



BOLETÍN

EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° 797

Semana epidemiológica 7
AÑO 2026
Desde 14/02 al 21/02
Fecha de publicación
02/03/2026

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA



AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Dr. Javier Gerardo MILEI

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Mario Iván LUGONES

Secretario de Gestión Sanitaria

Dr. Saúl FLORES

Subsecretaria de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas en Salud

Dra. María Susana AZURMENDI

Directora de Epidemiología

Vet. Cecilia GONZALEZ LEBRERO

Sobre la autoría del boletín

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

Coqueluche

Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles y la Dirección de Salud Perinatal, Niñez y Adolescencias (DiSPNyA).

De la ANLIS “Carlos G. Malbrán”: el Departamento de Epidemiología y el Servicio de Bacteriología Clínica, ambos del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI).

Dengue y otras arbovirosis

Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores.

De la ANLIS “Carlos G. Malbrán”: el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas “Dr. Julio I. Maiztegui” (INEVH).

El Servicio Meteorológico Nacional.

Hantavirosis

Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores.

De la ANLIS “Carlos G. Malbrán”: el Laboratorio Nacional de Referencia de Hantavirus, Servicio de Biología Molecular, Departamento de Virología del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI).

De la ANLIS “Carlos G. Malbrán”: el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas “Dr. Julio I. Maiztegui” (INEVH).

Infecciones respiratorias

Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DICEI) y la Dirección Nacional de Enfermedades Transmisibles.

De la ANLIS “Carlos G. Malbrán”: el Servicio de Virosis Respiratorias y el Departamento de Epidemiología, ambos del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI).

Leishmaniasis cutánea y mucosa

Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores.

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

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

Agradecimientos

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

Imagen de tapa

Las leishmaniasis son un grupo de enfermedades antroponóticas causadas por diferentes parásitos del género *Leishmania*. Son transmitidas a mamíferos susceptibles -entre ellos los seres humanos- por la picadura de la hembra de diferentes especies de flebotómicos (subfamilia *Phlebotominae*), lo que da lugar a distintos complejos vector-parásito-reservorio/hospedero. Imagen tomada del banco de fotos del Centro de enfermedades infecciosas (CDC).

Cómo citar este boletín

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2026). Boletín Epidemiológico Nacional N°797, SE 7.

I. Nuevo Editorial

El Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) se consolida como un espacio donde la vigilancia en salud se produce y se difunde de manera articulada, a partir de un trabajo sostenido entre equipos nacionales y jurisdiccionales. Esa lógica de construcción colectiva no es un punto de llegada, sino un método: hacer que los datos notificados cobren vida y utilidad, y que esa utilidad se traduzca en insumos concretos para la gestión, la respuesta y la toma de decisiones. En ese marco, el BEN no es solo una publicación: es una práctica viva del sistema de vigilancia, donde se entrelazan el análisis técnico, la coordinación política y la construcción de una comunicación asertiva.

En este nuevo ciclo, reafirmamos una línea de trabajo que ya forma parte del “modo BEN”: sostener la actualización sistemática de los eventos priorizados, profundizar los análisis cuando el contexto lo requiere y ampliar, cuando es necesario, el repertorio de eventos y enfoques con los que escudriñamos la situación sanitaria de manera oportuna e integrada. Seguiremos trabajando para producir más y mejores informes, sumando nuevas lecturas y nuevas preguntas, sin perder el hilo de continuidad que permite comparar, aprender y anticipar. La actualización periódica no es un recurso editorial: es una herramienta de vigilancia, porque ordena el seguimiento, mejora la sensibilidad para detectar cambios y fortalece la oportunidad de la respuesta.

Este camino, además, se apoya en una condición central: la calidad de la información. Mejorar la completitud, la consistencia y la oportunidad del dato no es un objetivo “técnico” separado del resto; es parte del mismo trabajo de cuidar, interpretar y decidir. Por eso, el BEN seguirá acompañando —con productos, criterios y herramientas— los esfuerzos cotidianos de los equipos que notifican, validan y analizan en todo el país, promoviendo mejoras que hagan al sistema más robusto, más comparable y más útil para la acción.

En definitiva, lo que viene es continuidad y crecimiento: sostener lo que funciona, mejorar lo que todavía es desigual, y animarnos a incorporar nuevas miradas cuando los desafíos lo pidan.

Con la convicción de seguir construyendo un boletín cada vez más pertinente, accesible y operativo, renovamos el compromiso de trabajar en conjunto para fortalecer la vigilancia en salud y su aporte a la salud pública.

¡Nos vemos en la próxima!

Vet. Cecilia González Lebrero
Directora de Epidemiología

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

II. Sobre este BEN

El BEN 797 presenta, como en números previos, la información producida por las distintas estrategias de vigilancia en Argentina, a partir de los datos notificados al SNVS 2.0 por las jurisdicciones. Se mantiene el esquema editorial habitual, con una organización por secciones que facilita la lectura integrada y la comparación temporal de los eventos priorizados y de los de notificación obligatoria.

En la primera parte se incluyen las Tablas de ENO seleccionados, con sus notas metodológicas para orientar la construcción e interpretación de la información.

En Eventos Priorizados, se continúa con la actualización integrada de la vigilancia de infecciones respiratorias agudas, dengue y otros arbovirus, y hantaviriosis. En infecciones respiratorias agudas se incluye la situación regional de influenza y otros virus respiratorios, una síntesis de la información nacional destacada, la vigilancia clínica y laboratorio (incluyendo internados y fallecidos), y la caracterización genómica de Influenza A(H3N2), junto con recomendaciones para equipos de salud y para la población, vacunación antigripal y tratamiento antiviral. En dengue y otros arbovirus se incorpora la estimación de escenarios epidemiológicos 2025–2026, se actualiza la situación nacional y se presenta el seguimiento de chikungunya y otros arbovirus. En hantaviriosis se presenta el capítulo completo con situación actual, vigilancia de genotipos y acciones del Ministerio de Salud de la Nación.

En Situaciones Emergentes, se incluyen las actualizaciones de coqueluche y de Enfermedades Febriles Exantemáticas (sarampión), con situación internacional y nacional, análisis por edad y gravedad, coberturas de vacunación y recomendaciones para la comunidad y para los equipos de salud, incluyendo lineamientos de vigilancia y medidas ante casos y contactos.

En esta oportunidad agrega la Comunicación Epidemiológica de coyuntura, donde se presenta la detección de Influenza Aviar de Alta Patogenicidad (IAAP) en aves en dos jurisdicciones, con situación actual, antecedentes, panorama internacional y regional y recomendaciones, junto con definiciones de caso, notificación y medidas de prevención y control.

En la sección de “Actualización periódica de eventos”, se presenta el informe epidemiológico de leishmaniasis cutánea y mucosa.

Por último, se incluyen los Destacados en boletines jurisdiccionales y en Herramientas para vigilancia se presenta el listado de modificaciones en codificaciones auxiliares del SNVS 2.0, como insumo para fortalecer la calidad del registro y la comparabilidad de la información.

Contenido

I. Nuevo Editorial	5
II. Sobre este BEN	6
TABLAS DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS	9
III. Tablas de ENO seleccionados	10
III.1. Nota metodológica	10
III.1.A. Sobre la construcción de las tablas	10
III.1.B. Notas adicionales a tener en cuenta	11
III.2. Eventos nominales confirmados	11
III.3. Eventos nominales notificados y confirmados	13
III.4. Nota general sobre la interpretación cromática en las tablas	14
III.5. Eventos agrupados clínicos	14
III.6. Eventos agrupados laboratoriales	15
III.6.A. Sobre la construcción de esta tabla	15
EVENTOS PRIORIZADOS	17
IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas	18
IV.1. Nota Metodológica	18
IV.1.A. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios	18
IV.2. Síntesis de la información nacional destacada	18
IV.3. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolititis	19
IV.3.A. Enfermedad tipo influenza (ETI)	19
IV.3.B. Neumonía	21
IV.3.C. Bronquiolititis	22
IV.4. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios	23
IV.4.A. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Personas Internadas y Fallecidas	27
IV.5. Caracterización genómica de Influenza A (H3N2)	28
IV.6. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas.	33
IV.6.A. Recomendaciones para equipos de salud	33
IV.7. Vigilancia epidemiológica	33
IV.8. Recomendaciones para la población	34
IV.9. Vacunación antigripal	35
IV.10. Tratamiento antiviral	36
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus	38
V.1. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026	39
V.1.A. Nota metodológica	39
V.2. Situación de dengue en Argentina	41
V.2.A. Inicio de temporada 2025/2026	41
V.2.B. Consideraciones para la vigilancia por laboratorio	43
V.3. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina	44
V.3.A. Casos de fiebre Chikungunya en Salta	45
V.4. Situación epidemiología de otros arbovirus en Argentina	45
V.4.A. Enfermedad por virus Zika	46
V.4.B. Fiebre de Oropouche	46
V.4.C. Encefalitis de San Luis	47
V.4.D. Fiebre del Nilo Occidental	47
V.4.E. Fiebre Amarilla	47
VI. Hantavirus	48
VI.1. Introducción	48
VI.2. Situación epidemiológica actual	49
VI.2.A. Nota metodológica	49
VI.2.B. situación epidemiológica	49
VI.2.C. Vigilancia de genotipos de hantavirus	58
VI.2.D. Sobre las acciones del ministerio de salud de la nación	59
VI.2.E. Conclusiones	59
SITUACIONES EMERGENTES	61
VII. Coqueluche	62
VII.1. Introducción	62
VII.2. Situación internacional	62
VII.3. Situación Epidemiológica actual de Coqueluche en Argentina	63
VII.3.A. Introducción	63
VII.3.B. Análisis de los casos notificados y confirmados	64
VII.3.C. Análisis según edad y gravedad	69
VII.4. Coberturas de Vacunación	69
VII.4.A. Coberturas para Total país	69
VII.4.B. Coberturas según jurisdicción	71
VIII. Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE): Sarampión	73

VIII.1.	Introducción	73
VIII.2.	Situación epidemiológica mundial y regional	73
VIII.2.A.	Canadá	73
VIII.2.B.	Colombia	74
VIII.2.C.	Estados Unidos de América	74
VIII.2.A.	México3F	75
VIII.3.	Situación actual en la Argentina	76
VIII.3.A.	Nota metodológica	76
VIII.3.B.	Notificación de casos	76
VIII.3.C.	Distribución geográfica	77
VIII.4.	Sobre el último caso confirmado	79
VIII.4.A.	Descripción del caso actual	79
VIII.4.B.	Acciones en curso	79
VIII.5.	Coberturas	79
VIII.6.	Recomendaciones para la comunidad	80
VIII.7.	Recomendaciones para los equipos de salud	80
VIII.8.	Vigilancia epidemiológica	80
VIII.8.A.	Definición y clasificación de caso	81
VIII.9.	Medidas de prevención	81
VIII.9.A.	Vacunación	81
VIII.10.	Medidas ante casos y contactos	82
VIII.10.A.	Medidas ante casos sospechosos y/o confirmados:	82
COMUNICACIONES EPIDEMIOLÓGICAS		84
IX.	Detección de Influenza Aviar de Alta Patogenicidad en aves en dos jurisdicciones de Argentina	85
IX.1.	introducción	85
IX.2.	Situación actual	85
IX.3.	Antecedentes de situación actual	86
IX.4.	Situación Internacional	86
IX.5.	Situación regional	87
IX.6.	Recomendaciones para equipos de salud	87
IX.6.A.	Toma de muestra en humanos	87
IX.6.B.	Vigilancia en animales	88
IX.7.	Vigilancia epidemiológica en humanos	89
IX.7.A.	Definiciones de caso	89
IX.7.B.	notificación	90
IX.8.	Medidas de prevención y control	90
IX.9.	Recomendaciones para la población	92
ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS.....		94
X.	Leishmaniasis Cutánea y Mucosa - Informe epidemiológico	95
X.1.	Introducción	95
X.1.A.	Sobre esta publicación	95
X.2.	Sobre la enfermedad	95
X.3.	Descripción clínico-epidemiológica de la leishmaniasis cutánea y mucosa	96
X.4.	Situación regional	97
X.5.	Leishmaniasis cutánea y mucosa en Argentina	99
X.5.A.	Nota metodológica	99
X.5.B.	Situación actual de Leishmaniasis Cutánea	99
X.5.C.	Situación actual de Leishmaniasis mucosa	103
X.6.	Presencia Vectorial en Argentina	105
X.6.A.	Nota metodológica	105
X.6.B.	Situación vectorial en Argentina	105
X.7.	Objetivos de la vigilancia de la Leishmaniasis cutánea y Mucosa	106
X.8.	Recomendaciones	106
X.8.A.	Prevención	106
X.8.B.	Medidas ante casos y contactos	107
X.9.	Medidas ante brotes	107
X.10.	Conclusiones	108
DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES.....		109
XI.	Boletines Jurisdiccionales	110
XI.1.	Buenos Aires: Coqueluche	110
XI.2.	Salta - Enfermedad tipo influenza (ETI)	111
XI.3.	Santa Fe: Coqueluche	112
XI.4.	Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años	113
HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA.....		114
XII.	Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0	115

TABLAS DE
EVENTOS DE
NOTIFICACIÓN
OBLIGATORIA
SELECCIONADOS

III. Tablas de ENO seleccionados

Luego de varios años y distintos formatos, las tablas de los Eventos de Notificación Obligatoria (ENO) vuelven a formar parte del Boletín Epidemiológico Nacional. Consideramos fundamental recuperar la presentación sistemática de estos datos para lograr una comprensión más integral de la situación epidemiológica actual.

La pandemia y la complejidad del trabajo en epidemiología en los años posteriores han dificultado el seguimiento de eventos que no sean emergentes o priorizados. No obstante, entendemos que disponer de estos datos es esencial para fortalecer la vigilancia epidemiológica.

Si bien reconocemos la importancia de esta presentación, sabemos que las tablas aquí expuestas pueden contener errores, principalmente debido a la complejidad de la gestión de la vigilancia, que involucra múltiples actores en la cadena de notificación. Esto incluye desde la notificación local hasta la validación final por el laboratorio de referencia nacional, pasando por diversas áreas técnicas y equipos de análisis, siempre dependiendo del evento.

A pesar de estas posibles limitaciones, consideramos que la publicación de estas tablas es un paso clave para robustecer y optimizar el proceso de vigilancia epidemiológica y dar cuenta de la situación epidemiológica.

A continuación, presentamos las tablas de ENO seleccionados:

Primera tabla: Muestra **26** eventos en los que solo se presentan los **casos nominales confirmados**, ya que la notificación en sí misma no es un criterio central de vigilancia en estos casos. Es decir, para estos eventos, el enfoque está en los casos confirmados más que en los sospechosos.

Segunda tabla: Contiene **25 eventos nominales** donde se considera relevante tanto la sospecha como la notificación en general, antes de caracterizar los casos confirmados.

Tercera tabla: presenta **23 eventos agrupados clínicos**, contruidos a partir del conteo de casos según grupo de edad y componente clínico.

Cuarta tabla: muestra **5 eventos agrupados laboratoriales**, basados en el conteo de casos por grupo etario, considerando muestras de laboratorio. Se incluyen tanto las muestras estudiadas como las que resultaron positivas.

Este esfuerzo es un proceso en evolución. A medida que recibamos sugerencias, perfeccionemos los procedimientos y consolidemos los datos, ajustaremos la presentación de las tablas para que respondan mejor a las necesidades de los distintos ámbitos que las utilizan.

III.1. Nota metodológica

III.1.A. SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE LAS TABLAS

Las tablas se elaboran con datos basados en la fecha de notificación (o fecha de apertura del caso) en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), considerando las semanas epidemiológicas (SE) seleccionadas de los años 2021 a 2026.

Para calcular la mediana de los valores acumulados entre 2021 y 2025, se ordenan los datos de menor a mayor y se toma el valor central (tercer puesto en un conjunto de cinco años).

Por ejemplo, si el evento X presentó los siguientes valores entre la SE 1-10 de cada año:

Sección	Evento	Acumulado 2020	Acumulado 2021	Acumulado 2022	Acumulado 2023	Acumulado 2024	Mediana acumulada 2020-2024	Acumulado 2025
X	X	38	40	34	139	75	40	80

Los valores ordenados serían: **34, 38, 40, 75, 139**, por lo que la mediana es **40**. En este caso, los **80 casos de 2025** se compararían con la mediana de 40, resultando en un incremento absoluto de **40 casos** y un aumento **del 100%** en términos porcentuales.

El procedimiento de cálculo es el mismo para ambas tablas, con la diferencia de que en la segunda tabla se incluye el total de notificaciones además de los casos confirmados.

III.1.B. NOTAS ADICIONALES A TENER EN CUENTA

Algunas consideraciones clave sobre las tablas:

- ✓ **Datos parciales y sujetos a modificación:** Se compara un año en curso (2026) con años cerrados (2021-2025), por lo que las cifras pueden cambiar.
- ✓ **Diferencias con otros informes:** Las tablas se basan en la **fecha de notificación o apertura del caso**, mientras que otros análisis pueden utilizar la **fecha de inicio de síntomas (FIS)** o una fecha ajustada para cada evento.
- ✓ **Exclusión de casos invalidados:** No se incluyen en las tablas los casos invalidados por epidemiología.
- ✓ **Clasificación de los casos confirmados:** La metodología varía según el evento, pudiendo emplearse algoritmos específicos o una **clasificación manual**.
- ✓ **Confirmaciones prolongadas en ciertos eventos:** En patologías como Chagas y Sífilis Congénita, los casos sospechosos pueden permanecer en esa categoría durante varios meses antes de su confirmación.
- ✓ **Interpretación del "N/A":** Cuando aparece "N/A" en las tablas, significa que la diferencia porcentual **"No Aplica"**, generalmente porque uno de los valores en la comparación es cero.
- ✓ **Valores bajos y análisis porcentual:** Aunque se presentan los valores porcentuales para todos los eventos, en aquellos con menos de 20-30 casos, se recomienda cautela en la interpretación.

III.2. Eventos nominales confirmados

Para la siguiente tabla, se utilizaron clasificaciones manuales con el fin de determinar los casos confirmados, excepto para hantavirus, donde se aplica un algoritmo específico acordado con las áreas involucradas.

Tabla 1. Tabla de eventos nominales confirmados. SE 1-7. 2021-2026. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2021-2025 Mediana acumulados SE 1-7	2026 Acumulados SE 1-7	Diferencias 2026 con mediana 2021-2025	
				Absoluta	%
Enf. Trans. por vectores	Chagas agudo vectorial	0	1	1	N/A
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	21	33	12	57%
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	1.850	3.089	1.239	67%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	89	81	-8	-9%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	28	36	8	29%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo)	0	3	3	N/A
	Cisticercosis	2	3	1	50%
	Escorpionismo o Alacranismo	1.169	2.196	1.027	88%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	146	179	33	23%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	7	9	2	29%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	2	1	-1	-50%
	Brucelosis	16	20	4	25%
	Hantavirusosis	10	23	13	130%
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	2	9	7	350%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	228	209	-19	-8%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	4	4	0	0%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	1	2	1	100%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	5	11	6	120%
	Intoxicación/Exposición a Plomo	0	2	2	N/A
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	1.741	1.741	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	105	105	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	46	46	N/A
Pandrogo resistencia	Pandrogo resistencia en Acinetobacter spp.	0	0	0	N/A
	Pandrogo resistencia en Enterobacterales	0	2	2	N/A
	Pandrogo resistencia en Pseudomonas aeruginosa	0	0	0	N/A
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	2.042	2.220	178	9%

Nota: La asignación de la semana epidemiológica a los casos de tuberculosis que se notifican a través del SNVS se realiza, a partir de este reporte, utilizando la fecha de carga. En las tablas de los informes previos, se asignó a los casos la semana epidemiológica de la fecha de diagnóstico del caso que no necesariamente coincide con la fecha de carga cuando la carga se realiza posteriormente.

Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud y el Área de Análisis de Información e Investigación de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0.

III.3. Eventos nominales notificados y confirmados

En la siguiente tabla, la mayoría de los casos se clasifica mediante algoritmos específicos definidos para cada evento, garantizando un criterio uniforme en la confirmación de los mismos. Sin embargo, existen algunas excepciones en las que se emplea una clasificación manual confirmatoria, debido a la naturaleza de la vigilancia y los procesos diagnósticos particulares. Estos casos incluyen Sarampión y Rubéola, PAF en <15 años, Trichinellosis, Chagas crónico en emb, Sífilis Congénita, Intox./Exp. a Monóxido de Carbono y mpox.

Tabla 2. Tabla de eventos nominales notificados y confirmados. SE 1-7. 2021-2026. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2021-2025 Mediana acumulados SE 1-7		2026 Acumulados SE 1-7		Diferencias 2026 con mediana 2021-2025			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enfermedades prevenibles por vacunas	Coqueluche (tos convulsa)	214	5	545	172	331	155%	167	3340%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	42	0	152	2	110	262%	2	N/A
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)		0		0		N/A	0	N/A
	Meningitis - Meningoencefalitis	335	125	381	117	46	14%	-8	-6%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomieltitis	17	0	20	0	3	18%	0	N/A
Enfermedades Transmisibles por vectores	Dengue	Ver informe "Vigilancia de Dengue y otros arbovirus" en la sección Eventos Priorizados							
	Encefalitis de San Luis	Ver informe "Vigilancia de Dengue y otros arbovirus" en la sección Eventos Priorizados							
	Fiebre amarilla humana	Ver informe "Vigilancia de Dengue y otros arbovirus" en la sección Eventos Priorizados							
	Fiebre del Nilo Occidental	Ver informe "Vigilancia de Dengue y otros arbovirus" en la sección Eventos Priorizados							
	Zika	Ver informe "Vigilancia de Dengue y otros arbovirus" en la sección Eventos Priorizados							
Enf. trans. por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	37	8	24	2	-13	-35%	-6	-75%
Enf. zoonóticas humanas	Leptospirosis	293	10	515	58	222	76%	48	480%
	Psitacosis	97	21	155	14	58	60%	-7	-33%
ETMI - Enfermedades del niño	Chagas agudo congénito	165	10	493	7	328	199%	-3	-30%
	Sífilis Congénita	183	119	164	162	-19	-10%	43	36%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	0	0	8	0	8	N/A	0	N/A
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en emb.	237	209	447	368	210	89%	159	76%
	Sífilis en emb.	1.317	1.200	1.936	1.837	619	47%	637	53%
	Hepatitis B en emb.	14	7	13	4	-1	-7%	-3	-43%
Hepatitis virales	Hepatitis A	28	4	65	15	37	132%	11	275%
	Hepatitis B	383	86	474	82	91	24%	-4	-5%
	Hepatitis C	335	195	455	216	120	36%	21	11%
	Hepatitis E	5	0	13	1	8	160%	1	N/A
Infecc. de trans. sexual	Sífilis en población general	4.304	3.488	8.490	7.194	4.186	97%	3.706	106%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	47	47	131	123	84	179%	76	162%
Otros eventos de imp. p/ la salud pública	Viruela símica (mpox)	10	1	29	6	19	190%	5	500%

Nota: La asignación de la semana epidemiológica a los casos de coqueluche que se notifican a través del SNVS se realiza utilizando una fecha mínima. Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud y el Área de Análisis de Información e Investigación de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0.

III.4. Nota general sobre la interpretación cromática en las tablas

Los colores sintetizan la comparación del acumulado 2026 frente a la mediana 2021–2025, tanto en diferencia absoluta como, cuando corresponde, en variación porcentual; el **verde** indica disminución respecto de la mediana histórica (menor magnitud en 2026), el **rojo** señala aumento (mayor magnitud en 2026) y el **amarillo** advierte interpretación con cautela ante variaciones muy bajas; diferencias no aplicables (“N/A” por comparaciones con cero) o contextos de inestabilidad/heterogeneidad de registro y clasificación que afectan la comparabilidad; estas señales son operativas y no sustituyen el análisis epidemiológico contextual de cada evento, que debe considerar particularidades metodológicas (criterios de asignación de semana, algoritmos de confirmación y procesos manuales), calidad y oportunidad del dato y posibles cambios en normas o prácticas de vigilancia antes de concluir tendencias o variaciones inusuales.

Asimismo, se refuerza que todos los datos de la vigilancia epidemiológica son parciales y sujetos a modificación

III.5. Eventos agrupados clínicos

Para los eventos agrupados clínicos (tercera tabla), una de sus principales particularidades es que los datos se presentan tal como están registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), sin modificaciones o reclasificaciones posteriores. Esto implica que no se aplican procesos de validación adicionales ni criterios específicos de clasificación manual o por algoritmo, como ocurre en las tablas de eventos nominales.

En esta tabla, los datos se presentan agrupados según grupo etario, contabilizando los casos de eventos clínicos. Este enfoque permite analizar la distribución de ciertas condiciones en distintos grupos de edad a partir de la información reportada en el sistema, reflejando la carga de enfermedad según manifestaciones clínicas.

Dado que los datos de estas tablas reflejan directamente lo reportado en el sistema, pueden estar sujetos a inconsistencias o variaciones según la calidad del registro en cada jurisdicción. Sin embargo, su utilidad radica en proporcionar una visión agregada y operativa de la vigilancia epidemiológica, facilitando el monitoreo de tendencias y patrones en distintos contextos.

Es importante remarcar, para el caso de las diferentes lesiones que se presentan, que este evento comenzó a notificarse en 2023, a partir de su inclusión en la actualización de las normas en 2022.

Tabla 3. Tabla de agrupados clínicos. SE 1-7. 2021-2026. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2021-2025 Mediana acumulados SE 1-7	2026 Acumulados SE 1-7	Diferencias 2026 con mediana 2021-2025	
				Absoluta	%
Enf. Trans. Por alimentos	Diarrea	125.770	76.271	-49.499	-39%
Infec. de trans. sexual	Secreción genital purulenta en varones	405	245	-160	-40%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	57	38	-19	-33%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar	5.378	2.555	-2.823	-52%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	81.473	45.099	-36.374	-45%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	5.458	3.076	-2.382	-44%
	Neumonía (sin especificar)	6.754	3.764	-2.990	-44%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	10	368	358	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	14	676	662	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	95	2.761	2.666	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	9	207	198	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	42	1.055	1.013	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	136	595	459	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	304	4.295	3.991	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	156	842	686	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	41	352	311	N/A
	Lesiones por electrocución	2	79	77	N/A
	Lesiones por atragantamiento	3	69	66	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	125	7.379	7.254	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	104	3.182	3.078	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	211	2.884	2.673	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	1	100	99	N/A
	Otras lesiones en el hogar	73	2.248	2.175	N/A

Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud y el Área de Análisis de Información e Investigación de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0.

III.6. Eventos agrupados laboratoriales

III.6.A. SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA TABLA

Para los eventos agrupados laboratoriales (cuarta tabla), es preciso señalar que los datos se presentan tal como están registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), sin modificaciones o reclasificaciones posteriores. Esto implica que no se aplican procesos

de validación adicionales ni criterios específicos de clasificación manual o por algoritmo, como ocurre en las tablas de eventos nominales.

Esta tabla, se centra en la caracterización de eventos a partir de los datos de muestras de laboratorio. Se incluyen tanto las muestras estudiadas como aquellas que resultaron positivas, permitiendo evaluar el volumen de pruebas realizadas y la proporción de casos confirmados para cada patología.

Dado que los datos de estas tablas reflejan directamente lo reportado en el sistema, pueden estar sujetos a inconsistencias o variaciones según la calidad del registro en cada jurisdicción. Sin embargo, su utilidad radica en proporcionar una visión agregada y operativa de la vigilancia epidemiológica, facilitando el monitoreo de tendencias y patrones en distintos contextos.

Tabla 4. Tabla de eventos agrupados laboratoriales. SE 1-7. 2021-2026. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2021-2025 Mediana acumulados SE 1-7		2026 Acumulados SE 1-7		Diferencias 2026 con mediana 2021-2025			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	492	39	243	12	-249	-51%	-27	-69%
	Infección por Mycoplasma genitalium	63	2	12	0	-58	-47%	-3	-100%
	Infección por Mycoplasma hominis	162	13	9	2	-185	-56%	9	33%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	959	47	66	5	-1.332	-77%	-49	-61%
	Infección por Trichomonas vaginalis	1.664	178	228	40	-1.789	-58%	-163	-49%

Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud y el Área de Análisis de Información e Investigación de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0.

EVENTOS **PRIORIZADOS**

IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

IV.1. Nota Metodológica

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

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

IV.1.A. SITUACIÓN REGIONAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS¹

La actividad de influenza en la Región de las Américas continúa con una tendencia al alza, principalmente relacionada con el aumento de la circulación en el hemisferio norte, con una tasa de positividad regional del 28,2%. El virus de influenza A(H3N2) sigue siendo el subtipo predominante entre las muestras subtipificadas en todas las subregiones, excepto en la subregión andina, donde predomina el virus de influenza A(H1N1)pdm09. La circulación de VSR se mantiene en niveles bajos (<1%), mientras que la positividad de SARS-CoV-2 continúa disminuyendo, alcanzando el 5,2%. Por su parte, la circulación de otros virus respiratorios (OV) ha disminuido de forma sostenida desde principios de octubre, con una positividad regional de 1,5%, siendo rinovirus y parainfluenza los detectados con mayor frecuencia.

IV.2. Síntesis de la información nacional destacada

En la SE6 de 2026, la vigilancia clínica notificó 45.485 casos de ETI, 7.654 casos de neumonía y 4.161 casos de bronquiolitis en menores de dos años.

En la vigilancia centinela ambulatoria, influenza registra un leve incremento, con predominio de influenza B y detecciones de influenza A hacia el final de 2025 y primeras SE de 2026, mientras que VSR no presenta detecciones en las últimas semanas. SARS-CoV-2 mostró un ascenso leve y sostenido desde la SE34/2025, acentuado en las semanas 43 a 45, con descenso en las semanas posteriores.

En las UC-IRAG, se registraron más de 11.000 internaciones en 2025, con detecciones de los tres virus priorizados y un ligero aumento de IRAG asociada a SARS-CoV-2 entre semanas 35 y 47. En las 7 primeras SE de 2026 se registraron 367 internaciones, con 10 detecciones de SARS-CoV-2, 10 de Influenza y 2 de VSR.

La vigilancia universal por red de laboratorios mostró, en las últimas semanas de 2025, un predominio de influenza B, con detecciones de influenza A e influenza A(H3N2) hacia el final del año. Durante las primeras 6 semanas epidemiológicas de 2026, las detecciones de

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>

influenza se mantienen estables, con un leve aumento en el porcentaje de positividad. Las detecciones de VSR continúan en valores bajos. En relación con SARS-CoV-2, se observó un aumento gradual de las detecciones a partir de la SE34 de 2025, acentuado entre las SE42 y SE46, seguido de un descenso posterior.

Durante la SE6/2026, se registra circulación de virus respiratorios, principalmente SARS-CoV-2, seguido de influenza, adenovirus y parainfluenza.

En personas internadas, en la SE7/2026, se notificaron 7 hospitalizaciones con diagnóstico de influenza, 7 con diagnóstico de SARS-CoV-2, sin registro de hospitalizaciones con diagnóstico de VSR. Se registró un fallecido con diagnóstico de SARS-CoV-2 en esta semana.

La secuenciación genómica realizada por el Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS, a partir de 112 muestras de influenza A(H3N2) remitidas por la Red Nacional de Laboratorios y Unidades Centinela, permitió identificar 76 casos correspondientes al subclado K. Los casos se distribuyeron en 19 jurisdicciones del país, incluyendo la provincia de Buenos Aires (n=9), la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (n=11), Catamarca (n=5), Chaco (n=1), Chubut (n=1), Córdoba (n=2), Corrientes (n=3), Entre Ríos (n=2), Formosa (n=2), La Pampa (n=1), La Rioja (n=4), Mendoza (n=9), Neuquén (n=3), Río Negro (n=1), San Juan, (n=2), Santa Cruz (n=8), Santa Fe (n=3), Tierra del Fuego (n=3), Tucumán (n=3). Los casos fueron detectados a partir de distintas estrategias de vigilancia de infecciones respiratorias agudas, tanto universal como centinela, e incluyeron casos ambulatorios e internados.

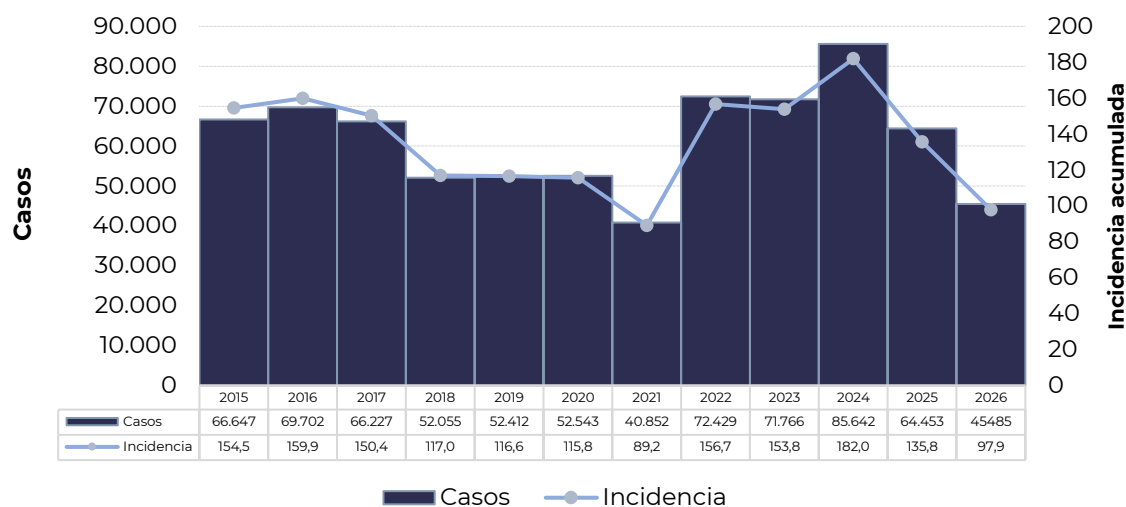
IV.3. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis

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

En las 6 primeras SE de 2026 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 45.485 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 97,9 casos/ 100.000 habitantes.

Para el mismo periodo de los años 2015 – 2025, el mayor número de notificaciones de ETI se registraron en 2024, seguido por 2022. En el corriente año se registra un menor número de casos para el periodo analizado.

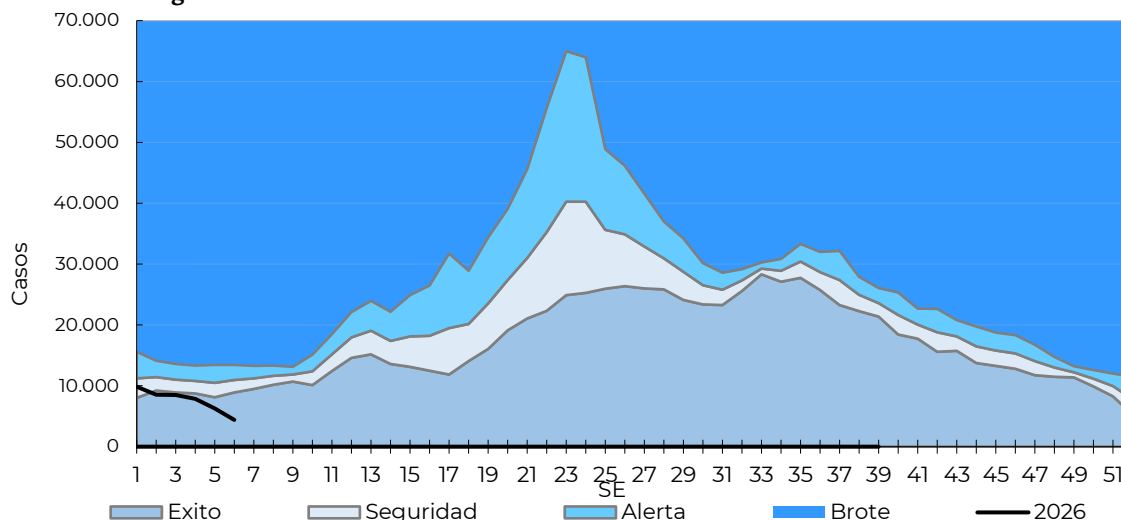
Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2026. SE6. Argentina².



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2,0}.

En las primeras 6 SE de 2026, las notificaciones de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) registradas en el SNVS, correspondientes a personas de todas las edades a nivel país, se mantuvieron dentro de niveles de seguridad, en la primer SE, y luego en niveles de éxito.

Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2018-2025. SE 1 a 6 de 2026³. Argentina.



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

² Para el cálculo de la tasa de incidencia se utiliza como denominador las proyecciones de población calculadas por INDEC a partir del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010

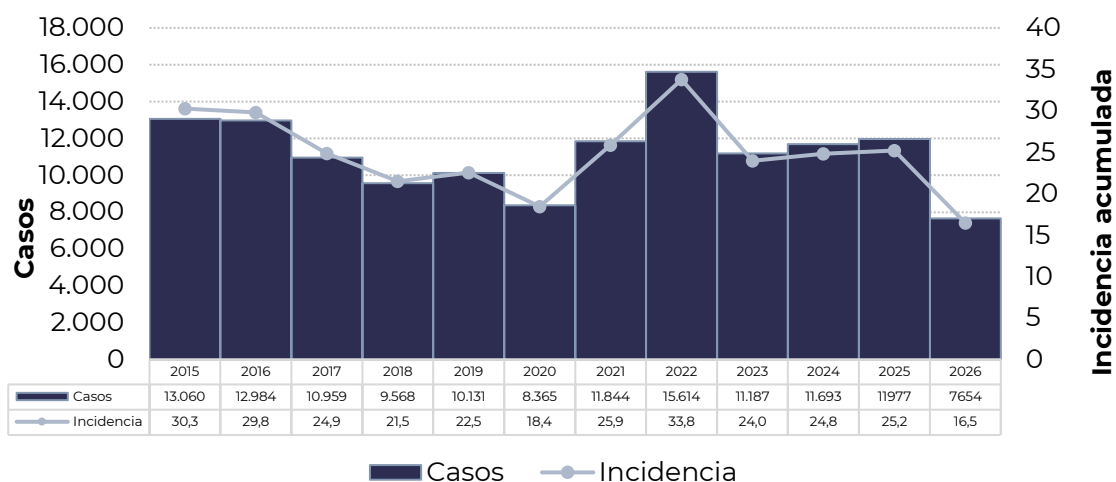
³ Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

IV.3.B. NEUMONÍA

En las primeras 6 SE de 2026 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 7.654 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 16,5 casos/ 100.000 habitantes.

