la investigación epidemiológica y búsqueda activa para captar otros casos febriles que pudieran presentarse en la zona y proceder a la toma de muestras en fase aguda.

En los casos con sintomatología compatible de dengue pero que cuentan con antecedentes de vacunación dentro de los 30 días inclusive de la última dosis de vacuna, no deben realizarse estudios de diagnóstico etiológico, a excepción de los casos graves o fatales. En caso de FIS más allá de los 30 días de la última dosis de vacuna se puede realizar diagnóstico etiológico SÓLO a través de métodos directos dentro de los 6 días de la fecha de inicio de síntomas (FIS <6 días) y preferentemente, por métodos moleculares. Los métodos indirectos basados en serología para la detección de anticuerpos IgM e IgG con resultados positivos no permiten diferenciar infección por virus dengue o respuesta inmune vacunal en este contexto. Si no es posible realizar el diagnóstico en la jurisdicción deberán arbitrarse los medios dispuestos a través de la red nacional de laboratorios de dengue y otros Arbovirus para lograr el diagnóstico de laboratorio que permita reconocer la situación epidemiológica de la localidad.

Se debe sostener la derivación de un porcentaje de muestras positivas y negativas en todas las fases del plan al Centro Nacional de referencia para corroboración, complementación de metodologías, y caracterización virológica y genómica de los agentes virales. Particularmente en el período de alerta temprano y luego de un período Inter epidémico resulta de relevancia determinar si los Arbovirus que se están detectando corresponden a nuevas introducciones en el territorio o corresponde a circulación sostenida de los agentes virales previamente caracterizados.

La derivación de muestras al Centro Nacional de Referencia para estudios de caracterización genómica viral es importante que cumpla criterios de representación geográfica, temporal y de espectro clínico, priorizando aquellos casos positivos por técnicas de qRT-PCR con valores de CT inferiores a 28 idealmente.

V.4.Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina

Durante la temporada en curso se notificaron **12.960** casos sospechosos de Fiebre Chikungunya, de los cuales **2832** 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 SE26 con la SE25, se notificaron 13 casos de Fiebre Chikungunya de los cuales **3** casos corresponden a la SE26 por fecha mínima[24]. 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**).

[24]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).

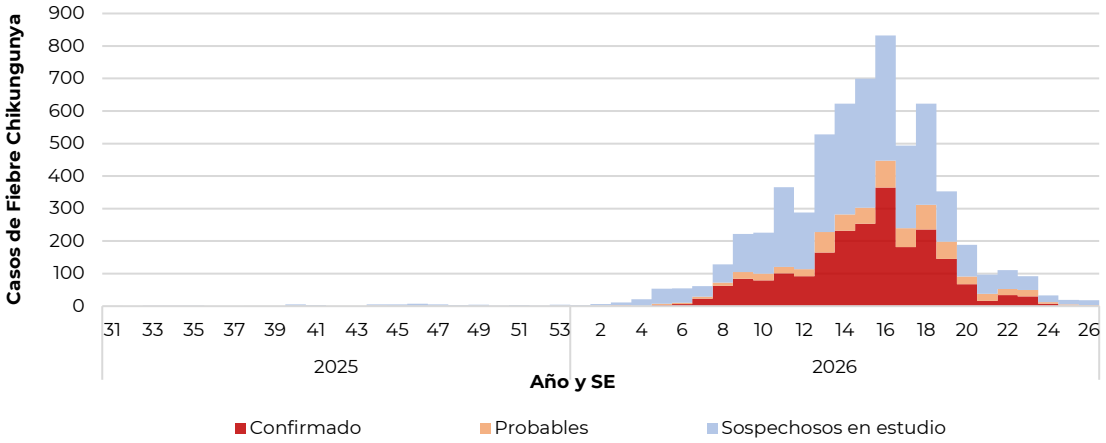
Tabla 2. Fiebre Chikungunya: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE26/2026. Argentina.

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	24	6	6	150	16	14	228	48
CABA	5	1	4	3	16	9	6	44	13
Córdoba	27	6	2	2	1904	7	14	1962	37
Entre Ríos	5	0	0	0	40	2	3	50	5
Santa Fe	0	0	0	1	288	6	2	297	1
Total Centro	**49**	**31**	**12**	**12**	**2398**	**40**	**39**	**2581**	**104**
Mendoza	0	0	0	0	25	0	1	26	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**	**43**	**0**	**1**	**46**	**2**
Chaco	0	2	0	0	225	0	0	227	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	62	1	0	63	0
Total NEA	**0**	**2**	**0**	**0**	**463**	**1**	**2**	**468**	**2**
Catamarca	13	11	0	0	225	0	33	282	24
Jujuy	121	75	5	2	882	93	1	1179	203
La Rioja	0	0	0	0	74	0	1	75	0
Salta	1113	328	120	16	513	1446	748	4284	1577
S. del Estero	187	46	0	0	136	153	12	534	233
Tucumán	572	113	0	0	178	80	2546	3489	685
Total NOA	**2006**	**573**	**125**	**18**	**2008**	**1772**	**3341**	**9843**	**2722**
Chubut	0	0	0	0	2	0	0	2	0
La Pampa	0	0	0	1	4	0	0	5	1
Neuquén	0	0	0	1	1	2	1	5	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**	**2**	**13**	**2**	**5**	**22**	**2**
Total País	**2055**	**606**	**139**	**32**	**4925**	**1815**	**3388**	**12960**	**2832**

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

Durante la temporada se observó una aceleración sostenida de los casos de Fiebre Chikungunya hasta la SE16, tanto a expensas del aumento de confirmados como de probables lo que evidenció un escenario de intensificación de la transmisión junto con una mayor detección. Luego del pico de casos en la SE16 (N=447), se observa un descenso progresivo y sostenido, 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. **(Ver gráfico 3).**

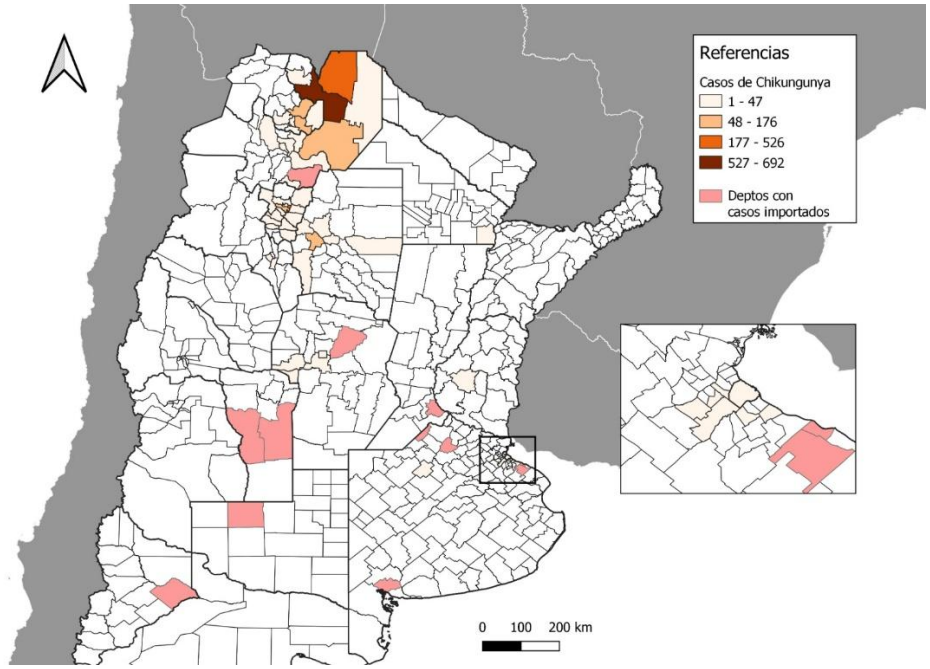
Gráfico 3. Fiebre Chikungunya: Casos confirmados y probables por semana epidemiológica según fecha mínima[25]. SE31/2025 a SE26/2026. Argentina.



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=2722; 96% del total) con predominio en **Salta, Tucumán y Jujuy**, donde se consolidan los principales focos de transmisión. En paralelo, se notificaron 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.

Mapa 2. Fiebre Chikungunya: Casos confirmados y probables por departamento a nivel nacional. SE1 a SE26/2026. 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).

[25]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).

V.4.A. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LOS CASOS DE CHIKUNGUNYA.

La mediana de edad fue de 33 años. El grupo etario con mayor proporción de casos correspondió a personas de **45 a 65 años**, seguido por los grupos de **25 a 34** años y de 35 a 44 años. El 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, 1921 cuentan con información sobre requerimiento de internación (si/no), de los cuales el 10% (n=191) requirió hospitalización.

Se notificaron ocho casos graves de fiebre por virus Chikungunya (CHIKV), de los cuales dos fallecieron. Los seis casos no fatales correspondieron a residentes de Salta (n=3), Santiago del Estero (n=2) y Tucumán (n=1). Los más recientes fueron notificados en las semanas epidemiológicas 22 y 25 y corresponden a dos neonatos de la provincia de Salta, residentes en los departamentos General San Martín y Embarcación, quienes permanecen internados en unidades de cuidados intensivos. Los cuatro casos restantes fueron notificados entre las SE12 y SE17: una mujer de 33 años residente en Salta Capital que presentó encefalitis asociada a CHIKV y requirió asistencia respiratoria mecánica, con evolución favorable y alta sin secuelas; una lactante de cuatro meses del departamento Choya (Santiago del Estero), que requirió cuidados intensivos y asistencia respiratoria mecánica, con posterior recuperación y alta sin secuelas; un paciente de 81 años residente en San Miguel de Tucumán con compromiso sistémico que requirió internación; y una recién nacida del departamento Anta (Salta), que permanece internada en cuidados intensivos.

Los dos casos fatales correspondieron a pacientes residentes en la provincia de Salta: un hombre de 68 años de Embarcación, que evolucionó con compromiso respiratorio asociado a neumonía por *Streptococcus pneumoniae*, y un hombre de 34 años de Aguaray con antecedente de diabetes descompensada, quien presentó una evolución desfavorable con shock séptico e insuficiencia respiratoria.

