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



# BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **794**

**Semana epidemiológica 4**
AÑO 2026
Desde 25/01 al 31/01
Fecha de publicación
**09/02/2026**

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).

**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, Diaz Morena, Echenique Arregui Alexia, El Ahmed Yasmin Dalal, Faedo María Guadalupe , Fernández Gabriela, Fernández María Susana, Fernández María Lorena, Gómez Lara, González Patricia, González Lebrero Cecilia, González Picasso Manuel, Gonzalez Scheffer María Sol, Iglesias María Marta, Joskowicz Abril, Kurten Pérez Manuel, La Regina María Agustina, Laurora Melisa, Martín Aragón María Fernanda, Martínez Karina, Moisés María Silvina, Morgenstern Agostina, Nicolau Victoria, Núñez Sandra Fabiana, Ojeda Juan Pablo**,** Ormeño Mazzochi Franco, Page María Agustina, Palero Mariano, Parenti Ana Laura, Pastrana Paula, Pierre Ganchegui Guillermina, Pisarra Florencia Magalí, Plantamura Pilar, Prina Martina, Riera Sebastián, Rojas Mena María Paz, Rosin Paula, Rueda Dalila, Santoro Federico, Souto Catalina Sofía, Tapia Julio, Vallone Antonella, Villasanti Johanna, Voto Carla y Wainziger Tamara.

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

## Agradecimientos

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

## Imagen de tapa

El dengue es una enfermedad viral transmitida por la picadura del mosquito Aedes aegypti. El mosquito se caracteriza por ser de color negro con franjas blancas en sus patas y abdomen. Fotografía del archivo de imágenes del Ministerio de Salud de la Nación.

## Cómo citar este boletín

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2026). Boletín Epidemiológico Nacional N°794, SE 4.

# I. Editorial del BEN 789

A lo largo de este año, el Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) ha continuado afirmándose como un espacio donde la vigilancia en salud se piensa, se comunica y se ejerce de manera colectiva. Cada edición es el resultado de un trabajo sostenido que articula equipos nacionales y jurisdiccionales, y que transforma los datos en información significativa, y la información en acciones concretas. El BEN no es solo una publicación periódica: es una práctica viva de construcción del sistema de vigilancia, donde confluyen el análisis técnico, la gestión, la comunicación y la toma de decisiones.

Durante el 2025, incluyendo esta última edición del año, se publicaron 258 informes, distribuidos en las secciones Eventos Priorizados (142), Informes Especiales (13), Situaciones Emergentes (31), Comunicaciones/Circulares (2) y Actualizaciones Periódicas de Eventos (70). Esta última sección, incorporada desde el BEN 741, consolidó un modo de trabajo que combina la sistematicidad del seguimiento con la flexibilidad del análisis. En comparación con el mismo período del año anterior, cuando se habían elaborado 192 informes, el incremento de 66 informes adicionales no solo refleja un aumento en la productividad editorial, sino también una consolidación de los mecanismos de respuesta y de la articulación entre Nación y las jurisdicciones.

En los 70 informes de Actualización Periódica de Eventos, se caracterizaron 34 eventos diferentes, mostrando la amplitud de situaciones que integran la vigilancia de la salud a nivel nacional. Un evento fue actualizado 9 veces, otro evento se realizó en 6 oportunidades y otro en 5. Dos eventos se presentaron cuatro veces, cuatro eventos tres veces, y otros cinco en dos ocasiones, mientras que los 20 restantes se presentaron una única vez. Este ejercicio de seguimiento periódico permitió captar la evolución de cada problema con mayor sensibilidad temporalidad y territorialidad, favoreciendo la detección temprana de cambios en los patrones epidemiológicos. Además, muchos de estos eventos fueron llevados y trabajados en la Sala de Situación Nacional, donde se revisó la información y debatieron los hallazgos desde una perspectiva integral, fortaleciendo la interpretación colectiva y la toma de decisiones conjuntas.

En el cierre de este año, el BEN se presenta también como una pausa para mirar lo recorrido y proyectar lo que viene. La vigilancia es, ante todo, una práctica colectiva que se fortalece en el tiempo, en la confianza y en el trabajo compartido. Con la convicción de seguir profundizando un boletín cada vez más pertinente, accesible y participativo, renovamos el compromiso de acompañar, interpretar y fortalecer la salud pública en todo el país. Que el próximo año nos encuentre sosteniendo y ampliando este camino común, con la misma vocación de servicio y construcción colectiva que nos trajo hasta acá.

¡Feliz año, muchas felicidades y… Hasta la próxima!

**Vet. Cecilia Gonzalez Lebrero**
Directora de Epidemiología

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

# II. Sobre este BEN

El BEN N° 794 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, sosteniendo el esquema editorial habitual y la organización por secciones que facilita una lectura integrada y comparable a lo largo de la temporada.

En la primera parte se incluyen las Tablas de ENO seleccionados, con su nota metodológica y orientaciones para la construcción e interpretación de la información. Se presentan los eventos nominales (confirmados y notificados/confirmados), los eventos agrupados clínicos y laboratoriales, y la nota general para la lectura cromática, manteniendo el formato que venimos utilizando para favorecer un análisis homogéneo entre semanas.

En Eventos Priorizados se continúa con la actualización integrada de la vigilancia de infecciones respiratorias agudas, dengue y otros arbovirus, y hantavirus, manteniendo la misma lógica de seguimiento epidemiológico que se sostendrá durante toda la temporada. En particular, el capítulo de hantavirosis se presenta con la situación epidemiológica actual, la nota metodológica, la vigilancia de genotipos, el detalle de acciones desarrolladas desde el Ministerio de Salud de la Nación y las conclusiones, consolidando un abordaje sistemático del evento.

En Situaciones Emergentes se incluye la actualización de coqueluche, con el análisis de la situación internacional y nacional, la caracterización de casos por edad y gravedad y el apartado de coberturas de vacunación, fortaleciendo la lectura epidemiológica y programática del evento.

Finalmente, el BEN incorpora los Destacados en boletines jurisdiccionales y, en Herramientas para vigilancia, 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. Editorial del BEN 789** **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 16
III.6.A. Sobre la construcción de esta tabla 16

**EVENTOS PRIORIZADOS ..... 17**
**IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas** **18**
IV.1. Nota Metodológica 18
IV.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 18
IV.3. Síntesis de la información nacional destacada 18
IV.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados 19
IV.4.A. Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI 19
IV.4.B. Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave -IRAG 23
IV.5. Caracterización genómica de Influenza A (H3N2) 26
IV.6. Recomendaciones para equipos de salud 31
IV.7. Vigilancia epidemiológica 31
IV.8. Recomendaciones para la población 33
IV.9. Vacunación antigripal 33
IV.10. Tratamiento antiviral 34
**V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus** **36**
V.1. Situación regional 36
V.2. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026 37
V.2.A. Nota metodológica 37
V.3. Situación de dengue en Argentina 39
V.3.A. Inicio de temporada 2025/2026 39
V.3.B. Consideraciones para la vigilancia por laboratorio 41
V.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina 43
V.5. Situación epidemiología de otros arbovirus en Argentina 44
V.5.A. Enfermedad por virus Zika 44
V.5.B. Fiebre de Oropouche 45
V.5.C. Encefalitis de San Luis 45
V.5.D. Fiebre del Nilo Occidental 45
V.5.E. Fiebre Amarilla 45
**VI. Hantavirosis** **46**
VI.1. Introducción 46
VI.2. Situación epidemiológica actual 47
VI.2.A. Nota metodológica 47
VI.2.B. situación epidemiológica 47
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

**DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES ..... 74**
**VIII.Boletines Jurisdiccionales 75**
VIII.1. Buenos Aires: Coqueluche 75
VIII.2. Salta – Enfermedades tipo influenza (ETI) 76
VIII.3. Santa Fe: Coqueluche 77
VIII.4. Tierra del Fuego: Diarrea aguda 78
VIII.5. Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años 79

**HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA ..... 80**
**IX. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 81**

# 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**, construidos 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 1-4. 2021-2026. Argentina.**

| SECCIÓN | EVENTO | 2021-2025 Mediana acumulados SE 1-4 | 2026 Acumulados SE 1-4 | Diferencias 2026 con mediana 2021-2025 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Absoluta | % |
| Enf. Trans. por vectores | Chagas agudo vectorial | 0 | 0 | 0 | N/A |
| Enf. zoonóticas animales | Rabia animal | 14 | 19 | 5 | 36% |
| Enfermedades zoonóticas humanas | Accidente potencialmente rábico (APR) | 1,202 | 1,994 | 792 | 66% |
| | Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo) | 57 | 44 | -13 | -23% |
| | Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo) | 15 | 17 | 2 | 13% |
| | Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo) | 0 | 2 | 2 | N/A |
| | Cisticercosis | 1 | 1 | 0 | 0% |
| | Escorpionismo o Alacranismo | 611 | 1,420 | 809 | 132% |
| | Ofidismo-Género Bothrops (Yarará) | 68 | 91 | 23 | 34% |
| | Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chinÍ) | 3 | 4 | 1 | 33% |
| | Ofidismo-Género Micrurus (Coral) | 0 | 0 | 0 | N/A |
| | Brucelosis | 5 | 0 | -5 | -100% |
| | Hantavirosis | 1 | 0 | -1 | -100% |
| Infecciones respiratorias agudas | Legionelosis | 0 | 0 | 0 | N/A |
| Intoxicaciones | Intoxicación medicamentosa | 136 | 137 | 1 | 1% |
| | Intoxicación/Exposición a hidrocarburos | 1 | 4 | 3 | 300% |
| | Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola | 0 | 1 | 1 | N/A |
| | Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico | 3 | 11 | 8 | 267% |
| | Intoxicación/Exposición a Plomo | 0 | 1 | 1 | N/A |
| Lesiones | Intento de Suicidio sin resultado mortal | 0 | 1,005 | 1,005 | N/A |
| | Intento de Suicidio con resultado mortal | 0 | 57 | 57 | N/A |
| | Lesiones graves por mordedura de perro | 0 | 22 | 22 | 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 | 1,280 | 1,337 | 57 | 4% |

*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 1-4. 2021-2026. Argentina.**

| SECCIÓN | EVENTO | 2021-2025 Mediana acumulados SE 1-4 | | 2026 Acumulados SE 1-4 | | Diferencias 2026 con mediana 2021-2025 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Notif. | Conf. | Notif. | Conf. | Notif. | % | Conf. | % |
| Enfermedades prevenibles por vacunas | Coqueluche (tos convulsa) | 124 | 3 | 312 | 99 | 188 | 152% | 96 | 3200% |
| | Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión) | 26 | 0 | 103 | 0 | 77 | 296% | 0 | N/A |
| | Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola) | | 0 | | 0 | | N/A | 0 | N/A |
| | Meningitis - Meningoencefalitis | 184 | 63 | 238 | 73 | 54 | 29% | 10 | 16% |
| | Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomielitis | 9 | 0 | 8 | 0 | -1 | -11% | 0 | N/A |
| Enfermedades Transmisibles por vectores | Dengue | 1,270 | 29 | 2,863 | 0 | 1,593 | 125% | -29 | -100% |
| | Encefalitis de San Luis | 17 | 0 | 49 | 0 | 32 | 188% | 0 | N/A |
| | Fiebre amarilla humana | 6 | 0 | 18 | 0 | 12 | 200% | 0 | N/A |
| | Fiebre del Nilo Occidental | 4 | 0 | 6 | 0 | 2 | 50% | 0 | N/A |
| | Zika | 59 | 0 | 99 | 0 | 40 | 68% | 0 | N/A |
| Enf. trans. por alimentos | Trichinellosis (Triquinosis) | 24 | 4 | 18 | 2 | -6 | -25% | -2 | -50% |
| Enf. zoonóticas humanas | Leptospirosis | 148 | 2 | 327 | 0 | 179 | 121% | -2 | -100% |
| | Psitacosis | 39 | 0 | 107 | 0 | 68 | 174% | 0 | N/A |
| ETMI - Enfermedades del niño | Chagas agudo congénito | 83 | 3 | 304 | 0 | 221 | 266% | -3 | -100% |
| | Sífilis Congénita | 116 | 63 | 109 | 108 | -7 | -6% | 45 | 71% |
| | Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical | 0 | 0 | 3 | 0 | 3 | N/A | 0 | N/A |
| ETMI - Enfermedades en embarazadas | Chagas crónico en emb. | 143 | 126 | 279 | 221 | 136 | 95% | 95 | 75% |
| | Sífilis en emb. | 745 | 465 | 1,139 | 0 | 394 | 53% | -465 | -100% |
| | Hepatitis B en emb. | 5 | 2 | 6 | 0 | 1 | 20% | -2 | -100% |
| Hepatitis virales | Hepatitis A | 6 | 0 | 25 | 0 | 19 | 317% | 0 | N/A |
| | Hepatitis B | 220 | 19 | 284 | 0 | 64 | 29% | -19 | -100% |
| | Hepatitis C | 181 | 60 | 243 | 0 | 62 | 34% | -60 | -100% |
| | Hepatitis E | 2 | 0 | 5 | 0 | 3 | 150% | 0 | N/A |
| Infecc. de trans. sexual | Sífilis en población general | 2,657 | 947 | 5,121 | 0 | 2,464 | 93% | -947 | -100% |
| Intoxicaciones | Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono | 32 | 6 | 83 | 0 | 51 | 159% | -6 | -100% |
| Otros eventos de imp. p/ la salud pública | Viruela símica (mpox) | 5 | 0 | 19 | 0 | 14 | 280% | 0 | N/A |

*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 1-4. 2021-2026. Argentina.**

| SECCIÓN | EVENTO | 2021-2025 Mediana acumulados SE 1-4 | 2026 Acumulados SE 1-4 | Diferencias 2026 con mediana 2021-2025 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Absoluta | % |
| Enf. Trans. Por alimentos | Diarrea | 69,713 | 34,093 | -35,620 | -51% |
| Infecc. de trans. sexual | Secreción genital purulenta en varones | 238 | 91 | -147 | -62% |
| Infecciones respiratorias agudas | Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios. | 38 | 2 | -36 | -95% |
| | Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar | 3,190 | 1,161 | -2,029 | -64% |
| | Enfermedad tipo influenza (ETI) | 50,454 | 19,328 | -31,126 | -62% |
| | Neumonía en pacientes ambulatorios | 3,034 | 1,241 | -1,793 | -59% |
| | Neumonía (sin especificar) | 4,010 | 1,699 | -2,311 | -58% |
| Lesiones | Lesiones por siniestros viales - Peatón | 5 | 269 | 264 | N/A |
| | Lesiones por siniestros viales - Ciclista | 7 | 336 | 329 | N/A |
| | Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta | 55 | 1,199 | 1,144 | N/A |
| | Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público | 4 | 47 | 43 | N/A |
| | Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil | 26 | 474 | 448 | N/A |
| | Lesiones por mordedura de perro en la vivienda | 89 | 282 | 193 | N/A |
| | Lesiones por mordedura de perro sin especificar | 168 | 1,943 | 1,775 | N/A |
| | Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública | 92 | 359 | 267 | N/A |
| | Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública | 28 | 134 | 106 | N/A |
| | Lesiones por electrocución | 2 | 38 | 36 | N/A |
| | Lesiones por atragantamiento | 1 | 22 | 21 | N/A |
| | Lesiones por caídas y golpes | 72 | 3,186 | 3,114 | N/A |
| | Lesiones por cortes y quemaduras | 56 | 1,387 | 1,331 | N/A |
| | Lesiones en el hogar sin especificar | 155 | 1,407 | 1,252 | N/A |
| | Lesiones por ahogamiento por inmersión | 1 | 22 | 21 | N/A |
| | Otras lesiones en el hogar | 40 | 984 | 944 | 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 1-4. 2021-2026. Argentina.**

| SECCIÓN | EVENTO | 2021-2025 Mediana acumulados SE 1-4 | | 2026 Acumulados SE 1-4 | | Diferencias 2026 con mediana 2021-2025 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Notif. | Conf. | Notif. | Conf. | Notif. | % | Conf. | % |
| Infecciones de transmisión sexual | Infección por Chlamydia trachomatis | 253 | 26 | 52 | 3 | -201 | -79% | -23 | -88% |
| | Infección por Mycoplasma genitalium | 63 | 2 | 12 | 0 | -51 | -81% | -2 | -100% |
| | Infección por Mycoplasma hominis | 162 | 13 | 9 | 2 | -153 | -94% | -11 | -85% |
| | Infección por Neisseria gonorrhoeae | 959 | 47 | 66 | 5 | -893 | -93% | -42 | -89% |
| | Infección por Trichomonas vaginalis | 1,664 | 178 | 228 | 40 | -1,436 | -86% | -138 | -78% |

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

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

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

Situación Regional: 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.3. Síntesis de la información nacional destacada

En la SE3 de 2026, la vigilancia clínica notificó 19.978 casos de ETI, 3807 casos de neumonía y 2004 casos de bronquiolitis en menores de dos años.

En la vigilancia centinela ambulatoria, la influenza se mantiene en niveles estables, con predominio de influenza A y detecciones de influenza B en las primeras semanas epidemiológicas de 2026. No se registran detecciones de VSR. La circulación de SARS-CoV-2 se mantiene estable en las primeras 4 SE de 2026.

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 4 primeras SE de 2026 se registraron 371 internaciones, con detecciones de SARS-CoV-2, Influenza y VSR.

La vigilancia universal por la red de laboratorios mostró en 2025 un predominio de influenza B, con detecciones de influenza A e influenza A(H3N2) hacia el final del año. Se registraron detecciones de VSR y un aumento gradual de SARS-CoV-2 a partir de la SE34/2025, acentuado entre las SE42 y 46/2025. En las primeras semanas epidemiológicas de 2026 se registraron casos de influenza A, principalmente A(H3N2), con menor cantidad de influenza B. Durante la

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

SE4/2026 se observa circulación de virus respiratorios, con predominio de SARS-CoV-2, seguido de influenza, parainfluenza y adenovirus.

La secuenciación genómica realizada por el Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS, a partir de 83 muestras de influenza A(H3N2) remitidas por la Red Nacional de Laboratorios y Unidades Centinela, permitió identificar 53 casos correspondientes al subclado K. Los casos se distribuyeron en 17 jurisdicciones del país, incluyendo la provincia de Buenos Aires (n=6), la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (n=6), Catamarca (n=2), Chubut (n=1), Córdoba (n=2), Corrientes (n=2), Entre Ríos (n=2), La Pampa (n=1), La Rioja (n=3), Mendoza (n=8), Neuquén (n=3), Río Negro (n=1), San Juan, (n=1), Santa Cruz (n=8), Santa Fe (n=3), Tierra del Fuego (n=3), Tucumán (n=1). 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.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados

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

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

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

Durante el año 2024, el porcentaje de positividad para **SARS-CoV-2**, se mantuvo por encima del 10% entre las SE1 a 9, relacionado con el ascenso de casos registrado entre las SE1 y 12. Luego del máximo alcanzado en SE2 (33,19%), el porcentaje de positividad presentó tendencia descendente y se mantuvo en valores bajos las siguientes semanas. A partir de la SE34/2024, se registró un ligero aumento de casos, que se acompañó de un nuevo ascenso en el porcentaje de positividad, alcanzando, con oscilaciones, valores por encima del 10% entre las SE44 y 49.

