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



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **829**

Semana epidemiológica 39
AÑO 2026
Desde 27/09 al 03/10
Fecha de publicación
13/10/2026

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA

MINISTERIO DE SALUD
REPÚBLICA ARGENTINA

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: 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, Chantefort Lucía, Chaves Karina Lorena, Codina Adriana Mariela, Couto Esteban, Dávalos Gladys Florencia, Di Pinto Ignacio, Diaz Morena, Echenique Arregui Alexia, El Ahmed Yasmin Dalal, Faedo María Guadalupe, Fernández Gabriela, Fernández María Susana, Gómez Lara, González Lebrero Cecilia, González Picasso Manuel, Gonzalez Scheffer María Sol, Gutman Damián, Iglesias María Marta, Kurten Pérez Manuel, La Regina María Agustina, Martínez Karina, Moisés María Silvina, Morgenstern Agostina, Nogueira Camila Roxana, Núñez Sandra Fabiana, Ojeda Juan Pablo, Ormeño Mazzochi Franco, Pajón Candela Ivana, Palero Mariano, Pastrana Paula, Pisarra Florencia Magalí, Plantamura Pilar, Prina Martina, Quintas María Agostina, Riera Sebastián, Rojas Mena María Paz, Rosin Paula, Rueda Dalila, Schiavon Carolina, Santo Christian Javier, Santoro Federico, Souto Catalina Sofía, Tapia Julio, Vallone Antonella, Villasanti Johanna y Wainziger Tamara.

Coordinación y revisión general: 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 Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA) es una zoonosis viral aguda grave producida por el virus Junín (JUNV), cuyo reservorio son roedores silvestres de la especie Calomys musculinus, también conocido como “ratón maicero”. Foto de banco de imágenes del Ministerio de Salud de la Nación.

Cómo citar este boletín

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2026). Boletín Epidemiológico Nacional N°829, SE 39.

I. Sobre este BEN

En esta edición del Boletín Epidemiológico Nacional se presenta una actualización de los principales eventos bajo vigilancia, con énfasis en las infecciones respiratorias agudas, dengue y otros arbovirus, y un informe especial dedicado a la Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA).

Dentro de los eventos priorizados, se incluye la situación regional de influenza y otros virus respiratorios, la información nacional destacada y la vigilancia clínica de enfermedad tipo influenza, neumonía y bronquiolitis. Se presenta además la vigilancia universal de virus respiratorios a través de la Red de Laboratorios, tanto en personas internadas y fallecidas como en el conjunto de los eventos bajo seguimiento. El apartado se completa con recomendaciones para la prevención y el control, vigilancia epidemiológica, vacunación antigripal y tratamiento antiviral.

En relación con dengue y otros arbovirus, se actualiza la situación regional, con información específica de la subregión del Cono Sur, la situación de dengue en Argentina y el inicio de la temporada 2026/2027, junto con la estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada 2025-2026. También se presenta la situación de fiebre chikungunya y de otros arbovirus en el país.

Como informe especial, esta edición aborda la Fiebre Hemorrágica Argentina, con información sobre la situación epidemiológica durante 2026, la morbimortalidad por grupos de edad y la vigilancia ecoepidemiológica y genómica del virus Junín. Se incluyen los objetivos y procedimientos de vigilancia, las definiciones de caso, las recomendaciones de prevención y vacunación, las medidas ante casos y contactos, y los lineamientos técnicos para el uso de plasma inmune en el tratamiento.

La sección de alertas y comunicaciones internacionales presenta información sobre la situación epidemiológica regional de sarampión, con datos de Canadá, Estados Unidos, México y Perú, y sobre el brote de enfermedad por el virus Bundibugyo en la República Democrática del Congo. Asimismo, se destacan los boletines jurisdiccionales de Salta, Santa Fe, Tierra del Fuego y Tucumán, con información sobre chikungunya, leptospirosis, diarreas agudas y bronquiolitis en menores de 2 años.

Finalmente, se incorpora el listado de modificaciones en las codificaciones auxiliares del SNVS 2.0, como parte de las herramientas para la vigilancia.

Los contenidos de esta edición reúnen información para el seguimiento de los eventos priorizados, la actualización de las recomendaciones y los lineamientos de vigilancia, y el monitoreo de situaciones epidemiológicas de relevancia nacional e internacional.

Contenido

I. Sobre este BEN 4

TABLA DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS 7
II. Actualización de la tabla de eventos priorizados 8
II.1. Fundamentación 8
II.1. Metodología de análisis 8
II.1.A. Sobre la construcción de la tabla 8
II.1.B. Clasificación de la situación epidemiológica 8
II.1.C. Visualización de los casos según semanas epidemiológicas 2022-2026 9
II.1.D. Notas generales sobre la presentación de los eventos 9
II.2. Utilidad para la vigilancia epidemiológica 9

EVENTOS PRIORIZADOS 11
III. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas 12
III.1. Nota Metodológica 12
III.1.A. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 12
III.2. Síntesis de la información nacional destacada 12
III.3. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis 14
III.3.A. Enfermedad tipo influenza (ETI) 14
III.3.B. Neumonía 15
III.3.C. Bronquiolitis 16
III.4. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios 18
III.4.A. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Personas Internadas y Fallecidas 21
III.5. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas 23
III.5.A. Recomendaciones para equipos de salud 23
III.6. Vigilancia epidemiológica 23
III.7. Recomendaciones para la población 25
III.8. Vacunación antigripal 25
III.9. Tratamiento antiviral 26
IV. Vigilancia de dengue y otros Arbovirus 28
IV.1. Situación regional de dengue y otros Arbovirus 28
IV.1.A. Subregión Cono Sur 29
IV.2. Situación de dengue en Argentina 31
IV.2.A. inicio de temporada 2026/2027 31
IV.3. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026 33
IV.3.A. Nota metodológica 33
IV.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina 34
IV.5. Situación epidemiológica de otros Arbovirus 36

SITUACIONES EMERGENTES 37
PESTE - Situación oficial internacional y vigilancia epidemiológica en la Argentina 38
IV.6. Introducción 38
IV.7. Dinámica de la transmisión, reservorios y vectores 38
IV.7.A. Generalidades 38
IV.7.B. Presentación clínica 40
IV.8. Situación epidemiológica actual: actualización a partir de fuentes oficiales internacionales 40
IV.9. Antecedentes 41
IV.10. Situación Mundial 42
IV.11. Recomendaciones para equipos de salud 45
IV.11.A. Vigilancia epidemiológica 45
IV.12. Diagnóstico por laboratorio 46
IV.12.A. Toma de muestras: 46
IV.12.B. El transporte y envío de muestras 46
IV.12.C. Flujograma de trabajo laboratorial 46
IV.13. Manejo clínico y epidemiológico del caso 47
IV.13.A. Tratamiento antimicrobiano 47
IV.13.B. Esquemas terapéuticos 47
IV.13.C. Pronóstico 50
IV.13.D. Precauciones para el personal asistencial 50

IV.13.E. Desinfección 51
IV.14. Definiciones de contacto de caso de peste neumónica 51
IV.14.A. Identificación, seguimiento y quimioprofilaxis de los contactos 51
IV.14.B. Profilaxis antibiótica postexposición 52
IV.15. Manejo ambiental 52
IV.16. Gestión de los brotes de peste 52
IV.17. Comunicación de riesgo 53
IV.18. Prevención 53
IV.19. Referencias 54

INFORMES ESPECIALES 55
V. Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA) 56
V.1. Introducción 56
V.2. Nota metodológica 56
V.3. Situación epidemiológica de FHA en Argentina durante el año 2026 56
V.4. Morbimortalidad por grupos de edad 2025 – SE 35 2026 59
V.5. Vigilancia eco-epidemiológica 59
V.6. Vigilancia genómica del virus Junín 60
V.7. Vigilancia epidemiológica 60
V.7.A. Objetivos de la vigilancia 60
V.7.B. Definiciones y clasificaciones de caso 60
V.7.C. Notificación 61
V.8. Recomendaciones 61
V.8.A. Vacunación 61
V.8.B. recomendaciones para la población 62
V.9. Medidas ante casos 64
V.9.A. tratamiento 64
V.10. Medidas ante contactos 64
V.11. Sobre las acciones del ministerio de salud 65
V.12. Lineamientos técnicos relacionados con el Plasma Inmune (PI) para el Tratamiento de la Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA) 66
V.12.A. 1) Estrategias: 66

ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES 75
VI. Introducción 76
VI.1. Sarampión - Situación epidemiológica regional 77
VI.1.A. Canadá 77
VI.1.B. Estados Unidos de América 77
VI.1.C. México3F 78
VI.1.D. Peru3F 78
VI.2. Brote de enfermedad por el virus Bundibugyo - República Democrática del Congo 79
VI.2.A. Descripción del evento 80

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES 84
VII. Boletines Jurisdiccionales 85
VII.1. Salta: Chikungunya 85
VII.2. Santa Fe: Leptospirosis 86
VII.3. Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años 87

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA 88
VIII. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 89

TABLA DE **EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA** SELECCIONADOS

II. Actualización de la tabla de eventos priorizados

II.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.

II.1. Metodología de análisis

II.1.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.

II.1.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.

II.1.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.

II.1.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.

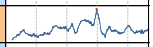
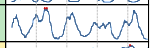
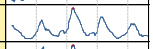
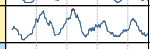
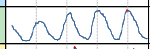
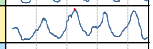
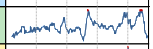
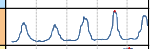
II.2. Utilidad para la vigilancia epidemiológica

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 39 de 2026.

Grupo	Evento	Mediana Acumulado 2022-2025	Acumulado 2026 SE39	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)	232	394	Por encima de lo esp.	Por debajo 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	631	658	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)	346	559	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	97	111	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	11340	16361	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	251	210	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	123	120	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo)	5	5	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Cisticercosis	6	5	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Escorpionismo o Alacranismo	3543	4437	En aumento	Por debajo de lo esp.	
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	516	610	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	31	25	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	6	7	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Brucelosis	91	120	En aumento	Por debajo de lo esp.	
	Hantavirosis	44	59	En aumento	Dentro de lo esp.	
	Leptospirosis	115	209	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Psitacosis	73	87	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
Grupo	**Evento**	**Mediana Acumulado 2022-2025**	**Acumulado 2026 SE39**	**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	34	22	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Sífilis Congénita	698	683	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Hepatitis B - Expuesto a la trans. vertical	0	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en embarazadas	1264	1027	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Sífilis en embarazadas	7123	8811	En aumento	Dentro de lo esp.	
	Hepatitis B en embarazadas	42	18	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Hepatitis virales	Hepatitis A	50	66	En aumento	Por encima de lo esp.	
	Hepatitis B	487	517	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Hepatitis C	959	1003	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Hepatitis E	5	16	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Infecc. de trans. sexual	Sífilis en población general	22770	39145	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
Infecc. Resp. agudas	Legionelosis	18	19	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	1085	1090	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	19	20	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Plag. de uso agrícola	11	7	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Plag. de uso doméstico	28	41	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Intoxicación/Exposición a Plomo	10	5	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Monóxido de Carbono	1454	1926	En aumento	En aumento	
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	6341	9943	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Intento de Suicidio con resultado mortal	310	474	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
Otros eventos de imp. p/ la Salud Pública	Viruela símica (mpox)	249	22	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis*	8856	10568	Dentro de lo esp.	En aumento	

Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0. Nota: Debido a inconvenientes en la exportación de datos del SNVS 2.0, se mantienen para tuberculosis los valores e indicadores publicados en el BEN N.º 828 (SE 38 de 2026). La información será actualizada en la próxima edición.

EVENTOS **PRIORIZADOS**

III. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

III.1. Nota Metodológica

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

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

A partir del presente BEN, se actualizan los denominadores poblacionales utilizados para la construcción de los corredores endémicos y el cálculo de las tasas de incidencia acumulada, adoptando las proyecciones de población elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) con base en los resultados del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022.

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

En la semana epidemiológica 37, la actividad de los virus respiratorios en la Región de las Américas estuvo impulsada principalmente por el VSR en Centroamérica y el Cono Sur. La positividad fue alta en Panamá (26,6%) y Uruguay (30,7%), y de moderada a alta en Argentina, Paraguay, Chile y Costa Rica, aunque con tendencia descendente en la mayoría de estos países. La positividad de influenza aumenta en niveles bajos en América del Norte y el Caribe. Es mayor en Ecuador y Argentina (17,2% en ambos), con predominio de influenza B en el Cono Sur e influenza A en la Región Andina. La positividad de SARS-CoV-2 desciende en el Caribe, Centroamérica, la Región Andina y México, y aumenta en niveles bajos en el conjunto de América del Norte. Barbados mantiene una actividad de moderada a alta y estable (23,5%). Los casos de ETI e IRAG descienden en la mayoría de las subregiones. Las excepciones son Argentina, que notifica un aumento de casos de IRAG; Paraguay y Uruguay, que notifican niveles altos de IRAG; y Chile, que notifica un número elevado de casos de IRAG, con el VSR como el virus detectado con mayor frecuencia entre los pacientes con IRAG muestreados.

III.2. 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 SE9, permaneciendo entre niveles de alerta y brote entre las SE 9 y 22, con un descenso posterior. Entre la SE1 a 38 se notificaron 1.048.393 casos de ETI, cifra ligeramente superior (3,1%) respecto al mismo período del año previo.

Los casos de neumonía presentaron un aumento desde la SE8, permaneciendo en zona de alerta desde la SE15 hasta la SE22, con un menor número de notificaciones en semanas

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

posteriores. En las 38 SE transcurridas, se notificaron 134.419 casos, cifra levemente menor a las observadas para el mismo período en años previos.

Las bronquiolitis en menores de 2 años permanecen en niveles esperados para 2026, con una tendencia ascendente desde SE15 hasta SE29. Hasta la SE38 se notificaron 116.116 casos de bronquiolitis. Los años 2024, 2025 y 2026 presentan un marcado descenso en las notificaciones respecto de los años previos.

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 SE39, se registraron 10 detecciones y la positividad fue del 29,4%, con predominancia de influenza B. 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 18 casos positivos entre 266 muestras estudiadas.

En la vigilancia centinela de casos hospitalizados por infección respiratoria aguda grave (UC-IRAG), durante las 39 SE transcurridas de 2026 se registraron 6.655 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 SE35. En las últimas cuatro semanas analizadas predominaron las detecciones de VSR, con 218 casos positivos entre los 771 casos de IRAG estudiados para los 3 virus, seguido por influenza (n=45) y SARS-CoV-2 (n=10). Además, se notificaron 3 codetecciones de influenza y VSR y 2 codetecciones de SARS-CoV-2 y VSR.

Con respecto a la vigilancia universal de virus respiratorios, en 2026 las detecciones de influenza se mantuvieron estables hasta la SE9. A partir de SE10 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. En las últimas semanas se observa un nuevo ascenso progresivo, a expensas principalmente de influenza B. Las detecciones de VSR experimentan un aumento desde la SE13, con valores máximos alcanzados en las SE 31-34. En relación con SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos en lo que va de 2026. En la última semana analizada, SE38/2026, se registra circulación de virus respiratorios, principalmente influenza, seguido de VSR, SARS-CoV-2, parainfluenza, metapneumovirus y adenovirus.

En la vigilancia universal de personas internadas y fallecidas con diagnóstico de infección respiratoria aguda, durante 2026, las detecciones de influenza aumentaron desde la SE10 y alcanzaron su máximo en las SE21-22, con tendencia descendente en las semanas siguientes. Las detecciones de SARS-CoV-2 se mantuvieron estables durante el periodo, mientras que las de VSR aumentaron progresivamente a partir de la SE13, superando las 500 detecciones semanales entre las SE31 y 34. En la última semana se registró un fallecimiento con diagnóstico de SARS-CoV-2. En lo que va del año, se notificaron 170 fallecimientos con diagnóstico de influenza.

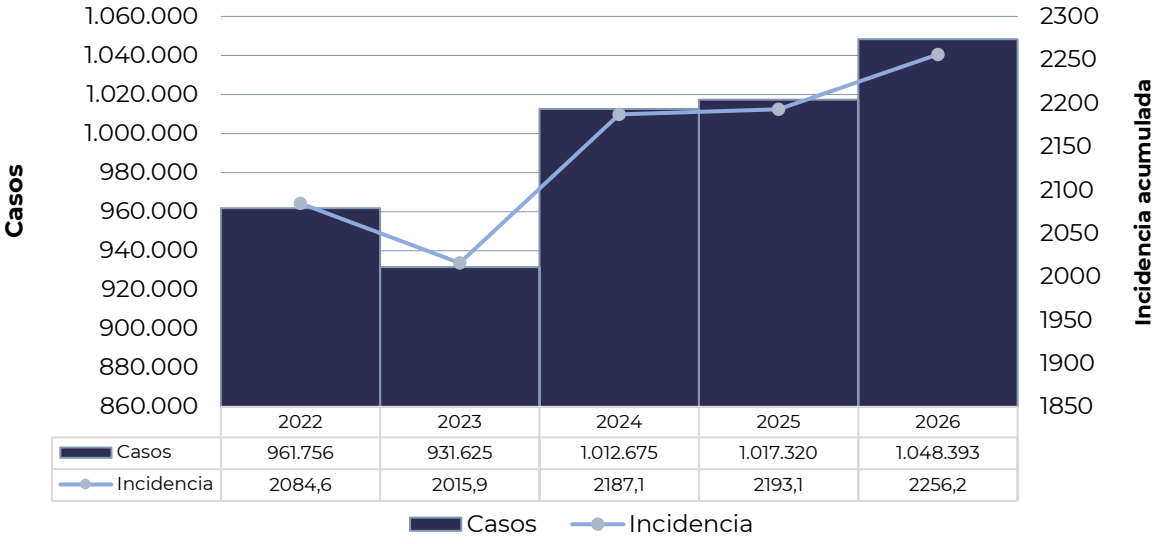
III.3. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis

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

En las 38 SE transcurridas de 2026 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 1.048.393 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 2.256,2 casos/ 100.000 habitantes.

Hasta la 38 SE del período 2022–2026, el mayor número de notificaciones de ETI correspondió a 2026, con un ligero incremento respecto a las notificaciones del año previo (3,1%). En segundo lugar, se encuentra el año 2025, seguido por 2024.

Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de ETI por 100.000 habitantes. Años 2022-2026. SE38. Argentina[2].

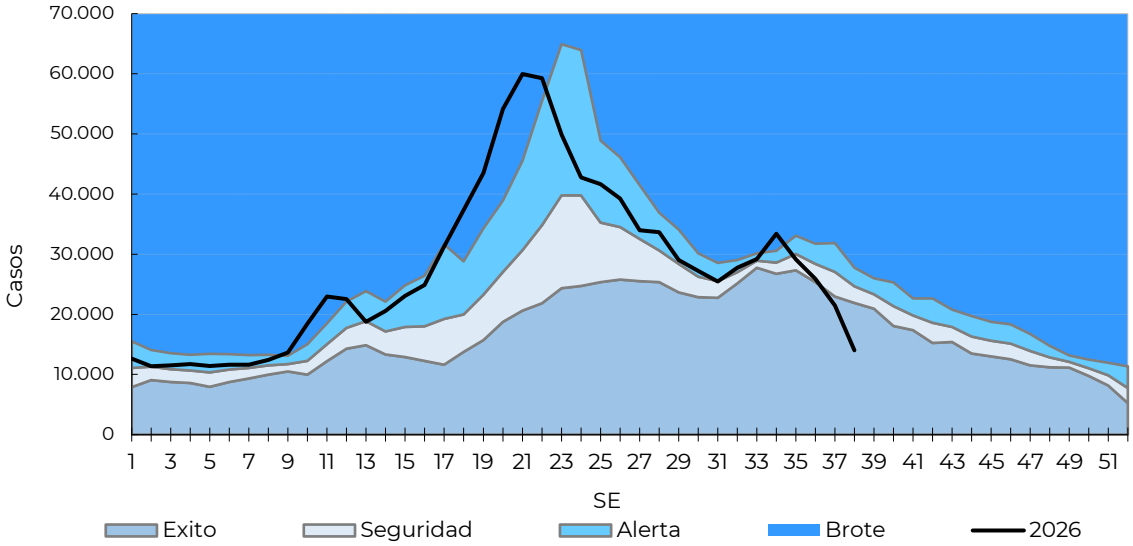


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

En relación con el corredor endémico de ETI, las notificaciones se mantuvieron entre los niveles de seguridad y alerta durante las primeras semanas del año. Desde la SE9 se registró un ascenso de los casos, permaneciendo entre niveles de alerta y brote entre las SE9 y 22, con oscilaciones entre semanas. Desde la SE22 registra tendencia descendente de las notificaciones, con un ligero incremento a partir de la SE32.

[2] Para el cálculo de la tasa de incidencia se utiliza como denominador la población proyectada por INDEC a partir del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022.

Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2018-2025. SE 1 a 38 de 2026[3]. Argentina.



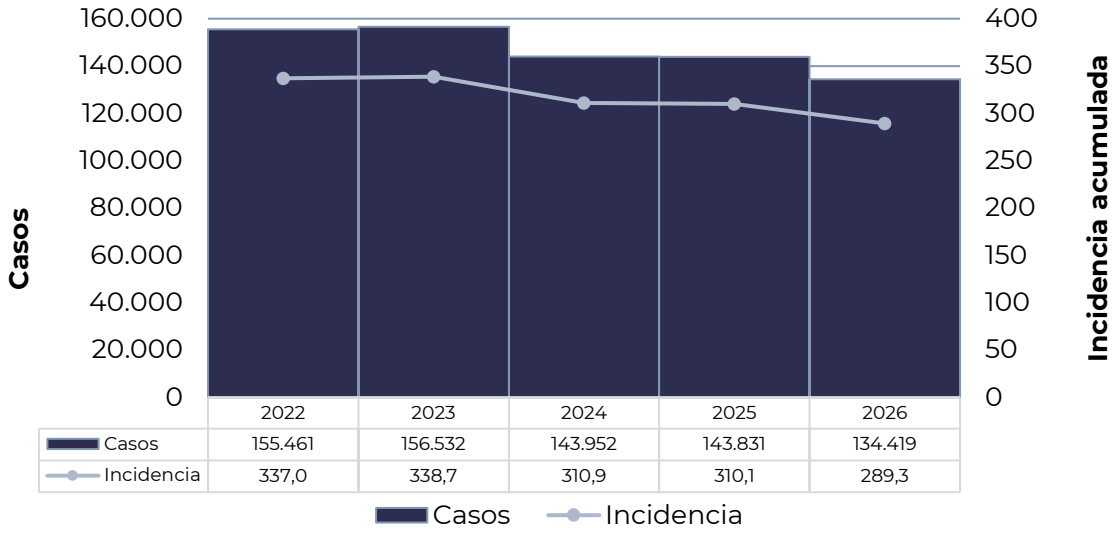
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

III.3.B. NEUMONÍA

En las primeras 38 SE de 2026 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 134.419 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 289,3 casos/ 100.000 habitantes.

En el período 2022–2026, las notificaciones de neumonía acumuladas hasta SE38 registraron su mayor número de casos en 2023, seguido de 2022. En 2026 se registran tasas de incidencia similares a los dos años previos, con valores ligeramente inferiores.

Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2022-2026. SE38. Argentina.

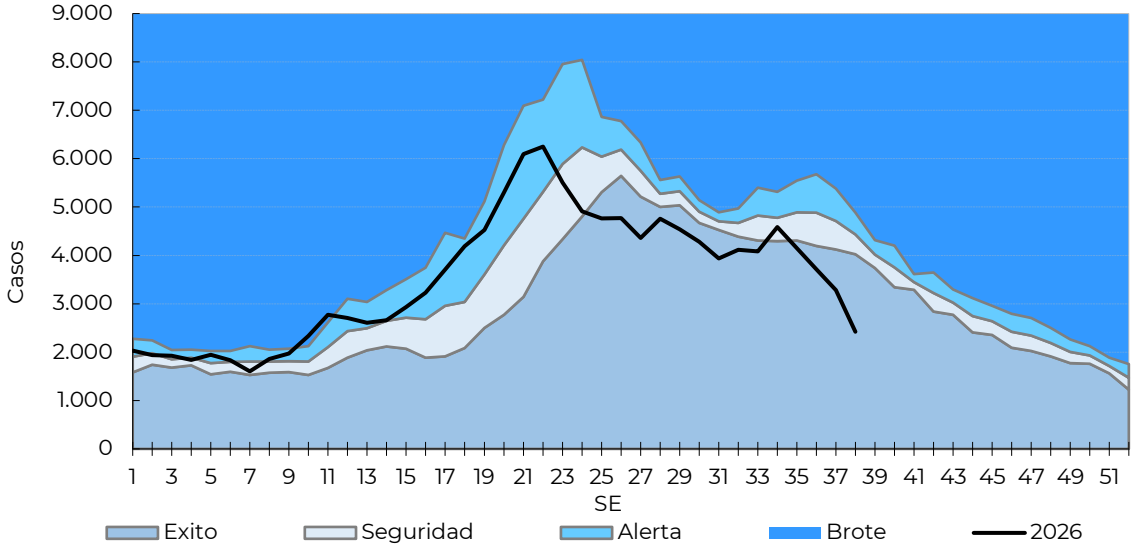


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

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

En las primeras semanas de 2026 las notificaciones de neumonía se ubicaron dentro las zonas de seguridad y alerta del corredor endémico. A partir de la SE8 se registró un ascenso, permaneciendo en niveles de alerta desde la SE15. Los registros de neumonía alcanzaron su máximo en SE21 y 22, con un descenso posterior de los casos, manteniéndose en las últimas semanas en niveles bajos, con ligeras oscilaciones.

Gráfico 4: Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2018-2025. SE 1-38 de 2026[4]. Argentina.



