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



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **822**

Semana epidemiológica 32
AÑO 2026
Desde 09/08 al 17/08
Fecha de publicación
24/08/2026

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

La vacunación es una de las principales medidas de prevención que se utilizan para evitar enfermedades que pueden ser graves para nuestra salud. Imagen ilustrativa libre de derechos.

Cómo citar este boletín

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2026). Boletín Epidemiológico Nacional N°822, SE 32.

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

El Boletín Epidemiológico Nacional correspondiente a la Semana Epidemiológica 32 reúne en esta edición información actualizada sobre los principales eventos de notificación obligatoria, integrando datos provenientes de la vigilancia nacional, regional y jurisdiccional, junto con herramientas y comunicaciones relevantes para el seguimiento de la situación epidemiológica.

En este número se presenta la Actualización de la tabla de eventos priorizados, con la fundamentación y metodología de análisis, los criterios para la clasificación de la situación epidemiológica y la visualización de los casos según semanas epidemiológicas 2022-2026. Dentro de Eventos priorizados, se incluye la vigilancia de infecciones respiratorias agudas, con la situación regional de influenza y otros virus respiratorios, la síntesis de la información nacional, la vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados y la vigilancia de personas internadas y fallecidas. También se presenta la subtipificación y caracterización genómica de Influenza en el Laboratorio Nacional de Referencia, junto con las recomendaciones para la prevención y control, la vigilancia epidemiológica, la vacunación antigripal y el tratamiento antiviral.

Asimismo, se actualiza la Vigilancia de dengue y otros arbovirus, incorporando la situación regional y del Cono Sur, el inicio de la temporada de dengue 2026/2027 en Argentina, la estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada 2025-2026 y la situación de fiebre chikungunya, incluyendo el informe de fin de temporada 2025/2026.

En Alertas y comunicaciones internacionales, se presenta la situación epidemiológica regional del sarampión, con información sobre Canadá, Estados Unidos de América y México, junto con la Alerta Epidemiológica de Sarampión en la Región de las Américas. Por su parte, Destacados en boletines jurisdiccionales reúne información de Buenos Aires sobre triquinosis, Chubut sobre neumonía, Santa Fe sobre infecciones respiratorias agudas, Salta sobre chikungunya y Tucumán sobre bronquiolitis en menores de dos años.

Finalmente, la sección Herramientas para vigilancia incorpora el listado de modificaciones en las codificaciones auxiliares del SNVS 2.0. La articulación de estos contenidos permite sostener una vigilancia epidemiológica actualizada, favoreciendo el intercambio de información y el análisis de los eventos para orientar las acciones de prevención, control y respuesta en salud pública.

Contenido

I. Editorial del BEN 811 **5**
II. Sobre este BEN **6**

TABLA DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS **8**
III. Actualización de la tabla de eventos priorizados **9**
III.1. Fundamentación 9
III.2. Metodología de análisis 9
III.2.A. Sobre la construcción de la tabla 9
III.2.B. Clasificación de la situación epidemiológica 9
III.2.C. Visualización de los casos según semanas epidemiológicas 2022-2026 10
III.2.D. Notas generales sobre la presentación de los eventos 10
III.3. Utilidad para la vigilancia epidemiológica 10

EVENTOS PRIORIZADOS **12**
IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas **13**
IV.1. Nota Metodológica 13
IV.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 13
IV.3. Síntesis de la información nacional destacada 13
IV.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados 14
IV.4.A. Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI 14
IV.4.B. Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave -IRAG 17
IV.5. Subtipificación y caracterización genómica de Influenza en el Laboratorio Nacional de Referencia 20
IV.5.A. Secuenciación genomica de influenza a(h3n2) 2025-2026 21
IV.5.B. caracaterización de casos de influenza recibidos en el lnr desde se1 a se 30/2026. 21
IV.6. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas 25
IV.6.A. Recomendaciones para equipos de salud 25
IV.7. Vigilancia epidemiológica 25
IV.8. Recomendaciones para la población 27
IV.9. Vacunación antigripal 28
IV.10. Tratamiento antiviral 28
V. Vigilancia de dengue y otros Arbovirus **30**
V.1. Situación regional 30
V.1.A. Subregión Cono Sur 30
V.2. Situación de dengue en Argentina 33
V.2.A. inicio de temporada 2026/2027 33
V.3. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026 34
V.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina 35
V.4.A. informe de fin de temporada 2025/26 36

ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES **37**
VI. Introducción **38**
VI.1. Sarampión - Situación epidemiológica regional 39
VI.1.A. Canadá 39
VI.1.B. Estados Unidos de América 39
VI.1.C. México3F 40
VI.2. Alerta Epidemiológica de Sarampión en la Región de las Américas 40

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES **44**
VII. Boletines Jurisdiccionales **45**
VII.1. Buenos Aires: Triquinosis 45
VII.2. Chubut – Neumonía 46
VII.3. Santa Fe: Infecciones respiratorias agudas (IRA) 47
VII.4. Salta – Chikungunya 48
VII.5. Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años 49

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA **50**
VIII. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 **51**

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.

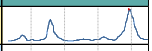
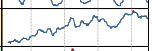
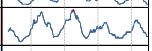
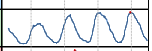
III.3. Utilidad para la vigilancia epidemiológica

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 32 de 2026.

Grupo	Evento	Mediana Acumulado 2022-2025	Acumulado 2026 SE32	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)	168	358	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	3	1	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	0	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Meningitis - Meningoencefalitis	495	516	Dentro de lo esp.	En aumento	
	Poliomielitis - PAF <15 y otros sosp. de polio.	0	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Enf. trans. por vectores	Chagas agudo vectorial	0	2	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Enf. trans. por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	248	430	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	83	97	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	9079	13020	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	234	181	Por debajo de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	105	102	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo)	5	5	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Cisticercosis	6	4	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Escorpionismo o Alacranismo	3269	3991	En aumento	Por debajo de lo esp.	
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	463	555	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chinÍ)	29	24	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	6	7	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Brucelosis	73	91	En aumento	Por debajo de lo esp.	
	Hantavirosis	38	54	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Leptospirosis	105	179	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Psitacosis	72	76	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
Grupo	**Evento**	**Mediana Acumulado 2022-2025**	**Acumulado 2026 SE32**	**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	25	18	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Sífilis Congénita	524	565	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Hepatitis B - Expuesto a la trans. vertical	0	2	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en embarazadas	973	842	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Sífilis en embarazadas	5529	7044	En aumento	Por encima de lo esp.	
	Hepatitis B en embarazadas	33	16	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Hepatitis virales	Hepatitis A	37	62	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Hepatitis B	364	419	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Hepatitis C	746	795	Dentro de lo esp.	En aumento	
	Hepatitis E	4	11	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Infecc. de trans. sexual	Sífilis en población general	17336	31338	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
Infecc. Resp. agudas	Legionelosis	15	17	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	869	884	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	11	15	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Plag. de uso agrícola	8	6	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Plag. de uso doméstico	20	34	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Intoxicación/Exposición a Plomo	8	4	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Monóxido de Carbono	1185	1591	En aumento	Por debajo de lo esp.	
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	4797	7868	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Intento de Suicidio con resultado mortal	237	344	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
Otros eventos de imp. p/ la Salud Pública	Viruela símica (mpox)	81	16	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	6855	8192	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	

Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud 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 30, la actividad de influenza en la Región de las Américas mantiene una tendencia al descenso. En América del Norte se observan bajos niveles de circulación. El Caribe y Centroamérica mantienen una actividad baja, aunque con tendencia al ascenso, con un porcentaje de positividad del 9,6% y 9,9% respectivamente. La Región Andina presenta una tendencia estable, con una positividad del 6,4%. En contraste, en Brasil y el Cono Sur se registra
una disminución sostenida de la actividad, con un porcentaje de positividad del 10,7% en la SE30. A nivel regional, el virus de influenza B es el virus predominante representando el 50,8% del total de muestras positivas para influenza. En el Caribe y Brasil y el Cono Sur predomina la detección de influenza tipo B, mientras que en Centroamérica y la Región Andina predomina la detección de influenza A(H3N2). El VSR muestra una tendencia ascendente principalmente en Centroamérica y Brasil y el Cono Sur. Por su parte, la circulación de SARS-CoV-2 se mantiene estable y en niveles bajos en la mayoría de las subregiones a excepción del Caribe donde alcanza un porcentaje de positividad del 8,2%. Las hospitalizaciones por IRAG y las consultas por ETI muestran una tendencia descendente en todas las subregiones.

IV.3. Síntesis de la información nacional destacada

En relación a la vigilancia de eventos clínicos, los casos de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) presentaron 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 presentaron un aumento desde la SE8, permaneciendo en valores de alerta desde la SE15 hasta la SE22, con un menor número de notificaciones en semanas posteriores. Las bronquiolitis en menores de 2 años permanecen en niveles esperados en el 2026, con tendencia ascendente desde SE15.

En la vigilancia centinela ambulatoria (Unidades de Monitoreo Ambulatorio de Virus Respiratorios, UMA), durante 2026, influenza mostró un incremento de casos y positividad a partir de la SE12, con un máximo en SE21 y posterior descenso; en SE32, la positividad fue del 18,6%. Los casos de SARS-CoV-2 se mantuvieron en niveles bajos durante todo el año. En cuanto al VSR, la positividad aumentó desde SE24 y, en las últimas cuatro semanas analizadas, se detectaron 26 casos positivos entre 350 muestras estudiadas.

[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 la vigilancia centinela de casos hospitalizados por infección respiratoria aguda grave (UC-IRAG), durante las primeras 32 SE de 2026 se registraron 5.013 internaciones. A partir de la SE11 se observó una tendencia ascendente, en coincidencia temporal primero con el aumento de los casos positivos de influenza A(H3N2) y, posteriormente, de VSR, alcanzando el mayor número de internaciones en la SE25. En las últimas cuatro semanas analizadas predominaron las detecciones de VSR, con 263 casos positivos entre los 765 casos de IRAG estudiados, seguido por influenza (n=35) y SARS-CoV-2 (n=1). Además, se notificaron 8 codetecciones de influenza y VSR y uno de SARS-CoV-2 e influenza.

Con respecto a la vigilancia universal de virus respiratorios, en 2026 las detecciones de influenza se mantuvieron estables hasta la SE9. A partir de SE 10 se registró un aumento, tanto en el número de casos, como en el porcentaje de positividad. Predominó A(H3N2), que comenzó su circulación en las últimas SE de 2025. El mayor número de casos se registró en las SE21 y 22, luego de las cuales comenzó a descender. Las detecciones de VSR experimentan un aumento desde la SE 13. En relación con SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos en lo que va de 2026. En la última semana analizada, SE31/2026, se registra circulación de virus respiratorios, principalmente VSR, seguido de metapneumovirus, influenza, parainfluenza, SARS-CoV-2 y adenovirus.

Entre la vigilancia universal en personas internadas, las detecciones de influenza presentaron un incremento tanto en el número de casos como en el porcentaje de positividad desde la SE 10, el mayor número y porcentaje de positividad se observó en las SE21-23, luego de las cuales comenzó a descender. Las detecciones de SARS-CoV-2 se mantienen estables, mientras que las de VSR muestran un aumento progresivo a partir de SE 13. En la última semana no se registraron fallecimientos con diagnóstico de SARS-CoV-2. En lo que va del año, se notificaron 141 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. En las SE 31 y 32, se registró con 1 caso positivo para SARS-CoV-2 entre las 127 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

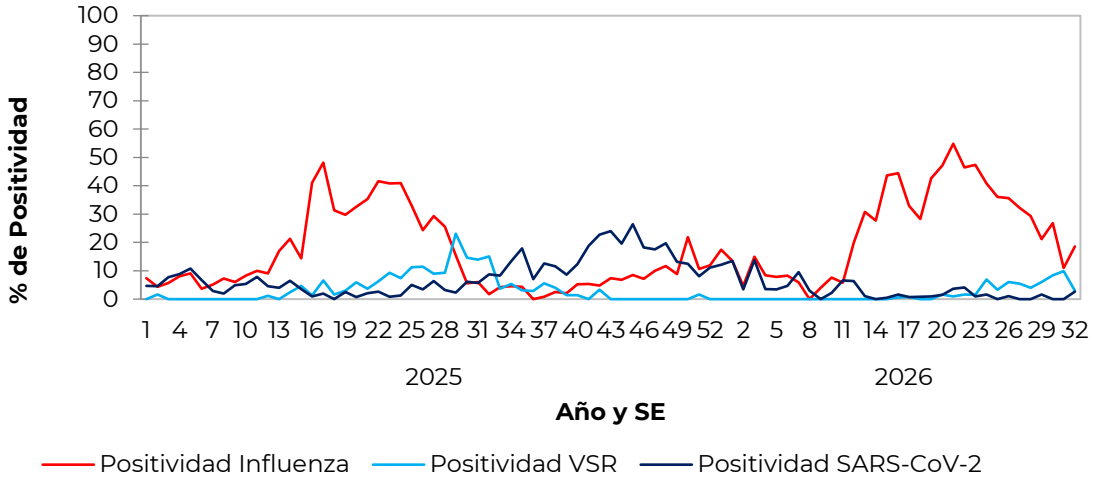
[2] Para más información, consultar Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control de Infecciones Respiratorias Agudas en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevencion_y_control_ira-2024.pdf

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 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 SE21, a expensas de influenza A sin subtipificar y del subtipo A (H3N2). Posteriormente, las detecciones semanales presentaron un descenso, con predominio en las últimas SE de influenza B. En las SE31 y 32 de 2026 se notificaron 18 casos de influenza entre las 134 muestras estudiadas en UMA. El porcentaje de positividad en la última semana analizada fue de 18,6%.

