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



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **808**

Semana epidemiológica 18
AÑO 2026
Desde 03/05 al 09/05
Fecha de publicación
18/05/2026

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA

MINISTERIO DE SALUD
REPÚBLICA ARGENTINA

AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Dr. Javier Gerardo MILEI

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Mario Iván LUGONES

Secretario de Gestión Sanitaria

Dr. Saúl FLORES

Subsecretaria de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas en Salud

Dra. María Susana AZURMENDI

Directora de Epidemiología

Vet. Cecilia GONZALEZ LEBRERO

Sobre la autoría del boletín

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

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

Informe especial Diarreas virales
Autores: Juan I. Degiuseppe, Karina A. Gomes, Paula M. Moron, Karina A. Rivero y Christian Barrios Mathieur.
Laboratorio de Gastroenteritis Virales. Laboratorio Nacional de Referencia de Rotavirus y Norovirus. INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"

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

Intoxicación por Monóxido de Carbono
Del Ministerio de Salud de la Nación: Coordinación de Salud Ambiental, Subsecretaría de Institutos y Fiscalización.

Hantavirus
Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, 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) y el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui" (INEVH).

Hepatitis A:
Del Ministerio de Salud de la Nación: Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DICEI); Dirección de Salud Perinatal, Niñez y Adolescencias; y Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis
De la ANLIS "Carlos G. Malbrán": Laboratorio Nacional de Hepatitis Virales, INEI-ANLIS.

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

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

Agradecimientos

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

Imagen de tapa

La vacuna antigripal reduce las complicaciones graves, hospitalizaciones, secuelas y muertes ocasionadas por el virus influenza, especialmente en los grupos de riesgo. La misma debe ser aplicada en forma oportuna, idealmente antes del comienzo del invierno, etapa de mayor circulación del virus. Foto tomada del banco de imágenes del Ministerio de Salud de la Nación.

Cómo citar este boletín

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2026). Boletín Epidemiológico Nacional N°808, SE 18.

I. Editorial del BEN 797

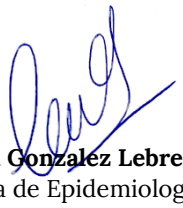
A lo largo de este año, el Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) ha continuado afirmándose El Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) se consolida como un espacio donde la vigilancia en salud se produce y se difunde de manera articulada, a partir de un trabajo sostenido entre equipos nacionales y jurisdiccionales.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

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

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

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

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



Vet. Cecilia González Lebrero
Directora de Epidemiología



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

II. Sobre este BEN

El Boletín Epidemiológico Nacional N° 808 presenta una actualización integral de la situación sanitaria nacional, a partir de eventos priorizados, actualizaciones periódicas, informes especiales y herramientas de vigilancia incluidas en esta edición.

En primer lugar, se incorpora la actualización de la tabla de eventos de notificación obligatoria seleccionados, orientada a fortalecer la lectura sistemática de la información proveniente del SNVS 2.0 y facilitar el seguimiento de eventos relevantes para la vigilancia nacional.

Dentro de los eventos priorizados, este número presenta una nueva actualización de la vigilancia de infecciones respiratorias agudas, que integra situación regional, información nacional destacada, datos de la vigilancia centinela —UMA de ETI y Red Argentina de Vigilancia Centinela de IRAG—, recomendaciones para equipos de salud y población, vacunación antigripal, tratamiento antiviral y caracterización genómica de influenza. También se incluye la actualización de dengue y otros arbovirus, con información sobre la situación regional, los escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada 2025-2026, la situación de dengue y chikungunya en Argentina, y la vigilancia de otros arbovirus, incluidas las encefalitis arbovirales.

En actualizaciones periódicas, el BEN 808 presenta un informe actualizado sobre hepatitis A, que desarrolla la situación epidemiológica nacional de 2026, la vigilancia molecular, las coberturas de vacunación, las acciones impulsadas por el Ministerio de Salud de la Nación y recomendaciones para equipos de salud y población. Asimismo, se incluye una actualización sobre intoxicación por monóxido de carbono, evento de especial relevancia durante los meses de bajas temperaturas, con información sobre situación actual, fuentes probables de exposición, medidas preventivas y criterios de vigilancia.

Esta edición incorpora además una actualización sobre hantavirus, que reúne la situación epidemiológica nacional y las acciones desarrolladas por el Ministerio de Salud de la Nación. A su vez, presenta la situación internacional vinculada al brote relacionado con un crucero, incluyendo aspectos epidemiológicos y acciones implementadas alrededor del evento.

Como informe especial, este BEN incluye un trabajo sobre la vigilancia de diarreas virales 2025 desde la Red Nacional de Laboratorios, con información sobre rotavirus, adenovirus y norovirus, tanto en relación con la notificación agrupada como con el estudio de genotipos circulantes.

Finalmente, el boletín presenta alertas y comunicaciones internacionales sobre sarampión, una selección de destacados en boletines jurisdiccionales y nuevas herramientas para la vigilancia, entre ellas modificaciones en codificaciones auxiliares del SNVS 2.0, materiales para Salas de Situación de Salud y el curso de vigilancia y notificación de dengue.

En conjunto, el BEN 808 consolida información relevante para el seguimiento de eventos transmisibles, intoxicaciones y situaciones emergentes, integrando vigilancia clínica, epidemiológica y laboratorial. De este modo, reafirma su valor como herramienta de retroalimentación del sistema nacional de vigilancia y como insumo para orientar decisiones oportunas y basadas en información actualizada.

Contenido

I. Editorial del BEN 797 **5**
II. Sobre este BEN **6**

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

EVENTOS PRIORIZADOS **13**
IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas **14**
IV.1. Nota Metodológica 14
IV.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 14
IV.3. Síntesis de la información nacional destacada 14
IV.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados 15
IV.4.A. Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI 15
IV.4.B. Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave -IRAG 18
IV.5. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas 21
IV.5.A. Recomendaciones para equipos de salud 21
IV.6. Vigilancia epidemiológica 21
IV.7. Recomendaciones para la población 23
IV.8. Vacunación antigripal 23
IV.9. Tratamiento antiviral 24
IV.10. Subtipificación y caracterización genómica de Influenza en el Laboratorio Nacional de Referencia 25
IV.10.A. Secuenciacion genomica de influenza a(h3n2) 2025-2026 26
IV.10.B. caracaterización de casos de influenza recibidos en el lnr desde se1 a se 17/2026. 27
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus **32**
V.1. Situación regional 32
V.2. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026 33
V.3. Situación de dengue en Argentina 35
V.3.A. Temporada 2025/2026 35
V.3.B. Distribución espacial de los casos de dengue durante la temporada. 37
V.3.C. Casos Probables 37
V.3.D. Caracterización clínica de los casos de dengue 38
V.3.E. Consideraciones para la vigilancia por laboratorio 38
V.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina 39
V.4.A. Caracterización clínica de los casos de chikungunya. 42
V.5. Situación epidemiología de otros Arbovirus en Argentina 43
V.5.A. Encefalitis arbovirales 43
V.5.B. Otros arbovirus 45