Durante 2025, en los establecimientos UMA se analizaron 6.067 muestras para la detección de SARS-CoV-2 mediante técnica molecular, de las cuales 453 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 7,47%. A partir de la SE34 se observa un ligero incremento en el número de casos y en el porcentaje de positividad, con un ascenso más marcado en las SE41 a 45, período en el cual se alcanzaron los valores más elevados de positividad, con un máximo en la SE45 (26,4%).

En las 4 SE de 2026, se confirmaron 28 casos entre 264 muestras analizadas por PCR.

Con relación a **Influenza**, el porcentaje de positividad presentó un ascenso desde SE16 de 2024, superando el 50% en las SE 21 y 22, en relación con el aumento estacional de casos de influenza A/H3N2 (ver gráfico 2). Posteriormente, si bien registró un descenso, la positividad permaneció

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

en valores elevados, con oscilaciones, asociados a la circulación de influenza B, alcanzando una positividad máxima de 33,55% en SE43.

En 2025, se registraron 1018 detecciones entre 5.700 muestras estudiadas, con una positividad acumulada de 17,86%. A partir de la SE11, se verificó una tendencia ascendente tanto de las detecciones como del porcentaje de positividad, a expensas de las detecciones de influenza A sin subtipificar y del subtipo A (H1N1). Estos indicadores alcanzaron valores más elevados entre las SE22 y SE25, seguidos de un descenso sostenido. Hacia el final del periodo, se registró un leve incremento en las detecciones y en la positividad, con predominio de influenza B/linaje Victoria, observándose en las últimas semanas un mayor número de detecciones de influenza A; no obstante, los valores se mantuvieron bajos.

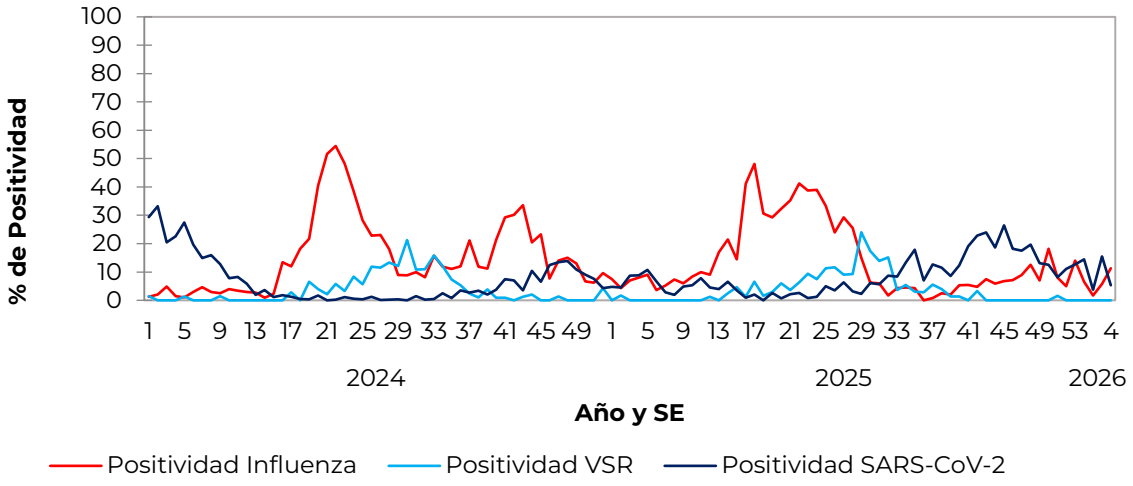
En las 4SE de 2026 se notificaron 16 casos de influenza entre las 258 muestras estudiadas en UMA.

En cuanto a **VSR**, se verifica un ascenso de las detecciones a partir de la SE19 de 2024, con aproximadamente el 73% de los casos registrados entre las SE24 y SE34, y un menor número de detecciones semanales desde SE35. Con relación a este ascenso de casos, la positividad en UMA permaneció por encima del 10% entre las SE 26 Y 34.

En 2025 se registraron 195 muestras positivas dentro de las 4.141 muestras estudiadas, con un porcentaje de positividad acumulado de 4,761%. En UMA se registró un ascenso de las detecciones y positividad de muestras estudiadas para VSR, que se mantuvo por encima del 9% entre las SE25 y 32, con oscilaciones, y alcanzó el máximo en SE29, con tendencia descendente las siguientes semanas.

En las primeras 4 SE de 2026, no se notificaron detecciones de VSR entre las 156 muestras estudiadas.

**Gráfico 1. Porcentaje de positividad de muestras estudiadas por técnica molecular para SARS-CoV-2, influenza y VSR, por SE. Estrategia UMA. SE1/2024 a SE4/2026. Argentina.**



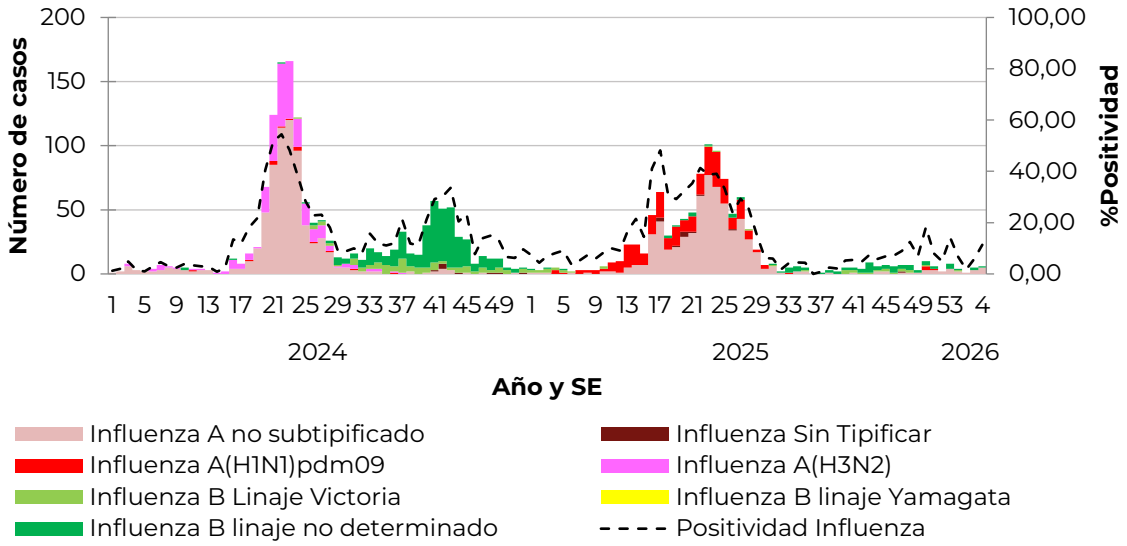

*Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.*

Aun cuando desde el inicio de 2024 se notificaron casos de influenza durante todas las semanas del año, entre las SE 16 y 28 de 2024 se verificó un aumento estacional en las detecciones, con el mayor número de casos notificados entre las SE21 y SE24. Como se mencionó previamente, este ascenso estuvo asociado a la detección de Influenza A, con predominio del subtipo A(H3N2). A partir de la SE31, y concomitantemente con el descenso de casos de Influenza A, se observó un ligero ascenso en la detección de casos de Influenza B/Linaje Victoria. Hacia el final del período se registran nuevamente detecciones de influenza A. En el 2025 se detectaron

predominantemente casos de influenza A, específicamente influenza A (H1N1). Se detectó un menor número de casos de Influenza B, linaje Victoria.

En las primeras 4SE de 2026, se detectaron 11 casos de infuenza A, ninguno de ellos con subtipificación. En cuanto a influenza B, se detectaron 5 casos, dentro de los cuales se detectó linaje Victoria en 1 de ellos.

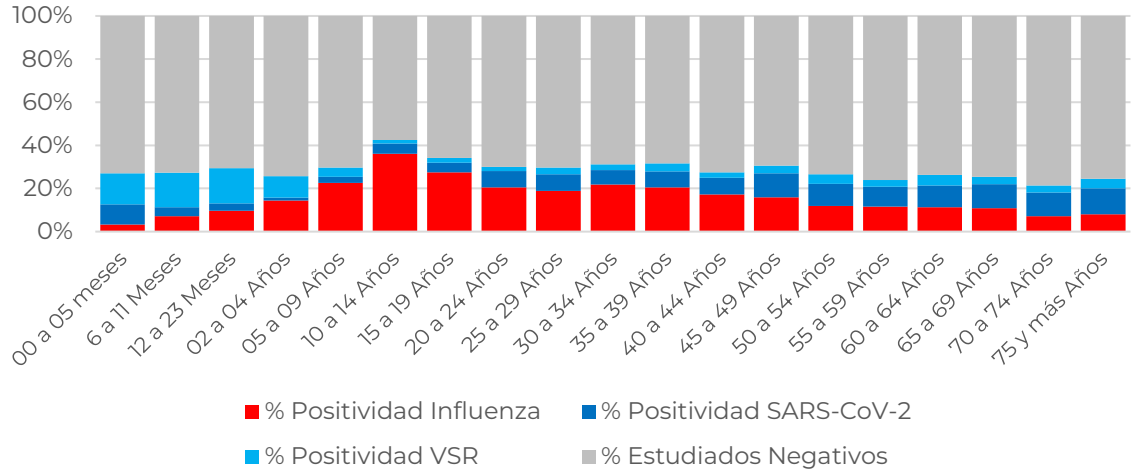
**Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2024 a SE4/2026. Estrategia UMA. Argentina.**




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

Con relación a la distribución por grupos de edad, si bien los casos de influenza acumulados desde inicio de 2024 en UMA corresponden a todos los grupos, los mayores porcentajes de positividad se observan en adolescentes y niños mayores de 5 años, seguidos de adultos jóvenes y de edad media (grupos de 5 a 39 años). En cuanto a SARS-CoV-2, la positividad fue mayor para adultos, adultos mayores y niños menores de 6 meses. Con relación a los casos de VSR, los grupos de edad con mayor positividad fueron 0 a 4 años y adultos mayores.

**Gráfico 3. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados. SE1/2024 a SE4/2026. Estrategia UMA. Argentina[3].**




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

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

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

### Definiciones de caso Vigentes

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

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

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

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

[3] Solo se incluyen casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de ETI en UMA.
[4] Para más información sobre la estrategia de vigilancia centinela de IRAG, consultar Guia Operativa Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia-uc-irag-vff.pdf
[5] Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplados en la definición de caso.
[6] Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplado en la definición de caso

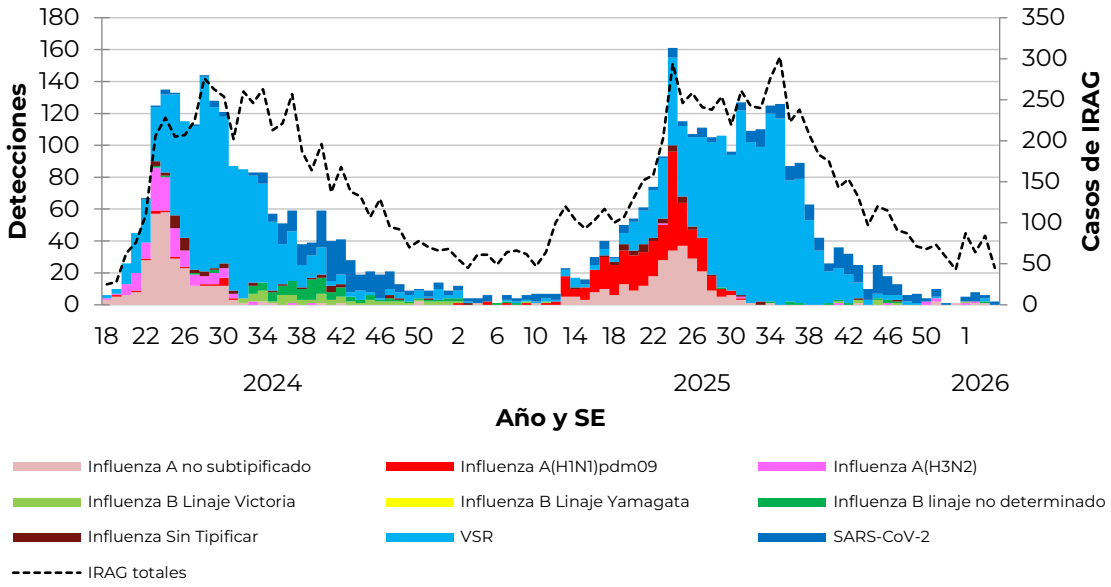
En lactantes menores de 6 meses también considerar:

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

En las 4 primeras SE de 2026 se registraron de manera nominal un total de 280 internaciones con diagnóstico de IRAG y 91 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida en la Red Argentina de UC-IRAG[9].

La curva de casos de IRAG presentó tendencia ascendente entre las SE 18 y 28 de 2024, asociada al aumento estacional de casos de influenza A/H3N2 y, posteriormente, al ascenso de casos de VSR, permaneciendo por encima de los 200 casos semanales de IRAG entre las SE24 y 37. En 2025, las notificaciones de IRAG experimentaron un aumento desde la SE12, alcanzando su máximo en la SE35. En las primeras SE de 2026 los casos de IRAG se mantienen estables, con un promedio de 70 casos semanales en las últimas 4 semanas.

**Gráfico 4. Casos totales de IRAG y detecciones de Influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y VSR, y por SE. Estrategia UC IRAG. SE18/2024 a 4/2026. Argentina**




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

En relación con los casos de IRAG por **SARS-CoV-2,** si bien los casos se mantuvieron en niveles bajos desde SE18 de 2024, se registró un ligero ascenso desde SE36 de 2024, que alcanzó su máximo en SE 41 y 42 con descenso posterior. Durante 2025, las detecciones de SARS-CoV-2 entre los casos de IRAG se mantuvieron en niveles bajos, con un ligero incremento desde la SE35 seguido de una disminución posterior en las últimas semanas del periodo. En 2026 continua con niveles bajos

[7] La fiebre se define como una temperatura ≥37,5 C. La hipotermia se define como una temperatura
[8] El shock se define por letargo, respiración rápida, piel fría, llenado capilar prolongado y pulso rápido y débil.
[9] Para el presente análisis se considera la semana epidemiológica de la fecha de internación registrada o, en su defecto, la primera entre fecha de notificación del caso o fallecimiento.

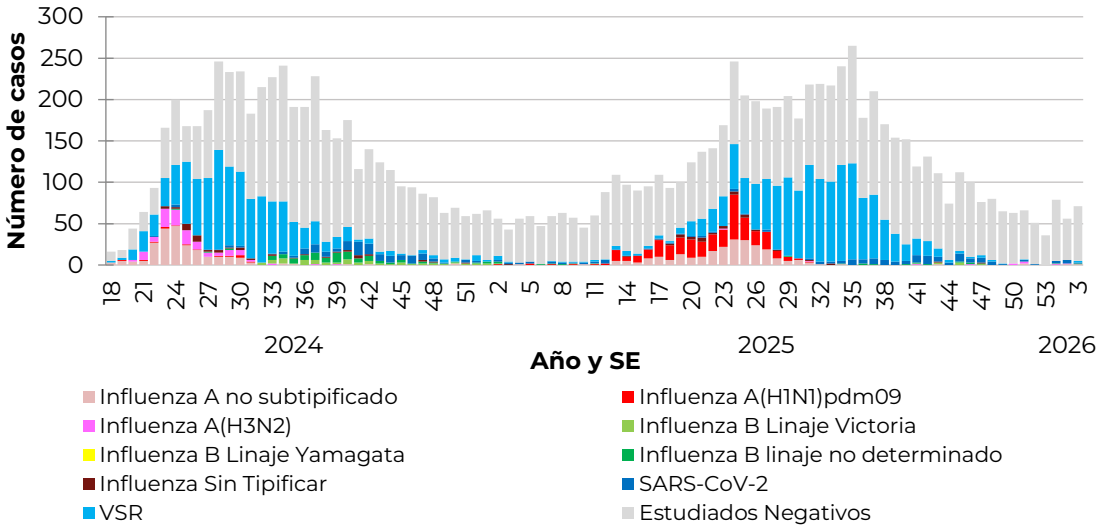
Aun cuando se registraron IRAG con diagnóstico de **Influenza** durante todo el periodo, entre la SE18 y la SE31 de 2024 se observó un ascenso de detecciones influenza A/H3N2, que alcanzó sus valores máximos entre SE 23/2024 y 24/2024. Con el descenso de casos de influenza A, se registró a partir de SE32/2024 un cambio en el tipo predominante, con un aumento de casos de influenza B/linaje Victoria, con el mayor número de casos detectados entre las SE 33/2024 y 42/2024.

Durante 2025, se observó un incremento en las detecciones de influenza a partir de la SE13, alcanzando valores más elevados entre las SE23 y SE27, seguido de un descenso posterior. Los casos correspondieron predominantemente a influenza A, con mayor detección de H1N1y menor detección de H3N2. Se detectó un menor número de casos de influenza B (n=30), especialmente de linaje Victoria.

En las dos primeras semanas de 2026, se detectaron 4 casos de influenza A, siendo 2 de ellos H3N2. Con respecto a influenza B, se registraron 2 casos, uno de ellos con linaje Victoria.

En cuanto a IRAG con diagnóstico de **VSR**, desde SE18/2024 se registró tendencia ascendente tanto de casos como del porcentaje de positividad, que alcanzaron valores máximos en SE28/2024, con descenso posterior, permaneciendo estable y en valores bajos desde SE41/2024. A partir de la SE20/2025 se registró un nuevo ascenso de las detecciones de VSR entre los casos de IRAG. Las detecciones alcanzaron su valor máximo en la semana 31, manteniéndose en valores elevados durante las semanas siguientes y mostrando una tendencia descendente a partir de la SE36, con valores bajos en las últimas semanas de 2025 y con 2 casos en las primeras 2 SE de 2026.

**Gráfico 5. Casos de IRAG estudiados por técnica molecular para virus SARS-CoV-2, influenza y VSR según resultado, por SE. SE18/2024 a 4/2026. Estrategia UC IRAG. Argentina [10].**




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

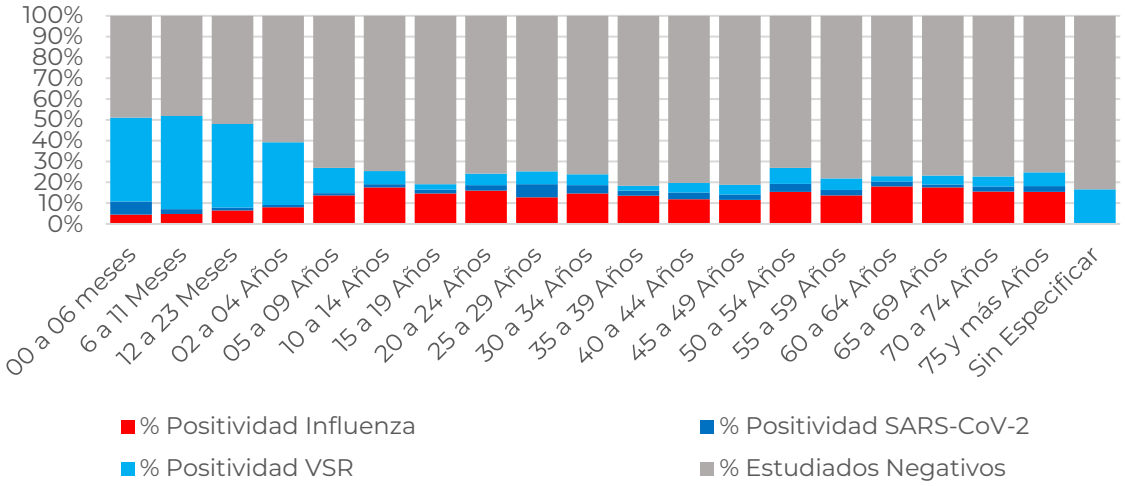
En las últimas 4 semanas, entre 235 casos de IRAG estudiados por técnica molecular para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron: 9 casos de SARS-CoV-2,

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

6 casos de influenza y 2 casos de VSR, sin detección de VSR. Los restantes 218 casos resultaron negativos para los agentes etiológicos priorizados.