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 de VSR fueron esporádicas hasta la SE 20. A partir de entonces, se registraron casos todas las semanas, aunque en baja magnitud, con porcentajes de positividad superiores al 3% desde la SE 24 en adelante. En las últimas cuatro semanas analizadas, se detectaron 26 casos positivos entre 350 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 SE32/2026. Argentina.

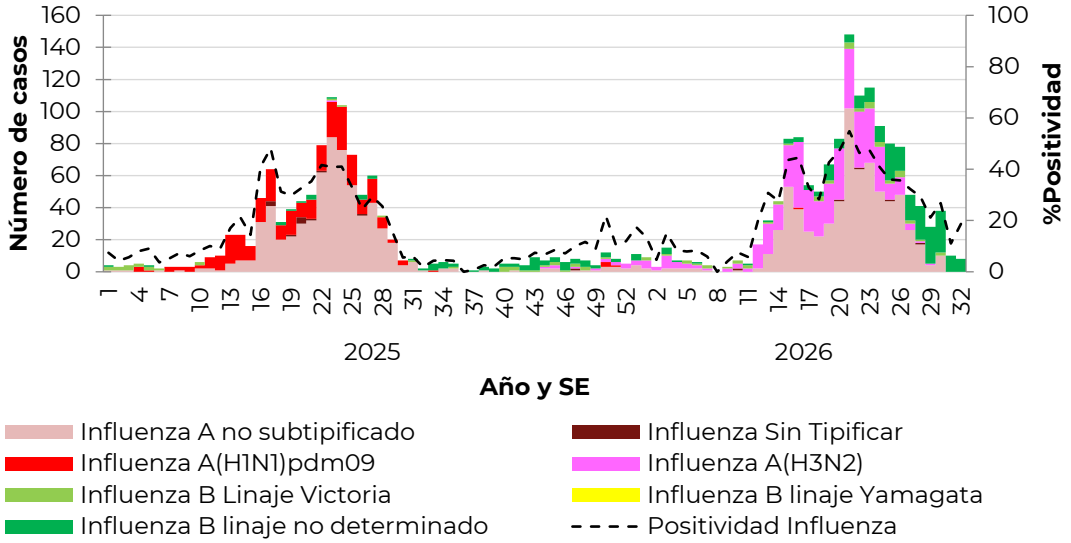


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

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 32 SE de 2026, se detectaron 1.375 casos de influenza, predominantemente influenza A (n=1.114). Entre estos, 415 casos con subtipificación corresponden a A(H3N2) y 1 corresponde a A(H1N1). En cuanto a influenza B, se detectaron 256 casos, dentro de los cuales se detectó linaje Victoria en 46 de ellos.

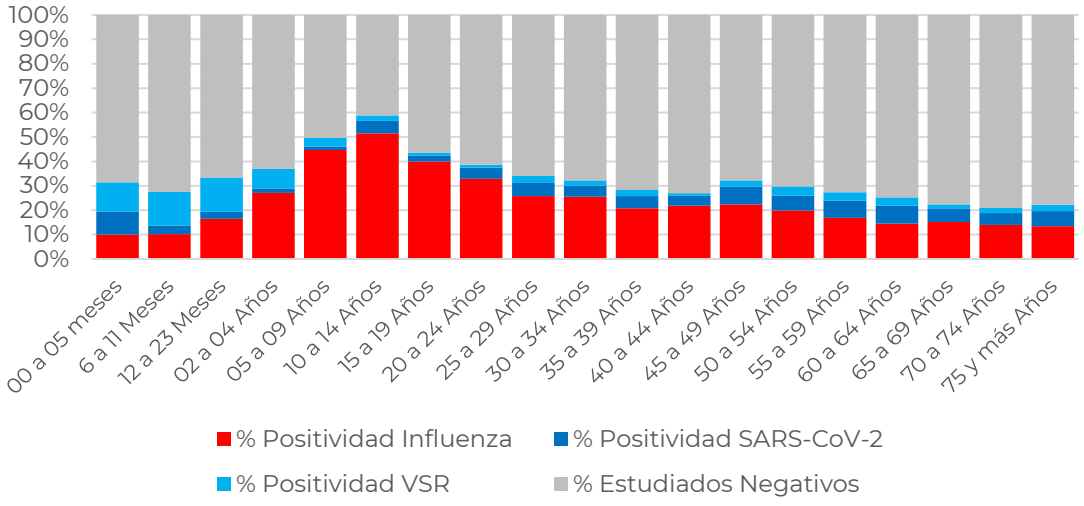
Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2025 a SE32/2026. Estrategia UMA. Argentina.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos 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 y hasta la actualidad 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 menores de 2 años, seguido por el grupo de 2 a 4 años.

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 SE32/2026. Estrategia UMA. Argentina[3].



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos 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, 42 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 32 primeras SE de 2026 se registraron de manera nominal un total 5.013 internaciones con diagnóstico de IRAG y 1.998 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 posteriormente mostraron una tendencia ascendente, en coincidencia temporal con el aumento de las detecciones de influenza A sin subtipificar e influenza A(H3N2) y, en las últimas semanas, de VSR.

[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.

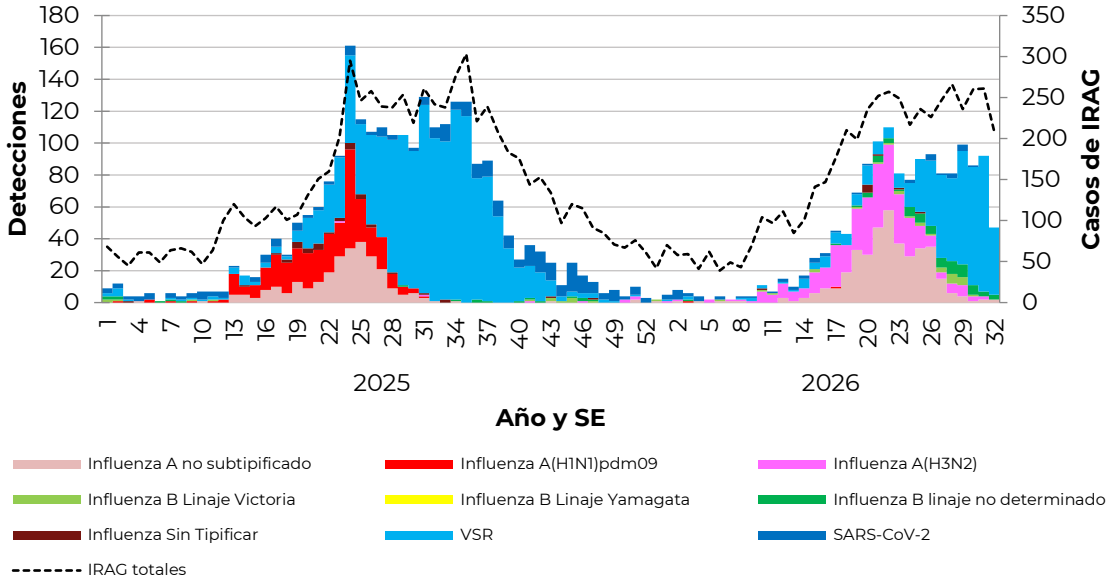
[6] Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplado en la definición de caso

[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 SE32/2026. Argentina.



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

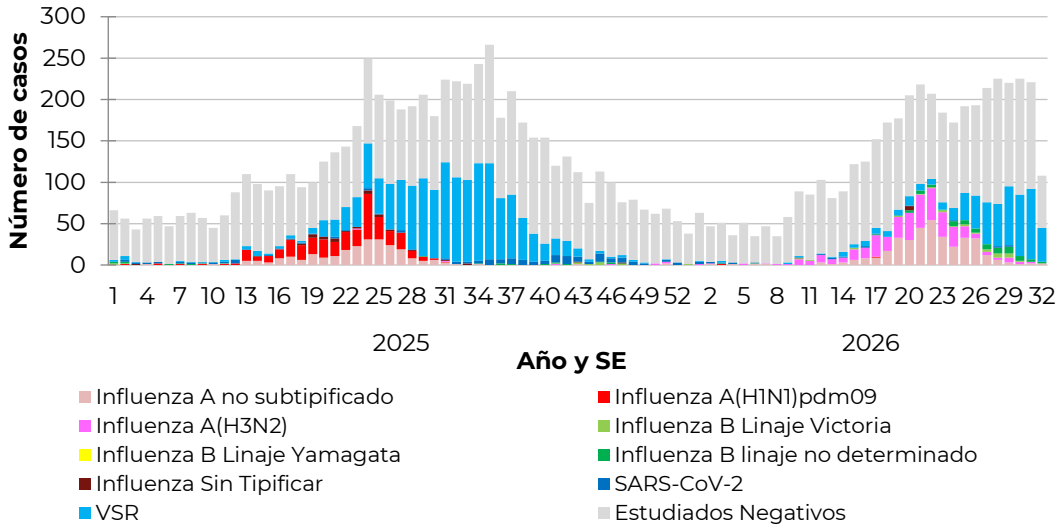
En relación con los casos de IRAG por **SARS-CoV-2,** durante 2025 las detecciones se mantuvieron en niveles bajos, con un ligero incremento a partir de la SE35, seguido de una disminución en las últimas semanas del período. En 2026, los casos continúan en niveles bajos.

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 frecuencia de A(H1N1) y, en menor medida, de A(H3N2). Asimismo, se detectaron en menor medida casos de influenza B, con identificación de linaje Victoria.

En las 32 semanas transcurridas de 2026, se detectaron 843 casos de influenza. Las detecciones mostraron tendencia ascendente desde la SE10, con un máximo en SE22 y descenso posterior. Se tipificaron 740 casos de influenza A, y de éstos 352 cuentan con subtipificación: 350 correspondieron a A(H3N2) y 2 a A(H1N1). De los 94 casos de influenza B, 29 corresponden al linaje Victoria y el resto no tiene identificación de linaje al momento.

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 primeras 32 semanas de 2026, las detecciones de VSR se mantuvieron en niveles bajos durante las primeras semanas del año y mostraron una tendencia ascendente desde la SE 16. Hasta la SE 32 se registraron 549 casos acumulados durante 2026.

Gráfico 5. Casos de IRAG estudiados por técnica molecular para virus SARS-CoV-2, influenza y VSR según resultado, por SE. SE1/2025 a SE32/2026. Estrategia UC IRAG. Argentina [10].



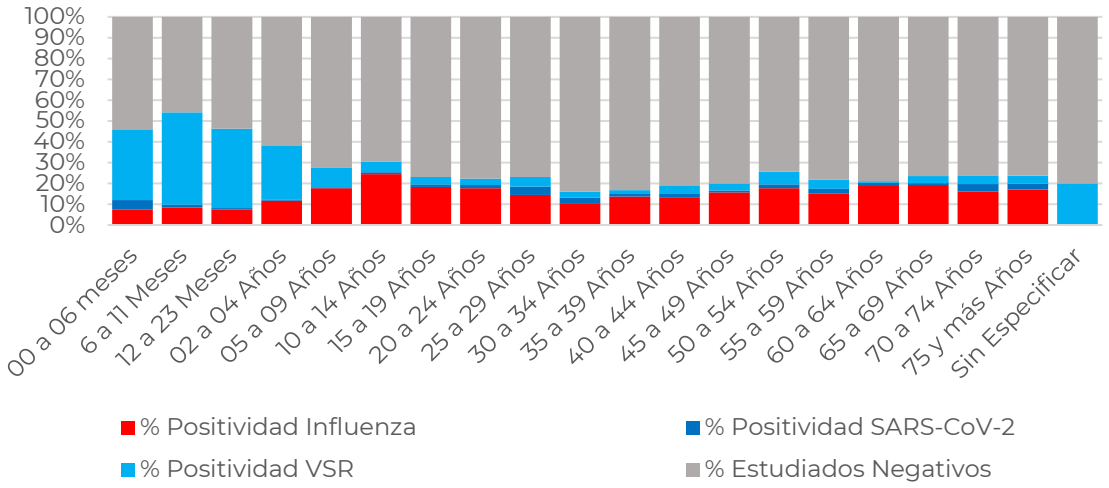
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

En las últimas 4 semanas, entre 765 casos de IRAG estudiados por técnica molecular para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron: 8 codetecciones de influenza y VSR, 1 codetección de SARS-CoV-2 e influenza, 263 casos de VSR, 35 casos de influenza y 1 caso de SARS-CoV-2. Los restantes 457 casos resultaron negativos para los agentes etiológicos priorizados.