V.5. Situación epidemiología de otros Arbovirus en Argentina

V.5.A. ENCEFALITIS ARBOVIRALES

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

Encefalitis de San Luis

En la temporada actual se notificaron **515 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 **15** casos residen en: **Tres de Febrero, La Plata, Florencio Varela, Lobos, Cañuelas, Brandsen, Bragado, Arrecifes, 25 de mayo y Ezeiza**[26]. 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 **128** 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 SE25/2026).

Tabla 4. Número de muestras estudiadas y positivas con y sin antecedente de viaje para Encefalitis Arbovirales. SE31/2025 a SE26/2026. 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	51	1	41	3	7
CABA	0	6	0	4	0	0
Córdoba	0	377	0	6	1	1
Entre Ríos	1	19	0	6	0	0
Santa Fe	0	23	0	16	2	0
Total Centro	**6**	**476**	**1**	**73**	**6**	**8**
Mendoza	0	2	0	0	0	0
San Juan	0	4	0	0	0	0
San Luis	0	8	0	7	0	0
Total Cuyo	**0**	**14**	**0**	**7**	**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	1	0	0	0	0
Jujuy	0	9	0	36	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**	**21**	**0**	**43**	**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**	**515**	**1**	**128**	**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).

V.5.B. OTROS ARBOVIRUS

En la siguiente tabla, se presenta la situación epidemiológica de otros Arbovirus: Fiebre de Oropouche, Enfermedad por Virus Zika y Fiebre Amarilla correspondientes a la nueva temporada 2025-2026 (SE31/2025 a SE26/2026).

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 SE26/2026. Argentina.

Evento	Fiebre de Oropouche		Enfermedad por virus Zika		Fiebre amarilla	
Jurisdicción	Positivos	Estudiados	Positivos	Estudiados	Positivos	Estudiados
Buenos Aires	0	100	0	51	0	16
CABA	0	13	0	6	0	0
Córdoba	0	104	0	66	0	1
Entre Ríos	0	10	0	3	0	1
Santa Fe	0	174	0	42	0	11
Total Centro	**0**	**401**	**0**	**168**	**0**	**29**
Mendoza	0	27	0	3	0	0
San Juan	0	0	0	1	0	0
San Luis	0	5	0	10	0	0
Total Cuyo	**0**	**32**	**0**	**14**	**0**	**0**
Chaco	0	101	0	164	0	2
Corrientes	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	31	0	38	0	0
Misiones	0	4	0	51	0	8
Total NEA	**0**	**136**	**0**	**253**	**0**	**10**
Catamarca	0	2	0	0	0	0
Jujuy	0	53	0	135	0	0
La Rioja	0	10	0	49	0	9
Salta	0	284	0	1023	0	0
Santiago del Estero	0	6	0	235	0	1
Tucumán	0	235	0	25	0	89
Total NOA	**0**	**590**	**0**	**1467**	**0**	**99**
Chubut	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	1	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	2	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**	**6**	**0**	**2**	**0**	**0**
Total País	**0**	**1165**	**0**	**1904**	**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 **1165** 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 **1904** 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.

ACTUALIZACIONES **PERIÓDICAS**

VI. MPOX – Actualización Informe epidemiológico

VI.1.Introducción

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

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

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

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

El Manual se encuentra en el siguiente link;

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

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

VI.2. Situación internacional[27]

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

[27] 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, Burundi, Kenia, España, Congo, Sudán del Sur, Madagascar y Tailandia**. Se detectaron casos relacionados con viajes a zonas endémicas en **China, Estados Unidos de América y Colombia.**

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

VI.2.A. SITUACIÓN EN ÁFRICA

En los últimos doce meses, hasta el 14 de junio de 2026, 31 países notificaron 22.863 casos confirmados, incluidas 127 muertes. Los tres países con más casos son la República Democrática del Congo (9.312 casos), Guinea (2.303) y Madagascar (2.022).

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

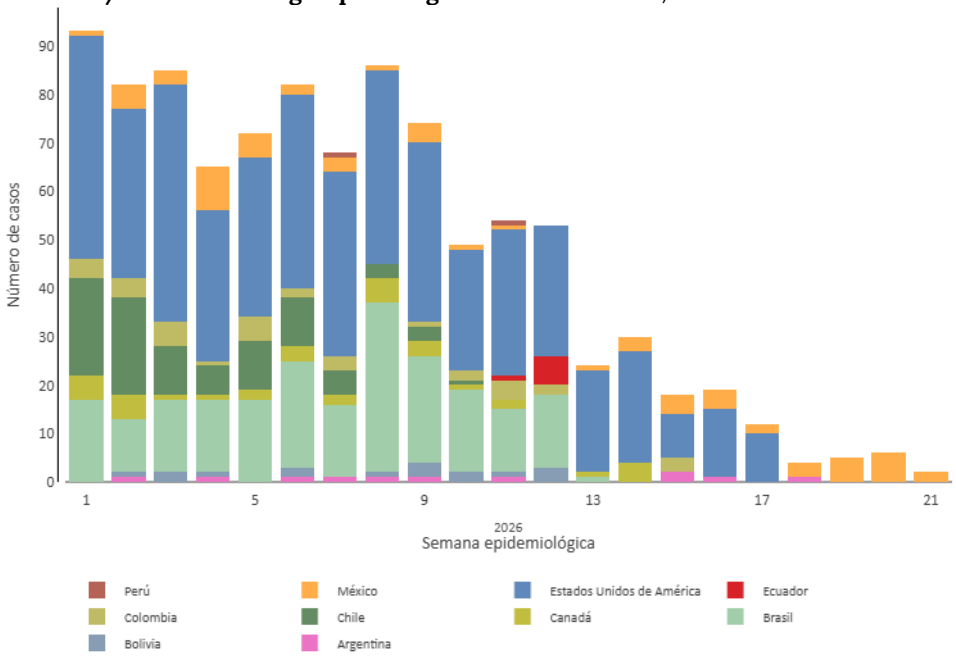
VI.2.B. SITUACIÓN EN LAS AMÉRICAS[28]

Respecto de la situación regional, según la última actualización epidemiológica de la Organización Panamericana de la Salud, entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 21 de 2026 fueron notificados en la Región de las Américas 983 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 (65, con una defunción), Colombia (36), Canadá (35), Bolivia (16), Ecuador (7) y Perú (2). En las últimas cuatro semanas notificaron casos sólo en México.

[28] 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 SE21 2026.

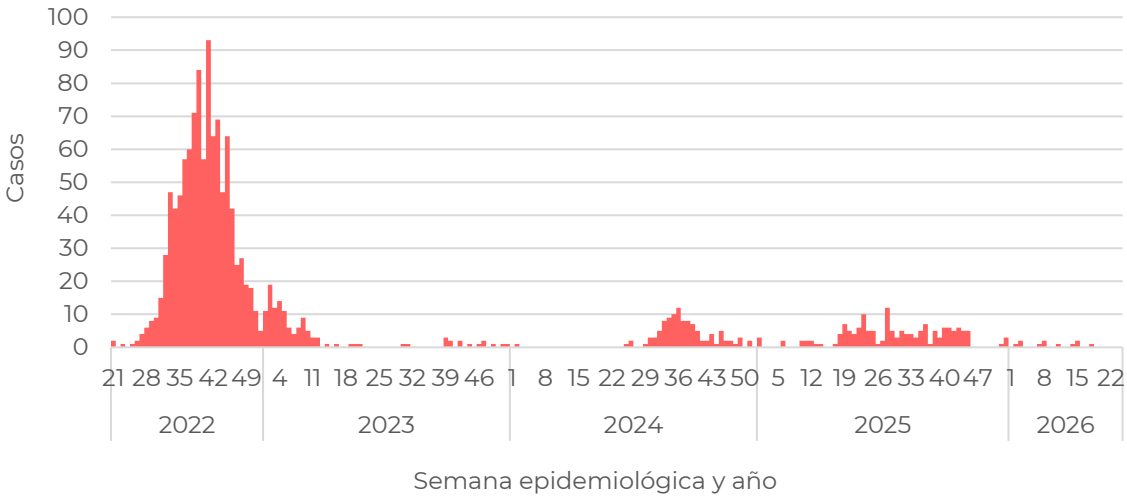


Fuente: https://shiny.paho-phe.org/mpox/

VI.3. Situación en Argentina

Durante el año 2022 (año epidémico), a partir de la SE 21, fueron notificados 1.024 casos confirmados. En 2023 se notificaron 124 casos confirmados, principalmente en la primera mitad del año, mientras que en 2024 se confirmaron 107 casos, concentrados en la segunda mitad del año. Durante 2025 se confirmaron 157 casos. Entre la semana 1 y 24 de 2026 se confirmaron 11 casos (Gráfico 2).