Con relación a la distribución por grupos de edad, entre los casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados por técnica molecular desde la SE18/2024, se registra la mayor positividad para influenza en adultos mayores y los grupos de edad comprendidos entre 5 y 34 años. Para SARS-CoV-2, el porcentaje de positividad fue más alto en menores de 6 meses, adultos y niños menores de 2 años. Con relación a las IRAG por VSR, los porcentajes de positividad más elevados se registran en menores de 1 año, 1 año y 2 a 4 años.

**Gráfico 6. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados, en casos de IRAG. SE18/2024 a 4/2026. Estrategia UC IRAG. Argentina[11]**



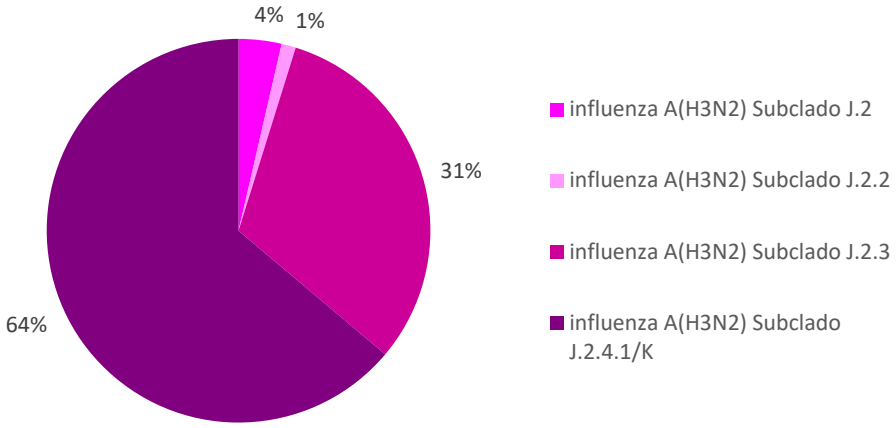

*Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS*[2.0]

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

Entre las SE 1/2025 y la SE 4/2026, el Laboratorio Nacional de Referencia recibió muestras positivas para Influenza A(H3N2) provenientes de 20 jurisdicciones. De ellas pudo realizarse la secuenciación genómica de 83 casos, de los cuales 53 correspondieron al subclado J.2.4.1 (K), 26 al subclado J.2.3, 3 al subclado J.2 y 1 al subclado J.2.2.

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

**Gráfico 7. Distribución de subclados de Influenza A(H3N2). Argentina. SE 1/2025 a SE 4/2026 (n = 83)**




*Fuente: elaboración del Departamento de Epidemiología y el Servicio Virosis Respiratorias del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.*

Los casos correspondientes al subclado J.2.4.1 (K) se distribuyeron en las 5 regiones del país, concentrándose mayoritariamente en el Centro y en el Sur. Hasta el momento, se detectaron casos de este subclado en 17 jurisdicciones (Ver Tabla 1).

**Tabla 1. Casos de Influenza A(H3N2) secuenciados por el LNR por subclado según jurisdicción de residencia. Argentina. SE 1/2025 a SE 4/2026**

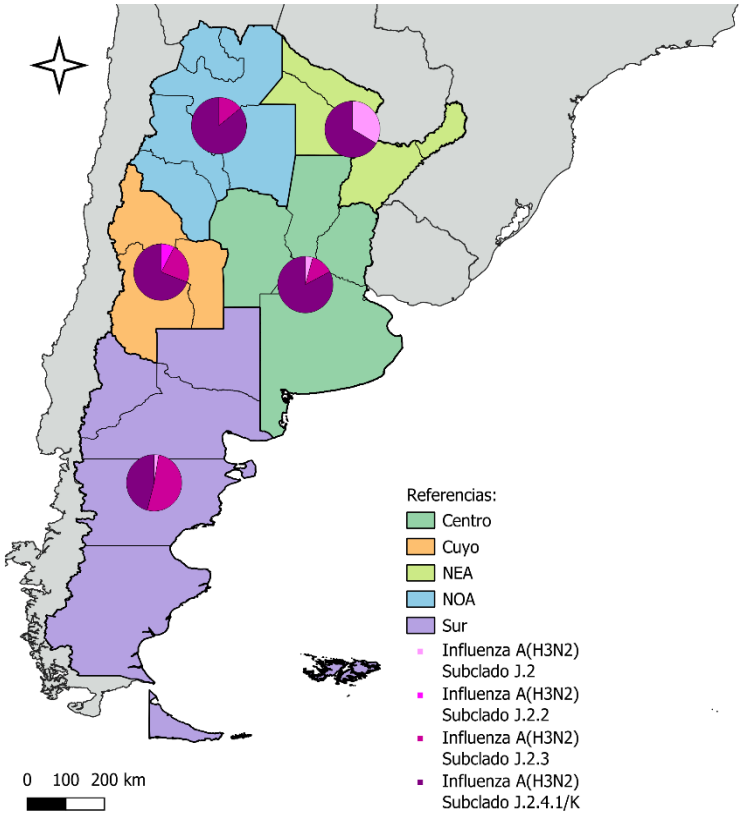
| Jurisdicción | Influenza A(H3N2) Subclado J.2 | Influenza A(H3N2) Subclado J.2.2 | Influenza A(H3N2) Subclado J.2.3 | Influenza A(H3N2) Subclado J.2.4.1/K | Total Influenza A(H3N2) secuenciados |
|---|---|---|---|---|---|
| **Región Centro** | **1** | **0** | **3** | **19** | **23** |
| Buenos Aires | 0 | 0 | 1 | 6 | 7 |
| CABA | 1 | 0 | 1 | 6 | 8 |
| Córdoba | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Entre Ríos | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| Santa Fe | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 |
| **Región Cuyo** | **0** | **1** | **3** | **9** | **13** |
| Mendoza | 0 | 1 | 3 | 8 | 12 |
| San Juan | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| San Luis | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Región NEA** | **1** | **0** | **0** | **2** | **3** |
| Chaco | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Corrientes | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| Formosa | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Misiones | | | | | |
| **Región NOA** | **0** | **0** | **1** | **6** | **7** |
| Catamarca | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| Jujuy | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| La Rioja | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 |
| Salta* | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Santiago del Estero | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Tucumán | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| **Región Sur** | **1** | **0** | **19** | **17** | **37** |
| Chubut | 0 | 0 | 2 | 1 | 3 |
| La Pampa | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Neuquén | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 |
| Río Negro | 0 | 0 | 2 | 1 | 3 |
| Santa Cruz | 1 | 0 | 8 | 8 | 17 |
| Tierra del Fuego | 0 | 0 | 7 | 3 | 10 |
| Total general | 3 | 1 | 26 | 53 | 83 |

*Fuente: elaboración del Departamento de Epidemiología y el Servicio Virosis Respiratorias del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.*

**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 se detectó en mayor proporción el subclado J.2.3 (Mapa 1).

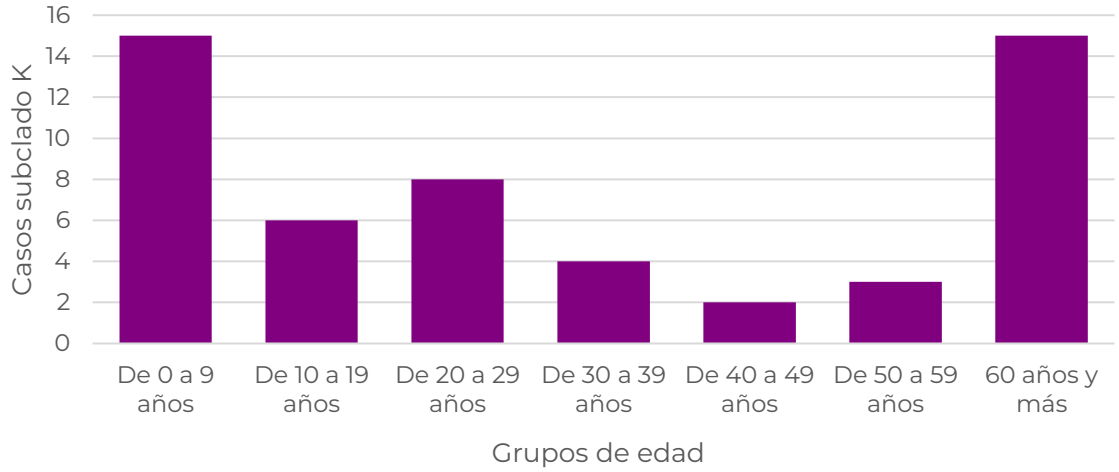
**Mapa 1. Casos de Influenza A(H3N2) secuenciados por el LNR por subclado según Región de residencia: distribución porcentual. Argentina. SE 1/2025 a SE 4/2026 (N = 83)**




*Fuente: elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud* SNVS[2.0].

Se detectaron casos del subclado K en todos los grupos de edad, con un mayor número en niños y en personas mayores de 60 años.

**Gráfico 8. Casos de Influenza A(H3N2) subclado J.2.4.1 (K) por grupo de edad. Argentina. SE 1/2025 a SE 4/2026 (N = 53)**




*Fuente: elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud* SNVS[2.0].

Solo 8 de los 53 casos pertenecientes al subclado K consignan antecedentes de viaje reciente al exterior (Europa, Estados Unidos y el Caribe) y 4 habían viajado recientemente a otra provincia distinta a su lugar de residencia (1 a Córdoba, 2 a Tierra del Fuego y 1 a La Rioja); los restantes no refieren antecedentes de viajes recientes.

**Tabla 2. Casos de Influenza A(H3N2) por vacunación antigripal 2025 según subclado detectado. Argentina. SE 1/2025 a SE 4/2026.**

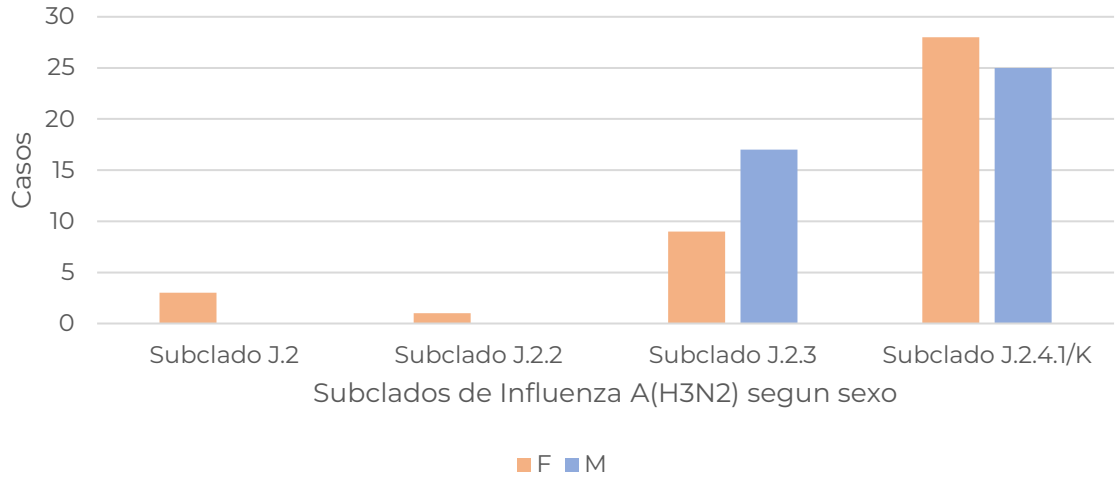
| Subclado Influenza A(H3N2) | Vacunación | | | Total general |
|---|---|---|---|---|
| | NO | SI | Porcentaje de Vacunados | |
| Subclado J.2 | 3 | | 0% | 3 |
| Subclado J.2.2 | | 1 | 100% | 1 |
| Subclado J.2.3 | 20 | 6 | 23% | 26 |
| Subclado J.2.4.1/K | 40 | 13 | 24,5% | 53 |
| Total general | 63 | 20 | 24,1 | 83 |

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

En cuanto a los antecedentes de vacunación se destaca que el 76% de los casos caracterizados no estaban vacunados y que entre los casos identificados como subclado K el 25% contaba con vacunación antigripal (Ver Tabla 2).

Respecto a la división por sexo, el 50% de los casos con secuenciación de Influenza A(H3N2) son de sexo femenino.

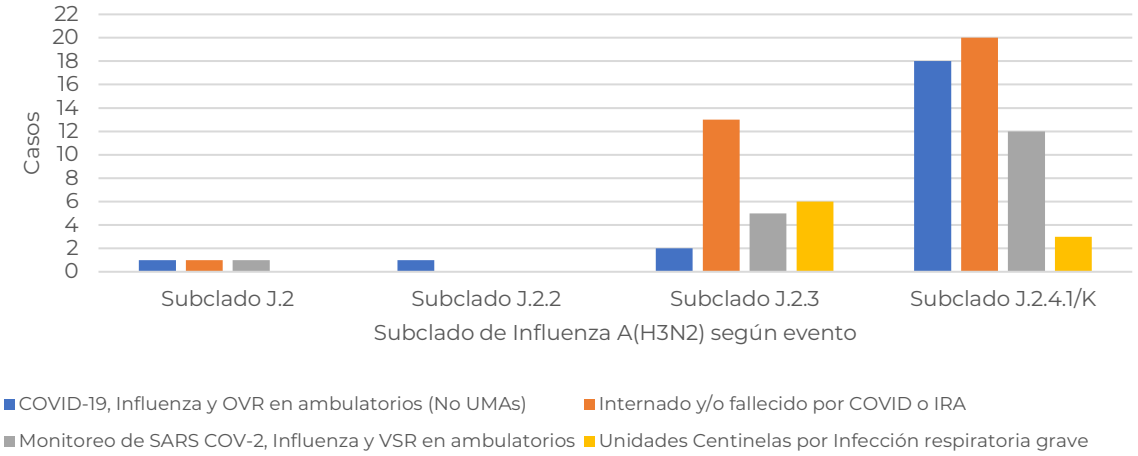
**Gráfico 9. Casos de Influenza A(H3N2) por subclado detectado según sexo. Argentina. 18-12-2025 a 06-02-2026 (n=83).**




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

Respecto a la distribución de los casos secuenciados entre los eventos/estrategias de vigilancia, 35 casos fueron notificados al evento universal "Internado y/o fallecido por COVID o IRA", 9 por UC-IRAG (total internados 44); 21 en el evento universal de Ambulatorios (NO UMA) y 18 en Unidades de Monitoreo Ambulatorio (UMA). En cuanto a los casos detectados del subclado K se identificaron en los 4 eventos (23 en internados y 30 en ambulatorios).

**Gráfico 10. Casos de influenza A(H3N2) por subclado detectado según evento. Argentina. 18-12-2025 a 06-02-2026 (N=83)**




*Fuente: elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud* SNVS[2.0].

## IV.6. 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 IRAs, en particular: la vigilancia virológica de virus respiratorios a través de la Red Nacional de Influenza y Otros Virus Respiratorios; la vigilancia de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) en las Unidades de Monitoreo Ambulatorio; la vigilancia de Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) en las Unidades Centinela; y la vigilancia de eventos respiratorios inusuales.

## IV.7. Vigilancia epidemiológica

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

En este marco, se recomienda:

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

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

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

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

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

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

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

## IV.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.[12],[13] 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.[14],[15] 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.

[12] 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.

[13] 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.

[14] 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.

[15] 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.

## Indicaciones de tratamiento antiviral

*Manejo de Influenza estacional*

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

**-Casos ambulatorios con Enfermedad Tipo Influenza (ETI)**
-Puede considerarse la administración de oseltamivir en casos ambulatorios con Enfermedad tipo influenza (ETI) y que pertenecen a grupos con mayor riesgo de desarrollar complicaciones por Influenza.
En períodos de circulación de virus Influenza, se recomienda la indicación de tratamiento en aquellos pacientes con resultado positivo para Influenza o en caso de no disponer de estudio diagnóstico o con resultado más allá de las 48 horas, iniciar tratamiento empírico.
*La administración de tratamiento antiviral con oseltamivir debe ser registrada al* SNVS.2.0 *completando la solapa clínica en el evento correspondiente y en todas las estrategias de vigilancia implementadas.*
*Para mayor información en relación a los factores de riesgo para el desarrollo de formas graves por influenza consultar: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevencion_y_control_ira-2024.pdf.

# V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

## V.1. Situación regional

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)[16] y el ARBO-portal[17] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 05/02/2026 en países de la región seleccionados.

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)[18] y el ARBO-portal[19] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 05/02/2026 en países de la región seleccionados.

**Brasil:** hasta la SE 2/2026 se reportaron 29.060 casos de dengue, un 80% menos que en la misma semana de 2025, sin fallecimientos registrados. En cuanto a chikungunya, se reportaron 1.460 casos, un 86% menos que en la misma semana de 2025, sin fallecimientos registrados. Respecto al zika, durante el 2025 se registraron 25.042 casos, lo que representa una disminución del 42% en comparación con 2024, con un fallecimiento reportado por este evento. 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, lo que representa un aumento del 58% en relación a la misma semana de 2025. Sin embargo, los casos confirmados por laboratorio presentan una disminución del 85%. No se registraron fallecimientos para este evento. En cuanto a chikungunya, se reportaron un total de 976 casos, cifra 18 veces superior a lo registrado a la misma semana de 2025, con 485 casos confirmados por laboratorio, mientras que a la misma SE del año anterior se había confirmado un caso. 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 4/2026 se registraron un total de 2.412 casos de dengue, un 37% menos que en la misma semana de 2025, sin fallecimientos asociados. 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 3/2026 se reportaron un total de 2.634 casos de dengue, lo que representa un 25% menos que la misma semana de 2025, con un fallecimiento registrado. Con relación a chikungunya, hasta la SE 52/2025 se notificaron 24 casos, un 69% menos en comparación con 2024. No se registraron defunciones para este evento. Respecto al zika, hasta la SE 52/2025, se notificaron 2 casos, sin registrarse casos confirmados por laboratorio. En relación con

[16] Organización Panamericana de la Salud. Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA). Disponible en: PAHO/WHO Data - Topics
[17] Organización Panamericana de la Salud. ARBO-portal: Oropouche. Disponible en: Enfermedad por virus Oropouche - OPS| Organización Panamericana de la Salud
[18] Organización Panamericana de la Salud. Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA). Disponible en: PAHO/WHO Data - Topics
[19] Organización Panamericana de la Salud. ARBO-portal: Oropouche. Disponible en: Enfermedad por virus Oropouche - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud

Oropouche, hasta la SE 38/2025 se confirmaron 330 casos, un 69% menos que a la misma semana de 2024.