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

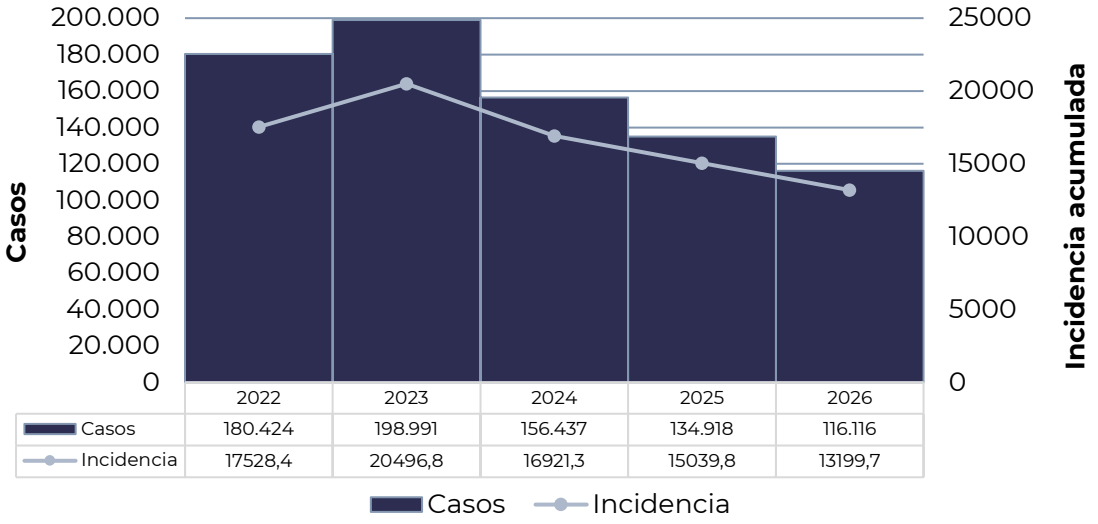
III.3.C. BRONQUIOLITIS

En las 38 SE transcurridas de 2026, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 116.116 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 13.199,7 casos/100.000 habitantes.

En relación con los años previos, las notificaciones de bronquiolitis desde SE 1 a 38 presentaron el valor más elevado en 2023. Los años 2024, 2025 y el corriente 2026 presentan un descenso marcado de los casos y tasas de incidencia registrado respecto de los años previos.

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

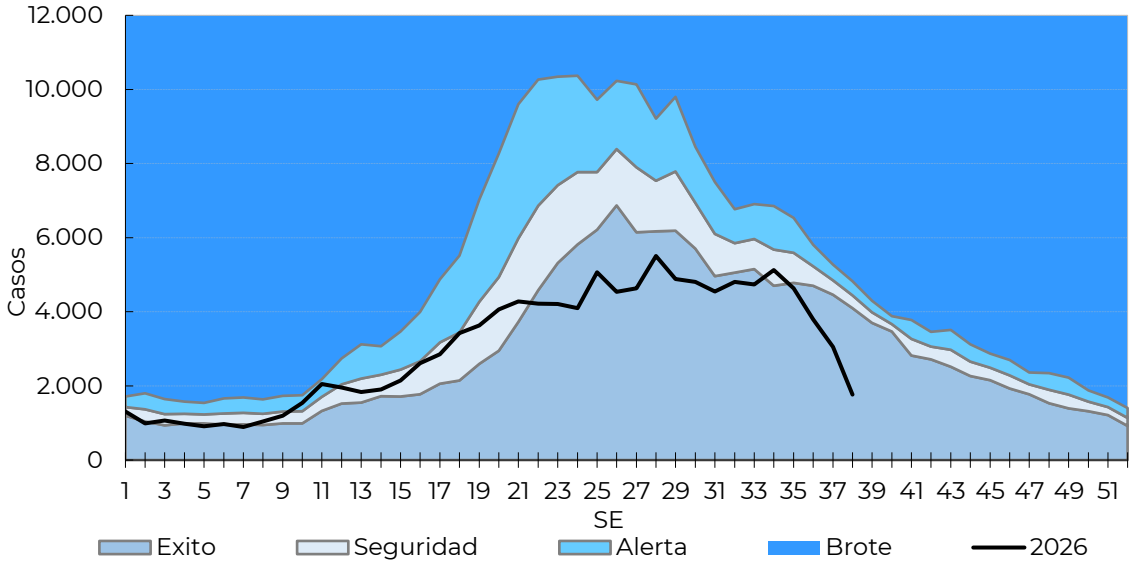
Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis en menores de 2 años por 100.000 habitantes. Años 2022-2026. SE38. Argentina.



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

En las 38 SE transcurridas del año 2026, las notificaciones semanales de bronquiolitis se mantuvieron dentro de los límites esperados en relación con años históricos, si bien se registra tendencia ascendente de los casos desde la SE15, con algunas oscilaciones hasta la SE actual.

Gráfico 6: Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2018-2025. SE 1-38 de 2026[5]. Argentina.



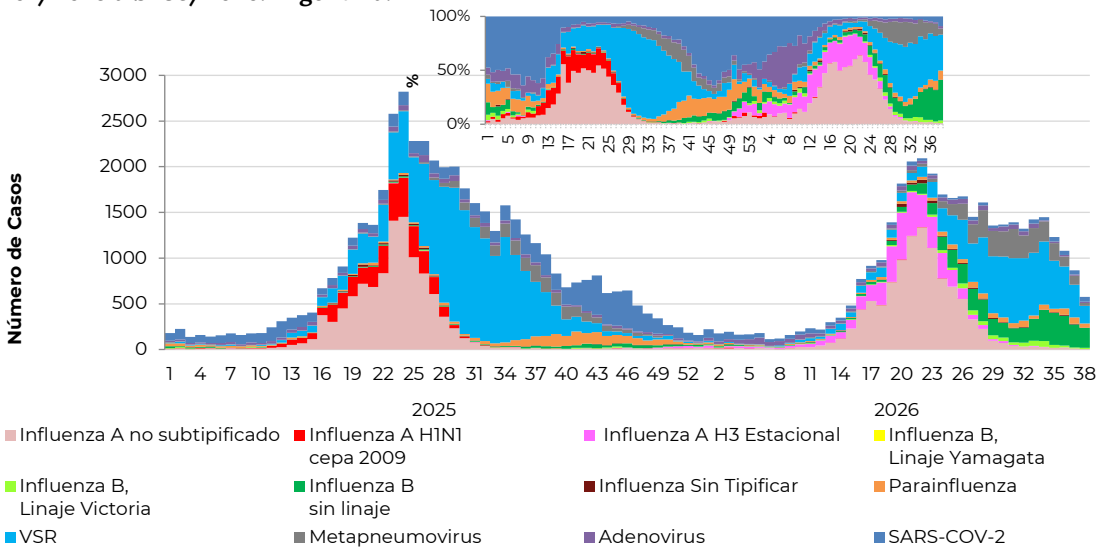
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

[5] Para la construcción de los corredores endémicos se excluyeron los años pandémicos (2020-2022). Se utilizaron las proyecciones poblacionales de INDEC basadas en el Censo 2022 para menores de 2 años; para 2018 y 2019 se replicó la población proyectada para 2022.

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

Durante 2026, las detecciones de **influenza** se mantuvieron estables hasta la SE9, y, a partir de la SE 10, se registró un aumento, tanto en el número de casos como en el porcentaje de positividad, para este virus. El mayor número de casos se registró en las SE21 y 22, luego de las cuales las detecciones comenzaron a descender. Además, desde la SE15, se observa un incremento de los casos de Influenza B. Entre las SE 37-38 se notificaron un total de 519 casos de influenza. En cuanto a **VSR,** se registra un aumento desde la SE 13, con 552 casos en las últimas dos semanas (SE37 y 38). Durante las 38 semanas transcurridas de 2026, las detecciones de **SARS-CoV-2** se mantienen en niveles bajos.

Gráfico 7. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2025 a SE38/2026. Argentina.



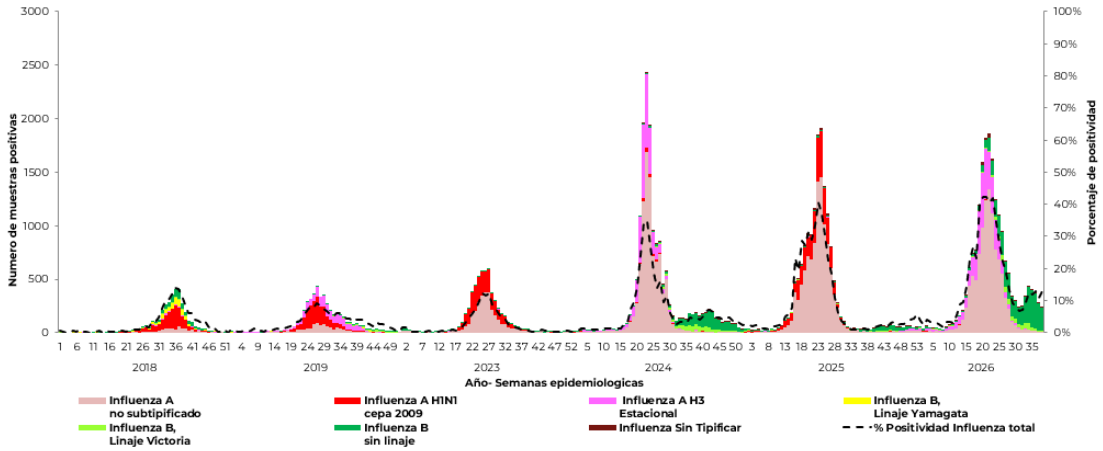
Fuente Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

Al analizar los patrones históricos de circulación de influenza, se observa que durante 2025 la actividad viral en el país presentó un inicio adelantado de la temporada respecto de lo observado habitualmente. El incremento de las detecciones comenzó a partir de la SE11, acompañado de niveles elevados de positividad desde la SE13. Este comportamiento contrasta con el registrado en las temporadas de mayor circulación del período 2016–2024, cuyo inicio ocurrió generalmente en semanas posteriores. Este patrón presentó modificaciones durante los años de la pandemia, particularmente en 2022, cuando se registró una dinámica inusual tanto en la magnitud de los casos como en su estacionalidad.

A lo largo de 2025 se notificaron casos de influenza de manera continua durante todas las semanas epidemiológicas. A partir de la SE11 se observó un incremento sostenido de las detecciones, con predominio de influenza A, principalmente del subtipo A(H1N1) y de influenza A no subtipificada, lo que evidenció un adelanto del ascenso estacional. El mayor número de detecciones semanales se registró entre las SE22 y SE26, seguido de una tendencia descendente. Hacia las últimas semanas del año se observó un nuevo incremento, inicialmente con predominio de influenza B desde la SE36 y, posteriormente, de influenza A, en particular del subtipo A(H3N2). Durante 2026 se registraron detecciones durante todo el período analizado, con predominio de influenza A(H3N2). Al igual que en 2025, la temporada presentó un inicio adelantado, con un aumento de las detecciones desde la SE10 y un máximo

entre las SE21 y SE22. En las últimas semanas se observó, además, un incremento de las detecciones de influenza B/linaje Victoria, con el mayor número de casos registrado en SE34.

Gráfico 8. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y porcentaje de positividad, por Semana epidemiológica. SE01/2018- SE38/2026. Argentina.[6]



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

En cuanto a **SARS-CoV-2**, durante las 38 semanas transcurridas de 2026 las detecciones se han mantenido en niveles bajos. Este comportamiento es similar al observado en 2025, año en el que las detecciones también permanecieron en niveles bajos durante la mayor parte del año, aunque se registró un leve aumento a partir de la SE34, que se acentuó entre las SE42 y SE47.

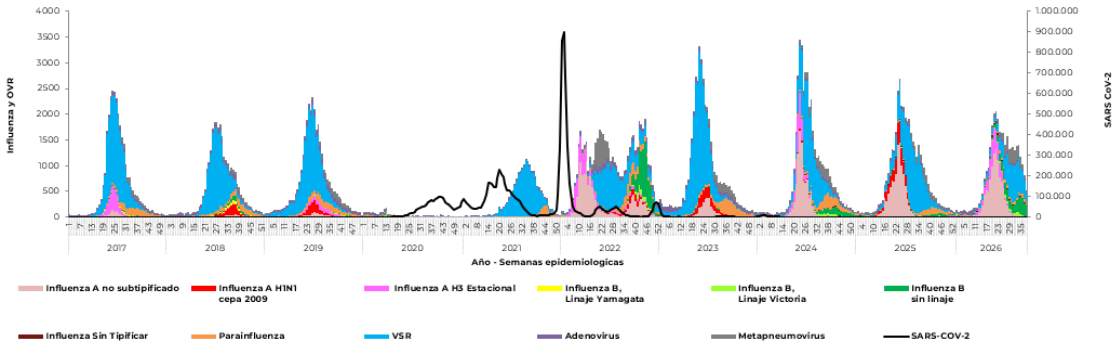
En relación con el **VSR**, durante 2025, se registró un ascenso de las detecciones a partir de la SE12, con inicio de la actividad estacional desde la SE20. El pico se observó entre las SE29 y SE30, seguido de una tendencia descendente. En el año 2026, las detecciones presentaron un aumento progresivo a partir de la SE13, con valores máximos alcanzados en las SE 31-34. Entre las SE37 y SE38 de 2026 se notificaron 552 casos.

Respecto a otros virus respiratorios, en 2025 se observó un ascenso en las detecciones de metapneumovirus desde la SE 27, alcanzando el mayor número de casos en la SE 37, seguido de un descenso posterior. Adicionalmente, los casos de parainfluenza mostraron un aumento progresivo desde la SE 35, que se extendió hasta la SE 41, seguido de un descenso sostenido en las semanas posteriores. Durante 2026, se registró un incremento de las detecciones de metapneumovirus desde la SE20, alcanzando su máximo en SE31, en las últimas semanas se observa un descenso en el número de detecciones. Las detecciones de los demás virus respiratorios permanecen en niveles bajos.

En la SE38, los virus respiratorios detectados, en orden de frecuencia, fueron influenza, VSR, SARS-CoV-2, parainfluenza, metapneumovirus y adenovirus.

[6] Se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

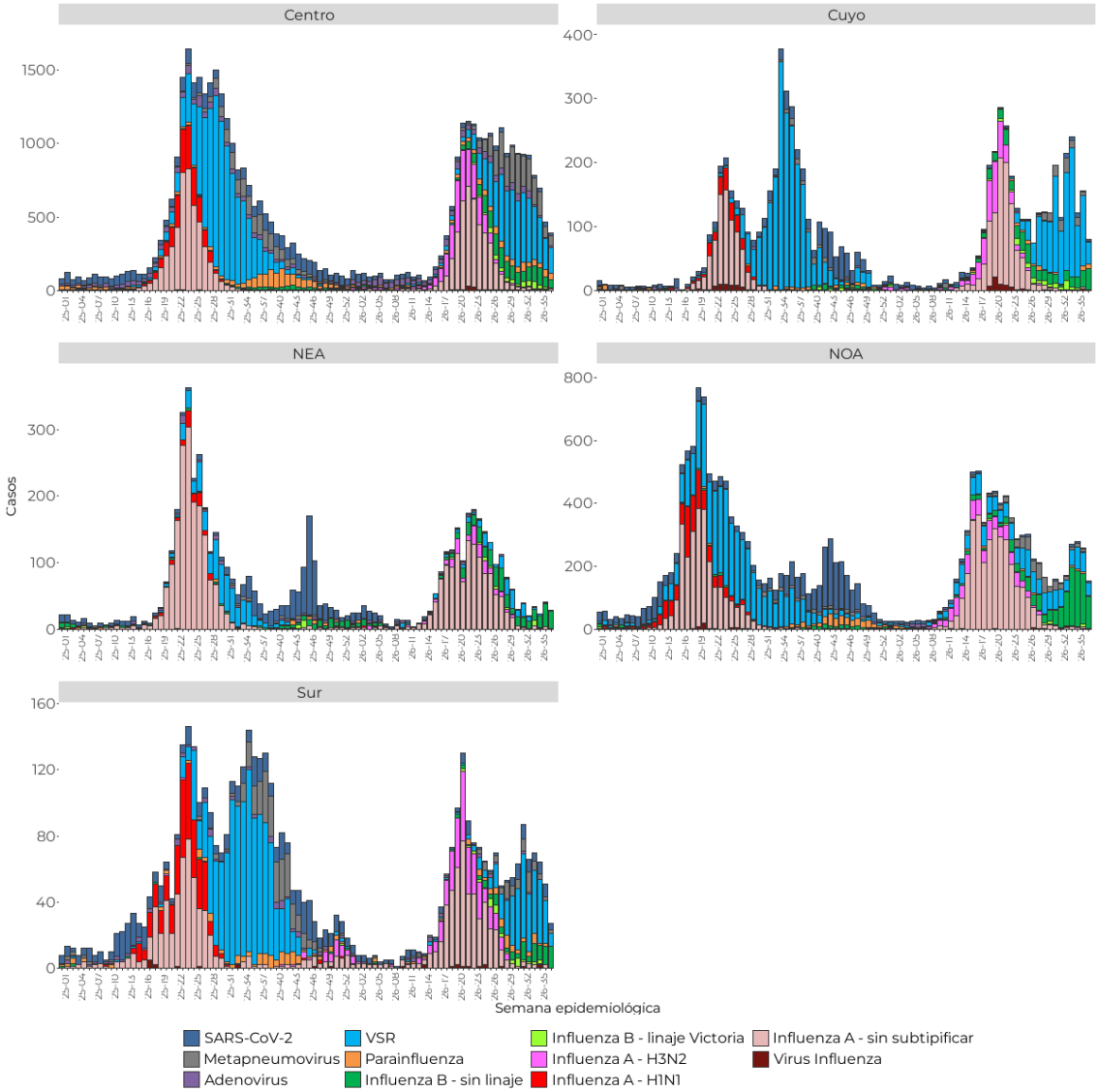
Gráfico 10. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE38/2026. Argentina.



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

El análisis regional muestra que, durante la temporada 2026, el ascenso de los casos de influenza A se inició de forma más temprana en las regiones del Noroeste (NOA) y Sur, extendiéndose posteriormente al resto del país. Luego se observa un cambio de tendencia en todas las regiones, caracterizado por una disminución de los casos notificados. En las últimas semanas se observa un incremento de influenza B, más marcado en las regiones de Centro y NOA. En cuanto al VSR, el incremento inicial observado en las se concentró principalmente en las regiones NOA y Centro. En las últimas semanas se observa un aumento en Cuyo y Sur.

Gráfico 9. Distribución de influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica, por región. SE01/2025 a SE37/2026. Argentina.



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

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

En las 39 SE transcurridas de 2026 se notificaron 908 casos de **SARS-CoV-2** en personas internadas, cifra que resulta un 55,6% inferior a la registrada en igual período de 2025**.** Los casos de SARS-CoV-2 en hospitalizados presentaron un ascenso entre las SE34 a 42 de 2024, seguido de una disminución posterior y de valores bajos con algunas oscilaciones en 2025, manteniéndose en valores bajos hasta la actualidad. En las SE38 y 39 de 2026 se registraron 51 casos hospitalizados con este diagnóstico.

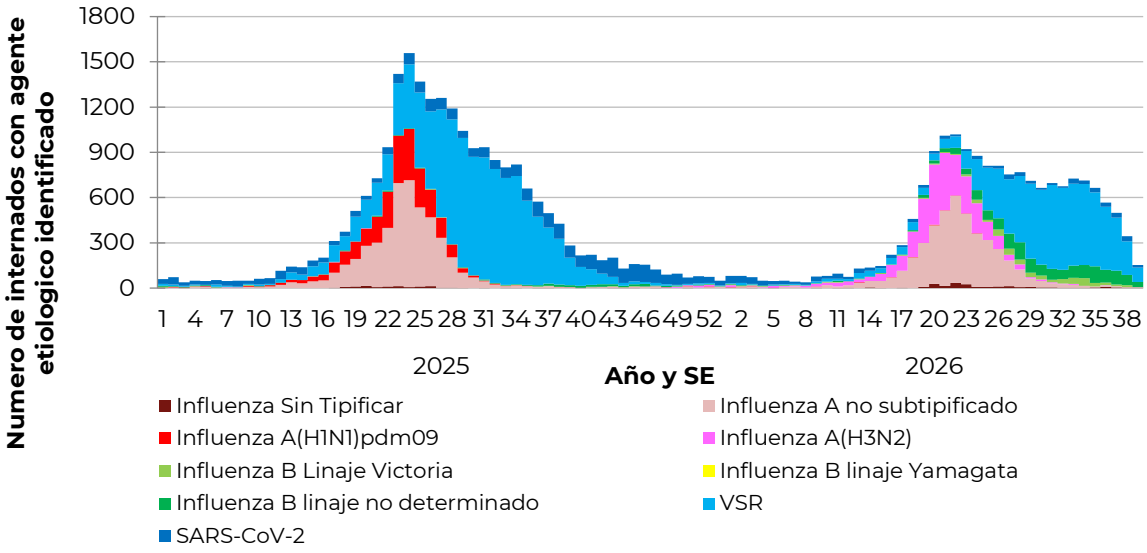
En cuanto a **influenza** en personas hospitalizadas, durante 2025 se observó, a partir de la SE12, un ascenso sostenido en el número de casos, que alcanzó su máximo en la SE24. Posteriormente, las detecciones en pacientes hospitalizados mostraron una tendencia descendente, manteniéndose en niveles bajos durante las primeras semanas de 2026. A partir de la SE10 de 2026 se registró un nuevo aumento progresivo en el número de casos

detectados en personas hospitalizadas, con un máximo en las SE20 a 22. En las SE38 y SE39 se notificaron 127 casos hospitalizados con diagnóstico de influenza.

Entre los 9.156 casos de influenza notificados durante 2026, se registran predominantemente detecciones de influenza A (n= 6.963), con menor detección de influenza B (n= 1.972). De los casos de influenza A, 2.722 cuentan con subtipificación, correspondiendo 26 a influenza A (H1N1) pdm09 y 2.696 a influenza A (H3N2). En relación con influenza B (n= 1.972), 502 casos corresponden al linaje Victoria y el resto no cuentan con identificación de linaje.

Respecto del **VSR**, durante 2025 el número de casos en personas hospitalizadas comenzó a aumentar a partir de la SE12, alcanzando un pico en la SE29, seguido de una tendencia descendente. En lo que va de 2026 se notificaron 7.070 casos hospitalizados con detección de VSR. Las detecciones en personas hospitalizadas muestran una tendencia ascendente desde la SE13, superando los 500 casos semanales entre las SE31 y 34, con descenso posterior. En conjunto, en las SE38 y SE39 se registraron 320 detecciones.

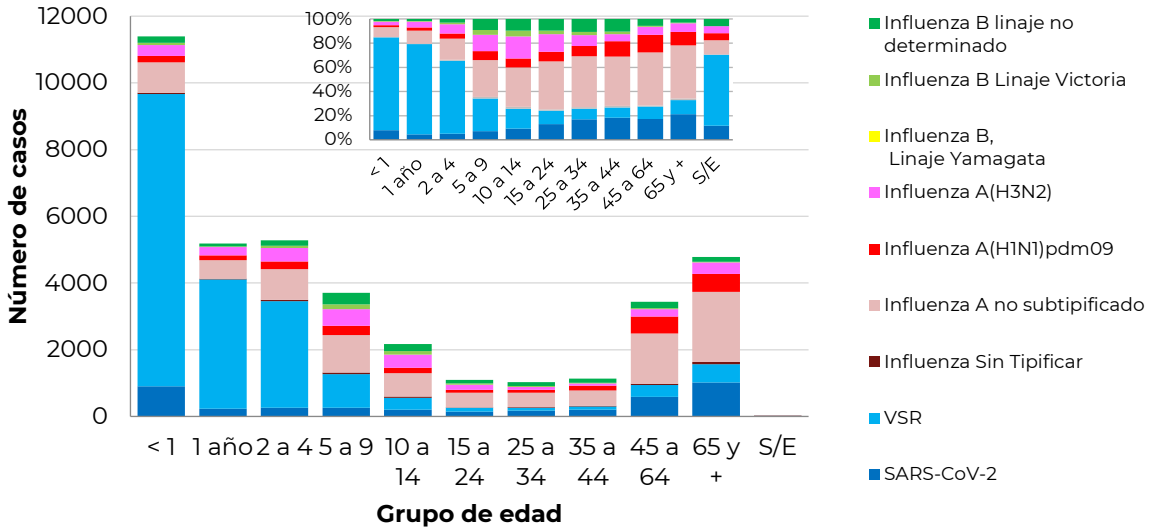
Gráfico 11. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2025 a SE39/2026. Argentina.



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

Con respecto a la distribución por grupos de edad de las detecciones acumuladas en personas hospitalizadas, desde SE1/2025 hasta SE38/2026, el mayor número de casos positivos para VSR se registró en menores de 5 años, particularmente en los niños menores de 1 año. Respecto a las detecciones positivas para influenza, las mismas predominaron en adultos mayores y personas de 45 a 64 años, seguido por el grupo de 5 a 9 años. Además, se registraron detecciones de SARS-CoV-2 en todos los grupos de edad, principalmente en adultos mayores y menores de 1 año.

Gráfico 12. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta y relativa de agentes identificados por grupos de edad acumulados. SE 1/2025 a SE38/2026.



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

En lo que va del año, se registraron 170 fallecimientos con diagnóstico de influenza. En la SE39 se notificó un fallecimiento con diagnóstico de SARS-CoV-2.

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

III.5.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.

III.6. Vigilancia epidemiológica

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

En este marco, se recomienda:

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

- Fortalecer la vigilancia a través de la Red Nacional de Laboratorios de Influenza y Otros Virus Respiratorios, garantizando la notificación oportuna de muestras estudiadas y positivas para cada virus respiratorio, así como la nominalización de los casos positivos de Influenza para consignar su subptifpiciación y eventual derivacion para estudios genómicos.
- Identificar y notificar en forma oportuna de eventos respiratorios inusuales.