Gráfico 2. Casos confirmados de mpox según semana epidemiológica de fecha mínima[29]. Argentina, SE21/2022 a SE24/2026. (N=1.423)



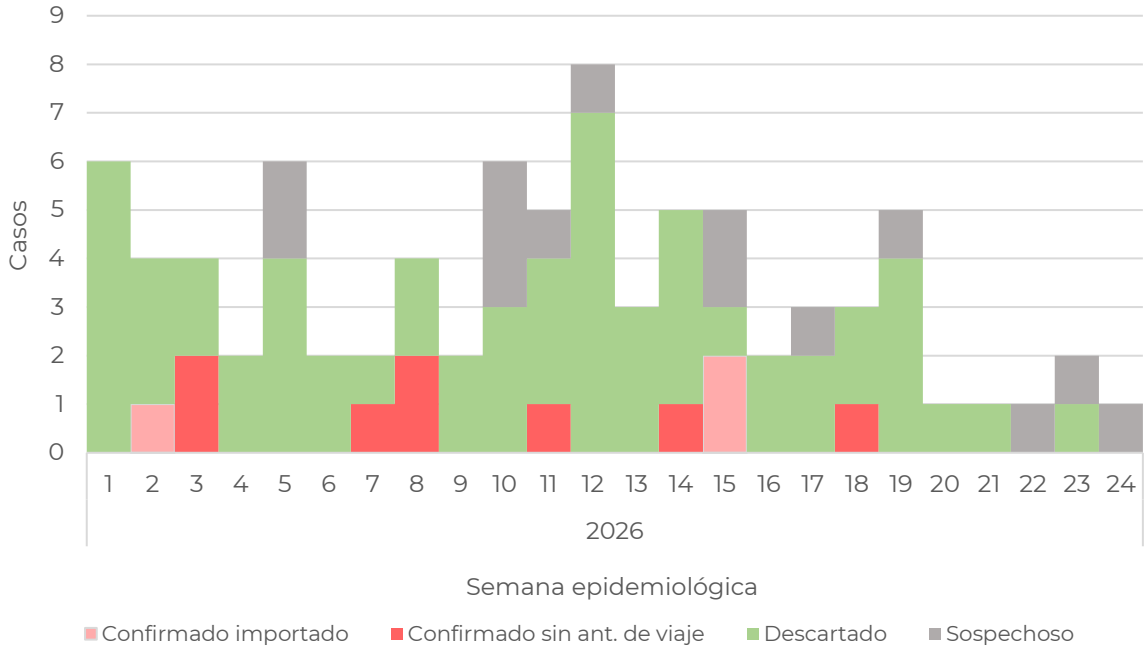
Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS2.0

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

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

Respecto de la última actualización (SE 20/2026), no se confirmaron casos nuevos. No se detectaron casos nuevos en las últimas seis semanas.

Gráfico 3. Casos notificados de mpox según clasificación y antecedente de viaje por semana epidemiológica de fecha mínima. Argentina, SE1 a SE24/2026. (N=83)



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).

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.

VI.4. Recomendaciones para el equipo de salud

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

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

- No se recomienda la vacunación masiva ni de la población general. La vigilancia epidemiológica debe intensificarse para identificar a las personas con mayor riesgo de

infección y, por lo tanto, definir prioridades en caso de disponibilidad de vacunación. Actualmente, la principal medida de salud pública para interrumpir la transmisión es la identificación efectiva de casos, junto con la implementación de aislamiento, y el rastreo de contactos.

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

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

VI.5. Vigilancia Epidemiológica

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

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

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

Ante la reciente confirmación de 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.

VI.5.A. DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES DE CASO

Caso sospechoso

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

Ó

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

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

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

Ó

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

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

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

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

Caso confirmado

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

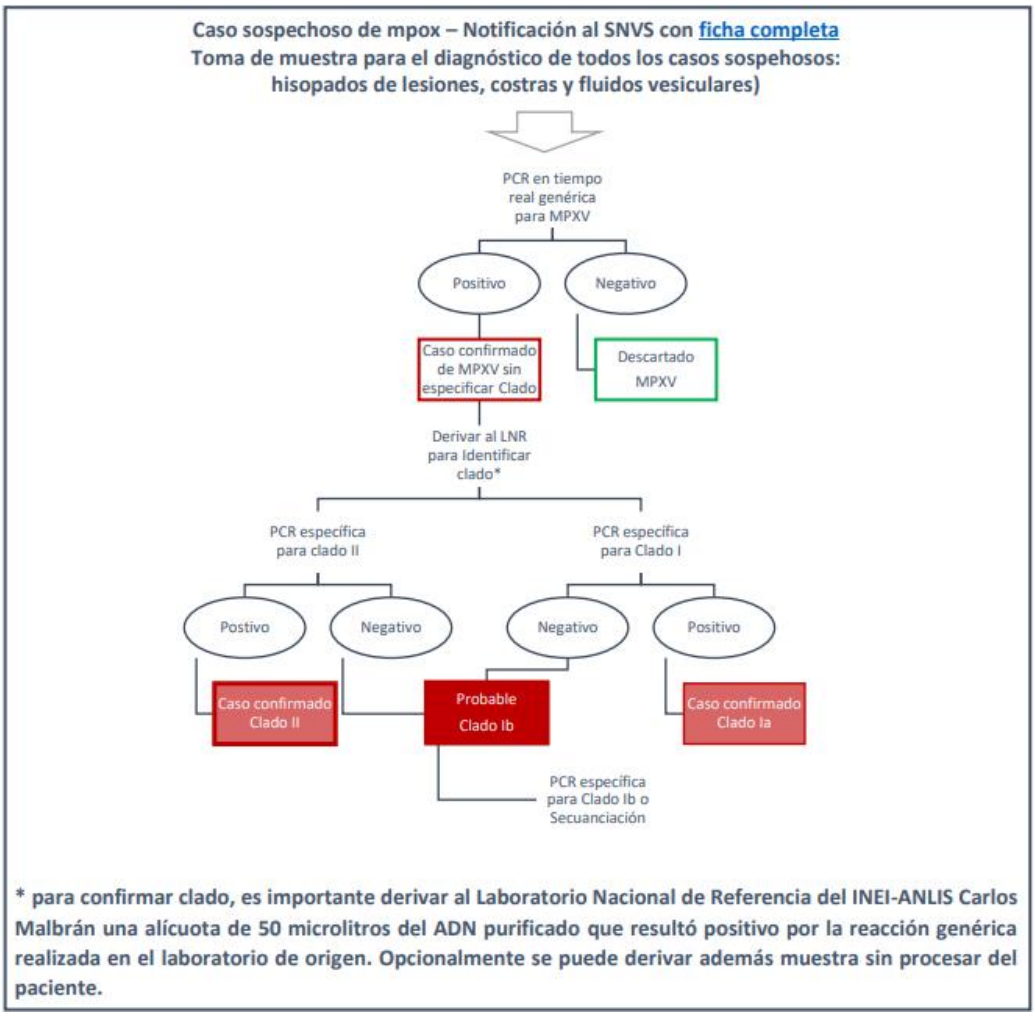
Ante la detección de un caso sospechoso se debe tomar muestras para el diagnóstico etiológico y enviarlas al laboratorio que corresponda. Las muestras deben ser manipuladas de manera segura por personal capacitado que trabaje en laboratorios debidamente equipados. Para minimizar el riesgo de transmisión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

VI.5.B. NOTIFICACIÓN

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

VI.6. Algoritmo de diagnóstico y notificación de mpox

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



VI.7. Medidas ante casos sospechosos

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

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

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

VI.8. Medidas ante contactos

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

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

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

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

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

Ficha de notificación:

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

Más recomendaciones e información en:

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

ALERTAS Y COMUNICACIONES **INTERNACIONALES**

VII. Introducción

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

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

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

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

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

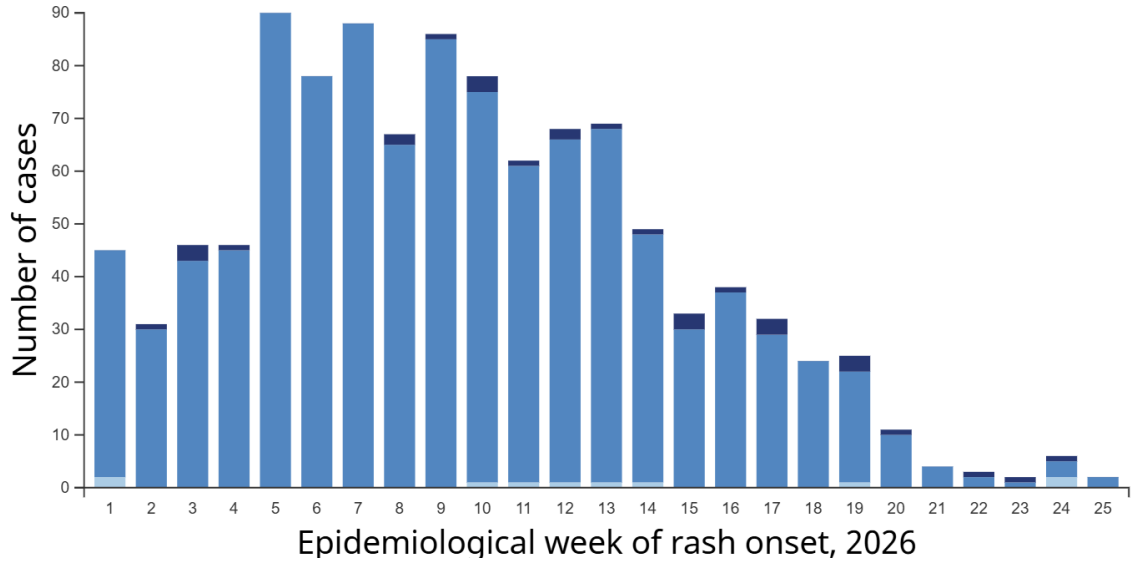
VII.1. Sarampión - Situación epidemiológica regional

VII.1.A. CANADÁ[30]

En 2026, se han notificado un total de 1.083 casos de sarampión (1.002 confirmados, 81 probables) en 7 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Escocia, Ontario, Quebec y Saskatchewan), hasta el 27 de junio del 2026.

En la semana 25 (del 21 al 27 de junio del 2026), se notificaron 4 nuevos casos de sarampión (4 confirmados y 0 probables).

Figura 1. Curva epidemiológica de casos de sarampión, por semana epidemiológica de inicio de la erupción y fuente de exposición, 2026 (n=1.083)



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

Al 9 de julio de 2026, se notificaron 2.231casos confirmados de sarampión en los Estados Unidos durante 2026. De estos, 2.218 casos fueron reportados por 42 jurisdicciones: Alaska, Arizona, California, Colorado, Connecticut, Distrito de Columbia, Florida, Georgia, Idaho, Illinois, Kansas, Kentucky, Luisiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Misuri, Montana, Nebraska, Nueva Jersey, Nuevo México, Ciudad de Nueva York, Estado de Nueva York, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregón, Pensilvania, Rhode Island, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, Wisconsin y Wyoming. Se notificaron 13 casos de sarampión en visitantes internacionales a los Estados Unidos.