En cuanto a la distribución por grupos de edad, entre los casos de IRAG estudiados mediante técnicas moleculares para los tres virus priorizados desde la SE 1/2025, la mayor positividad para influenza se observó en personas de 10 a 19 años y de 60 a 69 años. Para SARS-CoV-2, el porcentaje de positividad más elevado se registró en menores de 6 meses. En el caso del VSR, los mayores porcentajes de positividad se observaron en menores de 2 años, particularmente en el grupo de 6 a 11 meses, seguido por los de 12 a 23 meses y los menores de 6 meses.

[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 SE32/2026. Estrategia UC IRAG. Argentina[11]



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

IV.5. 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.

En un número reducido de muestras derivadas al LNR con diagnóstico previo de influenza no fue posible confirmar la detección viral mediante los algoritmos diagnósticos del LNR. A partir del informe de SE27, estas muestras, previamente consignadas como "Influenza sp." en informes anteriores, se presentan como resultados negativos del LNR.

La secuenciación genómica se realizó en el 100% de los casos hasta la SE13 y comenzó a hacerse por muestreo a partir de la SE14. 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 SE30 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).

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

IV.5.A. SECUENCIACIÓN GENOMICA DE INFLUENZA A(H3N2) 2025-2026

Entre la SE1/2025 y la SE30/2026, el LNR secuenció 462 muestras positivas para Influenza A(H3N2) provenientes de 24 jurisdicciones, de las cuales 421 (91%) correspondieron al subclado J.2.4.1/(K), 28 (6%) 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 30/2026 (N =462).

Jurisdicción	2025					2026					Total
	J.2	J.2.2	J.2.3	J.2.4	J.2.4.1/K	J.2	J.2.2	J.2.3	J.2.4	J.2.4.1/K	
Centro	**1**	**0**	**3**	**0**	**13**	**0**	**0**	**0**	**6**	**154**	**177**
Buenos Aires	0	0	1	0	4	0	0	0	5	68	78
CABA	1	0	1	0	3	0	0	0	1	39	45
Córdoba	0	0	1	0	2	0	0	0	0	9	12
Entre Ríos	0	0	0	0	2	0	0	0	0	16	18
Santa Fe	0	0	0	0	2	0	0	0	0	22	24
Cuyo	**0**	**1**	**3**	**0**	**2**	**0**	**0**	**0**	**0**	**35**	**41**
Mendoza	0	1	3	0	2	0	0	0	0	21	27
San Juan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	9
San Luis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5
NEA	**1**	**0**	**0**	**0**	**2**	**0**	**0**	**1**	**0**	**29**	**33**
Chaco	1	0	0	0	0	0	0	1	0	10	12
Corrientes	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	4
Formosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	15
Misiones	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
NOA	**0**	**0**	**1**	**0**	**1**	**0**	**0**	**1**	**3**	**128**	**134**
Catamarca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	12
Jujuy	0	0	1	0	0	0	0	0	3	12	16
La Rioja	0	0	0	0	1	0	0	0	0	22	23
Salta	0	0	0	0	0	0	0	1	0	30	31
Santiago del Estero	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Tucumán	0	0	0	0	0	0	0	0	0	51	51
Sur	**1**	**0**	**16**	**0**	**15**	**0**	**0**	**3**	**0**	**42**	**77**
Chubut	0	0	2	0	1	0	0	0	0	4	7
La Pampa	0	0	0	0	1	0	0	0	0	9	10
Neuquén	0	0	0	0	3	0	0	0	0	16	19
Río Negro	0	0	2	0	1	0	0	0	0	2	5
Santa Cruz	1	0	5	0	6	0	0	3	0	7	22
Tierra del Fuego	0	0	7	0	3	0	0	0	0	4	14
Total	3	1	23	0	33	0	0	5	9	388	462

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

IV.5.B. CARACATERIZACIÓN DE CASOS DE INFLUENZA RECIBIDOS EN EL LNR DESDE SE1 A SE 30/2026.

En términos acumulados hasta el 20/08/2026 el LNR recibió 2433 muestras de Influenza con fecha de toma de muestra entre la SE1/2026 hasta la SE30/2026, de las cuales 2405 pudieron ser tipificadas y subtipificadas y 28 resultaron negativas. Entre las muestras tipificadas, el 87% correspondió a Influenza A y el 13% 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 309 de los 317 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, 39%; NOA, 31%; Cuyo, 15%, Sur, 8%; y NEA, 7%).

En todas las regiones se registra el mismo patrón en cuanto a distribución de tipos y subtipos: Influenza A, entre 81% y 91% de los casos según región, y dentro de Influenza A el subtipo H3N2 representó entre el 97% y el 100% según la región. Los casos derivados de Influenza B oscilaron entre 9% y 19% 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 SE30, Año 2026 (N = 2433).

Jurisdicción	Influenza A							Influenza B								Negativo	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	Subclado C.5.7	Sin esp.			
Centro	**0**	**154**	**6**	**621**	**1**	**7**	**12**	**21**	**4**	**4**	**15**	**18**	**1**	**75**	**2**	**10**	**951**
Buenos Aires	0	68	5	322	0	1	5	10	3	3	4	12	1	33	0	6	473
CABA	0	39	1	137	0	4	5	0	0	1	0	3	0	8	0	1	199
Córdoba	0	9	0	35	1	1	0	5	1	0	4	1	0	16	0	1	74
Entre Ríos	0	16	0	32	0	0	0	3	0	0	1	0	0	8	0	0	60
Santa Fe	0	22	0	95	0	1	2	3	0	0	6	2	0	10	2	2	145
Cuyo	**0**	**35**	**0**	**257**	**0**	**0**	**1**	**0**	**0**	**0**	**5**	**1**	**0**	**64**	**0**	**3**	**366**
Mendoza	0	21	0	168	0	0	0	0	0	0	5	1	0	53	0	1	249
San Juan	0	9	0	66	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4	0	2	82
San Luis	0	5	0	23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	35
NEA	**1**	**29**	**0**	**113**	**1**	**3**	**1**	**2**	**0**	**0**	**3**	**1**	**0**	**15**	**0**	**3**	**172**
Chaco	1	10	0	12	0	0	0	2	0	0	2	1	0	10	0	1	39
Corrientes	0	2	0	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
Formosa	0	15	0	87	1	3	1	0	0	0	1	0	0	3	0	2	113
Misiones	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	5
NOA	**1**	**128**	**3**	**526**	**0**	**3**	**6**	**4**	**0**	**2**	**3**	**0**	**0**	**53**	**6**	**11**	**746**
Catamarca	0	12	0	85	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	103
Jujuy	0	12	3	112	0	0	2	2	0	0	0	0	0	2	0	1	134
La Rioja	0	22	0	28	0	0	1	1	0	0	0	0	0	4	0	0	56
Salta	1	30	0	159	0	2	3	0	0	2	0	0	0	20	4	8	229
Santiago del Estero	0	1	0	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	1	28
Tucumán	0	51	0	125	0	0	0	1	0	0	3	0	0	13	2	1	196
Sur	**3**	**42**	**0**	**129**	**0**	**1**	**4**	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**17**	**0**	**1**	**198**
Chubut	0	4	0	22	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	1	31
La Pampa	0	9	0	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	40
Neuquén	0	16	0	46	0	1	1	0	0	0	0	0	0	4	0	0	68
Río Negro	0	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Santa Cruz	3	7	0	7	0	0	0	1	0	0	0	0	0	6	0	0	24
Tierra del Fuego	0	4	0	21	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4	0	0	30
Total	5	388	9	1646	2	14	24	28	4	6	26	20	1	224	8	28	2433

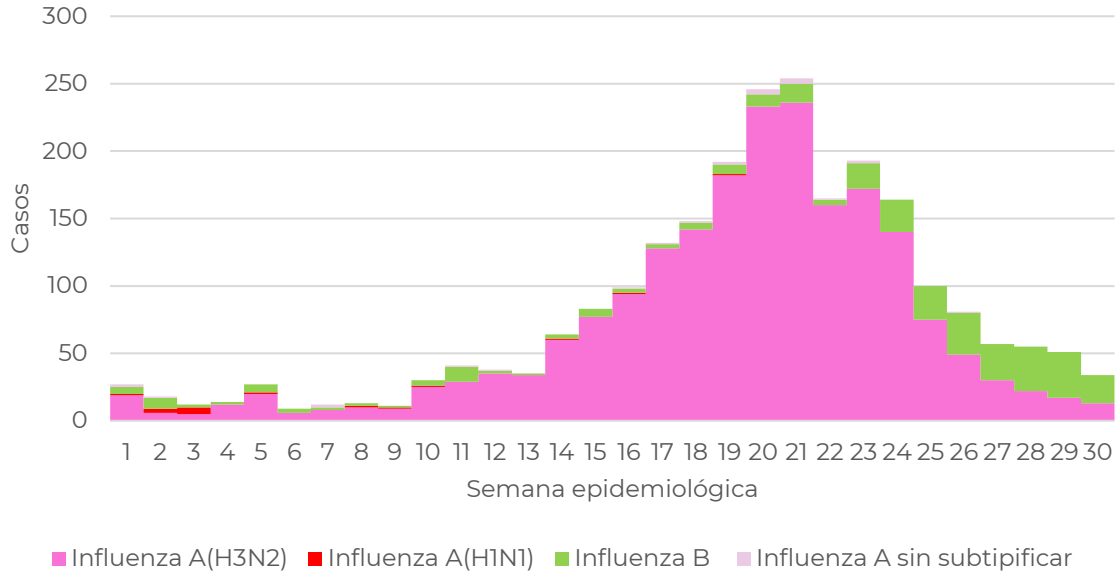
Elaboración del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

En relación con la dimensión temporal, se registraron casos de influenza con fecha de toma de muestra en todas las semanas epidemiológicas analizadas. Se observó un incremento sostenido en la cantidad de casos recibidos en el LNR, alcanzándose un máximo de 254 casos en la SE21, seguido por un descenso a partir de la SE23.

En cuanto a la distribución por tipo y subtipo viral, Influenza A(H3N2) fue el subtipo predominante durante la mayor parte del período analizado, con un descenso sostenido a partir de la SE23. Influenza B se detectó a lo largo de todas las semanas epidemiológicas, con un aumento de su proporción hacia las últimas semanas, concentrando más del 50% de los

casos recibidos a partir de SE28. Por su parte, Influenza A(H1N1) se detectó de manera esporádica hasta la SE19.

Gráfico 7. Casos de Influenza recibidos por el LNR por semana de toma de muestra según tipo y subtipo de virus. Argentina. SE1 a SE30, Año 2026[12]

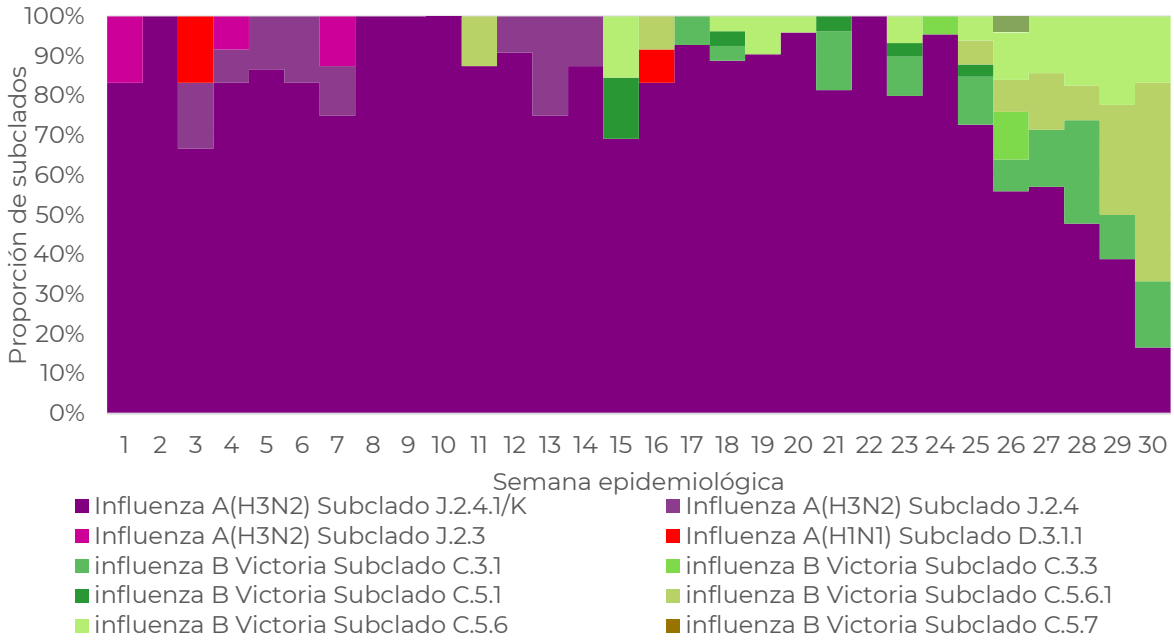


Fuente: Elaboración del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

Se realizó la caracterización genómica de 489 muestras de Influenza: 402 de Influenza A(H3N2), 2 de Influenza A(H1N1) y 85 de Influenza B Victoria. Entre los casos de Influenza A(H3N2), el subclado predominante fue J.2.4.1/K (97%), seguido de J.2.4 (2%) y J.2.3 (1%). A partir de la SE15, todas las secuencias de Influenza A(H3N2) obtenidas correspondieron al subclado J.2.4.1/K. Las dos secuencias de Influenza A(H1N1) fueron clasificadas como subclado D.3.1.1. En cuanto a Influenza B Victoria, se observó una distribución heterogénea de subclados, aunque C.3.1 (28) y C.5.6 (26) concentraron en conjunto el 66% de las secuencias obtenidas. Las restantes se distribuyeron entre los subclados C.5.6.1 (20), C.5.1 (6), C.3.3 (4) y C.5.7 (1).