En este período, entre 2015 y 2026, las notificaciones de neumonía mostraron el mayor número de casos en 2022, seguido de 2016 y 2015. En 2026 se registra un menor número de notificaciones que el resto de los años del periodo.

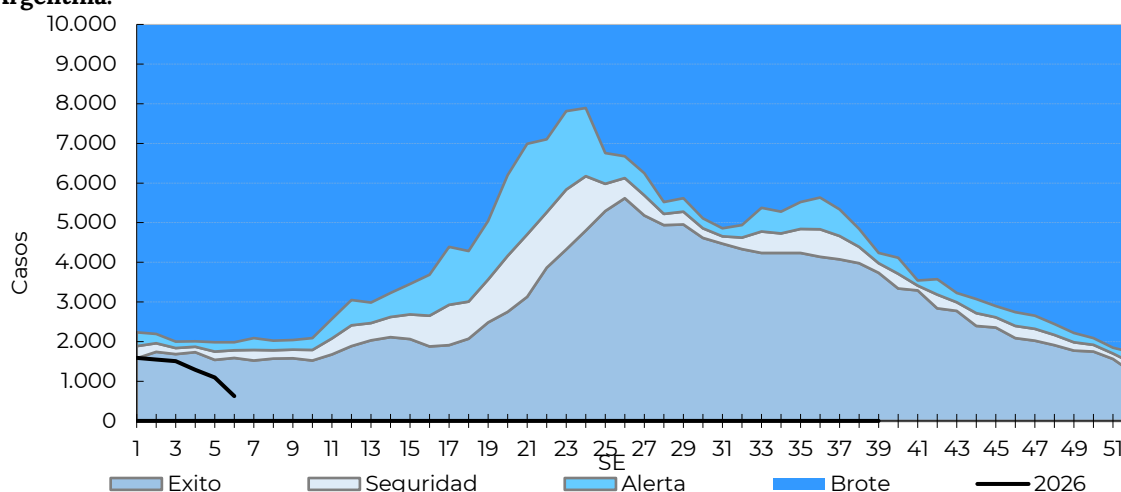
Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2015-2026. SE6. Argentina.



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

En las primeras 6 SE de 2026 las notificaciones de neumonía se ubicaron dentro del rango esperado, correspondiente a la zona de éxito del corredor endémico.

Gráfico 4: Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2018-2025. SE 1-6 de 2026⁴. Argentina.



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

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

IV.3.C. BRONQUIOLITIS

En las primeras 6 SE de 2026, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 4.161 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 287,7 casos/100.000 habitantes.

En relación con los años previos, las notificaciones de bronquiolitis en las primeras 6 SE alcanzaron su pico en 2015, seguido de un descenso sostenido hasta 2018. En 2019, se registró un incremento respecto al año anterior, con un nuevo descenso en 2020 y 2021. Desde 2022 se descendió gradualmente, con un menor número de notificaciones en 2026.

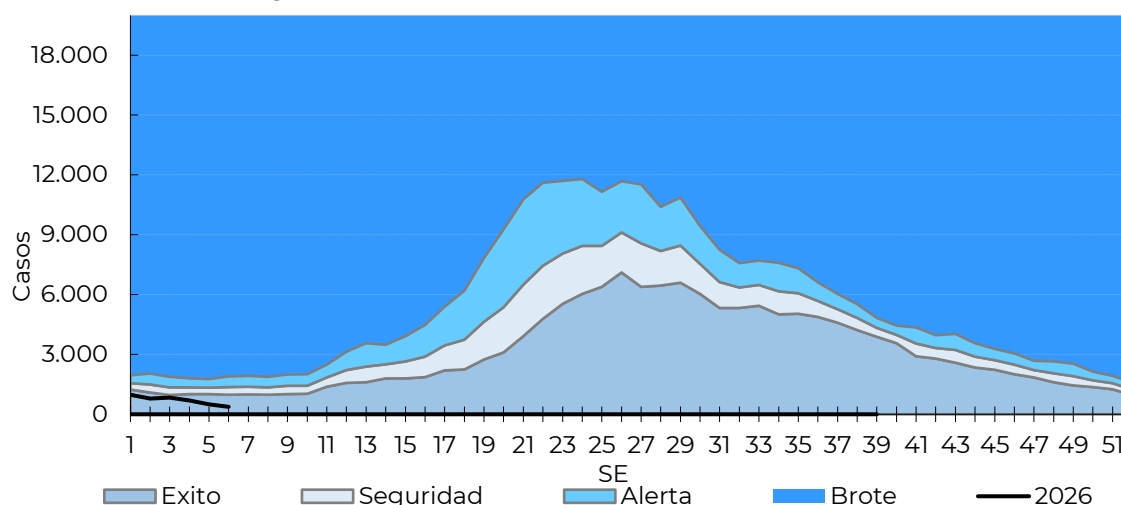
Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis en menores de 2 años por 100.000 habitantes. Años 2015-2026. SE6. Argentina.



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

En las primeras 6 SE del año 2026, las notificaciones semanales de bronquiolitis se mantuvieron dentro de los límites esperados en relación con años históricos.

Gráfico 6: Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2018-2025, SE 1-6 de 2026⁵. Argentina.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2,0}.

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

Durante las primeras 6 SE de 2026, el número de casos de influenza se mantiene relativamente estable, con un leve aumento en el porcentaje de positividad.

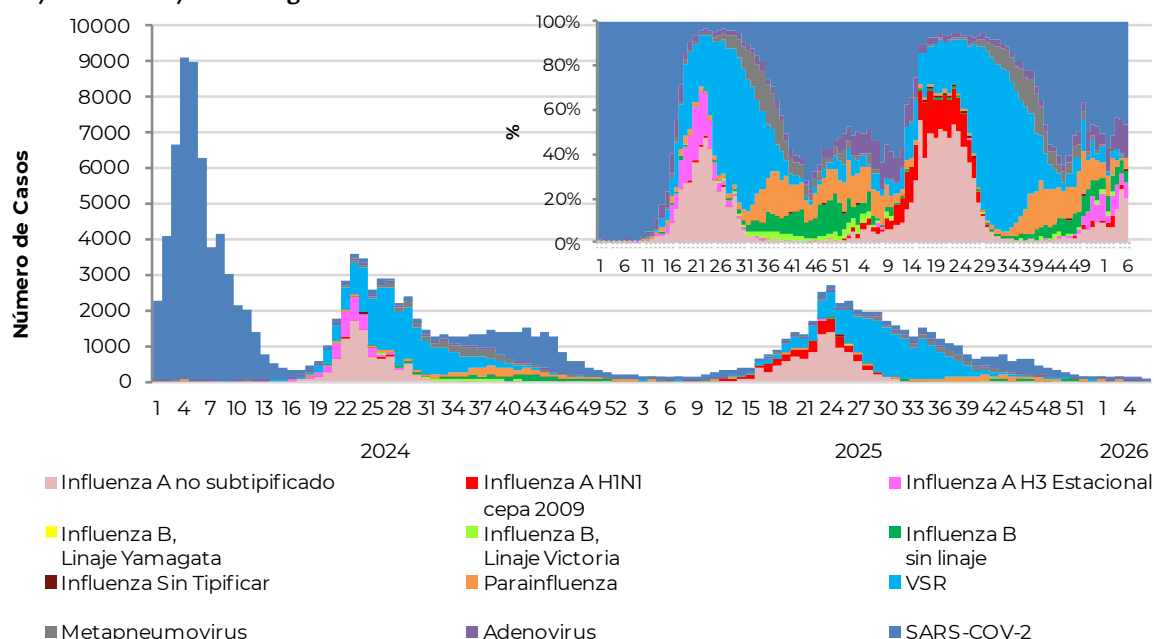
En 2025, a partir de la SE11, se observó un aumento en el número de casos de **Influenza**, con predominio de Influenza A (H1N1) y un adelanto del ascenso estacional respecto de años anteriores. En las últimas semanas del año se registró un ligero incremento de los casos, principalmente a expensas de influenza A, en particular del subtipo A(H3N2) hacia el final del período, junto con detecciones de Influenza B.

En cuanto a **VSR**, durante las primeras 6 SE de 2026 los valores se mantienen bajos. En 2025, se verificó un aumento en las detecciones de VSR a partir de la SE12, con inicio de la actividad estacional desde la SE20.

Las detecciones de **SARS-CoV-2** permanecen en niveles bajos desde las últimas semanas de 2025.

⁵ Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

Gráfico 7. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2024 a SE6/2026. Argentina.

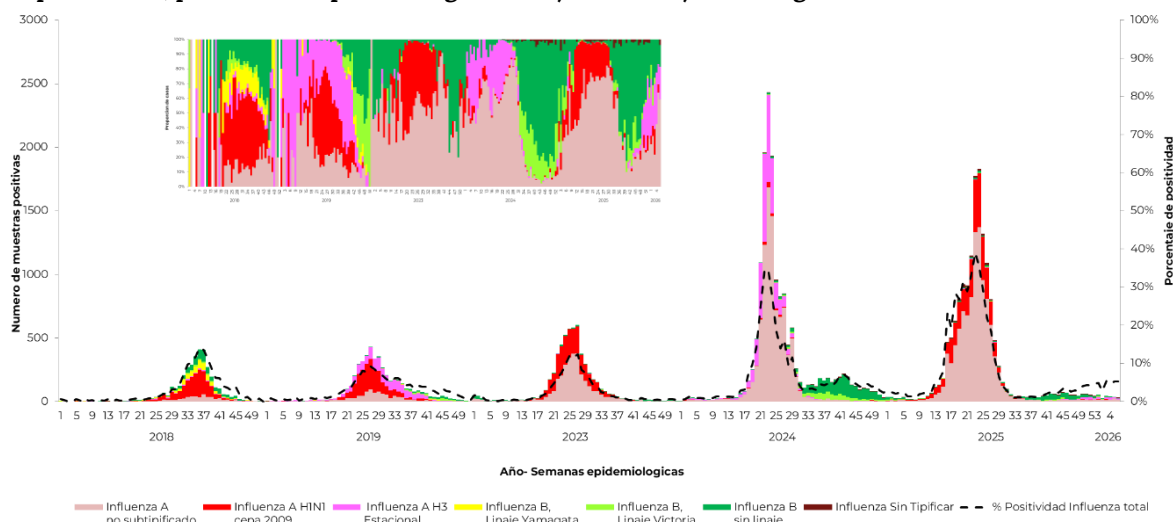


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

En las primeras 6 SE de 2026, las detecciones de influenza se mantienen en valores estables, con un ligero aumento del porcentaje de positividad. Entre la SE 5-6 se notificaron 63 detecciones de influenza.

Durante 2025, se registraron casos en forma continua a lo largo de todas las semanas epidemiológicas. A partir de la SE11 se observó un incremento sostenido de las detecciones, con predominio de influenza A no subtipificada y del subtipo A(H1N1). El número máximo de notificaciones semanales se alcanzó entre las SE22 y SE26, seguido de una tendencia descendente. En las últimas semanas del año se verificó un ligero aumento de las detecciones, con predominio de influenza B desde la SE36, junto con detecciones de influenza A y A(H3N2).

Gráfico 8. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y porcentaje de positividad, por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE6/2026. Argentina.

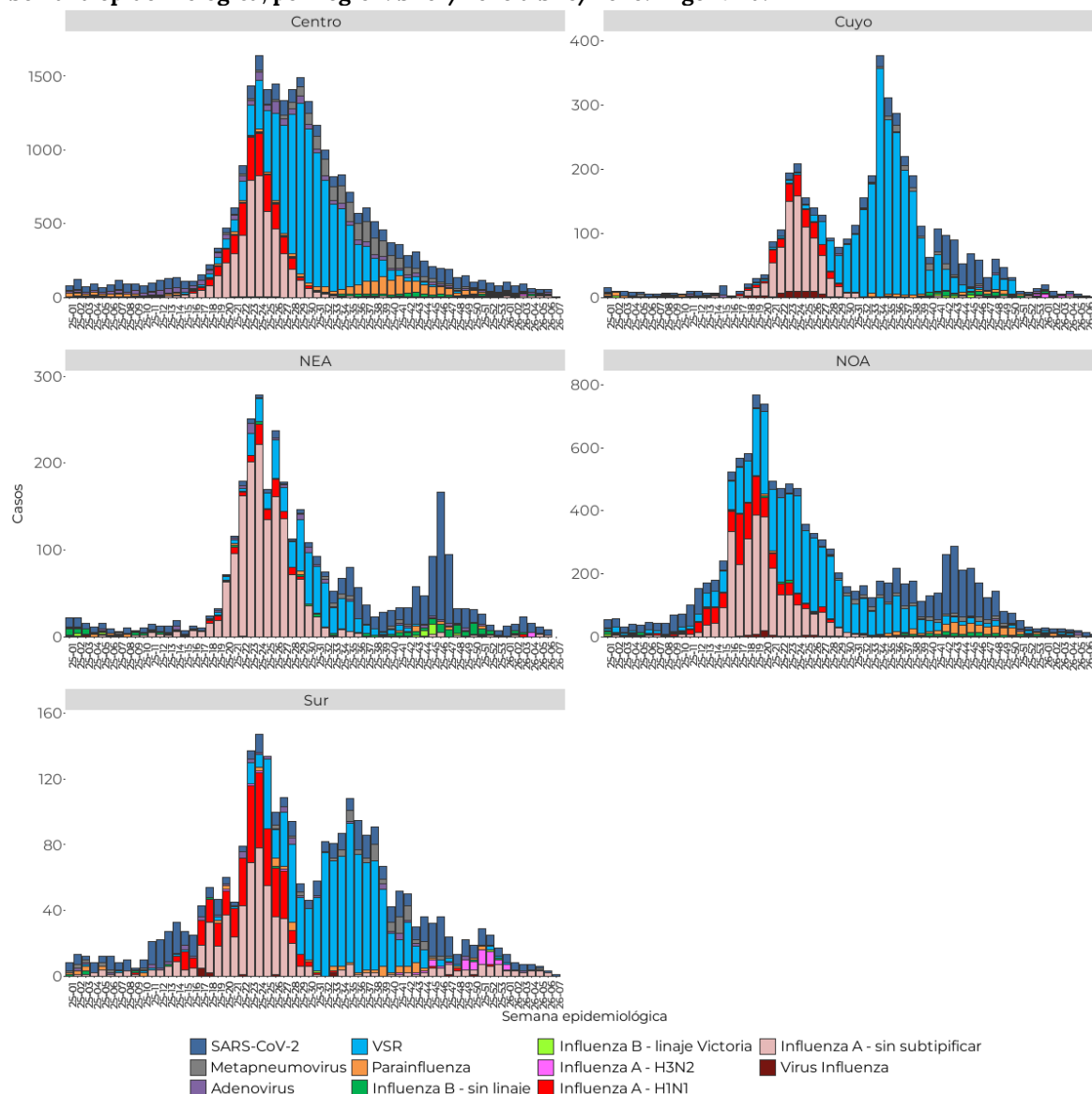


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

Se destaca que durante 2025 la circulación viral de influenza presentó un inicio adelantado con relación a lo observado en años históricos en el país. Como se mencionó previamente, los casos comenzaron su ascenso desde SE11 y, además, la positividad, se presentó en niveles elevados desde SE13. Las temporadas de mayor circulación de virus influenza en el periodo 2016-2024 tuvieron un inicio posterior a lo observado en la temporada actual, excepto por el año 2022 en el que el comportamiento fue inusual tanto en el número de casos como en la estacionalidad.

En el análisis regional, se observa que los casos de influenza en la temporada 2025 comenzaron con un ascenso en el Noroeste (NOA) y en la región Sur. En las semanas posteriores, se evidenció una tendencia ascendente en las detecciones en el resto de las regiones del país. Actualmente, los casos se mantienen en valores bajos en todas las regiones.

Gráfico 9. Distribución de influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica, por región. SE01/2025 a SE6/2026. Argentina.



Fuente: elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

En cuanto a **SARS-CoV-2**, en las primeras 6 SE de 2026, las detecciones se mantienen en valores bajos.

Durante 2025, los casos también se mantuvieron en valores bajos a lo largo del año, si bien se registró un ligero aumento a partir de la SE34, que se acentuó entre las SE42 y SE47.

En 2024, si bien el número de casos por semana epidemiológica fue menor en comparación con años previos, se observó un ascenso durante las primeras semanas del año, concentrándose el 80% de los casos entre las SE1 y SE12, con un máximo entre las SE3 y SE6. Posteriormente, las detecciones disminuyeron y, a partir de la SE32, se registró un nuevo incremento, con un pico en la SE44, de menor magnitud que el observado al inicio del año.

En relación con el **VSR**, durante las primeras 6 SE de 2026, las detecciones se mantienen en niveles bajos. Entre las SE5 y SE6 de 2026 se notificó 1 caso.

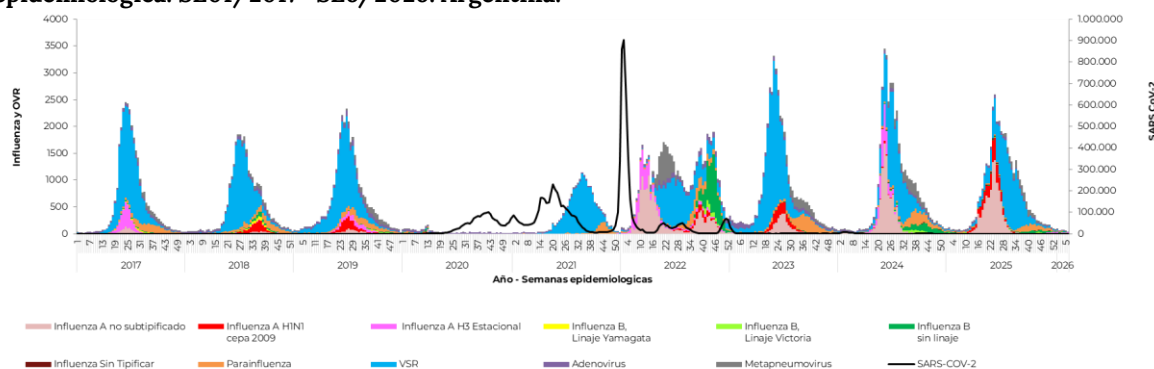
Durante 2025, se registró un ascenso de las detecciones a partir de la SE12, con inicio de la actividad estacional desde la SE20. El pico se observó entre las SE29 y SE30, seguido de una tendencia descendente.

En 2024, se había verificado un incremento de las notificaciones a partir de la SE16, con un máximo en la SE26 y descenso posterior.

Respecto a otros virus respiratorios, durante 2024, se observó un aumento en las detecciones de metapneumovirus a partir de la SE23, alcanzando su pico en la SE38. Asimismo, entre las SE30 y SE38, se registró un incremento en los casos de parainfluenza, seguido de un descenso posterior. 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 muestran un aumento progresivo desde la SE 35, que se extendió hasta la SE 41, seguido de un descenso sostenido en las semanas posteriores.

Durante la SE 6/2026 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: SARS-CoV-2, influenza, adenovirus y parainfluenza.

Gráfico 10. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE6/2026. Argentina.



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

La curva histórica de casos positivos de virus respiratorios por semana muestra un marcado descenso para el año 2020 en coincidencia con el desarrollo de la pandemia por COVID-19. A partir del 2021 y en 2022, se verifica nuevamente la circulación de otros virus respiratorios. Durante el año 2022 se ha registrado un comportamiento inusual tanto en la estacionalidad y número de casos registrados de Influenza con un ascenso entre las SE3-14 y SE34-45 -este último a expensas fundamentalmente de Influenza A (H1N1) e Influenza B; así como también por la frecuencia y distribución de OVR, fundamentalmente de metapneumovirus para el cual se registró una elevada frecuencia absoluta y relativa entre las semanas 16 y hasta la 26. Además, durante el año 2023, VSR presentó actividad estacional adelantada en comparación con la

mayoría de los años pre-pandémicos y años 2021-2022, con un rápido ascenso de notificaciones entre SE 13 y 22.

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

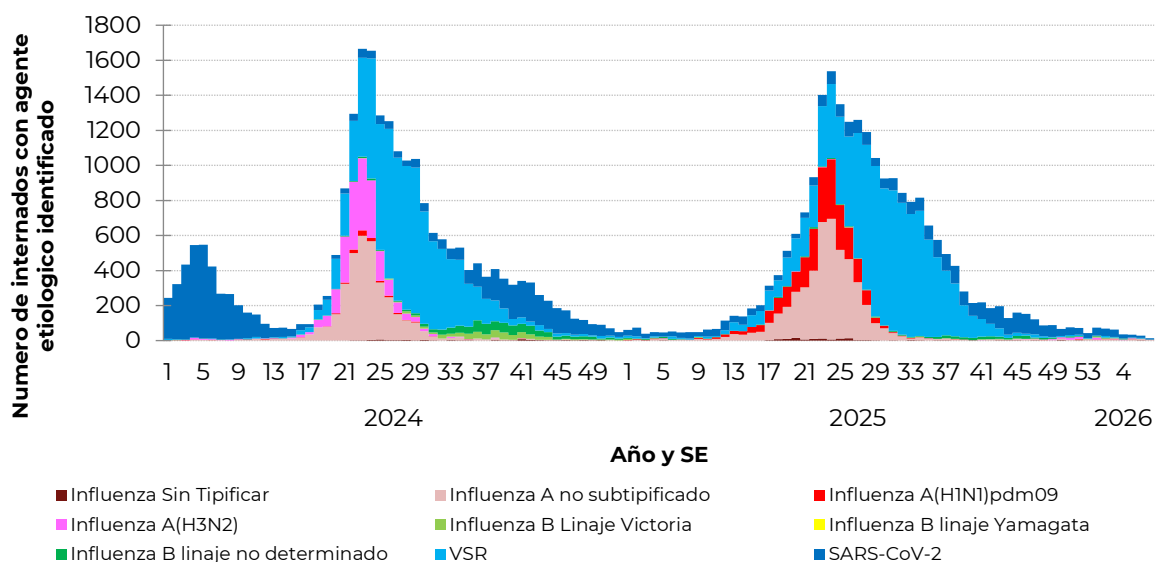
En las primeras 7 SE de 2026 se notificaron 188 casos de SARS-CoV-2 en personas internadas, cifra que resulta un 12,6% inferior a la registrada en igual período de 2025. Los casos de SARS-CoV-2 en hospitalizados presentaron un ascenso entre las SE 34 a 42 de 2024, seguido de una disminución posterior y de valores bajos con algunas oscilaciones en 2025. En las SE 6 y 7 de 2026 se registraron 21 casos hospitalizados con este diagnóstico.

Adicionalmente, en cuanto a los casos de **influenza**, en las 7 SE de 2026 se registraron un total de 108 detecciones en hospitalizados. A partir de la SE12/2025, se verificó un ascenso sostenido en el número de casos, que alcanzaron el máximo en SE24/2025, con tendencia descendente en las detecciones entre hospitalizados en las siguientes semanas. En las SE 6 y 7 de 2026, se detectaron 16 casos positivos para influenza en internados.

Entre los 108 casos de influenza notificados durante 2026, se registran predominantemente detecciones de influenza A (n= 75), con menor detección de influenza B (n= 32). De los casos de influenza A, 33 cuentan con subtipificación, correspondiendo 6 a influenza A (H1N1) pdm09 y 27 a influenza A (H3N2). En relación con influenza B, 10 casos corresponden al linaje Victoria y el resto no cuentan con identificación de linaje.

Respecto a **VSR**, en lo que va de 2026, se notificaron 19 casos hospitalizados positivos para VSR. Durante 2024, a partir de la SE16 se registró un ascenso de las detecciones semanales de VSR, que alcanzaron su máximo en SE26, con un menor número de notificaciones en las siguientes semanas. En 2025 los casos de VSR comenzaron su tendencia asendente en la SE 12.

Gráfico 11. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2024 a SE7/2026. Argentina.

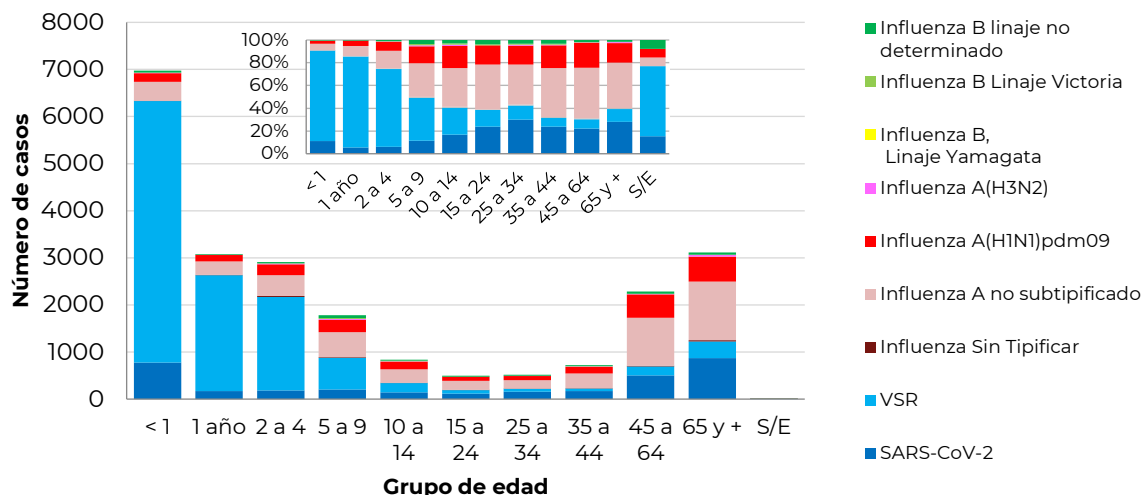


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS²⁰.

Con respecto a la distribución por grupos de edad de las detecciones acumuladas en personas hospitalizadas, desde SE1/2025 hasta SE07/2026, el mayor número de casos positivos para VSR se registró en menores de 5 años, particularmente en los niños menores de 1 año. Respecto a las detecciones positivas para influenza, las mismas predominaron en adultos mayores y

personas de 45 a 64 años, seguido por el grupo de 5 a 9 años. Además, se registran detecciones de SARS-CoV-2 en todos los grupos de edad, principalmente en adultos mayores, y menores de 1 año.

Gráfico 12. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta y relativa de agentes identificados por grupos de edad acumulados. SE 1/2025 a SE7/2026.



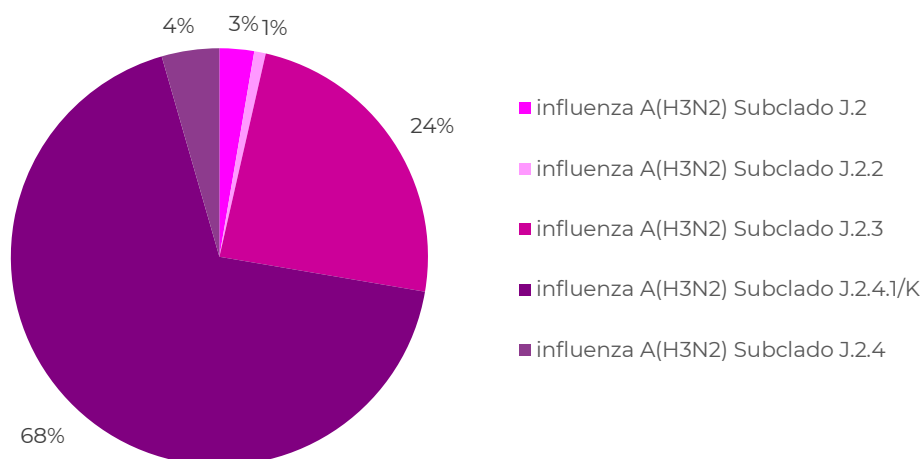
Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

En 2025, se registraron 220 fallecidos con diagnóstico de influenza. En 2026 se registró un fallecimiento con este diagnóstico⁶. Respecto a SARS-CoV-2, no se registran fallecimientos con este diagnóstico en la última SE.

IV.5. Caracterización genómica de Influenza A (H3N2)

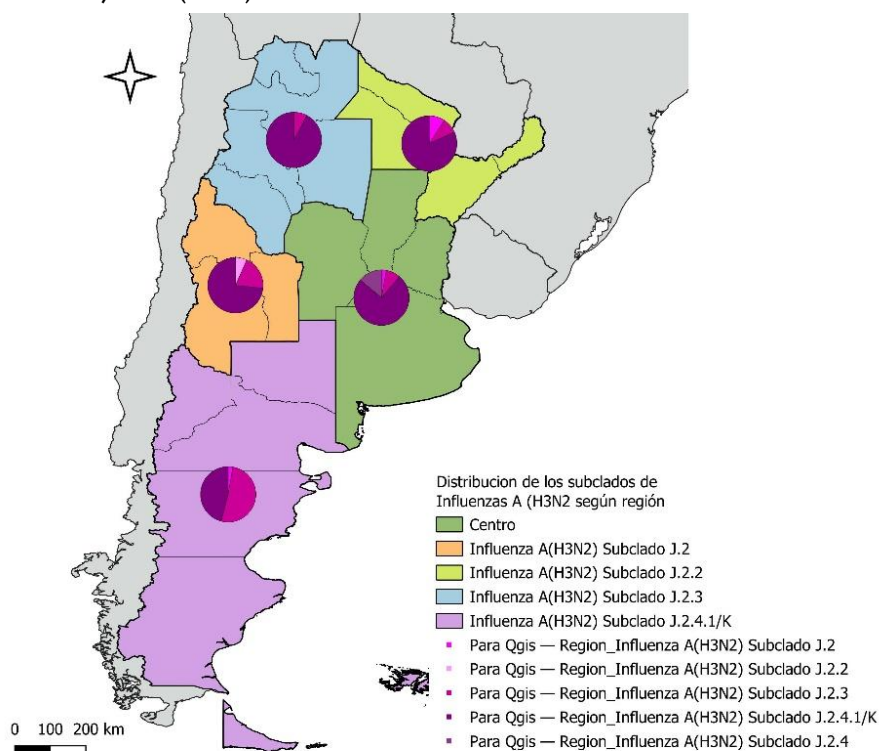
Entre las SE 1/2025 y la SE 8/2026, el Laboratorio Nacional de Referencia recibió muestras positivas para Influenza A(H3N2) provenientes de 22 jurisdicciones. De ellas pudo realizarse la secuenciación genómica de 112 casos, de los cuales 76 correspondieron al subclado J.2.4.1 (K), 27 al subclado J.2.3, 3 al subclado J.2, 1 al subclado J.2.2 y 5 al subclado J.2.4.

⁶ Para la distribución temporal de los casos fallecidos con diagnóstico de influenza, se considera la fecha mínima entre fecha de inicio de síntomas, fecha de consulta, fecha de toma de muestra y fecha de apertura.

Gráfico 13. Distribución de subclados de Influenza A(H3N2). Argentina. SE 1/2025 a SE 6/2026 (n = 112)

Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

En todas las regiones se detectaron hasta el momento dos o más subclados de Influenza A(H3N2), sin embargo, en todas las regiones el subclado J.2.4.1 (K) resulta ser predominante con excepción de la región Sur en la el mayor número de casos secuenciados a la fecha correspondió al subclado J.2.3 (19 casos), seguido del subclado J.2.4.1 (K).

Mapa 1. Distribución de subclados de Influenza A(H3N2) según Región de residencia. Argentina. SE 1/2025 a SE 8/2026 (n=112)

Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

En cuanto a la distribución por provincia, en 20 jurisdicciones se registraron casos de Influenza A(H3N2). Los subclados se han distribuido de forma heterogénea tanto en relación a la cantidad

de casos como a la cantidad de clados identificados en cada provincia. En este último aspecto, el subclado J.2 se detectó en 3 jurisdicciones; J.2.2 en una; el subclado J.2.3 en 10; el subclado J.2.4.1 (K) en 19; y el subclado J.2.4 en una.

Tabla 1. Casos de Influenza A(H3N2) secuenciados por el LNR por subclado según jurisdicción de residencia. Argentina. SE 1/2025 a SE 6/2026

Jurisdicción	Subclado J.2	Subclado J.2.2	Subclado J.2.3	Subclado J.2.4.1/K	Subclado J.2.4	Total
Región Centro	1	0	3	27	5	36
Buenos Aires	0	0	1	9	5	15
CABA	1	0	1	11	0	13
Córdoba	0	0	1	2	0	3
Entre Ríos	0	0	0	2	0	2
Santa Fe	0	0	0	3	0	3
Región Cuyo	0	1	3	11	0	15
Mendoza	0	1	3	9	0	13
San Juan	0	0	0	2	0	2
San Luis*	0	0	0	0	0	0
Región NEA	1	0	1	9	0	11
Chaco	1	0	1	1	0	3
Corrientes	0	0	0	3	0	3
Formosa	0	0	0	5	0	5
Misiones						
Región NOA	0	0	1	12	0	13
Catamarca	0	0	0	5	0	5
Jujuy	0	0	1	0	0	1
La Rioja	0	0	0	4	0	4
Salta**	0	0	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	0	0	0	0	0
Tucumán	0	0	0	3	0	3
Región Sur	1	0	19	17	0	37
Chubut	0	0	2	1	0	3
La Pampa	0	0	0	1	0	1
Neuquén	0	0	0	3	0	3
Río Negro	0	0	2	1	0	3
Santa Cruz	1	0	8	8	0	17
Tierra del Fuego	0	0	7	3	0	10
Total general	3	1	27	76	5	112

Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS²⁰.

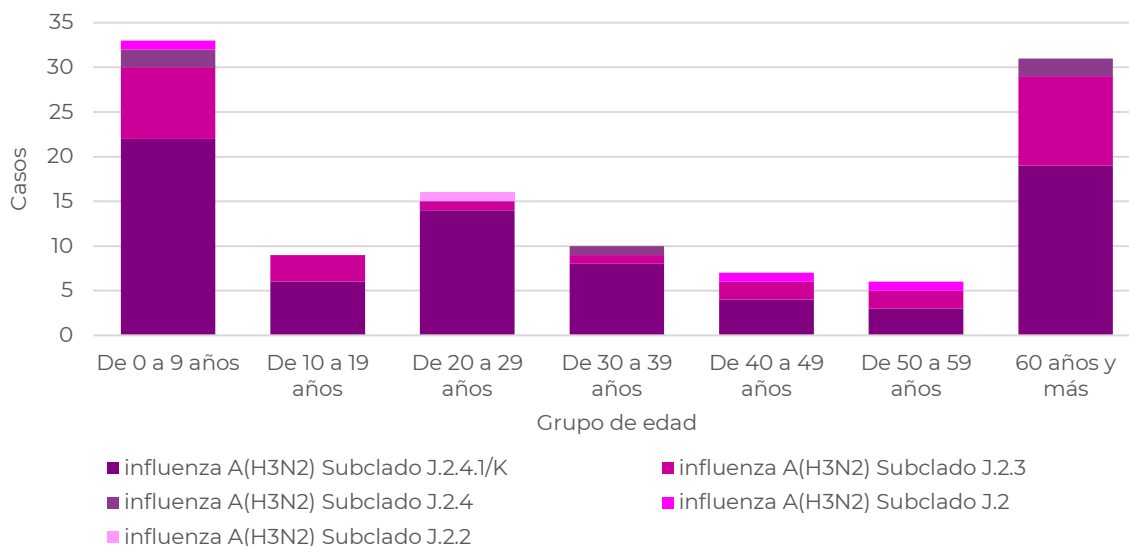
* La provincia de San Luis derivó un caso de Influenza A(H3N2) cuya jurisdicción de residencia es CABA.

**La provincia de Salta derivó un caso de Influenza A(H3N2) que no pudo ser secuenciado por baja carga viral.

En los casos acumulados prevalece el subclado K en todas las regiones, a excepción del Sur en donde, por una pequeña diferencia en el número de casos, predomina el subclado J.2.3 (Mapa 1).

Se han detectado los distintos subclados en los diferentes grupos de edad y el subclado K ha sido el predominante en todos ellos. Los grupos de edad con mayor número de casos secuenciados han sido los menores de 10 años y los mayores de 60.