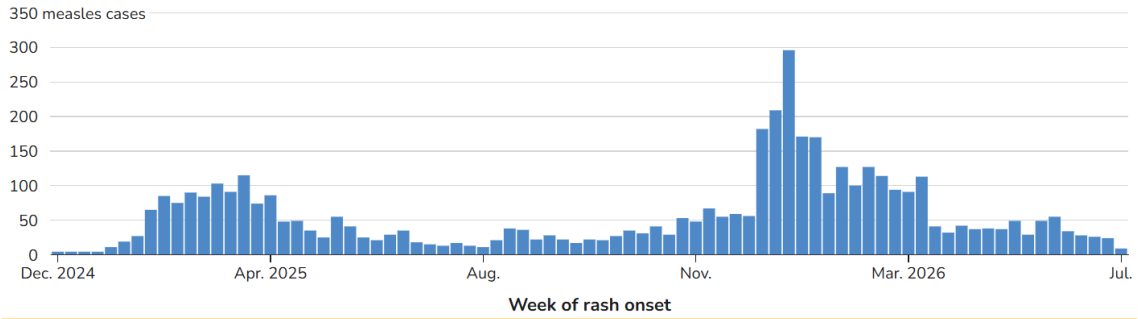
Se han notificado 32 nuevos brotes en 2026, y el 93% de los casos confirmados (2.082 de 2.231) están asociados a brotes (717 correspondientes a brotes en 2026 y 1.365 a brotes que comenzaron en 2025).

En el año 2025, se notificaron un total de 2.289 casos confirmados de sarampión. Un total de 25 casos confirmados de sarampión fueron de visitantes internacionales a los Estados Unidos.

En 2026 no ha habido muertes confirmadas, mientras que en el 2025 se registraron 3.

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

Figura 1. Casos semanales de sarampión según la fecha de inicio del exantema. 2025-2026 (hasta 09/07/26).

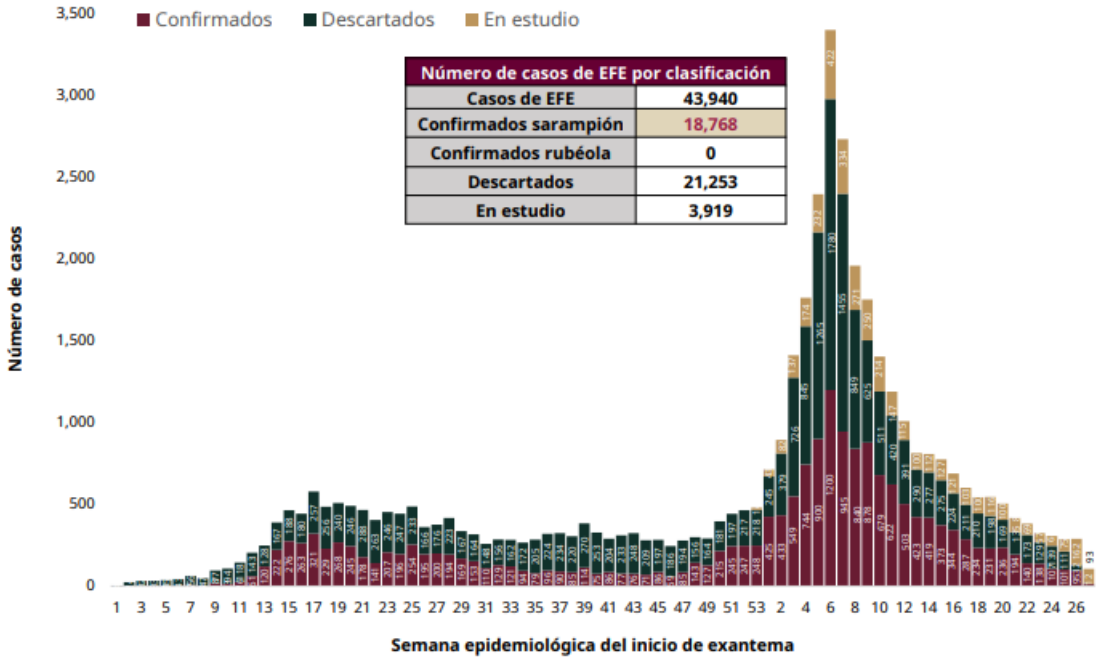


VII.1.C. MÉXICO[32]

Al 11 de junio, se han reportado 18.768 casos confirmados de sarampión acumulados desde el comienzo del brote. El grupo de edad más afectado es de 1 a 4 años (2.489 casos), seguido del grupo el de 25 a 29 años (2.194 casos) y por último el de 5 a 9 años (2.136 casos).

Se han reportado 44 fallecimientos a la fecha.

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



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

VII.1.D. PERÚ[33]

Al 18/06/2026 la República del Perú cuenta con 737 casos confirmados correspondientes al año 20026. No se registran fallecimientos a la fecha.

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

Figura 1. Notificación de casos confirmados de sarampión-rubeola, 2026 (n=557)

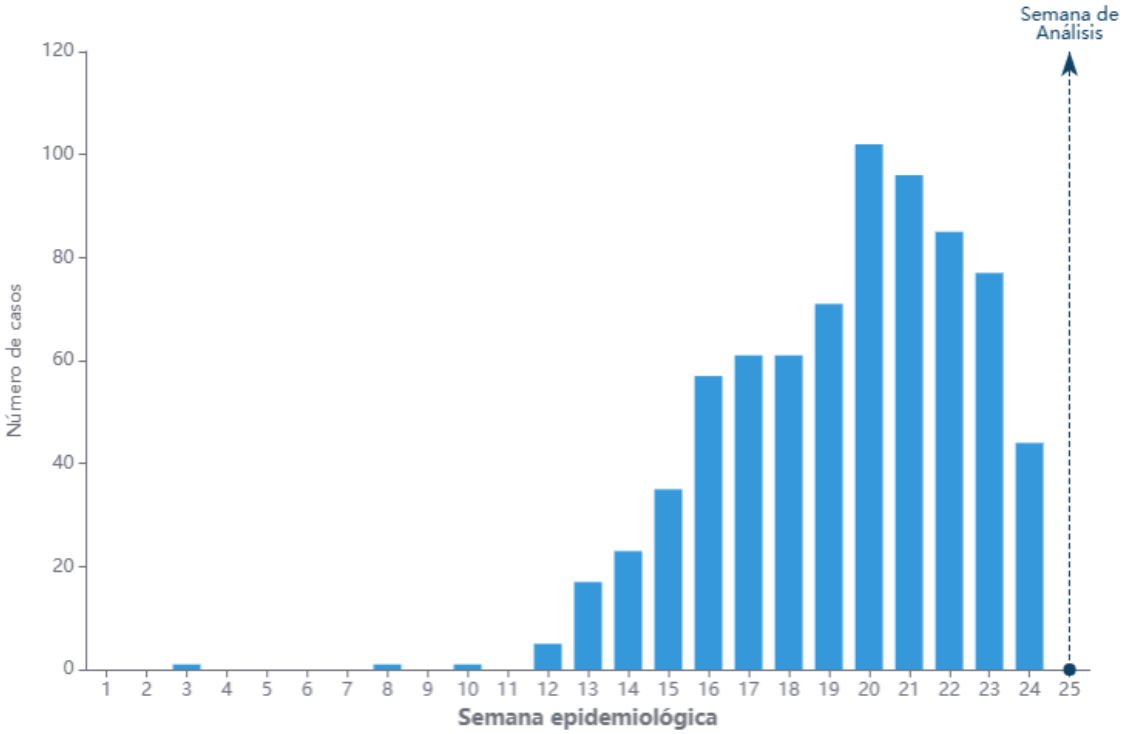
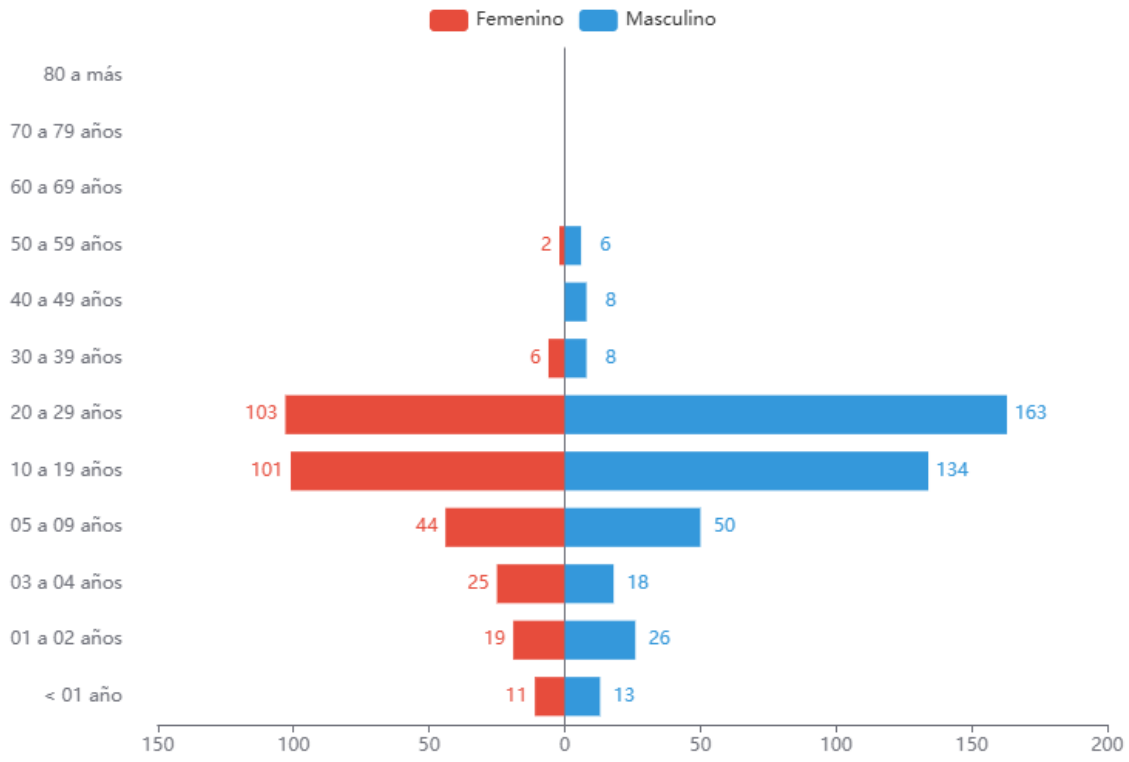


Figura 2. Distribución acumulada por sexo y grupo de edad, 2026.