ACTUALIZACIONES PERIODICAS **47**
VI. Hepatitis A - Actualización informe epidemiológico **48**
VI.1. Introducción 48
VI.1.A. Generalidades del evento y su control 48
VI.1.B. Sobre la publicación en el Boletín Epidemiológico Nacional 49
VI.2. Situación de hepatitis A en Argentina 49
VI.2.A. Nota Metodológica 49
VI.2.B. Situación Epidemiológica de 2026 49
VI.2.C. Vigilancia molecular hav de 2026 53
VI.3. Coberturas de vacunación 54
VI.3.A. Coberturas para total país 54
VI.4. Sobre las acciones del Ministerio de Salud de la Nación 55
VI.5. Recomendaciones para el equipo de salud 58
VI.5.A. Medidas ante casos y contactos 58
VI.5.B. Profilaxis Post Exposición 59
VI.5.C. Contención de brotes 59
VI.5.D. Medidas ante brotes 60
VI.5.E. Medidas en caso de desastre 60
VI.6. Vigilancia Epidemiológica de Hepatitis A 61
VI.7. Indicaciones para toma, almacenamiento y envío de muestras para el estudio de hepatitis A 61
VI.7.A. Consideraciones generales 61
VI.7.B. Embalaje para derivación de muestras 62
VI.8. Recomendaciones para la población 62
VI.8.A. Medidas preventivas 62

VI.9. Conclusiones 63
VII. Intoxicación por Monóxido de Carbono – Actualización Informe epidemiológico 64
VII.1. Introducción 64
VII.2. Situación de Intoxicación por Monóxido de Carbono en Argentina 64
VII.2.A. Nota metodológica 64
VII.2.B. Situación Epidemiológica Actual (2026) 65
VII.3. Recomendaciones para el equipo de salud 69
VII.3.A. Fuentes probables de Intoxicación/Exposición 69
VII.3.B. Medidas preventivas 69
VII.3.C. Medidas ante casos y contactos 70
VII.4. Conclusiones 71
VII.5. Vigilancia epidemiológica 71
VII.5.A. Definiciones de caso 71
VII.5.B. Definiciones de brote 72
VIII. Hantavirosis – Actualización informe epidemiológico y situación brote en Crucero 73
VIII.1. Introducción 73
VIII.2. Situación epidemiológica nacional 74
VIII.2.A. Nota metodológica 74
VIII.2.B. situación epidemiológica 74
VIII.2.C. Sobre las acciones del ministerio de salud de la nación 84
VIII.3. Situación internacional: Brote relacionado con un crucero 85
VIII.3.A. Epidemiología 85
VIII.3.B. Acciones desarrolladas alrededor del brote de Hantavirosis en buque internacional. 85

INFORMES ESPECIALES 89
IX. Vigilancia de Diarreas virales 2025 - Red Nacional de Laboratorios 90
IX.1. Introducción 90
IX.2. Nota metodológica 90
IX.3. Vigilancia por laboratorio de Rotavirus 91
IX.3.A. Condensado de notificación agrupada 91
IX.3.B. Estudio de los genotipos circulantes 93
IX.4. Vigilancia por laboratorios de Adenovirus 94
IX.4.A. Condensado de notificación agrupada 94
IX.4.B. Estudio de los genotipos circulantes 96
IX.5. Vigilancia por laboratorios de Norovirus 97
IX.5.A. Condensado de notificación agrupada 97
IX.5.B. Estudio de los genotipos circulantes 98

ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES 99
X. Introducción 100
X.1. Sarampión - Situación epidemiológica regional 100
X.1.A. Canadá 100
X.1.B. Estados Unidos de América 101
X.1.C. Guatemala 102
X.1.D. México3F 102
X.1.E. panama3F 103
X.1.F. perú3F 103

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES 105
XI. Boletines Jurisdiccionales 106
XI.1. Buenos Aires: Infecciones respiratorias agudas (IRA) 106
XI.2. Salta: Chinkungunya 107
XI.3. Santa Fe: Psitacosis 108
XI.4. Tierra del Fuego: Diarreas agudas 109
XI.5. Tucumán: Enfermedad tipo influenza (ETI) 110

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA 111
XII. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 112
XIII. Herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud. 9° Edición 113
XIV. Curso Vigilancia y notificación de Dengue 114

TABLA DE **EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA** SELECCIONADOS

III. Actualización de la tabla de eventos priorizados

El análisis sistemático y oportuno de los eventos de notificación obligatoria constituye una herramienta central para la vigilancia epidemiológica y la detección temprana de cambios en los patrones de ocurrencia de enfermedades y otros eventos de interés sanitario.

Adicionalmente, las tablas del Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) han presentado hasta el momento principalmente comparaciones con períodos históricos. Si bien estos indicadores resultan fundamentales para describir la magnitud y contextualizar la situación epidemiológica de los eventos, su interpretación puede complementarse con una mirada orientada a detectar variaciones recientes en la tendencia.

En este sentido, la incorporación de una clasificación de la situación epidemiológica en las últimas semanas permite aportar una lectura más dinámica y operativa del comportamiento de los eventos, favoreciendo la identificación temprana de cambios relevantes, como aumentos recientes, intensificación de la transmisión o situaciones de brote. Esta actualización busca fortalecer la capacidad del BEN para sensibilizar a los equipos de salud y vigilancia frente a variaciones concretas, contribuyendo a una respuesta más oportuna.

III.1. Metodología de análisis

III.1.A. SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE LA TABLA

La tabla se construye a partir de las notificaciones de diferentes eventos seleccionados y sus estrategias particulares en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Para cada evento se presentan los siguientes indicadores:

1. **Mediana histórica:** mediana de casos acumulados para el mismo período en los años previos (2022–2025), utilizada como referencia para el análisis comparativo.
2. **Acumulado anual:** número de casos notificados en el año en curso hasta la semana epidemiológica analizada.
3. Situación en el **año en curso**: comparación del acumulado del año actual respecto de la mediana histórica para el mismo período.
4. Situación en las **últimas 4 semanas epidemiológicas**: se analiza la ocurrencia reciente del evento considerando el número de casos notificados en las últimas cuatro semanas epidemiológicas, comparado con el comportamiento esperado según la serie histórica para esas mismas semanas. **Se consideran las 4 semanas previas a la actual, contando 2 SE hacia atrás**. Por ejemplo, si se presenta la SE 10, las 4 semanas analizadas son la 5, 6, 7 y 8.