Gráfico 14. Casos de Influenza A(H3N2) secuenciados por subclado según grupo de edad. Argentina. SE 1/2025 a SE 8/2026 (n = 112)



Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

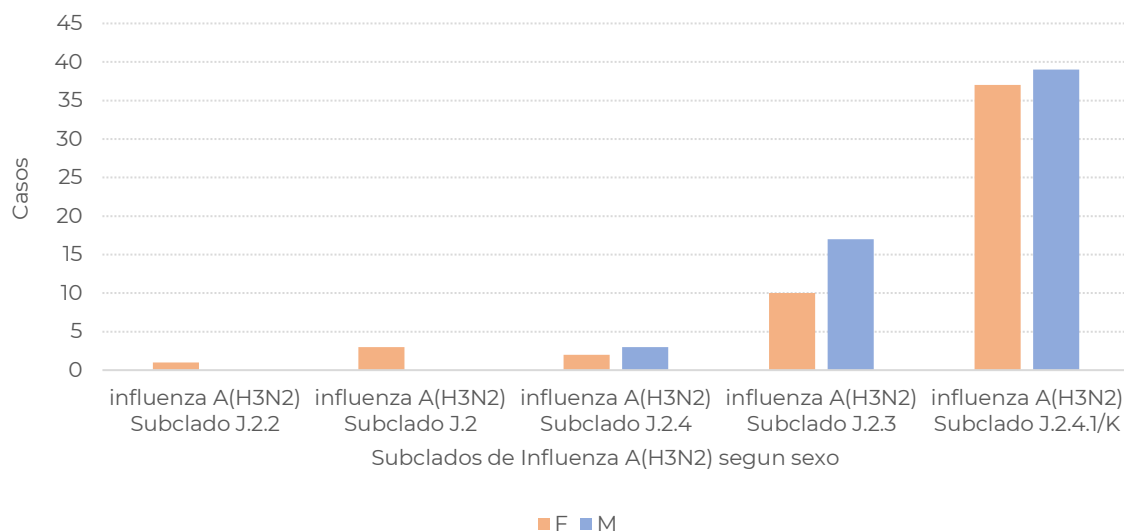
En cuanto a los antecedentes de vacunación, se destaca que el 73,2% de los casos analizados no estaban vacunados y se registraron casos en vacunados con diferentes subclados (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Casos de Influenza A(H3N2) por vacunación antigripal 2025 según subclado detectado. Argentina. SE 1/2025 a SE 8/2026.

Subclado Influenza A(H3N2)	Vacunación			Total general
	NO	SI	Porcentaje de Vacunados	
Subclado J.2	3		0,0	3
Subclado J.2.2		1	100,0	1
Subclado J.2.3	21	6	22,2	27
Subclado J.2.4	5		0,0	5
Subclado J.2.4.1/K	53	23	30,3	76
Total general	82	30	26,8	112

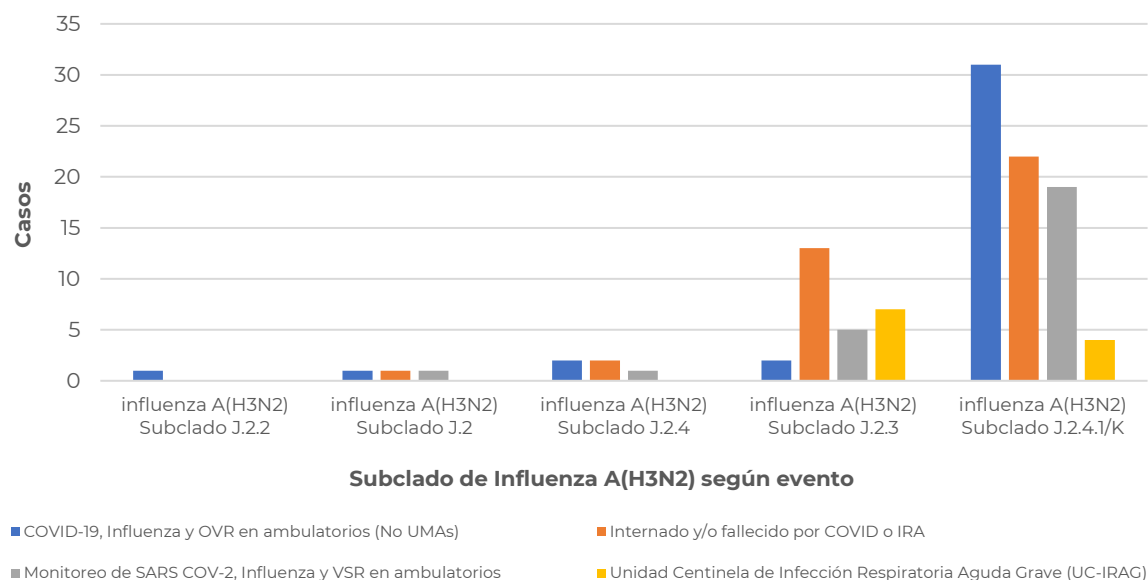
Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

Respecto a la división por sexo, el 53% de los casos con secuenciación de Influenza A(H3N2) son de sexo masculino.

Gráfico 15. Casos de Influenza A(H3N2) por subclado detectado según sexo. Argentina. SE 1/2025 a SE 8/2026 (n=112).

Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

Respecto a la distribución de los casos secuenciados entre los eventos/estrategias de vigilancia, 38 casos fueron notificados al evento universal “Internado y/o fallecido por COVID o IRA”, 11 por UC-IRAG (total internados 49); 26 en el evento universal de Ambulatorios (NO UMA) y 37 en Unidades de Monitoreo Ambulatorio (UMA). En cuanto a los casos detectados del subclado K se identificaron en los 4 eventos (26 en internados y 50 en ambulatorios).

Gráfico 16. Casos de influenza A(H3N2) por subclado detectado según evento. Argentina. SE 1/2025 a SE 8/2026 (n=112)

Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

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

IV.6.A. RECOMENDACIONES PARA EQUIPOS DE SALUD

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

IV.7. Vigilancia epidemiológica

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

En este marco, se recomienda:

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

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

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

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

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

Definiciones:

Enfermedad Tipo Influenza (ETI): Persona de cualquier edad con infección respiratoria aguda con fiebre mayor o igual a 38°C, tos e inicio de los síntomas dentro de los 10 días sin otra etiología definida.

Infección respiratoria aguda grave (IRAG): Persona de cualquier edad con infección respiratoria aguda con fiebre mayor o igual a 38°C, tos e inicio del cuadro en los 10 días precedentes y requerimiento de hospitalización por criterio clínico sin otra etiología definida.

Eventos respiratorios inusuales definidos por los siguientes criterios:

- Cambios abruptos, imprevistos en la tendencia de infección respiratoria aguda observada en la vigilancia de rutina de nivel local y no asociados a las variantes virales que circulan habitualmente.
- En contexto de un patrón inesperado de infección respiratoria aguda (aumento en la mortalidad, cambios en el grupo de edad asociado a un caso severo de Influenza, o un cambio en el patrón clínico asociado a Influenza u otro virus respiratorio).
- Infección respiratoria en personas en contacto con aves, porcinos u otros animales enfermos o muertos asociados a una epizootia sospechada o confirmada de virus respiratorios.
- Casos de infección por un subtipo de virus Influenza o variante de otros virus respiratorios que no estén circulando en humanos.
- Cambios persistentes en la respuesta al tratamiento o en el desenlace en casos severos de infección respiratoria.
- Infección respiratoria aguda grave en trabajadores de la salud que atienden a pacientes con infecciones respiratorias y pruebas de laboratorio que no permiten identificar el agente etiológico.
- En clústeres de IRAG o neumonía: dos o más casos en miembros de la misma familia, del ámbito laboral o ámbitos sociales, y pruebas de laboratorio que no permiten identificar el agente etiológico.
- Viajeros provenientes de áreas en las cuales se registraron casos de nuevo virus Influenza u otro virus respiratorio.

Los lineamientos vigentes para la vigilancia epidemiológica, organización de servicios de salud, prevención y control de las infecciones respiratorias agudas virales están disponibles en: **Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control 2024.**

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_preencion_y_control_ira-2024.pdf.

IV.8. Recomendaciones para la población

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

- Mantener completos los esquemas de vacunación contra influenza, SARS-CoV-2, neumococo, *Haemophilus influenzae* tipo B, *Bordetella pertussis* y virus sincicial respiratorio, de acuerdo con las recomendaciones del Ministerio de Salud.
- Realizar lavado frecuente de manos con agua y jabón.
- Cubrirse la boca y la nariz con el pliegue del codo al toser o estornudar.
- Evitar compartir objetos personales, como vasos, cubiertos u otros utensilios.

- Limpiar y desinfectar regularmente las superficies en contacto con personas enfermas, utilizando agua y detergente, jabón o soluciones con alcohol al 70%.
- Ventilar adecuadamente los ambientes, especialmente en espacios cerrados.
- Las personas con síntomas respiratorios deben evitar el contacto con otras personas y restringir las interacciones lo más posible hasta presentar mejoría clínica y haber transcurrido al menos 24 horas sin fiebre (sin uso de antitérmicos).

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

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

IV.9. Vacunación antigripal

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

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

Población objetivo para vacunación antigripal:

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

* Las condiciones clínicas que aumentan el riesgo de formas graves de influenza incluyen enfermedades respiratorias y cardíacas crónicas, inmunodeficiencias, enfermedades oncohematológicas, trasplantes, diabetes, obesidad mórbida, insuficiencia renal crónica, y otras condiciones específicas. Para mayor información Consultar en:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/guia_rapida_antigripal_2025_1732025.pdf.

IV.10. Tratamiento antiviral

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

Diversos estudios han evidenciado que en pacientes ambulatorios con alto riesgo de complicaciones, su uso se asocia a una reducción en la duración de los síntomas y en la incidencia de complicaciones.^{7,8} En pacientes hospitalizados con influenza grave, se ha documentado una disminución en la duración de la hospitalización y en el riesgo de mortalidad, especialmente cuando el tratamiento se inicia dentro de las primeras 48 horas del inicio de los síntomas, aunque también se observan beneficios cuando se inicia más tardíamente en casos graves o progresivos.^{9,10} En Argentina, durante el año 2024, el Laboratorio Nacional de Referencia no ha detectado un aumento de cepas resistentes a este antiviral entre los virus en circulación.

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

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

Indicaciones de tratamiento antiviral

Manejo de Influenza estacional

-Casos de Infección respiratoria aguda grave.

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.

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_preencion_y_control_ira-2024.pdf.

V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)¹¹ y el ARBO-portal¹² de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 20/02/2026 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la SE 6/2026 se reportaron 157.268 casos de dengue, de los cuales 26.350 fueron confirmados por laboratorio. Estos últimos, representaron un 90% menos que en la misma semana de 2025, con 10 fallecimientos registrados. En cuanto a chikungunya, se reportaron un total de 10.411 casos, sin fallecimientos registrados. De ellos, 2.866 fueron confirmados, lo que implica una disminución del 89% respecto de los confirmados en la misma semana de 2025. Respecto al zika, hasta la SE 5/2026 se registraron 468 casos, con 21 casos confirmados, una disminución del 93% con respecto a los casos confirmados de la misma semana del año anterior. En relación con Oropouche, hasta la SE 52/2025 se confirmaron 11.988 casos, un 13% menos que en 2024, con cinco defunciones por este evento.

Bolivia: hasta la SE 3/2026, se han reportado un total de 4.067 casos de dengue, de los cuales 35 fueron confirmados por laboratorio. Estos últimos presentan una disminución del 85% respecto a la misma semana del año anterior. No se registraron fallecimientos para este evento. En cuanto a chikungunya, se reportaron un total de 984 casos, todos ellos confirmados por laboratorio, lo que representa una cifra 18 veces superior a lo registrado a la misma semana de 2025. No se registran fallecimientos para este evento. Asimismo, se notificaron 58 casos de zika; no obstante, no se confirmaron casos por laboratorio para este evento.

Paraguay: hasta la SE 6/2026 se registraron un total de 3.323 casos de dengue, sin fallecimientos asociados. De ellos, 44 casos fueron confirmados por laboratorio, lo que implica un 86% menos que en la misma semana de 2025. Respecto de chikungunya, se notificaron dos casos confirmados por laboratorio; mientras que en la misma semana de 2025 no se habían registrado casos confirmados. En cuanto al zika, no se notificaron casos para el año en curso.

Perú: hasta la SE 5/2026 se reportaron un total de 4.344 casos de dengue, con tres fallecimientos registrados. De ellos, 1.684 fueron confirmados por laboratorio, representando una disminución del 72% en los casos confirmados respecto a la misma SE del año anterior. Con relación a chikungunya, hasta la SE 52/2025 se notificaron 24 casos, sin casos confirmados por laboratorio. Respecto al zika, hasta la SE 52/2025, se notificaron 2 casos, sin registrarse casos confirmados por laboratorio. En relación con Oropouche, hasta la SE 38/2025 se confirmaron 330 casos, un 69% menos que a la misma semana de 2024.

Entre finales del 2025 e inicios del 2026, se ha observado un aumento sostenido de casos de chikungunya en países y territorios de la Región de las Américas, así como la reanudación de la transmisión autóctona en áreas que no registraban la circulación del virus desde hace varios años. En este contexto, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) emitió una alerta epidemiológica sobre Chikungunya. Se documentó una

¹¹ Organización Panamericana de la Salud. Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA). Disponible en: [PAHO/WHO Data - Topics](#)

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

circulación importante en las regiones centro-oeste y sudeste de Brasil y sur de Bolivia¹³. En cuanto a Oropouche, en 2025 se notificaron casos autóctonos en países de la Región como Brasil y Perú.

Para el año en curso, hasta la fecha, se mantiene una tendencia descendente de los casos de dengue, con circulación de los serotipos DEN-1 en Bolivia, DEN-1 y DEN-2 en Paraguay y de los cuatro serotipos en Brasil (DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4). Respecto a Zika, solo se registran casos confirmados en Brasil con una tendencia descendente respecto al año anterior.

V.1. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026

V.1.A. NOTA METODOLÓGICA

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

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

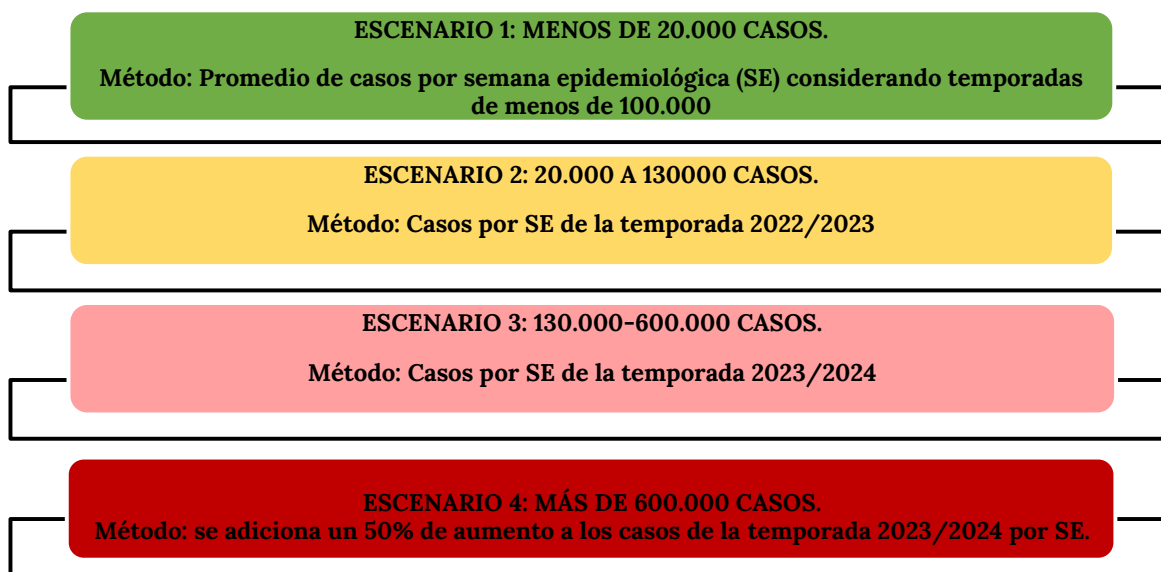
El abordaje metodológico se fundamenta en la extrapolación de series históricas recientes y en la estratificación de escenarios según la magnitud de la incidencia, con el objetivo de anticipar la carga de enfermedad y orientar oportunamente las acciones de preparación y respuesta en los ámbitos de la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

En el último gráfico (detalle en zoom) se presentan los casos de la temporada 2025-2026 y su representación en el modelo de escenarios estimados. Entre las SE31/2025 y SE7/2026 se notificaron 20 casos confirmados de dengue, de los cuales 14 fueron importados. Estos registros iniciales permiten dimensionar el inicio de la temporada y anticipar su evolución en

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

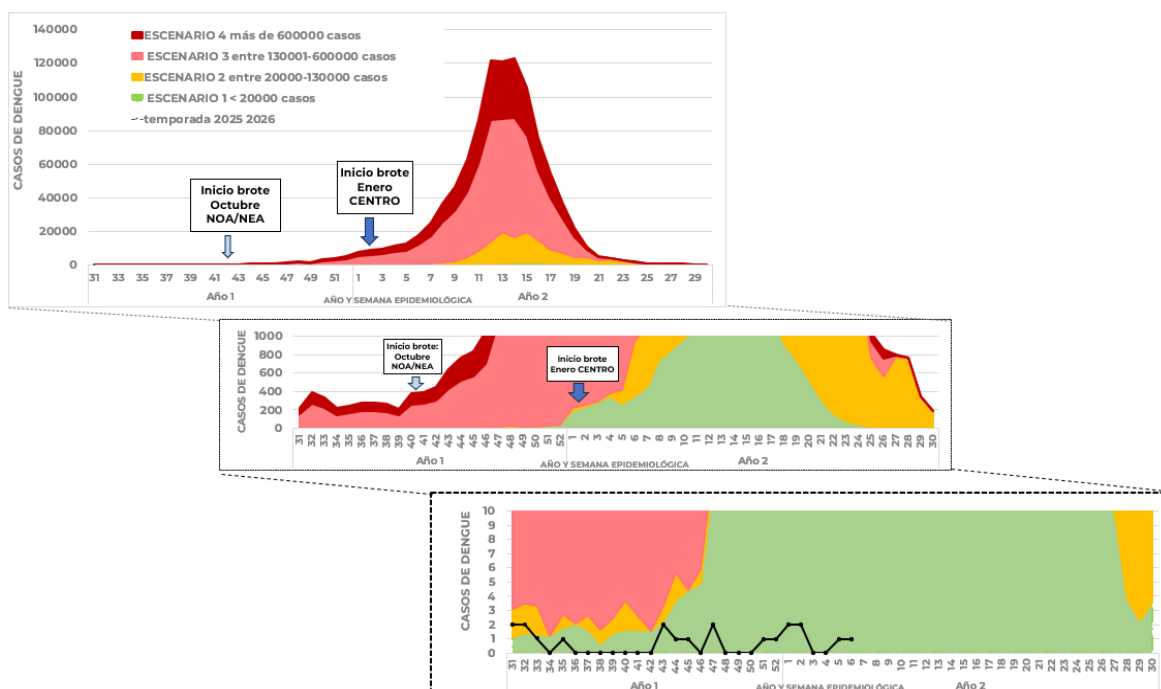
comparación con temporadas previas. Por el momento, la situación se mantiene en un **escenario de bajo riesgo** (Gráfico 2)

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



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

Gráfico 2. Casos de dengue de la temporada 2025-2026 representados en el modelo de estimación de escenarios epidemiológicos (n=20). Argentina.



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

V.2. Situación de dengue en Argentina

V.2.A. INICIO DE TEMPORADA 2025/2026

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 para el período comprendido entre los años 2022 y 2025, evidencia que, para la SE7/2026, se observa un descenso sostenido en el número de casos en comparación con los máximos alcanzados durante las epidemias de 2023 y 2024.

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.

De acuerdo con la fecha mínima¹⁴, desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) **12059** casos sospechosos de dengue, de los cuales **20** fueron confirmados por laboratorio detectándose la circulación de DENV 1, 2 y 3. El 70% corresponden a casos con antecedente de viaje (Tabla 1):

- **Dos** casos autóctonos en **Formosa**: un caso con residencia en el departamento Pilagás (SE31) y un caso en el departamento Patiño (SE32).
- **Ocho** casos de la **Provincia de Buenos Aires**: Cuatro sin antecedente de viaje -Tres de Febrero (SE31), San Isidro (SE43), Cañuelas (SE 51) y Morón (SE5-en investigación); cuatro con antecedente de viaje a Paraguay (SE35), México (SE44), Indonesia (SE47) y Brasil (SE2).

¹⁴Fecha mínima: fecha más cercana al comienzo de la enfermedad disponible (orden de jerarquía: 1. fecha de inicio de síntomas, 2. fecha de consulta, 3. fecha de toma de muestra, y 4. fecha de notificación).

- **Cinco** casos notificados en **CABA** con antecedente de viaje a Brasil (SE32), Sri Lanka (SE35), Pakistán (SE45), México (SE47) y Venezuela (SE1). En los casos provenientes de México y Sri Lanka, se identificaron el serotipo **DENV-3**.
- **Tres** casos notificados por **Entre Ríos** con antecedente de viaje a Cuba (SE43), Brasil (SE53; **DENV-3**) y República Dominicana (SE6).
- **Un** caso notificado por **Mendoza** con antecedente de viaje a México (SE1), detectándose **DENV-3**.
- **Un** caso notificado por **Córdoba** con antecedente de viaje a México (SE2). Se identificó el serotipo **DENV-2**.

Según la fecha de apertura del evento (fecha de notificación al SNVS 2.0), en la SE 7/2026 se notificaron **615** casos sospechosos y **2** casos confirmados de dengue. Es importante destacar que estos eventos pueden corresponder a semanas epidemiológicas previas en relación con la fecha de inicio de síntomas, de consulta o de toma de muestra.

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE7/2026. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Serotipos detectados	Con laboratorio negativo	Sospechosos (sin laboratorio)	Total notificados	Total casos de dengue
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.					
Buenos Aires	4	36	4	4	DENV-1 DENV-2	911	263	1222	8
CABA	0	8	5	1	DENV-1 DENV-3	251	115	380	5
Córdoba	0	28	1	1	DENV-2	1651	96	1777	1
Entre Ríos	0	2	3	1	DENV-3	238	8	252	3
Santa Fe	0	22	0	2		886	64	974	0
Total Centro	4	96	13	9		3937	546	4605	17
Mendoza	0	1	1	1	DENV-3	101	3	107	1
San Juan	0	1	0	0		32	0	33	0
San Luis	0	0	0	0		50	10	60	0
Total Cuyo	0	2	1	1		183	13	200	1
Chaco	0	8	0	0		709	11	728	0
Corrientes	0	2	0	0		97	21	120	0
Formosa	2	1	0	0	DENV-2	3498	2	3503	2
Misiones	0	2	0	0		411	4	417	0
Total NEA	2	13	0	0		4715	38	4768	2
Catamarca	0	1	0	0		194	2	197	0
Jujuy	0	0	0	0		265	8	273	0
La Rioja	0	3	0	0		156	4	163	0
Salta	0	5	0	0		496	52	553	0
Santiago del Estero	0	0	0	0		77	47	124	0
Tucumán	0	47	0	1		941	50	1039	0
Total NOA	0	56	0	1		2129	163	2349	0
Chubut	0	0	0	0		12	2	14	0
La Pampa	0	0	0	0		64	9	73	0
Neuquén	0	0	0	0		21	1	22	0
Río Negro	0	0	0	0		2	0	2	0
Santa Cruz	0	0	0	0		19	2	21	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0		5	0	5	0
Total Sur	0	0	0	0		123	14	137	0
Total País	6	167	14	11		11087	774	12059	20

Sin antecedente de viaje: autóctonos y en investigación

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

V.2.B. CONSIDERACIONES PARA LA VIGILANCIA POR LABORATORIO

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

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

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

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

Se debe sostener la derivación de un porcentaje de muestras positivas y negativas en todas las fases del plan al Centro Nacional de referencia para corroboración, complementación de metodologías, y caracterización virológica y genómica de los agentes virales.

Particularmente en el período de alerta temprano y luego de un período Inter epidémico resulta de relevancia determinar si los arbovirus que se están detectando corresponden a nuevas introducciones en el territorio o corresponde a circulación sostenida de los agentes virales previamente caracterizados.

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

V.3. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina

Durante la temporada en curso se notificaron 1.923 casos sospechosos de Fiebre Chikungunya. Asimismo, se registraron 21 casos de Fiebre Chikungunya (confirmados+probables), de los cuales aquellos notificados en las jurisdicciones de Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Córdoba, Chaco y Entre Ríos presentaron antecedente de viaje a Bolivia, Brasil, Paraguay y Cuba. En la provincia de Salta se identificaron casos sin antecedente de viaje, en el contexto de la ocurrencia de casos importados con antecedente de viaje a Bolivia, lo que evidencia transmisión local.

Tabla 2. Chikungunya: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE7/2026. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Total Sospechosos de F. Chikungunya	Total casos de F. Chikungunya
	Conf. por labo.	Prob.	Conf. por labo.	Prob.		
Buenos Aires	0	0	1	2	48	3
CABA	0	0	1	0	8	1
Córdoba	0	0	2	0	1181	2
Entre Ríos	0	0	0	0	33	0
Santa Fe	0	0	0	0	63	0
Total Centro	0	0	4	2	1333	6
Mendoza	0	0	0	0	18	0
San Juan	0	0	0	0	2	0
San Luis	0	0	0	0	9	0
Total Cuyo	0	0	0	0	29	0
Chaco	0	1	0	0	141	1
Corrientes	0	0	0	0	1	0
Formosa	0	0	0	0	0	0
Misiones	1	0	0	0	39	1
Total NEA	1	1	0	0	181	2
Catamarca	0	0	0	0	1	0
Jujuy	0	0	0	0	46	0
La Rioja	0	0	0	0	9	0
Salta	6	1	5	1	200	13
Sgo del Estero	0	0	0	0	10	0
Tucumán	0	0	0	0	110	0
Total NOA	6	1	5	1	376	13
Chubut	0	0	0	0	1	0
La Pampa	0	0	0	0	1	0
Neuquén	0	0	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	1	0
Santa Cruz	0	0	0	0	1	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0
Total Sur	0	0	0	0	4	0
Total País	7	3	9	3	1923	21

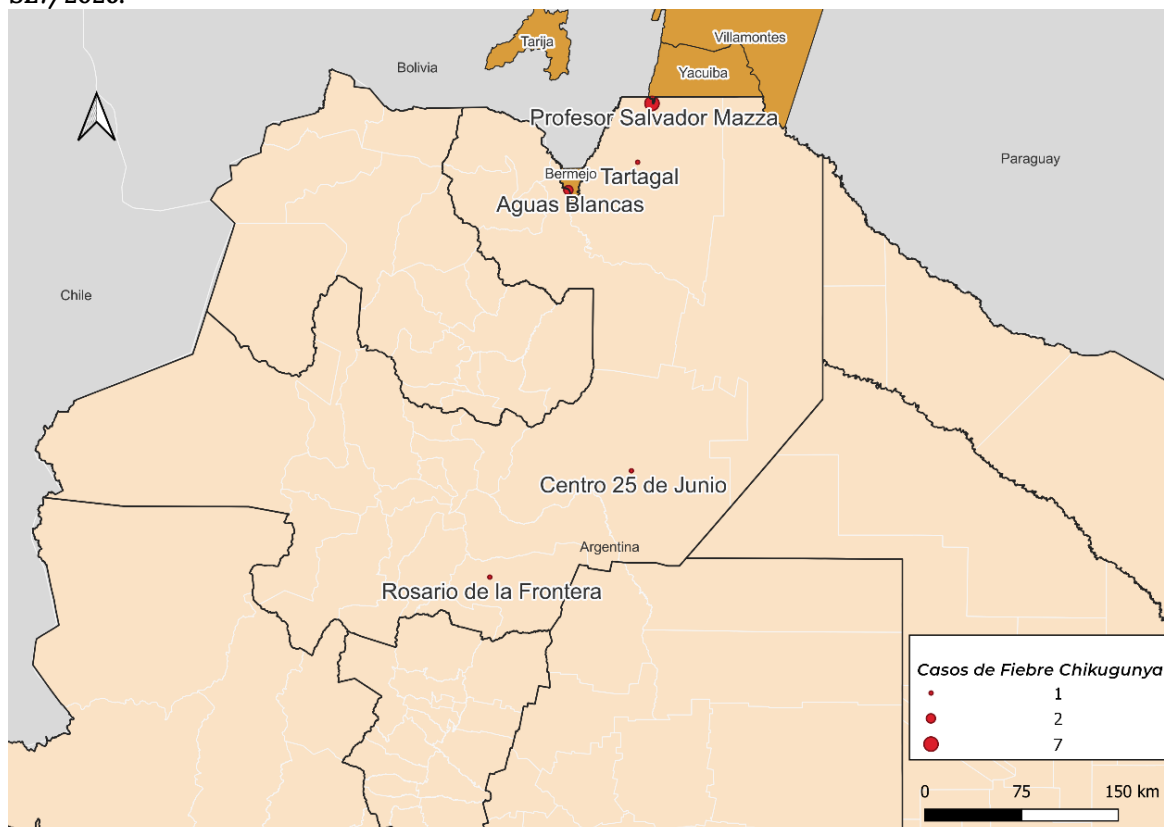
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

V.3.A. CASOS DE FIEBRE CHIKUNGUNYA EN SALTA

Hasta la fecha, se han notificado 13 casos de fiebre Chikungunya: 11 casos confirmados y 2 probables en los siguientes departamentos y localidades:

- 1 caso confirmado en Anta (Centro 25 de Julio)
- 1 caso confirmado en Rosario de la Frontera (Rosario de la Frontera)
- 1 caso probable en Rosario de Lerma (campo Quijano)
- 7 casos confirmados y 1 caso probable en Gral. José de San Martín (Prof. Salvador Mazza)
- 2 casos en Orán (Aguas Blancas)

Mapa 1. Fiebre Chikungunya: Casos confirmados y probables en Salta por localidad. Argentina. SE2 a SE7/2026.



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

V.4. Situación epidemiología de otros arbovirus en Argentina

En la siguiente tabla, se presenta la situación epidemiológica de, enfermedad por virus Zika, fiebre de Oropouche, encefalitis de San Luis y fiebre amarilla correspondientes a la nueva temporada 2025-2026 (SE31/2025 a SE7/2026).

Tabla 3. Número de muestras estudiadas y positivas sin antecedente de viaje para otros Arbovirus. SE31/2025 a SE7/2026. Argentina.

Evento	Enfermedad por virus Zika		Fiebre de Oropouche		Encefalitis de San Luis		Fiebre del Nilo Occidental		Fiebre amarilla	
	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est
Buenos Aires	0	29	0	50	4	30	0	23	0	10
CABA	0	2	0	5	0	1	0	0	0	0
Córdoba	0	33	0	55	2	207	0	3	0	1
Entre Ríos	0	1	0	8	0	10	0	2	0	0
Santa Fe	0	24	0	23	1	17	0	13	0	6
Total Centro	0	89	0	141	7	265	0	41	0	17
Mendoza	0	3	0	9	0	2	0	0	0	0
San Juan	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0
San Luis	0	5	0	4	0	6	0	5	0	0
Total Cuyo	0	8	0	13	1	12	0	5	0	0
Chaco	0	102	0	24	0	0	0	0	0	2
Corrientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	0	0	22	0	0	0	0	0	0
Misiones	0	32	0	3	0	0	0	3	0	6
Total NEA	0	134	0	49	0	0	0	3	0	8
Catamarca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	22	0	31	0	1	0	20	0	0
La Rioja	0	7	0	6	0	1	0	0	0	7
Salta	0	123	0	79	0	1	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	9	0	1	0	4	0	1	0	0
Tucumán	0	8	0	70	0	0	0	0	0	4
Total NOA	0	169	0	187	0	7	0	21	0	11
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Total Sur	0	0	0	1	0	3	0	1	0	0
Total País	0	400	0	391	8	287	0	71	0	36

Pos: positivas / Est: estudiadas

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

V.4.A. ENFERMEDAD POR VIRUS ZIKA

En Argentina, la transmisión autóctona del virus Zika fue notificada por primera vez en 2016, con el último brote registrado en 2018. Desde entonces, no se han confirmado nuevos casos en el país. Durante la temporada actual se investigaron **400** 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.

V.4.B. 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 **391** casos, sin registrarse resultados positivos.

V.4.C. ENCEFALITIS DE SAN LUIS

En la temporada actual se notificaron **287** casos sospechosos de encefalitis de San Luis. Tras la realización de una serie de determinaciones en el Laboratorio Nacional de Referencia INEVH “Dr. Julio I. Maiztegui”, se confirmó un caso en la provincia de Córdoba, correspondiente al departamento Ischilín, localidad de Deán Funes. Asimismo, siete casos fueron clasificados como probables en las jurisdicciones de Buenos Aires, Córdoba, San Juan y Santa Fe, los cuales continúan bajo investigación epidemiológica y virológica para la definición de su clasificación final. Se mantiene una vigilancia epidemiológica intensificada, especialmente ante cuadros compatibles con meningoencefalitis viral, con el objetivo de detectar oportunamente una eventual introducción del virus.

V.4.D. FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL

Durante la presente temporada se investigaron **71** casos sospechosos de fiebre del Nilo Occidental en el país, sin registrarse casos confirmados autóctonos hasta la fecha. En la SE 37/2025 se confirmó un caso correspondiente a una persona con residencia en Kansas, Estados Unidos, que inició síntomas compatibles durante su paso por Argentina y fue atendida en la provincia de Buenos Aires. El caso fue confirmado por el Laboratorio Nacional de Referencia INEVH “Dr. Julio I. Maiztegui” y no presentó antecedente epidemiológico compatible con adquisición local, refiriendo exposición previa en su país de residencia en zonas con presencia de mosquitos durante actividades al aire libre.

V.4.E. FIEBRE AMARILLA

Durante la temporada en curso se notificaron **36** casos sospechosos de fiebre amarilla, sin registrarse hasta el momento casos confirmados. Los últimos casos confirmados en el país ocurrieron en 2018, cuando se registraron siete casos asociados a antecedente de viaje a Brasil, todos en personas no vacunadas. Se sostiene la vigilancia epidemiológica activa y la estrategia de prevención mediante vacunación en las áreas con recomendación vigente.

VI. Hantavirosis

VI.1. Introducción

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

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

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

En respuesta a estos desafíos sanitarios, las normas de vigilancia fueron revisadas y actualizadas¹⁵ con el objetivo de optimizar los criterios diagnósticos, fortalecer las estrategias de detección temprana y respuesta ante brotes, y mejorar la calidad de la información notificada al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

Desde hace ya 4 ediciones del BEN, se comenzó a priorizar la presentación de este evento dado el carácter estacional que muestra. En efecto, la gran mayoría de los casos se presenta durante el verano y es por eso que se definió darle un mayor seguimiento a esta patología, con la finalidad de conocer de manera oportuna su incidencia, dar a conocer sus características y poder, así, sensibilizar a todos los actores vinculados con la atención, diagnóstico, tratamiento, notificación, prevención y control involucrados con la patología.

¹⁵ https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/circular_vigilancia-hantavirus-16052025.pdf

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

VI.2. Situación epidemiológica actual

VI.2.A. NOTA METODOLÓGICA

El análisis de la información se realiza por la caracterización epidemiológica del evento nominal “Hantavirus”. Se consideran como casos confirmados aquellos que cuentan con resultados de laboratorio detectable o reactivo, según la última definición de caso consensuada publicada en la Circular de Vigilancia de Mayo 2025¹⁶, o una clasificación manual correspondiente a confirmado. Los casos se presentan según la jurisdicción de residencia consignada en el SNVS 2.0, en ausencia de este dato, se utiliza la jurisdicción de carga. La fecha mínima se construye según orden de priorización con la fecha de inicio de síntomas (FIS), la fecha de consulta, toma de muestra, y, por último, fecha de apertura del caso, en caso de no contar con ninguna de las anteriores.

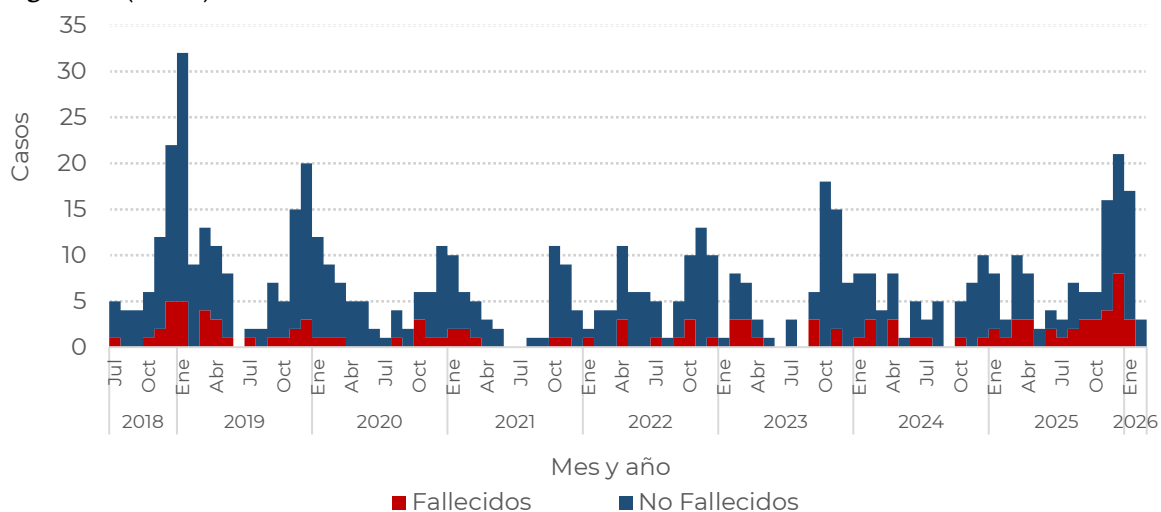
VI.2.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

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

Caracterización según temporalidad y regiones del país

A continuación, se presentan los casos confirmados según mes, año y condición de egreso desde la SE 27 del año 2018 hasta la actualidad. El período analizado incluye la temporada 2018-2019 (SE 27/2018 a SE 26/2019) que presentó el mayor número de casos confirmados (126), coincidente con el brote de transmisión interhumana ocurrido en Epuyén, Chubut.