VII.2. Alerta Epidemiológica Dermatofilosis por Dermatophilus congolensis

Recibido a través del CNE el 09/07/2026

VII.2.A. RESUMEN DE LA SITUACIÓN A NIVEL GLOBAL

Entre diciembre del 2025 y junio del 2026, se han identificado algunos conglomerados de enfermedades cutáneas causados por D. congolensis en países europeos en situaciones sin antecedentes de contacto con animales en Alemania (n= 17), Austria (n= 17), España (n= 14), Francia (n= 40), Noruega (n= 10) y Suecia (n= 4). La mayoría de estos brotes se han asociado con una posible transmisión de persona a persona mediante contacto sexual, predominantemente en hombres que tienen sexo con hombres, especialmente en individuos que reportan asistencia a establecimientos dedicados para encuentros sexuales. En consecuencia, la transmisión de persona a persona mediante contacto estrecho representa el mecanismo relevante en este contexto. Los casos reportados en Noruega se relacionaron con la participación en actividades de artes marciales, lo que sugiere que el contacto físico estrecho sostenido constituye un factor de riesgo significativo.

El cuadro clínico reportado a la fecha de la publicación de esta alerta consiste en lesiones cutáneas leves y localizadas, como pápulas, pústulas y vesículas, lesiones escamosas o foliculitis, que afectan principalmente al área genital, perianal, inguinal y facial, así como los muslos y el tronco. La mayoría de los casos no presentaron síntomas sistémicos y respondieron positivamente a tratamientos tópicos o antibióticos orales, presentando mejoría completa y recuperación sin secuelas.

Se realizó secuenciación del genoma completo (WGS, por sus siglas en inglés) en 16 aislamientos públicamente disponibles provenientes de pacientes de Francia (n= 9 aislamientos) y España (n= 7 aislamientos). Los resultados evidenciaron una relación genética estrecha entre los aislamientos de ambos países, con distancias de polimorfismos de un solo nucleótido (SNP, por sus siglas en ingles) de 0 a 4 entre pares. Asimismo, se llevaron a cabo comparaciones filogenéticas entre estos aislamientos y genomas disponibles públicamente de Dermatophilus congolensis como la cepa de referencia biológica para esta bacteria, DSM 44180 procedente de la República Democrática del Congo. Estas comparaciones demostraron que los aislamientos del estudio conformaron un conglomerado diferenciado, claramente separado de las cepas zoonóticas previamente descritas, con una distancia mínima de 20.410 SNP respecto al genoma de referencia más cercano, mientras que en comparación con la cepa de referencia fue de 58,7%, también por debajo del umbral del 70% establecido para la delimitación de especies. Estos hallazgos indican que los aislamientos analizados son genéticamente distintos de las cepas de D. congolensis descritas hasta la fecha y son consistentes con la posible identificación de una nueva especie dentro del género Dermatophilus, lo cual requerirá una caracterización taxonómica adicional para su definición formal.

VII.2.B. IMPLICACIONES DE SALUD PÚBLICA

La información epidemiológica y genómica de los brotes europeos descritos sugiere un posible cambio en los patrones de transmisión, y señala el contacto físico cercano como la vía más probable de transmisión. Sin embargo, no se puede excluir, por el momento, la posibilidad de transmisión indirecta mediante superficies contaminadas, fómites o textiles compartidos, como lo documentado entre animales.

Esta situación podría implicar un mayor riesgo de exposición en determinadas prácticas que impliquen contacto físico estrecho, como deportes de contacto o relaciones sexuales en ambientes con alta humedad, como saunas o casas de baños.

VII.2.C. RESUMEN DE LA SITUACIÓN EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

En la Región de las Américas, la dermatofilosis está descrita principalmente como una enfermedad de bovinos, ovinos, caprinos y otros mamíferos domésticos y silvestres. En humanos, los reportes publicados han sido esporádicos, incluidos cuatro casos descritos en Brasil, asociados a exposición zoonótica. Si bien la información disponible sugiere que la infección humana ha sido históricamente infrecuente, los recientes eventos notificados en Europa resaltan la importancia de fortalecer la vigilancia integrada bajo un enfoque de Una Salud.

La situación de riesgo actual en la Región de las Américas podría considerarse baja, debido a la ausencia de casos reportados de dermatofilosis relacionados con transmisión por contacto cercano o sexual. Sin embargo, la realización de eventos masivos en la región durante estos meses podría generar condiciones que favorezcan una mayor interacción física cercana, por lo que se recomienda mantener una vigilancia continua de la situación epidemiológica.

Debido a que han sido identificados estos brotes de dermatofilosis inusuales en Europa, se recomienda a las autoridades sanitarias concientizar y entrenar a los profesionales de la salud y laboratorios para, tras la sospecha clínica y toma de muestra, facilitar la confirmación microbiológica y la caracterización genómica.

Fuente: https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-dermatofilosis-por-dermatophilus-congolensis-9-julio-2026

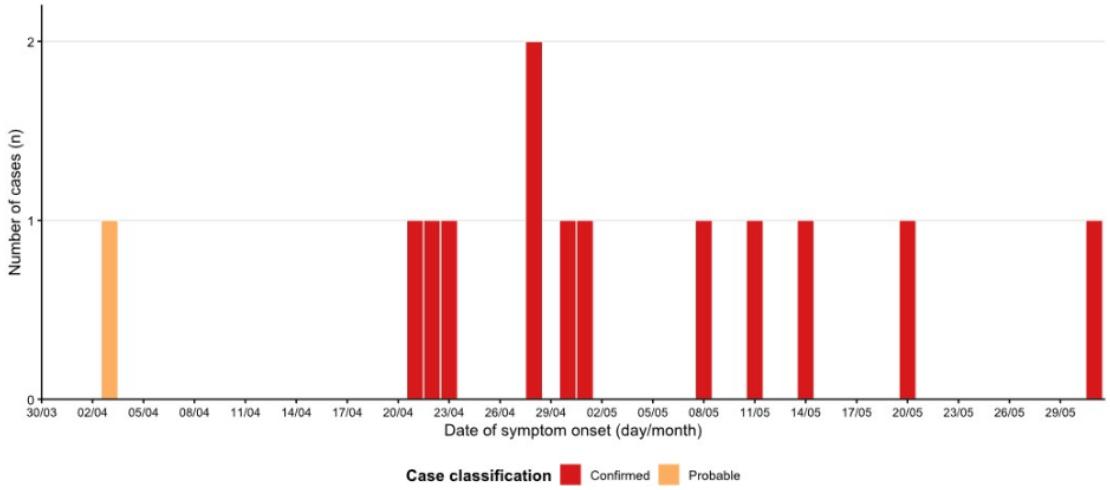
VII.3. Brote de hantavirus vinculado a un viaje en crucero, múltiples ubicaciones.

Recibido a través del CNE el 02/07/2026

Al 2 de julio, se habían notificado 13 casos vinculados al crucero a nivel mundial (12 confirmados y 1 probable), incluidos tres fallecimientos (2 casos confirmados y 1 probable). La tasa de letalidad del brote hasta la fecha es del 23%. Desde la publicación de la última actualización de Disease Outbreak News el 28 de mayo de 2026, se confirmó por laboratorio la infección por el virus Andes (ANDV) en un caso probable de Tristán da Cunha, que desarrolló signos y síntomas después de desembarcar del crucero. La detección temprana y el aislamiento del caso evitaron una mayor transmisión del virus; sin embargo, la limitada capacidad diagnóstica de la isla retrasó la confirmación del caso hasta que una muestra fue enviada y analizada en el Reino Unido. El paciente se recuperó y fue dado de alta.

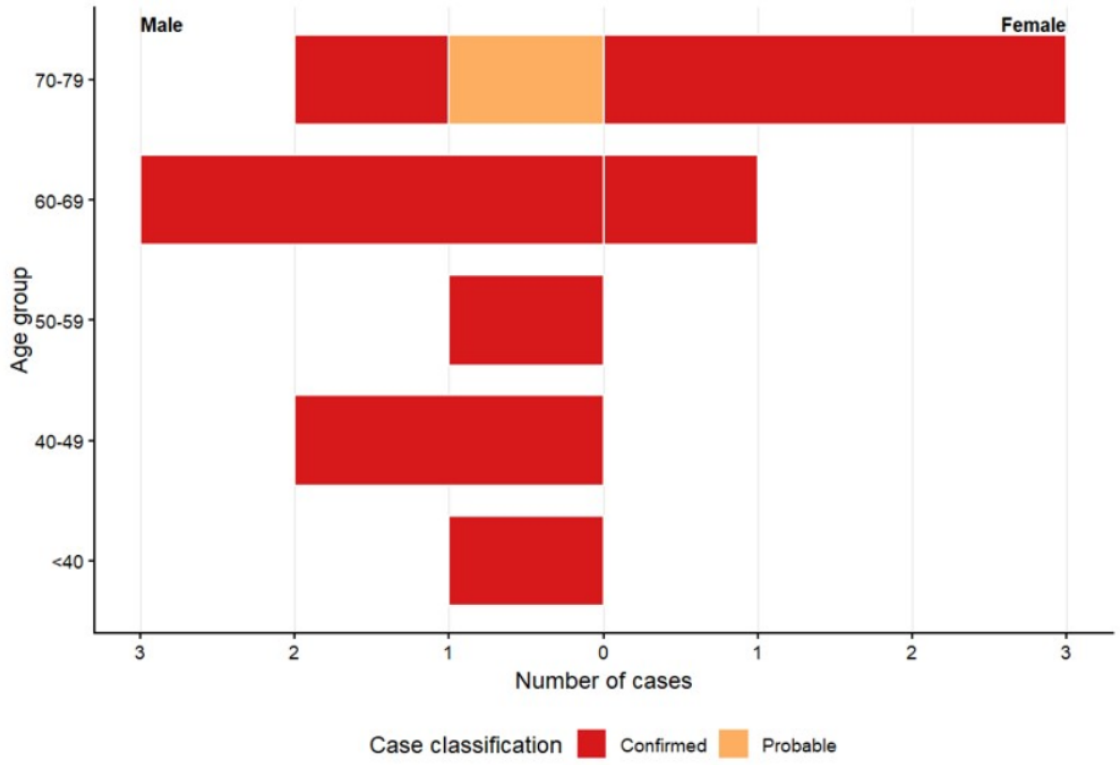
Entre los casos confirmados que requirieron hospitalización, ocho se recuperaron y fueron dados de alta, mientras que dos —uno en Sudáfrica y otro en Francia— continúan hospitalizados. Los 13 casos corresponden a personas que viajaron a bordo del M/V Hondius.