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

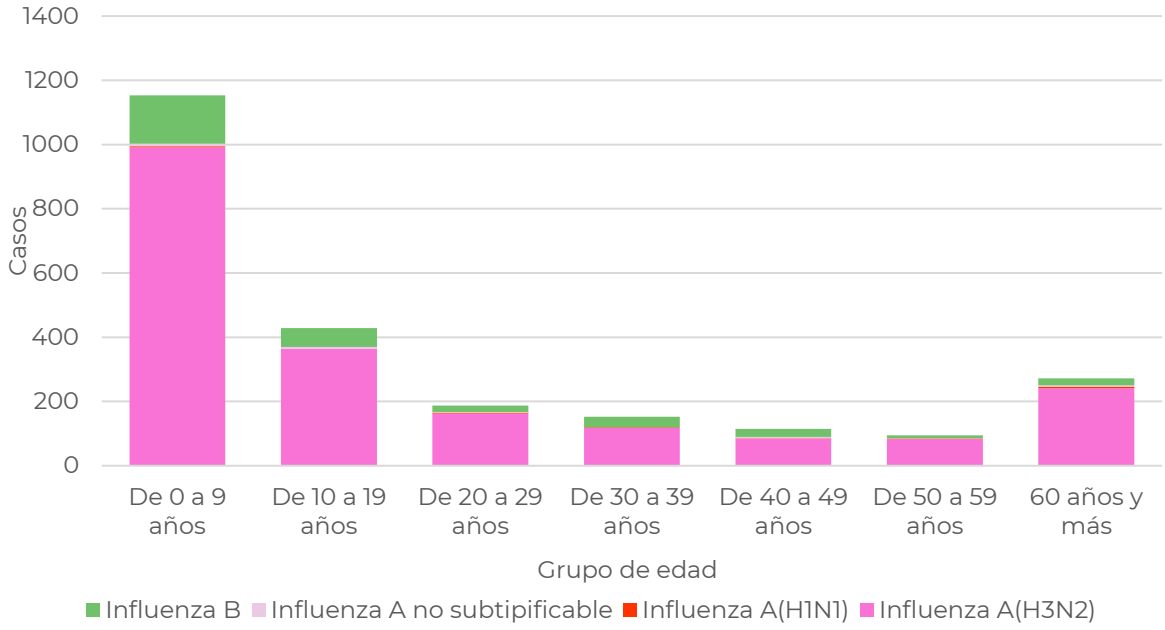
Gráfico 8. Distribución proporcional de casos de Influenza por semana de toma de muestra según subclado identificado. SE1 a SE30. Año 2026.



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 35% correspondió a menores de 2 años. Le siguieron los grupos etarios de 10 a 19 (18%) y 60 años y más (11%). En todos los grupos se mantuvo en términos acumulados el predominio de Influenza A(H3N2). Se detectó Influenza B Victoria en un bajo número de casos en todos los grupos etarios, concentrándose el 66% en los menores de 20 años.

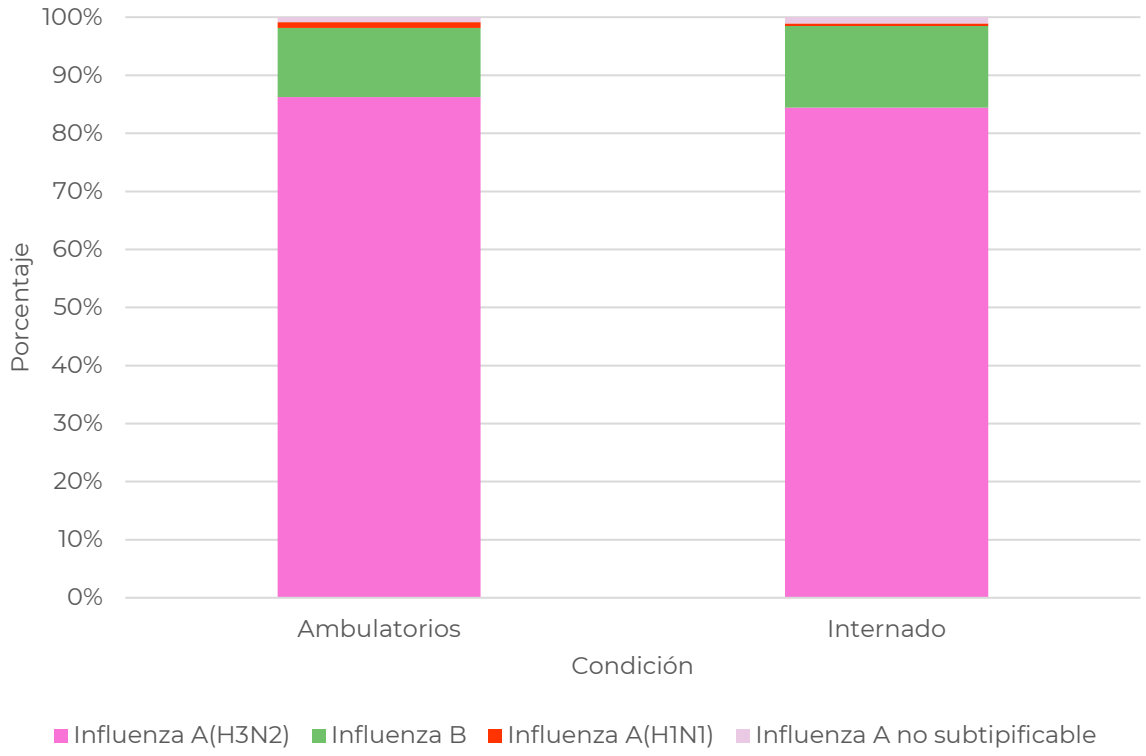
Gráfico 9. Casos de Influenza estudiados por el LNR por tipo y subtipo según grupo de edad. Argentina. SE1 a SE30, Año 2026.



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

En la distribución porcentual de los virus influenza según condición de atención, predominó Influenza A(H3N2) tanto en pacientes ambulatorios como internados (86%). Influenza B representó el 12% 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 10. Distribución proporcional de tipos y subtipos según condición clínica de los casos. SE1 a SE30, 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.

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

IV.6.A. RECOMENDACIONES PARA EQUIPOS DE SALUD

En el contexto de aumento de circulación estacional de virus respiratorios, se recuerda a los equipos de salud seguir los lineamientos para la prevención, control y atención clínica de las infecciones respiratorias agudas (IRAs), así como mantener una vigilancia fortalecida de los distintos componentes de la estrategia de vigilancia de IRAs, en particular: la vigilancia virológica de virus respiratorios a través de la Red Nacional de Influenza y Otros Virus Respiratorios; la vigilancia de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) en las Unidades de Monitoreo Ambulatorio; la vigilancia de Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) en las Unidades Centinela; y la vigilancia de eventos respiratorios inusuales.

IV.7. Vigilancia epidemiológica

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

En este marco, se recomienda:

- Fortalecer la vigilancia de la Enfermedad Tipo Influenza (ETI), a través del monitoreo y la evaluación de la oportunidad y regularidad de la notificación de los establecimientos que realizan la misma.
- Fortalecer las Unidades Centinela de IRAG y las Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI, garantizando el correcto muestreo y notificación de los casos.
- Fortalecer la vigilancia a través de la Red Nacional de Laboratorios de Influenza y Otros Virus Respiratorios, garantizando la notificación oportuna de muestras estudiadas y positivas para cada virus respiratorio, así como la nominalización de los casos positivos de Influenza para consignar su subptifpiciación y eventual 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 variante K 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 2026:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/guia_2026_infecciones_respiratorias_agudas_ira.pdf.

IV.8. Recomendaciones para la población

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

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

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

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

IV.9. Vacunación antigripal

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

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

Población objetivo para vacunación antigripal:

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

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

IV.10. Tratamiento antiviral

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

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

incidencia de complicaciones.[13],[14] 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.[15],[16] 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/2019/10/guia_2026_infecciones_respiratorias_agudas_ira.pdf.

[13] 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.
[14] 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.
[15] 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.
[16] 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.

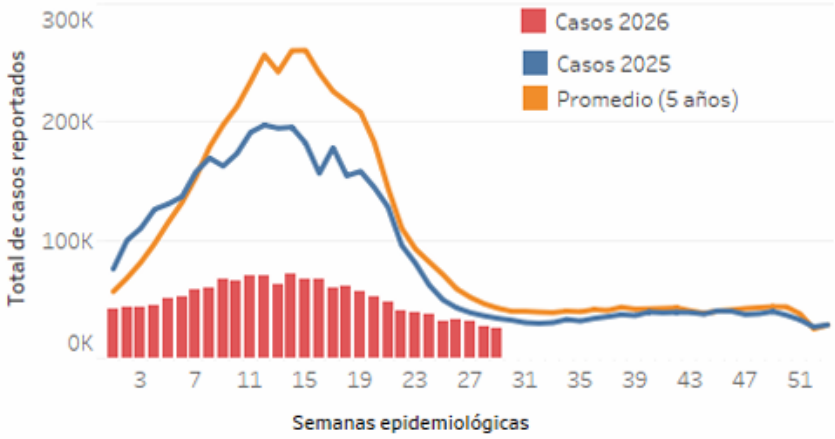
V. Vigilancia de dengue y otros Arbovirus

V.1. Situación regional

Para describir la situación regional se reproduce a continuación parte del documento Informe de la situación epidemiológica del dengue en los países endémicos de las Américas actualizado el 17 de agosto.

Desde la SE(semana epidemiológica) 1 al SE 29 del 2026, se reportan en la Región de las Américas un total de 1,470,237 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 142 casos por 100,000 hab.). Esta cifra representa una disminución de 60% en comparación con el mismo periodo del 2025 y 66% con respecto al promedio de los últimos 5 años. El gráfico 1 muestra la tendencia de los casos sospechosos de dengue a la SE 29. De los 1,470,237 casos de dengue reportados en las Américas, 441,126 casos (30%) fueron confirmados por laboratorio y 2,803 (0.2%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 439 muertes por dengue, para una letalidad del 0.030%.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 29 en 2026, 2025 y promedio de los últimos 5 años. Región de las Américas.



Fuente: Plataforma de Información en Salud de las Américas. Datos epidemiológicos enviados a la OPS por los Ministerios e Institutos de Salud de países y territorios de las Américas

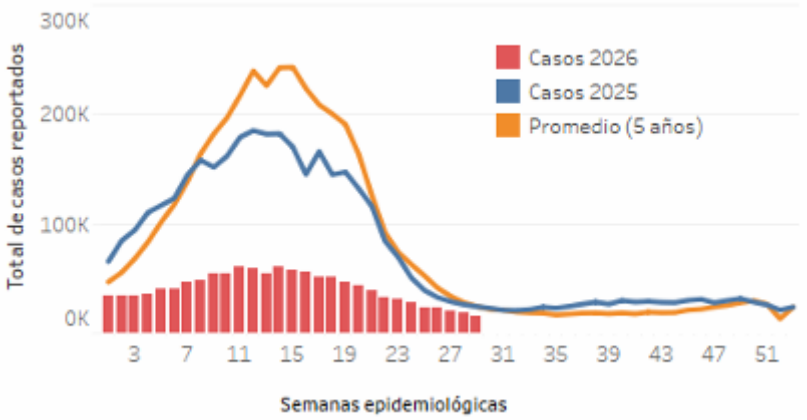
19 países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la **SE 29**. Estos países registran en conjunto 25,906 nuevos casos sospechosos de dengue, 68 fueron clasificados como dengue grave (0.2%), y se reportaron 9 muertes. para una letalidad de 0.035%.

17 países han reportado la circulación de serotipos de dengue en las Américas. Panamá, Brasil, Venezuela, México con circulación simultánea de DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4.

V.1.A. SUBREGIÓN CONO SUR

Se notifican 16,375 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 29. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 64% en comparación con el mismo periodo del 2025 y 70% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 29 en 2026, 2025 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.



Fuente: Plataforma de Información en Salud de las Américas. Datos epidemiológicos enviados a la OPS por los Ministerios e Institutos de Salud de países y territorios de las Américas

En el mapa 1 se observa la incidencia acumulada de casos de dengue para el año 2026 en la región de las Américas, siendo Brasil el país que aporta el mayor número de casos aunque sin cambios significativos con respecto a semanas previas.

Mapa 1. Dengue: Países con aumento o disminución de casos de dengue durante la SE 29, en comparación con el promedio de las últimas cuatro semanas del 2026.