En 2025 la Organización Panamericana de la Salud emitió una alerta epidemiológica sobre Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas[20], ante la ocurrencia de brotes de chikungunya en varias regiones del mundo. En las Américas, distintos países notificaron un incremento de casos para este evento, especialmente Bolivia donde se registró un aumento muy superior al observado en 2024. Asimismo, se notificaron casos autóctonos de Oropouche 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. En cuanto a Chikungunya, se registra un incremento pronunciado de casos en Bolivia.

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

### V.2.A. NOTA METODOLÓGICA

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

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

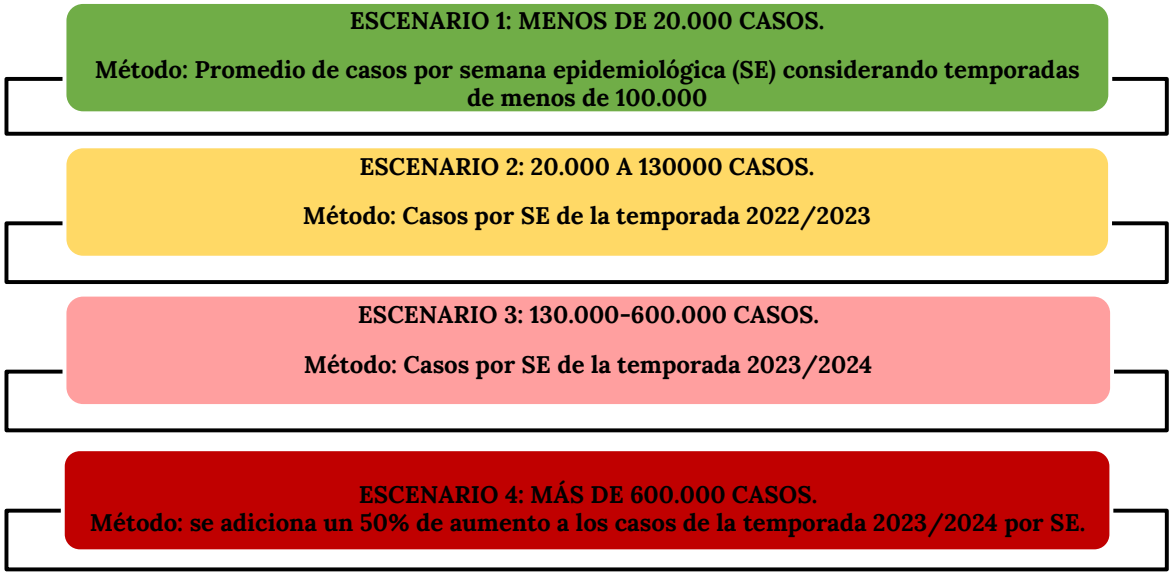
El abordaje metodológico se fundamenta en la extrapolación de series históricas recientes y en la estratificación de escenarios según la magnitud de la incidencia, con el objetivo de anticipar

[20] Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica: Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas – 28 de agosto de 2025. Disponible en: Alerta epidemiológica Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas - 28 de agosto del 2025 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud

la carga de enfermedad y orientar oportunamente las acciones de preparación y respuesta en los ámbitos de la vigilancia epidemiológica, clínica, entomológica y virológica.

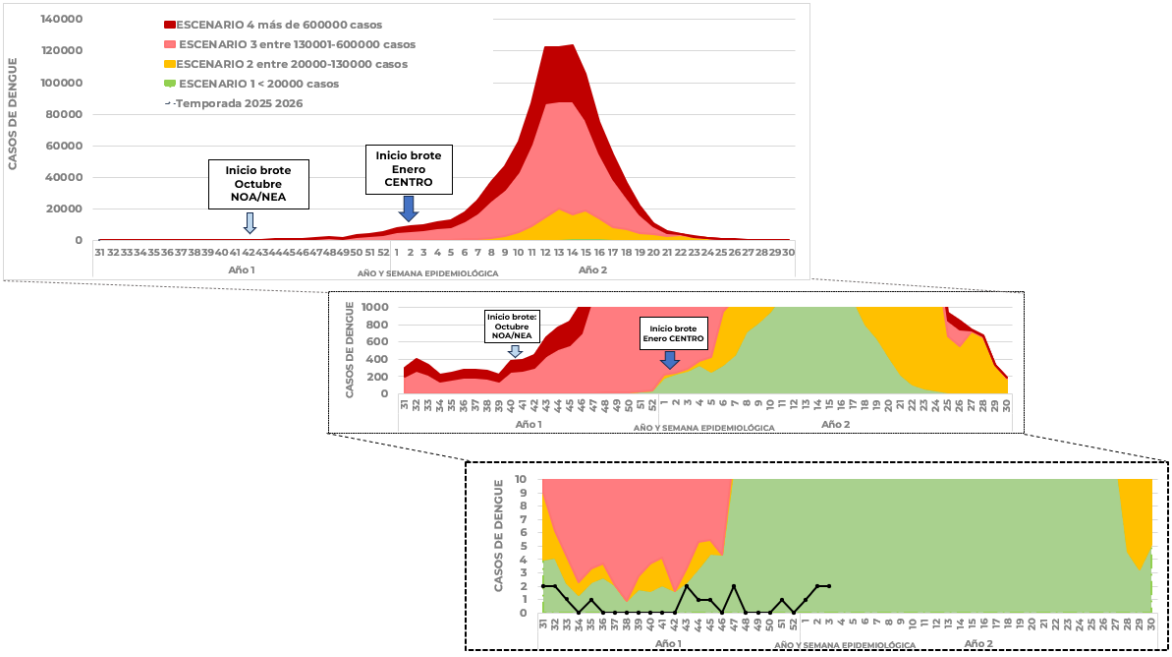
En el último gráfico (detalle en zoom) se presentan los casos de la temporada 2025-2026 y su representación en el modelo de escenarios estimados. Entre las SE31/2025 y SE4/2026 se notificaron 18 casos confirmados de dengue, de los cuales 13 fueron importados. Estos registros iniciales permiten dimensionar el inicio de la temporada y anticipar su evolución en comparación con temporadas previas. Por el momento, la situación se mantiene en un **escenario de bajo riesgo** (Gráfico 2)

**Gráfico 1. Modelo de estimación de escenarios epidemiológicos. Año 2025. 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=18). Argentina.**




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

## V.3. Situación de dengue en Argentina

### V.3.A. 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 SE4/2026, 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 mínima[21], desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) **10314** casos sospechosos de dengue, de los cuales **18** fueron confirmados por laboratorio detectándose la circulación de DENV 1, 2 y 3. El 72% 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).

- **Siete** casos de la **Provincia de Buenos Aires**: tres sin antecedente de viaje -Tres de Febrero (SE31), San Isidro (SE43), Cañuelas (SE 51)- y cuatro con antecedente de viaje a Paraguay (SE35), México (SE44), Indonesia (SE47) y Brasil (SE2).

- **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**.

- **Dos** casos notificados por **Entre Ríos** con antecedente de viaje a Cuba (SE43) y Brasil (SE53)**.** En el último caso reportado, se detectó **DENV-3.**

- **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), durante la SE4/2026 se notificaron **695** casos sospechosos 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.

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

**Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE4/2026. 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 | 3 | 28 | 4 | 4 | DENV-1 DENV-2 | 766 | 225 | 1030 | 7 |
| CABA | 0 | 9 | 5 | 0 | DENV-1 DENV-3 | 203 | 87 | 305 | 5 |
| Córdoba | 0 | 26 | 1 | 0 | DENV-2 | 1370 | 84 | 1481 | 1 |
| Entre Ríos | 0 | 2 | 2 | 1 | DENV-3 | 209 | 12 | 226 | 2 |
| Santa Fe | 0 | 20 | 0 | 2 | | 743 | 75 | 840 | 0 |
| **Total Centro** | **3** | **85** | **13** | **7** | | **3291** | **483** | **3882** | **16** |
| Mendoza | 0 | 1 | 1 | 1 | DENV-3 | 83 | 4 | 90 | 1 |
| San Juan | 0 | 1 | 0 | 0 | | 29 | 0 | 30 | 0 |
| San Luis | 0 | 0 | 0 | 0 | | 41 | 9 | 50 | 0 |
| **Total Cuyo** | **0** | **2** | **1** | **1** | | **153** | **13** | **170** | **1** |
| Chaco | 0 | 6 | 0 | 0 | | 628 | 7 | 641 | 0 |
| Corrientes | 0 | 5 | 0 | 0 | | 89 | 11 | 105 | 0 |
| Formosa | 2 | 1 | 0 | 0 | DENV-2 | 3180 | 1 | 3184 | 2 |
| Misiones | 0 | 2 | 0 | 0 | | 308 | 3 | 313 | 0 |
| **Total NEA** | **2** | **14** | **0** | **0** | | **4205** | **22** | **4243** | **2** |
| Catamarca | 0 | 2 | 0 | 0 | | 152 | 1 | 155 | 0 |
| Jujuy | 0 | 2 | 0 | 0 | | 217 | 1 | 220 | 0 |
| La Rioja | 0 | 1 | 0 | 0 | | 120 | 3 | 124 | 0 |
| Salta | 0 | 4 | 0 | 0 | | 387 | 38 | 429 | 0 |
| Santiago del Estero | 0 | 0 | 0 | 0 | | 63 | 27 | 90 | 0 |
| Tucumán | 0 | 41 | 0 | 1 | | 797 | 41 | 880 | 0 |
| **Total NOA** | **0** | **50** | **0** | **1** | | **1736** | **111** | **1898** | **0** |
| Chubut | 0 | 0 | 0 | 0 | | 10 | 1 | 11 | 0 |
| La Pampa | 0 | 0 | 0 | 0 | | 58 | 6 | 64 | 0 |
| Neuquén | 0 | 0 | 0 | 0 | | 19 | 1 | 20 | 0 |
| Río Negro | 0 | 0 | 0 | 0 | | 1 | 1 | 2 | 0 |
| Santa Cruz | 0 | 0 | 0 | 0 | | 18 | 1 | 19 | 0 |
| Tierra del Fuego | 0 | 0 | 0 | 0 | | 6 | 0 | 6 | 0 |
| **Total Sur** | **0** | **0** | **0** | **0** | | **112** | **10** | **122** | **0** |
| **Total País** | **5** | **151** | **13** | **9** | | **9497** | **639** | **10314** | **18** |

*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.3.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.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina

Durante la temporada en curso se notificaron **1481** casos sospechosos de fiebre chikungunya, sin registrarse hasta el momento casos autóctonos confirmados. Se notificaron casos importados, que incluyeron 4 casos confirmados (CABA, Buenos Aires y Córdoba) y 5 casos probables (Buenos Aires, Entre Ríos y Salta), todos con antecedente de viaje a Bolivia, Brasil, Paraguay y Cuba. En las últimas dos semanas epidemiológicas, se notificaron 3 casos probables sin antecedente de viaje: 2 en la provincia de Salta, con presunto antecedente de viaje a Bolivia, y 1 en la provincia del Chaco. Estos casos se encuentran en investigación epidemiológica para la determinación de su clasificación final. La ocurrencia de casos importados refuerza la necesidad de sostener la vigilancia epidemiológica y la sensibilidad de los sistemas de detección, en un contexto de circulación viral regional y condiciones favorables para la transmisión vectorial.

**Tabla 2. Chikungunya: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE4/2026. 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 | 38 | 3 |
| CABA | 0 | 0 | 1 | 0 | 7 | 1 |
| Córdoba | 0 | 0 | 2 | 0 | 956 | 2 |
| Entre Ríos | 0 | 0 | 0 | 1 | 32 | 1 |
| Santa Fe | 0 | 0 | 0 | 0 | 57 | 0 |
| **Total Centro** | **0** | **0** | **4** | **3** | **1090** | **7** |
| Mendoza | 0 | 0 | 0 | 0 | 15 | 0 |
| San Juan | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| San Luis | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 |
| **Total Cuyo** | **0** | **0** | **0** | **0** | **21** | **0** |
| Chaco | 0 | 1 | 0 | 0 | 126 | 0 |
| Corrientes | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Formosa | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Misiones | 0 | 0 | 0 | 0 | 26 | 0 |
| **Total NEA** | **0** | **1** | **0** | **0** | **152** | **0** |
| Catamarca | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Jujuy | 0 | 0 | 0 | 0 | 39 | 0 |
| La Rioja | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 0 |
| Salta | 0 | 2 | 0 | 2 | 135 | 2 |
| Santiago del Estero | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 |
| Tucumán | 0 | 0 | 0 | 0 | 28 | 0 |
| **Total NOA** | **0** | **2** | **0** | **2** | **215** | **2** |
| 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 | 0 | 0 |
| Santa Cruz | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Tierra del Fuego | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Total Sur** | **0** | **0** | **0** | **0** | **3** | **0** |
| **Total País** | **0** | **3** | **4** | **5** | **1481** | **11** |

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

## V.5. 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 SE4/2026).

**Tabla 3. Número de muestras estudiadas y positivas sin antecedente de viaje para otros Arbovirus. SE31/2025 a SE4/2026. Argentina.**

| Evento | Enfermedad por virus Zika | | Fiebre de Oropouche | | Encefalitis de San Luis | | Fiebre del Nilo Occidental | | Fiebre amarilla | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Jurisdicción | Pos | Est | Pos | Est | Pos | Est | Pos | Est | Pos | Est |
| Buenos Aires | 0 | 27 | 0 | 40 | 0 | 24 | 0 | 15 | 0 | 9 |
| CABA | 0 | 1 | 0 | 4 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Córdoba | 0 | 20 | 0 | 43 | 0 | 202 | 0 | 2 | 0 | 1 |
| Entre Ríos | 0 | 1 | 0 | 8 | 0 | 8 | 0 | 2 | 0 | 1 |
| Santa Fe | 0 | 23 | 0 | 23 | 0 | 17 | 0 | 13 | 0 | 7 |
| **Total Centro** | **0** | **72** | **0** | **118** | **0** | **252** | **0** | **32** | **0** | **18** |
| Mendoza | 0 | 4 | 0 | 6 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| San Juan | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| San Luis | 0 | 3 | 0 | 2 | 0 | 6 | 0 | 5 | 0 | 0 |
| **Total Cuyo** | **0** | **7** | **0** | **8** | **0** | **11** | **0** | **5** | **0** | **0** |
| Chaco | 0 | 89 | 0 | 23 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Corrientes | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Formosa | 0 | 0 | 0 | 23 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Misiones | 0 | 20 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 6 |
| **Total NEA** | **0** | **109** | **0** | **49** | **0** | **0** | **0** | **3** | **0** | **7** |
| Catamarca | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Jujuy | 0 | 18 | 0 | 31 | 0 | 1 | 0 | 16 | 0 | 0 |
| La Rioja | 0 | 7 | 0 | 6 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 7 |
| Salta | 0 | 94 | 0 | 44 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Santiago del Estero | 0 | 4 | 0 | 1 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Tucumán | 0 | 8 | 0 | 16 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| **Total NOA** | **0** | **131** | **0** | **98** | **0** | **6** | **0** | **16** | **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 | 0 | 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 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Total Sur** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **2** | **0** | **1** | **0** | **0** |
| **Total País** | **0** | **319** | **0** | **273** | **0** | **271** | **0** | **57** | **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.5.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 **319** 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.5.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 **273** casos, sin registrarse resultados positivos.

### V.5.C. ENCEFALITIS DE SAN LUIS

En la temporada actual se notificaron **271** casos sospechosos de encefalitis de San Luis, sin registrarse casos confirmados hasta el momento. No se evidencia circulación viral activa en el país. 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.5.D. FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL

Durante la presente temporada se investigaron **57** 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.5.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 actualizadas[22] 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.

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.

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

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 "Hantavirosis". Se consideran como casos confirmados aquellos que cuentan con resultados de laboratorio detectable o reactivo, según la última definición de caso consensuada publicada en la Circular de Vigilancia de Mayo 2025[23], 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

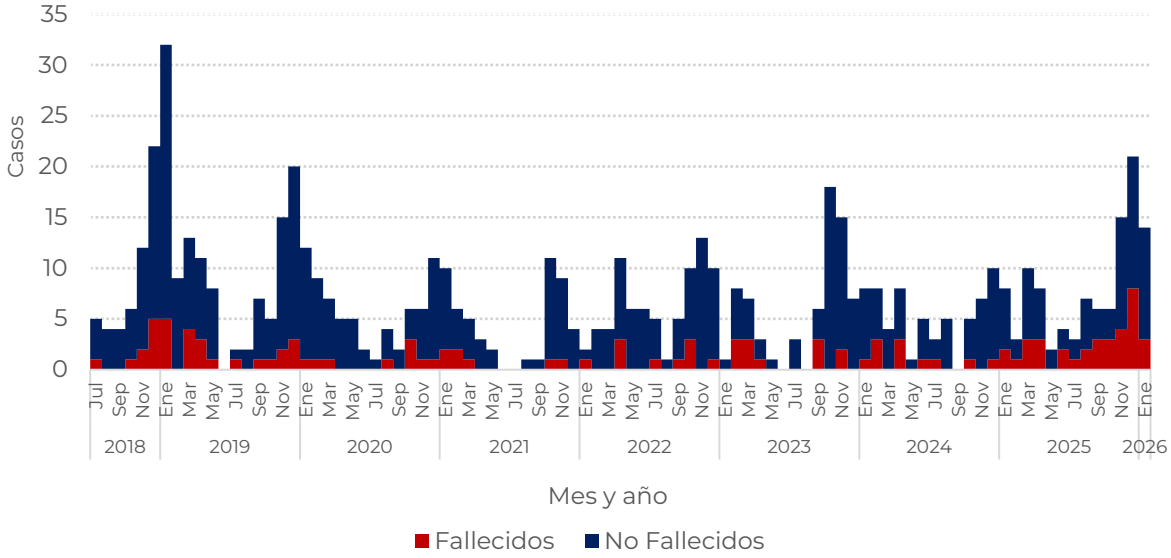
La situación epidemiológica actual se caracterizó a partir de la comparación de períodos comprendidos entre los meses julio de un año y junio del siguiente (Por ej. SE 27/2018- SE 26/2019) para, de esta manera, poder contrastar el aumento de casos en períodos estivales entre sí.