Figura 1. Curva epidemiológica de los casos de hantavirus Andes (n = 13) notificados a la OMS al 2 de julio de 2026.



Nueve de los casos notificados correspondieron a personas de sexo masculino y cuatro a personas de sexo femenino. La mediana de edad fue de 65 años (RIC: 56–70), similar a la mediana de edad de los pasajeros a bordo del buque (figura 2). Las edades de los tres casos fallecidos fueron de 69, 70 y 79 años.

Figura 2. Distribución de los casos de hantavirus Andes (n = 13) por edad y sexo notificados a la OMS al 2 de julio de 2026



La información disponible hasta el momento sugiere que la infección de los casos iniciales probablemente fue adquirida en tierra antes del embarque, aunque la fuente exacta y la vía de exposición aún no han sido determinadas. Posteriormente, se habría producido transmisión de persona a persona a bordo del buque. Las investigaciones continúan en curso para establecer las circunstancias y el origen del brote, incluyendo la secuenciación genómica de muestras de virus Andes (ANDV) provenientes de casos detectados por la vigilancia en Chile y Argentina. Los resultados serán publicados tan pronto como estén disponibles.

Este brote fue gestionado mediante una respuesta internacional coordinada, que incluyó investigaciones epidemiológicas exhaustivas, aislamiento de casos y manejo clínico, evacuaciones médicas, pruebas de laboratorio, repatriación de pasajeros y tripulación del buque, rastreo internacional de contactos, así como medidas de cuarentena y monitoreo.

La identificación y el seguimiento de contactos de los casos de hantavirus vinculados al crucero se llevaron a cabo en 33 países y territorios de ultramar. Esto incluyó a pasajeros y miembros de la tripulación a bordo del buque, contactos del caso de Tristán da Cunha, contactos de dos vuelos internacionales diferentes, trabajadores de la salud y personal aeroportuario que asistieron a los casos antes de la detección del brote. Al 2 de julio de 2026, un total de 317 contactos de alto riesgo habían completado la cuarentena y el monitoreo bajo la supervisión de las autoridades sanitarias locales de los países y territorios donde fueron repatriados, evacuados o identificados. Asimismo, 336 contactos de bajo riesgo completaron el automonitoreo de acuerdo con la guía actualizada para el manejo de contactos de casos de virus Andes (ANDV) vinculados al crucero M/V Hondius, publicada el 17 de mayo de 2026.

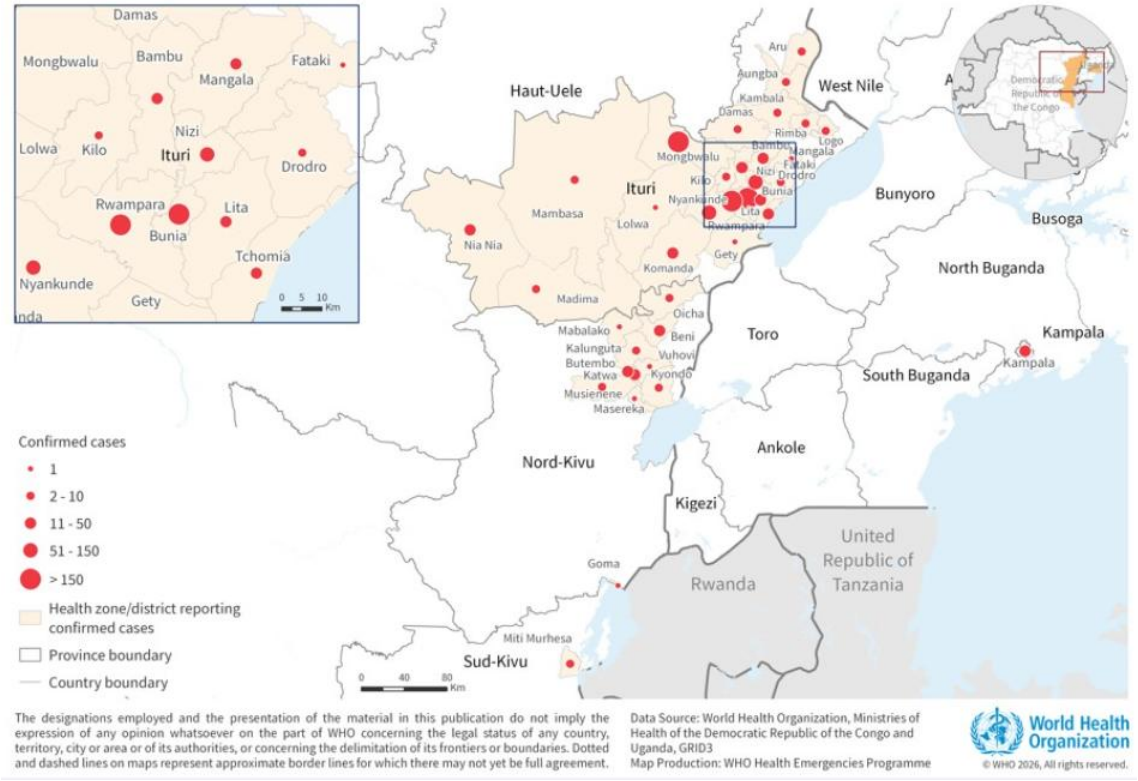
Fuente: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON611

VII.4. Enfermedad por el virus del Ébola causada por el virus Bundibugyo, República Democrática del Congo y Uganda.

Recibido a través del CNE el 03/07/2026

Desde la publicación de la última actualización de Disease Outbreak News, el 19 de junio de 2026, el número de casos confirmados y de fallecimientos aumentó rápidamente en la República Democrática del Congo. En total, se notificaron 1481 casos confirmados: 1460 en la República Democrática del Congo, 20 en Uganda y uno en Francia, vinculado con la República Democrática del Congo. Asimismo, se registraron 454 fallecimientos, incluidos dos en Uganda. Al menos 229 pacientes se recuperaron de la enfermedad: 213 en la República Democrática del Congo y 16 en Uganda.

Figura 1. Distribución de los casos confirmados de enfermedad por el virus Bundibugyo en la República Democrática del Congo al 1 de julio y en Uganda al 2 de julio.



República Democrática del Congo

Desde la publicación de la última actualización de Disease Outbreak News, el 19 de junio, se notificaron en la República Democrática del Congo 564 casos confirmados adicionales, incluidos 220 fallecimientos confirmados. Este incremento se debe, en parte, a la ampliación de las actividades de vigilancia, así como al fortalecimiento de la capacidad de diagnóstico y de realización de pruebas de laboratorio.

Al 1 de julio de 2026, se habían notificado un total de 1460 casos confirmados, incluidos 452 fallecimientos (tasa de letalidad bruta del 30,9%). Hasta el momento, 213 pacientes se han recuperado. Los casos se notificaron en 36 zonas de salud: 24 de las 36 zonas de la provincia de Ituri, 11 de las 35 zonas de Kivu del Norte y una de las 34 zonas de Kivu del Sur. Hasta la fecha, se notificaron 102 casos confirmados, incluidos 25 fallecimientos, entre trabajadores de la salud y de atención sanitaria.

De las 36 zonas de salud afectadas, el brote permanece activo en 21, donde se notificaron casos durante los últimos 21 días. Las zonas restantes no registraron nuevos casos en ese período. En los últimos 21 días se notificaron 838 casos confirmados, incluidos 314 fallecimientos confirmados.

La provincia de Ituri continúa siendo la más afectada, concentrando el 91,3% (1333/1460) de todos los casos confirmados y el 84% (380/452) de todos los fallecimientos notificados en el país. Dentro de esta provincia, el mayor número de casos confirmados se registró en las zonas de salud de Bunia (416 casos), Rwampara (308), Mongbwalu (270), Nyankunde (95) y Nizi (65). Al 1 de julio, el brote se había extendido a tres zonas de salud adicionales de la provincia. Como resultado de las investigaciones epidemiológicas, el 30 de junio se notificaron tres casos confirmados con antecedente de viaje desde la zona de salud de Nia Nia (Ituri) en la zona de salud de Wamba, provincia de Haut-Uélé, y en Kisangani, provincia

de Tshopo. Estos casos fueron registrados bajo la zona de salud de Nia Nia. Las actividades de respuesta, incluido el rastreo y seguimiento de contactos, continúan en ambas provincias. Del total de casos confirmados, 17 aún no han sido asignados a una zona de salud específica.