Fuente. Plataforma de Información en Salud de las Américas. Datos epidemiológicos enviados a la OPS por los Ministerios e Institutos de Salud de países y territorios de las Américas.

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)[17] y el ARBO-portal[18] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de Arbovirus actualizada al 20/08/2026 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la semana epidemiológica (SE) 31 de 2026 se notificaron 1.178.787 casos de dengue, de los cuales 314.182 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa una disminución del 77% respecto a la misma semana de 2025. Asimismo, se reportaron 284 fallecidos. En cuanto a chikungunya, se reportaron un total de 116.095 casos. De ellos, 49.375 fueron confirmados por laboratorio, lo que implica una disminución del 50% respecto de los confirmados en la misma semana de 2025. Se registraron 47 fallecimientos para este evento. Respecto al zika, se registraron 10.352 casos, de los cuales 509 fueron confirmados. En comparación con la misma semana epidemiológica de 2025, los casos confirmados registraron una disminución del 66%. No se registraron fallecimientos para este evento. En relación con Oropouche, hasta la SE 24/2026 se confirmaron 55 casos por laboratorio, en comparación con los 11.866 casos reportados en el mismo período de 2025, sin registrarse defunciones para el año en curso.

Bolivia: hasta la SE 27/2026, se reportaron un total de 51.505 casos de dengue, de los cuales 590 fueron confirmados por laboratorio. Estos últimos presentan una disminución del 51% respecto a la misma semana del año anterior. Se registró un fallecimiento para este evento. En cuanto a chikungunya, se notificaron 41.994 casos, de los cuales 11.407 fueron confirmados por laboratorio, 3 veces más que los registrados para la misma semana epidemiológica de 2025, y se notificaron 27 fallecidos. Asimismo, se notificaron 1.460 casos de zika; no obstante, no se confirmaron casos por laboratorio para este evento.

Paraguay: hasta la SE 31/2026 se registraron un total de 9.514 casos de dengue, sin fallecimientos asociados. De ellos, 244 casos fueron confirmados por laboratorio, lo que implica un 82% menos que en la misma semana de 2025. Respecto a chikungunya, se notificaron 19 casos confirmados por laboratorio, un 60% menos que lo registrado para la misma semana de 2025, sin fallecimientos reportados. En cuanto al zika, no se notificaron casos en el año en curso.

Perú: hasta la SE 30/2026 se reportaron un total de 41.106 casos de dengue, de los cuales 32.748 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa un aumento del 12% en comparación con la misma semana epidemiológica del 2025. Se registraron 44 fallecimientos para este evento. Con relación a chikungunya, hasta la SE 25/2026 se notificaron 7 casos; no obstante, no se registraron casos confirmados por laboratorio, situación similar a la observada el año anterior. Respecto al zika, hasta la SE 25, se notificaron 10 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

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

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

Mundial de la Salud (OPS/OMS) emitió una alerta epidemiológica. Se documentó una circulación importante en las regiones centro-oeste y sudeste de Brasil y sur de Bolivia[19].

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

V.2. Situación de dengue en Argentina

V.2.A. INICIO DE TEMPORADA 2026/2027

En Argentina, la vigilancia epidemiológica del dengue se analiza en función de temporadas, en lugar de años calendario, debido al carácter estacional de la transmisión viral. Si bien existe una alta heterogeneidad en el territorio nacional, esta estacionalidad está determinada por las condiciones climáticas que favorecen la proliferación del Aedes aegypti, vector responsable de la transmisión del virus. Durante los meses más cálidos y húmedos del año, que comprenden principalmente la primavera, el verano y parte del otoño, se registra un aumento en la abundancia poblacional del vector y, consecuentemente, se generan condiciones que permiten la ocurrencia de brotes. Por el contrario, durante el invierno la actividad reproductiva del vector disminuye considerablemente, interrumpiéndose en gran parte del territorio nacional.

La definición operativa de temporada permite estructurar la vigilancia en un marco temporal en consonancia con la dinámica de transmisión, facilitando el análisis comparativo entre períodos y la planificación de las acciones de prevención y control. En este sentido, la temporada de dengue en Argentina se delimita entre la SE 31 de un año y la SE 30 del año siguiente, abarcando el período de mayor riesgo para la circulación viral.

Desde la reemergencia del dengue en Argentina en 1997, los años 2023 y 2024 se han constituido como las temporadas epidémicas de mayor magnitud registradas hasta la fecha, concentrando en conjunto aproximadamente el 82% del total de casos acumulados en la serie histórica.

El análisis temporal de los casos notificados entre 2022 y 2026 evidencia que, hasta la SE32/2026, el número de casos se mantiene en niveles bajos, sin variaciones significativas respecto del mismo período de la temporada anterior y considerablemente por debajo de los máximos registrados durante los años epidémicos.

De acuerdo con la fecha mínima[20],durante la **SE32/2026** (segunda semana de la temporada 2026/27) se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 172 casos sospechosos. De ellos, **2** fueron **confirmados**, ambos con antecedente de viaje a **Brasil** e identificación del serotipo **DENV-3**; 3 fueron clasificados como probables en las provincias de Salta y Corrientes y continúan en investigación; 94 fueron descartados y 71 permanecen en estudio como casos sospechosos.

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

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

Esta tendencia sugiere una interrupción de la transmisión viral autóctona sostenida en el territorio nacional; no obstante, persiste la necesidad de mantener una vigilancia intensificada ante la posibilidad de circulación en áreas con condiciones sociodemográficas, ambientales y epidemiológicas favorables para la transmisión como ingreso de nuevos serotipos a partir de casos importados.

V.3. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026

V.3.A. NOTA METODOLÓGICA

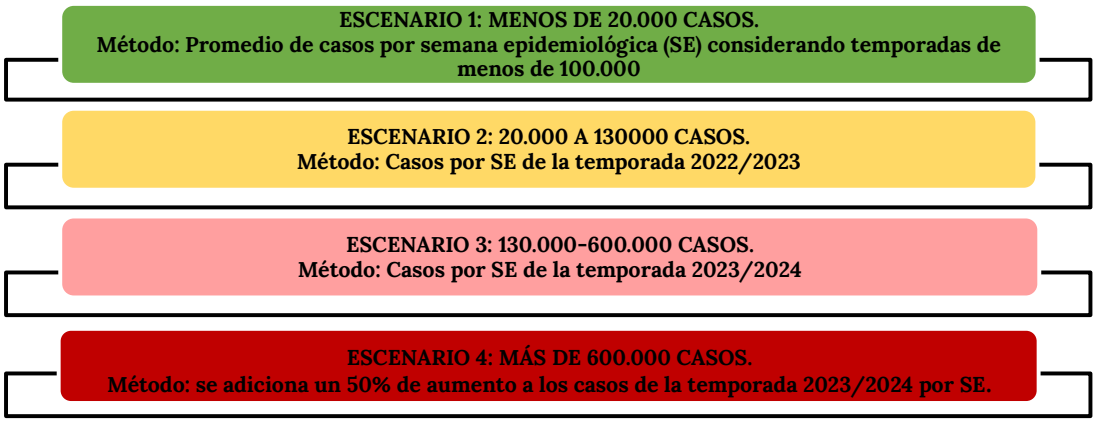
La estimación de **escenarios nacionales** para la próxima temporada de dengue se realizó mediante el análisis comparativo de curvas epidémicas históricas por semana epidemiológica (SE), tomando como referencia temporadas con distinta magnitud en el número de casos notificados en Argentina. Para cada escenario se establecieron rangos de casos esperados y un criterio metodológico específico (Gráfico 3).

- **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.

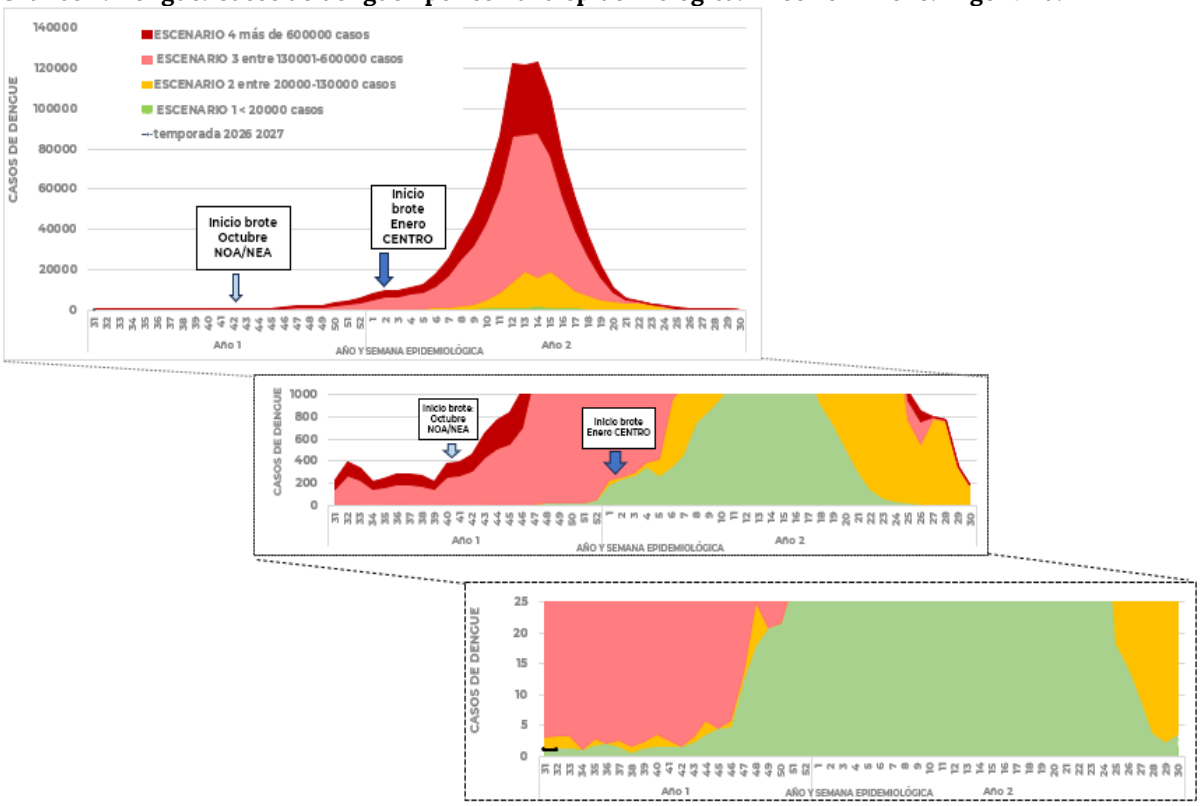
En el último gráfico (detalle en zoom) se presentan la curva de la nueva temporada 2026-2027 (n=2) y su representación en el modelo de escenarios estimados. Estos registros iniciales permiten dimensionar el inicio de la temporada y anticipar su evolución en comparación con temporadas previas. Por el momento, la situación se mantiene en un **escenario de bajo riesgo** (Gráfico 4)

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. Dengue: Casos de dengue[21] por semana epidemiológica. Años 2022-2026. Argentina.



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

V.4.Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina

Con la SE 31/2026 se inicia la nueva temporada epidemiológica 2026/2027 para la vigilancia de Fiebre Chikungunya. Se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 36 casos sospechosos, de los cuales **5** fueron clasificados como **probables** en la provincia

[21]Incluye casos de dengue autóctonos e importados. La ubicación en las semanas epidemiológicas se realizó por la fecha más cercana al comienzo de la enfermedad disponible o "fecha mínima" (orden de jerarquía: 1) fecha de inicio de síntomas, 2) fecha de consulta, 3) fecha de toma de muestra, y 4) fecha de notificación).

de Salta en los departamentos de Orán, Gral. José de San Martín y Anta; mientras que los restantes continúan en estudio.

Durante el primer semestre de 2026, Argentina atravesó un brote de fiebre chikungunya que afectó principalmente a la región NOA, con predominio de casos en Salta, Tucumán y Jujuy y un pico de notificaciones en la SE 16, seguido de un descenso progresivo y sostenido.

Actualmente, **no se registran casos confirmados correspondientes a la nueva temporada.** No obstante, considerando el antecedente reciente de circulación de CHIKV en el territorio nacional y la posibilidad de circulación simultánea de distintos Arbovirus, se recomienda mantener una vigilancia intensificada y sostener la búsqueda de chikungunya entre los casos de síndrome febril agudo inespecífico, con especial atención a la detección oportuna de posibles nuevos focos de transmisión.

V.4.A. INFORME DE FIN DE TEMPORADA 2025/26

El análisis se encuentra en proceso, dado que los equipos jurisdiccionales continúan con el cierre y la validación de casos. Los resultados consolidados serán publicados en las próximas semanas.