III.1.B. CLASIFICACIÓN DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Con el objetivo de facilitar una interpretación ágil de la información, la tabla incorpora una codificación por colores que permite identificar de manera inmediata la situación epidemiológica de cada evento, junto con la clasificación cualitativa.

La clasificación de la situación epidemiológica se realiza a partir de la variación porcentual observada respecto del valor esperado (mediana histórica -ya sea del acumulado o de las 4 SE ya citadas-) y presenta la siguiente interpretación cualitativa y cromática.

• Por encima de lo esperado: incremento mayor al 40%.

• En aumento: incremento entre 20% y 40%.

• Dentro de lo esperado: variación entre -20% y +20%.

• Por debajo de lo esperado: disminución mayor al 20% respecto del valor esperado.

• En baja magnitud: menos de 30 casos en el acumulado del año en curso.

III.1.C. VISUALIZACIÓN DE LOS CASOS SEGÚN SEMANAS EPIDEMIOLÓGICAS 2022-2026

La tabla incluye gráficos de la serie temporal de cada evento (excepto aquellos de "baja magnitud") por semana epidemiológica, desde la SE 1 de 2022 hasta la semana actual menos cinco semanas. Este recorte temporal se adopta con el fin de contemplar el retraso en la notificación y evitar la interpretación de datos aún incompletos en las semanas más recientes.

A su vez, los minigráficos se presentan con una media móvil de 8 semanas epidemiológicas, con el propósito de suavizar las variaciones semanales asociadas a la heterogeneidad de la notificación. Este procedimiento permite reducir las oscilaciones de corto plazo (en forma de “ruido” o “serrucho”) y mejorar la visualización de la tendencia general y de los patrones estacionales de cada evento.

III.1.D. NOTAS GENERALES SOBRE LA PRESENTACIÓN DE LOS EVENTOS

Cada uno de los eventos contempla sus definiciones de caso específicas y se presentan en la tabla aquellos casos clasificados como confirmados. Como siempre se aclara en cada una de las presentaciones de datos de vigilancia, los mismos son parciales y sujetos a modificación.

Para el grupo de eventos “lesiones”, donde se exponen los intentos de suicidio con y sin resultado mortal, se toman en cuenta para la mediana y para las tendencias, solo los años 2024 y 2025. En el 2022 estos eventos no se habían implementado y el 2023 su implementación aún era muy parcial.

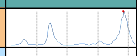
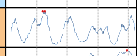
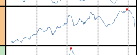
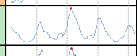
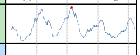
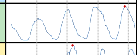
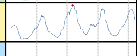
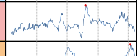
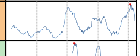
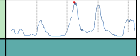
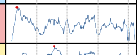
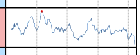
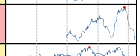
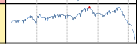
III.2. Utilidad para la vigilancia epidemiológica

La incorporación de este enfoque permite fortalecer la vigilancia basada en tendencias recientes, facilitar la detección temprana de brotes o cambios en la tendencia, sensibilizar a los equipos de salud frente a eventos emergentes o en aumento, orientar la sospecha clínica y las acciones de prevención y control, y mejorar la comunicación epidemiológica hacia los equipos asistenciales.

De esta manera, la nueva tabla de eventos del BEN se constituye en una herramienta de análisis rápido y alerta temprana que complementa los análisis epidemiológicos tradicionales.

A continuación, se presenta la tabla completa.

Tabla 1. Situación de Eventos de Notificación Obligatoria (ENO) seleccionados. Argentina. SE 1 a 18 de 2026.

Grupo	Evento	Mediana Acumulado 2022-2025	Acumulado 2026 SE 18	En lo que va del año, el evento se encuentra...	En las últimas 4 semanas el evento se encuentra...	Tendencia 2022-2026
Enfermedades prevenibles por vacunas	Coqueluche (tos convulsa)	58	292	Por encima de lo esp.	En aumento	
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	2	1	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	0	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Meningitis - Meningoencefalitis	247	276	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Poliomielitis - PAF <15 y otros sosp. de polio.	0	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Enf. trans. por vectores	Chagas agudo vectorial	0	2	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Enf. trans. por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	30	9	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	58	77	En aumento	En aumento	
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	4719	6916	En aumento	En aumento	
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	180	156	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	78	77	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo)	4	5	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Cisticercosis	3	3	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Escorpionismo o Alacranismo	2587	3244	En aumento	Por debajo de lo esp.	
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	336	448	En aumento	Dentro de lo esp.	
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	23	19	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	5	7	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Brucelosis	39	44	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Leptospirosis	71	117	Por encima de lo esp.	En aumento	
	Psitacosis	63	61	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
Grupo	**Evento**	**Mediana Acumulado 2022-2025**	**Acumulado 2026 SE 18**	**En lo que va del año, el evento se encuentra...**	**En las últimas 4 semanas el evento se encuentra...**	**Tendencia 2022-2026**
ETMI - Enfermedades del niño	Chagas agudo congénito	15	11	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Sífilis Congénita	255	307	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Hepatitis B - Expuesto a la trans. vertical	0	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en embarazadas	438	389	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Sífilis en embarazadas	2695	3941	En aumento	En aumento	
	Hepatitis B en embarazadas	16	4	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Hepatitis virales	Hepatitis B	174	225	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Hepatitis C	345	405	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Hepatitis E	2	2	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Infecc. de trans. sexual	Sífilis en población general	8454	16507	Por encima de lo esp.	En aumento	
Infecc. Resp. agudas	Legionelosis	10	11	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	451	435	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	7	4	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Plag. de uso agrícola	4	3	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Plag. de uso doméstico	11	20	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intoxicación/Exposición a Plomo	4	2	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Lesiones*	Intento de Suicidio sin resultado mortal	2381	4079	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Intento de Suicidio con resultado mortal	115	177	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	2949	3190	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	

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

EVENTOS **PRIORIZADOS**

IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

IV.1.Nota Metodológica

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

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

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

En la Región de las Américas, durante la semana epidemiológica (SE) 16, la actividad de influenza en las Américas refleja la divergencia estacional característica del período de transición: América del Norte y el Caribe consolidan el fin de temporada con positividades en descenso hacia la línea de base interestacional, Centroamérica completa su descenso post-pico, mientras Brasil y Cono Sur inician su temporada invernal austral con tendencia ascendente sostenida. La Región Andina presenta un patrón intermedio con descenso agregado pero trayectorias divergentes entre países. A(H3N2) es el subtipo predominante en la mayoría de las subregiones del Hemisferio Sur. El VRS muestra patrones opuestos según hemisferio: en descenso en América del Norte y en ascenso en la Región Andina y Brasil y Cono Sur, consistente con el inicio de temporada austral. El SARS-CoV-2 continúa su descenso generalizado en todas las subregiones, manteniéndose en niveles bajos sin señal de resurgimiento. Los indicadores de IRAG y ETI muestran descenso en el HemisferioNorte, con la mayor carga relativa concentrándose en el Hemisferio Sur para este período de reporte.