Al 1 de julio, se habían identificado 10 821 contactos que permanecían bajo seguimiento: 8376 en Ituri y 2445 en Kivu del Norte. De ellos, 8954 habían sido efectivamente seguidos, lo que corresponde a tasas de seguimiento del 83,2% en Ituri y del 81% en Kivu del Norte. Los contactos previamente identificados en la provincia de Kivu del Sur completaron los 21 días de seguimiento. Además, se identificaron 107 contactos del caso notificado en Francia, quienes se encuentran bajo seguimiento en Kinshasa.

El brote se desarrolla en un contexto humanitario complejo y afectado por conflictos, caracterizado por poblaciones altamente móviles y, con frecuencia, desplazadas, con acceso limitado a servicios básicos como alimentos, agua potable, refugio, atención sanitaria y protección. Esta situación incrementa el riesgo de transmisión entre las personas que viven en campamentos de desplazados internos con condiciones de hacinamiento. Estas circunstancias, sumadas al aumento de incidentes de seguridad que afectan a los establecimientos de salud, generan desafíos operativos adicionales en las provincias afectadas, como restricciones en el acceso de los equipos de respuesta, interrupciones de las actividades de vigilancia y control, y un mayor riesgo de transmisión no detectada. Estas condiciones ponen de manifiesto la necesidad de que las acciones de respuesta sean lideradas por referentes locales y se encuentren estrechamente articuladas con las comunidades.

Figura 2. Número de casos confirmados (n = 1460) de enfermedad por el virus Bundibugyo en la República Democrática del Congo, según fecha de notificación, al 1 de julio de 2026.

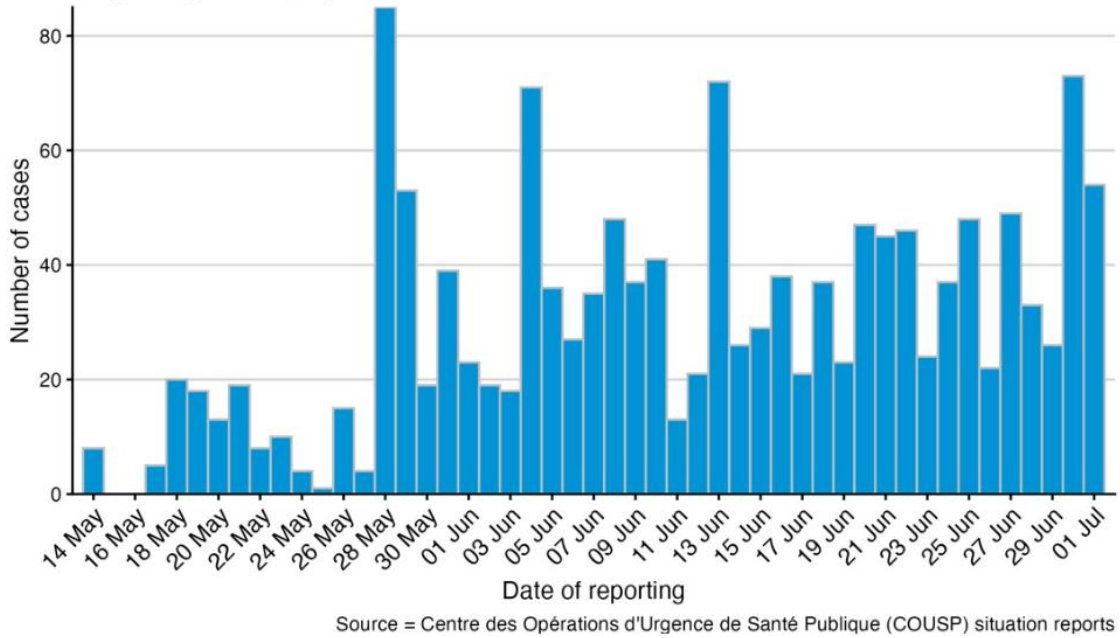
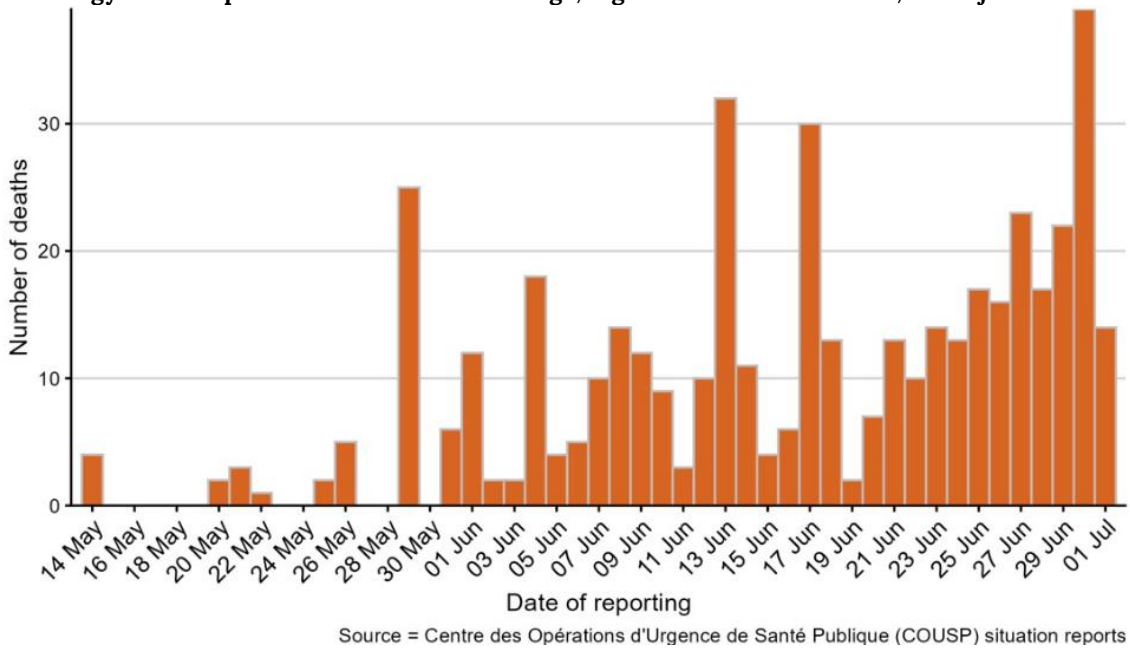


Figura 3. Número de fallecimientos entre los casos confirmados (n = 452) de enfermedad por el virus Bundibugyo en la República Democrática del Congo, según fecha de notificación, al 1 de julio de 2026.

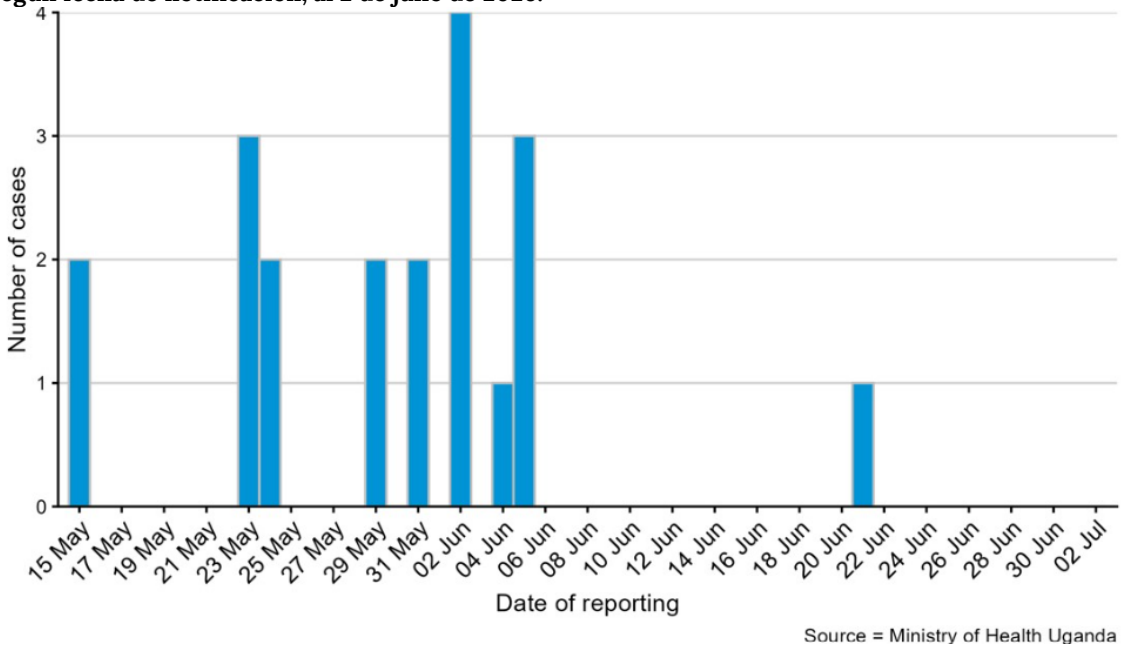


Uganda

El último caso confirmado fue identificado el 21 de junio de 2026. Al 2 de julio de 2026, se habían notificado de manera acumulada 20 casos confirmados, incluidos dos fallecimientos en casos importados —notificados el 15 de mayo y el 5 de junio—, y un caso probable fallecido. De los casos confirmados, 15 fueron importados, mientras que cinco correspondieron a casos secundarios entre contactos y trabajadores de la salud vinculados con casos importados desde la República Democrática del Congo. Los casos fueron notificados en dos distritos, Kampala y Wakiso, ambos pertenecientes al área metropolitana de Kampala. Hasta la fecha, no se ha documentado transmisión comunitaria en Uganda. Los riesgos de exposición se encuentran asociados con los entornos de atención sanitaria y los movimientos transfronterizos. Tras la reclasificación de los casos, el número de trabajadores de la salud afectados se revisó de cinco a cuatro. En total, se notificaron 16 personas recuperadas hasta la fecha.

De los 831 contactos identificados al 28 de junio, 821 habían completado el período de seguimiento de 21 días al 2 de julio.

Figura 4. Número de casos confirmados (n = 20) de enfermedad por el virus Bundibugyo en Uganda, según fecha de notificación, al 2 de julio de 2026.