ALERTAS Y COMUNICACIONES **INTERNACIONALES**

VI. 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).

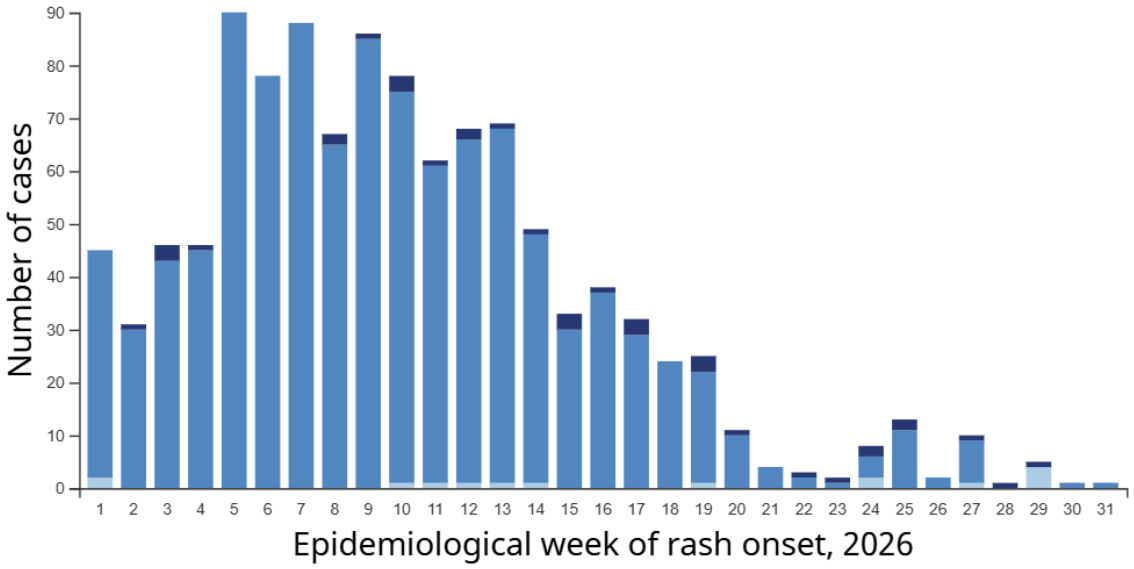
VI.1.Sarampión - Situación epidemiológica regional

VI.1.A. CANADÁ[22]

En 2026, se han notificado un total de 1.116 casos de sarampión (1.035 confirmados, 81 probables) en 8 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Brunswick, Nueva Escocia, Ontario, Quebec y Saskatchewan), hasta el 8 de agosto del 2026.

En la semana 31 (del 2 al 8 de agosto del 2026), se notificaron 2 nuevos casos de sarampión (2 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=1.116)



VI.1.B. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA[23]

Al 20 de agosto de 2026, se notificaron 2.777 casos confirmados de sarampión en los Estados Unidos durante 2026. De estos, 2.761 casos fueron reportados por 47 jurisdicciones: Alabama, Alaska, Arizona, California, Colorado, Connecticut, Delaware, Distrito de Columbia, Florida, Georgia, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, 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, Tennessee, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, Virginia Occidental, Wisconsin y Wyoming. Se notificaron 16 casos de sarampión en visitantes internacionales a los Estados Unidos.

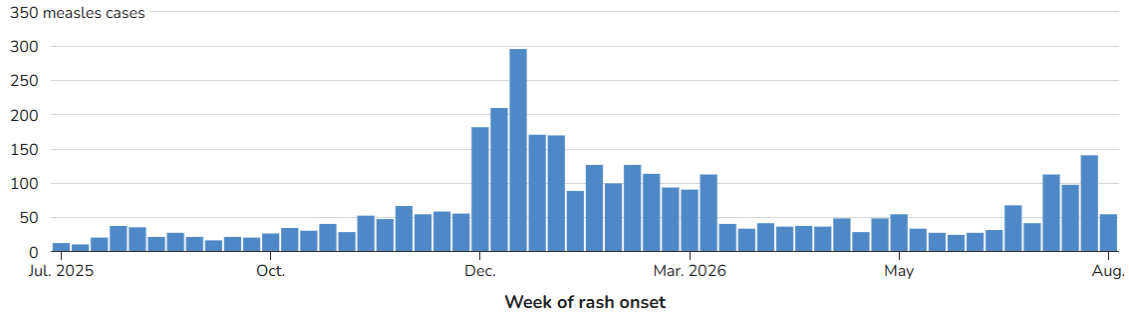
Se han notificado 36 nuevos brotes en 2026, y el 94% de los casos confirmados (2.614 de 2.777) están asociados a brotes (1.239 correspondientes a brotes en 2026 y 1.375 a brotes que comenzaron en 2025).

En el año 2025, se notificaron un total de 2.289 casos confirmados de sarampión. Un total de 26 casos confirmados de sarampión fueron de visitantes internacionales a los Estados Unidos.

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

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

Figura 1. Casos semanales de sarampión según la fecha de inicio del exantema. 2025-2026 (hasta 20/08/26).

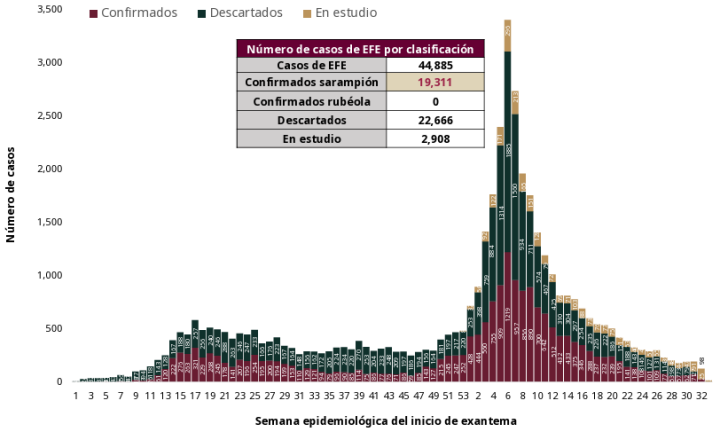


VI.1.C. MÉXICO[24]

Al 18 de agosto de 2026, se han reportado 19.311 casos confirmados de sarampión acumulados desde el comienzo del brote. El grupo de edad más afectado es de 1 a 4 años (2.273 casos), seguido del grupo el de 25 a 29 años (2.273 casos) y por último el de 5 a 9 años (2.189 casos).

Se han reportado 45 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.

VI.2. Alerta Epidemiológica de Sarampión en la Región de las Américas

Recibido a través del CNE el 14/08/2026

Desde la publicación de la anterior [Noticias sobre Brotes de Enfermedades (Disease Outbreak News)] el 1 de agosto de 2026, se han notificado casos confirmados y muertes adicionales por enfermedad por virus Bundibugyo (BVD) únicamente en la República Democrática del Congo.

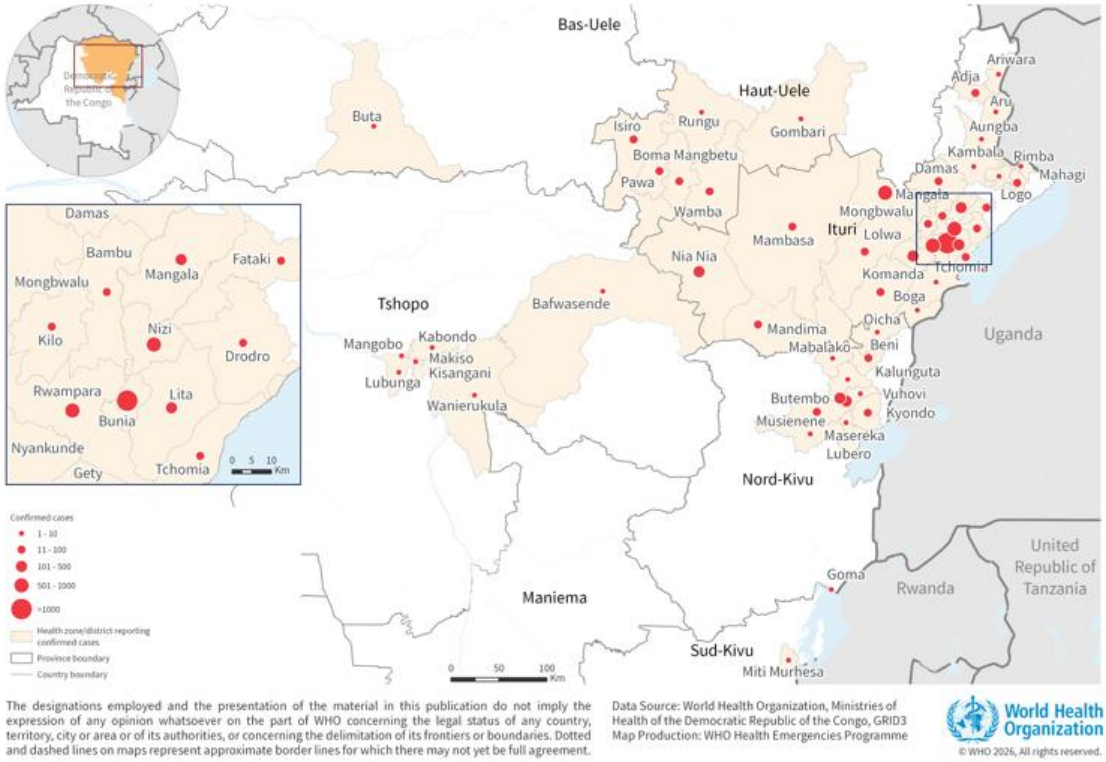
Acumulativamente, al 12 de agosto de 2026, se han notificado 4686 casos confirmados: 4665 en la República Democrática del Congo (incluidos dos casos diagnosticados en la República Democrática del Congo y posteriormente tratados en Alemania), 20 en Uganda y uno en

[24] www.gob.mx/salud/documentos/informe-diario-del-brote-de-sarampion-en-mexico-2026

Francia. Se ha notificado un total de 2186 muertes, incluidas dos en Uganda. Al 12 de agosto, al menos 986 pacientes se habían recuperado, incluidos 965 en la República Democrática del Congo, 18 en Uganda, dos en Alemania y uno en Francia.

Como se informó en las [Noticias sobre Brotes de Enfermedades] publicadas el 1 de agosto de 2026, con más casos confirmados que los registrados durante el brote de 2018-2020, que notificó 3317 casos, este brote representa actualmente el mayor brote de enfermedad por virus del Ébola jamás documentado en el país.

Figura 1. Distribución de los casos confirmados acumulados de enfermedad por virus Bundibugyo en la República Democrática del Congo al 12 de agosto de 2026



República Democrática del Congo

Desde el 1 de agosto de 2026, fecha en que se publicó la última edición de las Noticias sobre Brotes de Enfermedades (Disease Outbreak News), se han notificado 1060 casos confirmados adicionales, incluidas 597 muertes confirmadas, en la República Democrática del Congo. El aumento se debe en parte al fortalecimiento de las actividades de vigilancia, la ampliación de las pruebas de laboratorio y el fortalecimiento de la capacidad diagnóstica. Sin embargo, la mayor parte del incremento refleja la expansión del brote.

Al 12 de agosto de 2026, se habían notificado en total 4665 casos confirmados, incluidas 2184 muertes (tasa de letalidad del 46,8%), en la República Democrática del Congo. Hasta la fecha, 965 pacientes se han recuperado.

Se han notificado casos en 54 zonas sanitarias (ZS) de seis provincias: Ituri (28/36 ZS), Kivu del Norte (12/34 ZS), Kivu del Sur (1/34 ZS), Haut-Uélé (6/13 ZS), Tshopo (6/23 ZS) y Bas-Uélé (1/11 ZS). La provincia afectada más recientemente, Bas-Uélé, notificó un caso confirmado en la zona sanitaria de Buta. El caso tenía antecedentes de viaje a Haut-Uélé y presentó síntomas el 4 de agosto.

Al 12 de agosto, de las 54 zonas sanitarias afectadas, se notificaron 100 nuevos casos confirmados durante las últimas 24 horas, procedentes de 22 zonas sanitarias de todas las provincias afectadas, excepto Kivu del Sur. El mayor número de nuevos casos en las últimas 24 horas (67) se notificó en la provincia de Ituri, seguida de Kivu del Norte (25). Ituri continúa siendo la provincia más afectada y concentra el 85% (3979/4665) de todos los casos confirmados y el 79% (1726/2184) de las muertes notificadas a nivel nacional.

Al 12 de agosto, la proporción de contactos sometidos a seguimiento durante las últimas 24 horas era del 84,2% (17 460 contactos controlados de un total de 20 740 que debían ser objeto de seguimiento).

Al 9 de agosto, continúan registrándose infecciones entre los trabajadores de la salud, con al menos 155 casos confirmados, incluidas 45 muertes (tasa de letalidad: 29%) y 68 recuperaciones desde el inicio del brote. Estas infecciones ponen de manifiesto los riesgos persistentes de exposición ocupacional, los desafíos que continúan existiendo para implementar medidas de prevención y control de infecciones (PCI) en los establecimientos de salud —especialmente fuera de los centros designados para el tratamiento del ébola, que cuentan con protocolos más consolidados y mayor acceso a suministros—, así como la persistencia del riesgo de exposición en la comunidad.