**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.

[23] 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 04/2026, Argentina. (N=616)**




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

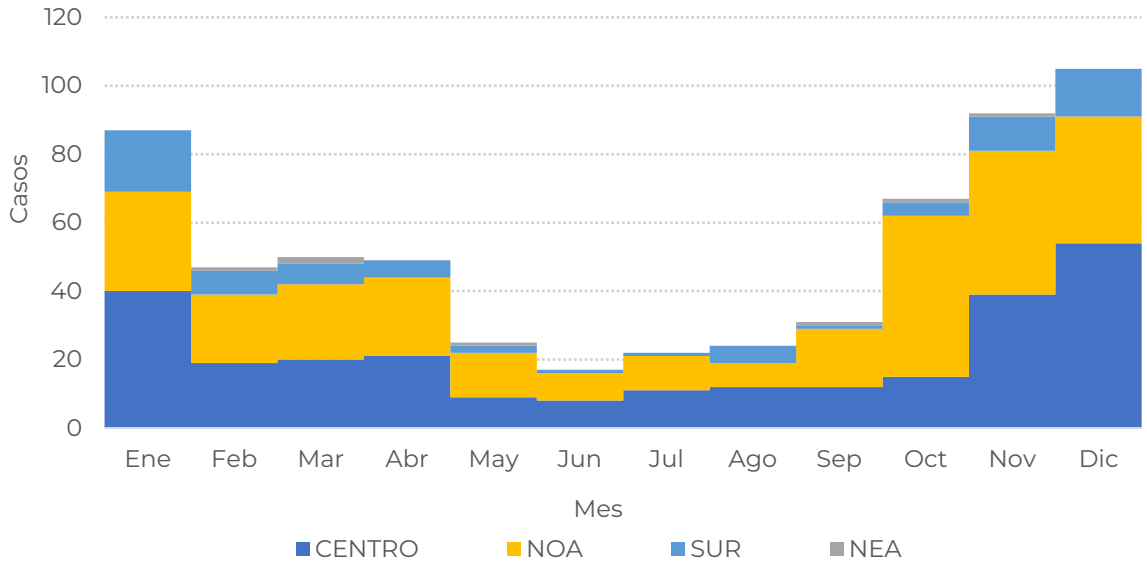
En el presente análisis, respecto del BEN anterior, se notificaron 3 casos nuevos de hantavirosis, pasando de un total de 613 a 616 casos para todo el período. En lo que va del año 2026, a la fecha, se han notificado 14 nuevos casos, 3 de los cuales fallecieron.

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 potencial desaceleración de casos confirmados para el mes de enero, la cual deberá interpretarse teniendo en cuenta las posibles actualizaciones retrospectivas en las notificaciones, conforme avance la temporada.

Al mismo tiempo, se puede observar que el pico de casos confirmados en diciembre de 2025 (21 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 04/2026, Argentina. (N=616)**

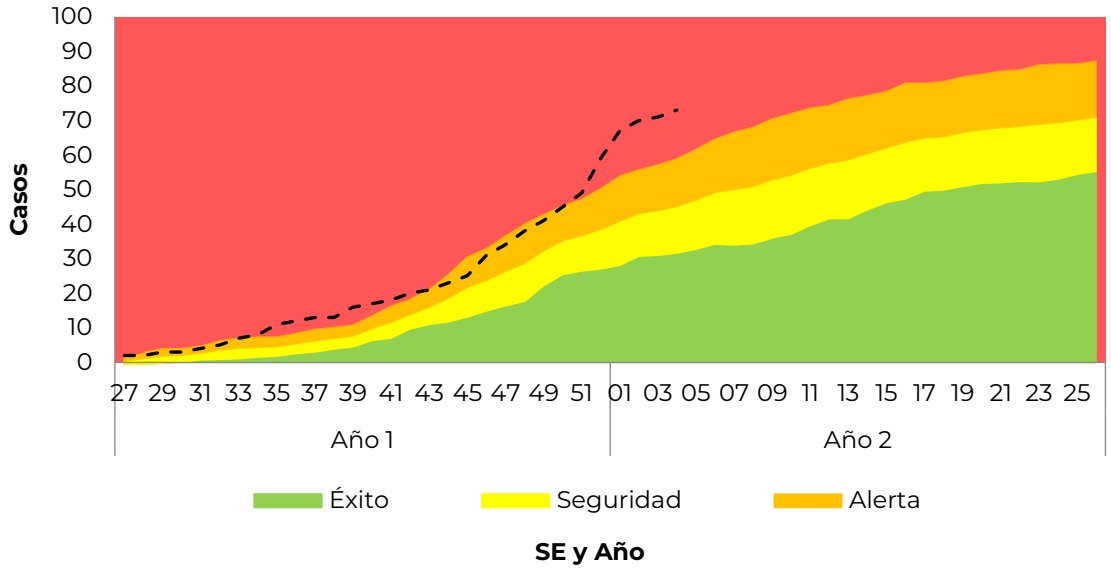



*Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.*

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 04/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025)*. Argentina. (N=73)**

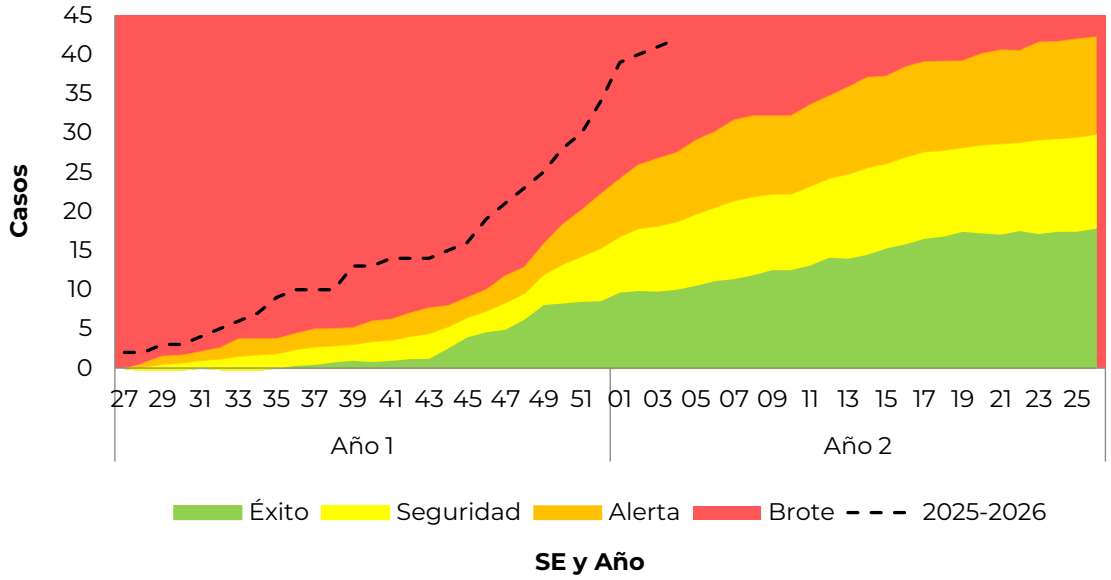



*Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0*
**Tanto para el total país como para los corredores regionales, se excluyeron del período comparativo los casos de la temporada 2018-2019 por ser una temporada de brote.*

Puede observarse que a nivel nacional la cantidad de casos para el período comprendido entre julio del 2025 y enero 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 04/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región Centro. (N=42)**

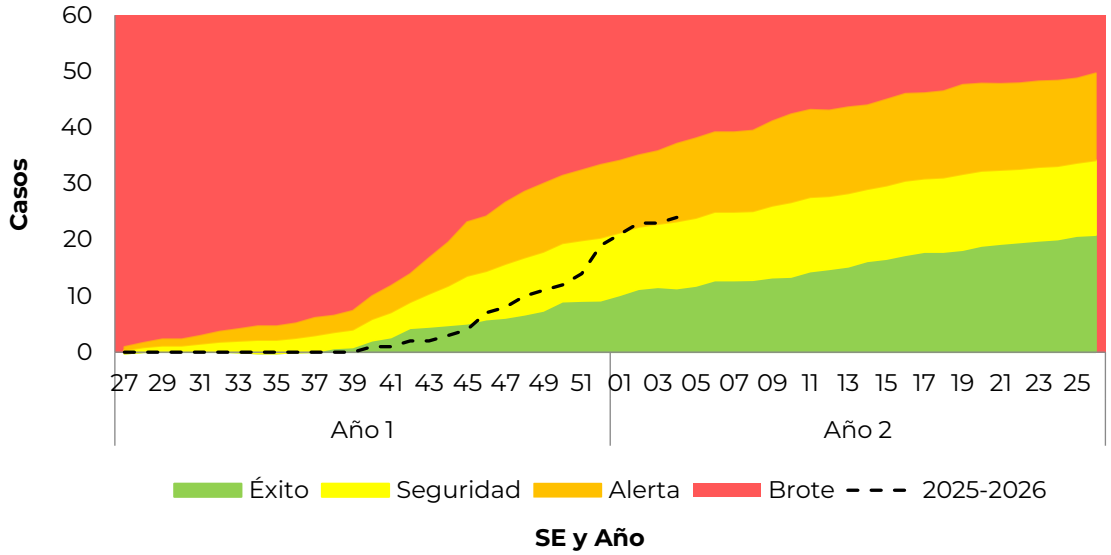



*Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.*

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

## Región NOA

**Gráfico 5. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE 27/2025 a SE 04/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región NOA. (N=24)**

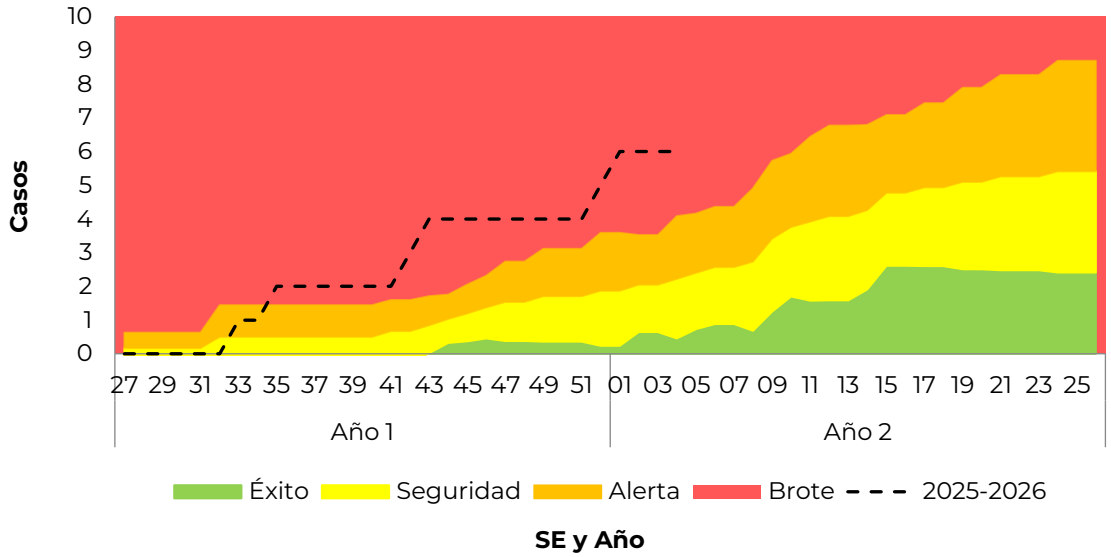



*Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.*

En lo que respecta a la región del NOA, se presentaron casos en las jurisdicciones de Salta y Jujuy, con un número de eventos que se encuentra mayormente dentro del canal o banda de seguridad para el período comprendido entre julio del año 2025 y enero de 2026. La situación actual de hantavirosis está entrando en la zona de alerta.

## Región Sur

**Gráfico 6. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE 27/2025 a SE 04/2026 respecto de las 6 temporadas precias (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, la cual incluye a las jurisdicciones de Chubut, Neuquén y Rio Negro, el número de casos se encuentra superando el umbral de brote para el período comprendido entre julio de 2025 y enero del 2026. Durante el corriente año, hasta la fecha, solo se ha notificado un caso confirmado de hantavirosis en la región sur.

## Presentación de datos a nivel sub-nacional

Para dar cuenta de la situación nacional de hantavirosis, se presentan dos tablas. Una de ellas (tabla 1), correspondiente a los casos y tasas de incidencia en el período equivalente al transcurrido para la temporada actual (SE 27 de un año a SE 4 del año siguiente) para los años 2019 a 2026 y otra (Tabla 2) con los casos históricos confirmados de 2019 a 2025, ambas por jurisdicción y región. Esta última, al presentar años cerrados, no ha tenido modificaciones en las últimas dos semanas. Por dicho motivo, en este BEN será la última vez que se publique.

**Tabla 1. Hantavirosis: Casos confirmados y tasa cada 100.000 habitantes según jurisdicción y región, por temporada. Argentina, 2019 a 2026 (SE 27 a 4). (N=338)**

| Temporada | 2019-2020 (hasta SE04) | | 2020-2021 (hasta SE04) | | 2021-2022 (hasta SE04) | | 2022-2023 (hasta SE04) | | 2023-2024 (hasta SE04) | | 2024-2025 (hasta SE04) | | 2025-2026 (hasta SE04) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Jurisdicción | N | Tasa | N | Tasa | N | Tasa | N | Tasa | N | Tasa | N | Tasa | N | Tasa |
| Buenos Aires | 19 | 0,11 | 12 | 0,07 | 7 | 0,04 | 8 | 0,04 | 4 | 0,02 | 12 | 0,07 | 30 | 0,16 |
| Entre Rios | 1 | 0,07 | 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 | 4 | 0,11 | 3 | 0,08 | 7 | 0,19 | 7 | 0,19 |
| **Centro** | **29** | **0,10** | **22** | **0,07** | **12** | **0,04** | **15** | **0,05** | **9** | **0,03** | **23** | **0,08** | **42** | **0,14** |
| Chaco | 1 | 0,08 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Formosa | 0 | 0,00 | 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** | **2** | **0,05** | **0** | **0,00** | **0** | **0,00** | **0** | **0,00** | **0** | **0,00** | **0** | **0,00** | **1** | **0,02** |
| Jujuy | 7 | 0,91 | 5 | 0,65 | 5 | 0,64 | 7 | 0,88 | 7 | 0,88 | 4 | 0,50 | 4 | 0,49 |
| Salta | 21 | 1,48 | 8 | 0,56 | 8 | 0,55 | 19 | 1,29 | 33 | 2,22 | 9 | 0,60 | 20 | 1,32 |
| Tucumán | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 2 | 0,12 | 2 | 0,11 | 3 | 0,17 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| **NOA** | **28** | **0,50** | **13** | **0,23** | **15** | **0,26** | **28** | **0,48** | **43** | **0,73** | **13** | **0,22** | **24** | **0,40** |
| Chubut | 0 | 0,00 | 3 | 0,48 | 1 | 0,16 | 2 | 0,31 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,15 |
| Neuquen | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 2 | 0,29 | 0 | 0,00 | 1 | 0,14 |
| Rio Negro | 1 | 0,13 | 2 | 0,27 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,13 | 1 | 0,13 | 4 | 0,50 |
| **Sur** | **1** | **0,03** | **5** | **0,17** | **1** | **0,03** | **2** | **0,07** | **3** | **0,10** | **1** | **0,03** | **6** | **0,19** |
| **Total País** | **60** | **0,13** | **40** | **0,09** | **28** | **0,06** | **45** | **0,10** | **55** | **0,12** | **37** | **0,08** | **73** | **0,15** |

*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 14 casos de hantavirosis con residencia en las provincias de Buenos Aires (7), Entre Ríos (1), Río Negro (1) y Salta (5).

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, 0,15 cada 100.000 habitantes, la cual supera en un 62% a la tasa promedio para el periodo 2019-2025.

A nivel regional, la tasa más elevada se corresponde con la región del NOA (0,4 casos confirmados cada 100.000 habitantes). De los 24 casos confirmados hasta el momento en esta región, el 83% se concentra en la provincia de Salta. En cuanto al análisis jurisdiccional, esta provincia posee la tasa de incidencia más elevada (1,32), superando ampliamente a Río Negro

(0,5) y Jujuy (0,49). A su vez, la tasa de Salta es casi 4 veces mayor que la de Entre Ríos (0,34), la cuarta provincia con mayor incidencia a nivel país.

**Tabla 2. Hantavirosis: Casos totales históricos confirmados y tasa de incidencia cada 100.000 habitantes según jurisdicción y región, por año calendario. Argentina, 2019 a 2025. (N=549)**

| Año calendario | 2019 | | 2020 | | 2021 | | 2022 | | 2023 | | 2024 | | 2025 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Jurisdicción | N | Tasa | N | Tasa | N | Tasa | N | Tasa | N | Tasa | N | Tasa | N | Tasa |
| **Buenos Aires** | 37 | 0,21 | 21 | 0,12 | 13 | 0,07 | 17 | 0,10 | 11 | 0,06 | 14 | 0,08 | 36 | 0,20 |
| **Entre Ríos** | 3 | 0,22 | 6 | 0,43 | 1 | 0,07 | 5 | 0,35 | 2 | 0,14 | 3 | 0,21 | 8 | 0,55 |
| **Santa Fe** | 10 | 0,28 | 13 | 0,37 | 4 | 0,11 | 5 | 0,14 | 4 | 0,11 | 9 | 0,25 | 13 | 0,35 |
| **Centro** | 50 | 0,17 | 40 | 0,14 | 18 | 0,06 | 27 | 0,09 | 17 | 0,06 | 26 | 0,09 | 57 | 0,19 |
| **Chaco** | 2 | 0,17 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 2 | 0,16 |
| **Formosa** | 0 | 0,00 | 1 | 0,17 | 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 | 1 | 0,02 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 3 | 0,07 |
| **Jujuy** | 23 | 3,02 | 10 | 1,30 | 10 | 1,28 | 16 | 2,03 | 9 | 1,13 | 11 | 1,37 | 6 | 0,74 |
| **Salta** | 30 | 2,13 | 14 | 0,98 | 18 | 1,25 | 26 | 1,78 | 33 | 2,23 | 20 | 1,34 | 18 | 1,19 |
| **Tucumán** | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 2 | 0,12 | 3 | 0,17 | 3 | 0,17 | 0 | 0,00 | 1 | 0,06 |
| **NOA** | 53 | 0,94 | 24 | 0,42 | 30 | 0,52 | 45 | 0,78 | 45 | 0,77 | 31 | 0,52 | 25 | 0,42 |
| **Chubut** | 15 | 2,46 | 3 | 0,48 | 2 | 0,32 | 5 | 0,78 | 1 | 0,15 | 1 | 0,15 | 1 | 0,15 |
| **Neuquén** | 0 | 0,00 | 1 | 0,15 | 1 | 0,15 | 0 | 0,00 | 3 | 0,44 | 1 | 0,14 | 2 | 0,28 |
| **Río Negro** | 3 | 0,41 | 1 | 0,13 | 1 | 0,13 | 0 | 0,00 | 3 | 0,39 | 5 | 0,64 | 5 | 0,63 |
| **Sur** | 18 | 0,62 | 5 | 0,17 | 4 | 0,13 | 5 | 0,17 | 7 | 0,23 | 7 | 0,23 | 8 | 0,25 |
| **Total País** | 124 | 0,28 | 70 | 0,15 | 52 | 0,11 | 77 | 0,17 | 69 | 0,15 | 64 | 0,14 | 93 | 0,20 |