IV.3. Síntesis de la información nacional destacada

En la SE17 de 2026, la vigilancia clínica notificó 247.915 casos de ETI, 33.958 casos de neumonía y 21.523 casos de bronquiolitis en menores de dos años.

En la vigilancia centinela ambulatoria (Unidades de Monitoreo Ambulatorio de Virus Respiratorios - UMA), durante 2026 se observa a partir de la SE12 un incremento en el número de casos de influenza y en el porcentaje de positividad, con 33,3% de las muestras positivas en la SE18. En relación con SARS-CoV-2, en las últimas semanas los casos se mantienen en niveles bajos, luego del ascenso registrado durante 2025. Respecto del VSR, se registran detecciones aisladas, con dos casos positivos identificados en lo que va de 2026.

En relación con la vigilancia centinela de casos hospitalizados por infección respiratoria aguda grave (UC-IRAG), en las primeras 18 SE de 2026 se registraron 1.754 internaciones, con tendencia ascendente a partir de la SE11, en coincidencia temporal con el aumento de casos positivos de influenza A(H3N2). En las últimas cuatro semanas analizadas se observó un

[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

predominio de detecciones de influenza, con 103 casos positivos entre los 558 casos de IRAG estudiados, seguida en frecuencia por VSR (n=25) y SARS-CoV-2 (n=1).

La vigilancia universal por red de laboratorios mostró, en las últimas semanas de 2025, un predominio de influenza B, con detecciones de influenza A e influenza A(H3N2) hacia el final del año. En 2026, las detecciones de influenza se mantuvieron estables hasta la SE9, desde la SE 10 se registra un aumento, tanto en el número de casos, como en el porcentaje de positividad. Las detecciones de VSR continúan en valores bajos. En relación con SARS-CoV-2, se observó un aumento gradual de las detecciones a partir de la SE34 de 2025, acentuado entre las SE42 y SE46, seguido de un descenso posterior.

Durante la SE17/2026, se registra circulación de virus respiratorios, principalmente Influenza, seguido de VSR, SARS-CoV-2, adenovirus, parainfluenza y metapneumovirus.

En personas internadas, en la SE18/2026, se notificaron 123 hospitalizaciones con diagnóstico de influenza, 13 con diagnóstico de SARS-CoV-2 y 21 con diagnóstico de VSR. No se registraron fallecimientos con diagnóstico de SARS-CoV-2 en esta semana. En lo que va del año, se registraron 4 fallecimientos con diagnóstico de influenza.

IV.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados

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

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

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

Durante 2025, en los establecimientos UMA se detectaron 467 casos de **SARS-CoV-2** en 6.078 muestras analizadas mediante técnica molecular. A partir de la SE34 se observó un ligero incremento en el número de casos y en el porcentaje de positividad, alcanzando el valor máximo en la SE45 (26,4%). En lo que va de 2026, tras el incremento registrado durante 2025, las detecciones de este virus se mantienen en niveles bajos, sin casos positivos en la última semana analizada, entre las 53 muestras procesadas.

Con relación a **influenza**, durante 2025 se verificó un ascenso tanto de las detecciones como del porcentaje de positividad a partir de la SE11, principalmente a expensas de influenza A sin subtipificar y del subtipo A (H1N1). Estos indicadores alcanzaron sus valores más elevados entre las SE22 y SE25, seguidos de un descenso sostenido. Hacia el final del período se registró un leve incremento en las detecciones y en la positividad, con predominio de influenza B linaje Victoria y, en las últimas semanas del año, un mayor número de detecciones de influenza A, aunque con valores bajos.

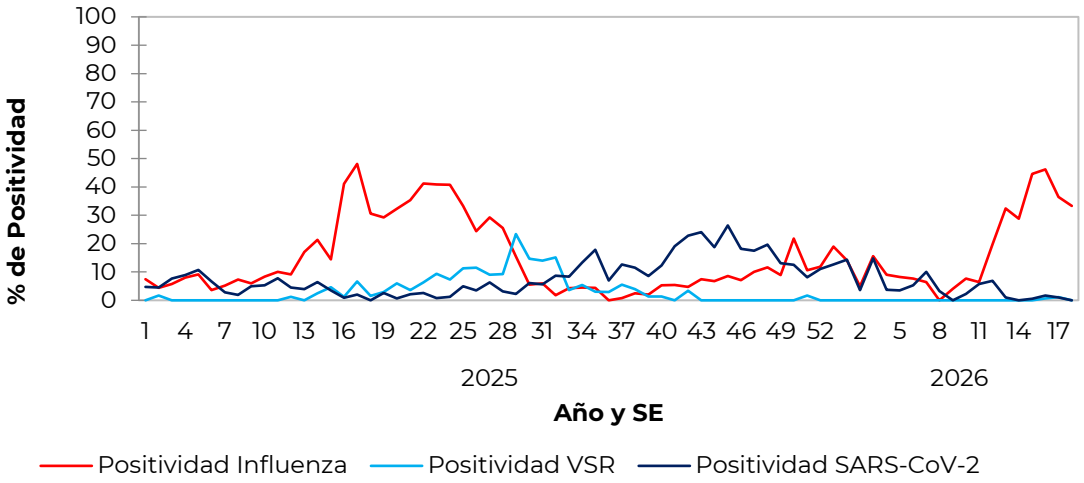
En lo que va de 2026, se observa un incremento tanto en el número de casos como en el porcentaje de positividad en la vigilancia ambulatoria a partir de la SE12, a expensas de influenza A sin subtipificar y del subtipo A (H3N2). En las SE17 y SE18 de 2026 se notificaron

[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

66 casos de influenza entre las 187 muestras estudiadas en UMA. El porcentaje de positividad en la última semana analizada fue de 33,3%.

En cuanto al **VSR**, durante 2025 se registraron 195 muestras positivas entre las 4.165 muestras estudiadas, con un porcentaje de positividad acumulado de 4,68%. En la vigilancia UMA se observó un incremento en las detecciones y en el porcentaje de positividad, que alcanzó su valor máximo en la SE29, seguido de una tendencia descendente en las semanas posteriores. En lo que va de 2026, las detecciones se registran de manera aislada, con dos casos positivos de VSR entre las 1.297 muestras estudiadas.

Gráfico 1. Porcentaje de positividad de muestras estudiadas por técnica molecular para SARS-CoV-2, influenza y VSR, por SE. Estrategia UMA. SE1/2025 a SE18/2026. Argentina.