El brote se desarrolla en el contexto de una grave crisis humanitaria y una situación de inseguridad persistente, caracterizada por desplazamientos masivos de población, una importante movilidad poblacional y un acceso limitado a servicios esenciales, incluidos la atención sanitaria, el agua segura, los alimentos, el alojamiento y la protección. Las actividades de respuesta en las provincias afectadas se han visto obstaculizadas por la inseguridad y los ataques contra establecimientos de salud, que han limitado el acceso de los equipos de respuesta, desalentado a potenciales pacientes a buscar atención, interrumpido las actividades de vigilancia y respuesta y aumentado el riesgo de transmisión no detectada.

Desde la declaración de la emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII/PHEIC) por ébola el 17 de mayo de 2026, se han registrado 12 ataques contra la atención sanitaria, con informes adicionales que aún están siendo verificados. Estos desafíos ponen de relieve la importancia de implementar actividades de respuesta centradas en la comunidad y lideradas por las autoridades locales y por líderes comunitarios de confianza.

Figura 2. Número de casos confirmados (n = 4665) en la República Democrática del Congo, por fecha de notificación, al 12 de agosto de 2026

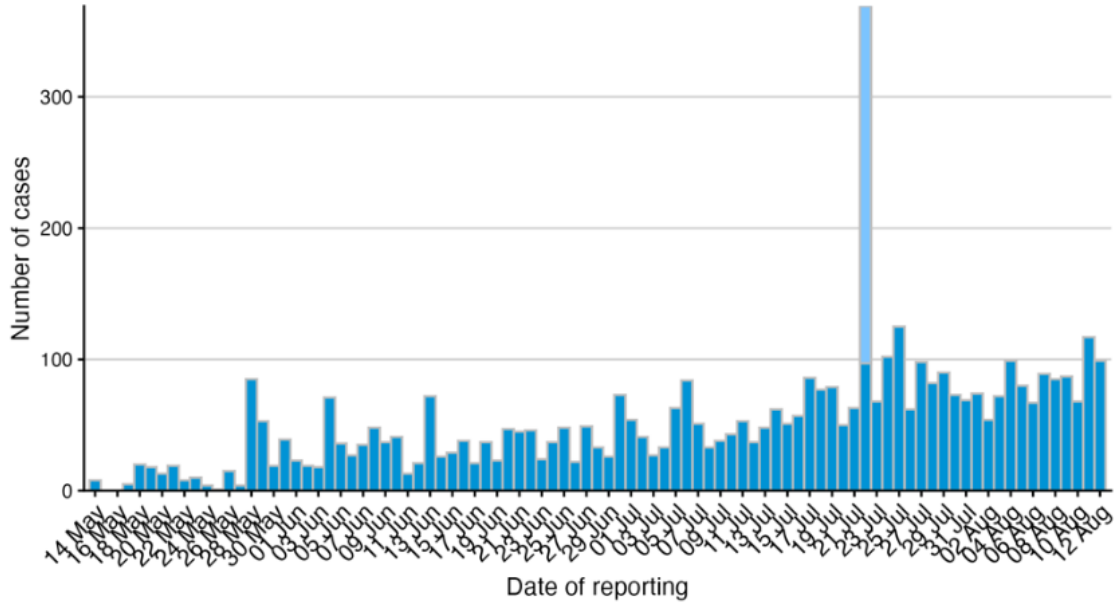
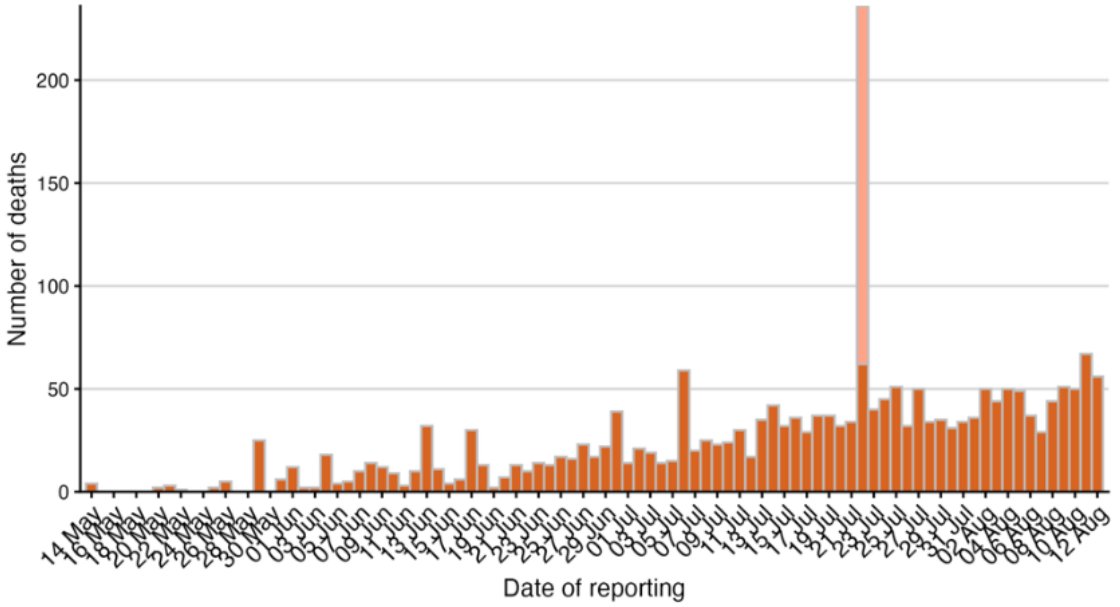


Figura 3. Número de muertes entre los casos confirmados (n = 2184) en la República Democrática del Congo, por fecha de notificación, al 12 de agosto de 2026



Fuente: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON615

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

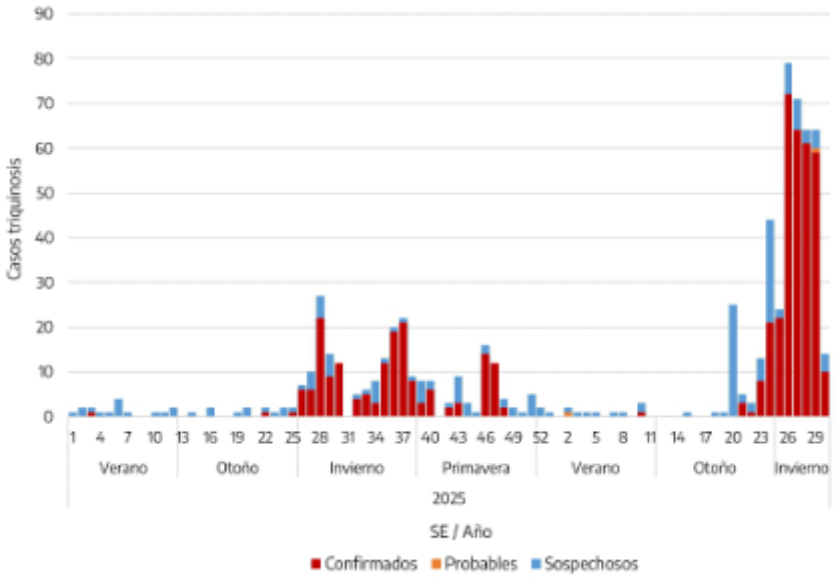
VII. Boletines Jurisdiccionales

VII.1. Buenos Aires: Triquinosis

Desde la SE 1 hasta la SE 31, en la provincia de Buenos Aires se notificaron 436 casos sospechosos de triquinosis, de los cuales 322 fueron confirmados, 2 probables, 17 descartados y 95 permanecen en investigación.



Distribución anual de casos notificados de triquinosis por semana epidemiológica (SE) de fecha de inicio de síntomas (FIS). Provincia de Buenos Aires. Período 2025 hasta SE 31 de 2026. n= 676



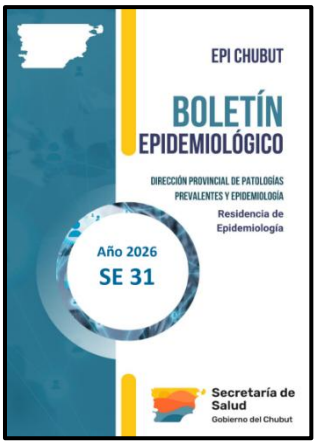
Fuente. SNVS 2.0. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes. Ministerio de Salud de la PBA.

Para más información:

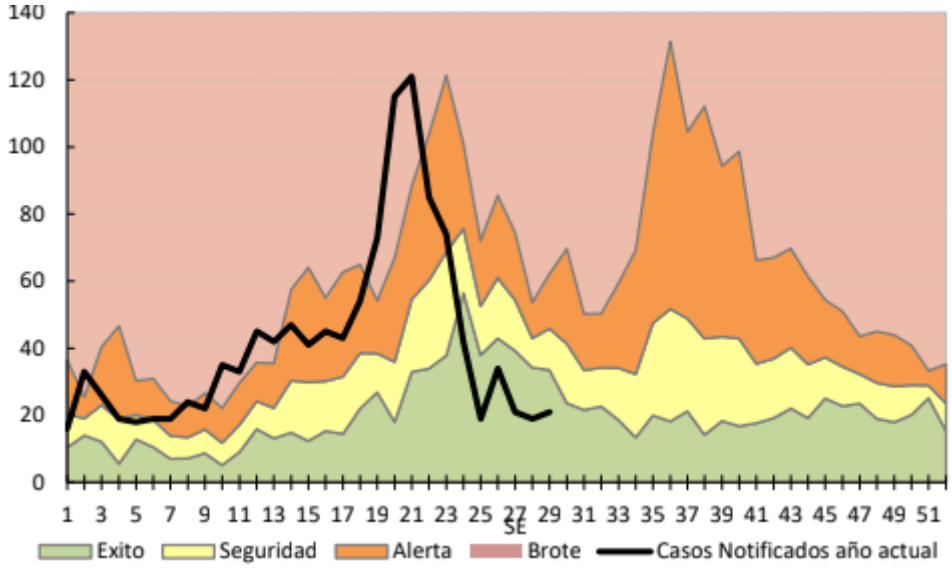
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

VII.2. Chubut – Neumonía

El corredor endémico de neumonía en las semanas 25 a 28 de 2026 se ubica en zona de éxito.



Corredor endémico semanal de Neumonía. Provincia de Chubut. SE 1-29 Año 2026. N= 1205.



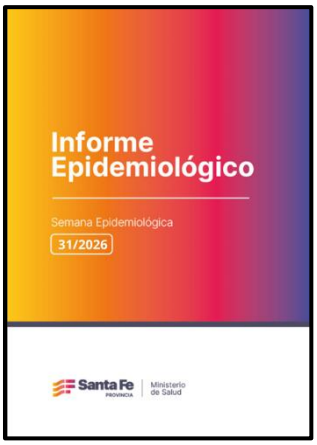
Fuente: Elaboración propia de Residencia de Epidemiología HZPM en base al SNVS 2.0

Para más información:

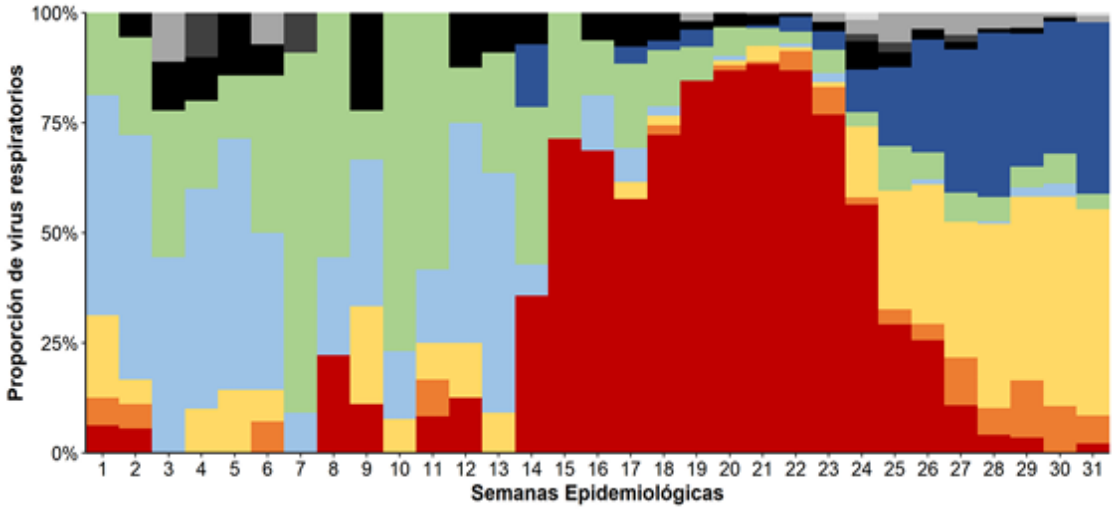
http://ministeriodesalud.chubut.gov.ar/epidemiological_releases

VII.3. Santa Fe: Infecciones respiratorias agudas (IRA)

En lo que va del 2026 (SE1 hasta SE31) se informaron un total de 31.465 notificaciones de IRAG en internados, de los cuales se confirmaron 1.722 casos (5,5% del total de las notificaciones por virus respiratorios) con el siguiente orden de frecuencia: Virus Influenza A (n= 637 casos), Virus Sincicial Respiratorio (n= 379 casos), Metapneumovirus (n= 300 casos), Adenovirus (n= 153 casos), Virus Parainfluenza (n= 90 casos), Virus Influenza B (n= 89 casos) y SARS CoV-2 (n= 74 casos). En las últimas tres semanas (desde SE29/2026 hasta SE31/2026) se registraron un total de 4.714 notificaciones de IRAG en internados, de las cuales se confirmaron 390 casos para todos los virus respiratorios (8,3% del 3 total de las notificaciones desde SE29 hasta SE31).