¹⁶ https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/circular_vigilancia-hantavirus-16052025.pdf

Gráfico 1. Hantavirosis: Casos confirmados por mes, año y condición de egreso. SE 27/2018 a SE 07/2026, Argentina. (N=623)

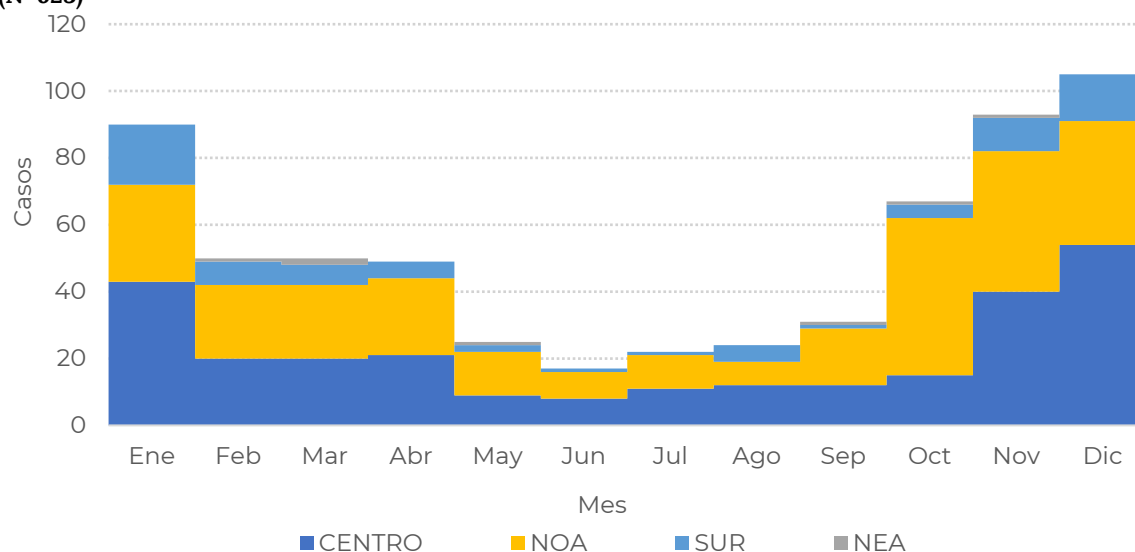
Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

En el presente análisis, en comparación con el BEN anterior, se notificó 1 caso de hantavirosis de la provincia de Salta, correspondiente a febrero de 2026. Con estas notificaciones, el total acumulado asciende a 623 casos para todo el período hasta la última semana analizada. En lo que va de 2026, se notificaron 20 casos nuevos, de los cuales 3 fallecieron.

Se puede observar, a excepción de la temporada en curso, que, para todas las temporadas del período analizado, durante los meses de octubre a noviembre se acumulan, en promedio, el 54% de los casos confirmados de cada temporada, con un mínimo de 46% (30) casos acumulados para la temporada 2024-2025 y un máximo de 59% (72) para la temporada 2018-2019. Por otra parte, para los meses de febrero a mayo, el promedio de casos confirmados respecto del total por temporada es de 32%. Respecto de la temporada actual, se observa una tendencia creciente de casos confirmados de julio a diciembre del 2025, con una presunta desaceleración de casos confirmados para el mes de enero, la cual deberá interpretarse teniendo en cuenta las posibles actualizaciones retrospectivas en la cantidad de casos confirmados conforme avance la temporada.

Al mismo tiempo, se puede observar que el pico de casos confirmados en diciembre de 2025 (25 casos totales, 8 fallecidos), es el más elevado de toda la serie, a excepción de lo sucedido en el brote ya citado de Epuyén en el cual, entre los meses de diciembre 2018 y enero 2019, se consignaron 22 y 35 casos respectivamente.

En el siguiente gráfico, se analizan los casos según mes con la finalidad de interpretar la estacionalidad del evento en forma clara.

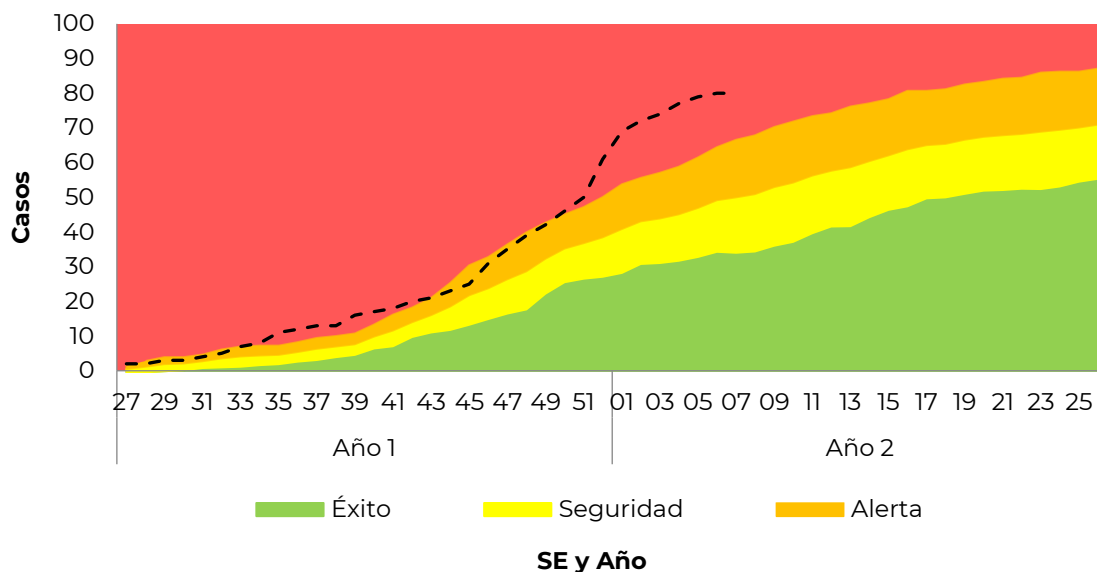
Gráfico 2. Hantavirosis: Casos acumulados según mes y región. SE 27/2018 a SE 07/2026, Argentina. (N=623)

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

En la curva histórica de casos mensuales, se observa que el 81% de los casos se concentran entre los meses de octubre a abril. Este patrón se verifica en las 3 regiones que concentran la mayor carga de la enfermedad (NOA, Sur y Centro) con la particularidad de que en el NOA el incremento estacional se inicia de manera más temprana, siendo sus meses con mayor cantidad de casos octubre y noviembre; mientras que, para el resto de las regiones, son diciembre y enero.

A continuación, se presentan los corredores endémicos para el total país y para las tres regiones con mayor relevancia para el evento analizado. Los casos “actuales”, correspondientes a la temporada en curso, se presentan de manera acumulada por semana epidemiológica en la línea punteada negra. El “año 1” abarca el período comprendido entre la SE 27 del 2025 y la SE 53 del mismo año y el “año 2” el período comprendido desde la SE 01 del 2026 a la SE 26 del 2026. Para la construcción de los canales o bandas correspondientes a las áreas de éxito, seguridad, alerta y brote, se tomaron los casos confirmados de los últimos 6 períodos: de la SE 27 del año 2019 a la SE 26 del año 2025.

Gráfico 3. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE 27/2025 a SE 07/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025)*. Argentina. (N=80)

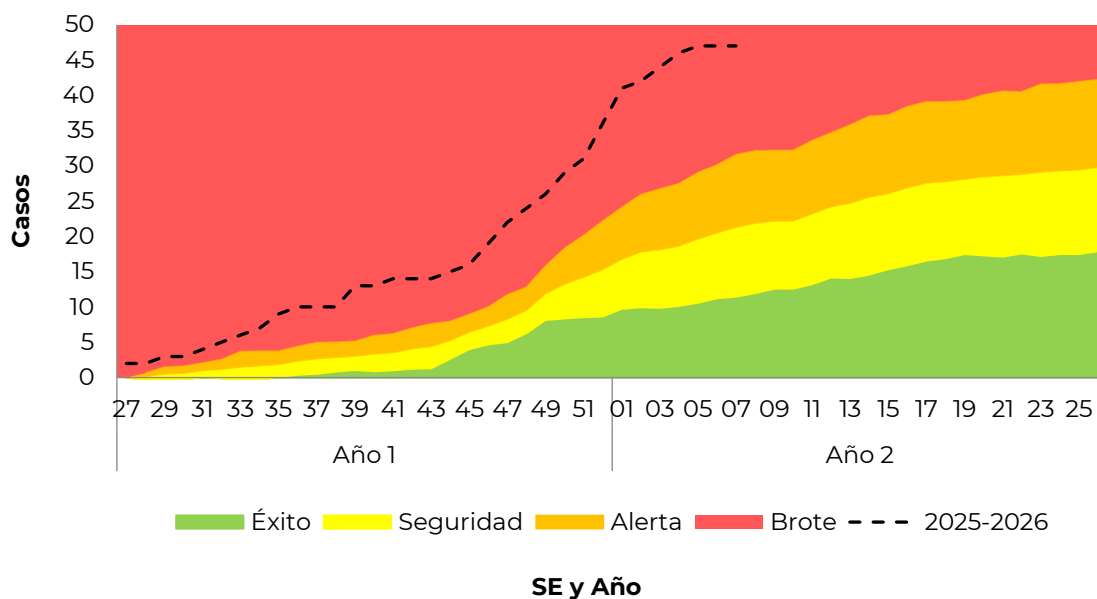


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0. *Tanto para el total país como para los corredores regionales, se excluyeron del período comparativo los casos de la temporada 2018-2019 por ser una temporada de brote.

Puede observarse que a nivel nacional la cantidad de casos para el período comprendido entre julio del 2025 y febrero de 2026 (temporada 2025-2026) se encuentra por encima del **umbral de brote**, respecto a los valores esperados teniendo en cuenta los casos presentados en años previos.

Región Centro

Gráfico 4. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE 27/2025 a SE 07/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región Centro. (N=47)

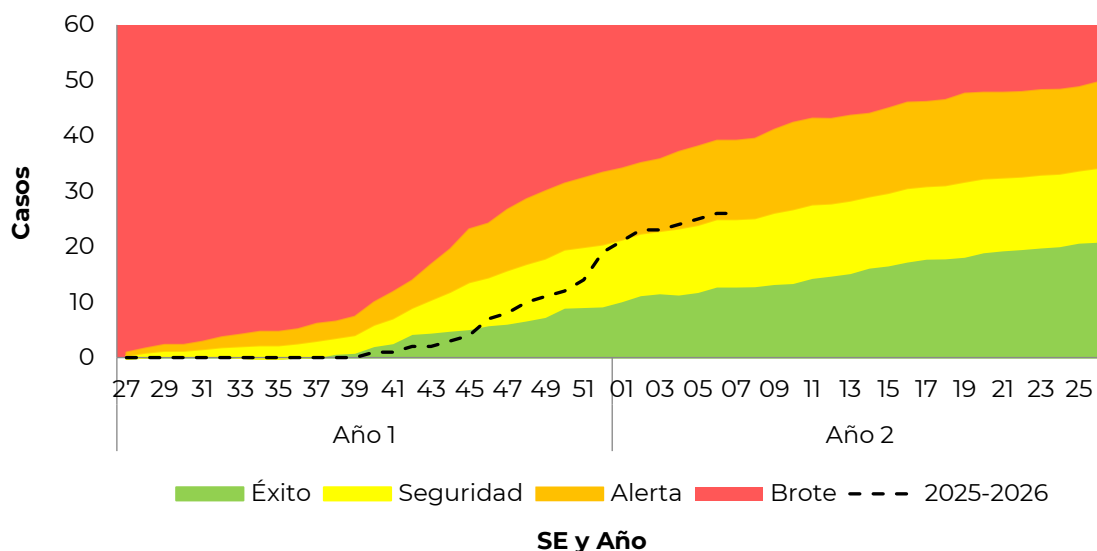


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

Para la región Centro (Buenos Aires, Entre Ríos y Santa Fe) el número de casos se encuentra en **brote** para el período comprendido entre julio del 2025 y febrero de 2026 (temporada 2025-2026).

Región NOA

Gráfico 5. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE 27/2025 a SE 07/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región NOA. (N=26)

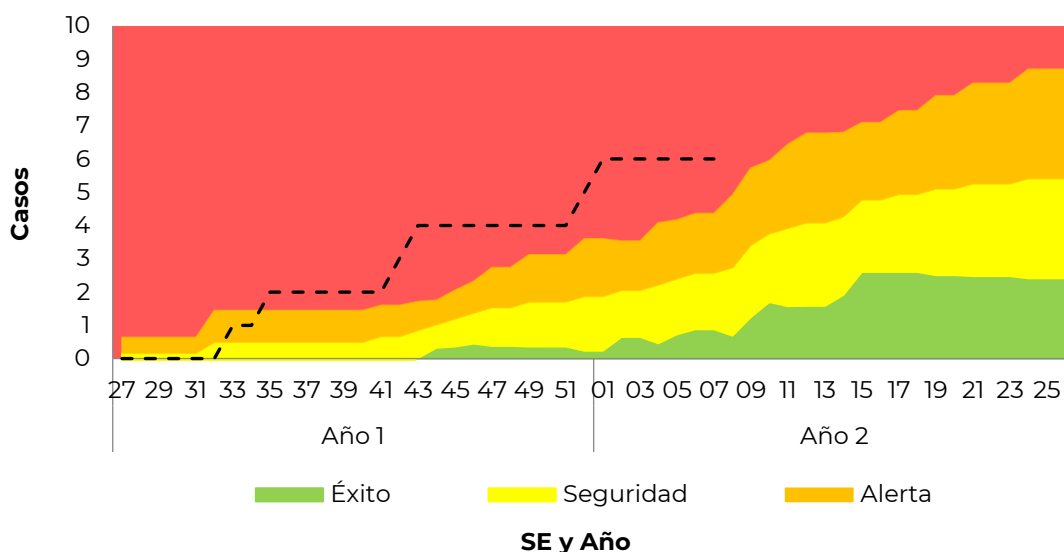


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

En lo que respecta a la región del NOA (Salta y Jujuy), el número de casos se mantuvo mayoritariamente dentro del canal endémico (banda de seguridad) durante el período comprendido entre julio de 2025 y febrero de 2026. No obstante, a partir de la SE 02/2026 los casos se ubican por encima de la banda de seguridad, ingresando en la **zona de alerta**.

Región Sur

Gráfico 6. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE 27/2025 a SE 07/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región Sur. (N=6)



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

Para la región Sur (Chubut, Neuquén y Río Negro), la curva acumulada de la temporada 2025-2026 se ubica por **encima del umbral de brote** a partir de la SE 43/2025, alcanzando 6 casos acumulados hasta la SE 07/2026.

Presentación de datos a nivel sub-nacional

En cuanto a la situación nacional de hantavirosis, se presentan en la siguiente tabla los casos y tasas de incidencia en el período equivalente al transcurrido para la temporada actual (SE 27 de un año a SE 5 del año siguiente) para los años 2019 a 2026.

Tabla 1. Hantavirosis: Casos confirmados y tasa cada 100.000 habitantes según jurisdicción y región, por temporada. Argentina, 2019 a 2026 (SE 27 a 7). (N=374)

Temporada	2019-2020 (hasta SE7)		2020-2021 (hasta SE7)		2021-2022 (hasta SE7)		2022-2023 (hasta SE7)		2023-2024 (hasta SE7)		2024-2025 (hasta SE7)		2025-2026 (hasta SE7)	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Buenos Aires	23	0,13	15	0,09	7	0,04	9	0,05	5	0,03	14	0,08	35	0,19
Entre Ríos	2	0,14	4	0,29	1	0,07	3	0,21	2	0,14	4	0,28	5	0,34
Santa Fe	9	0,26	6	0,17	4	0,11	5	0,14	5	0,14	8	0,22	7	0,19
Centro	34	0,12	25	0,08	12	0,04	17	0,06	12	0,04	26	0,09	47	0,15
Chaco	1	0,08	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Formosa	1	0,17	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,16
Misiones	1	0,08	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
NEA	3	0,07	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,02
Jujuy	9	1,17	5	0,65	5	0,64	7	0,88	8	1,00	4	0,50	5	0,61
Salta	22	1,55	10	0,70	10	0,69	21	1,43	33	2,22	9	0,60	21	1,38
Tucumán	0	0,00	0	0,00	2	0,12	2	0,11	3	0,17	0	0,00	0	0,00
NOA	31	0,55	15	0,26	17	0,29	30	0,51	44	0,75	13	0,22	26	0,43
Chubut	0	0,00	3	0,48	1	0,16	2	0,31	0	0,00	0	0,00	1	0,15
Neuquén	1	0,15	0	0,00	0	0,00	1	0,15	2	0,29	0	0,00	1	0,14
Río Negro	1	0,13	2	0,27	0	0,00	0	0,00	1	0,13	1	0,13	4	0,50
Sur	2	0,07	5	0,17	1	0,03	3	0,10	3	0,10	1	0,03	6	0,19
Total País	70	0,16	45	0,10	30	0,07	50	0,11	59	0,13	40	0,08	80	0,17

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

Se encuentra resaltado con un gradiente en escala ascendente de color el valor de las tasas por jurisdicción

Nota: Se muestra sólo las jurisdicciones con casos

En enero de 2026, hasta la SE actual, se notificaron un total de 19 casos de hantavirosis en las provincias de Buenos Aires (11), Entre Ríos (1), Río Negro (1), Salta (6) y Jujuy (1).

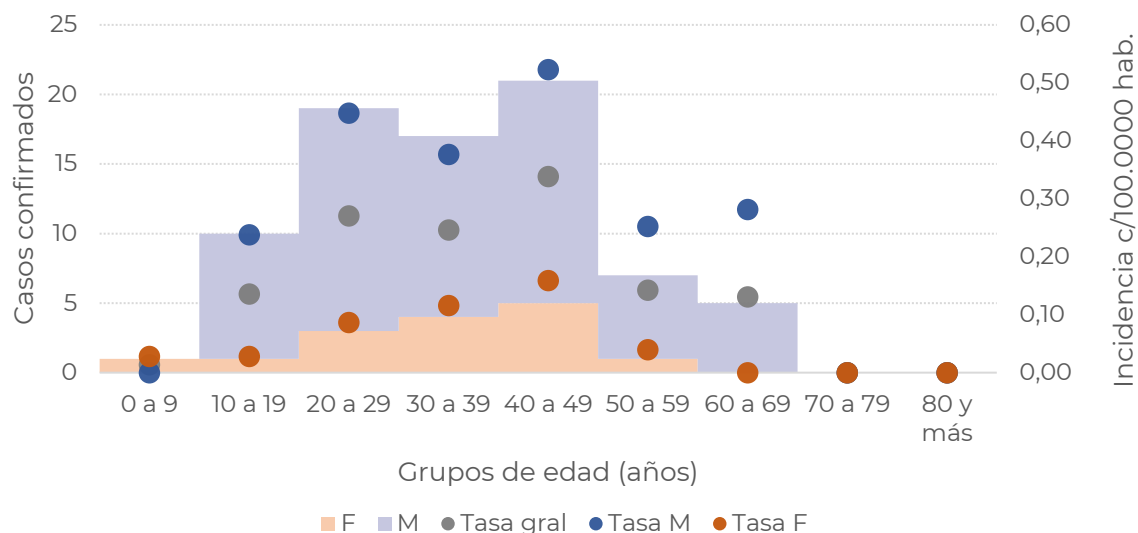
Teniendo en cuenta las temporadas previas (desde la SE 27 del 2019), la incidencia a nivel nacional para la temporada actual es la que presenta la tasa más elevada, 0,17 cada 100.000 habitantes, la cual supera en un 63% a la tasa promedio para el periodo 2019-2025.

En lo que respecta a la temporada actual, a nivel regional, la tasa más elevada se corresponde con la región del NOA (0,43 casos confirmados cada 100.000 habitantes). La cuál tuvo 26 casos confirmados hasta el momento, donde el 81% se concentran en Salta. A nivel jurisdiccional, esta provincia posee la tasa de incidencia más elevada (1,38), siendo más del doble que Río Negro (0,5) y Jujuy (0,61). A su vez, es casi 4 veces mayor que la de Entre Ríos (0,34), la cuarta provincia con mayor incidencia a nivel país.

Caracterización según grupos de edad

A continuación, se presenta un gráfico que permite caracterizar la distribución de los casos según sexo y grupo etario para la temporada actual.

Gráfico 7. Hantavirosis: casos confirmados y tasas cada 100.000 habitantes, según sexo y edad. Argentina, SE 27/2025 a SE 07/2026. (N=80)



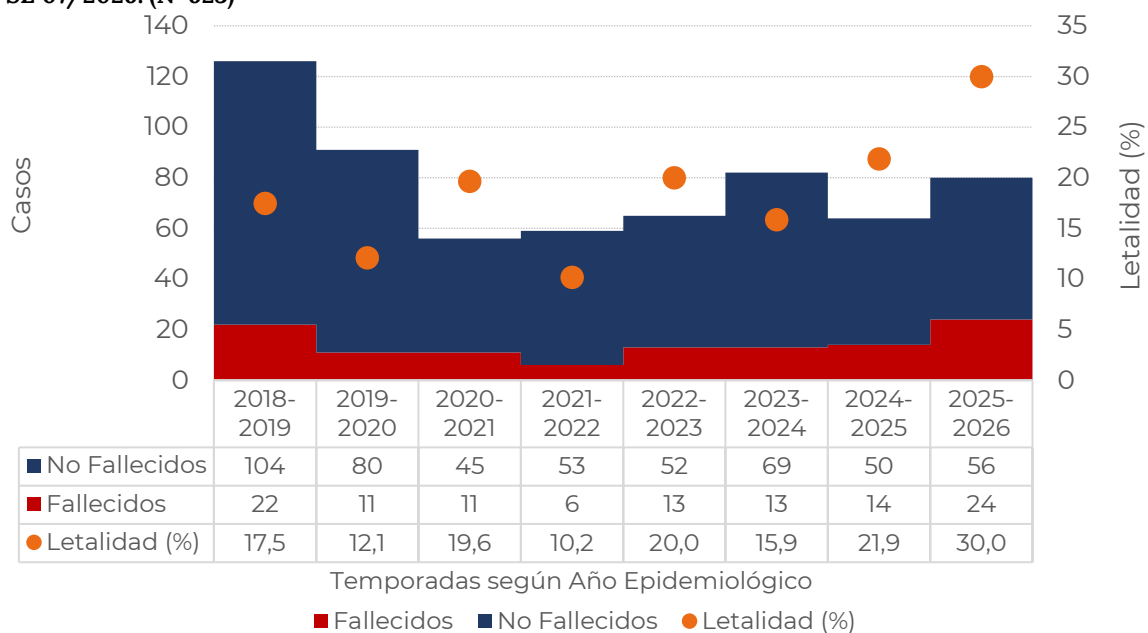
Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

A nivel país, la mediana de edad para los casos confirmados de la temporada en curso es de 36 años, concentrándose el 71% (56) de los casos entre los 20 y los 49 años, contando estos grupos con las mayores tasas de incidencia cada 100.000 habitantes en el período.

En cuanto a la distribución de los casos por sexo, el 81% (65) de los casos confirmados para la temporada actual se corresponde con el sexo masculino. Para todos los grupos etarios, se observa una predominancia de los casos masculinos por sobre los femeninos, a excepción del grupo etario de 0 a 9 años cuyo único caso confirmado se corresponde con el sexo femenino.

Caracterización de la mortalidad

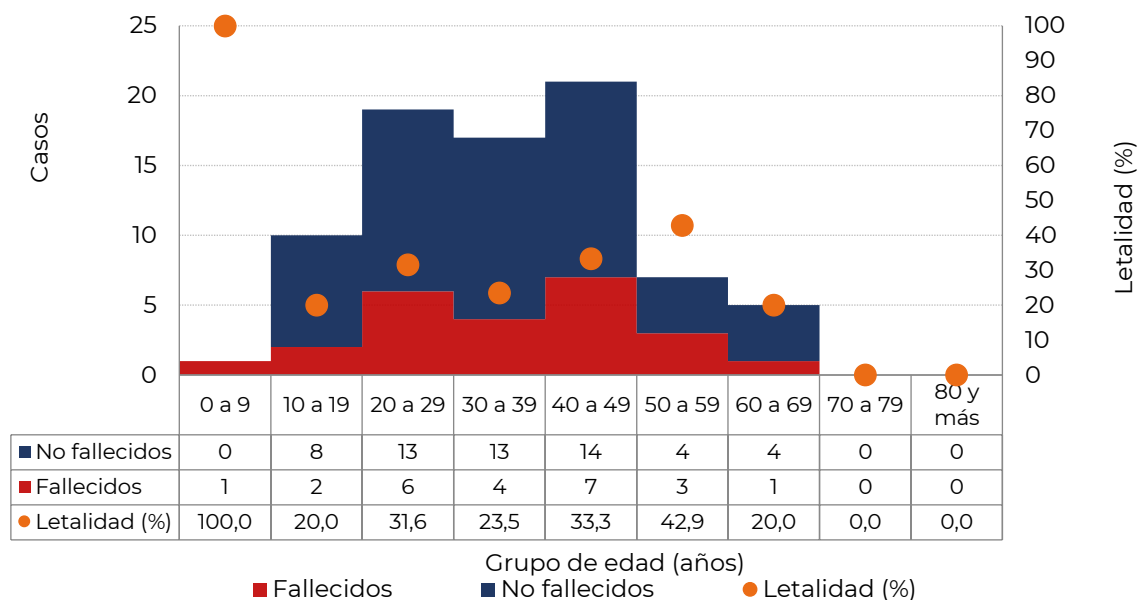
Para dar cuenta de la letalidad y cantidad de fallecidos por temporada desde la SE 27 del año 2018, se presenta el siguiente gráfico.

Gráfico 8. Hantavirosis: número de casos y porcentaje de letalidad por temporada. Argentina. SE 27/2018 a SE 07/2026. (N=623)

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

Entre la SE 27/2025 y SE 07/2026 se notificaron 24 casos fallecidos, con una letalidad del 30%, la más elevada respecto de las temporadas previas.

Para ilustrar la letalidad y fallecidos según grupo de edad, se elaboró el siguiente gráfico.

Gráfico 9. Hantavirosis: número de casos y porcentaje de letalidad por grupo etario. Argentina. SE 27/2025 a SE 07/2026. (N=80)

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

La mediana de edad de los casos fallecidos para la temporada actual es de 36 años. Excluyendo a los menores de 10 años, cuyo único caso notificado falleció, el grupo con mayor letalidad

(42,9%) corresponde al de 50 a 59 años. A partir de los 70 años no se notificaron casos confirmados.

Para dar cuenta de la situación jurisdiccional, regional y nacional de los casos fallecidos de hantavirosis, se presentan una tabla (Tabla 2), correspondiente a los fallecidos y tasas de mortalidad en el período equivalente al transcurrido para la temporada actual (SE 27 de un año a SE07 del año siguiente) para los años 2019 a 2026.

Tabla 2. Hantavirosis: Casos fallecidos y tasa de mortalidad por 1.000.000 habitantes según jurisdicción y región, por temporada. Argentina, 2019 a 2026 (SE 27 a 07). (N=67)

Año epidemiológico	2019 -2020 (SE27 a SE 07)		2020 -2021 (SE27 a SE07)		2021 - 2022 (SE27 a SE07)		2022 - 2023 (SE27 a SE02)		2023 - 2024 (SE27 a SE07)		2024 - 2025 (SE27 a SE07)		2025 - 2026 (SE27 a SE07)	
Jurisdicción	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Buenos Aires	2	0,11	2	0,11	0	0,00	2	0,11	1	0,06	2	0,11	12	0,65
Entre Ríos	1	0,33	1	0,32	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,69	1	0,69
Santa Fe	2	0,53	2	0,53	1	0,26	2	0,56	2	0,55	1	0,27	1	0,27
Centro	5	0,17	5	0,02	1	0,03	4	0,13	3	0,10	4	0,13	14	0,46
Jujuy	2	2,61	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Salta	2	1,41	2	1,40	0	0,00	3	2,04	3	2,02	2	1,33	8	5,27
Tucumán	0	0,00	0	0,00	1	0,58	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
NOA	4	0,71	2	0,35	1	0,17	3	0,51	3	0,51	2	0,34	8	1,33
Chubut	0	0,00	1	1,60	1	1,58	1	1,55	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Neuquén	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,41
Río Negro	0	0,00	1	1,33	0	0,00	0	0,00	1	1,28	0	0,00	1	1,25
Sur	0	0,00	2	0,68	1	0,33	1	0,33	1	0,32	0	0,00	2	0,63
Total País	9	0,20	9	0,20	3	0,07	8	0,17	7	0,15	6	0,13	24	0,50

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

Nota: Se muestra sólo las jurisdicciones con casos

A nivel nacional, la tasa de mortalidad de la temporada actual (SE 27/2025 a SE 06/2026) es casi 4 veces mayor respecto al periodo anterior (0,11) y la más alta de todo el periodo analizado (SE 27/2019 a SE 06/2026) con un total de 24 fallecidos. Asimismo, para el mismo período, la región del NOA presenta la mayor tasa de mortalidad (1,33), ubicándose todos los casos fallecidos de la región (8) en la provincia de Salta la cual, además, es la que mayor mortalidad presenta entre todas las jurisdicciones (5,27). Sin embargo, la provincia que más fallecidos presenta es la provincia de Buenos Aires, con un total de 12, representando el 50% del total de fallecidos de la presente temporada.

Tabla 3. Hantavirosis: Casos totales históricos fallecidos, tasa de letalidad y tasa de mortalidad cada 1.000.000 habitantes según jurisdicción y región, por año calendario. Argentina, 2019 a 2025. (N=102)

Año calendario	2019			2020			2021			2022			2023			2024			2025		
Jurisdicción	N	L	T	N	L	T	N	L	T	N	L	T	N	L	T	N	L	T	N	L	T
Buenos Aires	6	16	0,35	1	5	0,06	1	8	0,06	2	12	0,11	3	27	0,17	3	21	0,16	12	32	0,65
Entre Ríos	1	33	0,73	2	33	1,44	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	50	2,76
Santa Fe	2	20	0,57	3	23	0,85	1	25	0,28	1	20	0,28	3	75	0,83	1	11	0,27	3	23	0,82
Centro	9	18	0,03	6	15	0,2	2	11	0,07	3	11	0,1	6	35	0,2	4	15	0,13	19	33	0,62
Formosa	0	0	0	1	100	1,65	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	0	0
NEA	0	0	0	1	100	0,24	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	0	0
Jujuy	2	9	2,62	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Salta	7	23	4,98	1	7	0,7	1	6	0,69	4	15	2,74	3	9	2,03	4	20	2,68	7	39	4,64
Tucumán	0	-	0	0	-	0	1	50	0,58	0	0	0	0	0	0	0	-	0	1	100	0,56
NOA	9	17	0,16	1	4	0,18	2	7	0,35	4	9	0,69	3	7	0,51	4	13	0,67	8	32	1,34
Chubut	3	20	4,93	1	33	1,62	1	50	1,59	3	60	4,69	0	0	0	1	100	1,52	0	0	0
Neuquén	0	-	0	0	0	0	1	100	1,49	0	-	0	0	0	0	0	0	0	2	100	2,84
Río Negro	0	0	0	0	0	0	1	100	1,32	0	-	0	3	100	3,87	2	40	2,55	3	60	3,78
Sur	3	17	1,04	1	20	0,34	3	75	1,01	3	60	0,99	3	43	0,98	3	43	0,97	5	63	1,59
Total País	21	17	0,47	9	13	0,2	7	13	0,15	10	13	0,22	12	17	0,26	#	17	0,23	32	34	0,67

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

Referencias: **N.** Número de fallecimientos, **L.** Porcentaje de letalidad, **T.** Tasa de mortalidad

Nota: Se muestra sólo las jurisdicciones con casos

A nivel nacional, desde la SE 1 a la SE 53 del año 2025, se notificaron 32 casos fallecidos, lo que representa una letalidad del 34%. En comparación con las temporadas previas analizadas, el año cerrado 2025 presentó la tasa más elevada desde el 2019, representando un 163% más que el promedio del 2019-2024 (0,26 vs 0,67 cada 1.000.000 de habitantes).

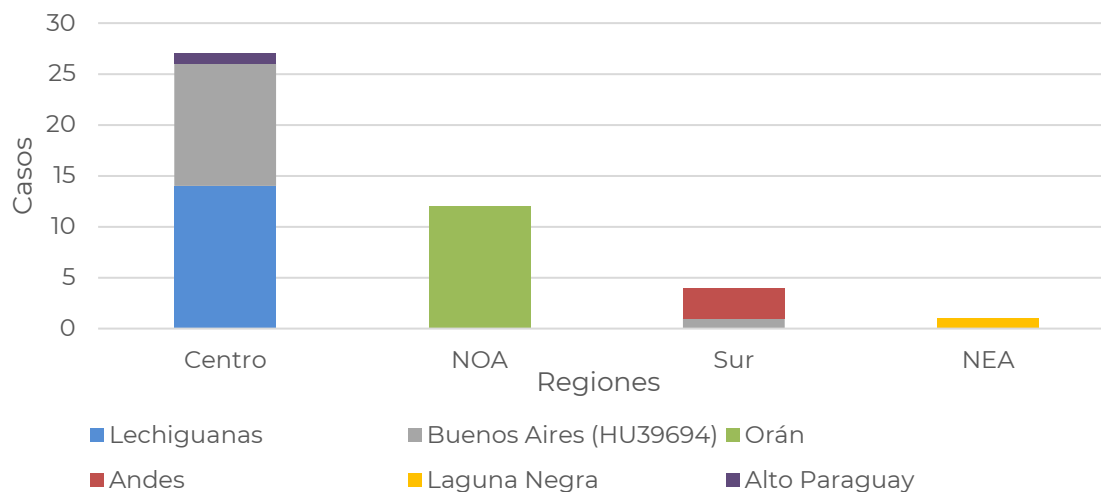
La región sur mostró la tasa más elevada (1,59 cada 1.000.000 de habitantes) de todas las regiones con fallecidos, al igual que la letalidad (63%), siendo la jurisdicción que casi duplica a la letalidad nacional.

Durante el 2025, en relación con el análisis jurisdiccional, la tasa más elevada corresponde a Salta (4,64), seguida de Río Negro (3,78), Neuquén (2,84) y Entre Ríos (2,76). Estas cuatro jurisdicciones, muestran tasas que, al menos, triplican a Santa Fe, que ocupa el lugar número 5 con 0,82 cada 1.000.000 de habitantes.

VI.2.C. VIGILANCIA DE GENOTIPOS DE HANTAVIRUS

Desde la SE 1 del 2025 hasta la SE 3 del 2026, la ANLIS - "Dr. Carlos G. Malbrán" realizó la genotipificación de casos de hantavirus provenientes de las cuatro regiones afectadas: Centro, NEA, NOA y Sur.

En la Región Centro se detectaron tres genotipos, siendo prevalentes los virus Lechiguanas (14), y Buenos Aires (HU39694) (12). En la región NOA se identificó un solo genotipo, el virus Orán (12). En la región Sur se detectó el virus Andes como prevalente en los Andes patagónicos; por otra parte, se identificó un caso, con domicilio en la localidad de Río Colorado (noroeste de la provincia de Río Negro), correspondiente al virus Buenos Aires (HU39694). En cuanto a la región NEA, se registró en el único caso detectado en el período, el genotipo Laguna Negra.

Gráfico 11. Distribución de genotipos de Hantavirus identificados según región residencia. SE01 2025-a SE06-2026. Argentina.

Fuentes: ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán” a partir de información proveniente de los Laboratorios de los Institutos INEI-ANLIS e INEVH-ANLIS aportados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

VI.2.D. SOBRE LAS ACCIONES DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

Desde su rol de rectoría, la cartera sanitaria nacional acompaña a las jurisdicciones para fortalecer la vigilancia epidemiológica y la obtención de información oportuna. En este sentido, realiza un análisis periódico de las notificaciones de hantaviriosis en población general, detección de brotes y evaluación de la respuesta sanitaria.

Se realizaron reuniones virtuales con las jurisdicciones para trabajar la actualización de las definiciones de casos y contactos, y el manejo de contactos. Además, se realizan reuniones con las jurisdicciones para asesoramiento técnico cuando lo requieren, como el reciente caso de hantaviriosis de la localidad de Río Colorado, provincia de Río Negro (primer caso en esa zona de la provincia), en donde se está coordinando realizar una actividad de trampeo de roedores en conjunto el Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas ANLIS “Carlos G. Malbrán” y la jurisdicción.

Los equipos técnicos nacionales están trabajando en el desarrollo de guías y algoritmos de diagnóstico con el objetivo de estandarizar los procesos de atención, mejorar la oportunidad de diagnóstico, asegurar la calidad en la toma de decisiones clínicas y en los estudios ambientales.

En el mismo sentido, se realizó una capacitación para fortalecer la atención médica. Conversatorio 2025: Pensar en Hantavirus Andes (https://www.youtube.com/watch?v=xpUR_WDoMPE&list=PLwad1oRGFEgBZpMLjUEzMow5r_pQURJnBP&index=40) y un spot de recomendaciones para equipos de salud (https://www.youtube.com/watch?v=-HiAyk4Q4A0&list=PLwad1oRGFEgCJrq_K6adm-5rytQL1qAJ&index=2)

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

VI.2.E. CONCLUSIONES

El periodo comprendido entre SE 27/2025 y SE 07/2026 presentó una proporción mayor de casos en la zona Centro (59%), seguida por la región NOA (33%) y la región Sur (8%). Asimismo, se observó un aumento en la letalidad global. En el grupo etario de menores de 20 años se

identificaron 11 casos confirmados, tres de los cuales se consignaron como fallecidos. Teniendo en cuenta la estacionalidad, es importante intensificar la sospecha de hantavirosis en zonas endémicas y que sea incorporado en el interrogatorio de ruina durante todo el año, pero aún más entre los meses de septiembre y abril, considerándola entre los diagnósticos diferenciales de otros síndromes febriles agudos inespecíficos. Ante la sospecha clínica de hantavirosis se sugiere realizar estudios diagnósticos confirmatorios a la mayor brevedad posible y hospitalizar; el diagnóstico precoz y la atención oportuna podrían mejorar la sobrevida de los pacientes. La mayor letalidad registrada en el período podría estar relacionada a la subnotificación de casos leves, aunque continúan en investigación otras causas. Se proseguirá con el análisis epidemiológico mientras transcurre la temporada. Se recomienda fortalecer tanto la vigilancia epidemiológica como la sospecha clínica, el testeo y el tratamiento oportuno de los casos con sintomatología compatible, teniendo en cuenta las regiones prevalentes y la temporalidad, así como indagando en los antecedentes epidemiológicos compatibles.