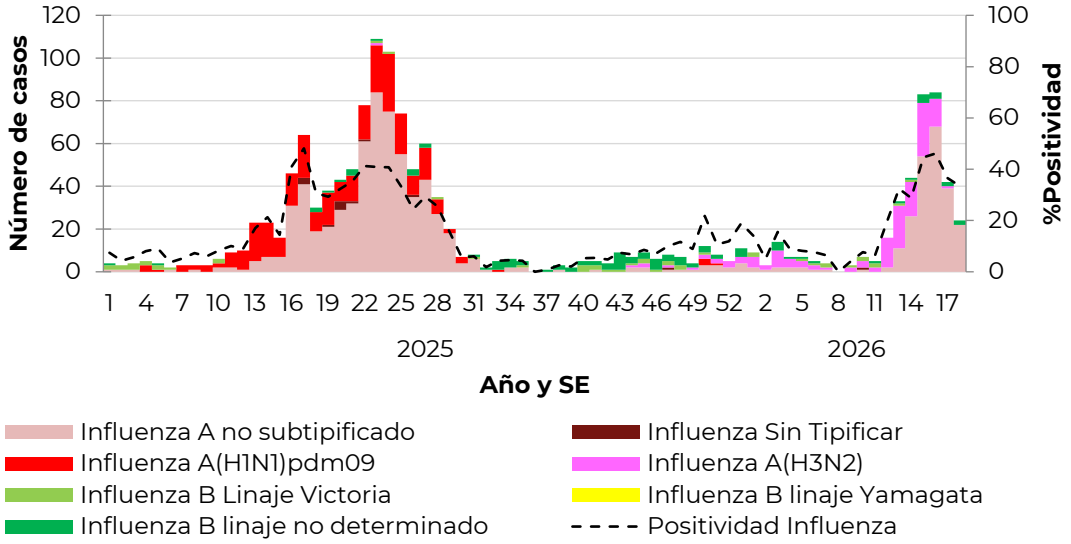


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

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

En las primeras 18 SE de 2026, se detectaron 355 casos de infuenza A. Entre estos, los 121 casos con subtipificación corresponden a A(H3N2). En cuanto a influenza B, se detectaron 34 casos, dentro de los cuales se detectó linaje Victoria en 13 de ellos.

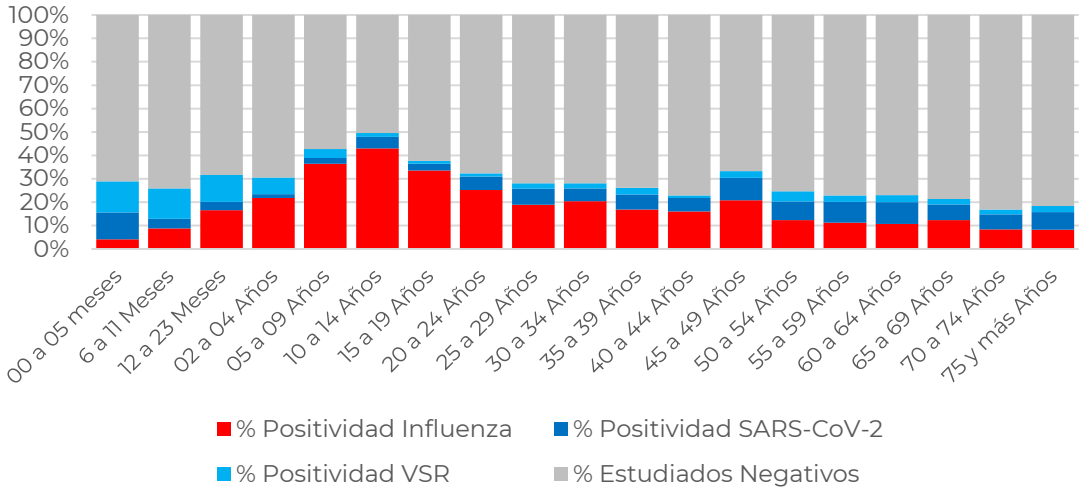
Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2025 a SE18/2026. Estrategia UMA. Argentina.



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

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

Gráfico 3. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados. SE1/2025 a SE18/2026. Estrategia UMA. Argentina[3].



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

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

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

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

Definiciones de caso Vigentes

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

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

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

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

En lactantes menores de 6 meses también considerar:

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

En las 18 primeras SE de 2026 se registraron de manera nominal un total de 1.754 internaciones con diagnóstico de IRAG y 715 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida en la Red Argentina de UC-IRAG[9].

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

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

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

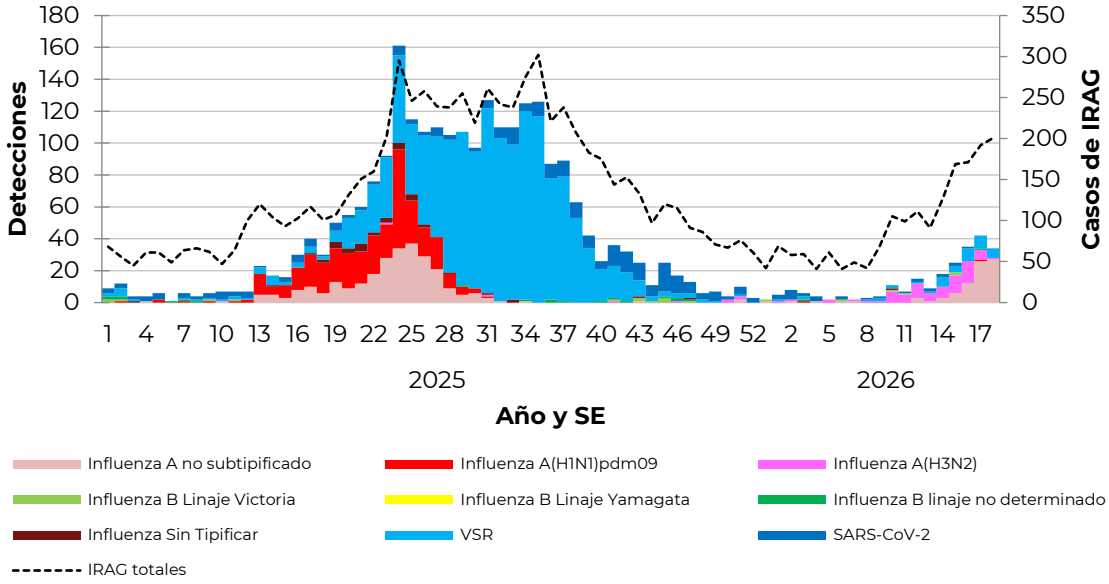
[6] Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplado en la definición de caso