Francia

El 24 de junio de 2026, las autoridades francesas notificaron a la OMS un caso confirmado por laboratorio de enfermedad por el virus del Ébola causada por el virus Bundibugyo en un médico de mediana edad que regresaba de la República Democrática del Congo. El paciente había permanecido durante cinco semanas en la provincia de Ituri, donde participó en la atención de pacientes con enfermedad por el virus Bundibugyo.

A su llegada al aeropuerto Charles de Gaulle el 23 de junio de 2026, el paciente informó espontáneamente la presencia de síntomas a las autoridades sanitarias aeroportuarias, lo que motivó su aislamiento inmediato y la derivación a un establecimiento sanitario de alta contención designado.

Al momento de la notificación, el paciente se encontraba clínicamente estable y afebril, sin haber presentado vómitos, diarrea ni manifestaciones hemorrágicas durante el viaje. La prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) detectó el virus Bundibugyo. Se iniciaron actividades exhaustivas de rastreo de contactos tanto en la República Democrática del Congo como en Francia.

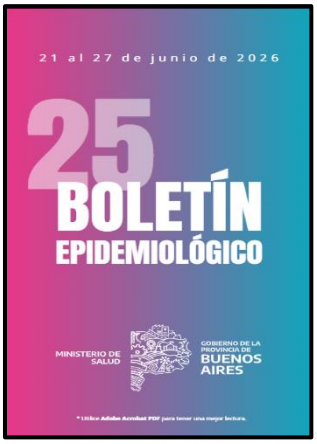
Fuente: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON612

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

VIII. Boletines Jurisdiccionales

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

En la PBA se registra desde la semana del 22 de marzo (SE 12) un aumento en las internaciones por IRA asociado principalmente a la detección de Influenza A. Entre las muestras positivas en las se obtuvo el subtipo se evidencia un franco predominio de Influenza A(H3N2). Se registra también un nivel bajo pero estable de detecciones de VSR y SARS-CoV-2.



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



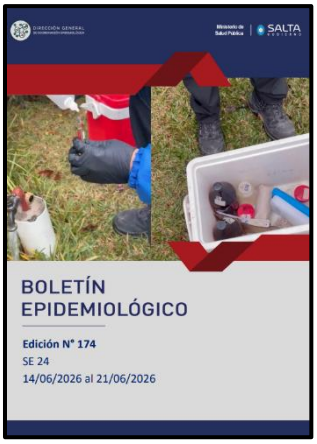
Fuente. SNVS 2.0. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes. Ministerio de Salud de la PBA.

Para más información:

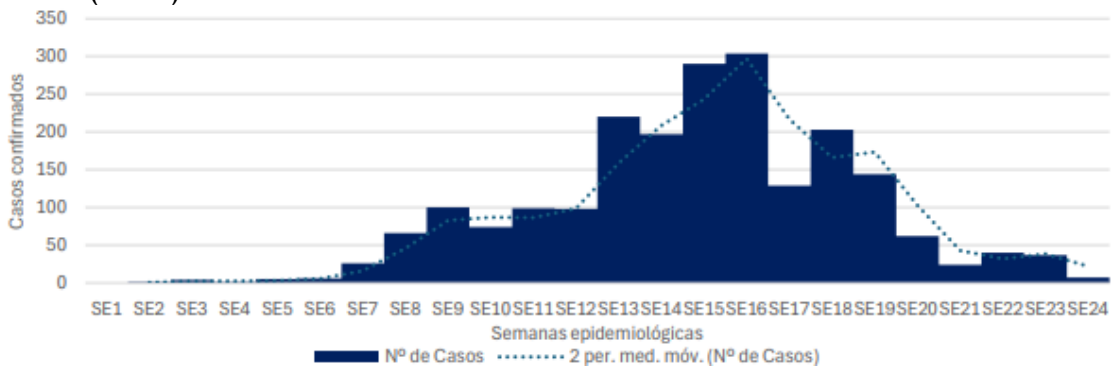
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

VIII.2. Salta: Chikungunya

En la Provincia de Salta hasta la SE 24, se notificaron 2137 casos confirmados tomando como referencia los resultados de las determinaciones de laboratorio para fiebre chikungunya. El primer caso se confirmó en la SE 2, varón de 16 años, residente en Rosario de la Frontera. Presentó antecedente de viaje a Santa Cruz de la Sierra (Bolivia).



Chikungunya : casos confirmados por semana epidemiológica. (SE 1 hasta SE 24). Año 2026. Provincia de Salta (n=2137).



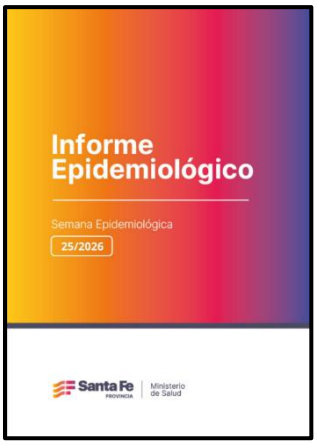
Fuente: Elaboración propia del Prog. de Sala de Situación de la D.G.C.E. en base a información proveniente de SNVS 2.0. NOTA: 2 per.med. móv. = media de casos entre dos semanas epidemiológicas.

Para más información:

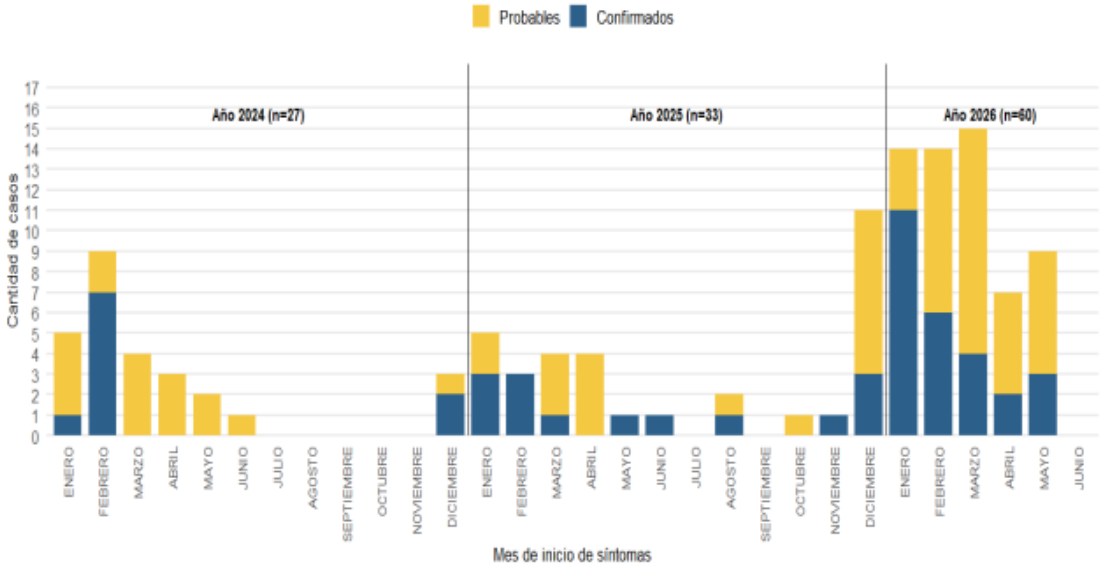
http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/

VIII.3. Santa Fe: Psitacosis

En lo que va del 2026 (SE1/2026 a SE25/2026) fueron notificados 118 casos de Psitacosis, de los cuales 60 casos (51%) corresponden a casos confirmados o probables.



Distribución de casos confirmados (n= 50) y probables (n= 70) de Psitacosis según mes de inicio de síntomas. Provincia de Santa Fe. Período 2024-2026 (hasta SE25/2026). N= 120



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

Para más información:

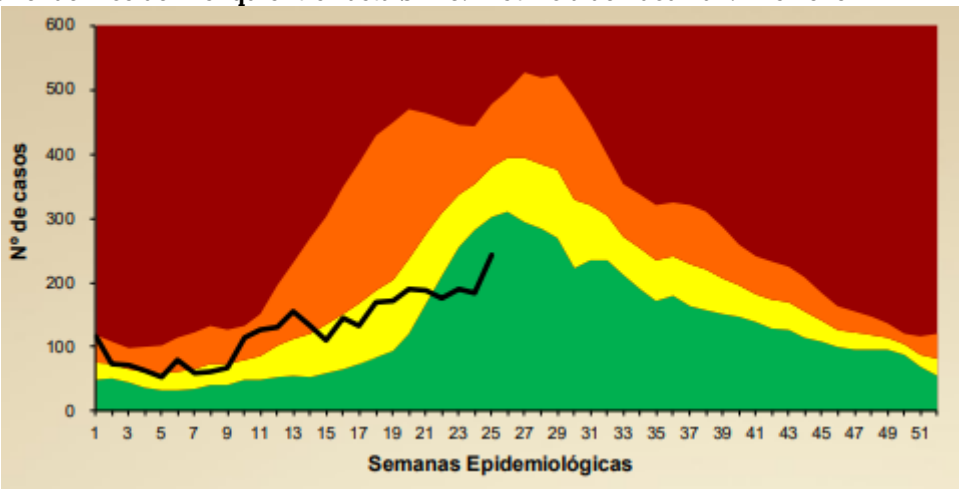
https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/(subtema)/93802

VIII.4. 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 25 se notificaron 242 casos.



Corredor endémico de Bronquiolitis hasta SE 25. Provincia de Tucumán. Año 2026



Fuente: SNVS – Dirección de Epidemiología

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS
PARA VIGILANCIA

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

Con el fin de mantener a los equipos técnicos de vigilancia actualizados sobre los cambios, mejoras y modificaciones en la configuración de eventos en el SNVS 2.0, en este número se publican las realizadas en **julio** 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**
Julio	Esporotricosis	Evento	Clasificación de caso	Se adiciona: "Caso descartado".

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



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

Duración: 30 horas

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

XI. Curso Vigilancia y notificación de Dengue



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

Duración: 30 horas

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