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

Circular “Actualización de normas para la vigilancia de hantavirosis - Mayo 2025”, disponible en el siguiente link:

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

La Ficha de Notificación e Investigación Epidemiológica se encuentra disponible en el siguiente link:

<https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/fichas> (Síndrome Febril Agudo Inespecífico)

La ficha clínica epidemiológica para derivación y el Instructivo de envío de muestras para diagnóstico se encuentran disponible en el siguiente link:

<https://www.argentina.gob.ar/hantavirus-0>

SITUACIONES **EMERGENTES**

VII. Coqueluche

VII.1. Introducción

La tos convulsa, tos ferina o coqueluche es una enfermedad respiratoria aguda prevenible por vacunación, que puede afectar a personas de todas las edades, aunque presenta mayores tasas de morbilidad y mortalidad en lactantes y niños pequeños. Los adolescentes y adultos jóvenes pueden presentar la enfermedad de forma leve, atípica e inclusive con las manifestaciones clásicas, y representan una fuente importante de transmisión hacia los menores. Dado su alto grado de contagiosidad —especialmente en contextos de contacto estrecho y prolongado como el hogar, jardines maternales, jardines de infantes o escuelas—, resulta fundamental el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para evitar la propagación entre personas susceptibles.

El principal agente etiológico es *B. pertussis*, y en menor grado, *B. parapertussis*. Existen vacunas seguras y efectivas disponibles actualmente, que solo protegen contra *B. pertussis*.

En Argentina, además de la vacunación a los 2, 4, 6, 15-18 meses y a los 5 años con componente pertussis, desde 2009 se inició la vacunación a los 11 años con el objeto de disminuir los reservorios en adolescentes. En el año 2012 se recomendó la vacunación contra tos convulsa para todas las personas gestantes a partir de la semana 20 de gestación y se incorporó esta indicación al Calendario Nacional de Vacunación (CNV) en el año 2013 con el propósito de lograr el pasaje transplacentario de anticuerpos para proteger al lactante durante los primeros meses de vida contra la tos convulsa, y de esta manera disminuir la morbi-mortalidad por coqueluche en lactantes pequeños. Las recomendaciones actuales de vacunación contra tos convulsa durante el embarazo es vacunar con dTpa (triple bacteriana acelular) luego de la semana 20 de gestación, en cada embarazo, independientemente de la edad, antecedente de vacunación con dTpa u otras vacunas con componente antitetánico y del tiempo transcurrido desde el embarazo anterior.

La introducción de las vacunas antipertussis ha contribuido a la disminución de la incidencia global de la enfermedad. En este contexto, la vigilancia epidemiológica de coqueluche cumple un rol clave al permitir evaluar el impacto de la vacunación, monitorear tendencias nacionales, identificar poblaciones en riesgo y orientar estrategias de prevención y control.

Desde el punto de vista clínico, coqueluche se desarrolla en tres fases (catarral, paroxística y de convalecencia), con formas clínicas que pueden variar desde leves hasta graves, especialmente en lactantes menores de seis meses. La enfermedad presenta un patrón cíclico con picos epidémicos cada 3 a 5 años.

VII.2. Situación internacional¹⁷

A nivel mundial, durante el 2024 se notificaron 977.000 coqueluche, mostrando un incremento de 5,8 veces en comparación con el número de casos notificados en 2023. La mayor proporción de casos se registró en las regiones de la OMS del Pacífico Occidental y Europa.

¹⁷ Extraído de: Organización Panamericana de la Salud. 2025. Actualización epidemiológica Tosferina (coqueluche) en la Región de las Américas. 8 de diciembre del 2025.
Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-tosferina-coqueluche-region-americas-8-diciembre-2025>

En la Región de las Américas, se observó una disminución progresiva en el número de casos notificados anualmente entre el 2015 y 2019 y, nuevamente en 2021-2022, cuando se alcanzó su punto más bajo con 3.284 casos. Posteriormente, se registró un aumento importante de los casos entre el 2023 (n= 11.202 casos) y 2024 (n= 66.184 casos). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) identificó 10 países con aumento en el número de casos en el año 2025: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, EE.UU, México, Panamá, Paraguay y Perú.

Brasil reportó 2.485 casos confirmados (SE 1-46), con 11 defunciones, siendo el segundo año con más casos desde 2019 y con mayor impacto en menores de un año. Chile confirmó 2.424 casos (SE 1-47), con una incidencia de 12 casos cada 100.000 habitantes y tasas más altas en menores de 5 años. Colombia registró 919 casos confirmados (SE 1-47), incluidos 16 fallecidos, alcanzando su cifra más alta desde 2019. Ecuador notificó 2.751 casos (SE 1-47), incluyendo 48 defunciones, con predominio en menores de un año. Estados Unidos reportó 25.057 casos confirmados y probables (SE 1-46) con 13 defunciones, manteniendo actividad elevada tras el pico nacional de 2024. México informó 1.561 casos confirmados (SE 1-48), incluidos 71 fallecidos, superando las cifras de la última década y con mayor impacto en menores de un año. Panamá notificó 30 casos confirmados (SE 1-46), incluido un fallecido, con predominio en niños de 1 a 4 años. Paraguay registró 70 casos confirmados (SE 1-46), seis fallecidos y una letalidad del 9%, con mayor afectación en menores de un año. Perú notificó 3.200 casos confirmados (SE 1-47), incluidos 49 fallecidos, con mayor afectación en niñas y niños de 1 a 4 años.

Durante la pandemia de COVID-19, se registró un descenso de las coberturas de vacunación frente a coqueluche. En 2021, la Región de las Américas alcanzó su nivel más bajo en dos décadas, con coberturas del 87% para DTP1 y del 81% para DTP3. El porcentaje de cobertura mostró una recuperación parcial en 2024 con un 89% para DTP1 y un 87% para DTP3. Es importante señalar que existen disparidades importantes entre países y, dentro de ellos, a nivel subnacional.

En este sentido, la OPS insta a los países a fortalecer la vigilancia, a fin de monitorear la tendencia de la enfermedad, identificar brotes y realizar rastreo de contactos, controlar la carga de la enfermedad y, evaluar el impacto de la estrategia de vacunación y medidas de control implementadas. Además, se alienta a fortalecer sus capacidades de diagnóstico en laboratorio, lo que permitirá mejorar la notificación y la caracterización de los brotes de esta enfermedad.

VII.3.Situación Epidemiológica actual de Coqueluche en Argentina

VII.3.A. INTRODUCCIÓN

Durante el año 2025 se notificaron 6.830 casos sospechosos de coqueluche, de los cuales 1.205 fueron confirmados, constituyendo el año con el mayor número de casos y la mayor tasa de incidencia desde el año 2020. El aumento comenzó a partir de la SE 27 y se mantuvo un número elevado de casos en las semanas posteriores. Este incremento resulta relevante para dimensionar la situación epidemiológica actual, dado que en 2025 el aumento de casos se observó de manera heterogénea en distintas jurisdicciones. Además, se registraron 11 fallecimientos, todos en menores de 2 años.

En la 7 primeras SE de 2026 se notificaron un total de 545 casos con sospecha de coqueluche, de los cuales 172 fueron confirmados. En 162 de éstos se contó con confirmación de

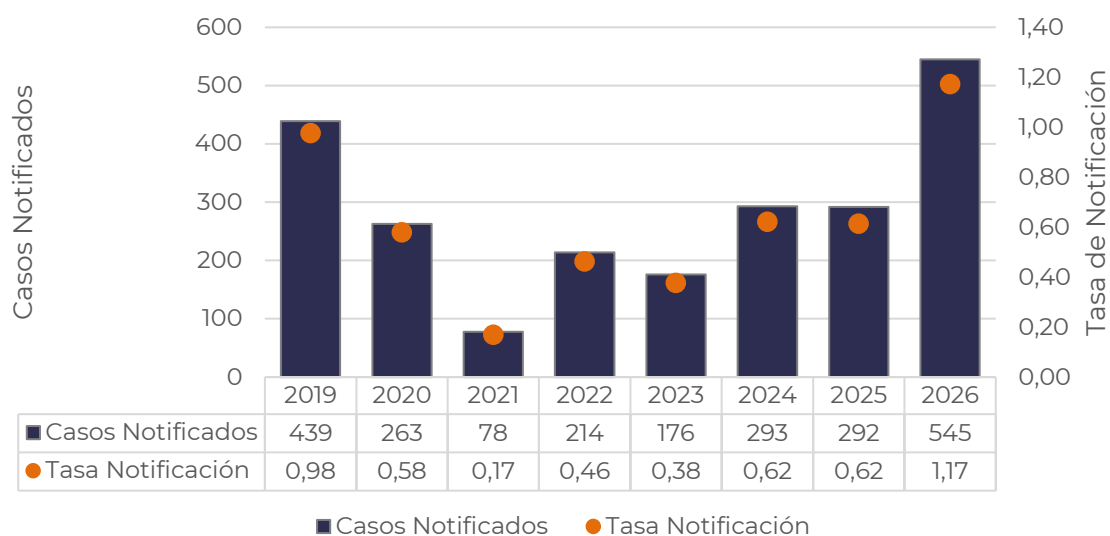
laboratorio¹⁸, identificándose *B. pertussis* en el 67,9% (n=110). 1 caso correspondió a *B. parapertussis* y 51 casos permanecen sin identificación de especie (*Bordetella* sp.).

Los 172 casos confirmados superan las cifras registradas para el mismo período desde 2019, en línea con el ascenso observado durante 2025. La incidencia acumulada en las SE 1-7 es de 0,37 casos por cada 100.000 habitantes, siendo también la más alta para la SE7 desde 2019. No se registraron fallecimientos en estas primeras semanas.

VII.3.B. ANÁLISIS DE LOS CASOS NOTIFICADOS Y CONFIRMADOS

La tasa de notificación hasta la SE6 para el período 2019-2025 fue variable, registrando un valor mínimo en 2021. La mayor tasa de incidencia y el mayor número de notificaciones se observa en 2026, con 1,17 casos cada 100.000 habitantes, seguido por 2019, con 0,98 casos notificados cada 100.000 habitantes.

Gráfico 1. Casos notificados y tasa de notificación cada 100.00 hab. de casos con sospecha de coqueluche según año. Argentina. SE 1 a 7. Años 2019-2026.



Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

En las SE 1-7 de 2026, las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche se concentraron principalmente en establecimientos de CABA (n=190) provincia de Buenos Aires (n= 130), Córdoba (n= 79), Santa Fe (n=37), Mendoza (n=28), Salta (n=27) y Chaco (n=10). En las 12 provincias restantes que notificaron casos sospechosos, se notificaron menos de 10 casos.¹⁹

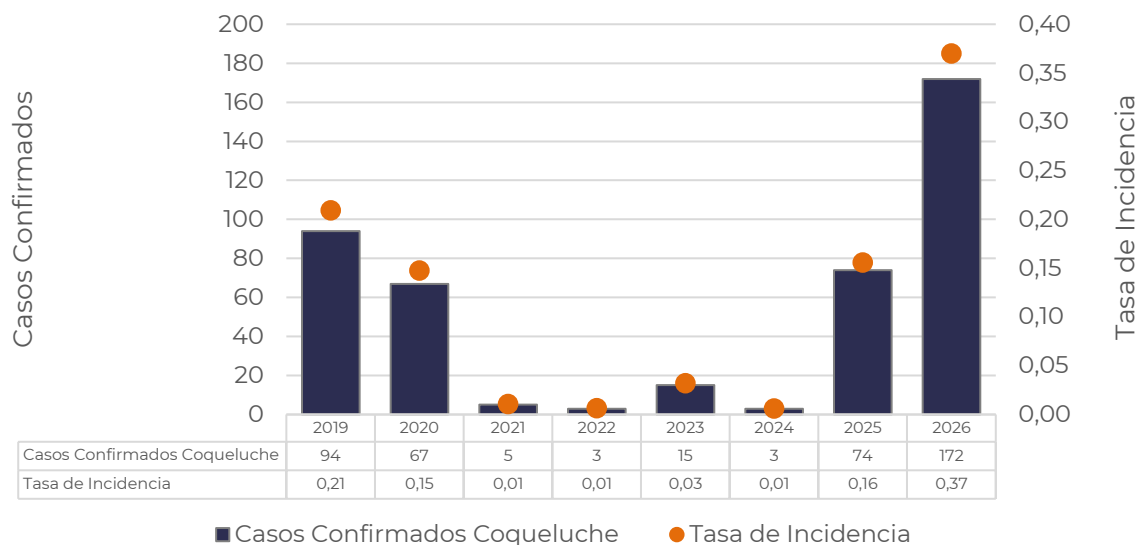
Del total de notificados, se confirmaron 153 casos, lo que representa una tasa de incidencia de 0,37 casos por cada 100.000 habitantes. Si se analiza el período 2019-2026 hasta la SE7, se observa una tendencia descendente de la incidencia entre 2019 y 2022. En 2023 se observó un

¹⁸ Los restantes casos confirmados no cuentan con información de estudios de laboratorio en SNVS 2.0. Estos casos, se contabilizan como confirmados de acuerdo a la clasificación manual del caso, y no es posible definir si se trata de casos confirmados por laboratorio o bien de acuerdo a criterio clínico-epidemiológico

¹⁹ Las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche según jurisdicción se analizan de acuerdo a la variable "Establecimiento de Carga" y "Provincia de Carga".

aumento, para luego volver a descender en 2024. Posteriormente, la incidencia aumentó de manera progresiva hasta el año en curso, en el cual se registra la tasa más elevada del período²⁰.

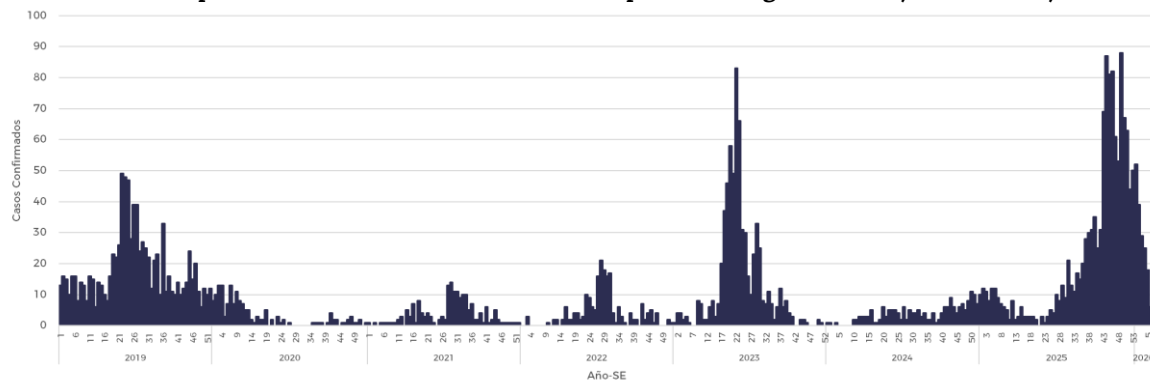
Gráfico 2. Casos confirmados y tasa de incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año. Argentina. SE 1-7. Años 2019-2026.



Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

A continuación, se presenta la distribución de los casos confirmados de acuerdo con el año y semana epidemiológica de inicio de síntomas.

Gráfico 3. Curva epidémica de casos confirmados de coqueluche. Argentina. SE1/2019 a SE07/2026.



Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

A partir de la SE 10/2024 se observan casos de coqueluche de manera sostenida, principalmente a expensas de la Región Centro. Desde la SE 43/2024 se identifica un leve incremento que alcanza un máximo en las SE 5 y 6/2025, seguido de un descenso hasta mitad del año.

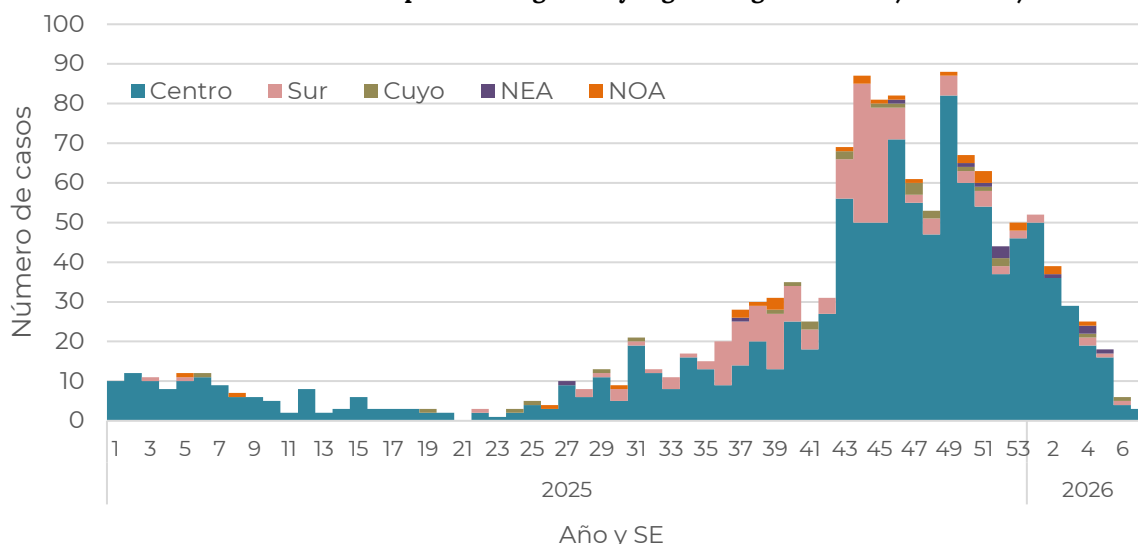
Posteriormente, a partir de la SE 27/2025, se verifica un nuevo ascenso, inicialmente asociado al brote en Ushuaia (Tierra del Fuego) y al aumento de casos confirmados en la Región Centro.

²⁰ En el año 2023, se registró el mayor número de casos con sospecha y confirmados post pandemia, a expensas fundamentalmente de las notificaciones de la provincia de Salta que aportó más del 85% de casos confirmados de B. pertussis, sin registrarse el mismo patrón en el resto del país.

Este incremento en el número de casos acumulados de 2025, a la fecha, supera en números absolutos al total de casos para el mismo período de 2019 y 2023.

El mayor número de casos confirmados del año se observó en las SE 44 y 49 de 2025 (n=87 y 88, respectivamente). En las últimas semanas los casos presentan una tendencia a la disminución²¹.

Gráfico 4. Casos confirmados de coqueluche según SE y región. Argentina. SE 1/2025-SE7/2026.

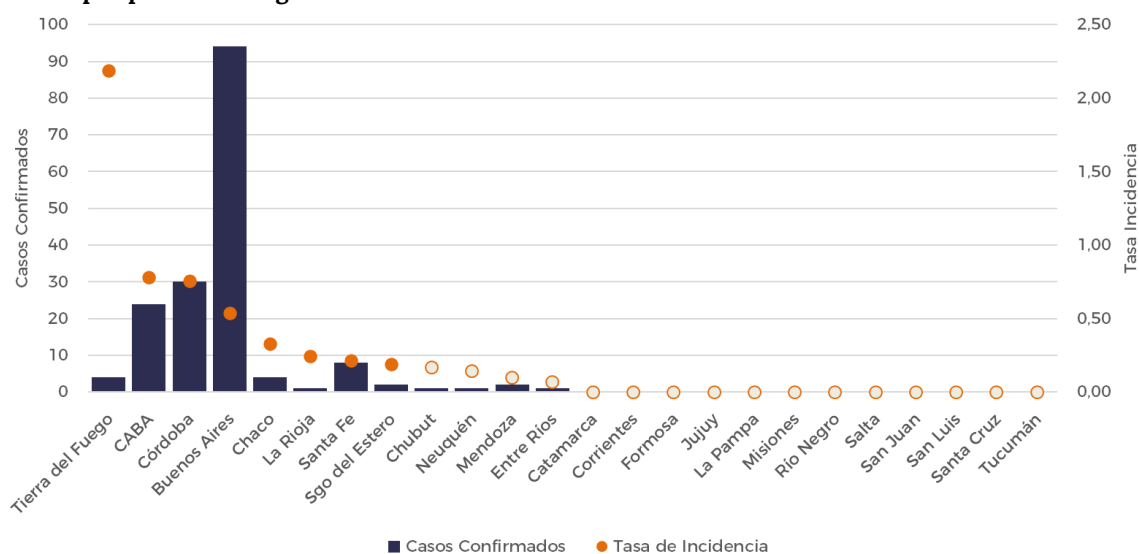


Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Durante 2025, los casos confirmados se distribuyeron en 22 jurisdicciones del país. La mayor concentración se observó en la Región Centro (n=966), con predominio de notificaciones en residentes de la provincia de Buenos Aires (n=661) y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (n=125). En la Región Sur se confirmaron 184 casos, principalmente vinculados al brote en Tierra del Fuego. En las primeras 6 semanas de 2026 los casos confirmados se registraron en 12 jurisdicciones: Buenos Aires (n=94), Córdoba (n=30), CABA (n=24), Santa Fe (n=8), Tierra del Fuego (n=4), Chaco (n=4) Santiago del Estero (n=2), Entre Ríos (n=1), La Rioja (n=1) y Mendoza (n=1), Chubut (n=1) y Neuquén (n=1)

En el siguiente gráfico se observan los casos absolutos y la incidencia acumulada (IA) cada 100.000 habitantes según jurisdicción (ordenadas de mayor a menor IA), para el año 2026.

²¹ Es importante tener en cuenta que esta tendencia podrá ser verificada en las próximas semanas, entendiendo que puede ser producto de un retraso en la notificación.

Gráfico 5. Casos confirmados e incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año por provincia. Argentina. SE 1-7 de 2026.

Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

La mayor incidencia acumulada se registró en Tierra del Fuego con 2,19 casos cada 100.000 habitantes, valor 2,8 veces superior al de CABA, que ocupa el segundo lugar con una IA de 0,78 casos por 100.000 habitantes. En tercer lugar, se ubica la provincia de Córdoba (0,76 casos cada 100.000 habitantes) y la provincia de Buenos Aires, que, si bien concentra el mayor número absoluto de casos, presenta una tasa de 0,54 casos por 100.000 habitantes.

A continuación, se presenta la tabla con el número de casos confirmados por año y jurisdicción, con el objetivo de describir la situación de 2025 en relación con los años previos (2019–2025)²².

²² La escala de colores (del verde, que indica menor número de casos, al rojo, que representa el mayor número de casos) muestran el año donde cada una de las jurisdicciones presentó el mayor número de casos de los 7 años analizados.

Tabla 1. Casos confirmados coqueluche según jurisdicción y año. 2019-2025.

Jurisdicciones	Casos Confirmados						
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Buenos Aires	216	49	45	58	47	73	662
CABA	21	11	0	3	2	53	125
Catamarca	6	0	0	11	2	0	0
Chaco	5	3	0	2	0	0	4
Chubut	12	6	3	1	2	0	12
Córdoba	192	31	37	5	81	11	80
Corrientes	2	0	0	1	0	0	0
Entre Ríos	42	1	1	0	1	2	10
Formosa	2	2	0	1	0	0	2
Jujuy	2	0	3	0	2	0	1
La Pampa	8	0	0	0	0	0	4
La Rioja	1	0	0	0	25	1	3
Mendoza	241	12	17	13	25	1	18
Misiones	10	1	5	5	9	1	2
Neuquén	1	1	0	0	2	0	9
Río Negro	5	1	0	0	1	1	14
Salta	146	23	68	93	423	43	3
San Juan	3	1	0	0	0	0	4
San Luis	8	5	1	0	0	0	1
Santa Cruz	0	1	0	0	0	0	5
Santa Fe	14	5	0	7	43	5	89
Sgo del Estero	2	0	0	0	0	0	10
T. del Fuego	7	2	0	0	0	0	140
Tucumán	7	4	1	0	2	0	7
Total Nacional	953	159	181	200	667	191	1205

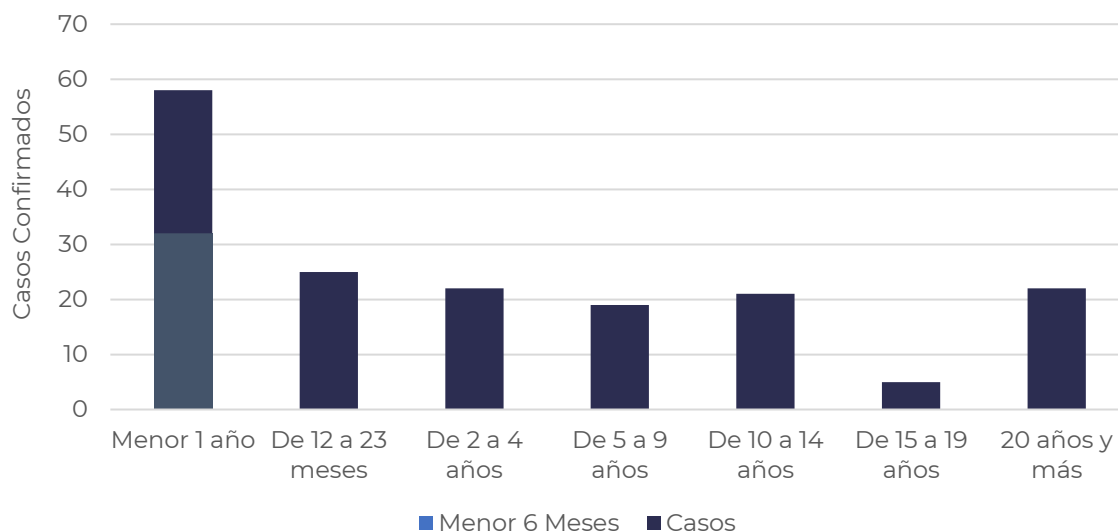
Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Si bien 22 jurisdicciones presentaron casos de coqueluche en 2025, el incremento observado respecto de los años anteriores se concentró en Tierra del Fuego, Buenos Aires, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba. Asimismo, se destaca lo ya señalado para 2023, cuando se registró el mayor número de casos confirmados post pandemia, a expensas fundamentalmente de las notificaciones de la provincia de Salta que aportó más del 85% de casos confirmados de *B. pertussis*. Otras provincias como Mendoza, Córdoba o Santa Fe registraron para este año un aumento de casos de coqueluche, pero con un patrón diferente, e identificación predominante de casos de *B. paraptussis* (los casos de Provincia de Buenos Aires si correspondieron predominantemente a *B.pertussis* y para La Rioja no se cuenta con identificación de especie).

VII.3.C. ANÁLISIS SEGÚN EDAD Y GRAVEDAD

En el siguiente gráfico se presentan los casos confirmados en las 7 primeras semanas de 2026 a nivel nacional, según grupo de edad.

Gráfico 6. Casos confirmados de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por grupos de edad. SE1-7/2026.



Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

El mayor número de casos se observó en el grupo de 0 a 5 años, con predominio en los menores de 1 año, que concentraron el 33,7% de los casos confirmados en el período analizado (n=58), especialmente en el subgrupo de menores de 6 meses (n=32).

Con relación a los fallecimientos, en 2025 se notificaron 11 fallecimientos en casos confirmados con detección de *Bordetella pertussis*: 8 en menores de 6 meses, 1 en el grupo de 6 a 11 meses y 2 en el grupo de 12 a 23 meses. Para el año 2025 la tasa de letalidad fue de 0,9%. Ninguno de los 5 casos en edad de vacunación registra dosis en NOMIVAC, mientras que los otros 4 casos corresponden a menores de 2 meses, en los que se registró antecedente de vacunación materna únicamente en uno de ellos. En las 7 SE de 2026 no se registraron fallecidos.

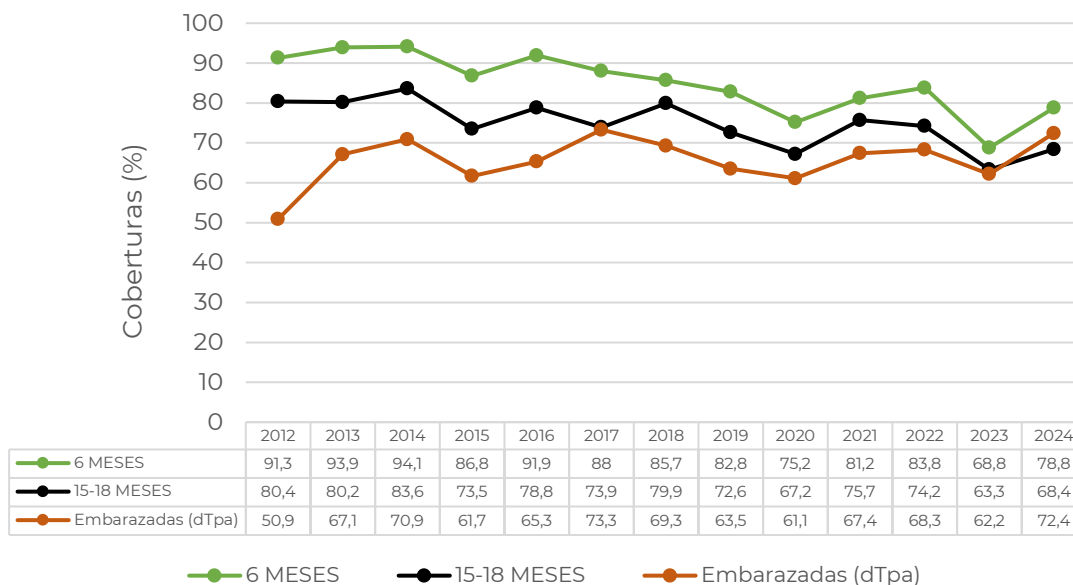
VII.4. Coberturas de Vacunación

VII.4.A. COBERTURAS PARA TOTAL PAÍS

Existen vacunas seguras y efectivas para prevenir la infección por *Bordetella pertussis*. Sin embargo, se registra a nivel mundial, regional y nacional un descenso progresivo de las coberturas que redunda en una acumulación de personas susceptibles a contraer la enfermedad. Por este motivo, es necesario realizar un análisis sobre las características que asumen actualmente las coberturas de vacunación para definir las mejores acciones específicas de recupero de esquemas.

El gráfico 6 analiza las coberturas de vacunación para tres grupos objetivo en el período 2012 - 2024:

- I. Lactantes de 6 meses (vacunados con tercera dosis de quintuple o pentavalente)
- II. Niños de 15-18 meses (vacunados con primer refuerzo de quintuple o pentavalente)
- III. Embarazadas (vacunadas con dTpa – triple bacteriana acelular para embarazadas)

Gráfico 6. Coberturas de vacunación con componente *pertussis*. Argentina 2012 - 2024

Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

Entre 2012 y 2016, las coberturas de vacunación en lactantes de 6 meses y en niños de 15-18 meses se mantuvieron en niveles cercanos al 90% y el 80% respectivamente, mientras que las embarazadas mostraban coberturas más bajas, pero en ascenso, acercándose al 70%. Sin embargo, a partir de 2017 comenzó a observarse una tendencia de descenso progresivo en todos los grupos, con un quiebre más abrupto en 2020, coincidiendo con el inicio de la pandemia de COVID-19 y, probablemente asociado con las medidas de aislamiento social.

En el caso de los lactantes de 6 meses, luego de 2020 se observó un aumento de 6,2 puntos porcentuales en 2021 y de 2,6 puntos porcentuales en 2022 para la tercera dosis de vacuna quintuple/séxtuple. Sin embargo, en 2023 se registró una fuerte caída, alcanzando el valor más bajo de toda la serie (68,8%), lo que implicó un descenso de más de 20 puntos porcentuales respecto de los valores de 2012. En 2024 se evidenció una recuperación de 10 puntos porcentuales, con una cobertura nacional de 78,8%.

Para el caso del primer refuerzo de quintuple/séxtuple, se observó una caída de 5,4 puntos porcentuales en el primer año de la pandemia (2020), pero en 2021 se registró una franca recuperación que permitió alcanzar una cobertura de 75,7%, es decir, 3,1 puntos por encima de los valores de 2019. Sin embargo, esta tendencia ascendente se detuvo y en 2023 la cobertura nacional mostró una caída de 12,4 puntos porcentuales respecto de 2021, alcanzando valores mínimos en los últimos 12 años (63,3%). En 2024, las coberturas volvieron a incrementarse, alcanzando 68,4%, lo que representa una recuperación de 5,1 puntos porcentuales respecto del año anterior, aunque aún por debajo de los niveles previos a la pandemia.

Por su parte, las embarazadas, que nunca alcanzaron coberturas óptimas de vacunación, muestran fluctuaciones marcadas a lo largo del período. En 2023 la cobertura fue de 62,2%, mientras que en 2024 fue de 72,4%, lo que representó un incremento de más de 10 puntos porcentuales respecto del año anterior.

Las coberturas parciales de 2025 al 18/02/2026, son:

- 1° dosis de Quintuple (DTP/HB + Hib) (2 meses): 83,7%
- 2° dosis de Quintuple (4 meses): 82,7%

3° dosis Quíntuple (DTP/HB + Hib) (6 meses): 78%

Ref Quíntuple (DTP/HB + Hib) (15 -18 meses): 67,7%

Ref DTP (5 años): 58% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2019 al 13/11/25: 76,8%)

Ref dTpa (11 años): 57,7% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2013 al 13/11/25: 77,6%)

Embarazadas dTpa: 76,8%

Además del cambio realizado en 2023 para el cálculo de las coberturas a partir de la consideración únicamente de los registros nominales; en 2024, y en consenso con las 24 jurisdicciones, se definió considerar para la planificación de dosis a administrar a las personas de 5 y 11 años, y para el cálculo de coberturas, a partir de la evaluación de las dosis aplicadas y registradas, la cohorte de nacimiento en lugar del ingreso escolar o la adolescencia respectivamente. Esto permite evaluar la cobertura de vacunación oportuna, es decir las dosis aplicadas a los 5 y 11 años únicamente, y la vacunación ampliada por cohorte, es decir a la misma cohorte de nacimiento a los 6 y 12 años respectivamente. En este sentido, al analizar la vacunación ampliada de la dosis de refuerzo de los 5 años con la vacuna triple bacteriana celular, se observó una mejora en el seguimiento de la cohorte en el tiempo: en 2024 se registró una cobertura oportuna para la cohorte nacida en 2019 de 46,4% y durante 2025 se alcanzó una cobertura ampliada acumulada de 76,8%. En el caso de la dosis de refuerzo de los 11 años con la vacuna triple bacteriana acelular (dTpa), la cobertura oportuna de la cohorte nacida en 2013 vacunada en 2024 fue de 54,1%, y esa misma cohorte alcanzó durante 2025 una cobertura ampliada acumulada de 77,6%. Este análisis permitió observar que, si bien las coberturas oportunas son más bajas que lo observado en años anteriores, si se evalúa cómo siguió vacunándose esa cohorte de nacimiento más allá de los 5 y 11 años respectivamente, se alcanzó a un mayor número de la población objetivo de manera atrasada.

VII.4.B. COBERTURAS SEGÚN JURISDICCIÓN

A continuación, se presenta la situación de las coberturas de vacunación para el componente *pertussis* según jurisdicción.

El análisis del esquema completo de vacunación contra coqueluche muestra diferencias marcadas entre jurisdicciones. Provincias como Tierra del Fuego, La Pampa, Jujuy, Neuquén, Mendoza y San Juan mantienen altas coberturas en la mayoría de las etapas del calendario, con buen inicio del esquema y refuerzos sostenidos, lo que indica menor acumulación de susceptibles. En contraste, Buenos Aires, CABA, Formosa, Santa Fe, Corrientes y Misiones presentan coberturas intermedias a bajas en varios puntos del calendario, especialmente en los refuerzos de 5 y 11 años, donde se observan los valores más críticos. En embarazadas, la variabilidad también es amplia, con coberturas óptimas en algunas provincias y subóptimas en otras. En conjunto, los datos reflejan la necesidad de fortalecer la continuidad del calendario, mejorar la captación activa y reducir desigualdades entre jurisdicciones.

Tabla 2. Coberturas de vacunación con componente *pertussis* según jurisdicción. Argentina. 2026.

Jurisdicción	Quíntuple /Séxtuple (dos meses)	Quíntuple /Séxtuple (cuatro meses)	Quíntuple /sextuple (seis meses)	Refuerzo (15-18 meses)	Refuerzo (5 años)	Refuerzo (11 años)	Embarazada
Buenos Aires	71,10	70,1	67	59,9	44,9	45,7	65,3
CABA	84,8	86,1	75	39,9	44,7	35,6	52,7
Catamarca	90,8	91,5	86,6	69,1	65,8	71,2	85,5
Chaco	93,4	92	86,8	75,5	63,8	64,5	90,5
Chubut	93,2	93,2	88,1	78,5	60	62,5	86,7
Coba	89,50	88,6	82,8	76,8	60,2	61,5	82,9
Corrientes	92,6	88,6	80,1	62,3	50,9	49,8	90,3
Entre Ríos	92,2	90,7	85,4	79	51,8	62,1	90,6
Formosa	80	78,2	74,4	54,2	55,9	55,8	81,3
Jujuy	109,2	110,8	106,4	101,3	82,3	80,2	104
La Pampa	98,7	99	96,9	90,2	68	78,8	93,5
La Rioja	95,4	92,8	86,2	74	71,4	67,9	89,4
Mendoza	92,7	91,6	88,4	83,5	91,9	86	81
Misiones	97,40	92,4	80,8	61	65,7	65,1	90,6
Neuquén	96,6	94,3	91	88,2	85	84,7	92,6
Río Negro	102,3	101,6	96,5	80,2	66,2	57	95,5
Salta	94,8	92,5	88,7	84,3	91,6	95,2	89,6
San Juan	98,9	98,1	90	76,6	75,1	73	90,6
San Luis	95,5	93,8	91,1	93,4	82,9	80,6	91,7
Santa Cruz	96,4	94,1	91,2	78,9	77,8	72,9	96,2
Santa Fe	85,2	86,3	83,1	68,7	58,5	59,3	81
S. del Estero	93,4	91	82,8	68,4	54,8	62,5	87,7
T. del Fuego	101,8	105,5	98,3	103,4	73,2	74,4	99,1
Tucumán	87,2	86,5	83,5	79,5	71,7	72,5	79,5

Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

Frente al aumento de casos de coqueluche registrado a nivel global y regional, se insta a los equipos de salud de todo el país a fortalecer el monitoreo, el diagnóstico precoz, la notificación y las medidas de prevención y control de la enfermedad, con especial énfasis en la vacunación.