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

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

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

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

Definiciones:
Enfermedad Tipo Influenza (ETI): Persona de cualquier edad con infección respiratoria aguda con fiebre mayor o igual a 38°C, tos e inicio de los síntomas dentro de los 10 días sin otra etiología definida.
Infección respiratoria aguda grave (IRAG): Persona de cualquier edad con infección respiratoria aguda con fiebre mayor o igual a 38°C, tos e inicio del cuadro en los 10 días precedentes y requerimiento de hospitalización por criterio clínico sin otra etiología definida.
Eventos respiratorios inusuales definidos por los siguientes criterios:
● Cambios abruptos, imprevistos en la tendencia de infección respiratoria aguda observada en la vigilancia de rutina de nivel local y no asociados a las variantes virales que circulan habitualmente.
● En contexto de un patrón inesperado de infección respiratoria aguda (aumento en la mortalidad, cambios en el grupo de edad asociado a un caso severo de Influenza, o un cambio en el patrón clínico asociado a Influenza u otro virus respiratorio).
● Infección respiratoria en personas en contacto con aves, porcinos u otros animales enfermos o muertos asociados a una epizootia sospechada o confirmada de virus respiratorios.
● Casos de infección por un subtipo de virus Influenza o variante de otros virus respiratorios que no estén circulando en humanos.
● Cambios persistentes en la respuesta al tratamiento o en el desenlace en casos severos de infección respiratoria.
● Infección respiratoria aguda grave en trabajadores de la salud que atienden a pacientes con infecciones respiratorias y pruebas de laboratorio que no permiten identificar el agente etiológico.
● En clústeres de IRAG o neumonía: dos o más casos en miembros de la misma familia, del ámbito laboral o ámbitos sociales, y pruebas de laboratorio que no permiten identificar el agente etiológico.

● Viajeros provenientes de áreas en las cuales se registraron casos de nuevo virus Influenza u otro virus respiratorio.

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

III.7. Recomendaciones para la población

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

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

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

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

III.8. Vacunación antigripal

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

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

Población objetivo para vacunación antigripal:

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

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

III.9. Tratamiento antiviral

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

Diversos estudios han evidenciado que en pacientes ambulatorios con alto riesgo de complicaciones, su uso se asocia a una reducción en la duración de los síntomas y en la incidencia de complicaciones.[7],[8] En pacientes hospitalizados con influenza grave, se ha documentado una disminución en la duración de la hospitalización y en el riesgo de mortalidad, especialmente cuando el tratamiento se inicia dentro de las primeras 48 horas del inicio de los síntomas, aunque también se observan beneficios cuando se inicia más tardíamente en casos graves o progresivos.[9],[10] En Argentina, durante el año 2024, el

[7] Dobson J, Whitley RJ, Pocock S, Monto AS. Oseltamivir treatment for influenza in adults: a meta-analysis of randomised controlled trials. Lancet. 2015 May 2;385(9979):1729-1737. doi: 10.1016/S0140-6736(14)62449-1. Epub 2015 Jan 30. Erratum in: Lancet. 2015 May 2;385(9979):1728. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60892-3. Erratum in: Lancet. 2015 May 2;385(9979):1728.

[8] Venkatesan S, et al. Impact of Outpatient Neuraminidase Inhibitor Treatment in Patients Infected With Influenza A(H1N1)pdm09 at High Risk of Hospitalization: An Individual Participant Data Metaanalysis. Clin Infect Dis. 2017 May 15;64(10):1328-1334.

[9] Muthuri SG, Venkatesan S, Myles PR, et al. Effectiveness of neuraminidase inhibitors in reducing mortality in patients admitted to hospital with influenza A H1N1pdm09 virus infection: a meta-analysis of individual participant data. Lancet Respir Med. 2014 May;2(5):395-404.

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

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

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

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

Indicaciones de tratamiento antiviral

Manejo de Influenza estacional

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

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

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

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

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

IV. Vigilancia de dengue y otros Arbovirus

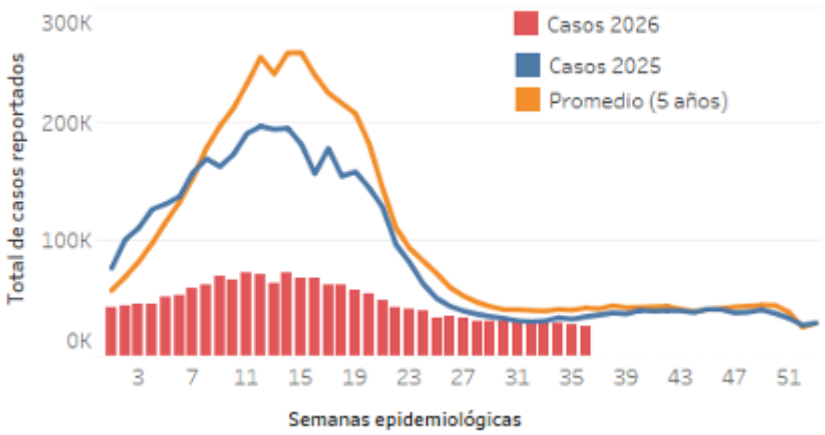
IV.1. Situación regional de dengue y otros Arbovirus

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 2 de octubre.

A la semana epidemiológica (SE) 36 del 2026, se reportan en la Región de las Américas un total de 1,695,825 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 162 casos por 100,000 hab.). Esta cifra representa una disminución de 56% en comparación con el mismo periodo del 2025 y 63% con respecto al promedio de los últimos 5 años. El gráfico 1 muestra la tendencia de los casos sospechosos de dengue a la SE 36.

De los 1,695,825 casos de dengue reportados en las Américas, 522,896 casos (30%) fueron confirmados por laboratorio y 3,375 (0.2%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 576 muertes por dengue, para una letalidad del 0.034%.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 36 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

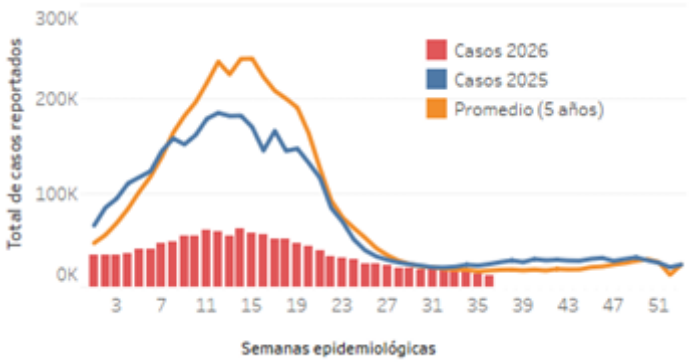
En la SE 36, se notificaron casos de dengue en 20 países y territorios de la Región. Estos países suman, en conjunto, 24.806 nuevos casos sospechosos de dengue, de los cuales 56 fueron clasificados como dengue grave (0,2%), y se reportaron 5 muertes, con una letalidad de 0.020%.

En 20 países se ha reportado la circulación de serotipos de dengue en las Américas. Venezuela, Panamá, Colombia, México, Brasil con circulación simultánea de DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4.

IV.1.A. SUBREGIÓN CONO SUR

Se notifican 13.119 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 36. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 62% en comparación con el mismo periodo del 2025 y 67% con respecto al promedio de los últimos 5 años. Los casos reportados esta semana por **Paraguay presentan un incremento de 16%** en comparación al promedio de sus cuatro semanas epidemiológicas previas.

Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 36 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 36, 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)[11] y el ARBO-portal[12] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 8/10/2026 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la semana epidemiológica (SE) 39 de 2026 se notificaron 1.331.898 casos de dengue, de los cuales 356.432 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa una disminución del 75% respecto a la misma semana de 2025. Asimismo, se reportaron 348 fallecidos. En cuanto a chikungunya, hasta la SE 39, se reportaron un total de 133.490 casos. De ellos, 56.030 fueron confirmados por laboratorio, lo que implica una disminución del 46% respecto de los confirmados en la misma semana de 2025. Se registraron 54 fallecimientos para este evento. Respecto al zika, hasta la SE 36 se registraron 12.682 casos, de los cuales 641 fueron confirmados. En comparación con la misma semana epidemiológica de 2025, los casos confirmados registraron una disminución del 61%. 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 33/2026, se reportaron un total de 58.628 casos de dengue, de los cuales 613 fueron confirmados por laboratorio. Estos últimos presentan una disminución del 50% respecto a la misma semana del año anterior. Se registró un fallecimiento para este evento. En cuanto a chikungunya, se notificaron 47.586 casos, de los cuales 11.596 fueron confirmados por laboratorio, dos veces más que los registrados para la misma semana epidemiológica de 2025, y se notificaron 27 fallecidos. Asimismo, se notificaron 1.855 casos de zika; no obstante, no se confirmaron casos por laboratorio para este evento.

Paraguay: hasta la SE 38/2026 se registraron un total de 10.494 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 38/2026 se reportaron un total de 63.407 casos de dengue, de los cuales 49.650 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa un aumento del 60% en comparación con la misma semana epidemiológica del 2025. Se registraron 71 fallecimientos para este evento. Con relación a chikungunya, hasta la SE 36/2026 se notificaron 3 casos; no obstante, no se registraron casos confirmados por laboratorio, situación similar a la observada el año anterior. Respecto al zika, hasta la misma semana, se notificaron cuatro 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

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

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

Mundial de la Salud (OPS/OMS) emitió una alerta epidemiológica. Se documentó una circulación importante en las regiones centro-oeste y sudeste de Brasil y sur de Bolivia[13].

Para el año en curso, hasta la fecha, se mantiene una tendencia descendente de los casos de dengue 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.

IV.2. Situación de dengue en Argentina

IV.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 SE38/2026, 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, durante la SE39/2026 no se notificaron nuevos casos. Sin embargo, en lo que va de la temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 999 casos sospechosos. De ellos, 4 fueron confirmados, tres de ellos con residencia en la Provincia de Buenos Aires, antecedente de viaje a Brasil y Ecuador e identificación de serotipo DENV-3 y uno de ellos con residencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con antecedente de viaje a Perú aun sin confirmación de serotipo. Con respecto

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

al caso probable de la provincia de Santa Cruz, corresponde a un turista proveniente de Costa Rica y se identifcó el serotipo DENV-2.

Por otro lado, 6 casos fueron clasificados como probables en las provincias de Salta, Corrientes y Buenos Aires que aún continúan en investigación; 595 fueron descartados y 391 permanecen en estudio como casos sospechosos.

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.

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2026/2027. SE31 a SE39/2026. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Serotipos detectados	Descartados	Casos sospechosos en estudio	Total notificados	Total casos de dengue
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.					
Buenos Aires	0	1	3	1	DENV-3	30	46	81	3
CABA	0	0	1	0		6	16	23	1
Córdoba	0	0	0	0		10	29	39	0
Entre Ríos	0	0	0	0		14	9	23	0
Santa Fe	0	0	0	0		32	35	67	0
Total Centro	**0**	**1**	**4**	**1**		**92**	**135**	**233**	**4**
Mendoza	0	0	0	0		0	1	1	0
San Juan	0	0	0	0		1	0	1	0
San Luis	0	0	0	0		3	1	4	0
Total Cuyo	**0**	**0**	**0**	**0**		**4**	**2**	**6**	**0**
Chaco	0	0	0	0		4	36	40	0
Corrientes	0	2	0	0		4	7	13	0
Formosa	0	0	0	0		385	0	385	0
Misiones	0	0	0	0		48	0	48	0
Total NEA	**0**	**2**	**0**	**0**		**441**	**43**	**486**	**0**
Catamarca	0	0	0	0		0	4	4	0
Jujuy	0	0	0	0		29	15	44	0
La Rioja	0	0	0	0		1	11	12	0
Salta	0	3	0	0		21	74	98	0
S. del Estero	0	0	0	0		1	27	28	0
Tucumán	0	0	0	0		0	76	76	0
Total NOA	**0**	**3**	**0**	**0**		**52**	**207**	**262**	**0**
Chubut	0	0	0	0		2	1	3	0
La Pampa	0	0	0	0		1	3	4	0
Neuquén	0	0	0	1		0	0	1	0
Río Negro	0	0	0	0		0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	1		3	0	4	0
T. del Fuego	0	0	0	0		0	0	0	0
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**2**		**6**	**4**	**12**	**0**
Total País	**0**	**6**	**4**	**3**	**DENV-3**	**595**	**391**	**999**	**4**

Sin antecedente de viaje: autóctonos y en investigación.

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

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

IV.3.A. NOTA METODOLÓGICA

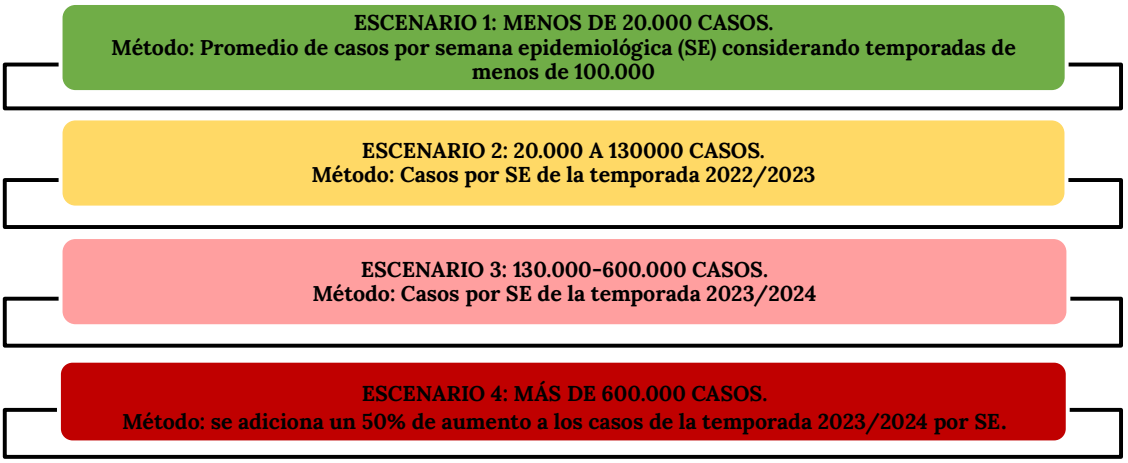
La estimación de **escenarios nacionales** para la próxima temporada de dengue se realizó mediante el análisis comparativo de curvas epidémicas históricas por semana epidemiológica (SE), tomando como referencia temporadas con distinta magnitud en el número de casos notificados en Argentina. Para cada 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.

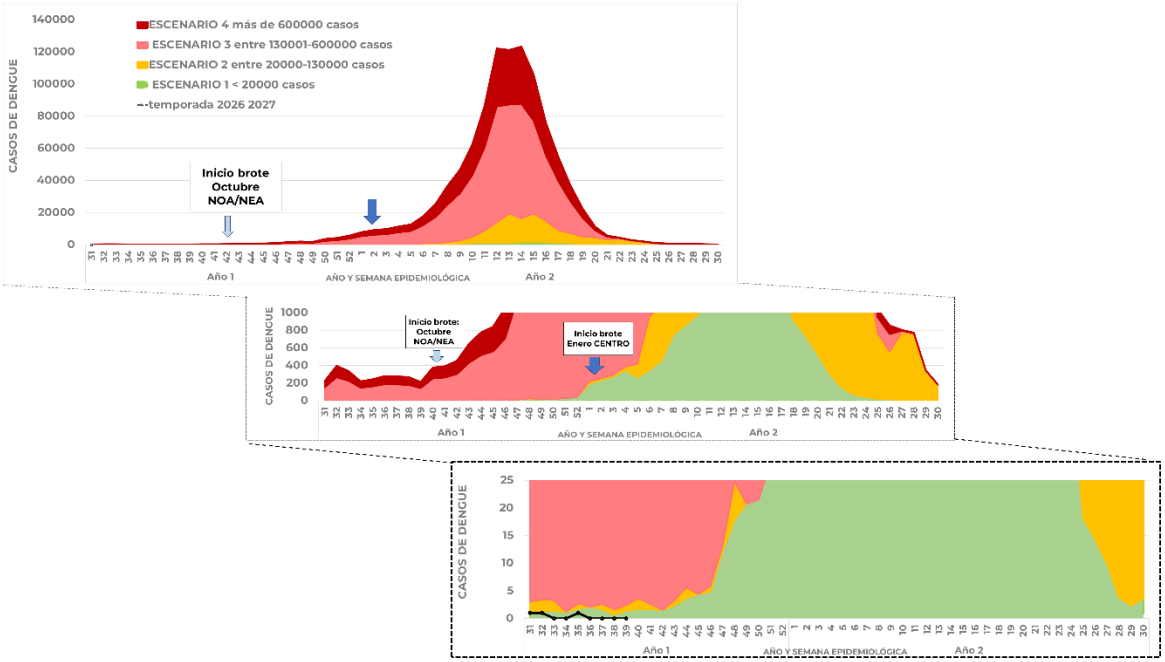
En el último gráfico (detalle en zoom) se presentan la curva de la nueva temporada 2026-2027 (n=3) y su representación en el modelo de escenarios estimados. Estos registros iniciales permiten dimensionar el inicio de la temporada y anticipar su evolución en comparación con temporadas previas. Al día de hoy se notificó una cantidad baja de casos confirmados y no se han confirmado casos autóctonos, pero continúan probables y sospechosos en investigación. Es importante destacar que estos registros iniciales no permiten anticipar la magnitud de la temporada (Gráfico 4).

Gráfico 3. 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 4. Dengue: Casos de dengue[14] 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)

IV.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) 187 casos sospechosos. De ellos, 1 fue confirmado en el departamento de Orán, Salta, pero se actualizó la procedencia, resultando importado de Bolivia; 4 fueron clasificados como probables de la provincia de Salta (departamentos Gral. San Martín y Orán) que se

[14]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).

encuentran aún en investigación, 44 fueron descartados y 184 permanecen en estudio como casos sospechosos en estudio.

Un caso probable de la provincia de Salta fue **reclasificado como correspondientes a la temporada anterior**, dado que la fecha de inicio de síntomas se remontaba a más de dos meses antes del estudio, realizado en el contexto de manifestaciones **clínicas persistentes** posteriores a la infección por chikungunya.

Tabla 2. Fiebre Chikungunya: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2026/2027. SE31 a SE39/2026. Argentina.

Jurisdicción	SAV		CAV		Descartados	Sospechosos en estudio	Total notificados	Total casos confirmados de Chikungunya
	Conf. Labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.				
Buenos Aires	0	0	0	0	5	4	9	0
CABA	0	0	0	0	0	1	1	0
Córdoba	0	0	0	0	0	25	25	0
Entre Ríos	0	0	0	0	0	1	1	0
Santa Fe	0	0	0	0	0	5	5	0
Total Centro	**0**	**0**	**0**	**0**	**5**	**36**	**41**	**0**
Mendoza	0	0	0	0	0	0	0	0
San Juan	0	0	0	0	0	0	0	0
San Luis	0	0		0	0	0	0	0
Total Cuyo	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Chaco	0	0	0	0	0	15	15	0
Corrientes	0	0	0	0	0	1	1	0
Formosa	0	0	0	0	0	1	1	0
Misiones	0	0	0	0	3	0	3	0
Total NEA	**0**	**0**	**0**	**0**	**3**	**17**	**20**	**0**
Catamarca	0	0	0	0	0	2	2	0
Jujuy	0	0	0		20	7	27	0
La Rioja	0	0	0	0	0	0	0	0
Salta	0	4	1	0	16	54	75	1
S. del Estero	0	0	0	0	0	6	6	0
Tucumán	0	0	0	0	0	62	62	0
Total NOA	**0**	**4**	**1**	**0**	**36**	**131**	**172**	**1**
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0	0
T. del Fuego	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Total País	**0**	**4**	**1**	**0**	**44**	**184**	**233**	**1**

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

Durante 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.

Se ha registrado un solo caso confirmado correspondiente 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.

IV.5. Situación epidemiológica de otros Arbovirus

Se presenta la situación epidemiológica de enfermedad por virus Zika, fiebre de Oropouche, encefalitis de San Luis, fiebre del Nilo occidental y fiebre amarilla correspondientes a la nueva temporada 2026-2027 (SE31/2026 a SE39/2026).

Encefalitis Arbovirales

Desde el inicio de la nueva temporada, se investigaron **56** casos sospechosos de fiebre **Encefalitis de San Luis** y **12** casos sospechosos de **Fiebre del Nilo Occidental,** todos con resultados negativos hasta el momento.

Fiebre de Oropouche

La vigilancia de la fiebre de Oropouche se basa actualmente en el estudio por laboratorio de una proporción de casos negativos para dengue y en personas con antecedente de viaje a zonas donde se registra transmisión durante la temporada en curso. Hasta el momento, se investigaron **16** casos, sin registrarse resultados positivos.

Enfermedad por virus Zika

En Argentina, la transmisión autóctona del virus Zika fue notificada por primera vez en 2016, con el último brote registrado en 2018. Desde entonces, no se han confirmado nuevos casos en el país. Desde el inicio de la nueva temporada, se investigaron **50** casos sospechosos, todos con resultados negativos. En la actualidad no se evidencia circulación viral activa; no obstante, se sostiene una vigilancia epidemiológica continua y fortalecida, orientada a la detección temprana de casos sospechosos y a la identificación oportuna de una eventual reintroducción del virus.

Fiebre Amarilla

Durante la temporada en curso **se notificó 1 casos sospechosos** de Fiebre Amarilla que se encuentra en estudio. Los últimos casos confirmados en el país ocurrieron en 2018, cuando se registraron siete casos asociados a antecedente de viaje a Brasil, todos en personas no vacunadas. Se sostiene la vigilancia epidemiológica activa y la estrategia de prevención mediante vacunación en las áreas con recomendación vigente.

SITUACIONES **EMERGENTES**

V. PESTE - Situación oficial internacional y vigilancia epidemiológica en la Argentina

V.1. Introducción

Yersinia pestis (Y. *pestis*), es una bacteria gramnegativa de la familia Enterobacteriaceae, es un patógeno zoonótico y el agente causal de la peste. El género Yersinia está formado por aproximadamente 17 especies, de las cuales 3 son patógenas en humanos, a saber: Y. *pestis*, Y. *pseudotuberculosis* y Y. *enterocolitica*. Mientras que Y. *pseudotuberculosis* y Y. *enterocolitica* causan una enfermedad gastrointestinal autolimitada, Y. pestis causa una enfermedad febril grave, aguda y de rápida progresión con altas tasas de mortalidad.

La bacteria se mantiene principalmente dentro de ciclos de transmisión silvestres que involucran distintas especies de roedores y otros pequeños mamíferos, que actúan como reservorios, y sus pulgas. La existencia de focos de transmisión silvestre, con múltiples reservorios animales y vectores involucrados, hace que la erradicación de Y. *pestis* no sea actualmente alcanzable; las estrategias se orientan, por lo tanto, a la vigilancia, prevención y control de la transmisión hacia humanos. Las estrategias actuales se orientan a la vigilancia y el control de la transmisión a los seres humanos, desde un enfoque multidisciplinario que incluya las dimensiones humanas, animal y ambiental.

Actualmente, la peste humana es una enfermedad poco frecuente, pero continúa ocurriendo en focos naturales de África, Asia y las Américas. El riesgo para las personas persiste donde coexisten el agente, un reservorio animal y un vector eficiente. La transmisión humana ocurre principalmente por la picadura de pulgas infectadas, aunque también puede producirse por contacto directo con tejidos o fluidos corporales infectados o materiales contaminados, o por inhalación de partículas respiratorias infecciosas producidas por animales enfermos o pacientes con peste neumónica.

Para prevenir el establecimiento de la transmisión de la peste en el país es imperativo mantener un sistema de vigilancia que garantice la detección temprana de los casos importados, el diagnóstico y tratamiento oportuno y adecuado de los casos confirmados, la vigilancia y control vectorial focalizado, así como el monitoreo de las acciones realizadas.

V.2. Dinámica de la transmisión, reservorios y vectores

V.2.A. GENERALIDADES

Y. *pestis* constituye el agente etiológico de la peste, y se mantiene en ciclos de transmisión silvestres que involucran principalmente roedores y pulgas asociadas. Si bien los roedores constituyen los reservorios centrales, se han hallado más de 200 especies de mamíferos infectados naturalmente en estudios de campo o cuya capacidad de infección y transmisión de Y. *pestis* ha sido demostrada en ensayos de laboratorio. Asimismo, algunas especies de aves silvestres son susceptibles a la infección por el patógeno.