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

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

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

Gráfico 4. Casos totales de IRAG y detecciones de Influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y VSR, y por SE. Estrategia UC IRAG. SE1/2025 a SE18/2026. Argentina



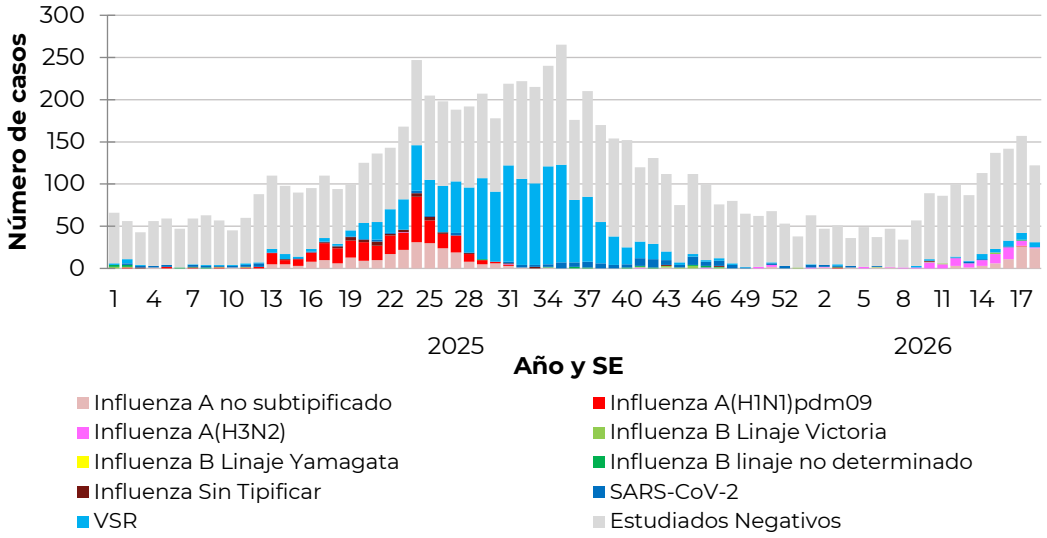
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0]

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

Aun cuando se registraron IRAG con diagnóstico de **Influenza** durante todas las semanas de 2025, se observó un incremento en las detecciones a partir de la SE13, alcanzando valores más elevados entre las SE23 y SE27, seguido de un descenso posterior. Los casos correspondieron predominantemente a influenza A, con mayor detección de H1N1 y en menor medida H3N2. Además, se detectaron en menor número casos de influenza B/linaje Victoria. En las 18 primeras semanas de 2026, se detectaron 164 casos de influenza A, de los cuales 74 cuentan con subtipificación: 72 correspondieron a A(H3N2) y 2 a A(H1N1). Con respecto a influenza B, se registraron 7 casos, de los cuales 5 corresponden a linaje Victoria, mientras que los restantes permanecen sin identificación de linaje.

En cuanto a los casos de IRAG con diagnóstico de VSR, durante 2025 se observó un incremento a partir de la SE20, con un máximo en la SE31. Posteriormente, las detecciones se mantuvieron elevadas durante varias semanas y comenzaron a descender desde la SE36, alcanzando niveles bajos hacia el final del año. En las primeras semanas del año 2026, si bien los casos permanecen en niveles bajos, se registran 42 casos acumulados de IRAG con detección de VSR y un ligero aumento de casos positivos en las últimas semanas.

Gráfico 5. Casos de IRAG estudiados por técnica molecular para virus SARS-CoV-2, influenza y VSR según resultado, por SE. SE1/2025 a SE18/2026. Estrategia UC IRAG. Argentina [10].



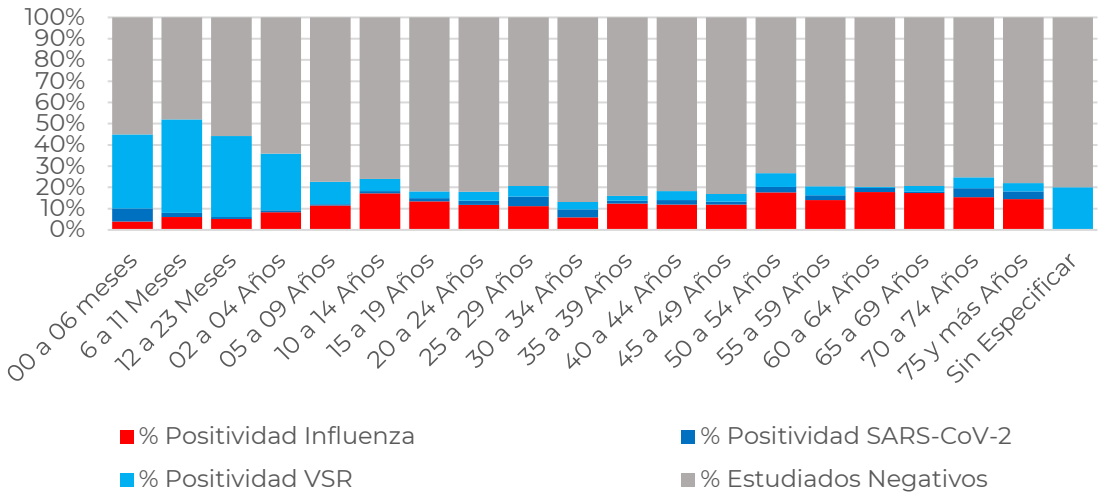
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0]

En las últimas 4 semanas, entre 558 casos de IRAG estudiados por técnica molecular para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron: 103 casos de influenza, 25 casos de VSR, y 1 caso de SARS-CoV-2. Los restantes 429 casos resultaron negativos para los agentes etiológicos priorizados.

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

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

Gráfico 6. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados, en casos de IRAG. SE1/2025 a SE18/2026. 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. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas

IV.5.A. RECOMENDACIONES PARA EQUIPOS DE SALUD

En el contexto del período interestacional de influenza en Argentina, caracterizado por baja circulación de virus respiratorios, y ante la detección en el país de casos de influenza A(H3N2) correspondientes al subclado K, se recomienda a los equipos de salud seguir los lineamientos para la prevención, control y atención clínica de las infecciones respiratorias agudas (IRAs), así como mantener una vigilancia fortalecida de los distintos componentes de la estrategia de vigilancia de 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.6. Vigilancia epidemiológica

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

En este marco, se recomienda:

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

[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.

- 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.7. Recomendaciones para la población

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

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

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

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

IV.8. Vacunación antigripal

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

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

Población objetivo para vacunación antigripal:

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

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

IV.9. Tratamiento antiviral

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

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

[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.