Para mayor información, consultar la Guía de vigilancia, prevención y control de Coqueluche del Ministerio de Salud de la Nación:
<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/20251215->

VIII. Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE): Sarampión

VIII.1. Introducción

El sarampión es una enfermedad viral, **altamente contagiosa**, que puede presentarse en todas las edades. Su gravedad es mayor en niños menores de 5 años o desnutridos, en los cuales puede causar graves complicaciones respiratorias como neumonía y del sistema nervioso central como convulsiones, meningoencefalitis, ceguera, encefalomiелitis postinfecciosa con retraso mental grave y trastornos degenerativos tardíos que no tienen tratamiento o incluso causar la muerte.

Se transmite mediante gotas de aire de la nariz, boca, o garganta de una persona infectada. **El virus puede persistir en el aire o sobre superficies, siendo activo y contagioso por 2 horas.**

No existe ningún tratamiento antiviral específico contra el virus del sarampión, solo existen medidas de sostén clínico y de sus complicaciones. Puede prevenirse con la **vacunación**.

El presente informe tiene como objetivo describir la situación epidemiológica actual del evento sarampión en el país, a partir del análisis de los casos notificados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). Se busca caracterizar los casos registrados en el período reciente, identificar la circulación en nuestro país a partir de los casos importados, y brindar información útil para la toma de decisiones en materia de vigilancia, control y respuesta.

Asimismo, se presentan los principales indicadores vinculados a la oportunidad diagnóstica y sensibilidad del sistema de vigilancia, los antecedentes de vacunación y las acciones implementadas por los equipos de salud ante la detección de casos. Este informe está dirigido a los equipos técnicos de los niveles nacional, provincial y local, con el fin de fortalecer la vigilancia integrada del sarampión y contribuir a la sostenibilidad del estado de eliminación en el país.

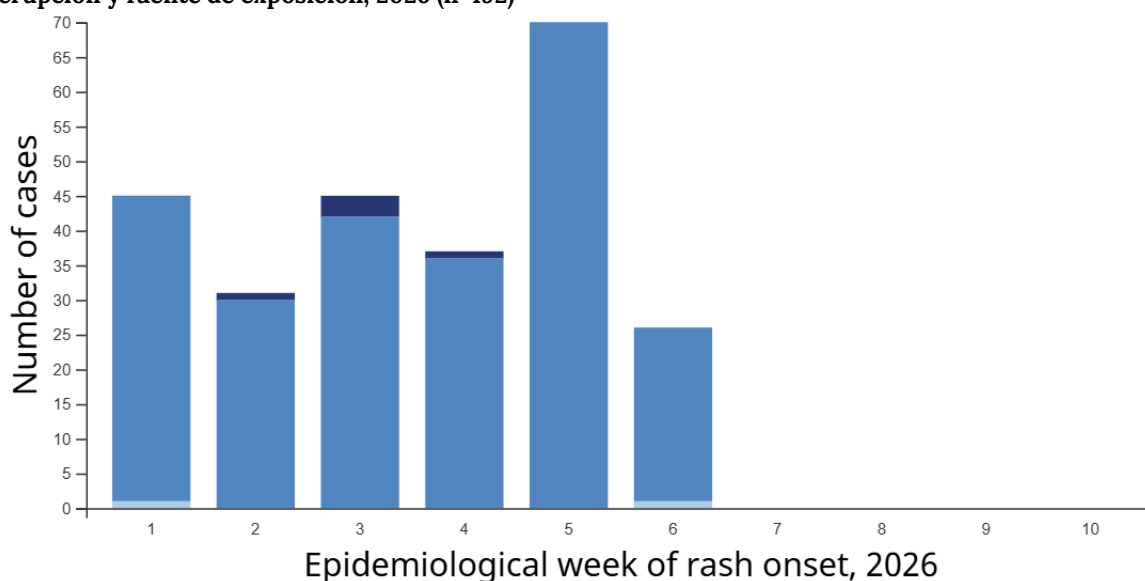
VIII.2. Situación epidemiológica mundial y regional

VIII.2.A. CANADÁ²³

En 2026, se han notificado un total de 254 casos de sarampión (239 confirmados, 15 probables) en 7 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Escocia, Ontario, Quebec y Saskatchewan), hasta el 14 de febrero del 2026.

En la semana 6 (del 8 al 14 de febrero del 2026), se notificaron 9 nuevos casos de sarampión (6 confirmados y 3 probables) en 7 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Escocia, Ontario, Quebec y Saskatchewan).

²³ <https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/>

Gráfico 1. Curva epidemiológica de casos de sarampión, por semana epidemiológica de inicio de la erupción y fuente de exposición, 2026 (n=192)**VIII.2.B. COLOMBIA²⁴**

En la presente semana, se encuentran en estudio 4 casos sospechosos de sarampión en personas con antecedente de viaje internacional, de los cuales 1 ya fue descartado por laboratorio, los otros 3 continúan en estudio. Frente a esto se mantiene la vigilancia estricta en coordinación con las entidades territoriales.

VIII.2.C. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA²⁵

Al 26 de febrero de 2026, se notificaron 1.136 casos confirmados de sarampión en los Estados Unidos durante 2026. De estos, 1.130 casos fueron reportados por 28 jurisdicciones: Arizona, California, Colorado, Florida, Georgia, Idaho, Illinois, Kentucky, Maine, Minnesota, Nebraska, Nuevo México, Ciudad de Nueva York, Estado de Nueva York, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregón, Pensilvania, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington y Wisconsin. Se notificaron 6 casos de sarampión en visitantes internacionales a los Estados Unidos.

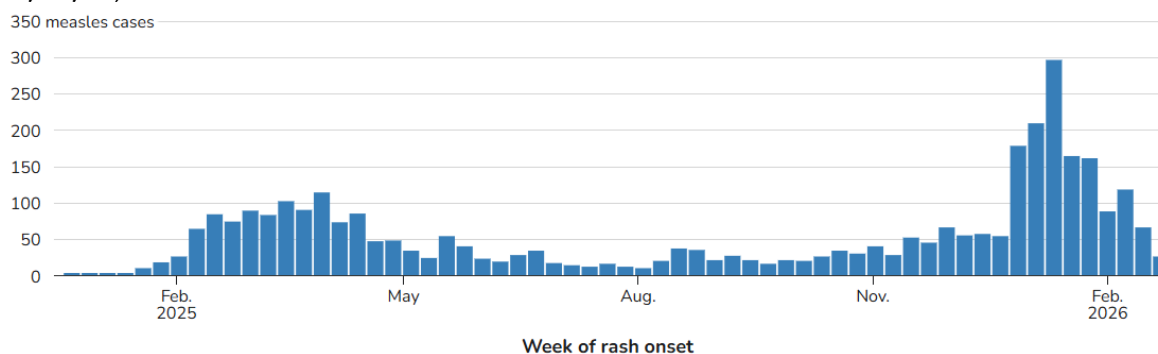
Se han notificado 10 nuevos brotes en 2026, y el 90% de los casos confirmados (1.023 de 1.136) están asociados a brotes (152 correspondientes a brotes en 2026 y 871 a brotes que comenzaron en 2025).

En el año 2025, se notificaron un total de 2.281 casos confirmados de sarampión. Un total de 25 casos confirmados de sarampión fueron de visitantes internacionales a los Estados Unidos.

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

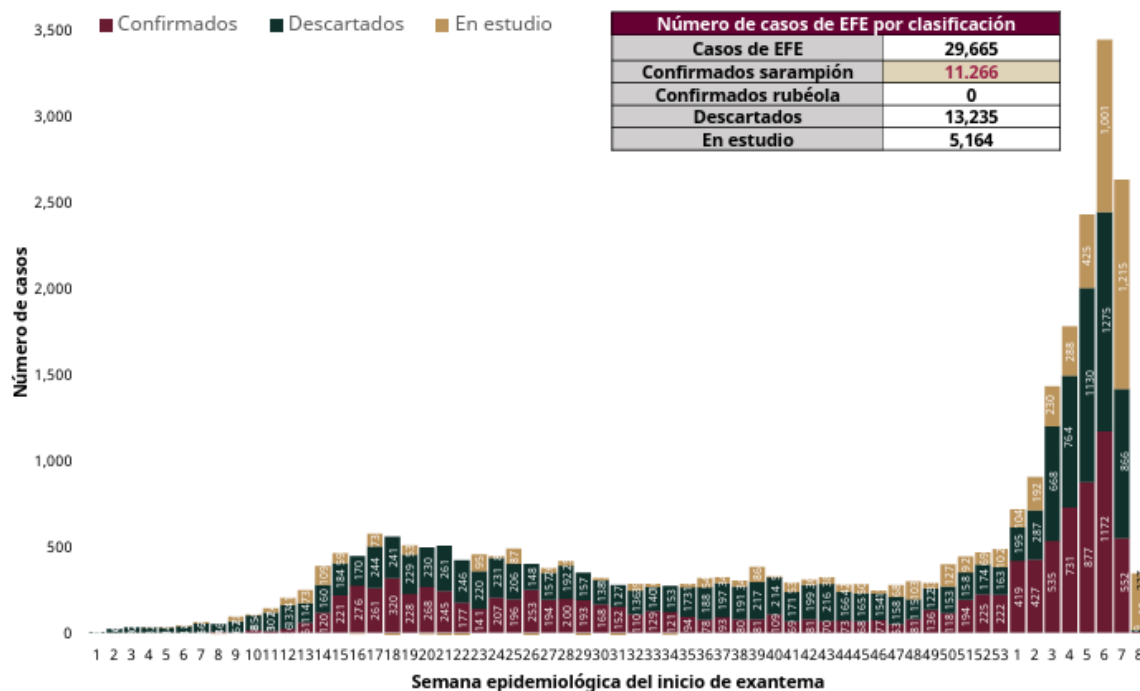
²⁴ <https://www.minsalud.gov.co/CC/Noticias/2026/Paginas/colombia-refuerza-acciones-preventivas-ante-aumento-de-casos-de-sarampion-en-las-americas.aspx>

²⁵ <https://www.cdc.gov/measles/data-research/>

Gráfico 2. Casos semanales de sarampión según la fecha de inicio del exantema. 2025-2026 (hasta 26/02/26).**VIII.2.A. MÉXICO²⁶**

Al 25 de febrero, se han reportado 11.266 casos confirmados de sarampión acumulados desde el comienzo del brote. El grupo de edad más afectado es de 1 a 4 años (1.569 casos), seguido del grupo de 5 a 9 años (1.358 casos) y el de 25 a 29 años (1.276 casos).

Se han reportado 32 fallecimientos a la fecha.

Gráfico 3. 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.

²⁶ www.gob.mx/salud/documentos/informe-diario-del-brote-de-sarampion-en-mexico-2026

VIII.3. Situación actual en la Argentina

A partir del último caso detectado, contacto de un caso confirmado mientras se encontraba en el exterior, se emitió el Alerta Epidemiológica²⁷ con fecha del 12 de febrero.

VIII.3.A. NOTA METODOLÓGICA

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

Para el presente **análisis** se utilizaron las **notificaciones nominales** correspondientes al evento Enfermedad Febril Exantemática registradas en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), del que se excluyeron los casos clasificados de forma manual como “Invalidados por Epidemiología”.

Para determinar la temporalidad de los casos, se estableció un orden que prioriza la “Fecha de inicio de exantema”. En los casos en que esta información no se encuentra disponible, se tomó la “Fecha de consulta”, “Fecha de toma de muestra” y, en su defecto, la “Fecha de apertura”. En cuanto a la procedencia, se utilizó la ‘Provincia de residencia’ y en caso de que no estuviera el dato, se utilizó la “Provincia de carga”.

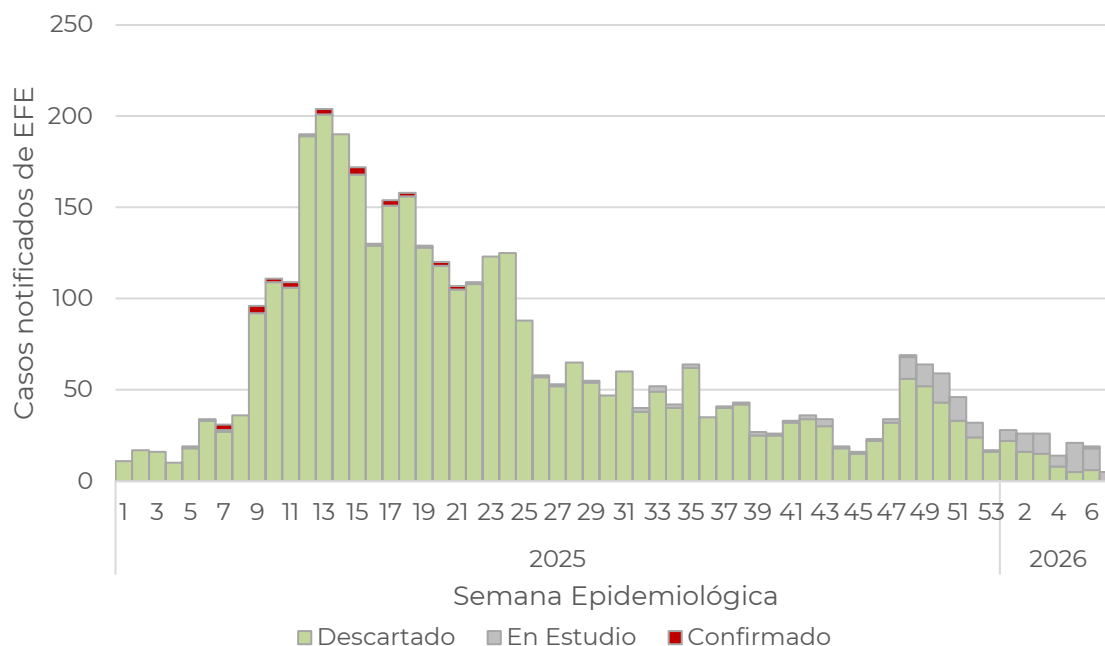
El análisis incluyó las notificaciones correspondientes a los datos reportados hasta la SE 7 (21 de febrero inclusive) del año 2026 y para los casos confirmados la última información disponible previa a la publicación de este boletín (27 de febrero).

VIII.3.B. NOTIFICACIÓN DE CASOS

El gráfico a continuación muestra la distribución de las sospechas por semana epidemiológica a nivel país del año 2025 hasta la SE 7 del año 2026.

²⁷ https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/alerta_sarampion_20260206_vf.pdf

Gráfico 4. Número de notificaciones de Enfermedad Febril Exantemática según semana epidemiológica. Argentina. SE1/53 de 2025 (n=3679) y SE1 a SE7 de 2026. (n= 140).



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

Como se observa en la curva epidémica, a medida que transcurren los días desde la confirmación de los casos, disminuye la sospecha clínica y, en consecuencia, la sensibilidad del sistema de salud para detectar nuevos casos potenciales.

VIII.3.C.DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

Uno de los indicadores para monitorear la sensibilidad y calidad de la vigilancia epidemiológica del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, es el cumplimiento de la tasa mínima anual esperada de casos sospechosos de sarampión y rubéola, fijada en al menos 2 notificaciones por cada 100.000 habitantes.

En este contexto, se presenta a continuación una tabla con la distribución de notificaciones y confirmaciones por provincia, así como la tasa esperada por jurisdicción, lo cual permite analizar el grado de cumplimiento de este umbral al momento del corte del informe.

Tabla 1. Distribución de casos notificados y confirmados de Sarampión, tasa cada 100 mil habitantes y notificaciones mínimas esperadas a la semana actual por jurisdicción. Argentina. SE 1 a SE 7 2026.

Jurisdicción	Confirmado	Notificaciones totales actuales	Tasa c/100-mil	Notificaciones mínimas esperadas actuales	Notificaciones esperadas anuales
Buenos Aires		57	0,3	53	367
CABA	1	31	1,0	9	62
Catamarca		1	0,2	1	9
Chaco		2	0,2	4	25
Chubut		1	0,1	2	13
Córdoba		3	0,1	11	79
Corrientes			0,0	3	23
Entre Ríos		6	0,4	4	29
Formosa		1	0,2	2	13
Jujuy		3	0,4	2	16
La Pampa		1	0,3	1	7
La Rioja			0,0	1	8
Mendoza		9	0,4	6	42
Misiones			0,0	4	27
Neuquén			0,0	2	14
Río Negro		1	0,1	2	16
Salta		10	0,7	4	30
San Juan			0,0	2	16
San Luis		2	0,4	2	11
Santa Cruz			0,0	1	8
Santa Fe		3	0,1	11	73
Santiago del Estero			0,0	3	21
Tierra del Fuego		1	0,5	1	4
Tucumán		7	0,4	5	36
Total	1	139	0,3	138	949

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

Del análisis de la información notificada se identifican dos situaciones diferenciadas entre las jurisdicciones:

1. *Jurisdicciones con notificaciones por debajo del valor esperado para esta fecha (en rosa):* Tal es el caso de Chaco, Chubut, Córdoba, Corrientes, Formosa, La Rioja, Misiones, Neuquén, Río Negro, San Juan, Santa Cruz, Santa Fe y Santiago del Estero, donde resulta clave continuar reforzando las acciones de sensibilización y detección oportuna para alcanzar los estándares establecidos.

2. *Jurisdicciones que tienen la misma cantidad de notificaciones esperadas para la SE actual (verde claro):* En este segundo grupo se incluye Catamarca, La Pampa, San Luis y Tierra del Fuego que alcanzaron las notificaciones esperadas para la semana epidemiológica actual.

3. *Jurisdicciones que superaron la cantidad de notificaciones esperadas para la SE actual (verde oscuro):* En este tercer grupo se incluye Buenos Aires, CABA, Entre Ríos, Jujuy, Mendoza, Salta, y Tucumán que superaron las notificaciones esperadas para la semana epidemiológica actual.

Este análisis permite monitorear periódicamente el desempeño del sistema de vigilancia en las distintas jurisdicciones y orientar acciones correctivas en tiempo oportuno.

VIII.4. Sobre el último caso confirmado

VIII.4.A. DESCRIPCIÓN DEL CASO ACTUAL

El 12 de febrero de 2026 se confirmó, a través del SNVS 2.0, un caso de sarampión en un adulto de 29 años, residente en la Ciudad de Buenos Aires, con antecedente de viaje reciente a Filipinas y exposición a un caso confirmado durante un vuelo internacional el 27 de enero.

El inicio de síntomas ocurrió el 9 de febrero. Ante la sospecha clínica y el antecedente epidemiológico, la muestra fue derivada al Laboratorio Nacional de Referencia, donde se confirmó la detección del virus por rt-PCR. Los estudios de genotipificación viral realizados por el LNR refieren un genotipo D8.

El paciente presenta antecedente de vacunación con triple viral en la infancia, cursa un cuadro clínicamente estable y permanece en aislamiento domiciliario.

Durante el período de transmisibilidad participó en actividades sociales en la provincia de Buenos Aires (Azul y General Pacheco), lo que motivó la investigación epidemiológica y la identificación de contactos en distintas jurisdicciones.

VIII.4.B. ACCIONES EN CURSO

Desde la notificación inicial por medio del CNE, y más tarde de la jurisdicción, los equipos nacionales y jurisdiccionales trabajan de manera articulada en la investigación epidemiológica, identificación y seguimiento de contactos, implementación de acciones de bloqueo e inmunización de susceptibles.

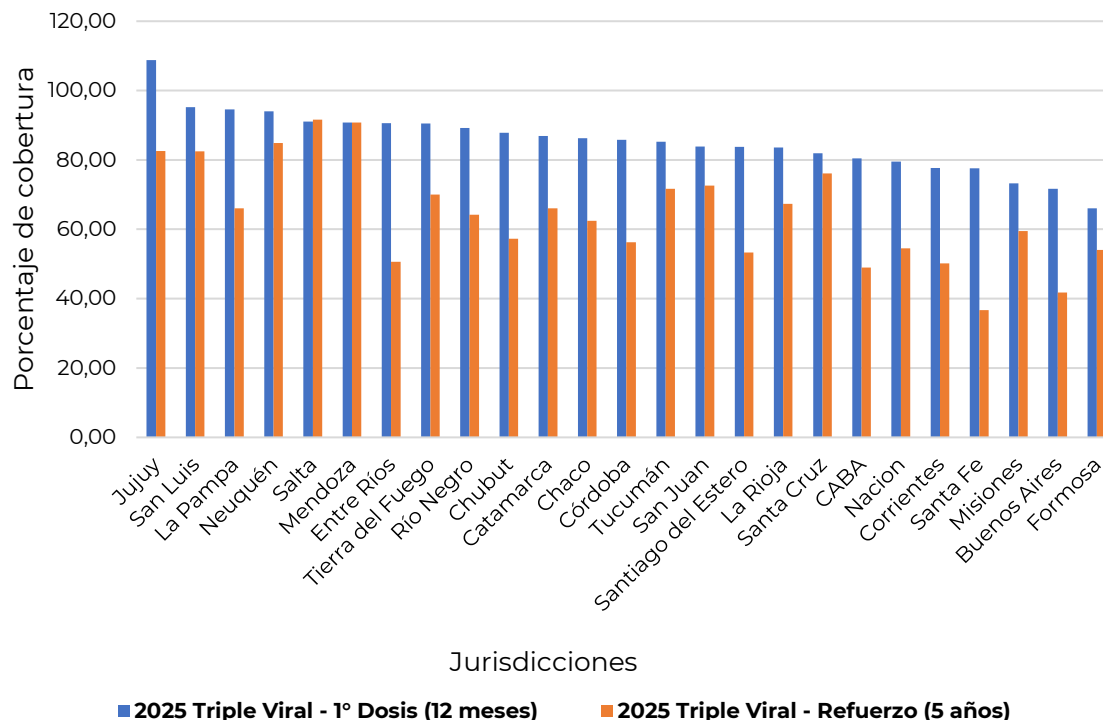
Se reforzó la vigilancia de Enfermedad Febril Exantemática en las regiones involucradas y se aseguraron insumos para la respuesta (vacunas y gammaglobulina).

A partir de la investigación epidemiológica, se identificaron 129 contactos, con domicilio en las localidades de Azul, Olavarría, General Pacheco y CABA.

A la fecha un solo contacto presentó síntomas, se procedió a tomar muestras y resultó descartado. Todos los contactos continúan en seguimiento por el plazo de 30 días desde la fecha del último contacto con el caso. A su vez se sostiene la comunicación interjurisdiccional y el monitoreo activo ante la posible aparición de nuevos casos.

VIII.5. Coberturas

El Gráfico 3 presenta las coberturas de vacunación con triple viral correspondientes a la primera dosis (12 meses) y al refuerzo (5 años) por jurisdicción, ordenadas de mayor a menor según la cobertura de la primera dosis. Se observa que, si bien la mayoría de las jurisdicciones alcanzan coberturas relativamente más elevadas para la primera dosis, la cobertura del refuerzo resulta sistemáticamente menor y presenta una mayor heterogeneidad interjurisdiccional. Esta brecha entre dosis evidencia desafíos en la oportunidad y continuidad de la vacunación, particularmente en la captación para la segunda dosis, lo que podría comprometer la consolidación de niveles homogéneos de inmunidad poblacional.

Gráfico 3. Porcentaje de cobertura de vacuna triple viral SRP por jurisdicción. Argentina. Año 2025

Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Registro Nominalizado de Vacunación (NOMIVAC).

VIII.6. Recomendaciones para la comunidad

Resulta fundamental garantizar el cumplimiento del esquema de vacunación contra el sarampión de acuerdo a las recomendaciones vigentes en los establecimientos con actividades educativas, deportivas, recreativas y sociales.

Las aulas y otros espacios donde se desarrollan las actividades mencionadas suponen el contacto estrecho entre niños, adolescentes y adultos, la convocatoria a reuniones y actos escolares con gran afluencia de personas y un incremento del desplazamiento de la población, constituyendo así un escenario que facilita la propagación del virus del sarampión en la comunidad.

VIII.7. Recomendaciones para los equipos de salud

Hay que tener en cuenta realizar un correcto *triage* de las personas sintomáticas que concurren a los centros asistenciales de salud para poder tomar las medidas de aislamiento respiratorio para evitar la exposición de las personas que se encuentran en ese momento y la contaminación durante 2 horas de los espacios en donde se encuentre el paciente.

VIII.8. Vigilancia epidemiológica

Los casos de Enfermedad Febril Exantemática (EFE) constituyen eventos de notificación obligatoria en el marco de la ley 15.465 y la resolución 2827/2022 del Ministerio de Salud de la Nación que actualiza las normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria.

Todo caso sospechoso de EFE deberá notificarse de forma inmediata al Sistema Nacional de vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) al grupo de eventos Enfermedad Febril Exantemática, con datos completos tanto de identificación, clínicos, epidemiológicos y por laboratorio.

VIII.8.A. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE CASO

Definición de Caso de EFE (caso sospechoso de sarampión/rubéola):

Persona de cualquier edad con fiebre (temperatura axilar $>38^{\circ}\text{C}$) y exantema, independientemente del antecedente vacunal, o bien que un personal de salud sospeche sarampión o rubéola.

Ficha de investigación de caso sospechoso de EFE (sarampión/rubéola): https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-10/ficha_de_sarampion_y_rubiola_9102023.pdf

VIII.9. Medidas de prevención

VIII.9.A. VACUNACIÓN

Adelantamiento de segunda dosis de TV a los 15 - 18 meses de vida

Argentina presenta riesgo de reintroducción del sarampión en forma permanente, por lo cual es clave mejorar las coberturas de vacunación en todos los grupos de edad.

Dada la actual circulación mundial, regional y nacional del sarampión, y tras una rigurosa evaluación de la evidencia científica, Argentina ha decidido continuar y fortalecer su estrategia de inmunización, indicando la segunda dosis de vacuna triple viral entre los 15 a los 18 meses de vida, en lugar de la anterior indicación al ingreso escolar, a todos los nacidos desde el 1° de julio de 2024, a partir del 1 de enero de 2026. Esta estrategia tiene como objetivo la disminución de susceptibles, con cohortes que accederán a un esquema vacunal completo a edades más tempranas.

A partir del 1 de enero del 2026, el esquema de vacunación es el siguiente:

Primera dosis: vacuna a los 12 meses de edad.

Segunda dosis: vacuna entre los 15 y 18 meses de edad nacidos desde el 1° de julio de 2024.

A fin de garantizar que todos los niños completen su esquema de vacunación de 2 (dos) dosis se continuará vacunando, en el año en que cumplen 5 años de edad, a las cohortes nacidas en 2021, 2022, 2023 y en los primeros 6 meses de 2024, es decir nacidos desde el 1 de enero de 2021 hasta el 30 de junio de 2024.

- Personal de salud: Todas las personas que trabajan en el nivel asistencial, incluyendo trabajadores de mesa de entradas, limpieza, seguridad, laboratorio, planta médica y de enfermería, etc., deben acreditar dos dosis de vacuna con componente contra el sarampión aplicadas después del año de vida (doble o triple viral) o contar con serología IgG positiva para sarampión.
- Adultos: deben acreditar la aplicación de 2 dosis de vacuna con componente antisarampionoso. Las personas nacidas antes de 1965 se consideran inmunes y no necesitan vacunarse.

Recomendaciones para residentes en Argentina que viajen al exterior

- Niños menores de 6 meses: La vacuna no está recomendada en este grupo etario, considerado el de mayor vulnerabilidad.

- Niños de 6 a 11 meses: Deben recibir una dosis de vacuna doble viral o triple viral (“dosis cero”). Esta dosis es adicional y no debe ser considerada parte del esquema regular de vacunación del CNV.
- Niños de 12 meses: Deben recibir la primera dosis correspondiente al CNV con vacuna triple viral.
- Niños de 15 meses en adelante: Deben acreditar al menos dos dosis de vacuna triple viral.
- Mayores de 5 años, adolescentes y adultos: Deben acreditar dos dosis de vacuna con componente contra el sarampión (doble o triple viral) aplicadas después del año de vida o demostrar inmunidad mediante serología IgG positiva.
- Personas embarazadas: Pueden viajar si acreditan dos dosis de vacuna con componente antisarampionoso (doble o triple viral) aplicadas después del año de vida o demostrar inmunidad mediante serología IgG positiva. Se desaconseja viajar a las embarazadas sin antecedentes comprobables de vacunación o sin anticuerpos contra el sarampión.

Frente a la situación epidemiológica mundial se recomienda contar con esquema de vacunación adecuado antes de realizar un viaje. De no contar con las dos dosis recomendadas, la vacuna debe ser aplicada como mínimo 15 días antes del viaje. Estas indicaciones son dinámicas y podrán sufrir modificaciones de acuerdo con la situación epidemiológica. Las eventuales modificaciones serán comunicadas oportunamente

El antecedente de vacunación se deberá constatar a través del registro nominal de vacunación o por presentación del carnet de vacunación donde conste el esquema completo para sarampión y la rubéola, según Calendario Nacional de Vacunación.

*Se recomienda contar con esquema de vacunación adecuado antes de realizar un **viaje**.*

Las recomendaciones de vacunación se pueden consultar en:

<https://www.argentina.gob.ar/salud/sarampion/vas-a-viajar>

<https://www.argentina.gob.ar/salud/sarampion>

Ante el riesgo de propagación del virus en la comunidad, se propone la implementación de una campaña de vacunación dirigida a la población objetivo residente en esta región. Consultar en:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018/02/lt_vacuna_sarampion-2025.pdf

VIII.10. Medidas ante casos y contactos

VIII.10.A. MEDIDAS ANTE CASOS SOSPECHOSOS Y/O CONFIRMADOS:

- Instaurar medidas de aislamiento respiratorio: uso de barbijo para la persona con sintomatología y para acompañantes para la circulación y atención dentro de la institución.
- Disponer el aislamiento respiratorio del paciente hasta los 7 días siguientes del inicio del exantema para evitar contagios.
- Asegurar la atención de manera inmediata, evitando traslados innecesarios (evitar circular en transportes públicos y dentro de las instituciones, en caso de ser necesario salir de domicilio debe utilizar doble barbijo)
- El personal de salud a cargo de su atención deberá Utilizar barbijo de Alta eficiencia (N95); y contar con carnet de vacunación que certifique al menos 2 dosis en la vida con

componente de sarampión doble viral (DV) o triple viral (SRP) o el antecedente clínico/serológico que demuestre haber padecido la enfermedad o haber sido inmunizado con vacuna.

- Informar inmediatamente a la autoridad sanitaria por el medio disponible ante la sola sospecha clínica de caso, sin esperar resultados de laboratorio.
- Confeccionar la ficha de investigación epidemiológica y reportar los datos de la misma en el SNVS 2.0, evento “Enfermedad Febril Exantemática”.
- Recolectar muestras para el diagnóstico etiológico: tomar siempre muestra de sangre sumado a una muestra de orina dentro de los 14 días posteriores a la aparición de exantema y/o hisopado o aspirado nasofaríngeo (HNF o ANF) preferentemente dentro de los 7 días de inicio del cuadro. Las muestras de HNF deben ser tomadas con hisopo de nylon, dacrón o poliéster y se deben colocar en tubo con 2 ml de medio de transporte viral o en su defecto solución fisiológica. Las muestras se deben conservar refrigeradas hasta su derivación, que debe realizarse dentro de las 48 hs. posteriores a la toma.

Vacunación dentro de las 48 a 72 hs.

1. Contactos entre 6 y 11 meses de edad deberán recibir UNA DOSIS de vacuna triple o doble viral. Esta dosis no debe ser tenida en cuenta como parte del esquema de vacunación del calendario nacional.
 2. Contactos de 12 meses: se deberá asegurar UNA DOSIS de vacuna triple viral.
 3. Contactos de 13 meses o más (excepto personas adultas nacidas antes de 1965) se deberán asegurar DOS DOSIS de vacuna con componente anti sarampionoso.
 4. Contactos menores de 6 meses de edad, embarazadas sin evidencia de inmunidad contra el sarampión y severamente inmunosuprimidas (independientemente del antecedente de vacunación) deberán recibir Inmunoglobulina de pool dentro de los 6 días de contacto. La inmunoglobulina se aplica por vía intramuscular, la dosis recomendada es de 0.25 ml/kg. En personas inmunocomprometidas, la dosis es de 0,5 ml/kg (dosis máxima 15 ml).
- Realizar búsquedas activas de contactos e identificar los susceptibles (menores de 1 año, personas con vacunación incompleta o sin vacunación).
 - Localización y seguimiento de los contactos: Personas que han estado expuestas a un caso confirmado por laboratorio o con vínculo epidemiológico, durante su período de transmisibilidad (4 días antes y 4 días después del inicio del exantema en el caso de sarampión, o 7 antes y 7 después en el caso de rubéola). Realizar el seguimiento de los potenciales susceptibles hasta 21 días después del inicio del exantema del caso.
 - Búsqueda de la fuente de infección: Se buscará todo posible contacto con un caso confirmado de sarampión (entre 7 y 21 días antes del inicio del exantema). Indagar posibles situaciones o lugares de exposición: guarderías, colegios, centros de trabajo, lugares de reunión, viajes, centros asistenciales (urgencias, consultas pediátricas), etc.

Ficha de notificación:

[ficha de sarampion y rubeola 1742024.pdf](#)

Alerta epidemiológica del 06 de marzo de 2025.

[alerta_epidemiologica-sarampion_07032025_0.pdf](#)

COMUNICACIONES EPIDEMIOLÓGICAS

IX. Detección de Influenza Aviar de Alta Patogenicidad en aves en dos jurisdicciones de Argentina

Ante la confirmación de influenza aviar altamente patógena (IAAP) H5 en aves silvestres en la provincia de Buenos Aires y en la Ciudad de Buenos Aires, y en aves de corral en la provincia de Buenos Aires, se emiten la presente alerta con el objetivo de informar a los equipos profesionales de los sectores de la salud humana, animal y ambiental para fortalecer la vigilancia epidemiológica en población humana y animal, reforzar la identificación de casos sospechosos y su investigación exhaustiva y las medidas de prevención y control de la infección.

IX.1. introducción

La influenza aviar es una enfermedad viral de distribución mundial altamente contagiosa que afecta a aves de corral y silvestres, causada por subtipos de Influenza A (como H5N1, H5N3, H5N8). Las aves acuáticas silvestres son reservorios importantes del virus, y las aves de corral pueden infectarse por contacto con aves silvestres. En los últimos años, se ha observado un aumento de detección del virus A(H5N1) en mamíferos terrestres y marinos, tanto salvajes como domésticos. Aunque las infecciones humanas son raras, ocurren principalmente tras contacto directo con animales infectados o sus entornos contaminados. No se ha registrado transmisión sostenida entre personas, pero debido a la capacidad del virus para evolucionar, es fundamental el monitoreo de la infección en humanos expuestos. La enfermedad puede presentar síntomas leves o graves, como fiebre, tos, mialgias, y en casos más severos, neumonía y compromiso multiorgánico.

IX.2. Situación actual

El 21 de febrero del año actual se ha confirmado la detección del virus de influenza aviar altamente patógena (IAAP) H5 en aves silvestres del departamento de General Madariaga, provincia de Buenos Aires²⁸. Las especies afectadas incluyen gaviota capucho café, cisne coscoroba y cisne de cuello negro. El 23 de febrero se detectó en aves de corral (reproductores padres pesados) en la localidad de Ranchos de la provincia de Buenos Aires²⁹. El 25 de febrero se confirmó otro caso en reproductores padres pesados de la localidad de Lobos, también de la provincia de Buenos Aires³⁰. Todas las muestras fueron confirmadas en los laboratorios de SENASA.

El 25 de febrero en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se confirmaron por laboratorio muestras tomadas de Cisnes Coscoroba halladas en la Reserva Ecológica Costanera Sur.

²⁸ <https://www.argentina.gob.ar/noticias/buenos-aires-se-detecto-un-caso-de-influenza-aviar-en-aves-silvestres-en-general-madariaga>

²⁹ <https://www.argentina.gob.ar/noticias/influenza-aviar-se-confirio-un-caso-positivo-en-aves-comerciales-en-buenos-aires>

³⁰ <https://www.argentina.gob.ar/noticias/buenos-aires-se-detecto-un-segundo-caso-de-influenza-aviar-en-aves-comerciales>

En respuesta a esta detección, equipos de profesionales de salud animal y humana nacionales y jurisdiccionales están llevando a cabo la identificación de casos expuestos, la investigación epidemiológica correspondiente y la implementación de las medidas de control necesarias.

El SENASA activó las acciones previstas en su plan de contingencia para evitar la circulación del virus y mitigar las consecuencias de la enfermedad.