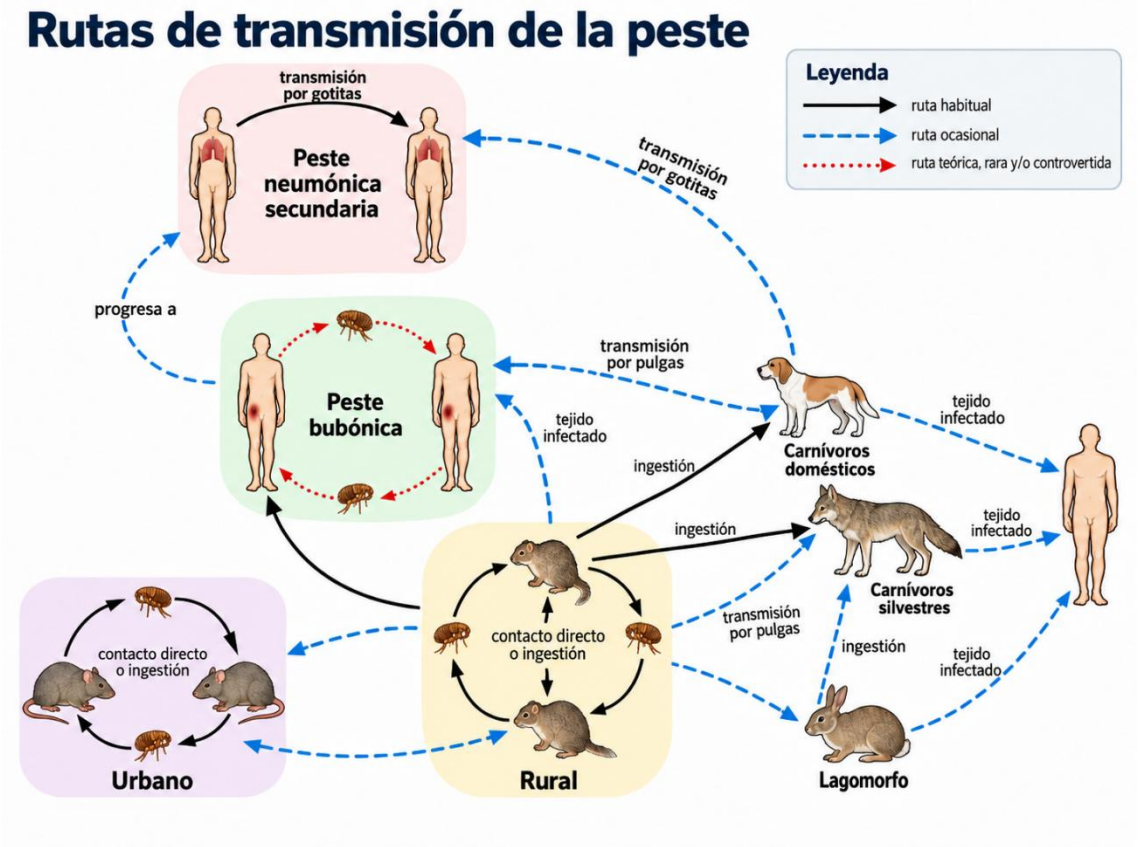
Actualmente, se reconocen dos vías principales de sostenimiento de la infección en mamíferos silvestres: la contaminación del suelo y la transmisión vectorial. El contacto con suelos contaminados con Y. *pestis*, particularmente en mamíferos que construyen y habitan madrigueras subterráneas, representa una de las principales formas de transmisión. Numerosos estudios realizaron aislamientos de la bacteria a partir de muestras de suelo, incluso durante brotes ocurridos en el siglo XIX. Estudios más recientes han involucrado a diferentes especies de protozoos como los agentes responsables de la presencia de la

bacteria en la tierra. En relación a la transmisión vectorial, si bien históricamente se ha señalado a la pulga *Xenopsylla cheopis* como su principal vector, existen numerosas especies de pulgas y que pueden transmitir la enfermedad.

La peste ocasionada por Y. *pestis* constituye una enfermedad zoonótica que puede ser introducida en las poblaciones humanas mediante diversas vías de transmisión:

- Contacto directo con animales silvestres infectados (manipulación de cadáveres, mordeduras, consumo de carne contaminada) o domésticos (previamente infectados al irrumpir en ciclos de transmisión silvestre),
- Contacto indirecto con animales infectados mediante ectoparásitos como pulgas y piojos.
- Contacto con suelo contaminado con Y. *pesti* (de carácter extremadamente raro)

Una vez que el patógeno generó los primeros casos humanos, las personas pueden adquirir la infección por contagio directo mediante la inhalación de aerosoles de personas con peste neumónica o indirectamente a través de ectoparásitos humanos, siendo los más frecuentes la pulga *Pulex irritans*. Esta última vía representa actualmente la principal forma de contagio entre seres humanos.



Adaptado y traducido de (Perry and Fetherston 1997)

V.2.B. PRESENTACIÓN CLÍNICA

En humanos, la peste es una infección clínica grave que puede progresar rápidamente a pesar del tratamiento con antibióticos y se asocia con una alta tasa de mortalidad . La peste se manifiesta en tres síndromes clínicos principales:

- La **forma bubónica** es la forma clínica más frecuente caracterizada por fiebre, cefalea, escalofríos y adenopatías dolorosas (bubones). Son frecuentes también las náuseas, vómitos y diarrea. Puede acompañarse de bacteriemia y evolucionar a septicemia secundarias. Período de incubación 2 a 6 días.
- La **forma septicémica** se define por bacteriemia sin linfadenopatía palpable. Clínicamente se parece a otras sepsis por bacterias gramnegativas, con fiebre, escalofríos, cefalea, malestar y síntomas gastrointestinales. Puede presentar hemorragias subcutáneas y, en algunos casos, coloración azulada de la piel (cianosis) y muerte de tejidos (necrosis) en las extremidades. También puede provocar dificultad para respirar e insuficiencia multiorgánica.· Período de incubación 2 a 6 días.
- La **forma neumónica** incluye síntomas respiratorios graves, como dificultad para respirar y tos, que puede acompañarse de presencia de sangre en el esputo. En esta presentación los síntomas aparecen poco después de la infección (a veces en menos de 24 horas). Período de incubación 1 a 3 días. La transmisión de persona a persona le confiere potencial epidémico constituyendo la forma de mayor preocupación epidemiológica.

La peste neumónica, además de la transmisión por animales, puede transmitirse persona a persona por partículas/gotículas respiratorias en contacto cercano. Durante las primeras 24 horas después de que una persona haya inhalado Y. *pestis*, el riesgo de transmisión es mínimo porque la carga bacteriana en los pulmones es baja y la tos aún no se ha desarrollado por completo. El riesgo de transmisión aumenta a medida que la peste neumónica progresa y es más alto durante las etapas medias a tardías de la infección cuando los pacientes tosen esputo que contiene grandes cantidades de bacterias. No se ha documentado la transmisión asintomática de persona a persona de la peste neumónica.

V.3. Situación epidemiológica actual: actualización a partir de fuentes oficiales internacionales

Ante la publicación en diferentes medios de prensa nacionales e internacionales sobre el fallecimiento de una trabajadora de un laboratorio de investigación en Rusia, el 4 de octubre último, el Centro Nacional de Enlace (CNE) de Argentina para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) hace una solicitud de información, bajo la figura de verificación de rumor, al CNE de la Federación Rusa sobre el evento.

El 7 de octubre, a través de los mecanismos de comunicación establecidos en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), se recibió información sobre el fallecimiento de una trabajadora del *Instituto de Investigación contra la Peste de Irkutsk de Siberia y el Lejano Oriente*, en la Federación Rusa, tras presentar un cuadro de neumonía grave. Las autoridades sanitarias rusas comunicaron que el fallecimiento se debió a una neumonía de etiología indeterminada. En la misma comunicación del Punto de Contacto Regional se detalla la información provista a través del CNE de la Federación Rusa el día 6 de octubre.

El 7 de octubre, el CNE de la Federación Rusa envía respuesta a la solicitud del CNE de Argentina. A continuación, se informa la consolidación de la información enviada por el Punto de Contacto Regional como desde el CNE de Rusia:

- No se han registrado casos de peste en Irkutsk.
- En relación con la detección de un caso de neumonía adquirida en la comunidad —que comenzó como una infección respiratoria viral aguda típica—, se ha llevado a cabo una serie completa de medidas preventivas, de conformidad con la legislación sanitaria de la Federación de Rusia, respecto a una empleada del *Instituto de Investigación contra la peste de Siberia y el Lejano Oriente*, con sede en Irkutsk.
- Se ha identificado la lista de contactos y se ha organizado la vigilancia médica, incluidas pruebas de laboratorio para una amplia gama de patógenos mediante diversos métodos: PCR, ELISA e IHA.
- Todos los contactos son ciudadanos de la Federación de Rusia; no hay ciudadanos extranjeros.
- A fecha del 7 de octubre de 2026, se ha completado la vigilancia médica de más del 90% de los contactos. No se han detectado trastornos de salud relacionados con patologías infecciosas; los resultados de cerca de 5000 pruebas de laboratorio no han revelado la presencia de microorganismos patógenos peligrosos. Los resultados mostraron 2 casos de COVID-19 y 2 casos de infección por rinovirus; no se detectaron patógenos de otras enfermedades infecciosas.
- Dada la actividad profesional de la persona afectada —quien estaba vacunada y poseía inmunidad frente a las infecciones peligrosas con las que trabajaba—, tras recibirse la información se organizó y ejecutó de inmediato y en su totalidad un conjunto de medidas anti epidémicas, en estricto cumplimiento de la legislación sanitaria.
- Se han obtenido los resultados de la labor de dos comisiones encargadas de supervisar el cumplimiento de los requisitos de bioseguridad, las cuales están llevando a cabo inspecciones en el Instituto. No se han detectado situaciones de emergencia durante los trabajos con microorganismos patógenos. Se ha confirmado el cumplimiento de las medidas de control adecuadas durante dichas actividades.
- Se han implementado en su totalidad las medidas preventivas y antiepidémicas. No existen riesgos epidémicos para la población de la región de Irkutsk. La situación sanitaria y epidemiológica en la región de Irkutsk y en las ciudades de Irkutsk y Shelejov es estable.
- Rospotrebnadzor (homólogo del Ministerio de Salud de Nación para la Federación Rusa) ha remitido toda la información pertinente sobre la situación a través de los canales de comunicación oficiales del RSI.

V.4. Antecedentes

La peste ha causado algunas de las epidemias más devastadoras de la historia y se reconoce en tres grandes pandemias (Perry and Fetherston 1997). La primera, conocida como Peste de Justiniano (aprox. 540–700 d.C.), afectó al Imperio Bizantino y amplias regiones de África, Europa y Asia. La segunda tuvo como episodio más conocido la Peste Negra (1346–1350), que se extendió por Eurasia y el norte de África y produjo una mortalidad extraordinaria.

La tercera pandemia, iniciada en China a mediados del siglo XIX, se expandió a escala mundial a través de las rutas marítimas y alcanzó, entre otras regiones, Sudamérica. Durante este período se identificó el agente causal, se estableció el papel de las ratas y las pulgas en la transmisión y se avanzó en el conocimiento de la peste neumónica. Aunque las medidas de salud pública y los antibióticos redujeron posteriormente su impacto, esta expansión favoreció el establecimiento de focos enzoóticos persistentes en distintos continentes.

En la actualidad, continúan ocurriendo brotes en todo el mundo, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. La peste es considerada como una enfermedad reemergente desde la década de 1990.

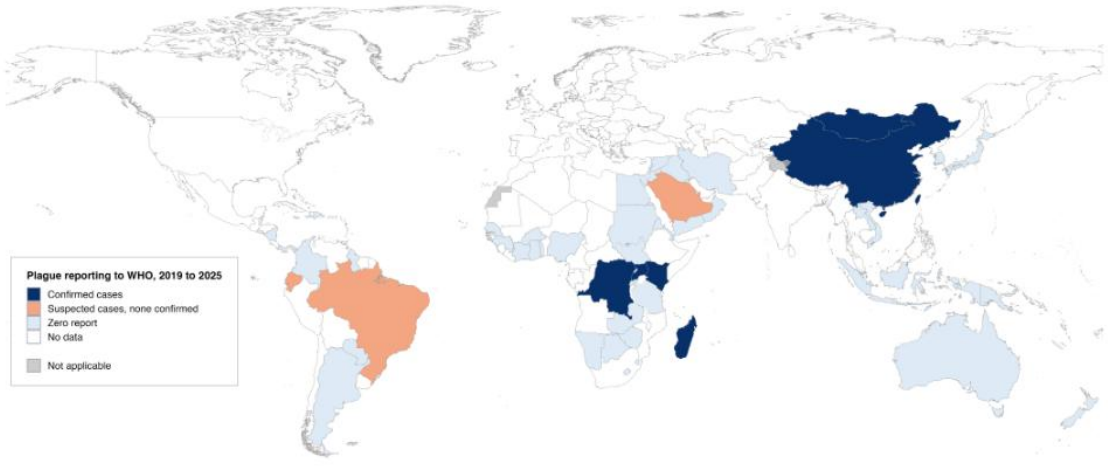
V.5. Situación Mundial

Entre 2019 y 2025, la peste humana se mantuvo geográficamente concentrada. Diez países de cuatro regiones reportaron en conjunto 3.860 casos sospechosos. Seis países informaron al menos un caso confirmado —República Democrática del Congo, Kenya, Madagascar, Uganda, China y Mongolia— y concentraron 2.646 casos confirmados y 423 muertes. La mayor carga se registró en África: la República Democrática del Congo y Madagascar representaron conjuntamente 97,7% de los casos confirmados notificados durante el período y mantienen focos endémicos de larga data. China, Mongolia, Kenya y Uganda notificaron casos confirmados de manera esporádica.

En los seis países con casos confirmados se registró una letalidad de 11,0% calculada sobre los casos sospechosos. Organismos Internacionales advierte que este indicador y las comparaciones entre países deben interpretarse con cautela debido a diferencias en la detección, clasificación y confirmación de los casos.

La peste bubónica continúa siendo la presentación predominante entre los países que reportaron información sobre forma clínica, aunque también se registraron formas neumónicas y septicémicas.

Mapa 1. Países que notificaron casos de peste en personas. Periodo 2019-2025.



Fuente: *Organismos internacionales*

Los países que, según el mapa, no han notificado casos pueden tener focos de peste.

En la Región de las Américas no se notificaron casos confirmados durante 2019–2025. Se informaron ocho casos sospechosos en Brasil y uno en Ecuador, ninguno confirmado. Otros

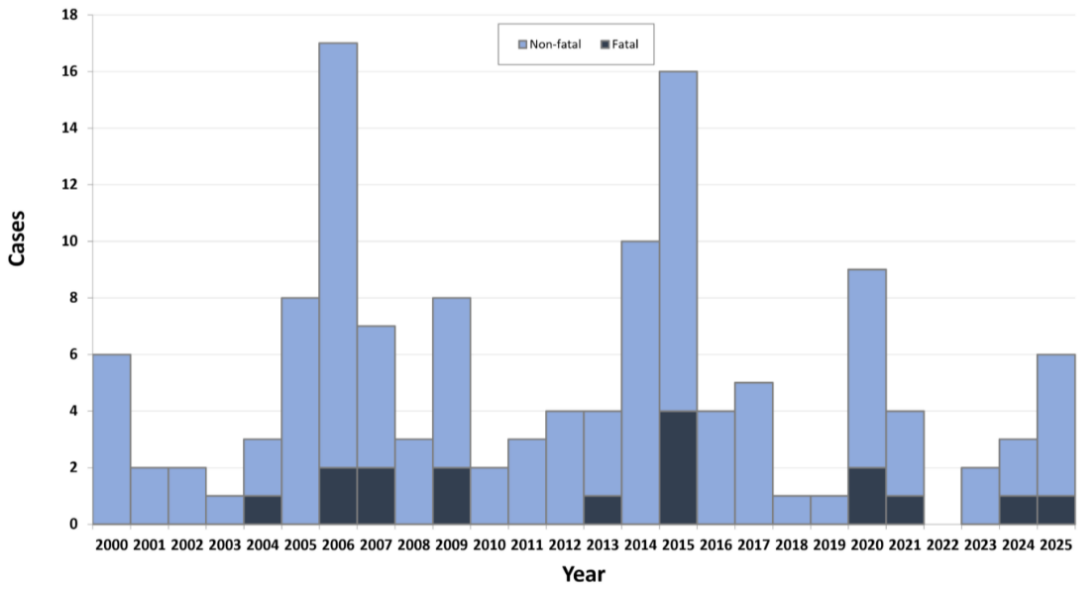
cuatro casos sospechosos sin confirmación fueron comunicados por Qatar y Arabia Saudita, pertenecientes a la Región del Mediterráneo Oriental. Sin embargo, organismos internacionales señalan que estos datos constituyen un resumen de los casos comunicados y no deben interpretarse como una estimación de la incidencia mundial.

En ese contexto, en Estados Unidos se registra y publica una circulación persistente de Y. *pestis*. Los CDC informan un promedio de aproximadamente 5 casos humanos por año. La mayoría de las exposiciones investigadas ocurrieron en el ámbito peridomiciliario; entre las exposiciones fuera del domicilio se describieron principalmente actividades recreativas —como camping, senderismo o caza— y, en menor medida, exposiciones ocupacionales. (Plague Maps and Statistics)

En julio de 2025, se registró en Coconino County, Arizona, una muerte por peste neumónica, la primera de este tipo en el estado desde 2007. Y. *pestis* fue detectada por PCR y posteriormente aislada de sangre y tejido pulmonar. La investigación identificó como exposición probable el contacto ocupacional con dos gatos domésticos enfermos con signos compatibles con peste neumónica; la transmisión por inhalación desde alguno de ellos fue considerada posible. Se identificaron 46 personas potencialmente expuestas, todas recibieron profilaxis postexposición y ninguna desarrolló enfermedad. (Notes from the Field: Fatal Pneumonic...)

En 2026, el Departamento de Salud de Nuevo México informó el 11 de junio el primer caso humano de peste del año en ese estado, correspondiente a una mujer del condado de Santa Fe que falleció por la enfermedad. Nuevo México había registrado tres casos humanos en 2025 y uno en 2024, este último también fatal.(Nuevo México registra el primer caso ...)

Gráfico 1. Número de casos de peste en personas, fatales y no fatales. Estados Unidos. Periodo 2020-2025.



Fuente: https://www.cdc.gov/plague/maps-statistics/index.html

En una perspectiva de más largo plazo, los organismos internacionales destacan que Madagascar y la República Democrática del Congo han concentrado la mayoría de los casos notificados desde 2010, aunque persisten focos naturales en distintas regiones y pueden presentarse casos esporádicos fuera de los principales países afectados. La vigilancia

sostenida en los focos conocidos —incluyendo la interfase animal y ambiental— resulta esencial para detectar precozmente cambios en la circulación de Y. *pestis* y prevenir su introducción en ámbitos urbanos, donde la peste neumónica puede dar lugar a transmisión persona a persona.

En Argentina no se han reportado casos de peste desde 1958 (Schneider et al. 2014).

A octubre de 2026, la peste continúa constituyendo una zoonosis de baja incidencia, pero con persistencia de focos naturales de Y. *pestis* y ocurrencia de casos humanos esporádicos y brotes localizados en distintas regiones del mundo. En las Américas, la transmisión humana continúa documentándose principalmente en focos naturales del oeste de Estados Unidos, mientras que Bolivia, Brasil, Ecuador y Perú mantienen antecedentes y/o focos naturales.

En este contexto, el evento investigado en Irkutsk, Federación de Rusia, durante octubre de 2026, constituye una señal epidemiológica de interés, aunque con la información disponible, no existe evidencia de casos confirmados ni de transmisión sostenida de persona a persona en ese país.

Para Argentina, no se identifica a octubre de 2026 evidencia de transmisión autóctona de peste ni un foco natural reconocido actualmente. La ausencia de casos humanos recientes, sin embargo, no implica la desaparición del riesgo epidemiológico, debido a la persistencia de focos de Y. *pestis* en otros países de la Región de las Américas y a la posibilidad de importación.

Por lo tanto, aunque el riesgo para la Argentina se considera muy bajo, es necesario mantener una vigilancia epidemiológica atenta y de calidad para detectar tempranamente posibles introducciones y evitar el riesgo de reinstalación de la enfermedad. La situación internacional reciente demuestra que la peste continúa siendo una enfermedad capaz de producir eventos humanos esporádicos y graves, mientras que la existencia de focos naturales en América mantiene vigente la posibilidad de exposición humana.

Por todo lo expuesto, la detección temprana de cuadros compatibles - especialmente en personas con antecedente reciente de viaje o residencia en áreas con circulación de Y. *pestis*, contacto con roedores o animales enfermos o muertos, exposición a pulgas, o contacto estrecho con un caso sospechoso de peste neumónica- es fundamental para implementar las medidas individuales de diagnóstico y tratamiento así como las comunitarias para la prevención y el control.

El evento investigado en Rusia no modifica actualmente la clasificación de riesgo para Argentina ni constituye evidencia de circulación internacional sostenida de peste neumónica. No obstante, junto con los casos humanos recientes registrados en Estados Unidos y la persistencia de focos naturales en América, refuerza la importancia de mantener la peste dentro de la vigilancia de eventos de interés epidemiológico y de conservar y fortalecer la capacidad nacional para identificar, investigar y responder ante potenciales casos de peste.

V.6. Recomendaciones para equipos de salud

V.6.A. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Todo caso sospechoso o confirmado de peste constituye un Evento de Notificación Obligatoria en el marco de la Ley Nacional 15465/60, la Res.2827/2022 del Ministerio de Salud de la Nación y la Dispo.1/2026 de la Dirección de Epidemiología. Se debe notificar bajo la estrategia universal, en forma inmediata e individual el caso sospechoso.

Modalidad de la notificación: Nominal

Periodicidad: Inmediata ante la sospecha.

Estrategia: Universal

Componentes: Clínico, Epidemiológico y Laboratorial.

Grupo de evento: Peste (RSI)

Evento: Peste

Los objetivos de la vigilancia son:

- Identificar de forma temprana los casos sospechosos para procurar el aislamiento, atención adecuada, diagnóstico y control oportunos.
- Efectuar la caracterización epidemiológica de los casos de peste detectados
- Identificar grupos poblacionales vulnerables o en situación de riesgo
- Relevar los datos requeridos para la construcción de los diferentes indicadores programáticos: epidemiológicos, operacionales y de respuesta a los esquemas de tratamiento
- Posibilitar la difusión, el uso y el análisis de la información de peste relevante en tiempo real en todos los niveles y sectores con responsabilidad en la prevención, detección y control de la enfermedad

Definiciones de caso

Caso sospechoso:

Toda persona que presente aparición aguda de fiebre, acompañada de una o más de las siguientes manifestaciones:

- **Peste bubónica:** Linfadenopatías dolorosas (inflamación dolorosa de los ganglios linfáticos o bubones).
- **Peste septicémica:** signos y síntomas de sepsis o shock séptico
- **Peste neumónica:** tos con expectoración sanguinolenta, dolor torácico o dificultad respiratoria

Y uno de los siguientes antecedentes epidemiológicos

- Contacto con secreciones o tejidos de persona o animales con diagnóstico de peste dentro de los 7 previos al inicio de los síntomas;

- Contacto estrecho (menos de 2 metros) con un caso confirmado de peste neumónica, o
- Residir o haber viajado dentro de los 7 días previos al inicio de los síntomas a un área con casos humanos de peste o actividad epizoótica de peste confirmada en pulgas o animales.

Caso confirmado:

Caso sospechoso con pruebas de laboratorio positivas o nexo epidemiológico con un caso confirmado.

Criterios de laboratorio para el diagnóstico confirmatorio:

1. Aislamiento de *Yersinia pestis* en cultivos de bubones, sangre, líquido cefalorraquídeo o expectoración.
2. Detección de *Yersinia pestis* por Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR)

V.7. Diagnóstico por laboratorio

V.7.A. TOMA DE MUESTRAS:

El tipo de muestra a analizar va a depender del tipo de manifestación clínica de la enfermedad:

· En la **peste bubónica** se realiza una punción por aspiración con aguja fina del pus o líquido contenido en los ganglios linfáticos inflamados (bubones).

· En la **peste neumónica** se obtiene una muestra de esputo o aspirado traqueal (mucosidad del tracto respiratorio o tos con expectoración).

· En la **peste septicémica** se toma una muestra de sangre completa para la realización de hemocultivos y detección de la bacteria en el torrente sanguíneo.

V.7.B. EL TRANSPORTE Y ENVÍO DE MUESTRAS

Las muestras biológicas que contienen o se sospecha que contienen Y. *pestis* está estrictamente regulado debido a que se clasifica como una Sustancia infecciosa de Categoría A (ONU 2814) y se deben derivar al Laboratorio Nacional de Referencia ubicado en INEI ANLIS Malbrán con previo aviso. Su manejo incorrecto representa un riesgo alto para la salud pública y la seguridad. La muestra se debe enviar en medio de transporte Cary Blair. Se transporta a temperatura ambiente (15°C a 30°C) solo si la muestra va a ser procesada en menos de 2 horas y se debe refrigerar (entre 2°C y 8°C) si su procesamiento o llegada al laboratorio va a demorar. No se puede congelar.

Cualquier procedimiento que implique el aislamiento, cultivo masivo o manipulación de cultivos vivos de Y. *pestis* (debido al alto riesgo de transmisión por aerosoles y la gravedad de la peste neumónica) requiere obligatoriamente un laboratorio de Bioseguridad Nivel 3 (BSL-3) ubicado en UOCCB del ANLIS Malbrán.

V.7.C. FLUJOGRAMA DE TRABAJO LABORATORIAL

El LNR cuenta con las técnicas microbiológicas convencionales de cultivo (BSL3) y de técnicas de biología molecular para una rápida identificación a nivel de especie (Y. pestis) y de caracterización genotípica (factores de virulencia) a través de PCR punto final con control

de ADN provisto desde el Instituto Oswaldo Cruz, Fiocruz Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães CPqAM, Brasil. Además, en el LNR tiene capacidad de profundizar el estudio por secuenciación genómica para una caracterización completa del microorganismo.

V.8. Manejo clínico y epidemiológico del caso

La peste neumónica no tratada puede ser rápidamente mortal, por lo que el diagnóstico y tratamiento precoces son esenciales para la supervivencia y la reducción de complicaciones.

Los antibióticos y la terapia de apoyo son eficaces si los pacientes reciben un diagnóstico oportuno.

V.8.A. TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO

El tratamiento de la peste consiste en la administración temprana de antibióticos, que debe iniciarse ante la sospecha clínica, sin esperar la confirmación de laboratorio.

Los principales antimicrobianos utilizados son gentamicina, estreptomicina, ciprofloxacina, levofloxacina y doxiciclina. La elección depende de la forma clínica de presentación, la gravedad de la enfermedad y las características del paciente.

V.8.B. ESQUEMAS TERAPÉUTICOS

Los CDC recomiendan iniciar el tratamiento antibiótico de la peste ante la sospecha clínica, sin esperar la confirmación de laboratorio. La selección del antibiótico depende de la presentación clínica (bubónica, neumónica, septicémica, faríngea o meníngea), la edad, el embarazo, las condiciones del paciente y la gravedad del cuadro.

La duración habitual del tratamiento es de 10 a 14 días, con posibilidad de prolongarlo según la evolución clínica. Los aminoglucósidos y las fluoroquinolonas se encuentran entre los tratamientos de primera línea.