*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*

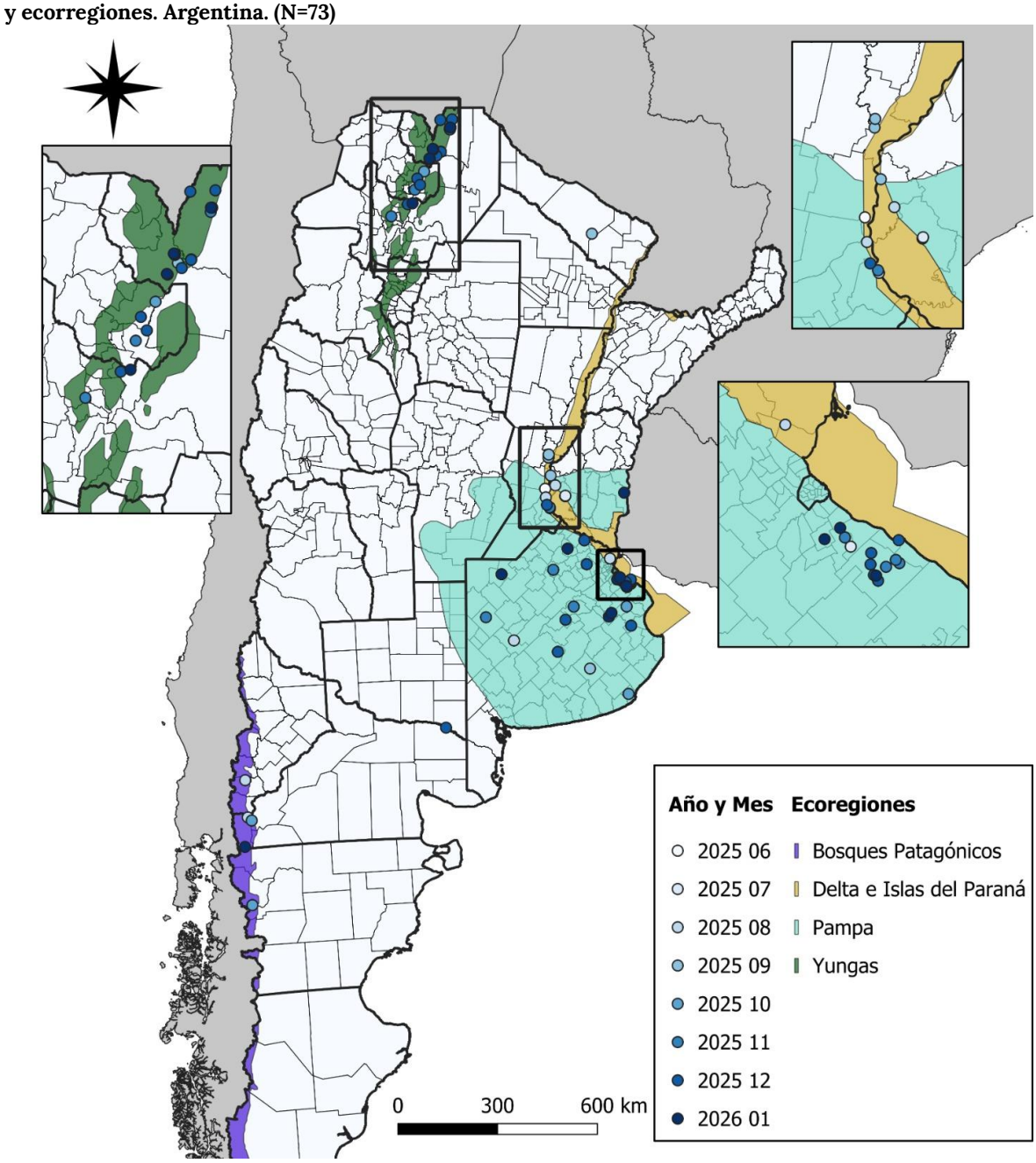
Nota: Se muestra sólo las jurisdicciones con casos

Considerando el período 2019-2025 (549c casos totales), se observa que el 46% del total de casos confirmados se concentraron en la región NOA, seguidos por la región centro (43%) y la región sur (10%). En este caso, la tasa de incidencia a nivel nacional correspondiente al año 2019 es la más elevada (0,28) para todo el período analizado, seguida por la tasa del 2025 (0,20).

En el 2025, la región con la tasa de incidencia más elevada fue la del NOA (0,42 cada 100.000 habitantes), concentrándose el 72% de sus casos confirmados en la provincia de Salta. A nivel jurisdiccional, esta última provincia, seguida de Jujuy, Río Negro y Entre Ríos presentaron las tasas más altas (1,19; 0,74; 0,63 y 0,55 cada cien mil habitantes respectivamente).

En el mapa 1, se georreferencia la distribución de los 73 casos de hantavirus desde la SE 27/2025 hasta la SE 04/2026. En esta oportunidad, se presentan de acuerdo al mes de notificación, con el objetivo de dimensionar la temporalidad en la aparición de los casos en las diferentes ecorregiones. Al mismo tiempo, la descripción de los casos por ecorregión permite delimitar riesgos específicos en cada una, determinados por la ecología y el comportamiento de los reservorios y por los patrones de exposición vinculados a las actividades que realizan las personas.

**Mapa 1. Hantavirosis: Casos confirmados desde SE 27/2025 a SE 04/2026, según semana de ocurrencia y ecorregiones. Argentina. (N=73)**




*Fuentes: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0. Ecorregiones - Ministerio de Economía - Secretaría de Obras Públicas, disponible en: https://geoportal.obraspublicas.gob.ar/layers/geonode_data:geonode:ecoregiones_argentina#more*

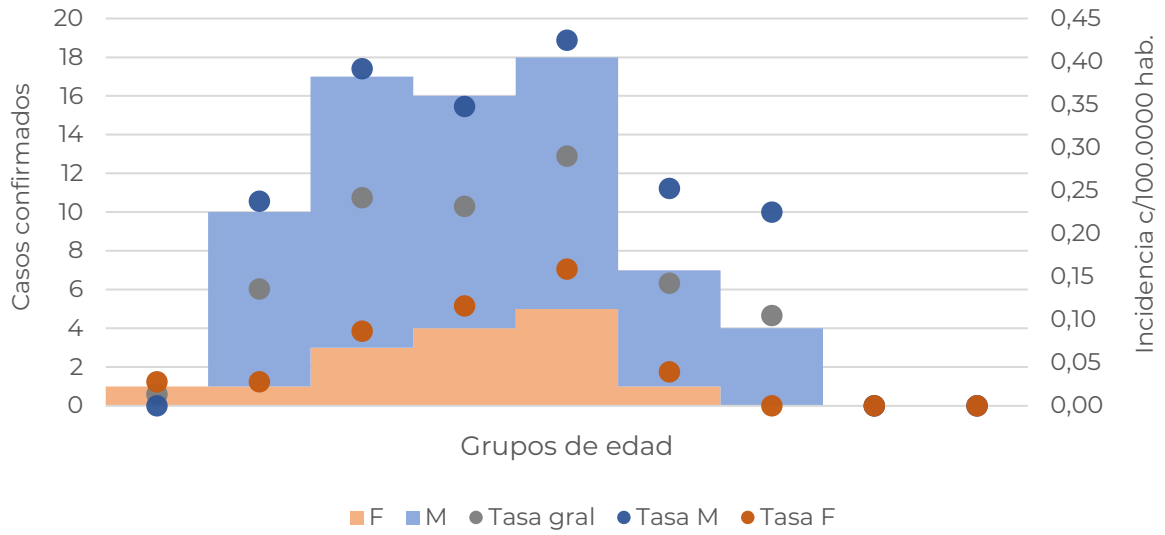
La distribución de los casos de hantavirus se asocia con la del reservorio, aunque las distribuciones de los roedores en general son más extensas y se puede considerar como la máxima área endémica potencial. El Mapa 1 identifica las ecorregiones principalmente vinculadas a los casos. En el NOA, los casos corresponden a departamentos ubicados en las Yungas (verde), donde se observa que la mayor cantidad de casos corresponde a los meses recientes. En la región Sur, los casos se localizan en los Bosques Patagónicos a excepción de uno que corresponde a la provincia de Río Negro, localizándose en noreste de la provincia; los casos fueron notificados en julio, octubre y enero 2026. En la región Centro, la mayor concentración se vincula al bosque en galería del Delta e Islas del Paraná dónde la presentación de casos corresponde mayormente a los meses de junio a diciembre de 2025. Esta área incluye

los humedales de Samborombón y áreas aledañas a La Plata, donde se concentran la mayor cantidad de casos de los últimos meses. Por otra parte, se notificaron casos del interior de la provincia de Buenos Aires que se asocian a la ecorregión Pampeana y un caso en la región chaqueña (Formosa), con casos durante toda la temporada. Esta distribución requiere confirmación mediante trabajo de campo orientado a la búsqueda y caracterización de reservorios en cada foco, y se complementa con vigilancia genómica para validar la vinculación entre casos, reservorios y circulación viral.

## 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 04/2026. (N=73)**




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

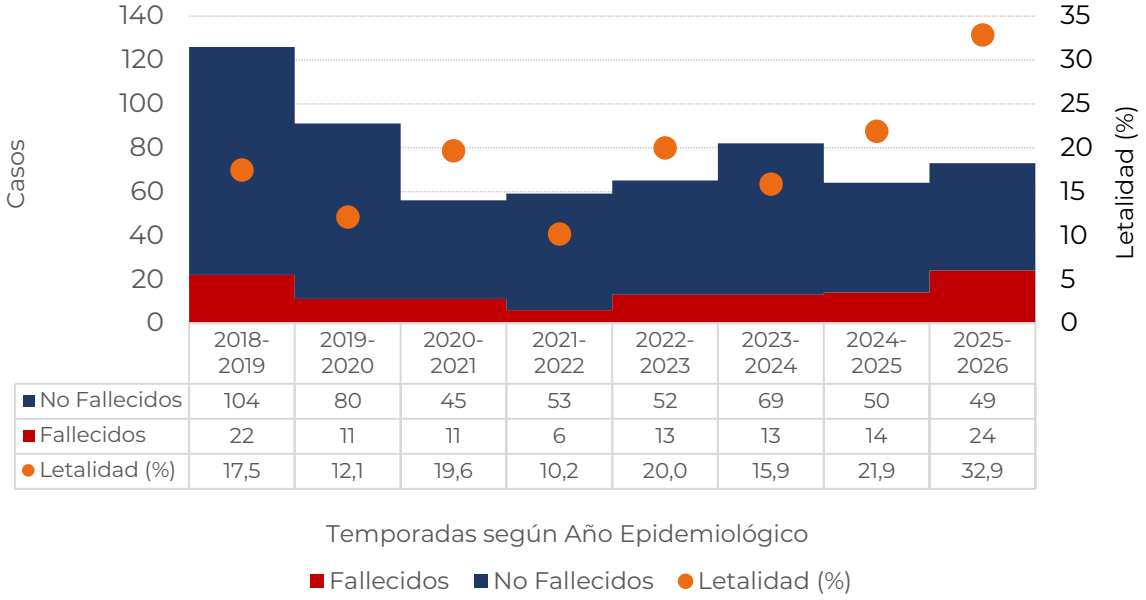
A nivel país, la mediana de edad para los casos confirmados de la temporada en curso es de 34 años, concentrándose el 70% (51) de los casos entre los 20 y los 49 años, contando estos grupos con las mayores tasas de incidencia cada 100.000 habitantes en el período.

En cuanto a la distribución de los casos por sexo, el 79% (58) 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: Casos y letalidad por temporada. SE 27/2018 a SE 04/2026. Argentina. (N=616)**



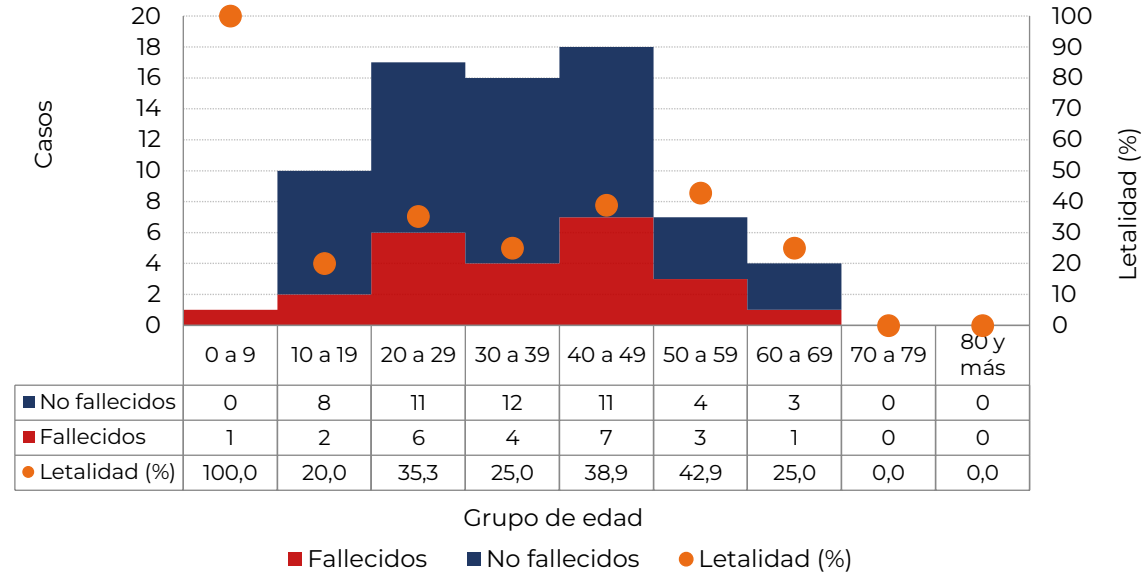

| | 2018-2019 | 2019-2020 | 2020-2021 | 2021-2022 | 2022-2023 | 2023-2024 | 2024-2025 | 2025-2026 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No Fallecidos | 104 | 80 | 45 | 53 | 52 | 69 | 50 | 49 |
| Fallecidos | 22 | 11 | 11 | 6 | 13 | 13 | 14 | 24 |
| Letalidad (%) | 17,5 | 12,1 | 19,6 | 10,2 | 20,0 | 15,9 | 21,9 | 32,9 |

*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 04/2026 se notificaron 24 casos fallecidos, con una letalidad del 32,9%, 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: Casos y letalidad por grupo etario. SE 27/2025 a SE 04/2026. Argentina. (N=73)**




| | 0 a 9 | 10 a 19 | 20 a 29 | 30 a 39 | 40 a 49 | 50 a 59 | 60 a 69 | 70 a 79 | 80 y más |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No fallecidos | 0 | 8 | 11 | 12 | 11 | 4 | 3 | 0 | 0 |
| Fallecidos | 1 | 2 | 6 | 4 | 7 | 3 | 1 | 0 | 0 |
| Letalidad (%) | 100,0 | 20,0 | 35,3 | 25,0 | 38,9 | 42,9 | 25,0 | 0,0 | 0,0 |

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

La mediana de edad de los casos fallecidos para la temporada actual es de 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 dos tablas. Una de ellas (tabla 3), correspondiente a los fallecidos y

tasas de mortalidad en el período equivalente al transcurrido para la temporada actual (SE 27 de un año a SE 4 del año siguiente) para los años 2019 a 2026 y otra (Tabla 4) con los casos históricos fallecidos de 2019 a 2025.

**Tabla 3. 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 04). (N=58)**

| Año epidemiológico | 2019 -2020 (SE27 a SE 04) | | 2020 -2021 (SE27 a SE04) | | 2021 - 2022 (SE27 a SE04) | | 2022 - 2023 (SE27 a SE04) | | 2023 - 2024 (SE27 a SE04) | | 2024 - 2025 (SE27 a SE04) | | 2025 - 2026 (SE27 a SE04) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Jurisdicción** | **N** | **Tasa** | **N** | **Tasa** | **N** | **Tasa** | **N** | **Tasa** | **N** | **Tasa** | **N** | **Tasa** | **N** | **Tasa** |
| **Buenos Aires** | 2 | 0,11 | 1 | 0,06 | 0 | 0,00 | 1 | 0,06 | 0 | 0,00 | 2 | 0,11 | 12 | 0,65 |
| **Entre Ríos** | 0 | 0,00 | 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 | 1 | 0,28 | 2 | 0,55 | 0 | 0,00 | 1 | 0,27 |
| **Centro** | **4** | **0,14** | **4** | **0,01** | **1** | **0,03** | **2** | **0,07** | **2** | **0,07** | **3** | **0,10** | **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 | 2 | 1,35 | 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** | **2** | **0,34** | **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 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 1,28 | 0 | 0,00 | 1 | 1,25 |
| **Sur** | **0** | **0,00** | **1** | **0,34** | **1** | **0,33** | **1** | **0,33** | **1** | **0,32** | **0** | **0,00** | **2** | **0,63** |
| **Total País** | **8** | **0,18** | **7** | **0,15** | **3** | **0,07** | **6** | **0,13** | **5** | **0,11** | **5** | **0,11** | **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 04/2026) es casi 5 veces mayor respecto al periodo anterior (0,11) y la más alta de todo el periodo analizado (SE 27/2019 a SE 04/2026) 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). La provincia con más casos fallecidos absolutos es la provincia de Buenos Aires, con un total de 12, representando el 50% del total de fallecidos de la presente temporada.

**Tabla 4. 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 | 33 | 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 | 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 | 11 | 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, 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.

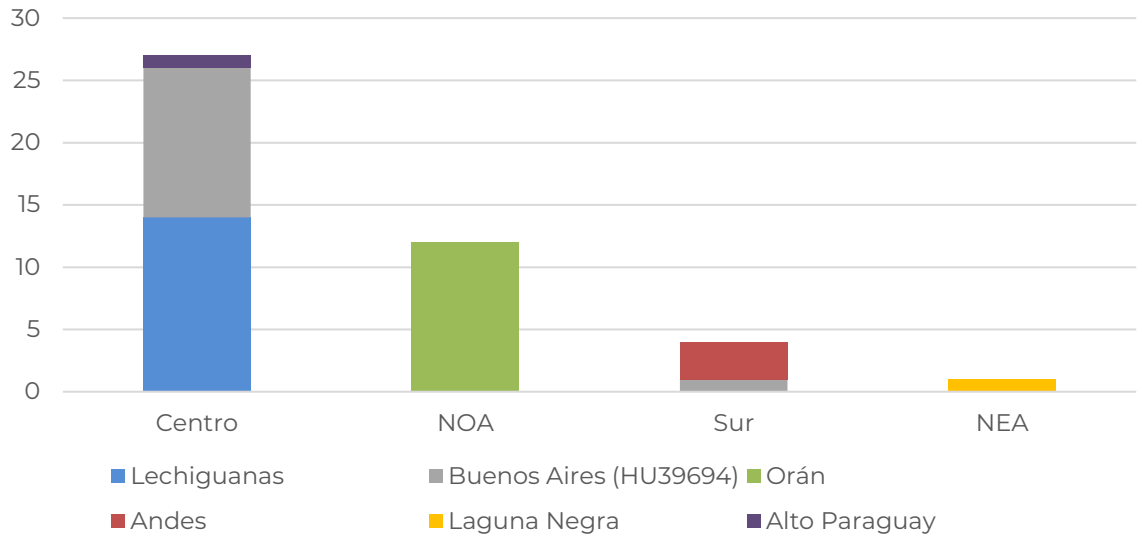
Durante el 2025, en relación con el análisis jurisdiccional, la tasa más elevada corresponde a Salta (4,64), seguida de ´Río Negro (3,78), Neuquén (2,84) y Entre Ríos (2,76). Estas cuatro jurisdicciones, muestran tasas que, al menos, triplican a Santa Fe, que ocupa el lugar número 5 con 0,82 cada 1.000.000 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 Rio 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 10. Distribución de genotipos de Hantavirus identificados según región residencia. SE01 2025-a SE03-2026. 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 hantavirosis 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 hantavirosis 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=PLwad1oRGFEgBZpMLjUEzMow5rpQUrJnBP&index=40) y un spot de recomendaciones para equipos de salud (https://www.youtube.com/watch?v=-HiAyk4Q4A0&list=PLwad1oRGFEgCJjrq_K6adm-5rytQL1qAJ&index=2)

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

## VI.2.E. CONCLUSIONES

El periodo comprendido entre SE 27/2025 y SE 04/2026 presentó una proporción mayor de casos en la zona Centro (58%), 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 internacional[24]

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 Pacifico Occidental y Europa.