IX.3. Antecedentes de situación actual

En febrero de 2023, Argentina confirmó la introducción del virus de influenza aviar altamente patógena (IAAP) del subtipo A(H5N1), lo que provocó brotes tanto en aves silvestres como, en aves de traspato, aves de granjas comerciales y mamíferos marinos. A partir de entonces y a lo largo del año, se registraron 81 brotes en aves de traspato, 18 en aves comerciales y 8 en aves silvestres. Con el cierre del último brote en aves de corral, el 7 de agosto, Argentina recupera la condición de país libre de IAAP en aves de corral. Posteriormente, el 10 de agosto de 2023, se confirmó el primer caso de IAAP H5 en mamíferos marinos en Argentina, en la costa de Tierra del Fuego, cerca de Río Grande. A partir de este evento, se identificaron brotes a lo largo de la costa atlántica, afectando a las provincias de Tierra del Fuego, Santa Cruz, Chubut, Río Negro y Buenos Aires³¹. Luego de la implementación del protocolo de vigilancia epidemiológica, prevención y control de la influenza aviar (IA) en humanos, se llevó a cabo el seguimiento de 327 casos expuestos y 21 casos sospechosos en el país, todos los cuales fueron descartados por el Laboratorio Nacional de Referencia. Estos esfuerzos de monitoreo y vigilancia fueron posibles gracias a las medidas preventivas y de detección precoz establecidas en el protocolo.

Durante el 2025, el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) confirmó un total de 7 brotes (6 en aves de traspato y uno en aves de corral) de influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP) en Argentina. Se registraron un total de 51 personas expuestas y 2 casos sospechosos que fueron descartados.

IX.4. Situación Internacional³²

En 2020, el virus de influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP) subtipo H5N1 del clado 2.3.4.4b ha ocasionado un número sin precedentes de muertes de aves silvestres y aves de corral en numerosos países de África, Asia y Europa. En 2021, este virus se extendió a través de las principales rutas migratorias de aves acuáticas a América del Norte y, en 2022 a Centroamérica y América del Sur. Para el 2023, se registraron brotes en animales, los cuales fueron notificados por 14 países y territorios, principalmente en las Américas. En los últimos años, se ha incrementado la detección de virus A(H5N1) en especies no aviares a nivel mundial, incluyendo mamíferos terrestres y marinos, tanto silvestres como domésticos (de compañía y de producción). Desde 2022, 22 países de tres continentes, incluyendo las Américas, han notificado brotes en mamíferos a la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA).

Desde inicios del 2003 hasta el 29 de septiembre del 2025, se notificaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) 991 casos humanos de influenza aviar A(H5N1), incluidas 476 defunciones (letalidad del 48%), en 25 países a nivel global.

³¹ https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_ve_2023.pdf

³² <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-influenza-aviar-ah5n1-region-america-24-noviembre-2025>

IX.5. Situación regional³³

Desde la semana epidemiológica (SE) 16 del 2022 y hasta la SE 45 del 2025, un total de 19 países y territorios de la Región de las Américas reportaron a la OMSA 5.136 brotes animales de influenza aviar A(H5N1), lo que representa 73 brotes adicionales desde la última actualización epidemiológica sobre influenza aviar A(H5N1) publicada por la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) el 15 de octubre del 2025.

Entre el 20 de abril del 2022 y el 18 de noviembre del 2025, un total de 75 infecciones humanas causadas por influenza aviar A(H5N1), incluyendo dos defunciones, han sido notificadas en cinco países de las Américas, sin casos adicionales con respecto a la última actualización epidemiológica sobre influenza aviar publicada por la OPS/OMS el 15 de octubre del 2025. Los casos humanos de influenza aviar A(H5N1) en las Américas se distribuyen de la siguiente manera: un caso en México notificado el 2 de abril del 2025, 71 casos en los Estados Unidos de América – uno en 2022 y 70 desde 2024, un caso en Canadá confirmado el 13 de noviembre del 2024, un caso en Chile notificado el 29 de marzo del 2023 (13) y un caso en Ecuador notificado el 9 de enero del 2023.

Adicionalmente a estos casos confirmados de H5N1, los casos de infección humana más recientes de influenza aviar A(H5) notificados en la Región de las Américas se registraron en: México el 2 de octubre del 2025 (6, 7), el cual correspondió a un caso de H5N2, siendo el segundo caso humano de H5N2 identificado en México (15) y en los Estados Unidos el 14 de noviembre del 2025, pendiente de caracterización.

En Uruguay, el Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca, a través de la Dirección General de Servicios Ganaderos (DGSG), resolvió declarar la emergencia sanitaria en todo el territorio nacional ante el hallazgo de Influenza Aviar de alta patogenicidad H5 en especies silvestres en los departamentos de Maldonado, Rocha y Canelones.

IX.6. Recomendaciones para equipos de salud

Fortalecer la vigilancia epidemiológica de influenza en aves y personas expuestas. La detección y control de la influenza aviar en las aves es importante para reducir el riesgo para las personas. A su vez se recomienda evitar el contacto de la población con cualquier animal silvestre. La caza o ataque a la fauna silvestre está prohibida por Ley 22.421.

IX.6.A. TOMA DE MUESTRA EN HUMANOS

Ante la identificación de casos sospechosos de infección humana por virus de influenza aviar, se debe tomar una muestra respiratoria (hisopado nasofaríngeo, hisopado nasal y faríngeo combinados, aspirado nasofaríngeo, hisopado conjuntival), en lo posible, dentro de los 4 días del momento de aparición de los síntomas.

³³<https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-influenza-aviar-ah5n1-region-americas-24-noviembre-2025> y <https://www.gub.uy/ministerio-ganaderia-agricultura-pesca/comunicacion/noticias/mgap-declara-emergencia-sanitaria-nacional-influenza-aviar-h5>

Deben ser recolectadas por personal capacitado en cumplimiento de todas las normas de bioseguridad, incluido el uso de equipo de protección personal (EPP) adecuado para los virus respiratorios.

Las muestras recomendadas son del mismo tipo de muestras que se utilizan para la vigilancia de rutina de influenza. El hisopo nasofaríngeo es el método óptimo de recolección de muestras para las pruebas de diagnóstico de influenza. Sin embargo, se puede recolectar una muestra combinada de hisopado nasal y faríngeo o muestras de aspirado. En casos sospechosos de influenza A(H5) con síntomas de conjuntivitis se sugiere, adicional al hisopado nasofaríngeo, considerar la toma de hisopado conjuntival. Se debe usar un hisopo estéril de dacrón/nylon para la recolección de muestras. No se recomiendan los hisopos con punta de algodón y con madera, ya que interfieren en el procesamiento de la muestra e inhiben las reacciones de diagnóstico molecular. Los hisopos deben colocarse en un tubo de transporte viral que contenga 2 ml de medio de transporte viral estéril y transportarse en el mismo tubo con medio de transporte viral (MTV), o en su defecto, solución fisiológica estéril de uso parenteral. Se recomienda la recolección de muestras dentro de los cuatro días posteriores a la aparición de los síntomas para obtener el mayor rendimiento del virus de la influenza y una mejor detección. Las muestras deben mantenerse refrigeradas (4-8°C) y enviarse en triple envase de seguridad al laboratorio, junto con una copia de la ficha epidemiológica correspondiente.

las muestras se deben remitir al Laboratorio Nacional de Referencia, Servicio Virosis Respiratorias, Dpto. Virología, INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”, en triple envase de seguridad biológica, con refrigerante, junto con la constancia de la carga al SNVS 2.0.

IX.6.B. VIGILANCIA EN ANIMALES

El Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) implementa un sistema de vigilancia con el objetivo prevenir la infección, detectar precozmente la entrada de Virus de Influenza Aviar (IA), con el fin de controlar y erradicar la enfermedad, como también demostrar la ausencia de infección y circulación del virus de influenza aviar de notificación obligatoria en las aves de corral, traspatio y silvestres en todo el territorio nacional.

La vigilancia epidemiológica cuenta con dos componentes: la vigilancia epidemiológica activa y pasiva, cuya implementación es fundamental para la detección precoz de esta enfermedad.

Para tal fin se establece un programa de vigilancia para ambos componentes. Las muestras para el programa de vigilancia activa, se toman de acuerdo a un diseño estadístico basado en riesgo, calculado a partir de la información surgida del análisis del riesgo de introducción de IA, el cual, entre otros factores, considera la ocurrencia de esa enfermedad en otros países del mundo y de la región. Se toman muestras de aves de corral, aves de traspatio y aves silvestres.

La vigilancia activa permite detectar precozmente la circulación viral en aves de corral con el fin de contener su propagación y evitar la evolución a cepas altamente patógenas. Además, la vigilancia en base a muestreos oportunistas es importante para monitorear la ocurrencia de infección en aves silvestres migratorias, con el objetivo de dirigir acciones de mitigación de riesgos y prevención de introducción de este patógeno a poblaciones de aves domésticas, y su potencial efecto en la salud humana, el comercio internacional y/o a la conservación de la biodiversidad.

La vigilancia pasiva es la estrategia fundamental para la detección precoz y debe basarse en la notificación obligatoria e inmediata de los casos sospechosos para su investigación por el SENASA. Consta de sensores, actores locales, regionales y, a nivel central, del Servicio Veterinario Oficial. Los sensores son aquellos que en contacto con los animales pueden sospechar la presencia de una enfermedad y lo notifican ante el veterinario oficial. Son todos

los actores del ámbito público-privado que forman parte de las distintas cadenas productivas o sectoriales.

La Resolución SENASA N°153/2021 establece el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Animales y provee las listas de síndromes y enfermedades notificables y reportables, el tiempo de notificación y de atención. Una intervención inmediata del SENASA, permite detectar de manera temprana la aparición de enfermedades exóticas o emergentes y reemergentes. Permite realizar el análisis de medidas y estrategias sanitarias para poder controlar y/o erradicar enfermedades. Asegura una rápida acción para prevenir la propagación de la enfermedad, encontrar su origen y llegar a establecer una acción en forma inmediata.

Ante la detección de signos clínicos respiratorios, digestivos, neurológicos, disminución en la producción de huevos, en el consumo de agua o alimento o, el hallazgo de aves domésticas o silvestres muertas o cualquier situación sanitaria fuera de lo común, se debe notificar al organismo.

Para notificar la sospecha de una enfermedad detectada en aves de de corral o de no corral (traspato o silvestres), pueden utilizarse los siguientes canales: [oficina más cercana](#) –por teléfono o personalmente–; **Whatsapp**, al (11) 5700 5704; por correo electrónico a notificaciones@senasa.gob.ar; a través del [Formulario Avisá al Senasa](#), disponible en el sitio web oficial. Para más información, ingresar en el [Micrositio del Senasa](#).

Para ampliar la información sobre el marco normativo y las actividades llevadas a cabo para resguardar la sanidad aviar dirigirse al siguiente link: <https://www.argentina.gob.ar/senasa/programas-sanitarios/cadenaanimal/aves/aves-produccion-primaria/sanidad-animal>.

IX.7. Vigilancia epidemiológica en humanos

En el marco de la Estrategia de Vigilancia y Control Integral de las Infecciones Respiratorias Agudas, dada la actual situación epidemiológica regional y nacional en la que se destaca la evidencia de la circulación de virus de la Influenza A(H5), se requiere poner en marcha la la vigilancia epidemiológica (detección y seguimiento) de personas expuestas a Influenza Aviar, así como fortalecer la detección de eventos respiratorios inusuales y el monitoreo de enfermedades tipo influenza (ETI) e infección respiratoria aguda grave (IRAG) a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

Este documento presenta las recomendaciones vigentes al momento de su publicación. Los lineamientos de vigilancia, prevención y control están sujetos a un proceso de revisión continua.

IX.7.A. DEFINICIONES DE CASO

Persona expuesta a Influenza Aviar: Toda persona que haya tenido exposición³⁴ a animales enfermos o muertos, o sus entornos contaminados con excreciones (heces, sangre, secreciones

³⁴ Las exposiciones pueden incluir: permanecer en el mismo espacio cerrado (< 2 metros), tocar o manipular aves infectadas o haber tenido contacto directo con superficies contaminadas.

respiratorias, etc.), en una zona³⁵ donde hubo un brote de Influenza AH5 en aves u otros animales en los últimos 10 días y sin uso adecuado de equipo de protección personal³⁶.

Caso sospechoso de Influenza Aviar: Toda persona expuesta a influenza a aviar que presenta - dentro de los 10 días de la última exposición- inicio agudo de al menos uno de los siguientes síntomas: tos, dolor de garganta, coriza, dificultad para respirar, conjuntivitis; con o sin fiebre³⁷.

IX.7.B. NOTIFICACIÓN

Todo caso Expuesto a Influenza Aviar deberá notificarse al SNVS2.0 desde su detección hasta el fin de seguimiento al evento ***Influenza Aviar: expuestos a animales sospechosos o confirmados de gripe aviar.***

Grupo de eventos: Infecciones respiratorias agudas

- Modalidad: Nominal
- Periodicidad: Inmediata
- Estrategia: universal.
- Componentes que participan en la vigilancia: Epidemiológico, clínico y laboratorio.
- Evento: Influenza Aviar: expuestos a animales sospechosos o confirmados de gripe aviar.

Identificación del Operativo: Para lograr asociar la notificación con el foco de Influenza Aviar del cual resulta Expuesto se dispone usar el ítem Vigilancia Activa de la ficha del SNVS y el listado de focos identificados, de manera tal que el operador seleccione a cual de los focos activos corresponde el expuesto que se está notificando. Para ello deberá tildarse en “Vigilancia Activa” y luego seleccionar el foco de Influenza Aviar de Alta Patogenicidad (IAAP) que corresponda.

Todas las personas que cumplan con la definición de **caso sospechoso** deberán estudiarse por laboratorio en el Laboratorio Nacional de Referencia para reconocer el agente etiológico y notificarse de forma nominal e inmediata al SNVS.2.0 al evento **“Sospecha de virus emergente”**. Se deberán completar los datos correspondientes a los componentes de vigilancia clínica, de laboratorio y epidemiológicos consignando la condición de fallecido si corresponde y el antecedente de vacunación antigripal según corresponda³⁸.

IX.8. Medidas de prevención y control

Ante la detección de un brote de influenza en animales:

Todas las personas expuestas estarán bajo vigilancia para detectar de manera temprana los casos sospechosos de infección.

- Las autoridades sanitarias deberán elaborar un registro de personas expuestas a influenza aviar (según las definiciones precedentes).

³⁵ Se tomará como “zona donde hubo un brote” a lo comprendida por foco, perifoco y vigilancia definida por el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA)

³⁶ Las personas intervinientes en las tareas de control de foco que hayan utilizado EPP en forma adecuada deberán realizar auto monitoreo de síntomas e informar a la autoridad sanitaria en caso de presentar síntomas dentro de los 10 días de la última exposición de riesgo.

³⁷ Se incorpora a la definición de caso sospechoso la presencia de conjuntivitis (irritación en los ojos)

³⁸ MSAL. Infecciones respiratorias agudas. Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control 2024. Disponible en: [guia_para_la_vigilancia_prevenccion_y_control_ira-2024.pdf](#)

- Realizar **monitoreo diario de síntomas de personas expuestas** hasta el décimo día inclusive luego del último contacto con aves infectadas o entornos posiblemente contaminados. Las personas expuestas deben ser instruidas para detectar tempranamente los síntomas.
- **No se requiere el aislamiento** de personas expuestas mientras permanecen asintomáticas.
- Los casos expuestos a influenza aviar deberán notificarse al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud dentro de las 24 hs. al evento correspondiente.
- Las personas involucradas en las tareas de control de foco en los establecimientos de producción animal deben utilizar un equipo de protección personal adecuado y evitar el contacto directo sin protección con aves enfermas o muertas, cadáveres, heces y ambientes potencialmente contaminados. Se deberá considerar el uso de los siguientes elementos de protección personal:

- Mameluco descartable
- Gafas o antiparras de protección
- Barbijo o mascarillas con dispositivo de filtración para partículas (N-95)
- Botas y cubrecalzados
- Guantes de látex, nitrilo o vinilo

- Quimioprofilaxis posterior a la exposición:^{39,40,41}

La administración de profilaxis debe fundamentarse en una evaluación integral y particularizada del riesgo, teniendo en cuenta los criterios epidemiológicos de exposición al virus de influenza aviar zoonótica.⁴²

Se puede considerar la quimioprofilaxis con oseltamivir en personas asintomáticas con alto riesgo de exposición a influenza aviar: aquellas personas con contacto directo con aves o animales confirmados con influenza aviar, así como quienes participan en actividades de muestreo, captura, eliminación de animales infectados o desinfección de ambientes contaminados con hallazgos positivos de influenza aviar, sin utilizar equipo de protección personal (EPP) o con uso inadecuado del mismo.

Si se indica la profilaxis, esta debe iniciarse lo antes posible, idealmente dentro de las primeras 48 horas tras la exposición.

El oseltamivir se administra por vía oral en una dosis que depende de la edad y el peso corporal.*

Adolescentes y Adultos:

- Dosis: 75 mg cada 24 horas.

³⁹ CDC. Virus A(H5N1) de la influenza aviar altamente patógeno: recomendaciones provisionales para la prevención, el monitoreo y las investigaciones de salud pública. 26 de Diciembre 2024. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/bird-flu/prevention/hpai-interim-recommendations.html>

⁴⁰ Clinical practice guidelines for influenza. Geneva: World Health Organization; 2024.

⁴¹ COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASES. Recommendations for Prevention and Control of Influenza in Children, 2023–2024. Pediatrics. 2023 Oct 1;152(4):e2023063773. doi: 10.1542/peds.2023-063773. PMID: 37641884.

⁴² La decisión de administrar profilaxis también debe tener en cuenta aspectos como las condiciones de salud preexistentes del individuo y la probabilidad de que la infección evolucione a una forma grave.

- Duración: 10 días.

Niños $\geq$ 12 meses:

- Menores de 15 kg: 30 mg cada 24 horas.
- De 15 a 23 kg: 45 mg cada 24 horas.
- De 23 a 40 kg: 60 mg cada 24 horas.
- Mayores de 40 kg: 75 mg cada 24 horas.
- Duración: 10 días.

Niños $<$ 12 meses:**

- Dosis: 3 mg/kg cada 24 horas.
- Duración: 10 días.

*En pacientes con insuficiencia renal, la dosis debe ajustarse según el clearance de creatinina.

**En menores de tres meses, el uso de oseltamivir como quimioprofilaxis no está recomendado.

- Ante la aparición de síntomas:
 - Las personas expuestas deben consultar al equipo de salud, extremar las medidas de prevención incluyendo uso de barbijo y comunicar el antecedente de exposición a animales enfermos o muertos.
 - Ante la identificación de casos sospechosos de infección humana por virus de influenza aviar, se debe tomar una muestra respiratoria (hisopado nasofaríngeo, hisopado nasal y faríngeo combinados, aspirado nasofaríngeo, hisopado conjuntival), en lo posible, dentro de los 4 días del momento de aparición de los síntomas.
 - Los casos sospechosos de influenza aviar deberán notificarse al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud dentro de las 24hs.
 - Ante la identificación de casos sospechosos de influenza aviar en humanos, se sugiere iniciar tratamiento antiviral con oseltamivir lo antes posible.
 - Si ocurre la confirmación por laboratorio debe internarse en aislamiento y asegurarse que reciba el tratamiento con el antiviral lo antes posible, si es que no se encontraba ya en tratamiento.

IX.9. Recomendaciones para la población

- Evitar el contacto con aves y/o mamíferos marinos enfermos o muertos.
- Evitar el contacto con cualquier animal silvestre.
- No tocar superficies que podrían estar contaminadas con saliva, mucosa o heces de aves silvestres o de corral.
- En zonas afectadas evitar pasear animales de compañía sin correa para disminuir el contacto de los mismos con animales silvestres.
- Restringir el acceso de personas y vehículos al área donde fueron halladas las aves positivas, limitando actividades que favorezcan el contacto entre aves silvestres y personas o animales de compañía.
- Quienes posean aves de traspatio deberán mantenerlas en espacios protegidos que eviten el contacto con ejemplares silvestres; utilizar ropa exclusiva de trabajo; higienizar y desinfectar periódicamente las instalaciones; y restringir el acceso de aves silvestres a fuentes de agua y alimento.

- Ante la sospecha, se debe contactar a la [oficina más cercana](#)—por teléfono o personalmente—; **Whatsapp, al (11) 5700 5704**; por correo electrónico a notificaciones@senasa.gob.ar; a través del [Formulario Avisá al Senasa](#), disponible en el sitio web oficial. Para más información, ingresar en el [Micrositio del Senasa](#).
- Seguir las recomendaciones generales para la prevención y control de la transmisión de las infecciones respiratorias agudas: lavado de manos frecuente con agua y jabón, cubrir la boca y la nariz al toser y estornudar; lavarse las manos frecuentemente, no compartir cubiertos ni vasos, ventilar los ambientes, no acudir a actividades laborales o educativas mientras está enfermo.
- Si bien no hay una vacuna específica para la influenza aviar se recomienda que las personas con indicación de vacuna antigripal según los lineamientos nacionales se vacunen oportunamente.

Es importante destacar que la enfermedad no se transmite a las personas por el consumo de carne aviar y subproductos aviares como huevo.

Informe elaborado por el Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología, la Dirección Nacional de Enfermedades Transmisibles, la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, el Laboratorio Nacional de Referencia de Virosis Respiratorias y el Departamento de Epidemiología del INEI-ANLIS y las Áreas técnicas de la Dirección Nacional de Sanidad Animal (SENASA).

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

X. Leishmaniasis Cutánea y Mucosa - Informe epidemiológico

X.1. Introducción

X.1.A. SOBRE ESTA PUBLICACIÓN

En el BEN 751 se publicó el informe epidemiológico de Leishmaniasis cutánea y mucosa y se realizó la correspondiente actualización en el BEN 767.

La periodicidad de la presentación de los datos epidemiológicos de los diferentes eventos de notificación obligatoria (ENO) está relacionada con múltiples dimensiones: estacionalidad, incremento de casos, situaciones especiales como eventos naturales y/o sociales, cambios en la normativa o en el proceso diagnóstico, presentación de la información para conocimiento sistemático de los cambios en la epidemiología, entre otros.

El BEN es un producto de la gestión sanitaria que promueve la visualización de todos los eventos bajo vigilancia con la finalidad de conocer la situación epidemiológica para que los actores involucrados puedan realizar las acciones correspondientes de investigación, control, prevención y/o promoción de la salud.

En este caso, la actualización de la leishmaniasis visceral responde a una necesidad de dar cuenta de la situación epidemiológica en forma sistemática, de acuerdo a la propuesta de periodicidad planteada en función de todos los eventos a vigilar.

X.2. Sobre la enfermedad

Las leishmaniasis son un grupo de enfermedades antroponóticas causadas por diferentes parásitos del género *Leishmania*. Son transmitidas a mamíferos susceptibles -entre ellos los seres humanos- por la picadura de la hembra de diferentes especies de flebotómidos (subfamilia *Phlebotominae*), lo que da lugar a distintos complejos vector-parásito-reservorio/hospedero.

En Argentina, se registran ciclos de transmisión autóctona de las siguientes variantes clínicas: leishmaniasis visceral (LV), que representa la forma de mayor gravedad, y leishmaniasis tegumentaria (LT), que incluye, entre otras, las formas cutáneas (LC) y mucosa (LM).

Aunque dinámica, la transmisión está delimitada a focos naturales donde coexisten vector, reservorio y parásito, condicionados por factores ecológicos como clima, temperatura, humedad y cobertura vegetal. Se han caracterizado tres ciclos de transmisión: selvático, doméstico-rural y doméstico-urbano, a diferencia del ciclo de la leishmaniasis visceral, las LT suele ocurrir en el ciclo selvático que, en nuestro medio, corresponden a tres regiones fitogeográficas (Yungas, Chaqueña y Paranaense) de 11 provincias del centro y norte del país. La transmisión silvestre en áreas de vegetación primaria o residual representa un riesgo principalmente asociado a actividades laborales, recreativas o extractivistas desarrolladas en esos ambientes. Ocasionalmente, se registran brotes de transmisión en los ciclos doméstico-rural y doméstico-urbano —vinculados a asentamientos ubicados en zonas contiguas a áreas de vegetación primaria o parches residuales urbanos— donde tanto los vectores como los reservorios (animales vertebrados de vida silvestre) pueden perpetuar la transmisión en el entorno peridomiciliario.

X.3. Descripción clínico-epidemiológica de la leishmaniasis cutánea y mucosa

La leishmaniasis cutánea es una enfermedad infecciosa que afecta la piel. Su espectro clínico es muy variado y depende de la interacción de varios factores: edad, estado nutricional, respuesta inmunológica, susceptibilidad genética del huésped, especie infectiva, vector, dosis y sitio de inoculación. La presentación cutánea es la más frecuente de todas las leishmaniasis y genera gran morbilidad, pero raramente puede comprometer la vida.

En la región de las Américas se han descrito al menos 15 especies de los subgéneros *Leishmania* (L.) y *Viannia* (V.) vinculados a esta presentación. Siendo en Argentina *Leishmania* (V.) *braziliensis* el agente etiológico, aunque hay reportes de aislamientos en pacientes también en el Chaco salteño de *L. (L.) amazonensis* y *L. (V.) guyanensis*. Tanto el agente etiológico, como los vectores y los reservorios son diferentes a lo descrito en leishmaniasis visceral (Ver BEN 793/SE3)⁴³. La transmisión ocurre cuando una hembra infectada de un flebotomíneo se alimenta de un vertebrado. En Argentina, la principal especie involucrada en la transmisión de *Leishmania braziliensis* es *Nyssomyia neivai*; también se han involucrado a *Migonemyia migonei* y al complejo *Evandromyia cortelezzii*. *Nyssomyia whitmani* solamente se la involucró, hasta el momento, en Puerto Iguazú, Misiones. Múltiples reservorios (animales vertebrados que mantienen al parásito en la naturaleza y perpetúan el ciclo de transmisión) han sido incriminados en el ciclo de vida del parásito, algunos de los identificados son marsupiales (especies de *Didelphis*), el oso perezoso (especies de *Choloepus* y de *Bradypus*), el oso hormiguero menor (*Tamandua tetradactyla*), el zorro (*Cerdocyon thous*) y a roedores (especies de *Rattus*, *Proechimys*, *Nectomys* y *Oryzomys*, entre otros). En cada foco de transmisión hay distintos reservorios principales, siendo una interacción entre los reservorios y los parásitos es compleja, multifactorial, circunstancial y dinámica.

La leishmaniasis cutánea (LC) localizada es la presentación más habitual de la LC y las lesiones pueden ser únicas o múltiples (hasta 10 lesiones) de localización en zonas expuestas a picaduras, principalmente en las extremidades. La lesión comienza como una pápula que evoluciona a un nódulo, redondeado e indoloro, que aumenta de tamaño de forma progresiva y se ulcera hasta conformar una úlcera característica de bordes elevados y definidos, con un fondo granuloso que puede o no tener un exudado en su fondo y es indolora. Pueden aparecer lesiones secundarias, nodulares y/o ulceradas y en ocasiones se sobreinfectan, pudiendo presentar exudado purulento y generar dolor. Existen otras presentaciones infrecuentes de leishmaniasis tegumentarias como la cutánea diseminada, la leishmaniasis cutánea difusa anérgica, la leishmaniasis cutánea atípica y la cutánea crónica recurrente. La leishmaniasis mucosa (LM) es una lesión crónica y mutilante que compromete, inicialmente, la mucosa nasal y a continuación la orofaríngea y de las vías respiratorias altas. Está principalmente asociada a la especie *L. V. braziliensis*, y en la mayoría de los casos se cuenta con el antecedente de lesiones cutáneas o lesiones concomitantes, por lo que se considera una diseminación hematógena o por contigüidad de la misma. Se considera multicausal, consecuencia de la interacción variable de los factores dependientes del parásito (especie, tropismo, virulencia, capacidad patógena, infección con LRV 1 [*Leishmania* RNA virus 1]) y del huésped (inmunidad, genética), donde se desarrolla una respuesta inflamatoria exagerada con participación de la reacción inmunitaria

⁴³ Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°793, SE 3. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2026/01/ben_793_se_3_222026.pdf

innata y de las células TCD4+ y TCD8+ que no es modulada por los mecanismos reguladores por lo que ocurre el daño tisular y el desarrollo de la enfermedad.

X.4. Situación regional

En el período 2001-2024, 18 países de la Región notificaron a la OPS 1.208.461 casos de leishmaniasis cutánea y mucosa, con un promedio de 50.353 por año. En 2024 se incorporó Belice a la lista de países que reportó casos de LC al Programa Regional de Leishmaniasis de la OPS.⁴⁴

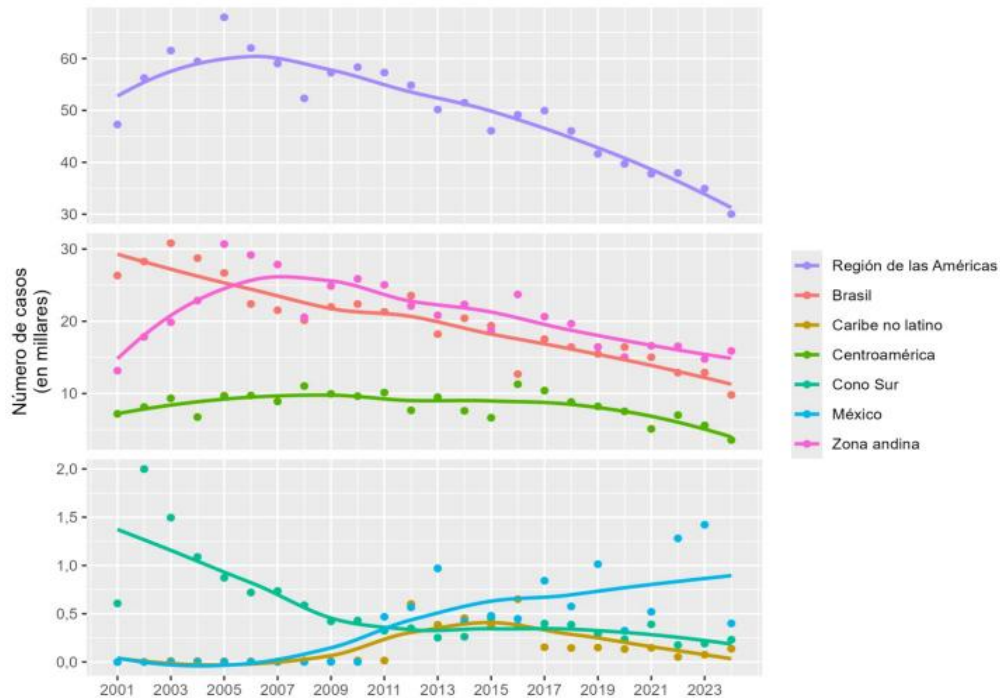
La tendencia de esta enfermedad sigue en disminución desde el 2005, con 30.036 casos notificados en el 2024, la menor cifra observada en el período. El 82% de los casos de la Región ocurrieron en cinco países: Brasil (9810 casos), Colombia (6002), Perú (5323), Bolivia (1722) y Venezuela (1667).

En el 2024, la tasa de incidencia de la Región fue de 12,76 casos por 100.000 habitantes (Ver Gráfico 1). Los países con las mayores incidencias fueron Surinam (143,84/100.000 hab.), Panamá (29,67/100.000 hab.), Honduras (27,2/100.000 hab.) y Guatemala (27/100.000 hab.). Según el índice compuesto trienal, 27 municipios de 10 países mantuvieron una transmisión muy intensa (Ver Mapa 1).

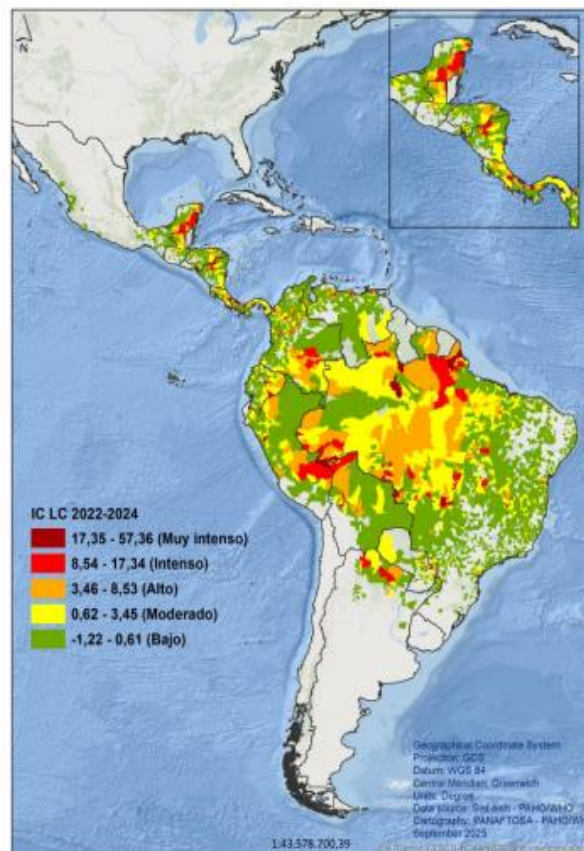
En la Región, el sexo masculino resultó el más afectado, con el 68% de los casos. Los hombres entre 20 a 50 años comprenden un 36% de los casos, lo que sugiere un patrón de transmisión vinculado a las actividades laborales en áreas selváticas. Los menores de 10 años representaron el 10,6% del total de la Región.

Se mantiene el patrón de transmisión selvática, con un 51% de los casos en el grupo de personas con 20 a 50 años, y una relación 3:1 para hombres y mujeres con la enfermedad. El grupo etario de menores de 10 años es un importante indicador para la vigilancia epidemiológica y entomológica de la LC, una vez que sugiere transmisión domiciliaria o peridomiciliaria.

⁴⁴ Organización Panamericana de la Salud. Leishmaniasis: informe epidemiológico de las Américas [Internet]. Núm. 14, diciembre del 2025. Washington, D.C.: OPS; 2025. Disponible en: <https://iris.paho.org/collections/c86503d2-0137-49d6-aa2e-e34ed2309cfl>

Gráfico 1. Casos de leishmaniasis cutánea en las Américas. 2001-2024.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. SisLeish. Washington, DC: OPS; 2024 (consultado el 8 de octubre del 2024).

Mapa 1. Índice compuesto de leishmaniasis cutánea, segundo nivel administrativo subnacional, Región de las Américas, 2022-2024.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. SisLeish. Washington, DC: OPS; 2025 (consultado el 8 de octubre del 2024).

X.5. Leishmaniasis cutánea y mucosa en Argentina

X.5.A. NOTA METODOLÓGICA

En nuestro país, las leishmaniasis están incluidas como eventos de notificación obligatoria, según lo establecido por la Ley 15.465 y la Resolución 2827/2022. En concordancia al Programa Regional de Leishmaniasis instituido por la OPS desde el año 2011, que actualizó en el 2024 su “Plan de acción para fortalecer la vigilancia y el control de las leishmaniasis en las Américas 2023-2030”.⁴⁵

La modalidad de vigilancia es nominal, consiste en la vigilancia universal e inmediata ante la sospecha de casos de Leishmaniasis cutánea y Leishmaniasis Mucosa.

Se realizó un análisis de los datos contenidos en el SNVS 2.0, desde el 1 de enero de 2019 hasta el día 22 de febrero de 2026. Para el análisis temporal de los casos se utilizó la fecha mínima registrada⁴⁶ y se incluyeron aquellos casos que presentaron fecha mínima entre los años 2019 y 2025.

En cuanto a la distribución geográfica, se consideró la jurisdicción de residencia de los casos (o la de notificación, si la de residencia no se encontraba registrada). En cuanto a las tasas de incidencia, se seleccionaron las jurisdicciones con transmisión activa⁴⁷. Para el cálculo de las tasas por edad y sexo se utilizaron los datos de población correspondiente al censo 2022, para las incidencias por año se utilizaron las proyecciones del censo 2010.

El Índice Compuesto del trienio de Leishmaniasis cutánea (ICLC) se calculó conforme a la metodología de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁴⁸, basada en los promedios de casos e incidencia de los tres últimos años. Ambos indicadores fueron estandarizados mediante z-score y el índice final se obtuvo como la suma de los valores normalizados. La clasificación del riesgo se realizó en cinco estratos utilizando el método de quiebres naturales de Jenks. El cálculo se realizó a escala de departamentos sobre las incidencias en las provincias con historia de transmisión autóctona.

Se considera como probable recaída cutánea a la notificación de un nuevo evento luego de 3 meses del primer evento para LC y 6 meses para LM. En los casos notificados tanto como cutáneos y mucosas, se identificó como probable recidiva mucosa si hubo 6 meses de diferencia entre la notificación el caso cutáneo y mucoso, en caso de ser menor aparece en ambas bases y como concomitante. Debido a las características de los datos recabados en el SNVS 2.0, no se pudo constatar tratamiento y/o cura realizado por la baja completitud de dichas variables.

X.5.B. SITUACIÓN ACTUAL DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA

Entre 2019 y 2025 se notificaron en Argentina 1122 casos confirmados de leishmaniasis cutánea. El 58,6% de los casos fueron en el NOA, donde Salta y Jujuy notificaron 426 y 188 casos,

⁴⁵ Plan de acción para fortalecer la vigilancia y el control de las leishmaniasis en las Américas 2023-2030. Pan American Health Organization; 2024. doi:10.37774/9789275328781

⁴⁶ La fecha de inicio del caso se construye considerando la fecha de inicio de síntomas, si ésta no está registrada, la fecha de consulta, la fecha de toma de muestra o la fecha de notificación, de acuerdo a la información registrada en el caso.

⁴⁷ En Argentina, se considera área de transmisión de Leishmaniasis cutánea a la que abarca regiones de las provincias de Salta, Jujuy, Tucumán, Santiago del Estero, Chaco, Catamarca, Corrientes, Misiones, Formosa, y norte de Santa Fe, con tres regiones fitogeográficas (Yungas, Chaqueña y Paranaense).