Tratamiento en adultos (18 años o más)

Los siguientes esquemas corresponden a las recomendaciones de primera línea para peste neumónica, septicémica, bubónica y faríngea.

Antibiótico	Dosis recomendada	Vía
Ciprofloxacina	400 mg cada 8 horas 750 mg cada 12 horas	IV oral
Levofloxacina	750 mg cada 24 horas	IV u oral
Moxifloxacina	400 mg cada 24 horas	IV u oral
Gentamicina	5 mg/kg cada 24 horas	IV o IM
Estreptomicina	1 g cada 12 horas	IM o IV
Doxiciclina*	Dosis inicial de 200 mg, seguida de 100 mg cada 12 horas	IV u oral

*La doxiciclina es de primera línea para peste bubónica y faríngea no complicada. Para peste neumónica o septicémica se clasifica como alternativa.

En pacientes con cuadros graves se prefiere inicialmente la administración parenteral. En aquellos con peste neumónica o septicémica grave puede considerarse el tratamiento combinado con dos antibióticos de diferentes clases, según la evaluación clínica.

Tratamiento pediátrico (desde 1 mes hasta 17 años)

Antibiótico	Dosis recomendada	Vía
Ciprofloxacina	10 mg/kg cada 8–12 h (máx. 400 mg/dosis IV); o] 15 mg/kg cada 8–12 h (máx. 500 mg/dosis cada 8 h o 750 mg cada 12 h, oral)	IV u oral
Levofloxacina	Menos de 50 kg: 8 mg/kg cada 12 h (máx. 250 mg/dosis) Desde 50 kg: 500–750 mg cada 24 h	IV u oral
Gentamicina	4,5–7,5 mg/kg cada 24 horas	IV o IM
Estreptomicina	15 mg/kg cada 12 h (máx. 1 g/dosis)	IM o IV
Doxiciclina*	Menos de 45 kg: dosis inicial de 4,4 mg/kg, seguida de 2,2 mg/kg cada 12 h (máx. 100 mg/dosis) Desde 45 kg: esquema de adultos	IV u oral

*Primera línea en peste bubónica o faríngea; alternativa para peste neumónica o septicémica.

La edad pediátrica no constituye una contraindicación absoluta para el uso de fluoroquinolonas o doxiciclina cuando se trata de una infección grave como la peste. El riesgo del tratamiento debe evaluarse frente al riesgo de progresión de la enfermedad.

Tratamiento durante el embarazo

En mujeres embarazadas, los CDC recomiendan tratamiento combinado con gentamicina más una fluoroquinolona, independientemente de la forma clínica de peste. Esta indicación busca maximizar la eficacia terapéutica y reducir los riesgos maternos y fetales.

Antibiótico	Dosis recomendada	Vía
Ciprofloxacina	400 mg cada 8 horas; o 500 mg cada 12 horas	IV u oral
Levofloxacina	750 mg cada 24 horas	IV u oral
Gentamicina	5 mg/kg cada 24 horas	IV o IM

Esquemas preferidos: gentamicina + ciprofloxacina, o gentamicina + levofloxacina.

La duración recomendada es de 10 a 14 días. Se prefiere iniciar por vía parenteral cuando corresponda.

Entre las alternativas, según la situación clínica, se encuentran moxifloxacina, estreptomicina, amikacina, doxiciclina y cloranfenicol. Los potenciales efectos fetales de algunos antibióticos no deben retrasar el tratamiento de una infección que puede comprometer rápidamente la vida materna.

Tratamiento en recién nacidos (0 a 28 días)

En neonatos, los CDC establecen esquemas específicos según los días de vida. Las siguientes son opciones de primera línea para peste neumónica, septicémica, bubónica o faríngea.

Antibiótico	Dosis recomendada	Vía
Ciprofloxacina	10 mg/kg cada 8–12 horas	IV
Levofloxacina	10 mg/kg cada 12 horas	IV
Gentamicina	(0–7 días) 4 mg/kg cada 24 horas (8–28 días) 5 mg/kg cada 24 horas	IV o IM
Estreptomicina	15 mg/kg cada 12 horas	IV o IM
Doxiciclina*	Dosis de carga de 4,4 mg/kg, seguida de 2,2 mg/kg cada 12 horas	IV

*Para peste bubónica o faríngea neonatal

En neonatos con peste neumónica o septicémica grave, los CDC recomiendan iniciar tratamiento combinado con dos antibióticos de diferentes clases. La administración intravenosa es preferible a la intramuscular siempre que sea posible.

Tratamiento durante la lactancia

Las mujeres que amamantan pueden recibir los esquemas correspondientes a adultos, aunque debe considerarse el paso de los antibióticos a la leche materna.

- La ciprofloxacina, la gentamicina y la doxiciclina presentan una exposición relativamente baja para el lactante a través de la leche.
- El cloranfenicol debe evitarse cuando existan alternativas, por sus potenciales efectos hematológicos.
- En mujeres con peste bubónica o septicémica, la lactancia puede continuar si su estado clínico lo permite.
- En madres con peste neumónica, debe evitarse el amamantamiento directo hasta completar al menos 48 horas de tratamiento eficaz y observar mejoría clínica, salvo que el lactante también esté recibiendo tratamiento o profilaxis antibiótica. Puede administrarse leche extraída durante ese período.

Tratamiento de la peste meníngea

La meningitis por *Y. pestis* requiere un esquema específico por la necesidad de alcanzar concentraciones adecuadas del antibiótico en el sistema nervioso central.

Los CDC recomiendan inicialmente tratamiento combinado con cloranfenicol más levofloxacina o moxifloxacina.

Grupo	Antibiótico	Dosis recomendada	Via
Adultos	Moxifloxacina	400 mg cada 24 h	IV u oral
Adultos	Levofloxacina	750 mg cada 24 h	IV u oral
Neonatos	Cloranfenicol	(0–7 días) 25 mg/kg cada 24 h (8–28 días) 25 mg/kg cada 12 h	IV IV
Neonatos	Levofloxacina	10 mg/kg cada 12 horas	IV
Niños	Cloranfenicol	(29 días a 17 años) 25 mg/kg cada 6 h, máximo 1 g/dosis	IV

En la población pediátrica, la dosis de levofloxacina se ajusta según la edad y el peso, conforme a los esquemas anteriores. En embarazadas con meningitis por peste, los CDC recomiendan agregar cloranfenicol al tratamiento antimicrobiano combinado.

Personas mayores e inmunocomprometidas

Los CDC no establecen un esquema antibiótico diferente exclusivamente por la edad avanzada o la inmunosupresión. Se utilizan las recomendaciones para adultos, considerando ajustes individualizados según la función renal, el peso, las interacciones farmacológicas y la gravedad clínica.

En particular, los aminoglucósidos requieren monitoreo de la función renal y, cuando corresponda, monitorización de concentraciones plasmáticas.

Consideraciones para la aplicación clínica

Estos esquemas representan las recomendaciones del CDC, pero deben individualizarse según la función renal y hepática, alergias, peso, gravedad, sensibilidad antimicrobiana y disponibilidad de medicamentos. No todos los antibióticos mencionados cuentan con aprobación regulatoria específica para peste en todas las poblaciones.

En un caso sospechoso de peste, el tratamiento debe iniciarse inmediatamente, en un ámbito asistencial apropiado y con asesoramiento especializado cuando sea necesario.

En los casos graves puede requerirse internación y tratamiento por vía intravenosa.

https://stacks.cdc.gov/view/cdc/107427

V.8.C. PRONÓSTICO

Si no se trata, la peste neumónica puede ser mortal entre 18 y 24 horas después del inicio de la enfermedad. El diagnóstico y el tratamiento precoces son esenciales para la supervivencia y para reducir las complicaciones.

V.8.D. PRECAUCIONES PARA EL PERSONAL ASISTENCIAL

En la atención de pacientes con peste deben aplicarse las precauciones estándar. En los casos sospechosos o confirmados de peste neumónica, deben implementarse además

precauciones por gotas. El personal de salud debe utilizar los elementos de protección personal adecuados según el tipo de atención y el riesgo de exposición a secreciones respiratorias u otros fluidos corporales. Durante los procedimientos generadores de aerosoles, puede considerarse el uso de respiradores N95 como medida de protección adicional.

Las precauciones por gotas pueden suspenderse luego de al menos 48 horas de tratamiento antimicrobiano, siempre que el paciente presente mejoría clínica.

V.8.E. DESINFECCIÓN

Se requiere el aislamiento estricto con precauciones contra la diseminación por el aire, hasta que se hayan completado 48 horas de tratamiento con antibióticos apropiados y el paciente muestre evolución clínica favorable

Desinfección concurrente del esputo, las secreciones purulentas y los objetos contaminados con ellas. Limpieza terminal.

Deben garantizarse las prácticas de inhumación sin riesgos. Los cadáveres de personas que hayan muerto de peste deben manipularse con las más estrictas precauciones de asepsia. Debe desalentarse el rociado de la cara y el tórax de los cadáveres con sospecha de peste neumónica. Esas zonas deben cubrirse con un paño impregnado en desinfectante o un material absorbente.

V.9. Definiciones de contacto de caso de peste neumónica

Personas que tuvieron contacto estrecho (<1,8 m) y prolongado con un paciente con peste neumónica y que no llevaban el equipo de protección personal adecuado (periodos) desde la fecha de inicio de síntomas.

V.9.A. IDENTIFICACIÓN, SEGUIMIENTO Y QUIMIOPROFILAXIS DE LOS CONTACTOS

Los contactos directos de los pacientes de peste neumónica deben **recibir quimioprofilaxis** y ser sometidos a vigilancia durante 7 días; los que no puedan recibir quimioprofilaxis se mantendrán en aislamiento estricto y bajo supervisión cuidadosa durante **7 días**.

Se debe considerar la profilaxis postexposición para las personas que tuvieron contacto estrecho (<1,8 m) y prolongado con un paciente con peste neumónica y que no llevaban el equipo de protección personal adecuado.

También se puede considerar la profilaxis postexposición antimicrobiana para los trabajadores de laboratorio expuestos accidentalmente a materiales infecciosos y para las personas que tuvieron contacto estrecho (<1,8 m) o directo con animales infectados, como el personal veterinario, los dueños de mascotas y los cazadores.

Los socorristas y profesionales sanitarios que siguieron las precauciones estándar y contra la transmisión por gotitas al atender a pacientes con peste neumónica no necesitan tomar profilaxis postexposición. Del mismo modo, los trabajadores de laboratorio que siguieron los procedimientos estándar al manipular muestras de pacientes con peste y que no estuvieron expuestos por otras vías tampoco necesitan tomar profilaxis postexposición. Si se desea, se puede poner a las personas expuestas en observación por fiebre.

V.9.B. PROFILAXIS ANTIBIÓTICA POSTEXPOSICIÓN

La profilaxis se indica a personas con exposición relevante a *Y. pestis*, especialmente contactos estrechos de pacientes con peste neumónica o personas expuestas directamente a tejidos y fluidos infectados.

La duración recomendada es de 7 días y se utiliza un único antibiótico.

Grupo	Antibiótico	Esquema oral
Adultos	Ciprofloxacina	500–750 mg cada 12 h
Adultos	Levofloxacina	500–750 mg cada 24 h
Adultos	Doxiciclina	100 mg cada 12 h
Niños y neonatos	Ciprofloxacina	15 mg/kg cada 12 h, máximo 750 mg/dosis
Niños	Levofloxacina	Menos de 50 kg: 8 mg/kg cada 12 h, máximo 250 mg/dosis Desde 50 kg: 500–750 mg cada 24 h
Niños y neonatos	Doxiciclina	Menos de 45 kg: 2,2 mg/kg cada 12 h Desde 45 kg: 100 mg cada 12 h
Neonatos	Levofloxacina	10 mg/kg cada 12 horas
Embarazadas	Ciprofloxacina	500 mg cada 8 h o 750 mg cada 12 h
Embarazadas	Levofloxacina	750 mg cada 24 h

V.10. Manejo ambiental

Investigación de los contactos y de la fuente de infección: localizar a las personas expuestas en el hogar o de modo directo a la peste neumónica y a los roedores enfermos o muertos y sus pulgas.

V.11. Gestión de los brotes de peste

Para la gestión adecuada de un brote es necesario aplicar procedimientos apropiados de prevención y control de infecciones asociadas al cuidado de la salud:

- **Aislamiento de los pacientes.** Debe aislarse a los pacientes para que no infecten a otras personas. La utilización de mascarillas por estos pacientes puede reducir la propagación.
- **Protección del personal de la salud.** Informar y capacitar en materia de prevención y control de la infección. El personal en contacto directo con pacientes con peste neumónica debe vestir equipo de protección personal y recibir quimioprofilaxis durante 7 días, o al menos mientras estén expuestos a pacientes infectados.
- **Tratamiento correcto.** Verificar que se administra a los pacientes un tratamiento antibiótico adecuado y que se dispone de un stock suficiente de antibióticos.
- Desinfección adecuada del entorno asistencial

Desarrollar acciones de vigilancia de manera oportuna y sinérgica entre los distintos niveles asistenciales:

- Institución y puesta en práctica la búsqueda intensiva de los casos.
- Identificación y seguimiento a los contactos cercanos de los pacientes con peste neumónica y personas que vivan en la misma casa que los pacientes con peste bubónica
- Administración de quimioprofilaxis durante 7 días.
- La obtención de muestras para diagnóstico debe tomarse adoptando todas las precauciones de prevención y control de infecciones, y enviarse al laboratorio para análisis.
- **Garantizar la ejecución de buenas prácticas de control ambiental**
- Desinfección. Se recomienda lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón o frotarlas con alcohol. Otras zonas más extensas pueden desinfectarse con una solución de lejía doméstica al 10 %, cuya preparación se repetirá cada día.
- Garantizar prácticas de inhumación sin riesgos. Debe desalentarse el rociado de la cara y el tórax de los cadáveres con sospecha de peste neumónica. Esas zonas deben cubrirse con un paño impregnado en desinfectante o un material absorbente.

V.12. Comunicación de riesgo

Abordar la percepción pública y el miedo colectivo mediante el monitoreo de la escucha social activa, la neutralización de la desinformación en plataformas digitales y la difusión estratégica de contenidos educativos claros en medios de comunicación y redes sociales oficiales.

Viajeros internacionales: las normas internacionales exigen que antes de emprender un viaje internacional desde una zona donde haya epidemia de peste neumónica, las personas sospechosas de exposición a la infección deben ser aisladas durante seis días después de la última exposición. A la llegada de un barco o un avión infestados en que haya casos de infección comprobados o sospechosos, los viajeros deben ser desinsectados y permanecer bajo vigilancia durante un lapso no mayor de seis días desde la fecha de su llegada.

V.13. Prevención

La prevención de la peste tiene como objetivo principal evitar que las personas entren en contacto con la bacteria Y. *pestis*, responsable de la enfermedad. Como la peste se transmite principalmente por la picadura de pulgas infectadas asociadas a roedores, las medidas preventivas se orientan al control de las pulgas y los roedores, especialmente en las zonas donde circula la enfermedad. Para ello, es importante mantener limpios los espacios, almacenar correctamente los alimentos, eliminar los residuos y evitar las condiciones que favorecen la presencia de roedores. También se recomienda utilizar repelentes, evitar el contacto con animales enfermos o muertos y comunicar estas situaciones a las autoridades sanitarias. Asimismo, es fundamental evitar el contacto cercano con animales silvestres, tanto vivos como muertos, dado que muchos de los casos reportados en EEUU y otros países tuvieron su origen en la transmisión directa de pequeños mamíferos silvestres infectados.

Además, dado que la peste neumónica puede transmitirse de persona a persona a través de gotas respiratorias, es fundamental identificar rápidamente los casos sospechosos, iniciar el

tratamiento antibiótico y aplicar medidas de aislamiento para evitar nuevos contagios. Las personas que hayan tenido contacto estrecho con un caso de peste neumónica deben ser evaluadas por el equipo de salud, recibir antibióticos preventivos cuando corresponda y permanecer bajo vigilancia durante siete días.

Por último, la vigilancia epidemiológica permite detectar tempranamente la circulación de la enfermedad en animales y personas. Ante la aparición de casos o brotes, las autoridades sanitarias deben intensificar la búsqueda de casos, investigar las posibles fuentes de infección y realizar acciones de control ambiental. Es importante controlar primero las pulgas y luego reducir la población de roedores, ya que eliminar los roedores sin controlar previamente sus pulgas puede favorecer que éstas se alimenten de otros huéspedes, incluidos los seres humanos.

V.14. Referencias

Organismo internacional. Plague – fact sheet, actualización 29/09/2026. Enlace

CDC. Clinical Care of Plague; Guidance for Responding to a Plague Bioterrorism Event; MMWR antimicrobial recommendations. Enlace

Rospotrebnadzor / información oficial reproducida por medios rusos y Reuters, 4–7/10/2026. Enlace

Reuters, 6–7/10/2026: intercambio organismo internacional–Rusia y situación de contactos. Enlace

Randremanana et al. Epidemiological characteristics of an urban plague epidemic in Madagascar, 2017. Lancet Infect Dis. 2019. Enlace

Nishiura et al. Dynamics of the pneumonic plague epidemic in Madagascar, Aug–Oct 2017. Euro Surveill. 2017. Enlace

MSAL. Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de ENO, Peste. Versión 1.2, marzo 2026.

Barbieri R, Signoli M, Chevé D, Costedoat C, Tzortzis S, Aboudharam G, Raoult D, Drancourt M. Yersinia pestis: the Natural History of Plague. Clin Microbiol Rev. 2020 Dec 9;34(1):e00044-19. doi: 10.1128/CMR.00044-19. PMID: 33298527; PMCID: PMC7920731.

Mahmoudi A, Kryštufek B, Sludsky A et al. (2021). Plague reservoir species throughout the world. Integrative Zoology 16, 820–33.

Ciammaruconi A, Di Spirito M, Pascolini C, Molinari F, Rozov O, Cavalli M, Campoli G, Totaro N, Recchia E, Chimienti S, et al. Plagued by the Past, Pressed by the Present: A One Health Perspective on Yersinia pestis. Biomedicines. 2025; 13(10):2555. https://doi.org/10.3390/biomedicines13102555

INFORMES **ESPECIALES**

VI. Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA)

VI.1. Introducción

La Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA), también llamada "mal de los rastrojos", es una zoonosis viral aguda grave producida por el virus Junín (JUNV), cuyo reservorio son roedores silvestres de la especie *Calomys musculinus*, también conocido como "ratón maicero". El virus eliminado por los roedores infectados se transmite a las personas por inhalación a través de aerosoles o penetra a través de pequeñas heridas de la piel o mucosas.

La FHA se caracteriza por alteraciones vasculares, renales, hematológicas, neurológicas e inmunológicas con una letalidad que puede alcanzar el 30% y se puede disminuir a valores cercanos al 1% en pacientes tratados con plasma inmune de convaleciente cuando el tratamiento se aplica dentro del octavo día de iniciados los síntomas.

Es una zoonosis endemo-epidémica que comprende la región de la pampa húmeda de las provincias de Buenos Aires, Córdoba, La Pampa y Santa Fe.

Desde la emergencia de la FHA en la década de 1950, el área endémica de la enfermedad se ha extendido progresivamente, la población en riesgo se ha incrementado, y los estudios en reservorios indican que podría haber nuevas extensiones, con la posibilidad de reemergencia de la enfermedad en áreas donde no se han registrado casos en los últimos años.

La FHA es una enfermedad prevenible por la vacuna CANDID #1, que se incorporó al Calendario Nacional de Vacunación en el año 2007 (Resolución 48/2007). Está indicada para la población que reside o transita el área endémica de la FHA y es producida en el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui" (INEVH) del Ministerio de Salud de la Nación.

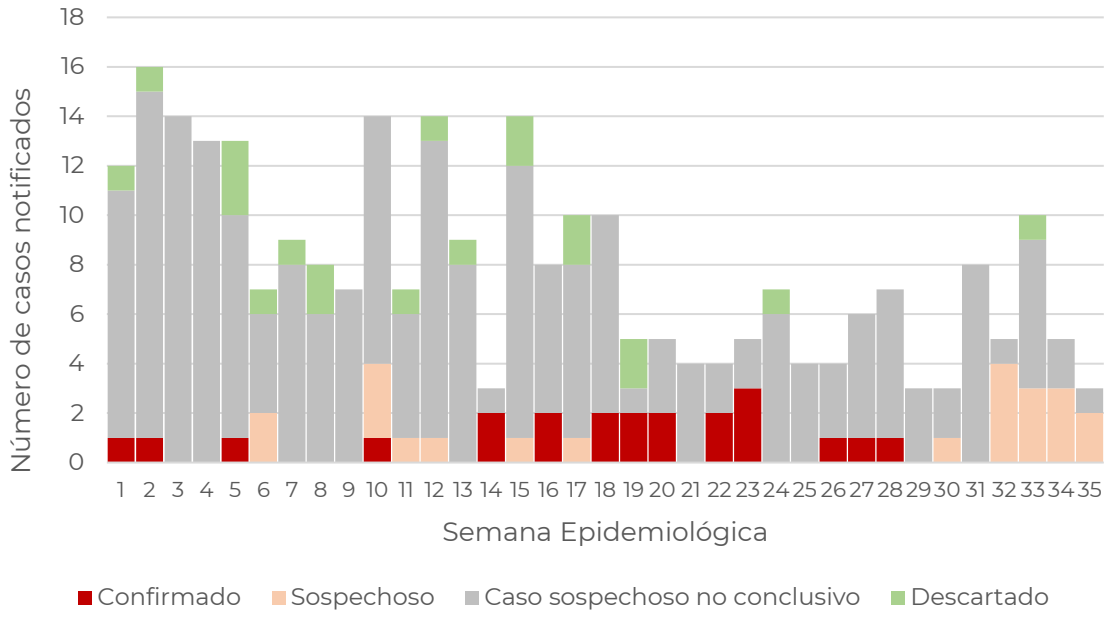
VI.2. Nota metodológica

Los casos se muestran según la fecha mínima, que se construye con la fecha de inicio de síntomas (FIS), la fecha de consulta, toma de muestra, y, por último, de apertura si no tuviera consignada ninguna de las anteriores. Además, se agrupan por jurisdicción de residencia consignada en el SNVS 2.0, y en caso de no tenerla, por jurisdicción de carga.

VI.3. Situación epidemiológica de FHA en Argentina durante el año 2026

Considerando la fecha mínima del caso, hasta la semana epidemiológica (SE) 35 de 2026 se registraron 276 notificaciones de casos sospechosos de fiebre hemorrágica argentina (FHA), de los cuales 22 fueron confirmados y 20 descartados: 10 por laboratorio y 10 por diagnóstico diferencial (Gráfico 1). El 77% de las notificaciones (212 casos) permanecen como casos sospechosos con resultado no conclusivo, lo que pone de manifiesto la importancia de completar el proceso diagnóstico, incluyendo la obtención de segundas muestras, para posibilitar la clasificación final de los casos.

Gráfico 1. FHA: casos notificados como sospechosos según clasificación de caso por fecha mínima. Argentina. SE 01 a SE 35, Año 2026 (n=276).



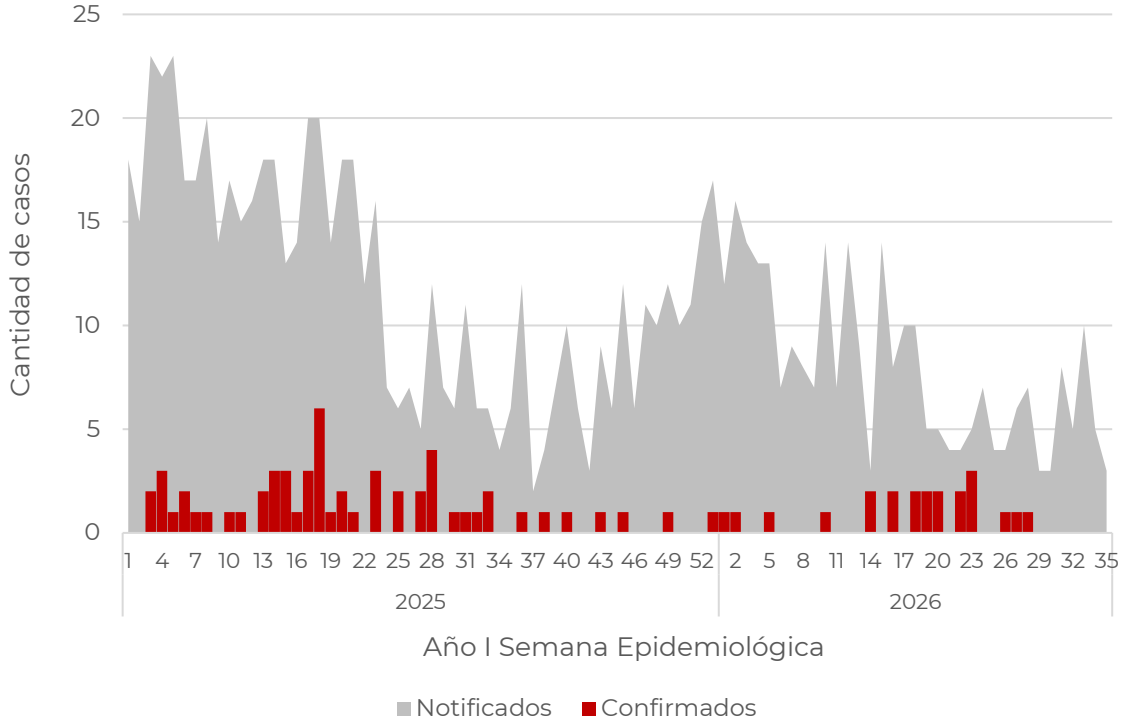
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

Los 22 casos confirmados correspondieron a residentes de Córdoba (n=11), Santa Fe (n=9) y Buenos Aires (n=2). Estas tres provincias concentraron el 99% de las notificaciones registradas durante los últimos cinco años, con predominio de Buenos Aires, seguida de Santa Fe y Córdoba.