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

No se debe esperar la confirmación de influenza por laboratorio para tomar decisiones acerca del inicio del tratamiento con antivirales. Es importante el seguimiento clínico de los pacientes para detectar de manera oportuna condiciones de agravamiento de la enfermedad.

Indicaciones de tratamiento antiviral

Manejo de Influenza estacional

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

-Casos ambulatorios con Enfermedad Tipo Influenza (ETI)
-Puede considerarse la administración de oseltamivir en casos ambulatorios con Enfermedad tipo influenza (ETI) y que pertenecen a grupos con mayor riesgo de desarrollar complicaciones por Influenza.
En períodos de circulación de virus Influenza, se recomienda la indicación de tratamiento en aquellos pacientes con resultado positivo para Influenza o en caso de no disponer de estudio diagnóstico o con resultado más allá de las 48 horas, iniciar tratamiento empírico.

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

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

IV.10. Subtipificación y caracterización genómica de Influenza en el Laboratorio Nacional de Referencia

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

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

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

A continuación, se describe, para el período SE1 a SE17 de 2026 la distribución por tipo y subtipo de casos recibidos en el LNR con fecha de toma de muestra en el año epidemiológico 2026 y los resultados de secuenciación del muestreo aplicado.

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

IV.10.A. SECUENCIACION GENOMICA DE INFLUENZA A(H3N2) 2025-2026

Entre la SE 1/2025 y la SE 17/2026, el Laboratorio Nacional de Referencia secuenció 224 muestras positivas para Influenza A(H3N2) provenientes de 23 jurisdicciones, de las cuales 168 (82%) correspondieron al subclado J.2.4.1/(K), 28 (13%) al subclado J.2.3; y el resto a los subclados J.2.4, J.2 y J.2.2.

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

Tabla 1. Casos de Influenza A(H3N2) secuenciados por el LNR por subclado según jurisdicción de residencia. Argentina. SE 1/2025 a SE 17/2026 (N = 224).

Jurisdicción	2025					2026					Total
	J.2	J.2.2	J.2.3	J.2.4	J.2.4.1/K	J.2	J.2.2	J.2.3	J.2.4	J.2.4.1/K	
Centro	**1**	**0**	**3**	**0**	**13**	**0**	**0**	**0**	**6**	**53**	**76**
Buenos Aires	0	0	1	0	4	0	0	0	5	20	30
CABA	1	0	1	0	3	0	0	0	1	25	31
Córdoba	0	0	1	0	2	0	0	0	0	1	4
Entre Ríos	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	3
Santa Fe	0	0	0	0	2	0	0	0	0	6	8
Cuyo	**0**	**1**	**3**	**0**	**2**	**0**	**0**	**0**	**0**	**19**	**25**
Mendoza	0	1	3	0	2	0	0	0	0	15	21
San Juan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
San Luis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
NEA	**1**	**0**	**0**	**0**	**2**	**0**	**0**	**1**	**0**	**9**	**13**
Chaco	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3
Corrientes	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	3
Formosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	7
Misiones											
NOA	**0**	**0**	**1**	**0**	**1**	**0**	**0**	**1**	**3**	**63**	**69**
Catamarca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5
Jujuy	0	0	1	0	0	0	0	0	3	9	13
La Rioja	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	4
Salta	0	0	0	0	0	0	0	1	0	27	28
Santiago del Estero	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tucumán	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	19
Sur	**1**	**0**	**16**	**0**	**15**	**0**	**0**	**3**	**0**	**6**	**41**
Chubut	0	0	2	0	1	0	0	0	0	1	4
La Pampa	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2
Neuquén	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3
Río Negro	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	3
Santa Cruz	1	0	5	0	6	0	0	3	0	2	17
Tierra del Fuego	0	0	7	0	3	0	0	0	0	2	12
Total general	3	1	23	0	33	0	0	5	9	150	224

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

IV.10.B. CARACATERIZACIÓN DE CASOS DE INFLUENZA RECIBIDOS EN EL LNR DESDE SE1 A SE 17/2026.

En términos acumulados, desde la SE 1/2026 hasta la SE 17/2026, el LNR recibió 629 muestras positivas para Influenza, de las cuales 616 pudieron ser tipificadas y subtipificadas. Entre las muestras tipificadas, el 91% correspondió a Influenza A y el 9% a Influenza B. Dentro de las muestras de Influenza A, el 97% correspondió al subtipo A(H3N2) y el 3% al subtipo A(H1N1).

En el análisis regional se verifica que la mayor cantidad de casos Influenza se registraron en el NOA y en el Centro. En todas las regiones se detectó mayoritariamente Influenza A, específicamente Influenza A(H3N2) subclado J.2.4.1/(K). El único caso secuenciado de Influenza A(H1N1) subclado D.3.1.1 se identificó en el NEA. Por otro lado, Influenza B Victoria

se detectó en todas las regiones. Los casos secuenciados de Influenza B Victoria se detectaron en Centro.

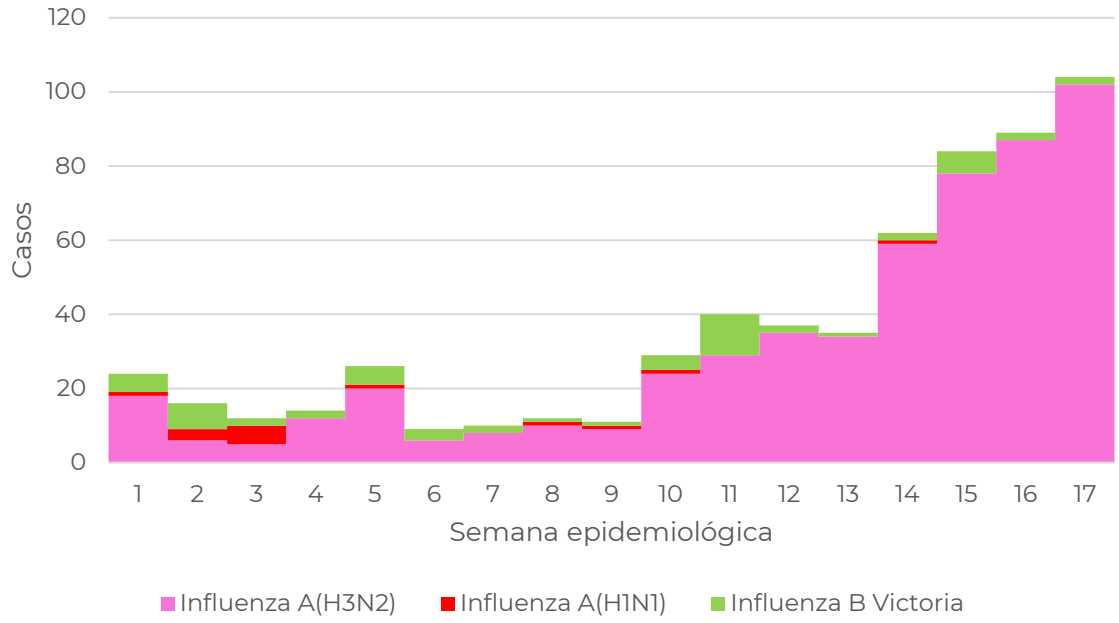
Tabla 2. Casos de Influenza estudiados por el LNR por tipo, subtipo y caracterización genómica, según jurisdicción. Argentina. SE1 a SE17, Año 2026 (N = 629).