⁴⁸ Plan de acción para fortalecer la vigilancia y el control de las leishmaniasis en las Américas 2023-2030. Pan American Health Organization; 2024. doi:10.37774/9789275328781

respectivamente. El NEA es la siguiente región con mayor cantidad de notificaciones (36% del total), principalmente en Misiones (148 casos) y Chaco (160 casos) (Ver Tabla 1). la estratificación de riesgo según el índice compuesto trienal manifestó una transmisión muy intensa en los Departamentos de Orán (Salta), 2 de Abril y General Güemes (Chaco).

La tendencia temporal se encuentra en descenso, a expensas de la situación epidemiológica en la región del NOA, mientras se encuentra estable en la región NEA, donde hubo un aumento en Chaco y Formosa en los últimos años (Ver Gráfico 2). Fueron 13 los casos notificados que presentaron como antecedente un viaje a otro país de Latinoamérica.

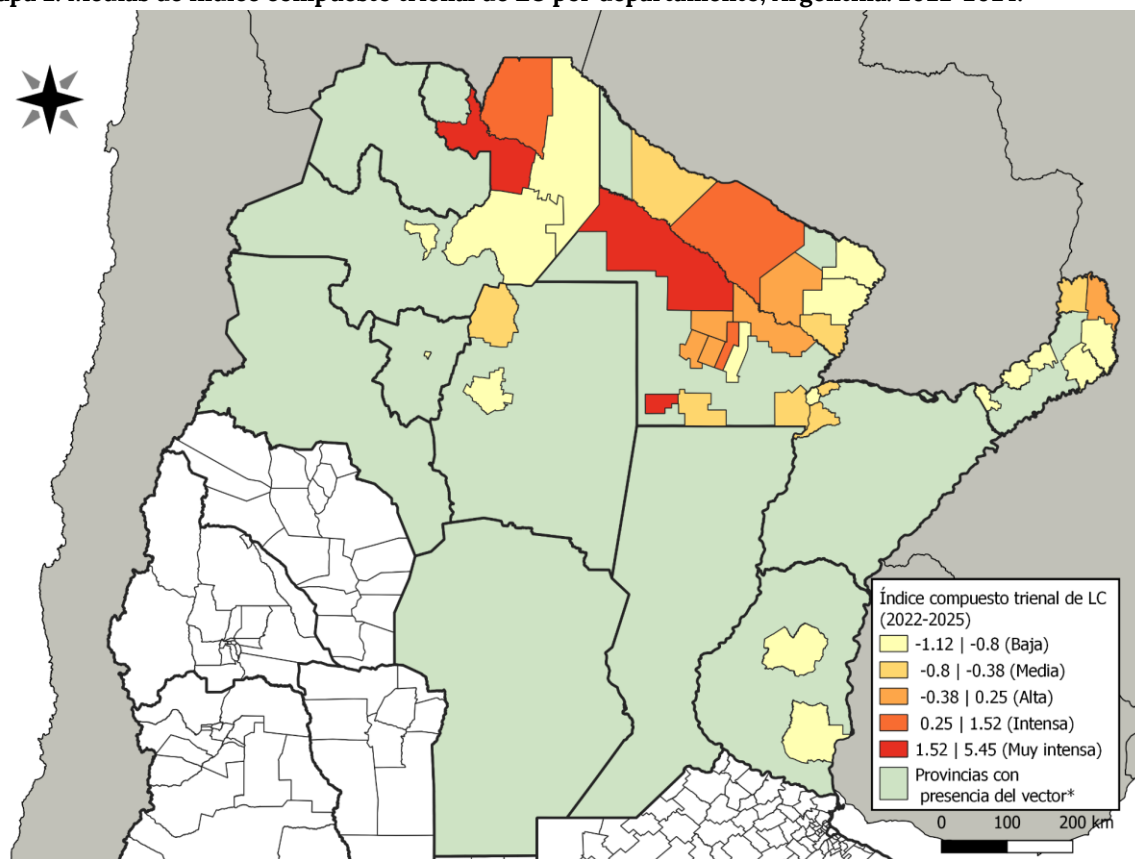
La media de edad fue de 40,8 años para todo el periodo, siendo el 58,8% de los casos en el grupo etario de 20-49 años. El 80,6% de los casos fueron en personas del sexo masculino. Esto fue similar en el año 2025 en comparación con los años previos (Ver Tabla 2 y Gráfico 3).

Tabla 1. Casos confirmados de leishmaniasis cutánea por año y jurisdicción de residencia. Argentina, 2019-2025 (N=1122)

Jurisdicción	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Buenos Aires*	4	6	4	6	4	3	2
CABA*	1	2	0	2	2	1	3
Córdoba*	1	0	1	0	0	1	2
Santa Fe	1	0	0	1	1	0	1
Entre Ríos*	0	0	0	0	1	1	0
Total Centro	7	8	5	9	8	6	8
San Juan	0	0	0	0	0	0	0
San Luis*	0	0	0	0	1	0	0
Mendoza*	0	0	0	0	1	1	0
Total Cuyo	0	0	0	0	2	1	0
Chaco	16	10	16	4	55	40	19
Corrientes	4	9	6	3	0	2	2
Formosa	2	16	14	3	14	12	8
Misiones	30	34	37	18	9	6	14
Total NEA	52	69	73	28	78	60	43
Catamarca	1	0	0	0	0	0	0
Jujuy	37	31	39	29	14	16	22
La Rioja	0	0	0	0	0	0	0
Salta	50	87	121	56	46	31	35
Sgo del Estero	0	3	2	1	0	0	3
Tucumán	8	1	4	1	8	7	4
Total NOA	96	122	166	87	68	54	64
Chubut	0	0	0	0	0	0	0
Neuquén*	0	0	0	0	0	0	1
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz*	1	0	0	0	0	0	0
Rio Negro*	0	1	2	0	2	0	0
Total Sur	1	1	2	0	2	0	1
Total País	156	200	246	124	158	121	116

Fuente: elaboración propia de las Área de Vigilancia de la Salud y el Área de Análisis de Información e Investigación de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0.

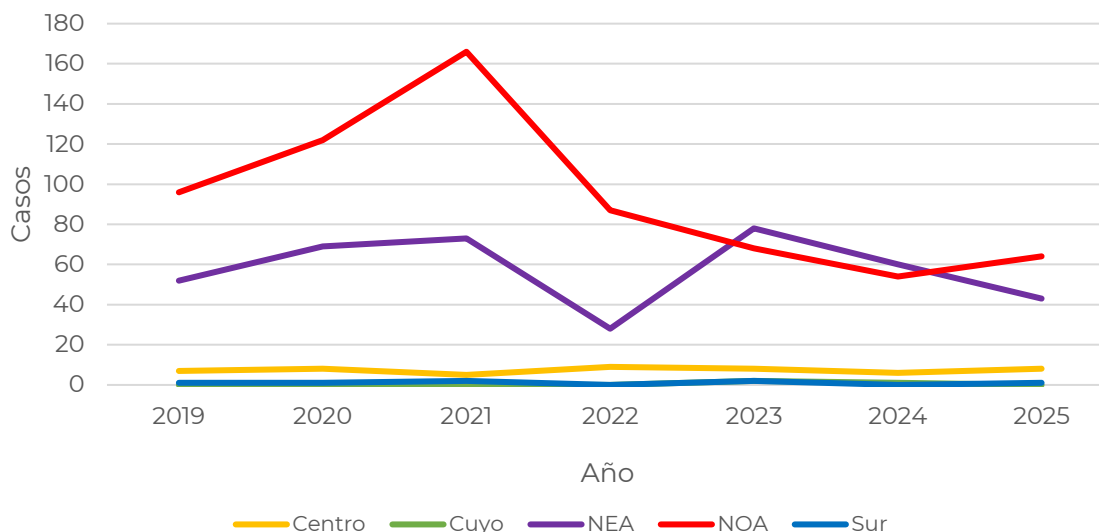
Nota: Los casos de las jurisdicciones donde no hay transmisión (*) presentaron antecedente de viaje a regiones donde se presentaron casos de la enfermedad.

Mapa 2. Medias de índice compuesto trienal de LC por departamento, Argentina. 2022-2024.

* Ver apartado de "Presencia vectorial en Argentina"

Moya SL, Szelag EA, Manteca-Acosta M, Quintana MG, Salomón OD. Update of the Phlebotominae Fauna with New Records for Argentina and Observations on Leishmaniasis Transmission Scenarios at a Regional Scale. *Neotrop Entomol.* 2022;51(2):311-323. doi:[10.1007/s13744-021-00934-7](https://doi.org/10.1007/s13744-021-00934-7)

Fuente: elaboración propia de las Área de Vigilancia de la Salud y el Área de Análisis de Información e Investigación de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0.

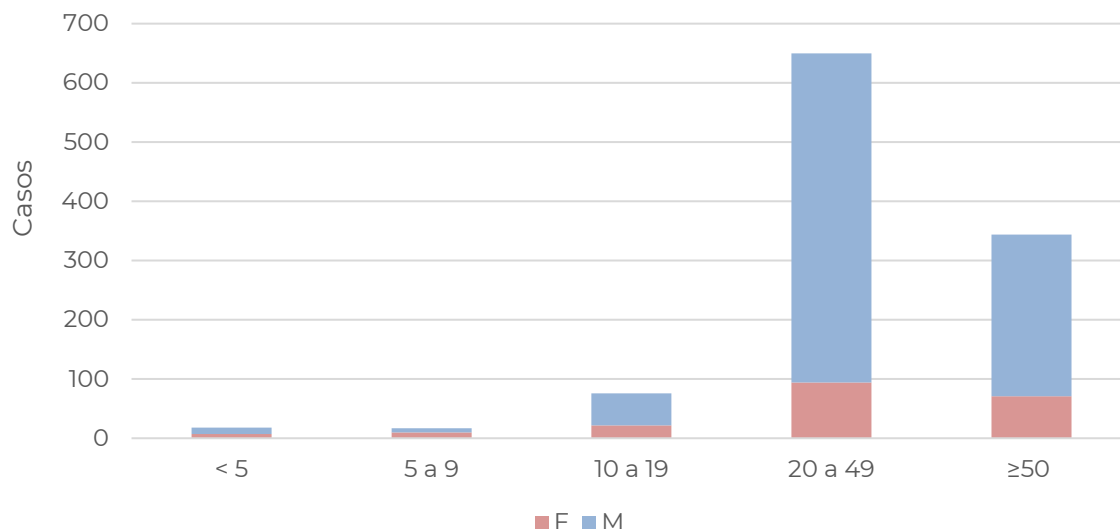
Gráfico 2. Serie temporal de incidencia acumulada anual de LC por región. Argentina, 2019-2025 (N=1122)

Fuente: elaboración propia de las Área de Vigilancia de la Salud y el Área de Análisis de Información e Investigación de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0.

Tabla 2. Variables demográficas en los casos de Leishmaniasis cutánea en Argentina. Periodo 2019-2025.

Variables	2019-2024 (N=1006)	2025 (N=116)	Total (N=1122)
Edad (Media)	40.96 (18.20)	39.45 (17.18)	40.80 (18.10)
Rango	0.00 - 94.00	2.00 - 89.00	0.00 - 94.00
Grupos etarios			
< 5 años	16 (1.6%)	3 (2.6%)	19 (1.7%)
5 a 9 años	70 (7.0%)	8 (6.9%)	78 (7.0%)
10 a 19 años	588 (58.4%)	72 (62.1%)	660 (58.8%)
20 a 49 años	15 (1.5%)	2 (1.7%)	17 (1.5%)
≥ 50 años	317 (31.5%)	31 (26.7%)	348 (31.0%)
Sexo			
Femenino	187 (18.7%)	17 (14.7%)	204 (18.2%)
Masculino	803 (80.1%)	98 (84.5%)	901 (80.6%)

Fuente: elaboración propia de las Área de Vigilancia de la Salud y el Área de Análisis de Información e Investigación de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0.

Gráfico 3. Casos de leishmaniasis cutánea por sexo y edad. Argentina. Periodo 2019-2025 (N=1122).

Fuente: elaboración propia de las Área de Vigilancia de la Salud y el Área de Análisis de Información e Investigación de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0.

X.5.C. SITUACIÓN ACTUAL DE LEISHMANIASIS MUCOSA

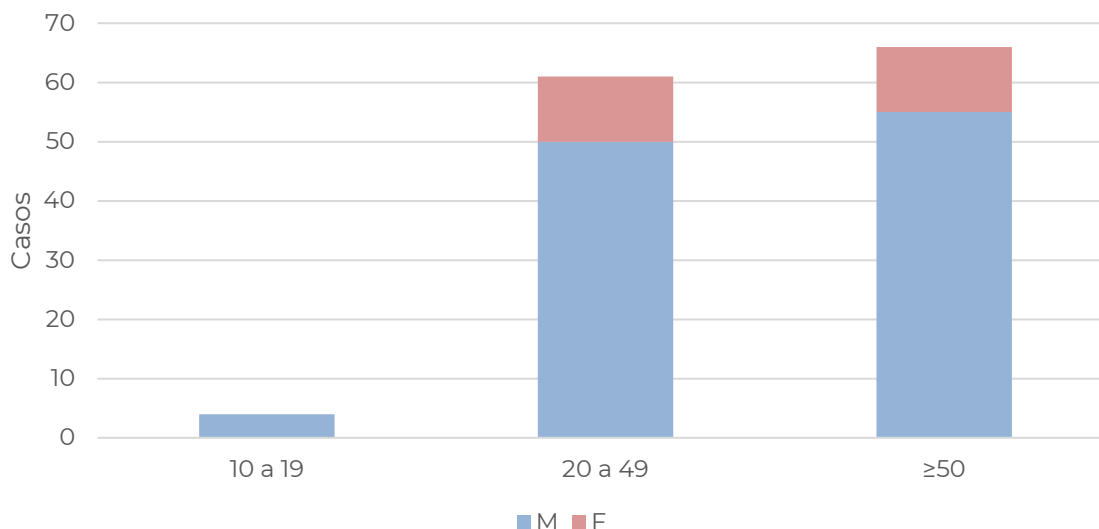
Entre 2019 y 2025 se notificaron en Argentina 132 casos confirmados de leishmaniasis mucosa. El 45,1% de los casos fueron en Salta, aunque en el 2025 no se presentaron casos confirmados en esta jurisdicción. El 25% son casos de residentes de provincias sin transmisión autóctona de LC, siendo Buenos Aires la que mayor presenta, esto se debe a las migraciones desde área endémicas vinculado al largo tiempo de latencia de la presentación mucosa (Ver Tabla 2). La media de evolución fue de 282,23 días. El 81,45% de los casos de LM fueron en personas de sexo masculino, el 3,23% de los casos fueron entre 10 y 19 años de edad, el 47,58% fue entre 20 y 49 años y el 49,19% fue en mayores de 50 años, siendo la media de edad 50,1 años (Ver Gráfico 5).

Tabla 2. Casos confirmados de leishmaniasis mucosa por año y jurisdicción de residencia. Argentina, 2019-2025 (N=132)

Jurisdicción	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Buenos Aires*	1	3	2	9	1	1	1
CABA*	1	2	2	0	1	0	2
Córdoba*	0	0	0	1	0	0	0
Santa Fé	0	0	0	0	0	0	1
Entre Ríos*	0	0	0	0	1	1	0
Total Centro	2	5	4	10	3	2	4
San Juan	0	0	0	0	0	0	0
San Luis	0	0	0	0	1	0	0
Mendoza*	0	1	1	1	0	0	0
Total Cuyo	0	1	1	1	1	0	0
Chaco	0	0	0	1	1	0	1
Corrientes	0	2	1	1	2	2	1
Formosa	0	1	3	1	4	0	3
Misiones	0	0	0	0	0	0	0
Total NEA	0	3	4	3	7	2	5
Catamarca	0	0	0	0	1	1	0
Jujuy	0	1	2	0	1	0	2
La Rioja*	0	0	0	0	0	0	1
Salta	14	5	9	14	7	11	0
Sgo del Estero	0	1	0	1	0	1	0
Tucumán	2	0	0	0	0	1	0
Total NOA	16	7	11	15	9	14	3
Chubut	0	0	0	0	0	0	0
Neuquén*	0	0	0	0	0	1	0
T del Fuego	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0
Rio Negro*	0	0	1	0	0	0	0
Total Sur	0	0	1	0	0	1	0
Total País	18	16	21	29	20	19	12

Fuente: elaboración propia de las Área de Vigilancia de la Salud y el Área de Análisis de Información e Investigación de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0.

Nota: Los casos de las jurisdicciones donde no hay transmisión (*) presentaron antecedente de viaje a regiones donde se presentaron casos de la enfermedad.

Gráfico 4. Casos de leishmaniasis mucosa por sexo y edad. Argentina. Periodo 2019-2025 (N=132)

Fuente: elaboración propia de las Área de Vigilancia de la Salud y el Área de Análisis de Información e Investigación de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0.

X.6. Presencia Vectorial en Argentina

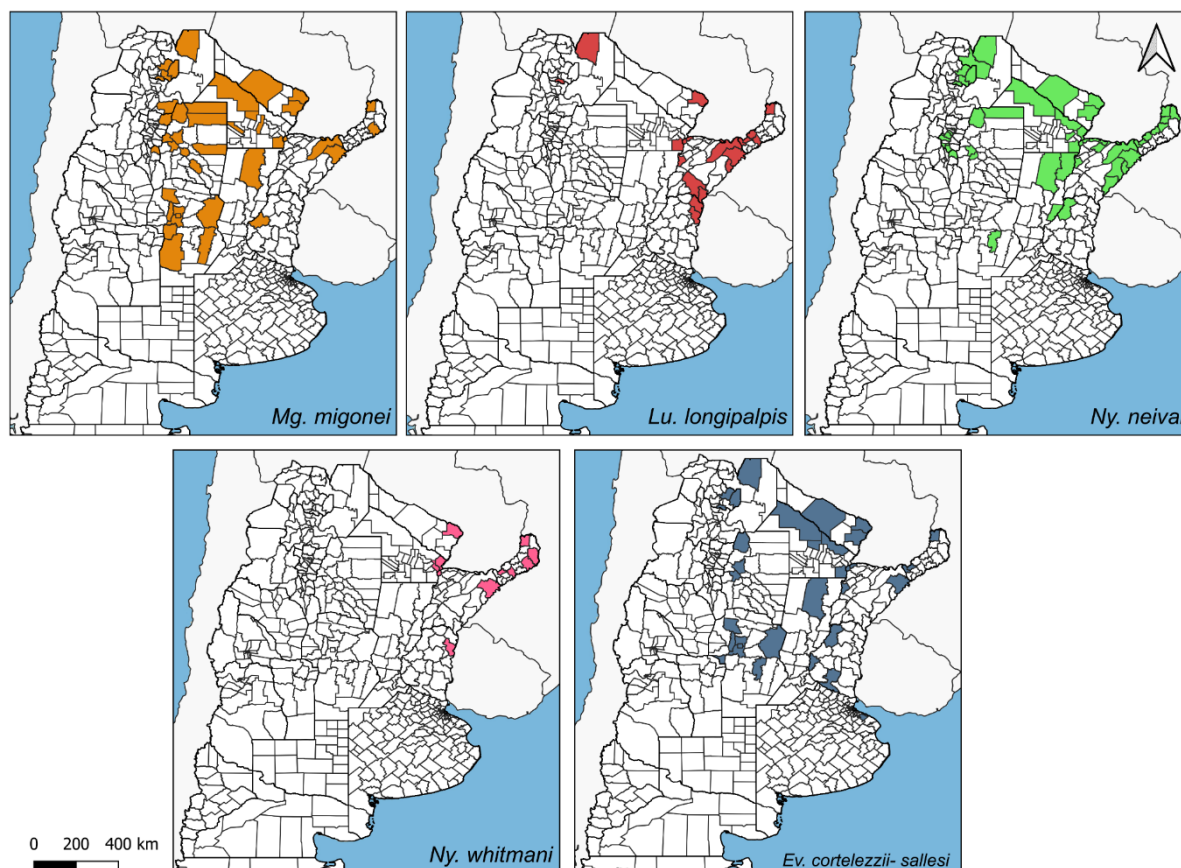
X.6.A. NOTA METODOLÓGICA

La información presentada fue construida a partir de una revisión de la bibliografía científica disponible⁴⁹, reportes y comunicaciones de las jurisdicciones y antecedentes de trabajo de campo realizados por la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores (DZYCETV). En este sentido, es importante destacar que los espacios sin registros no deben interpretarse necesariamente como ausencia de las especies, sino que pueden reflejar la falta de estudios sistemáticos, de vigilancia entomológica continua o de información publicada para determinados departamentos.

X.6.B. SITUACIÓN VECTORIAL EN ARGENTINA

Con respecto al componente vectorial, en el presente informe se incluye —con el objetivo de facilitar el acceso a la información por parte de los equipos de salud— el registro a nivel departamental de las especies de flebótomos de mayor relevancia sanitaria en nuestro país. Para Leishmaniasis Visceral Humana/Canina (LVH/C) se consideran *Lutzomyia longipalpis* y *Migonemyia migonei*, mientras que para la Leishmaniasis Tegumentaria se incluye a *Nyssomyia neivai*, principal especie involucrada en su transmisión, junto con *Migonemyia migonei* y el complejo *Evandromyia cortelezzii*–*salesi*. La especie *Nyssomyia whitmani* ha sido involucrada hasta el momento únicamente en la localidad de Puerto Iguazú, provincia de Misiones.

⁴⁹ Moya, S. L., Szelag, E. A., Manteca-Acosta, M., Quintana, M. G., & Salomón, O. D. (2022). Update of the Phlebotominae Fauna with New Records for Argentina and Observations on Leishmaniasis Transmission Scenarios at a Regional Scale [Erratum: April 2022, v. 51 (2); p. 324].

Mapa 3. Presencia de distintos flebótomos por departamento. Argentina.

Fuente: elaboración propia, Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores

X.7. Objetivos de la vigilancia de la Leishmaniasis cutánea y Mucosa

- Alertar en forma temprana a los distintos actores involucrados ante la sospecha clínica de casos de leishmaniasis y facilitar la información necesaria para realizar las acciones de control.
- Identificar tempranamente los casos humanos para procurar la atención adecuada
- Registrar el estudio por laboratorio de todas las formas de leishmaniasis en humanos, así como la confirmación de casos.
- Registrar la ocurrencia de los casos y las áreas de dispersión de la enfermedad para direccionar las acciones de prevención y control

X.8. Recomendaciones

X.8.A. PREVENCIÓN

A nivel individual:

- Evitar exponerse en horas vespertinas y nocturnas en los sitios de alta transmisión (ambiente selvático primario, selvático intervenido, rural o periurbano)
- Cubrir con ropa la mayor superficie posible, especialmente brazos, piernas, cuello.
- Uso de repelentes N-N dietil toluamida (DEET) en concentraciones de 25% al 35% en forma apropiada.
- Uso de mosquiteros o toldillos de punto fino con o sin impregnación con insecticidas, así como telas en puertas y ventanas de las viviendas o zonas de trabajo que se

encuentren en el monte o al borde del mismo.

A nivel comunitario:

- Información, educación y comunicación a la población sobre la existencia de leishmaniasis y el vector, modo de transmisión y los métodos de prevención antes mencionados.
- Programar las actividades laborales o comunales a fin de evitar la exposición en los sitios focales, horarios y períodos de mayor riesgo.
- En zonas de transmisión potencial de LC se sugiere mantener un rango de seguridad de 400 m a 500 m entre las viviendas y las zonas de cobertura vegetal densa.

Las medidas de prevención de la LM son las mismas que las mencionadas para la LC debido a que el compromiso mucoso se produce por contigüidad o metástasis de una lesión primaria. También es importante la consulta con el equipo de salud en forma precoz para un diagnóstico adecuado ante un cuadro clínico compatible con una leishmaniasis mucosa.

X.8.B. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

- Control clínico del paciente: El tratamiento de la leishmaniasis en Argentina está normado con el esquema terapéutico sugerido por la OPS/OMS. Consultar recomendaciones vigentes.
 - Control de personas o convivientes expuestos al mismo riesgo: Detección de casos sospechosos mediante difusión y búsqueda activa.
 - Ambiente inmediato: No se recomienda la fumigación basada en aproximaciones empíricas.
- Se recomienda realizar una estimación de riesgo ambiental antes de llevar a cabo las modificaciones del entorno (desmonte, construcciones en zona de borde, viviendas, etc.) en áreas endémicas y realizar las medidas de mitigación correspondientes.
- En zonas de transmisión potencial de LC se sugiere mantener un rango de seguridad de 400 m a 500 m entre las viviendas y las zonas de cobertura vegetal densa

X.9. Medidas ante brotes

Se define como brote a la presencia de casos de leishmaniasis en un área sin transmisión/silenciosa o el incremento de casos en relación con el número esperado, en áreas con transmisión o endémicas.

Ante un brote se debe realizar un estudio de brote donde se debe investigar factores de riesgo para caracterizar e identificar el patrón de edad y género, sitio y época probable de infección (persona, lugar y momento) actividades de riesgo, y distribución en tiempo y espacio de las diferentes especies de vectores, identificar los probables reservorios y la circulación parasitaria. En caso de modificaciones de patrón clínico o epidemiológico se recomienda identificar la especie de *Leishmania* circulante. Existen una serie de condiciones para llevar a cabo la tipificación: situación de brote, nuevos focos de transmisión, focos endémicos sin previo conocimiento de especies circulantes o situación epidemiológica atípica y situaciones en particular que en donde orienta el manejo clínico (ej inmunosuprimidos).

En las zonas de fronteras se debe mantener el contacto entre países y se deben compartir los datos disponibles de casos atendidos a ambos lados de la frontera.

X.10. Conclusiones

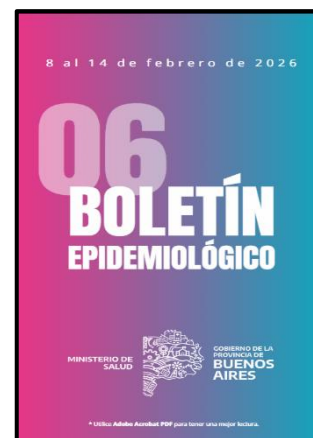
La leishmaniasis cutánea es la presentación clínica más común de las leishmaniasis en nuestro país. Compromete principalmente a población de áreas endémicas que se vinculan con zonas silvestres, pero el aumento repentino de casos y el compromiso en niños debe alertar sobre posibles brotes y/o transmisión periurbana. Estas regiones aparentan tener estaciones de mayor riesgo diferenciadas y la tendencia actual es en descenso. Estas últimas conclusiones deben tomarse con cautela, ya que los brotes de magnitud, en nuestro medio, pueden tener influencia en el análisis temporal y deberá profundizar con datos entomológicos. El análisis de morbilidad, asociado a características clínicas, evolución y respuesta a los tratamientos no es posible realizar a la fecha con los datos considerados.

DESTACADOS EN
BOLETINES
JURISDICCIONALES

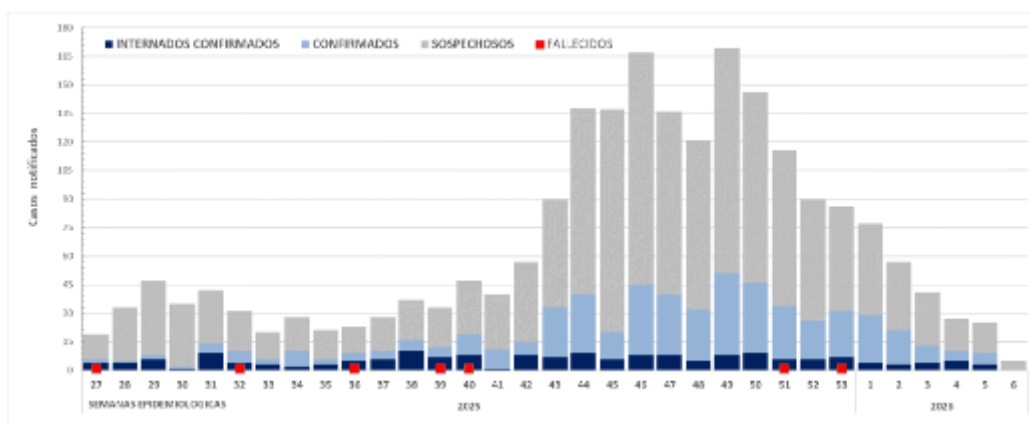
XI. Boletines Jurisdiccionales

XI.1. Buenos Aires: Coqueluche

Durante el año 2025 y hasta la semana epidemiológica (SE) 6 de 2026 (14 de febrero), se notificaron 2.544 casos sospechosos de coqueluche, de los cuales 704 fueron confirmados, mientras que el resto permanece como sospechoso.



Casos notificados según clasificación y casos fallecidos, por SE de inicio de síntomas. PBA. Años 2025 (cerrado) – 2026 (hasta SE 6). n=2.544



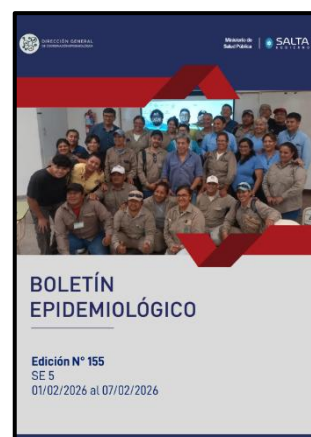
Fuente: SNVS 2.0 Programa de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de Brotes. Ministerio de Salud de PBA.

Para más información:

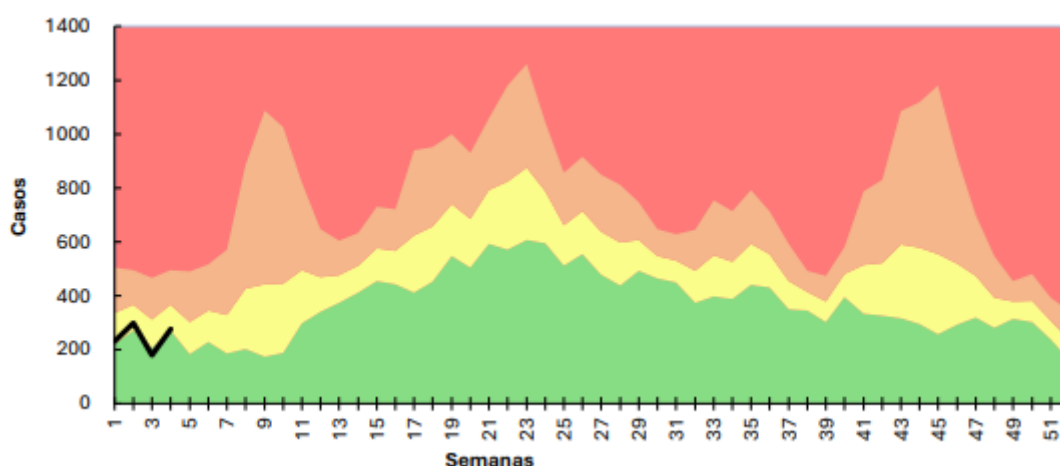
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

XI.2. Salta – Enfermedad tipo influenza (ETI)

En las notificaciones de casos de ETI se observa, un ascenso de casos con respecto a la semana anterior, el corredor endémico ingresa en zona de seguridad. En la SE 4 se notificaron 276 casos.



Corredor endémico semanal de enfermedad tipo influenza (eti) – años: 2018 a 2024. Se 4 de 2026. Provincia de salta. (n=986)



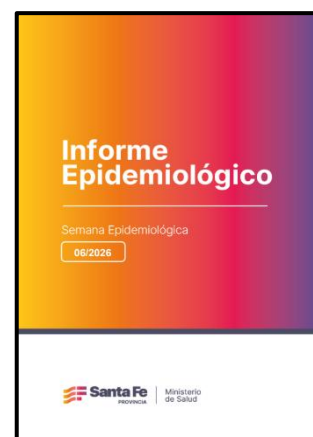
Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). (*) Nota: Los datos presentados en este gráfico actualizan y corrigen los publicados anteriormente, debido a la carga constante de información en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Para más información:

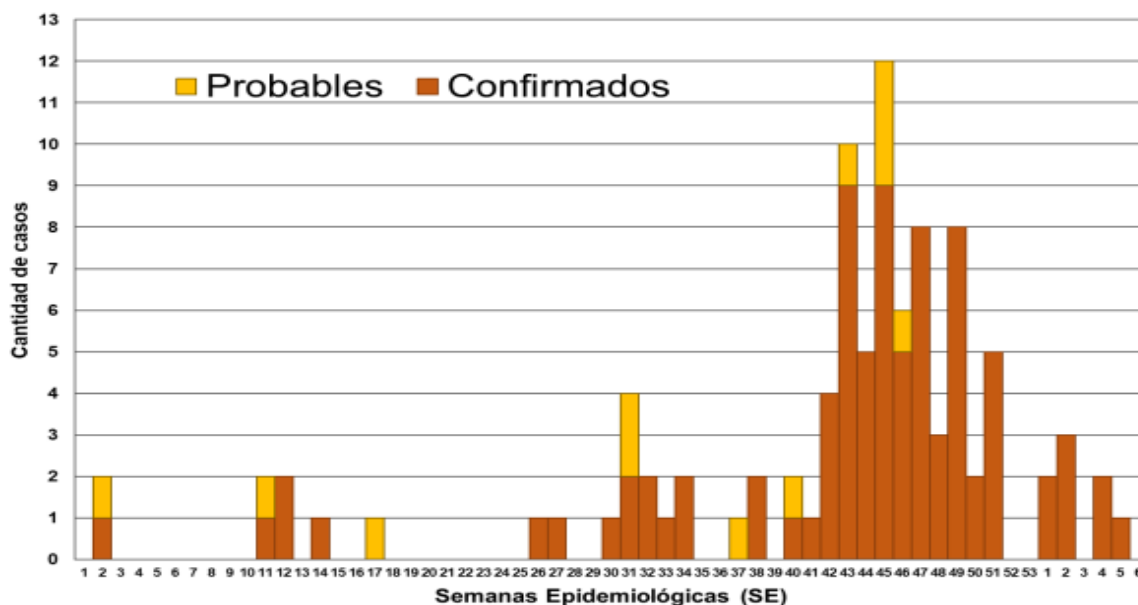
<http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/>

XI.3. Santa Fe: Coqueluche

En la Provincia de Santa Fe entre la SE 1 y la SE 53 de 2025 se notificaron un total de 392 casos al evento de Coqueluche, de los cuales 77 se confirmaron y 12 se clasificaron como probables. Los casos confirmados fueron notificados con residencia habitual en 10 departamentos: 59 casos de Rosario, 4 casos de La Capital, 3 casos de General López, 2 casos de Caseros, 2 casos de Constitución, 2 casos de General Obligado, 2 casos de San Lorenzo, 1 caso de Belgrano, 1 caso de Castellanos y 1 caso de Iriondo.



Distribución de casos confirmados (n= 85) y probables (n= 12) según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE 1/2025 a SE 6/2026. Período 2025-2026. N= 97.



Para más información:

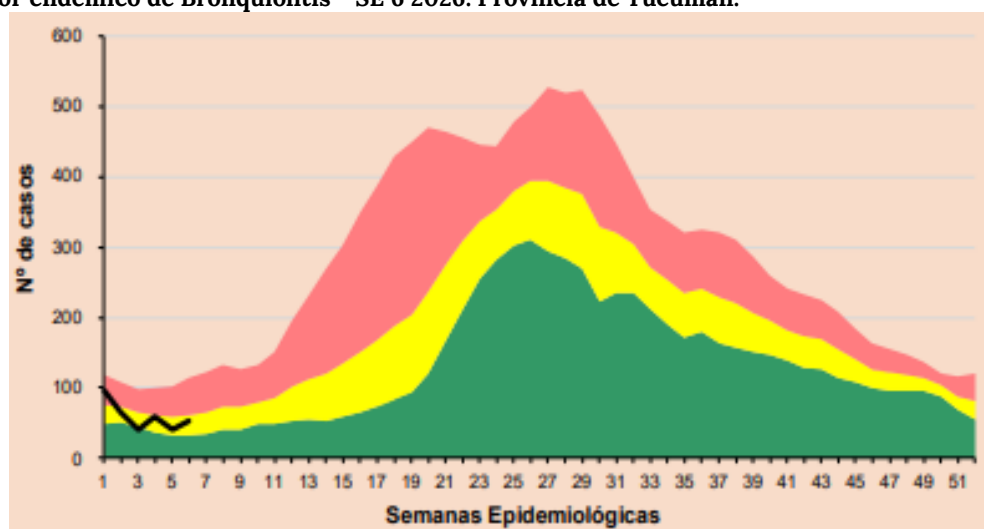
<https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/%28subtema%29/93802>

XI.4. Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años

La bronquiolitis es un síndrome clínico caracterizado por afectar la vía aérea inferior. Tiene una significativa morbilidad, afectando principalmente a niños menores de 2 años, con una mayor incidencia entre los 3 y 6 meses. En la semana 6 se notificaron 52 casos.



Corredor endémico de Bronquiolitis – SE 6 2026. Provincia de Tucumán.



Fuente: SNVS – Dirección de Epidemiología

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA

XII. 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 **febrero** 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
Febrero	Fiebre Chikungunya	Evento	Clasificación manual	Se modificaron las siguientes clasificaciones de caso: clasificación de caso: - " Caso confirmado por nexo epidemiológico autóctono" por " Caso probable por nexo epidemiológico autóctono" - " Caso confirmado por nexo epidemiológico importado" por " Caso probable por nexo epidemiológico importado"
		Laboratorio	Determinación/ Técnica	Se adicionó la determinación "IgM CHIKV" asociada a la técnica "Inmunocromatografía"