En comparación con el mismo período de 2025, en 2026 disminuyeron tanto las notificaciones —de 481 a 276— como los casos confirmados —de 50 a 22— (Gráfico 2). Esta reducción se observó en las tres provincias, aunque fue menos pronunciada en Córdoba, que presentó la mayor proporción de confirmados entre los casos notificados (28%), frente al 6% en Santa Fe y al 3% en Buenos Aires.

Además, durante 2026 se notificó un caso fallecido, con inicio de síntomas en la SE 27 y residencia en la provincia de Santa Fe. Se trató de una mujer de 65 años, con antecedente de diabetes y registro de vacunación contra la Fiebre Hemorrágica Argentina y que recibió tratamiento con suero hiperinmune al séptimo día de evolución. No se pudo identificar, hasta el momento, un antecedente epidemiológico claro que permitiera establecer el lugar probable de exposición

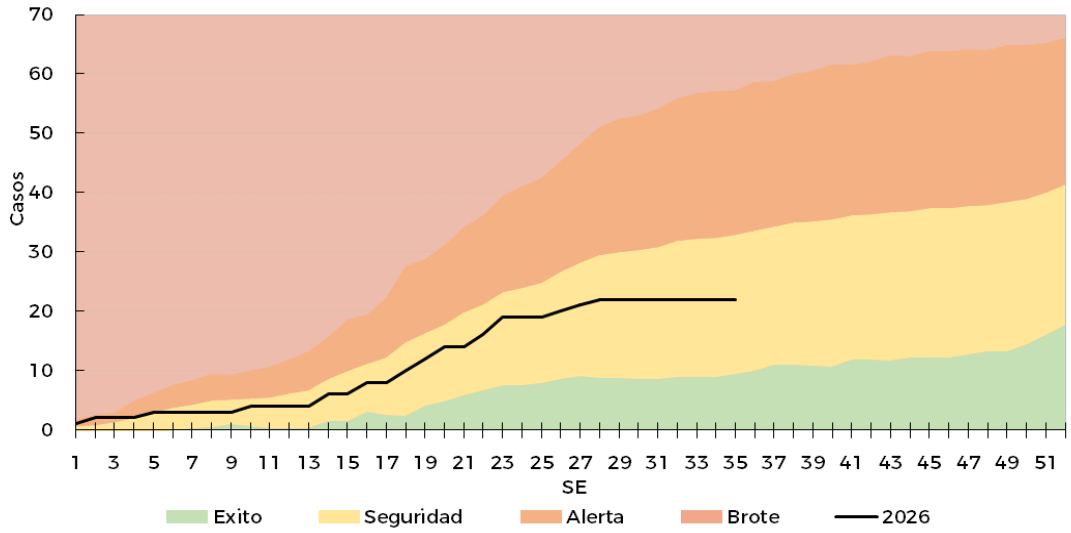
Gráfico 2. FHA: casos notificados y confirmados por semana epidemiológica. Argentina. SE 01/2025 a SE 35/2026.



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

Considerando la tendencia de los últimos cinco años, a la SE 35/2026 los casos de FHA se encuentran en **zona de seguridad** (Gráfico 3).

Gráfico 3. Corredor endémico acumulado de Fiebre Hemorrágica Argentina. Periodo SE 1/2021 a SE 35/2026.



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

De los casos confirmados durante el año en curso (n=22), el 73% son de sexo masculino con una mediana de 35 años de edad (mín. 14 y máx. 65). Los casos se concentran en los grupos de edad comprendidos entre los 25-44 años (64% del total).

VI.4. Morbimortalidad por grupos de edad 2025 – SE 35 2026

A continuación, se presenta el análisis de morbimortalidad de FHA en el período SE 1 2025-SE 35 2026.

Durante el período analizado se registraron 79 casos confirmados de FHA. El 68% correspondió a personas de sexo masculino (n=54) y el 32% a personas de sexo femenino (n=25). La mediana de edad fue de 36 años, con un rango de 5 a 77 años. La mayor proporción de casos se observó en el grupo de 30 a 39 años (n=26), seguido por los grupos de 20 a 29 años (n=15) y de 40 a 49 años (n=12).

Entre la SE 1/2025 y la SE 35/2026 se registraron 6 fallecimientos entre 79 casos confirmados, lo que representa una letalidad acumulada del 7,6%. En 2025 se produjeron 5 fallecimientos entre 57 casos confirmados, y 1 fallecimiento entre los 22 casos confirmados de 2026. La mediana de edad de los casos fallecidos fue de 61 años, con un rango de 32 a 77 años. De los 6 casos fallecidos, 3 corresponden a residentes de la provincia de Santa Fe, 2 residían en la provincia de Buenos Aires, y 1 residía en la provincia de Córdoba. El plasma inmune estuvo disponible para todos los casos. Sin embargo, en tres de ellos no se administró porque, al momento de la consulta y/o de establecerse la sospecha clínica, ya habían transcurrido más de ocho días desde el inicio de los síntomas, por lo que se encontraban fuera de la ventana terapéutica en la que el tratamiento ha demostrado ser efectivo.

VI.5. Vigilancia eco-epidemiológica

La vigilancia eco-epidemiológica de la fiebre hemorrágica argentina (FHA) tiene como objetivo monitorear la circulación del virus Junín (JUNV) en *Calomys musculinus*, su principal reservorio, y estimar el riesgo de aparición de casos humanos. Dado que la distribución geográfica de este roedor es más amplia que el área endémica reconocida, su seguimiento resulta clave para detectar tempranamente eventos de emergencia en nuevas zonas o de reemergencia en áreas históricas.

En 2026 se realizaron capturas en áreas rurales de Ayacucho (Buenos Aires, fuera del área endémica), Miguel Cané (La Pampa, fuera del área endémica), San Francisco (Córdoba, fuera del área endémica) y Coronda (Santa Fe dentro del área endémica). La selección de las localidades de muestreo fue consensuada con los referentes sanitarios provinciales.

Si bien los estudios moleculares y serológicos en las muestras de los roedores analizados en estas localidades, y estudiadas hasta el momento, no han evidenciado la circulación de virus Junín, los indicadores de riesgo aplicados, éxito de trampeo (ET) y abundancia relativa (AR) de *C. musculinus*, mostraron valores de riesgo en Miguel Cané, mientras que en San Francisco y Ayacucho el ET se clasificó como alarma y la AR como riesgo bajo. Por su parte, las localidades de Coronda-Arocena registraron niveles de riesgo bajo para ambos parámetros.

La ausencia de detección molecular no descarta circulación focal o sub-detectada, y la presencia de indicadores de riesgo dentro y fuera del área endémica refuerza la necesidad de sostener y ampliar la vigilancia eco-epidemiológica, considerando la amplia distribución del reservorio y su potencial de emergencia o reemergencia.

El análisis virológico de los muestreos se realiza bajo una estrategia de vigilancia integrada, ampliándose hacia otros virus de importancia sanitaria (Coriomeningitis linfocitaria, Hantavirus, Vello y Latino).

VI.6. Vigilancia genómica del virus Junín

Con el objetivo de fortalecer la vigilancia genómica de JUNV, el INEVH ha implementado metodologías de secuenciación de genoma completo. Con estas estrategias se procesaron 167 muestras correspondientes al período 2019-2025 con resultado detectable por RT-PCR en tiempo real para JUNV o aislamiento viral: 9 cerebros de *C. musculinus* y 158 muestras de casos humanos (144 sueros, 1 coágulo y 13 aislamientos virales obtenidos en cultivos celulares).

El procesamiento bioinformático permitió recuperar con cobertura ≥ 90%, 12 genomas completos para JUNV (S+L), 33 secuencias adicionales del segmento S y 1 secuencia adicional del segmento L. La diversidad nucleotídica para las dos regiones codificantes del segmento S (GPC y NP) varió hasta un 10,1 y 8,6%, respectivamente. La diversidad aminoacídica para sus proteínas derivadas (precursor de glicoproteínas y nucleoproteína) varió hasta un 4% y 4,4%, respectivamente.

Históricamente, los análisis filogenéticos basados en secuencias parciales de los genes GP1 y NP identificaban tres clados para JUNV (I, II y III). Al evaluar las secuencias obtenidas para el período 2019-2025 mediante los genes GPC y NP concatenados (3188 nt) se observa que los clados I y II se siguen manteniendo y se definen dos nuevos clados denominados IV y V. Tanto en las secuencias de origen humano como de roedor, no se aprecia una agrupación geográfica ni temporal en ninguno de estos clados.

VI.7. Vigilancia epidemiológica

La FHA constituye un evento de notificación obligatoria en los términos de la Ley Nacional 15.465 y la Resolución 2827/2022.

VI.7.A. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA

Los objetivos de la vigilancia de esta enfermedad incluyen identificar los escenarios de transmisión, así como grupos y áreas de riesgo, para reducir la letalidad mediante el uso del tratamiento específico oportuno, y orientar las acciones de prevención, incluyendo la mejora de estrategias de acceso a la vacuna contra FHA.

VI.7.B. DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES DE CASO

Dentro del área endémica de la FHA y fuera del área endémica en pacientes que hayan visitado la región en las 3 semanas previas al inicio de síntomas se considera:

Caso sospechoso: paciente con síndrome febril inespecífico, que presente recuentos de glóbulos blancos ≤ 4.000/mm3 y recuento de plaquetas ≤ 100.000/mm3.

Caso sospechoso no conclusivo: caso sospechoso con resultado de laboratorio no conclusivo (RT-PCR tiempo real JUNV con resultado NO DETECTABLE sin segunda muestra).

Caso confirmado: paciente que presenta confirmación de laboratorio de infección por JUNV por alguna de las siguientes técnicas diagnósticas:

1. Detección de genoma de JUNV en suero, coágulo y/u órgano mediante RT-PCR (reacción en cadena de polimerasa) en tiempo real.
2. Serología (seroconversión por técnica de ELISA IgG y/o PRNT técnica de neutralización por reducción de placas, en muestras de suero de 0 y 45 o más días desde el inicio de los síntomas).

3. Aislamiento en cultivos celulares de JUNV en muestras de sangre, suero y/u órgano del período agudo en pacientes fallecidos.

Caso descartado: paciente sin detección de genoma JUNV por RT-PCR tiempo real y que no presenta seroconversión por técnicas de ELISA IgG y/o PRNT, en muestras de suero de 0 y 45 días o más desde el inicio de los síntomas.

Caso descartado por diagnóstico diferencial: caso sospechoso descartado que presenta diagnóstico de otra enfermedad de presentación similar.

Caso descartado por epidemiología: no cumple con la definición de caso sospechoso del evento.

VI.7.C. NOTIFICACIÓN

La estrategia de vigilancia es universal con periodicidad inmediata bajo el evento: Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA). La modalidad de vigilancia es nominal desde la sospecha para los que cumplan con la definición de caso sospechoso.

Ficha de notificación:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/ficha_epidemiologica_sfai_en_area_endemica_de_fha.pdf

VI.8. Recomendaciones

VI.8.A. VACUNACIÓN

El propósito de la estrategia de vacunación con Candid #1 es reducir la morbilidad y la letalidad de la enfermedad en población que reside o transita el área endémica de la FHA. Desde el año 2007 la vacuna Candid #1 se encuentra incorporada al Calendario Nacional de Vacunación con un esquema de única dosis a partir de los 15 años para personas que residan o desarrollen actividades en el área endémica de la enfermedad y no hayan recibido vacuna Candid #1 anteriormente.

El área endémica comprende diferentes departamentos/partidos de las provincias de Santa Fe, Córdoba, Buenos Aires y La Pampa. Se debe tener en cuenta que la protección se alcanza un mes después de la vacunación. Si bien se debe sostener la vacunación del calendario nacional, ante una situación de brote se recomienda que las acciones de vacunación intensivas se organicen priorizando la inmunización de la población residente y que desarrolla actividades en zonas rurales o semiurbanas de las zonas endémicas (trabajadores rurales, transportistas, trabajadores en acopiadoras de cereales, molinos, actividades recreativas, trabajadores migrantes estacionales o comúnmente conocidos como “trabajadores golondrinas”, etc.), teniendo en cuenta la información brindada por la vigilancia epidemiológica actualizada.

Se recomienda que estas acciones se concentren principalmente en aquellos partidos que han presentado casos confirmados en los últimos tres años (Tabla 1).

Tabla 1. Departamentos / Partidos con casos confirmados de FHA entre la SE01/2023 y la SE28/2026.

Provincia	Departamentos /Partidos
Buenos Aires	Colón, Olavarría, Pergamino, Ramallo, San Nicolás, San Pedro, Benito Juárez.
Córdoba	General San Martín, Marcos Juárez, San Justo, Unión.
Santa Fe	Caseros, Constitución, Iriondo, Rosario, San Lorenzo, San Martín, Belgrano.

Fuente: Elaboración en base a información proveniente del SNVS 2.0 e INEVH.

Contraindicaciones:

- Embarazo: se desconocen los efectos que esta vacuna puede provocar en el embarazo.
- Lactancia: el virus Junín, como otros Arenavirus, se ha aislado de la leche humana en casos de FHA.
- Inmunosupresión congénita o adquirida y enfermedades agudas febriles graves en curso.
- Afecciones crónicas malignas o descompensadas que puedan afectar la respuesta inmune.
- Tratamiento activo con corticosteroides en dosis altas (Ej: 20/mg/día de prednisona por más de 15 días) o medicación inmunosupresora.

VI.8.B. RECOMENDACIONES PARA LA POBLACIÓN

La erradicación de las poblaciones de roedores no es practicable en el medio silvestre. En cambio, debe sugerirse un control que permita mantener en balance a las poblaciones de roedores que conviven en nuestro entorno y evitar el contacto con las personas.

La prevención mediante la vacunación es una estrategia fundamental, con una única dosis a partir de los 15 años para personas que residan o desarrollen actividades en el área endémica de la enfermedad y no hayan recibido vacuna Candid #1 anteriormente.

Es importante evitar el riesgo de exposición y contacto con los roedores y sus excretas. Para ellos se recomienda:

- Usar calzado cerrado, guantes y ropa que cubra la piel para trabajar en el campo o la huerta.
- Realizar una limpieza cuidadosa de las manos con agua y jabón, y cambiar la ropa luego del trabajo en el campo o huerta.
- Evitar llevarse tallos a la boca y/o acostarse directamente sobre el pasto.
- Ventilar por al menos 30 minutos antes de entrar a lugares como viviendas y galpones ubicados en ambientes rurales y/o silvestres que hayan estado cerrados por periodos prolongados. Cubrirse la boca y nariz de la mejor manera posible antes de ingresar: utilizar barbijo común o máscara N95.

- Realizar la limpieza (pisos, paredes, puertas, mesas, cajones y alacenas) con una parte de hipoclorito de sodio y nueve de agua (dejar 30 minutos y luego enjuagar). Humedecer el piso antes de barrer para no levantar polvo.
- En caso de haber presencia de orina y/o heces, desinfectar con lavandina 10% (30 minutos), retirar con papel y luego descartar.
- Mantener desmalezados los bordes y debajo de los alambrados, aguadas de los molinos, montes frutales y caminos de acceso a la vivienda.
- No eliminar a los predadores naturales de los roedores como lechuzas, lechuzones, chimangos.

En la vivienda:

- Mantener el pasto bien corto, por lo menos hasta 30 metros de la vivienda para evitar que los roedores se acerquen a ella.
- Utilizar recipientes cerrados de vidrio, plástico grueso o de metal para almacenar granos, alimentos para animales, basura y desperdicios.
- Tapar los agujeros de las viviendas y galpones para que no puedan entrar los roedores con materiales como mallas de acero (virulana de metal en hendijas, por ejemplo), cemento u otro material resistente a la acción de los roedores.
- Hacer la huerta lejos de la casa y mantenerla desmalezada.
- Cuando se realiza la cosecha de un lote aledaño a la vivienda siempre es recomendable comenzar por el margen más cercano a la misma para que los roedores tengan refugio en el cultivo.

En los pueblos y ciudades:

- Este roedor tiene hábitos silvestres, a diferencia de otros roedores que tienen hábitos sinantrópicos, es decir, en relación a las personas. Es por ello que en las ciudades se deben enfatizar las medidas de prevención en aquellas áreas lindantes a corredores que unen el campo con la ciudad.
- Mantener desmalezadas las vías del ferrocarril, los terrenos baldíos, cursos de agua.
- Mantener la limpieza de las calles, veredas y no acumular basura.

Donación de plasma

Se convoca a todas aquellas personas que padecieron FHA en el pasado y se recuperaron a comunicarse con los teléfonos de contacto (que se consignan más adelante) para coordinar una posible donación de plasma inmune para el tratamiento de los casos sospechosos que tengan indicación del mismo. Asimismo, se insta a los equipos de salud a promover activamente la donación de plasma entre los pacientes recuperados.

VI.9. Medidas ante casos

VI.9.A. TRATAMIENTO

El tratamiento específico para la FHA lo constituye el plasma inmune. Se obtiene de personas que padecieron la enfermedad y se curaron. Por lo tanto, es un recurso finito. Al administrar 3500 unidades terapéuticas (UT) por Kg de peso del paciente durante los primeros 8 días del inicio de los síntomas, la letalidad de la FHA puede disminuirse del 30-15% a casi un 1%. La administración de plasma inmune luego de los 8 días del inicio de síntomas no es eficaz. Para un uso racional del recurso, la indicación de tratamiento debería realizarse respetando el algoritmo clínico de la enfermedad.

Con la finalidad de acercar las unidades de tratamiento a los efectores donde se asisten los casos, existe una red de bancos de plasma jurisdiccionales que funciona en coordinación con el Programa Nacional de Control de la FHA. Los médicos tratantes de pacientes con diagnóstico clínico de FHA pueden solicitar el plasma inmune a los bancos de plasma ubicados en las provincias del área endémica.

Información de contacto

Provincia de Buenos Aires: Hospital Interzonal General de Agudos “San José” de Pergamino. Servicio de Hemoterapia Tel: 02477-429795 al 99 interno 161-162; y Hospital Interzonal General de Agudos “San Felipe” de San Nicolás. Servicio de Hemoterapia Tel: 0336-4422880, interno 233. Departamento de Zoonosis Rurales de Azul Tel: 02281-424483. Centro Regional de Hemoterapia de Tres de Febrero (Besares 4550, Ciudadela), Tel: 011-1576551682.

Provincia de Córdoba: Departamento de Zoonosis. Dirección de Epidemiología e Integración de Niveles. Ministerio de Salud. Tel: (0351) 15-346-3803 (Guardia 24hs). Banco de Sangre Tel: (0351) 246-5112 (Guardia diurna), (0351) 392-5881 (Guardia Nocturna).

Provincia de La Pampa: Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Tel: 02954-15527212/ 02954-418870.

Provincia de Santa Fe: Hospital Provincial de Rosario. Servicio de Hemoterapia. Tel: 0341-4721106, interno 1150/ 0341-153770618.

INEVH “Dr. Julio I Maiztegui”. Pergamino. Tel: 02477- 392601.

VI.10. Medidas ante contactos

Ante la identificación de contactos o personas expuestas al mismo riesgo, se debe realizar una investigación epidemiológica para determinar la fuente de infección y evaluar los sitios probables de contagio. No se recomienda la inmunización de los contactos como medida de control de foco. Asimismo, se indica reforzar las medidas para evitar el ingreso de roedores a las viviendas y limitar la anidación en peridomicilios, galpones y la limpieza de pueblos y ciudades mencionadas anteriormente, así como la búsqueda activa de conductas y hábitos de riesgo. Además, se deben brindar recomendaciones de prevención adaptadas a cada situación observada e intensificar las acciones de vacunación en la población general.

VI.11. Sobre las acciones del ministerio de salud

El Ministerio de Salud de la Nación sostiene acciones permanentes de prevención y control de la fiebre hemorrágica argentina (FHA). El Programa Nacional de Control de la FHA, creado en 1978 y coordinado por el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui" (INEVH–ANLIS), articula estas acciones con las áreas nacionales de epidemiología, zoonosis, inmunizaciones, medicina transfusional y otras áreas sustantivas, y con las autoridades y los equipos jurisdiccionales. Este trabajo se desarrolla en el marco de las competencias y responsabilidades de cada organismo, jurisdicción y servicio de salud, con el objetivo de reducir la morbilidad y la letalidad de la enfermedad.

Las principales actividades comprenden:

- Vigilancia e investigación epidemiológica: vigilancia epidemiológica, eco-epidemiológica y genómica; integración y análisis de información clínica, epidemiológica y de laboratorio; investigación y seguimiento epidemiológico de casos conforme a los criterios de vigilancia; estudio de reservorios y circulación viral; caracterización genómica del virus Junín; identificación de situaciones y escenarios de riesgo; y elaboración de informes y recomendaciones.
- Asesoramiento clínico y diagnóstico laboratorial: El INEVH- ANLIS coordina una red de laboratorios provinciales dentro del área endémica de la enfermedad, a los que ha transferido metodologías de diagnóstico molecular para JUNV, y procede a completar los diagnósticos de referencia mediante técnicas de confirmación serológica y caracterización viral cuando corresponda. Por otro lado, produce reactivos estratégicos para sostener los métodos "in house" y conduce el control de calidad de los resultados diagnósticos que se emiten. Asimismo, brinda asesoramiento clínico a los equipos de salud, en articulación con los servicios y referentes responsables de la atención.
- Plasma inmune: coordinación de las acciones de la red de bancos de plasma inmune junto con la Dirección de Medicina Transfusional y las autoridades y los servicios de hemoterapia jurisdiccionales; articulación interjurisdiccional ante necesidades de tratamiento; promoción de la donación; fortalecimiento de las capacidades para la obtención de plasma, incluida la estrategia de plasmaféresis móvil; titulación de anticuerpos neutralizantes contra el virus Junín en unidades de plasma inmune a cargo del INEVH; y elaboración y actualización de lineamientos técnicos.
- Producción de vacuna y vacunación: producción, control y aseguramiento de la calidad de la vacuna Candid#1 en el INEVH; planificación del abastecimiento y de las estrategias de vacunación de la población expuesta, en coordinación con la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DiCEI) y las autoridades jurisdiccionales; y capacitación y asesoramiento técnico a los equipos de inmunizaciones.
- Acciones transversales: formación de recursos humanos; capacitación de los equipos de salud; educación para la salud y comunicación comunitaria; recomendaciones de prevención ambiental; investigación y desarrollo tecnológico; y elaboración y actualización de documentos técnicos.
- La evaluación y la planificación conjunta se sostienen mediante el intercambio permanente entre los equipos y las reuniones anuales del Programa, que permiten analizar la situación epidemiológica, revisar las acciones y sus resultados, identificar dificultades y acordar prioridades de trabajo entre la Nación y las jurisdicciones.
- En 2026 se celebrará en Pergamino la 40.ª Reunión Anual del Programa, una expresión de la continuidad del trabajo conjunto y de la cooperación federal entre instituciones y equipos de salud. Este encuentro presencial constituye una instancia de evaluación, actualización y planificación de las acciones desarrolladas durante todo el año, orientadas a fortalecer la prevención y el control de la FHA.

VI.12. Lineamientos técnicos relacionados con el Plasma Inmune (PI) para el Tratamiento de la Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA)

La Dirección Medicina Transfusional en trabajo conjunto con el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas (INEVH) "Dr. Julio I. Maiztegui"- ANLIS, y con la participación de los Referentes de las áreas de Hemoterapia y Epidemiología de las Provincias del área endémica de la FHA y la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación), y siguiendo los CRITERIOS Y LINEAMIENTOS sobre Seguridad Transfusional de las entidades Científicas Nacionales e Internacionales: AAHITC, GCIAMT, OPS y OMS, conjuntamente con los CRITERIOS Y LINEAMIENTOS sobre vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud de la Nación Argentina, establecen las siguientes RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS para la problemática referente al tratamiento de la Fiebre Hemorrágica Argentina.

En función del desafío que representa la situación actual para poder asistir a los requerimientos de productos sanguíneos, se deben fortalecer activamente las Colectas de Plasma Inmune para el tratamiento de la FHA (PI/FHA) abordando diversas estrategias:

VI.12.A. ESTRATEGIAS:

1. Convocatoria de Donantes de Sangre:

- Trabajar sistemática y sostenidamente en la Promoción de la Donación Voluntaria y Habitual de Plasma de personas recuperadas de FHA en todas las etapas que la conforman: concientización, convocatoria y fidelización. Queda sujeto a la posibilidad de cada jurisdicción el brindar una acción pertinente para la fidelización del donante.
- Fortalecer la estrategia de Colectas Externas dirigidas en las zonas de donantes potenciales, con la concurrencia de equipos técnicos específicos de Hemoterapia.
- Establecer donaciones habiendo contactado a los potenciales donantes por los medios disponibles, con el propósito de optimizar las extracciones.

Integración

- Se debe fortalecer y sostener el trabajo integrado entre todos los actores referentes en la temática: INEVH Dr. Julio Maiztegui, Direcciones de Epidemiología y Hemoterapia jurisdiccionales, Dirección de Medicina transfusional y Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación.
- Fortalecimiento de la Convocatoria de potenciales donantes.
- Intensificación de Colectas Externas.
- Incorporación de extracciones por aféresis.
- Priorizar las extracciones por aféresis vs donación convencional.
- Instituir un registro sistemático de los recuperados y potenciales donantes de PI de FHA con el fin de realizar la convocatoria pertinente.
- Capacitación y actualización: de selección de donantes, procedimientos técnicos, fidelización de donantes de PI de FHA.
- Fortalecer las alianzas estratégicas con los programas jurisdiccionales de Medicina Transfusional, con el objetivo de optimizar las extracciones en trabajo colaborativo entre el INEVH Dr. Julio I. Maiztegui, Provincias, Municipios y Nosocomios.

- Reuniones periódicas para revisión y/o actualización de protocolos.