Distribución de casos positivos de Virus respiratorios en pacientes internados por IRA según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE1 a SE31/2026.



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:

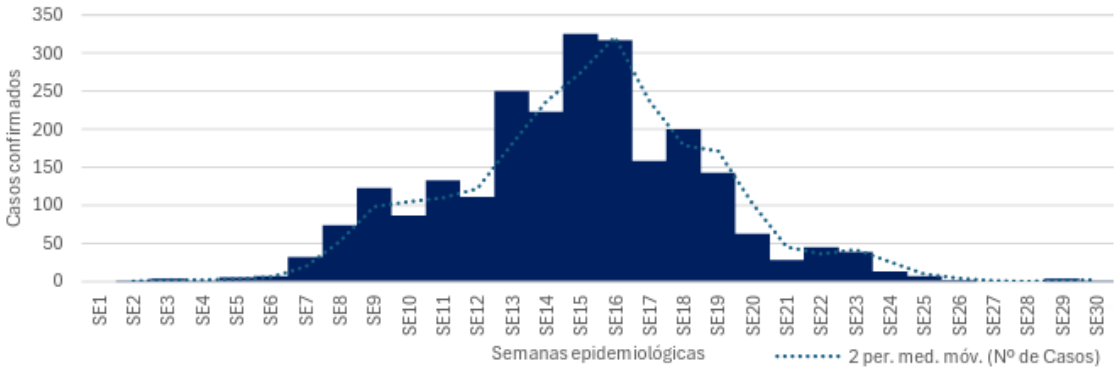
https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/(subtema)/93802

VII.4. Salta – Chikungunya

En la Provincia de Salta hasta la SE 30, se notificaron 2396 casos confirmados tomando como referencia los resultados de las determinaciones de laboratorio para fiebre chikungunya. El prime r caso se confirmó en la SE 2, varón de 16 años, residente en Rosario de la Frontera. Presentó antecedente de viaje a Santa Cruz de la Sierra (Bolivia). Durante SE 30 se notificaron 3 casos.



Casos confirmados por semana epidemiológica. (SE 1 hasta SE 30). Año 2026. Provincia de Salta (n=2396).



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:

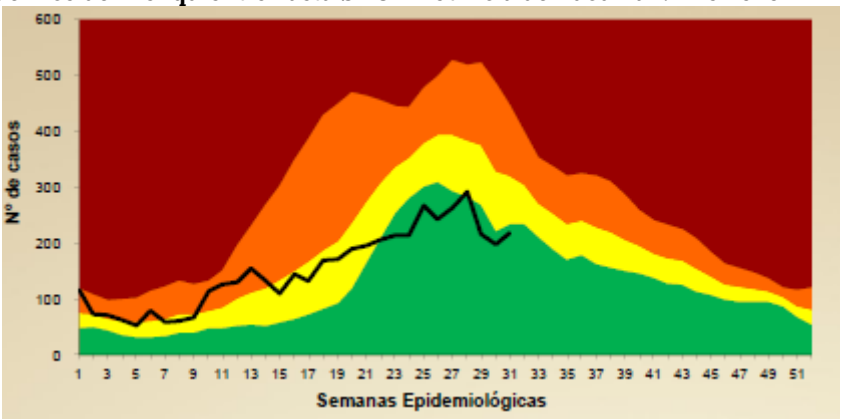
http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/

VII.5. Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años

La bronquiolitis es un síndrome clínico caracterizado por afectar la vía aérea inferior. Tiene una significativa morbilidad, afectando principalmente a niños menores de 2 años, con una mayor incidencia entre los 3 y 6 meses. En la semana 30 se notificaron 218 casos.



Corredor endémico de Bronquiolitis hasta SE 31 Provincia de Tucumán. Año 2026



Fuente: SNVS – Dirección de Epidemiología

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS
PARA VIGILANCIA

VIII. 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 **agosto** 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**
Agosto	Enteroparasitosis	Clínica	Signos y síntomas	Se adiciona: “Diarrea acuosa”, “Diarrea con sangre”, “Diarrea mucosa”, “Dolor abdominal”, “Meteorismo”, “Anorexia”, “Vómitos”, “Decaimiento”, “Prurito anal”, “Anemia”, “Síndrome de malabsorción”, “Fiebre”, “Eliminación espontánea de parásitos”, “Síndrome respiratorio / Neumonitis eosinofílica (tos,sibilancias,disnea)”, “Rash cutáneo”, “Ictericia ”, “Síndrome hepatobiliar obstructivo”, “Irritabilidad”, “Alteración del sueño”, “Retraso del crecimiento / madurativo (en niños)”, “Pérdida de peso”, “Bruxismo”.
			Comorbilidades	Se adiciona: “Desnutrición”, “Inmunosupresión congénita o adquirida”.
			Tratamiento	Se adiciona: “Albendazol”, “Mebendazol”, “Ivermectina”, “Praziquantel”, “Metronidazol”, “Nitazoxanida”.
			Resultado de tratamiento	Se adiciona: “Tratamiento completo”, “Tratamiento incompleto por evento adverso”, “Tratamiento incompleto por abandono”, “Tratamiento en curso”.
		Laboratorio	Muestras	Se adiciona: “Materia fecal en fresco”, “Seriado de materia fecal”, “Muestra perianal (test de Graham)”, “Escobillado anal”, “Biopsia”, “Esputo”, “Aspirado duodenal”, “Aspirado de absceso pulmonar”, “Pus de absceso hepático”, “Lavado broncoalveolar (LBA)”, “Orina”, “Parásito macroscópico”.

			Determinaciones / Técnicas	Para las determinaciones: “Búsqueda de Ascaris lumbricoides”, “Búsqueda de Balantidium coli”, “Búsqueda de Blastocystis”, “Búsqueda de Chilomastix mesnili”, “Búsqueda de Dientamoeba fragilis”, “Búsqueda de Difilobótridos”, “Búsqueda de Endolimax nana”, “Búsqueda de Entamoeba coli”, “Búsqueda de Entamoeba histolytica/dispar/moshkovski/bangladeshi”, “Búsqueda de Fasciola hepática”, “Búsqueda de Giardia duodenalis”, “Búsqueda de Trichostrongylus sp.”, “Búsqueda de Taenia sp.”, “Búsqueda de Trichuris trichiura”; “Búsqueda de Uncinarias”, “Búsqueda de Schistosoma mansoni”, “Búsqueda de Cystoisospora belli”, “Búsqueda de Hymenolepis nana”, “Búsqueda de Strongyloides stercoralis”, “Búsqueda de Iodamoeba bütschlii”, “Búsqueda de Hymenolepis diminuta”, “Búsqueda de Entamoeba hartmanni”, “Búsqueda de Dipylidium caninum”, “Búsqueda de Enterobius vermicularis”, “Búsqueda de Cryptosporidium sp.”, “Búsqueda de Microsporidios”, “Búsqueda de Anisákidos (Anisakis, Pseudoterranova y otros)”; se asocian las técnicas: “Microscopía - fresco”, “Microscopía - técnica de concentración por centrifugación” , “Microscopía: técnica de enriquecimiento”, “Microscopía coloración permanente”, “Técnicas moleculares”, “Inmunocromatografía de flujo lateral”, “Cultivo”, “Examen macroscópico”, “Clarificación”.

			Resultados	Se adiciona: “Se observan quistes”, “Se observan trofozoítos”, “Se observan ooquistes”, “Se observan larvas”, “Se observan parásitos adultos”; “Se observan esporas”, “Detectable”, “No detectable ”, “Se observa parásito sin estadio definido ”, “No se observa ”
			Laboratorio clínico	Se adiciona: “Eosinófilos relativo porcentual”, “Hemoglobina (g/dl)”, “Hematocrito (%)”, “Eritrocitos”, “Recuento de Leucocitos”, “Formula Leucocitaria Relativa”, “Recuento de Plaquetas (/mm3)”, “Reticulocitos (%)”, “LDH (U/L)”, “Haptoglobina (g/l)”, “Eritrosedimentación (VSG)”, “Sangre en materia fecal”, “TGO / ASAT”, “TGP / ALAT”, “FAL (fosfatasa alcalina)”, “GGT”, “Bilirrubina total”, “Bilirrubina directa”, “Bilirrubina indirecta”, “Albúmina”, “Tiempo de protrombina - TP (%)”, “Proteínas totales ”.

		Epidemiología	Factores de riesgo	Se adiciona: “Contacto directo con animales: rumiantes / de granja / mascotas”, “Consumo: Carne cruda o insuficientemente cocida”, “Antecedente de parasitosis”, “Contacto con caso confirmado o sospechoso de enterparasitosis”, “Actividades recreativas o deportivas que incluyan el contacto con agua”, “Contacto con aguas recreacionales no seguras: laguna, río, pileta, etc”, “Pica (ingesta de sustancias no alimentarias)”, “Antecedente de viaje en los últimos 30 días”, “Condiciones de hacinamiento”, “Vivienda con piso de tierra”, “Ingesta de agua de red”, “Vivienda sin sistema de desagüe cloacal”, “Contacto con agua de cloacas o servidas”, “Vivienda sin inodoro o letrina adecuada”, “Ingesta de agua de pozo”, “Ingesta / uso de agua de canilla pública”, “Ingesta de agua de embalse, lago o río”, “Almacenamiento de agua en cisterna / recipientes”.
	Ciclosporiasis asociada a viaje	Clínica	Signos y síntomas	Se adiciona: “Falta de apetito”, “Diarrea acuosa”, “Pérdida de peso”, “Cólicos abdominales”, “Distensión abdominal”, “Náuseas”, “Vómitos”, “Malestar general (astenia)”, “Febrícula”, “Dolores corporales”.
			Tratamientos	Se adiciona: “Trimetoprima Sulfametoxazol”, “Nitazoxanida”, “Ciprofloxacina”.
		Laboratorio	Muestra	Se adiciona: “Materia fecal en fresco ”.
			Determinaciones /Técnica	Se adicionan las técnicaS: “Microscopía con tinción Kinyoun (Ziehl-Neelsen modificada)”, “Microscopía coloración con safranina.”, “MIcroscopía en fresco”, para la determinación: “Identifcación de Cyclospora cayetanensis”, con el resultado: “Se observan ooquiste”, “No se observa ooquiste”. Se adiciona la técnica: “Paneles moleculares gastrointestinales multiplex”, para la determinación:

				"Detección de genoma de Cyclospora cayetanensis", con el resultado: "Detectable", "No detectable".
		Epidemiología	Factores de riesgo	Se adiciona: "Viaje a zona de transmisión en los últimos 14 días ".
		Evento	Clasificaciones de caso	Se adiciona: "Caso confirmado", "Caso sospechoso", "Caso descartado", "Caso invalidado por epidemiología".
	Esporotricosis	Laboratorio	Muestra	Se adiciona: "Hisopado de lesiones específicas "
	Infección respiratoria aguda bacteriana	Evento	Clasificaciones de caso	Se eliminan: "Chlamydia psittaci", "Legionella no pneumophila", "Legionella pneumophila", "Legionella pneumophila serogrupo 1", "Legionella pneumophila serogrupo 2", "Legionella pneumophila serogrupo 3", "Legionella pneumophila serogrupo 4", "Legionella pneumophila serogrupo 5", "Legionella pneumophila serogrupo 6", "Rickettsia rickettsii", "Rickettsia sp.", "Rickettsia tiphy", "Streptococcus pneumoniae", "Streptococcus pneumoniae serotipo 1", "Streptococcus pneumoniae serotipo 12F", "Streptococcus pneumoniae serotipo 14", "Streptococcus pneumoniae serotipo 15C", "Streptococcus pneumoniae serotipo 18C", "Streptococcus pneumoniae serotipo 19A", "Streptococcus pneumoniae serotipo 19F", "Streptococcus pneumoniae serotipo 2", "Streptococcus pneumoniae serotipo 23F", "Streptococcus pneumoniae serotipo 3", "Streptococcus pneumoniae serotipo 35F", "Streptococcus pneumoniae serotipo 4", "Streptococcus pneumoniae serotipo 5", "Streptococcus pneumoniae serotipo 6A", "Streptococcus pneumoniae serotipo 6B", "Streptococcus pneumoniae serotipo 6C", "Streptococcus pneumoniae serotipo 6D", "Streptococcus pneumoniae serotipo 7A", "Streptococcus pneumoniae

				serotipo 7B", "Streptococcus pneumoniae serotipo 7C", "Streptococcus pneumoniae serotipo 7F", "Streptococcus pneumoniae serotipo 8", "Streptococcus pneumoniae serotipo 9A", "Streptococcus pneumoniae serotipo 9L", "Streptococcus pneumoniae serotipo 9N", "Streptococcus pneumoniae serotipo 9V", "Streptococcus pyogenes (hemolítico grupo A)".