[24] 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 6.797 casos sospechosos de coqueluche, de los cuales 1.194 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.

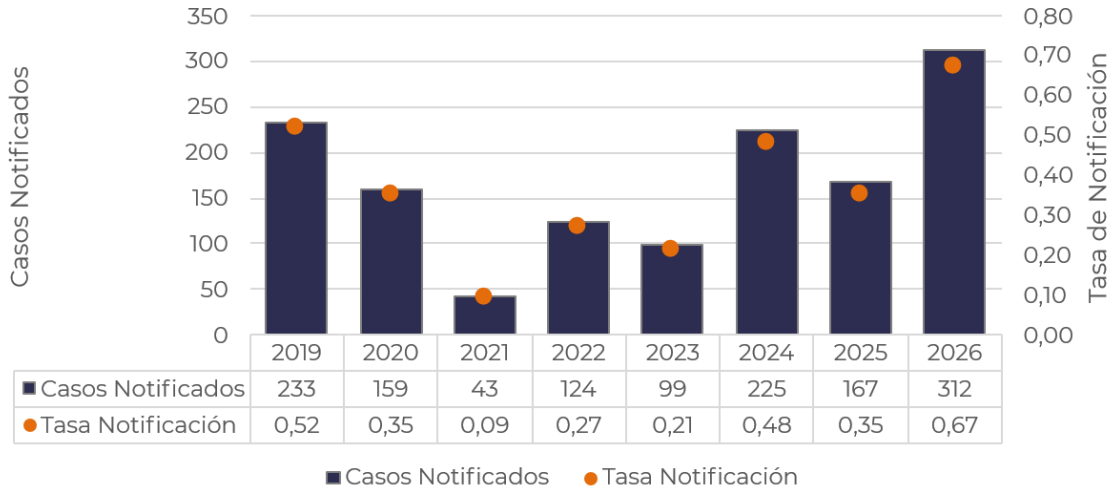
En la 3 primeras SE de 2026 se notificaron un total de 312 casos con sospecha de coqueluche, de los cuales 99 fueron confirmados. En 64 de éstos se contó con confirmación de laboratorio[25], identificándose *B. pertussis* en el 81,5% (n=60). 1 caso correspondió a *B. parapertussis* y 18 casos permanecen sin identificación de especie (*Bordetella* sp.).

Los 99 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 1-4 es de 0,21 casos por cada 100.000 habitantes, siendo también la más alta para la SE1 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 SE4 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 0,67 casos cada 100.000 habitantes, seguido por 2019, con 0,52 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 4. Años 2019-2026.**




| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casos Notificados | 233 | 159 | 43 | 124 | 99 | 225 | 167 | 312 |
| Tasa Notificación | 0,52 | 0,35 | 0,09 | 0,27 | 0,21 | 0,48 | 0,35 | 0,67 |

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

En las SE 1-4 de 2026, las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche se concentraron principalmente en establecimientos de CABA (n=116) provincia de Buenos Aires (n= 78), Córdoba (n= 49) y Santa Fe (n=17). En las 13 provincias restantes que notificaron casos sospechosos, se notificaron 15 casos o menos.[26]

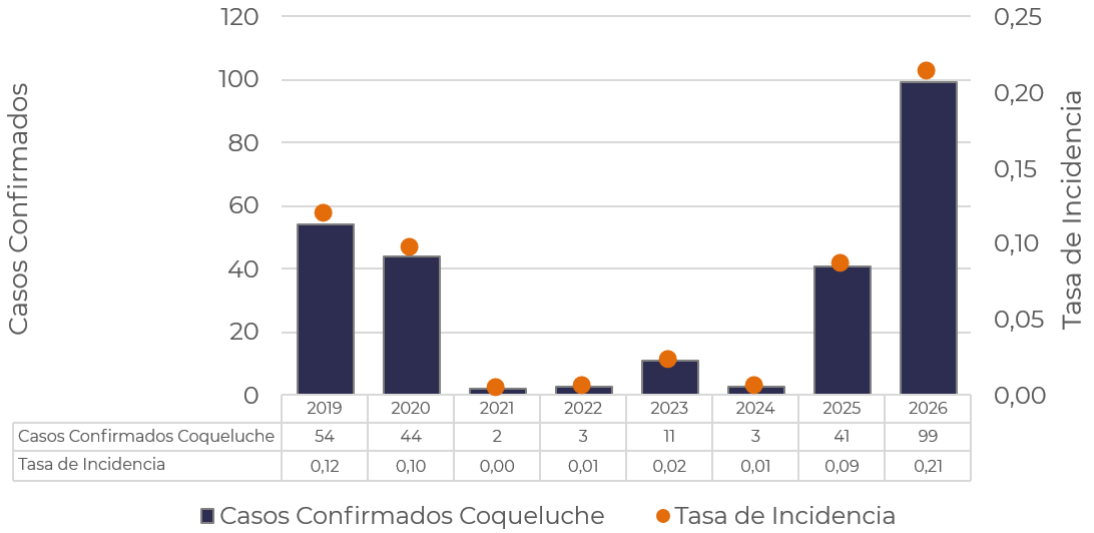
Del total de notificados, se confirmaron 99 casos, lo que representa una tasa de incidencia de 0,21 casos por cada 100.000 habitantes. Si se analiza el período 2019-2026 hasta la SE4, se observa una tendencia descendente de la incidencia entre 2019 y 2022. En 2023 se observó un

[25] 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

[26] 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 período[27].

**Gráfico 2. Casos confirmados y tasa de incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año. Argentina. SE 1-4. Años 2019-2026.**

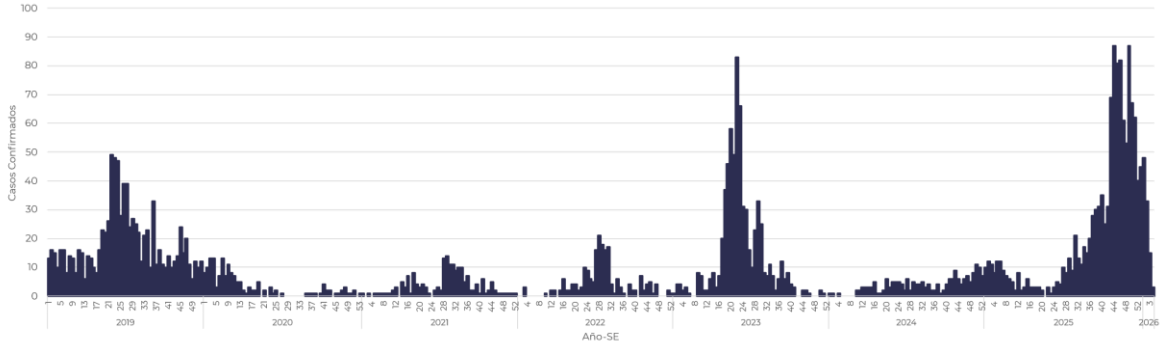



| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casos Confirmados Coqueluche | 54 | 44 | 2 | 3 | 11 | 3 | 41 | 99 |
| Tasa de Incidencia | 0,12 | 0,10 | 0,00 | 0,01 | 0,02 | 0,01 | 0,09 | 0,21 |

*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 SE04/2026.**




*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.

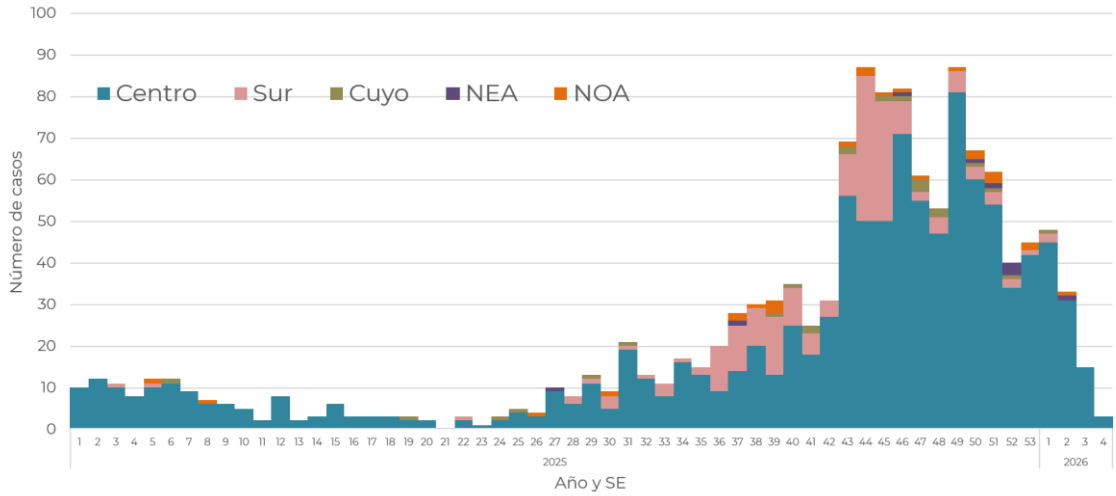
Posteriormente, a partir de la SE 27/2025, se verifica un nuevo ascenso, inicialmente asociado al brote en Ushuaia (Tierra del Fuego) y al aumento de casos confirmados en la Región Centro.

[27] 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). En las últimas 4 semanas los casos presentan una tendencia a la disminución[28].

**Gráfico 4. Casos confirmados de coqueluche según SE y región. Argentina. SE 1/2025-SE4/2026.**



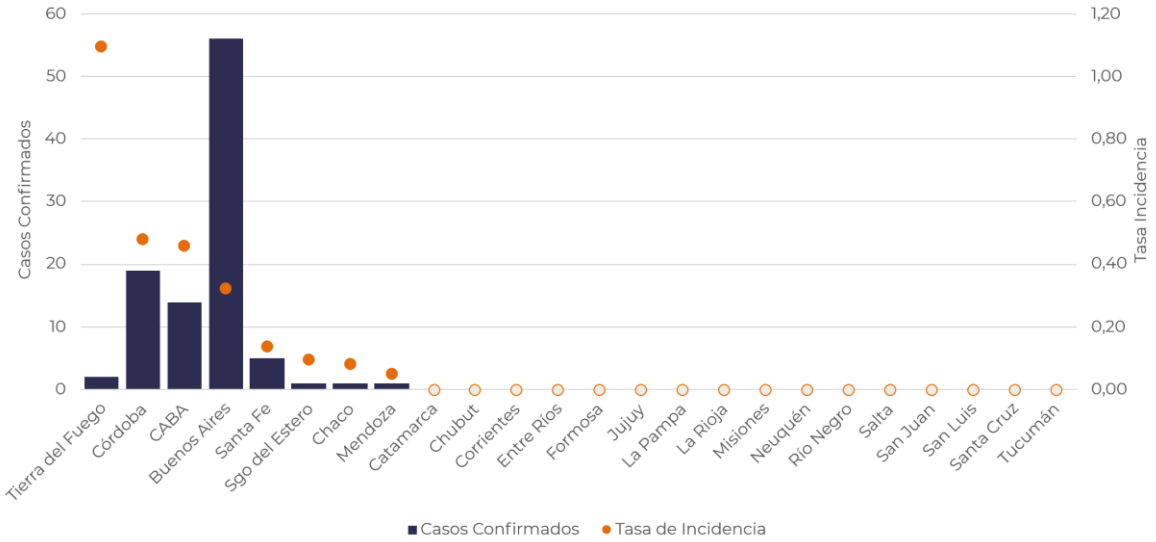

*Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud*

Durante 2025, los casos confirmados se distribuyeron en 22 jurisdicciones del país. La mayor concentración se observó en la Región Centro (n=958), con predominio de notificaciones en residentes de la provincia de Buenos Aires (n=660) y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (n=120). En la Región Sur se confirmaron 182 casos, principalmente vinculados al brote en Tierra del Fuego. En la primera semana de 2026 los casos confirmados se registraron en 8 jurisdicciones: Buenos Aires (n=56), Córdoba (n=19), CABA (n=14), Santa Fe (n=5), Tierra del Fuego (n=2) Santiago del Estero (n=1), Chaco (n=1) y Mendoza (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.

[28] 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 1-4 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 1,09 casos cada 100.000 habitantes, valor 2,3 veces superior al de Córdoba, que ocupa el segundo lugar con una IA de 0,48 casos por 100.000 habitantes. En tercer lugar, se ubica la Ciudad Autónoma de Buenos aires (0,46 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 0,32 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) [29].

[29] 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 | 660 |
| CABA | 21 | 11 | 0 | 3 | 2 | 53 | 120 |
| 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 | 79 |
| 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 | 17 |
| Misiones | 10 | 1 | 5 | 5 | 9 | 1 | 2 |
| Neuquén | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 8 |
| 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 |
| Tierra del Fuego | 7 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 139 |
| Tucumán | 7 | 4 | 1 | 0 | 2 | 0 | 7 |
| **Total Nacional** | **953** | **159** | **181** | **200** | **667** | **191** | **1194** |

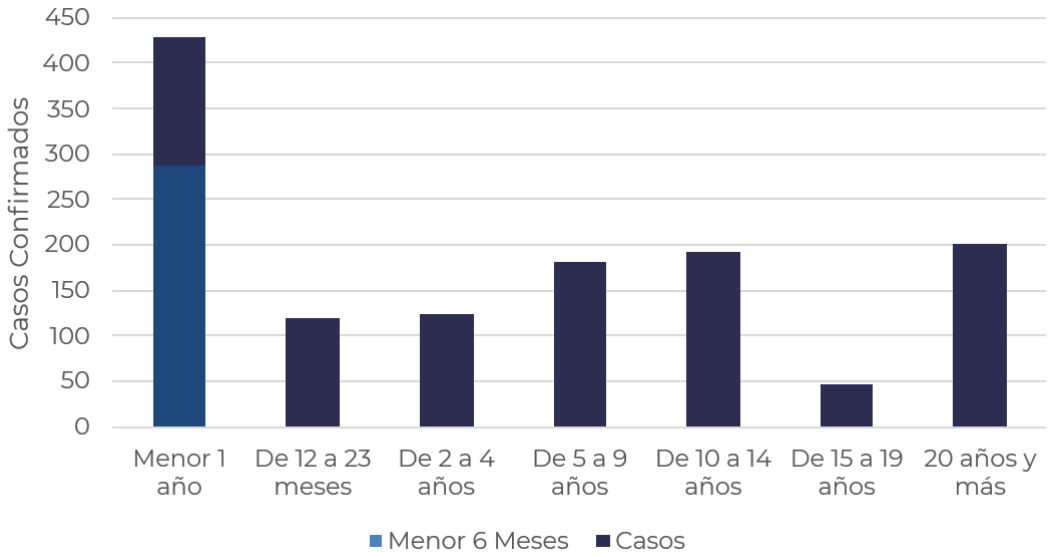
*Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud*

Si bien 23 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. parapertussis* (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 2025 y las 4 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. SE1/2025 a SE4/2026.**




*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 33,1% de los casos confirmados en el período analizado (n=428), especialmente en el subgrupo de menores de 6 meses (n=286). El número de casos y la tasa de incidencia en el grupo de 20 años y más presentaron un aumento, vinculado al brote en Tierra del Fuego del año 2025.

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 3 SE de 2026 no se registraron fallecidos.

## VII.4. Coberturas de Vacunación

### VII.4.A. COBERTURAS PARA TOTAL PAÍS

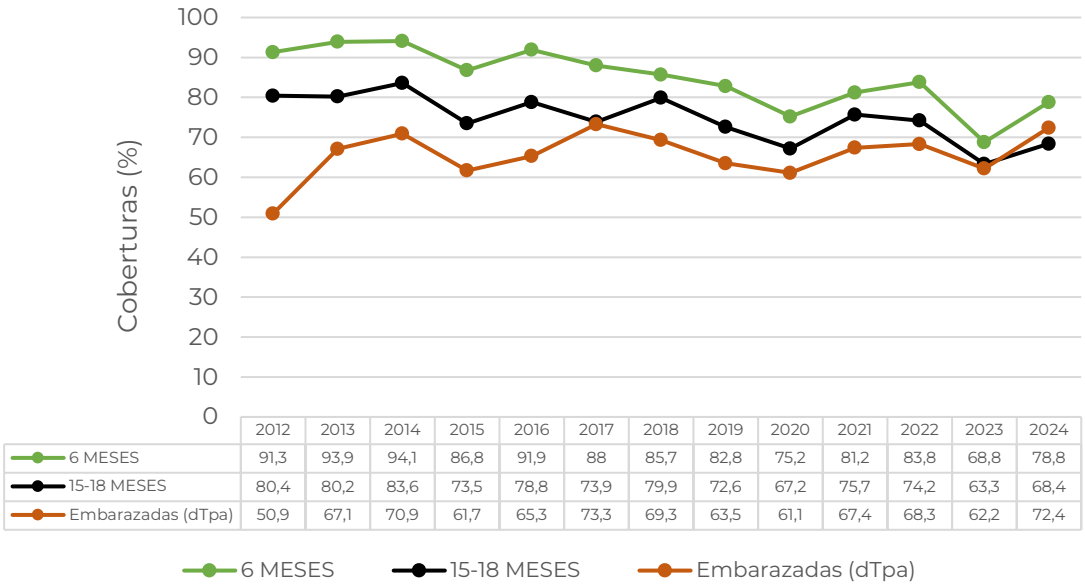
Existen vacunas seguras y efectivas para prevenir la infección por *Bordetella pertussis*. Sin embargo, se registra a nivel mundial, regional y nacional un descenso progresivo de las coberturas que redunda en una acumulación de personas susceptibles a contraer la enfermedad. Por este motivo, es necesario 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 quíntuple o pentavalente)
II. Niños de 15-18 meses (vacunados con primer refuerzo de quíntuple o pentavalente)

III. Embarazadas (vacunadas con dTpa — triple bacteriana acelular para embarazadas)

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




| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6 MESES | 91,3 | 93,9 | 94,1 | 86,8 | 91,9 | 88 | 85,7 | 82,8 | 75,2 | 81,2 | 83,8 | 68,8 | 78,8 |
| 15-18 MESES | 80,4 | 80,2 | 83,6 | 73,5 | 78,8 | 73,9 | 79,9 | 72,6 | 67,2 | 75,7 | 74,2 | 63,3 | 68,4 |
| Embarazadas (dTpa) | 50,9 | 67,1 | 70,9 | 61,7 | 65,3 | 73,3 | 69,3 | 63,5 | 61,1 | 67,4 | 68,3 | 62,2 | 72,4 |

*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 quíntuple/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 quíntuple/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 04/02/2026, son:

1º dosis de Quíntuple (DTP/HB + Hib) (2 meses): 83,2%

2° dosis de Quíntuple (4 meses): 82,3%
3° dosis Quíntuple (DTP/HB + Hib) (6 meses): 77,7%
Ref Quíntuple (DTP/HB + Hib) (15 -18 meses): 67,5%
Ref DTP (5 años): 57,8% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2019 al 13/11/25: 76,8%)
Ref dTpa (11 años): 57,5% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2013 al 13/11/25: 77,6%)
Embarazadas dTpa: 76,6%

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.