Comunicación a la comunidad de Donantes:

- Consensuar y transmitir un mensaje de convocatoria claro y simple sobre la necesidad de contar con ellos no solo frente al contexto actual de salud, sino a futuro, dado que es el único tratamiento que ha demostrado ser eficaz para reducir la letalidad de la enfermedad y que se presentan casos todos los años.
- Explicar al Donante potencial detalladamente la donación por aféresis, la importancia sustancial de la misma.
- Explicar al Donante potencial detalladamente la donación convencional y las diferencias técnicas respecto a la donación por aféresis.
- Los donantes seleccionados para la obtención de PI FHA deberán observar los principios de altruismo, no remuneración y fidelización, así como consentir por escrito que aceptan llevar a cabo este tipo especial de donación.
- Las Direcciones de Epidemiología de las jurisdicciones y/o el área de dependencia a quien esa Dirección delegue, deben mantener un listado actualizado de potenciales donantes de PI FHA, según los datos obtenidos a través de vigilancia, u otros métodos que consideren oportunos, y ponerlos a disposición de los Bancos de Sangre y/o Servicios de hemoterapia jurisdiccionales para establecer un proceso de comunicación local con el fin de identificar y convocar a personas recuperadas como donantes voluntarios de PI FHA.
- Reforzar el concepto que solo personas recuperadas de FHA son la única fuente de este recurso terapéutico.
- Enfatizar sobre el cumplimiento técnico y de bioseguridad con que se cuenta al realizar la donación.
- Remarcar la expertise del personal de Salud sobre las técnicas de donación convencional y por aféresis.

Logística para el traslado de donantes y equipos de trabajo

- Las jurisdicciones deberán arbitrar los medios necesarios para el traslado de los donantes que no cuenten con medios propios. También deberán asegurar los recursos necesarios para la implementación de las colectas externas, incluida la movilidad de los equipos de trabajo.
- Contemplar un presupuesto específico para procesos de convocatorias y logística.

Estrategia Integrada Interjurisdiccional:

- El INEVH ha desarrollado y estandarizado el tratamiento con PI para la FHA y ha sido el encargado de la transferencia de la metodología a otros Servicios y/o Bancos de Sangre provinciales del área endémica de la enfermedad.
- Desde hace años se ha coordinado con las autoridades sanitarias de las provincias afectadas para que cada una trabaje de manera local, y pueda sostener un stock propio de tratamientos.
- Actualmente las provincias de Santa Fe, Córdoba y Buenos Aires obtienen sus propios PI FHA y el INEVH es el encargado de la titulación de anticuerpos neutralizantes de virus Junín de cada una de las unidades

obtenidas en las tres provincias. La provincia de La Pampa, actualmente no dispone de donantes activos.
- Las jurisdicciones correspondientes llevan registros actualizados de potenciales donantes de PI FHA, a partir de los cuales realizan la captación de los donantes. El INEVH también mantiene un registro actualizado de potenciales donantes a disposición de las jurisdicciones para facilitar las actividades de captación y colabora, según demanda, en la citación de los mismos.

Las unidades de PI FHA son administradas por cada una de las jurisdicciones correspondientes, pero el sistema es solidario, y ante la falta de tratamientos en alguna de ellas o en otras, todas responden de manera solidaria.

Para asegurar la eficiencia del sistema, cada jurisdicción deberá conservar de manera permanente un stock crítico de al menos diez (10) tratamientos de plasma, calculados para pacientes de aproximadamente 80 kg, conforme a las Normas del Programa Nacional (2007). Cuando el inventario descienda a ese nivel, la autoridad sanitaria local emitirá una alerta instantánea a los demás miembros de la Red Interjurisdiccional, con el objetivo de coordinar las acciones que mitiguen la contingencia y restablezcan los niveles operativos.

Ante la detección de un caso en una región no endémica, se recurrirá a la red para la determinación logística y el aporte conveniente y oportuno de Plasma Inmune, de manera de reducir los tiempos de traslado. Para incidentes que no puedan resolverse bajo estas directrices, se habilitará un Comité de Crisis integrado por un delegado de cada jurisdicción, el INEVH y la Dirección de Medicina Transfusional, para la toma de decisiones inmediatas facilitando la provisión de Plasma Inmune al paciente dentro de la ventana terapéutica.

Contactos para la solicitud de tratamientos:

- Provincia de Santa Fe: Hospital Provincial de Rosario. Servicio de Hemoterapia. Tel: (0341) 472-1114, interno 1150.
- Provincia de Córdoba: Departamento de Zoonosis. Dirección de Epidemiología e Integración de Niveles. Ministerio de Salud. Tel: (0351) 15-346-3803 (Guardia 24hs). Banco de Sangre Tel: (0351) 246-5112 (Guardia diurna), (0351) 392-5881 (Guardia Nocturna).
- Provincia de Buenos Aires: Hospital Interzonal General de Agudos “San José” de Pergamino. Servicio de Hemoterapia Tel: (2477) 42-9795 al 99 interno 161-162; Hospital Interzonal General de Agudos “San Felipe” de San Nicolás. Servicio de Hemoterapia Tel: (0336) 442-2880, internos 233 o 247 y Departamento de Zoonosis Rurales de Azul Tel: (02281) 42-4483.
- Provincia de La Pampa: Hospital Dr. Lucio Molas de Santa Rosa. Servicio de Hemoterapia. Tel: (02954) 45-5000 interno 3136.
- INEVH Dr. Julio I Maiztegui. Tel: (02477) 42-4494

Estrategia plasmaféresis móvil:

- Como estrategia adicional para aumentar la disponibilidad de este insumo indispensable para la salud pública de nuestro país, de manera reciente el INEVH ha incorporado un equipo separador celular, así como personal técnico y profesional con formación en hemoterapia, para operarlo. Esta tecnología permitirá la obtención de un volumen mayor de plasma a partir

de determinados donantes, a través de un proceso de plasmaféresis mecánica y fortalecerá a la totalidad de la red.

- El equipo de plasmaféresis del INEVH y el personal especializado, trabajarán de manera sinérgica con las jurisdicciones. Esta estrategia no reemplaza a las que ya se están desarrollando en las mismas, sino que viene a reforzarlas. Se aplicará esta metodología para aquellos donantes que por sus características sean aptos para este procedimiento, y en apoyo a aquellos servicios de hemoterapia que no cuentan con esta tecnología.
- En articulación con las jurisdicciones correspondientes, se procederá de la siguiente manera:

  1) Las unidades obtenidas quedarán en custodia de la jurisdicción correspondiente.

  2) Las determinaciones para descartar las enfermedades infecciosas transmisibles por transfusión (ITT) de la unidad de PI FHA obtenida serán realizadas por el servicio de hemoterapia correspondiente a la jurisdicción del donante, en muestra de suero obtenida al momento de la donación. También la jurisdicción se hará cargo de la determinación de anticuerpos irregulares u otras determinaciones destinadas a reducir riesgos transfusionales.

  3) El INEVH realizará la determinación del título de anticuerpos neutralizantes para virus Junín de la unidad obtenida, también a partir de muestra de suero obtenida el día de la donación. Una vez obtenidos los resultados de la neutralización, se le informarán al jefe de servicio correspondiente, para que éste registre la cantidad de unidades terapéuticas de esa unidad.

  4) El procedimiento de donación por plasmaféresis mecánica se realizará en el servicio de hemoterapia correspondiente o a través de colectas extramuro. El INEVH pondrá a disposición de la jurisdicción, su personal especializado, el equipo de plasmaféresis, y el equipamiento existente, a emplear durante el procedimiento de obtención del Plasma Inmune. Dicho procedimiento se realizará de manera conjunta entre personal del INEVH y el responsable de hemoterapia asignado por la jurisdicción.

  5) La citación de los donantes, así como los días y horarios de la donación se acordarán de manera planificada con cada uno de los servicios, la autoridad correspondiente, y el INEVH.

2) Elegibilidad del donante de sangre:

- El potencial Donante deberá cumplir con todos los criterios de donación y se deberán realizar las pruebas de tamizaje obligatorias y de uso en el Banco de Sangre (Res. N° 797 Normas Técnicas y Administrativas de Hemoterapia) con los criterios para la selección de donantes de sangre (Res. 1507/2015) y con toda regulación jurisdiccional que aplique.

Si la persona ha cursado la enfermedad:

- Puede donar plasma a partir de los 90 días después de la resolución de los síntomas, si NO recibió PI u otro hemocomponente como parte del tratamiento, y si se encontrase en buen estado de salud y sin secuelas que contraindiquen la donación. En este grupo de donantes se realizará RT-

PCR real time para virus Junín en la misma muestra de suero que se emplea para la titulación del plasma inmune, hasta cumplido el año de la enfermedad.

- Puede donar plasma al año si recibió PI de FHA si se encuentra en buen estado de salud y sin secuelas que contraindiquen la donación. En este grupo no se realizará RT-PCR real time para virus Junín.
- Las determinaciones de anticuerpos específicos neutralizantes (PRNT técnica de neutralización por reducción de placas) y las RT-PCR real time, en las muestras de donantes, se realizan en el INEVH.
- Según situación epidemiológica se podrá decidir la realización de tamizaje de arbovirosis u otras enfermedades emergentes en los donantes de Plasma Inmune.

3) Colecta de PI FHA

Se aplicará el protocolo de extracción regido por las normas técnicas vigentes, cumpliendo con los criterios de selección y la firma de consentimiento informado que corresponda.

Donación convencional

● Se realizará una extracción de sangre en bolsa doble, triple o cuádruple, la cual será sometida a centrifugación diferencial para la separación de PI FHA. Se aplicará el protocolo de extracción regido por las normas técnicas vigentes.

Donación por aféresis:

- Cuando este procedimiento esté disponible, la donación de plasma se efectuará a través de un procedimiento de aféresis con equipos e insumos descartables aprobados para tal fin, durante el cual se recomienda extraer un volumen no mayor al 15% de la volemia del donante.
- El anticoagulante a utilizar será ACD-A o similar. En los casos en que no se realice la reposición del volumen, la extracción de plasma no deberá superar los 600 ml por procedimiento.
- Se deberá respetar el intervalo de 48 hs. entre cada procedimiento, y no superar las 2 donaciones en una semana o 24 donaciones en un período de 12 meses.
- Las unidades de PI FHA se podrán separar en alícuotas de mínimo 50 grs y se recomienda como máximo 300 gr., respetando el circuito cerrado y siguiendo las indicaciones del procedimiento operativo estándar vigente, teniendo en cuenta el título de anticuerpos neutralizantes del donante.

4) Etiquetado

Todas las unidades de PI FHA deben cumplir con el etiquetado requerido para el PI FHA en cada Banco de Sangre y además deberán tener una clara identificación, en la que deberá constar:

● "Tipo de Producto: PI/ FHA. PI/FHA vacunados.

● "Titulación de anticuerpos Anti A y Anti B según corresponda"

● “Resultado de título de anticuerpos neutralizantes si estuvieran disponibles.

● “Titulación de anticuerpos neutralizantes en proceso” (si no están disponibles al momento de la liberación de la unidad)

● “Peso neto”, de la unidad expresado en gramos.

● “PRECAUCIÓN: producto de uso exclusivo para tratamiento de personas con FHA”

● Definir la guarda de la unidad de plasma inmune de FHA 5 años (PNB).

● Fecha de extracción.

5) Cadena de frío de PI FHA

- Las unidades se almacenarán debidamente separadas del resto de las unidades de plasma habilitadas para uso transfusional. En un lugar claramente identificado para tal fin.
- Las unidades de PI FHA se almacenarán a temperatura mínima de entre los -18°C y -40°C, durante al menos 5 años. Se sugiere emplear para el tratamiento de los pacientes, las unidades obtenidas los 3 años previos al año en curso. Esta recomendación queda sujeta a modificación según la disponibilidad de nuevas evidencias científicas.
- El transporte de las unidades se realizará de forma tal que se garantice fehacientemente el mantenimiento de la cadena de frío.
- La conservación de las unidades de plasma una vez descongeladas deberá realizarse entre 2 y 6ºC hasta las 24 horas de finalizado el descongelamiento. Pasado ese tiempo, se deberán descartar.

6) Liberación de la unidad

- Solo se podrá distribuir a instituciones sanitarias asistenciales habilitadas que lo requieran, cumpliendo con la Normativa de solicitud de hemocomponentes.
- Cada Centro proveedor deberá diseñar el circuito de solicitud de la unidad y de entrega de la misma, la que será entregada al Servicio de Medicina Transfusional de la institución solicitante de modo que todo quede fehacientemente documentado y archivado, disponible para presentar a las Autoridades Nacionales o Jurisdiccionales que lo requieran.

7) Trazabilidad

- El Banco de Sangre y el Servicio de Transfusión de la Institución solicitante deberán implementar un sistema de registros que garantice la trazabilidad entre donantes y receptores. En esta situación especial, además, deberá disponer de un registro específico por tratarse de una terapia transfusional específica y disponible.

8) Instituciones habilitadas para la selección de donantes, extracción, procesamiento y almacenamiento del PI FHA

- La extracción, procesamiento y almacenamiento de PI de FHA es técnicamente similar a los que se llevan a cabo para obtener unidades de plasma para uso transfusional, sin embargo deberán elaborarse los POES correspondientes para garantizar la estandarización del proceso, minimizar la probabilidad de no conformidades y que sean material para capacitar al personal interviniente. Dicha actividad será realizada por personal capacitado para tal fin, de modo que se garantice la calidad del producto.
- Todo el proceso: la selección de los donantes, procesamiento, tamizaje, estudios inmunohematológicos, etiquetado, almacenamiento y distribución, deberá ser realizado en una Institución específicamente autorizada por la Autoridad Jurisdiccional sanitaria correspondiente y por la DMT MSAL. Dichas instituciones deben disponer de todas las garantías que acrediten las buenas prácticas de manufactura.
- Los Bancos de Sangre tendrán la obligación de registrar todos los datos requeridos del proceso inherente al Banco de Sangre asimismo de facilitar y colaborar para que se completen los datos relacionados con los pacientes que recibirán el PI FHA. Deberán asegurar la recolección y resguardo de los datos filiatorios y de contacto de dichos pacientes, dado que constituyen potenciales donantes de plasma inmune en el futuro.
- Tal como establece las Normas Técnicas y Administrativas vigentes se garantizará a los donantes la confidencialidad de toda la información facilitada al personal autorizado relacionada con su salud, de los resultados de los análisis de sus donaciones, así como de la trazabilidad futura de su donación, de acuerdo con lo estipulados en la Ley Nacional de Sangre Nº 22.990/83 y su Decreto Reglamentario 1338/04.

9) Criterios de Transfusión de PI FHA. USO RACIONAL

- Debido a que el plasma inmune es un recurso limitado, se sugiere hacer un uso racional del mismo. Se recomienda que la indicación de tratamiento se realice respetando el algoritmo clínico de la enfermedad, que se detalla a continuación:

ALGORITMO CLÍNICO DE SOSPECHA DE LA FHA



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación (2007) Programa Nacional de Control de la Fiebre Hemorrágica Argentina. 4ta. Ed. Editado por Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui". Pergamino.

- Dado que el plasma inmune no ha demostrado ser efectivo después del 8vo. día de enfermedad, no debe administrarse una vez transcurrido ese período.
- Se recomienda descartar otros diagnósticos diferenciales antes de indicar la transfusión. Esto último se vuelve particularmente importante en contexto de brotes de dengue en áreas endémicas de FHA.

10) Procedimiento de Administración del PI FHA

Debe realizarse la transfusión según los procedimientos operativos estándar acorde a las regulaciones vigentes y las buenas prácticas establecidas en el Manual de Procedimientos de cada Institución, teniendo en cuenta los siguientes aspectos relevantes y a modo de sugerencias:

1) Solicitud de transfusión: El médico que indica la transfusión de PI deberá solicitarlo a través del formulario de solicitud de transfusión especificando el tipo de componente a transfundir, al Servicio de Medicina Transfusional de la Institución.

2) Administración de la transfusión de PI:

● Dosis: ADMINISTRACIÓN DE PLASMA INMUNE DE 3500 UT/ KG DE PESO.

Pruebas pre transfusionales: Se seguirán los procedimientos operativos estándares de la Institución para garantizar la fehaciente identificación del paciente y la extracción de las muestras para las determinaciones inmunohematológicas pretransfusionales, las que se conservarán según POE.

● Selección de la unidad de PI para la transfusión: Se seleccionarán unidades ABO compatibles con los glóbulos rojos del receptor.

● La unidad de PI podrá ser administrada independientemente de la compatibilidad de grupo, si los anticuerpos anti A y/o Anti B presentan un título no mayor a 1/64 (guías Asociación Argentina de Hemoterapia Inmunohematología y Terapia Celular):

a- Con título Anti A > 1/64 solo se podrá transfundir a pacientes de grupo O y B

b- Con título Anti B > 1/64 solo se podrá transfundir a pacientes de grupo O y A

c- Se debe confirmar el grupo ABO en una muestra obtenida de un segmento de la tubuladura de la bolsa.

d- Cualquier discrepancia debe ser resuelta antes de realizar la transfusión

● Se recomienda realizar la administración de las unidades de PI, por vía colateral, dejando la vía principal conectada a la solución fisiológica isotónica a 0.9% para utilizar en caso de emergencia.

● El plasma se administra por vía endovenosa y de una sola vez según las guías

transfusionales de plasma vigentes.

● Una vez finalizada la transfusión el descarte de la bolsa deberá cumplir con las normas de bioseguridad.

Alternativas de tratamiento ante la potencial situación de falta de plasma inmune. Con carácter de excepción

● Se podrá transfundir el plasma en guarda de más de 3 años desde la extracción, de hasta 5 años. Esta recomendación queda sujeta a modificación según la disponibilidad de nuevas evidencias científicas.

● Plasma de vacunados con Candid #1 contra el virus Junín, los donantes deben cumplir con los requisitos de elegibilidad según ley 22.990 y Norma técnica. Identificar los PI de FHA vacunados los cuales podrán ser utilizados una vez agotado el stock de calificación óptima.

Recomendación:

● Con la finalidad de generar nuevas evidencias que fortalezcan el control de calidad, la viabilidad y capacidad neutralizante del Plasma Inmune pasado el año desde el momento de su extracción, se recomienda la preservación de muestra de suero (5 alícuotas de al menos 1 ml c/u) en las mismas condiciones de temperatura y de conservación del Plasma Inmune, a los fines que estén disponibles para retitulación de los años subsiguientes hasta los 5 años. En caso de utilizar con fines transfusionales ese Plasma Inmune se recomienda la derivación de las alícuotas restantes al INEVH para continuar su retitulación.

ALERTAS Y COMUNICACIONES **INTERNACIONALES**

VII. Introducción

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

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

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

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

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

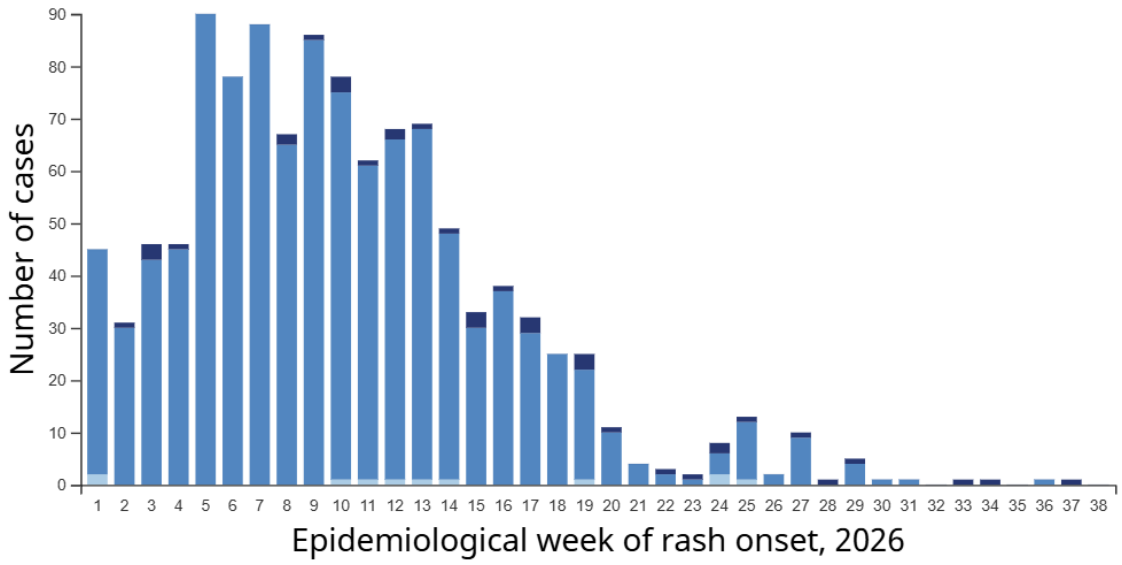
VII.1. Sarampión - Situación epidemiológica regional

VII.1.A. CANADÁ[15]

En 2026, se han notificado un total de 1.121 casos de sarampión (1.040 confirmados, 81 probables) en 8 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Brunswick, Nueva Escocia, Ontario, Quebec y Saskatchewan), hasta el 26 de septiembre del 2026.

En la semana 38 (del 20 al 26 de septiembre del 2026), se notificaron 1 nuevos casos de sarampión (1 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=1.121)



VII.1.B. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA[16]

Al 8 de septiembre de 2026, se notificaron 4.080 casos confirmados de sarampión en los Estados Unidos durante 2026. De estos, 4.062 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 17 casos de sarampión en visitantes internacionales a los Estados Unidos.

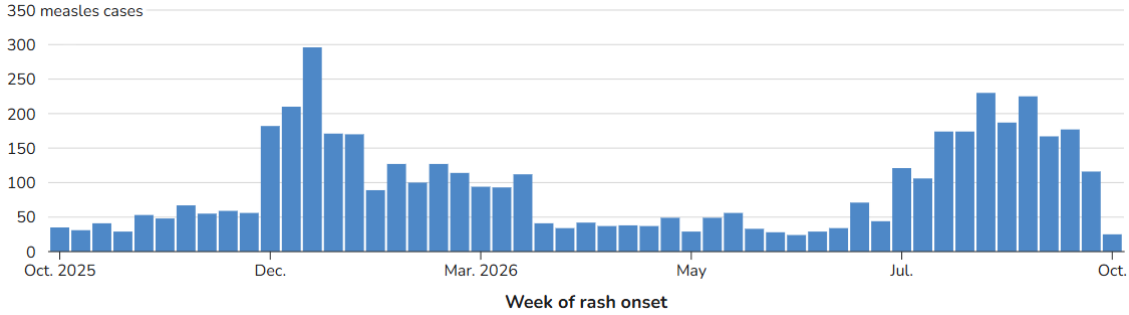
Se han notificado 42 **nuevos brotes** en 2026, y el 96% de los casos confirmados (3.897 de 4.080) están asociados a brotes (2.513 correspondientes a brotes en 2026 y 1.384 a brotes que comenzaron en 2025).

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.

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

En 2026 se ha notificado 2 fallecimientos (que se encuentran sujetos a cambio), mientras que en el 2025 se registraron 3.

Figura 1. Casos semanales de sarampión según la fecha de inicio del exantema. 2025-2026 (hasta 08/10/26).

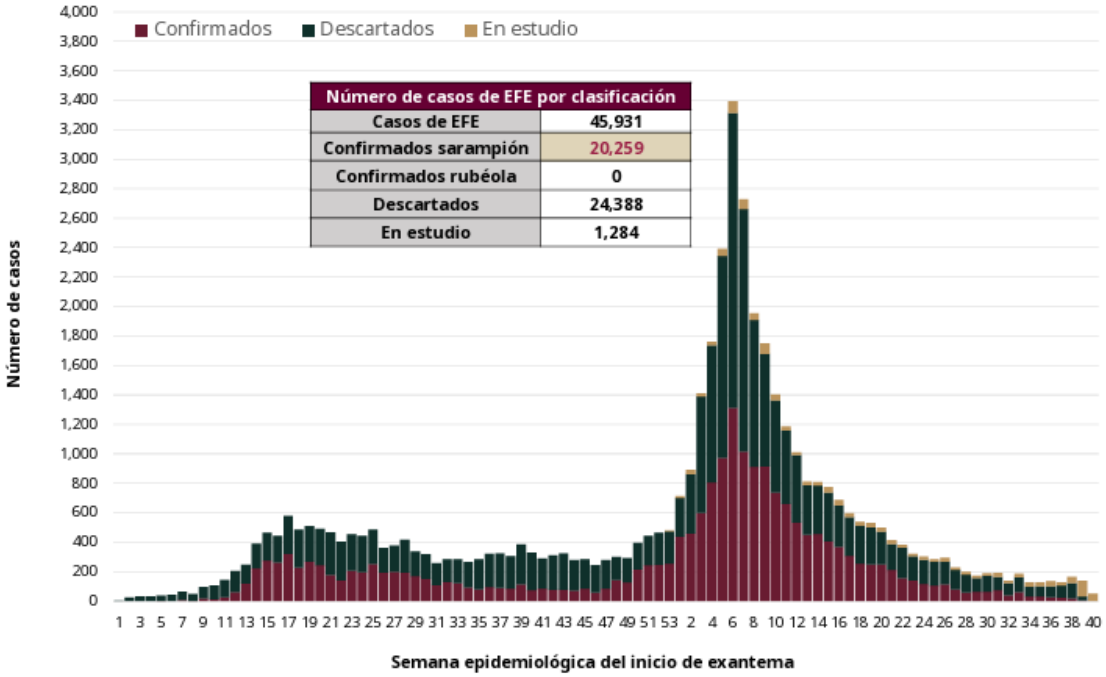


VII.1.C. MÉXICO[17]

Al 08 de octubre de 2026, se han reportado 20.259 casos confirmados de sarampión acumulados desde el comienzo del brote. El grupo de edad más afectado es de 1 a 4 años (2.736 casos), seguido del grupo de 5 a 9 años (2.414 casos) y por último el de 25 a 29 años (2.246 casos).

Se han reportado 50 fallecimientos a la fecha.

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



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

VII.1.D. PERU[18]

Al 09 de octubre del 2026 (SE 38), se reportaron 2.668 casos confirmados de sarampión a nivel nacional. Se registra un fallecimiento a la fecha.

[17] www.gob.mx/salud/documentos/informe-diario-del-brote-de-sarampion-en-mexico-2026
[18] https://app7.dge.gob.pe/maps3/shiny_SYR_web/

Gráfico 1. Casos confirmados de sarampión notificados por semana epidemiológica en 2026. (n=2.668)

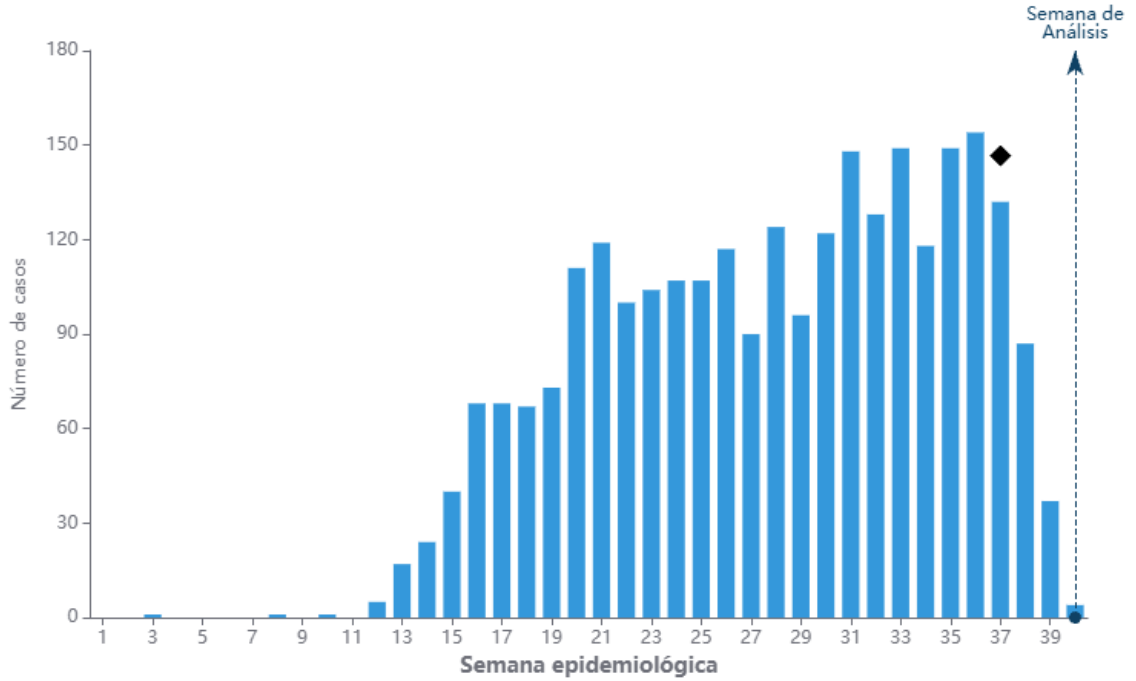
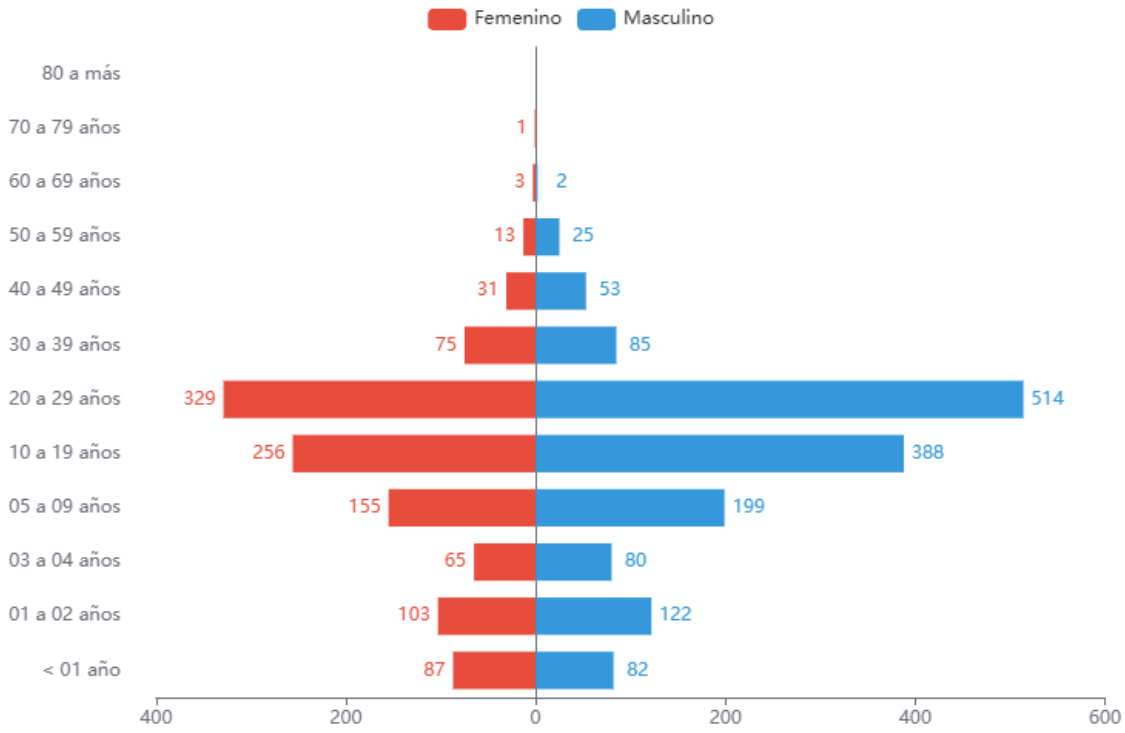


Gráfico 2. Distribución acumulada de los casos confirmados de sarampión por sexo y grupo de edad, 2026.



VII.2.Brote de enfermedad por el virus Bundibugyo - República Democrática del Congo

Recibido a través del CNE el 08/10/2026

VII.2.A. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

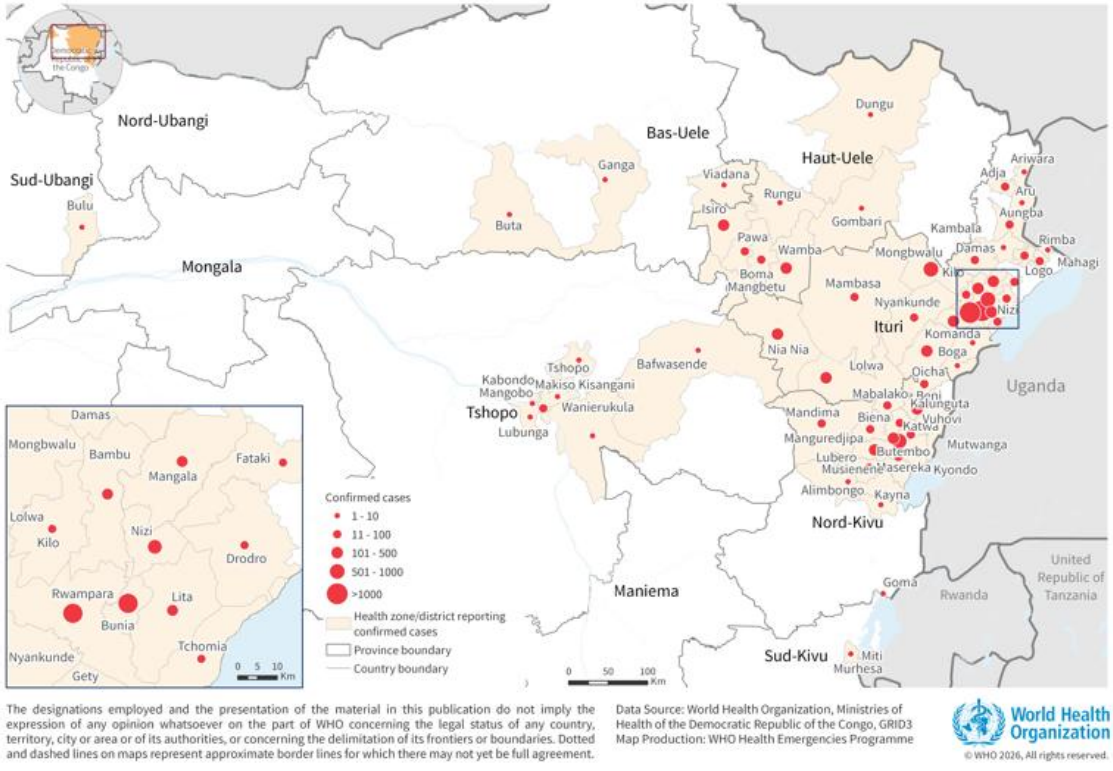
Desde la publicación de la anterior de Noticias sobre brotes de enfermedades (Disease Outbreak News), el 25 de septiembre de 2026, se notificaron 775 casos confirmados adicionales, incluidas 379 muertes entre los casos confirmados, en la República Democrática del Congo.

En el período más reciente de 24 horas, al 6 de octubre, se notificaron 62 nuevos casos confirmados: 33 en Ituri y 30 en Kivu del Norte. Durante ese período no se notificaron nuevos casos en Bas-Uélé, Kivu del Sur ni Sud-Ubangi. En los siete días anteriores, el promedio de nuevos casos aumentó a 72 por día.

Al 6 de octubre, el número acumulado de casos confirmados ascendía a 8728, incluidas 4205 muertes y 2269 recuperaciones. La tasa de letalidad bruta general es del 48,2 %.

Se han identificado casos confirmados en 64 zonas sanitarias de siete provincias. Cuarenta y ocho de las 64 zonas afectadas notificaron al menos un caso nuevo durante los 21 días anteriores, mientras que 16 no registraron casos recientes. Ituri sigue siendo la provincia más extensamente afectada, con casos notificados en 28 de sus 36 zonas sanitarias durante el brote, seguida de Kivu del Norte (17/34), Haut-Uélé (7/13), Tshopo (7/23), Bas-Uélé (3/11), Kivu del Sur (1/34) y Sud-Ubangi (1/16). Alimbongo, en Kivu del Norte, es la zona sanitaria afectada más recientemente y notificó cuatro casos confirmados, incluidas dos muertes.

Figura 1. Distribución de los casos confirmados acumulados de enfermedad por el virus de Bundibugyo en la República Democrática del Congo, al 6 de octubre de 2026.



Ituri sigue siendo el epicentro del brote, con 6480 casos confirmados acumulados y 2989 muertes. Le sigue Kivu del Norte, con 1755 casos confirmados y 1013 muertes, y continúa registrando la tasa de letalidad provincial más elevada, del 57,7 %. Haut-Uélé notificó 364 casos y 153 muertes, mientras que Tshopo registró 51 casos y 17 muertes. Las provincias menos afectadas continúan notificando una cantidad considerablemente menor de casos, aunque la transmisión persiste en varias de ellas. Las zonas sanitarias más afectadas fueron

Beni y Katwa, en Kivu del Norte, y Rwampara, Bunia y Mandima, en Ituri. La persistencia de casos en múltiples provincias demuestra que el brote continúa activo desde el punto de vista geográfico, aunque la intensidad de la transmisión varía entre las distintas zonas sanitarias.

El seguimiento de contactos continúa representando una importante presión operativa y ha fluctuado por debajo del objetivo de respuesta durante las últimas semanas. La cobertura fue del 87,6 % el 16 de septiembre, superando brevemente el objetivo del 85 %, pero descendió al 74,7 % el 25 de septiembre. Aunque posteriormente mejoró hasta alcanzar el 82,0 % el 27 de septiembre, se mantuvo por debajo del objetivo y se situó en el 80,4 % en el período de notificación más reciente, con 23 741 de los 29 535 contactos localizados al 4 de octubre. Por lo tanto, el nivel actual refleja una brecha persistente en la capacidad de realizar un seguimiento sistemático de las personas expuestas durante todo el período de seguimiento de 21 días.

Figura 2. Número de casos confirmados de enfermedad por el virus de Bundibugyo en la República Democrática del Congo, según la fecha de notificación, al 6 de octubre de 2026.

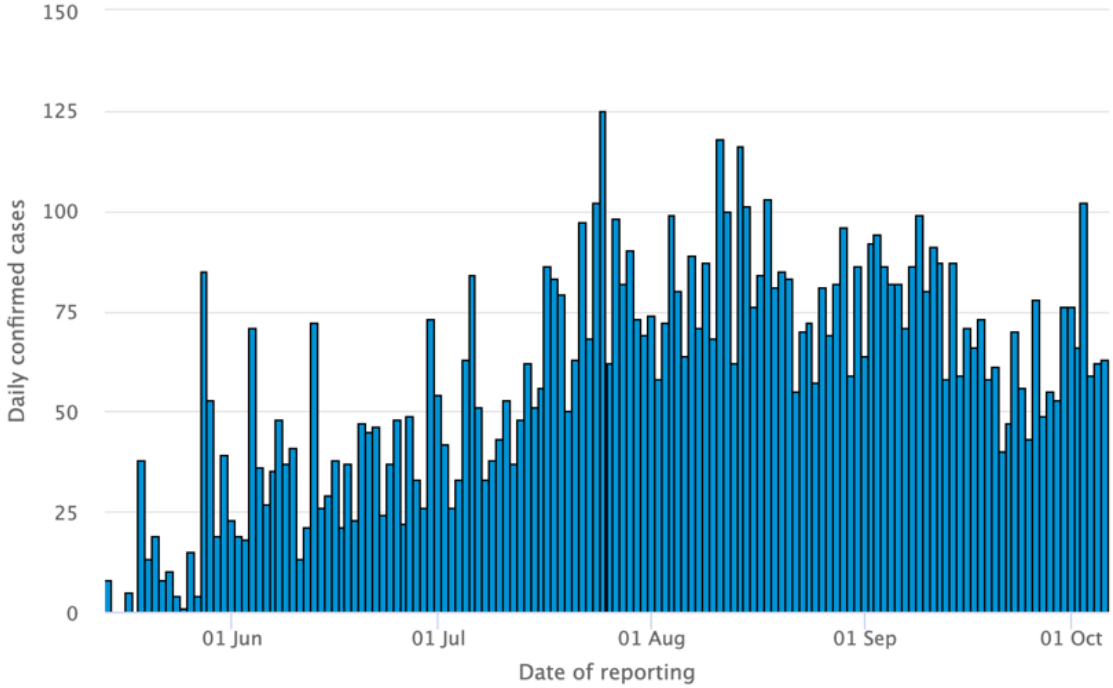
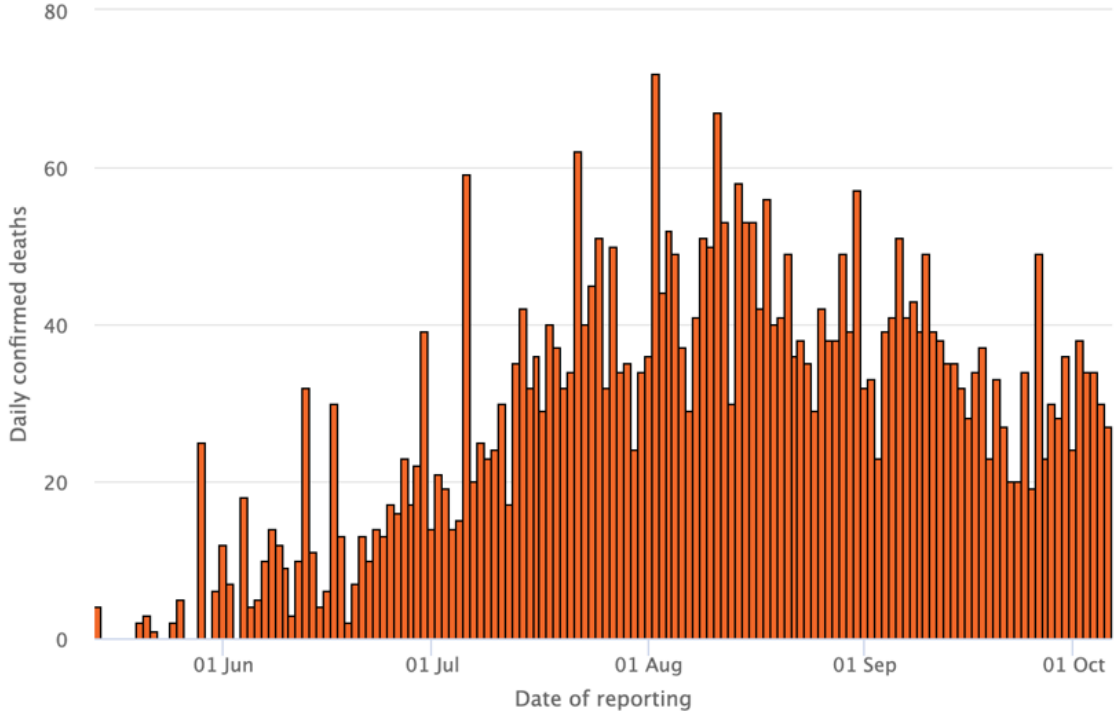


Figura 3. Número de muertes entre los casos confirmados de enfermedad por el virus de Bundibugyo en la República Democrática del Congo, según la fecha de notificación, al 6 de octubre de 2026.



Kenia

El 6 de octubre de 2026, el Ministerio de Salud de Kenia notificó el primer caso importado de enfermedad por el virus de Bundibugyo (EVD-B) confirmado por laboratorio en el país.

Según un comunicado oficial del Ministerio de Salud, se trata de un adulto que residía en la República Democrática del Congo. El paciente había enfermado aproximadamente un mes antes y recibió atención en varios hospitales mientras se encontraba en la República Democrática del Congo. Viajó por carretera desde la República Democrática del Congo hasta Kampala, Uganda, y posteriormente llegó por vía aérea a Nairobi, Kenia, el 3 de octubre. Actualmente, no está claro si presentó síntomas durante estos desplazamientos ni, en caso afirmativo, en qué momento. Sin embargo, al llegar enfermo a Kenia, un familiar lo trasladó directamente al Hospital de Nairobi, donde fue aislado. Una muestra obtenida del paciente el 5 de octubre dio positivo para el virus Bundibugyo (BDBV) ese mismo día, tanto en el Laboratorio Nacional de Referencia de Virología como en el laboratorio del Instituto de Investigación Médica de Kenia. El paciente recibió tratamiento de soporte, pero posteriormente falleció.

Se llevó a cabo un entierro seguro y digno. Las medidas de respuesta de salud pública se iniciaron de inmediato. El rastreo de contactos continúa, incluido el correspondiente al vuelo internacional.

Dada la cronología de la enfermedad y el intervalo de un mes entre la aparición de los síntomas iniciales y la muerte, se presume que el paciente no estaba inicialmente enfermo por la enfermedad por el virus de Bundibugyo. Esta enfermedad no suele presentar una evolución tan prolongada desde la infección hasta la aparición de los síntomas y la muerte. En cambio, se considera que el paciente podría haberse infectado con el virus en un establecimiento de salud o en la comunidad mientras buscaba atención médica por otra afección.

Países Bajos

El 1 de octubre de 2026, los Países Bajos notificaron la evacuación médica de un trabajador de la salud que había obtenido un resultado positivo para el virus Bundibugyo (BDBV) mediante una prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en la República Democrática del Congo, donde participaba en la respuesta al brote de enfermedad por el virus del Ébola. Tras la confirmación del diagnóstico, el paciente fue repatriado de manera segura a los Países Bajos bajo estrictos procedimientos médicos y de prevención y control de infecciones, en estrecha coordinación con las autoridades sanitarias competentes de la República Democrática del Congo y de los Países Bajos. Al igual que los casos evacuados por razones médicas con anterioridad, este caso no se notificará como un caso local de enfermedad por el virus de Bundibugyo en los Países Bajos.

Fuente: *https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON619*

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

VIII. Boletines Jurisdiccionales

VIII.1. Salta: Chikungunya

Hasta el momento, en la provincia se registr ó 1 caso confirmado de Fiebre Chikungunya del departamento Orán con nexo epidemiológico en el país de Bolivia, y 2 casos probables que continúan en estudio.



Casos probables de Chikungunya distribuidos por departamento y localidades. Provincia de Salta. SE38. Año 2026.

DEPARTAMENTO/LOCALIDAD	CASOS PROBABLES
ORÁN	2
HIPOLITO YRIGOYEN	1
PICHANAL	1
TOTAL GENERAL	2

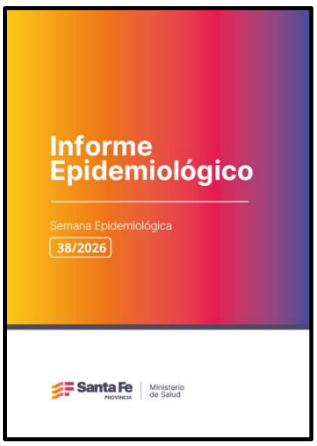
Fuente: Elaboración propia de Sala de situación la D.G.C.E. en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Para más información:

http://saladesituacion.salta.gov.ar

VIII.2. Santa Fe: Leptospirosis

En lo que va del 2026 (SE1/2026 a SE37/2026) fueron notificados 615 casos de los cuales 80 casos (12%) corresponden a casos confirmados o probables. Para el mismo período (enero hasta agosto) los casos confirmados y probables fueron 62 casos en 2024, 41 casos en 2025 y 80 casos en lo informado durante 2026.



Distribución de casos confirmados y probables de Leptospirosis por año según departamento de residencia habitual. Provincia de Santa Fe. Período 2024-2026 (hasta SE38/2026). N= 223

Departamento	2024	2025	2026	Total
Belgrano	0	3	1	4
Caseros	2	3	4	9
Castellanos	2	1	2	5
Constitución	0	1	0	1
Garay	1	1	8	10
General López	3	3	1	7
General Obligado	6	6	12	24
Iriondo	1	1	0	2
La Capital	8	15	16	39
Las Colonias	3	1	1	5
9 de Julio	1	0	0	1
Rosario	25	22	15	62
San Cristóbal	2	0	4	6
San Javier	2	0	7	9
San Jerónimo	4	1	4	9
San Justo	1	0	0	1
San Lorenzo	4	4	4	12
San Martín	3	3	2	8
Vera	5	1	3	9
Total	73	66	84	223

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

Para más información:

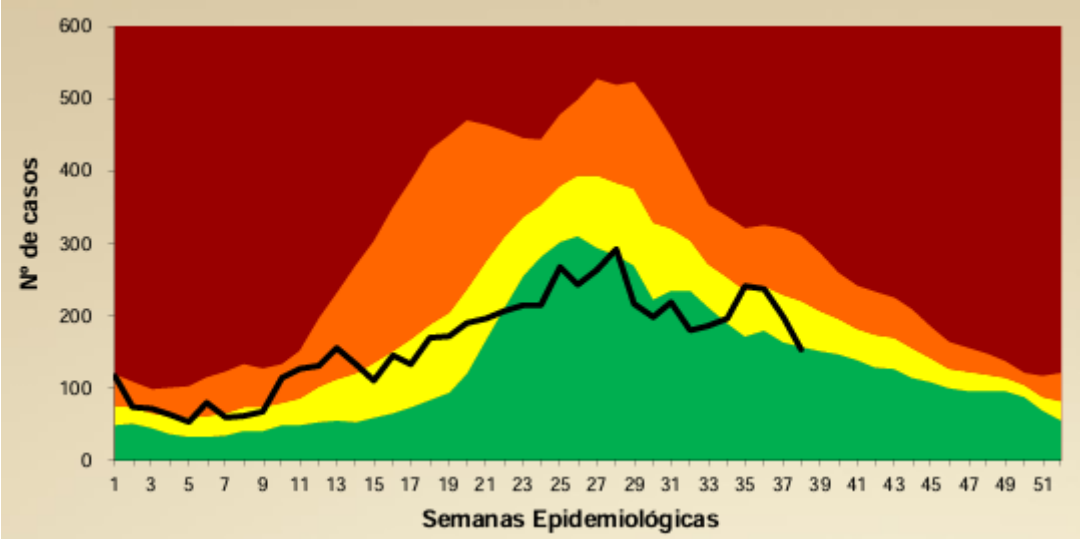
https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/(subtema)/93802

VIII.3. 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 38 se notificaron 154 casos.



Corredor endémico de Bronquiolitis hasta SE 38 Provincia de Tucumán. Año 2026



Fuente: SNVS – *Dirección de Epidemiologia Tucumán.*

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS
PARA VIGILANCIA

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

Con el fin de mantener a los equipos técnicos de vigilancia actualizados sobre los cambios, mejoras y modificaciones en la configuración de eventos en el SNVS 2.0, en este número se publican las realizadas en **octubre** 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**
Octubre	Peste	Clínica	Tratamientos	Se adicionan: “Tetraciclina”, “Quinolonas”, “Betalactamicos”, “Macrolidos”, “Aminoglucósidos”-
			Diagnóstico referido / estadíos clínicos	Se adicionan: “Forma bubónica”, “Forma septicémica”, “Forma neumónica”.
		Laboratorio	Muestras	Se adicionan: “Líquido de bubón”, “Sangre”, “Aspirado traqueal”, “Tejido”, “Biopsia”.
			Determinación	Se adiciona: “Identificación molecular de Yersinia pestis”
			Técnicas	Se adicionan: “Cultivo”, “PCR punto final” para la determinación “Identificación molecular de Yersinia pestis”
			Resultados	Se adicionan: “Detectable”, “No detectable”, “Positivo”, “Negativo”.

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	**Nombre del evento**	**Solapa**	**Sección**	**Cambio realizado**
		Epidemiología	Factores de riesgo/Vías más probables de transmisión/ Otros antecedentes de interés	Se adicionan: “Antecedente de picadura por pulgas”, “Contacto con animal doméstico enfermo”, “Contacto con caso sospechoso o confirmado”, “Contacto con superficies o materiales contaminados”.