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

| Jurisdicción | Quíntuple /Séxtuple (dos meses) | Quíntuple /Séxtuple (cuatro meses) | Quintuple /sextuple (seis meses) | Refuerzo (15-18 meses) | Refuerzo (5 años) | Refuerzo (11 años) | Embarazada |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Buenos Aires | 70,00 | 69,2 | 66,4 | 59,4 | 44,3 | 45,1 | 64,8 |
| CABA | 84,1 | 85,2 | 74,3 | 39,8 | 44,6 | 35,5 | 52,7 |
| Catamarca | 90,5 | 91,3 | 86,5 | 68,9 | 65,7 | 71,1 | 85,5 |
| Chaco | 92,7 | 91,6 | 86,6 | 75,4 | 63,7 | 64,4 | 90,4 |
| Chubut | 93 | 93 | 87,9 | 78,4 | 60 | 62,5 | 86,6 |
| Coba | 89,40 | 88,6 | 82,8 | 76,8 | 60,2 | 61,5 | 82,9 |
| Corrientes | 92,2 | 88,3 | 79,8 | 62 | 50,7 | 49,6 | 90,1 |
| Entre Ríos | 92,1 | 90,6 | 85,3 | 78,9 | 51,7 | 62 | 90,4 |
| Formosa | 79,8 | 78,1 | 74,3 | 54,2 | 56 | 55,8 | 81,3 |
| Jujuy | 109,1 | 110,8 | 106,4 | 101,3 | 82,2 | 80,3 | 103,9 |
| La Pampa | 98,6 | 99,1 | 97 | 90,2 | 67,9 | 78,7 | 93,4 |
| La Rioja | 95,2 | 92,7 | 86,1 | 74 | 71,2 | 67,9 | 89,3 |
| Mendoza | 92,6 | 91,6 | 88,4 | 83,5 | 91,8 | 85,9 | 81 |
| Misiones | 97,20 | 92,3 | 80,8 | 61 | 65,7 | 65 | 90,6 |
| Neuquén | 96,4 | 94,3 | 90,9 | 88,1 | 85 | 84,6 | 92,5 |
| Río Negro | 102,3 | 101,6 | 96,5 | 80,1 | 66,2 | 56,9 | 95,4 |
| Salta | 94,6 | 92,5 | 88,7 | 84,2 | 91,6 | 95,2 | 89,6 |
| San Juan | 98,9 | 98,1 | 90 | 76,6 | 75,2 | 73 | 90,6 |
| San Luis | 95,4 | 93,8 | 91,1 | 93,3 | 82,8 | 80,6 | 91,5 |
| Santa Cruz | 96,2 | 93,9 | 91,2 | 78,9 | 77,7 | 72,7 | 96,3 |
| Santa Fe | 84,6 | 86,2 | 83,1 | 68,6 | 58,5 | 59,3 | 81 |
| S. del Estero | 93,3 | 90,9 | 82,7 | 68,4 | 54,7 | 62,5 | 87,6 |
| T. del Fuego | 101,7 | 105,4 | 98,2 | 103,4 | 73,2 | 74,5 | 99,2 |
| Tucumán | 86,7 | 86,2 | 83,4 | 79,3 | 71,6 | 72,5 | 79,3 |

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

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.

*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-*

# DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

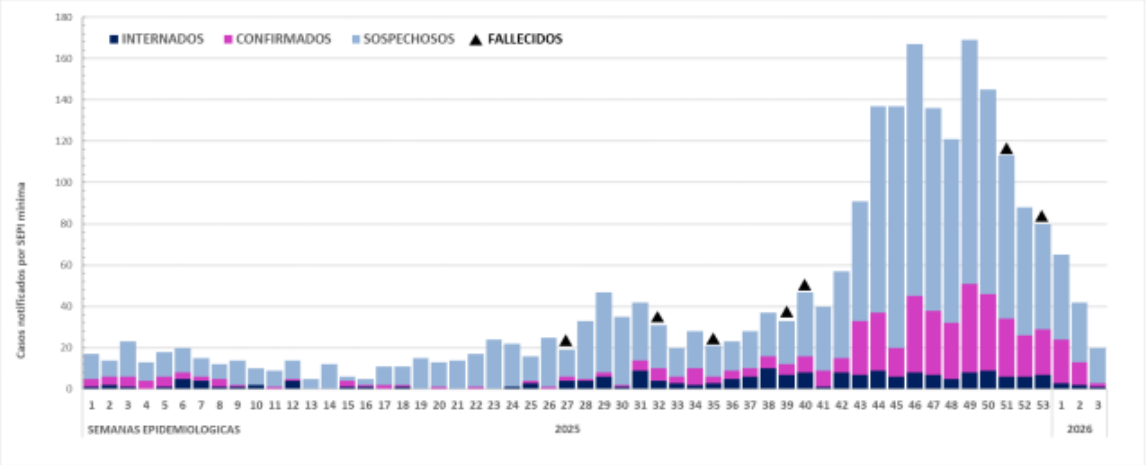
# VIII. Boletines Jurisdiccionales

## VIII.1. Buenos Aires: Coqueluche

Durante el año 2025 y hasta la semana epidemiológica (SE) 3 de 2026 (24 de enero), se notificaron 2.428 casos sospechosos de coqueluche, de los cuales 659 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 3). n=2.428**



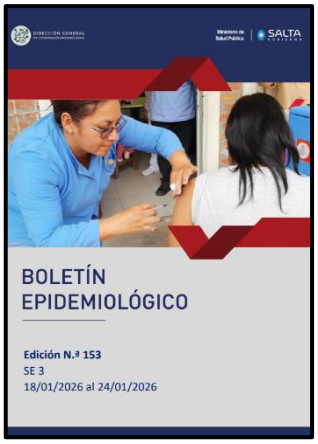

*Fuente: SNVS 2.0. Programa de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes. Ministerio de Salud de la PBA.*

Para más información:

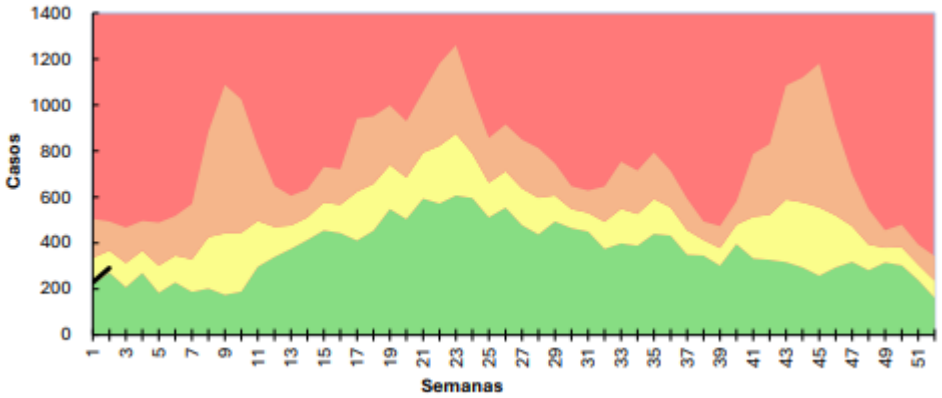
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

## VIII.2. Salta – Enfermedades 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 ingreso en zona de seguridad. En la semana 2 se registraron 291 casos de ETI.




**Corredor endémico semanal de enfermedad tipo influenza (ETI) – años: 2018 a 2024. Se 2 de 2026. Provincia de salta. (n=520)**



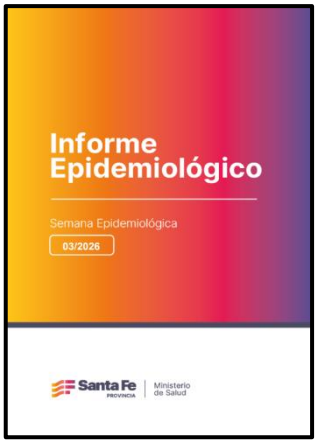

*Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) y registro de casos y tasas "Anuario estadístico Provincia de Salta, periodo 2010-2018"*

Para más información:

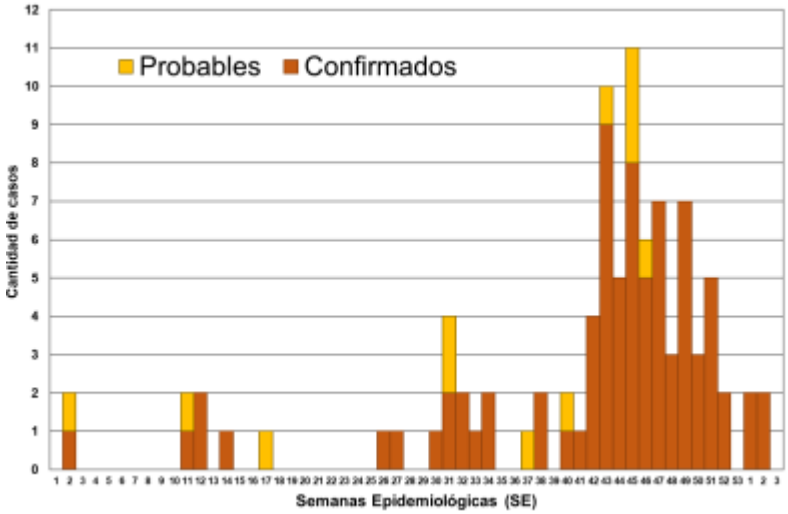
http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/

## VIII.3. Santa Fe: Coqueluche

En lo que va del 2026 (SE3), se notificaron un total de 15 casos con sospecha de coqueluche, de los cuales 4 fueron confirmados y ninguno fue clasificado como probable. Los casos confirmados fueron tres del departamento Rosario y uno del departamento La Capital.




**Distribución de casos confirmados (n= 81) y probables (n= 12) según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE 1/2025 a SE 3/2026. Período 2025-2026. N= 93.**



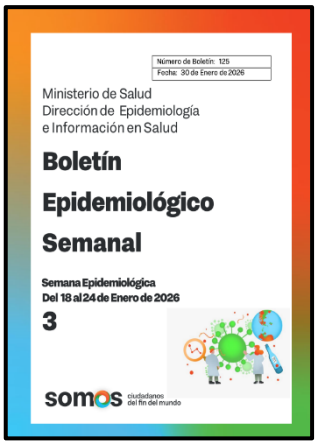

*Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud* (SNVS 2.0).

Para más información:

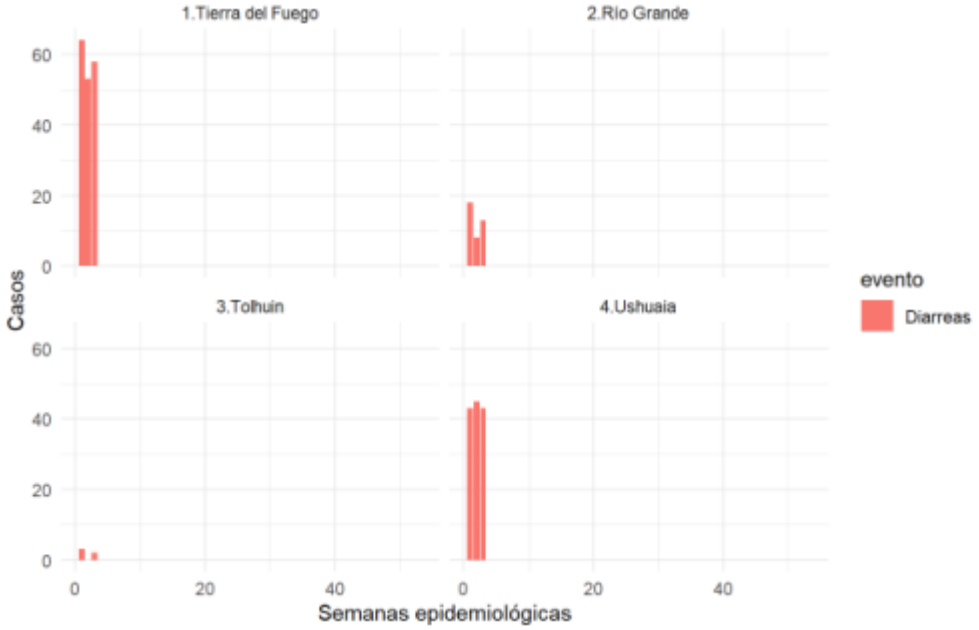
https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/%28subtema%29/93802

## VIII.4. Tierra del Fuego: Diarrea aguda

Hasta la semana epidemiológica (SE) 3 en 2026 se notificaron 175 casos de diarrea aguda en el SNVS 2.0 en la modalidad agrupadas.




**Diarreas agrupadas en Tierra del Fuego según localidad. SE 3 – Año 2026**




*Fuente: SNVS 2.0 D.E.I.S. Ministerio de Salud. Provincia de Tierra del Fuego e IAS.*

Para más información:

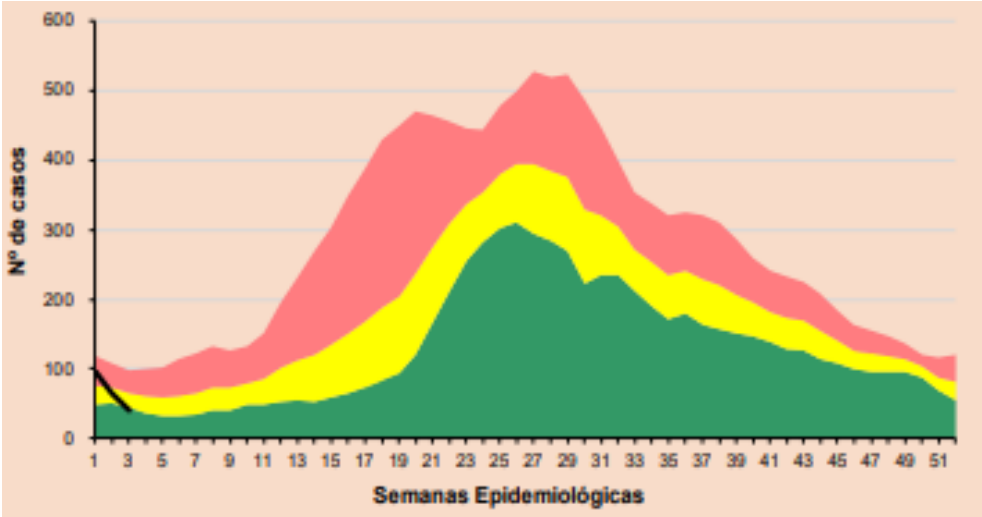
https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/

## VIII.5. Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años

La bronquiolitis es un síndrome clínico caracterizado por afectar la vía aérea inferior. Tiene una significativa morbilidad, afectando principalmente a niños menores de 2 años, con una mayor incidencia entre los 3 y 6 meses. En la semana 3 se notificaron 40 casos.




**Corredor endémico de Bronquiolitis SE 3 de 2026. Provincia de Tucumán.**




*Fuente: SNVS – Dirección de Epidemiología*

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

# **HERRAMIENTAS**
# PARA VIGILANCIA

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

Con el fin de mantener a los equipos técnicos de vigilancia actualizados sobre los cambios, mejoras y modificaciones en la configuración de eventos en el SNVS 2.0, en este número se publican las realizadas en **enero** 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** |
| Enero | Lepidopterismo - Accidente por Lonomia obliqua | Evento | Nombre | Se cambia el nombre del evento: “Lepidopterismo - Accidente por Lonomia obliqua” por “Lonomismo - Envenenamiento por Lonomia.” |
| | Tuberculosis | laboratorio | Determinación | En “Prueba molecular detección/resistencia a drogas de MTB”, se adicionan: “Abbott Real Time MTB”, con resultado “MTB detectado”, “MTB no detectado”, “Error/invalido/sin resultado” y “Abbott RealTime MTB RIF/INH Resistance”, con resultado “Resistencia a RIF NO detectada. Resistencia a INH NO detectada”, “Resistencia a RIF NO detectada. Resistencia a INH detectada”, “Resistencia a RIF NO detectada. Resistencia a INH indeterminada”, “Resistencia a RIF detectada. Resistencia a INH NO detectada”, “Resistencia a RIF detectada. Resistencia a INH detectada”, “Resistencia |

| MODALIDAD NOMINAL | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Fecha de modificación** | **Nombre del evento** | **Solapa** | **Sección** | **Cambio realizado** |
| | | | | a RIF detectada. Resistencia a INH indeterminada", "Resistencia a RIF indeterminada. Resistencia a INH detectada", "Resistencia a RIF indeterminada. Resistencia a INH NO detectada", "Resistencia a RIF indeterminada. Resistencia a INH indeterminada", y "Detección de resistencia. Por debajo del límite de detección". |
| | Lonomismo - Envenenamiento por lonomia | Clínica | Signos y síntomas | Se adicionan síntomas locales: "Lesiones ampollares", "Equimosis", "Dolor local intenso", "Eritema localizado", "Edema local", "Parestesia en el lugar de la herida"; sistémicos: "Cefalea", "Náuseas o vómitos", "Trastornos en la coagulación", "Malestar general", "Hematuria", "equimosis", " gingivorragia", "Insuficiencia renal", "Hemorragias que comprometen la vida", "Shock". |
| | | | Tratamiento | Se adiciona: "Antiveneno lonómico". |
| | | Epidemiología | Ocupaciones | Se adiciona: "Trabajador rural/cosechador", "Trabajador en forestación y/o deforestación", "Turismo y recreación", "Guardaparques". |
| | Fiebre Chikungunya | Evento | Clasificación del caso | Se adiciona; "Caso en estudio en estrategia de vigilancia laboratorial", "Caso Confirmado en estrategia de vigilancia laboratorial", "Caso no detectable en estrategia de |

| MODALIDAD NOMINAL | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Fecha de modificación** | **Nombre del evento** | **Solapa** | **Sección** | **Cambio realizado** |
| | | | | vigilancia laboratorial" |
| | Monitoreo de SARS COV-2, Influenza y VSR en ambulatorios | Epidemiología | Vacunas | Se adiciona: "Vacunación materna para VSR - se desconoce SG de aplicación", "Vacunación materna para VSR en otra SG (aclarar en observaciones)". |
| | Internado y/o fallecido por COVID o IRA | Laboratorio | Resultado | Se adiciona: "No fue posible obtener secuencia", "No elegible para secuenciar por baja carga viral" |
| | Unidad Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave (UC-IRAG) | | | |
| | COVID-19, Influenza y OVR en ambulatorios (No UMAs) | | | |
| | Monitoreo de SARS COV-2, Influenza y VSR en ambulatorios | | | |