Jurisdicción	Influenza A							Influenza B				Influenza sp	Total
	Influenza A(H3N2)				Influenza A(H1N1)		Sin subtip.	Victoria					
	Subclado J.2.3	Subclado J.2.4.1/K	Subclado J.2.4	Sin esp.	Subclado D.3.1.1	Sin esp.		Subclado C.5.1	Subclado C.5.6	Subclado C.5.6.1	Sin esp.		
Centro	**0**	**53**	**6**	**102**	**0**	**6**	**1**	**2**	**2**	**1**	**15**	**4**	**192**
Buenos Aires	0	20	5	42	0	1	1	0	0	0	7	1	77
CABA	0	25	1	32	0	3	0	0	0	0	3	2	66
Córdoba	0	1	0	6	0	1	0	2	2	0	0	1	13
Entre Ríos	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	4
Santa Fe	0	6	0	22	0	1	0	0	0	1	2	0	32
Cuyo	**0**	**19**	**0**	**30**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**13**	**0**	**62**
Mendoza	0	15	0	29	0	0	0	0	0	0	10	0	54
San Juan	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	5
San Luis	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
NEA	**1**	**9**	**0**	**7**	**1**	**3**	**0**	**0**	**0**	**0**	**1**	**0**	**22**
Chaco	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Corrientes	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Formosa	0	7	0	7	1	3	0	0	0	0	1	0	19
Misiones													
NOA	**1**	**63**	**3**	**221**	**0**	**3**	**1**	**0**	**0**	**0**	**23**	**7**	**322**
Catamarca	0	5	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	8
Jujuy	0	9	3	87	0	0	0	0	0	0	0	3	102
La Rioja	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Salta	1	27	0	74	0	2	1	0	0	0	10	2	117
Santiago del Estero	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	7	1	10
Tucumán	0	19	0	58	0	0	0	0	0	0	4	1	82
Sur	**3**	**6**	**0**	**18**	**0**	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**	**1**	**2**	**31**
Chubut	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
La Pampa	0	1	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	7
Neuquén	0	0	0	6	0	1	0	0	0	0	0	1	8
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Tierra del Fuego	0	2	0	6	0	0	0	0	0	0	0	1	9
Total general	5	150	9	378	1	13	2	2	2	1	53	13	629

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

En relación con la dimensión temporal, se registraron casos de influenza con fecha de toma de muestra en todas las semanas analizadas. Sin embargo, se observa un incremento en la magnitud de los casos recibidos en el LNR a lo largo del período: mientras que el promedio semanal en las primeras nueve semanas fue de 16 casos, entre las SE10 y SE17 dicho promedio ascendió a 61, evidenciando una tendencia creciente. En cuanto a la distribución por tipo y subtipo viral, durante las primeras diez semanas predominó Influenza A(H3N2), aunque también se registraron casos de Influenza B y de Influenza A(H1N1). A partir de la SE12, los casos notificados corresponden casi exclusivamente a Influenza A(H3N2).

Gráfico 1. Casos de Influenza recibidos por el LNR por semana de toma de muestra según tipo y subtipo de virus. Argentina. SE1 a SE17, Año 202616.



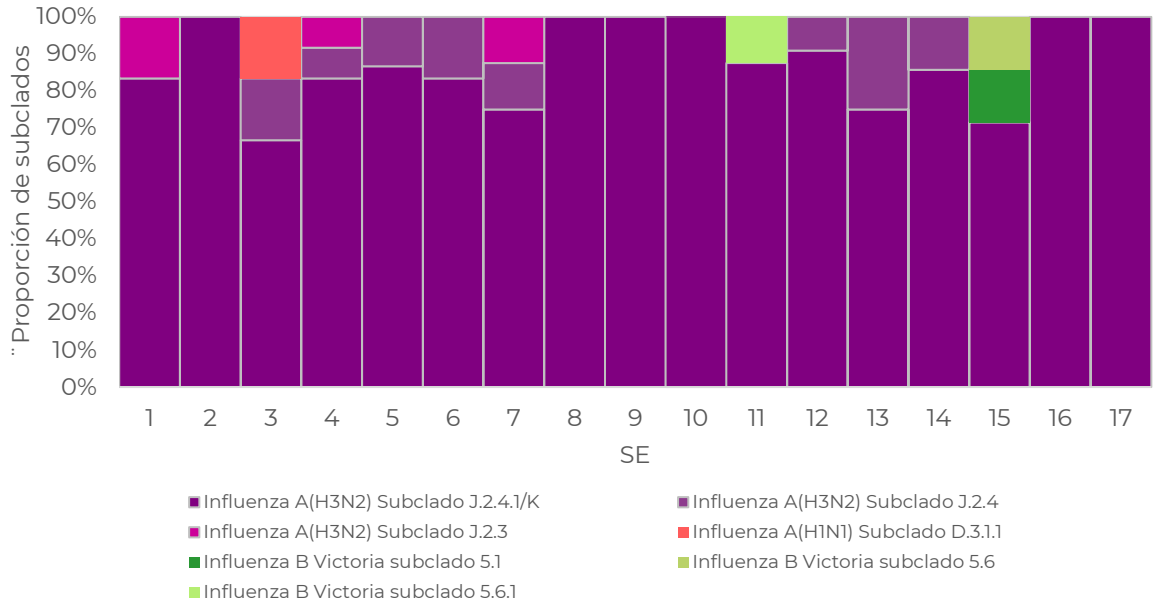
Fuente: Elaboración del Servicio Virosis Respiratorias y el Departamento de Epidemiología del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

Se realizó la caracterización genómica de 170 casos de Influenza, 164 de Influenza A(H3N2), 1 de Influenza A(H1N1) y 5 de Influenza B Victoria. Entre los casos de Influenza A(H3N2), el subclado prevalente fue J.2.4.1/(K) -con 150 casos (91%)-, seguido del subclado J.2.4 (9) y J.2.3 (5). El único caso secuenciado de Influenza A(H1N1) correspondió al subclado D.3.1.1. Los casos secuenciados de Influenza B/Victoria se detectaron los subclados C.5.1 (2), C.5.6 (2) y C.5.6.1 (1).

En cuanto a la distribución temporal, mientras que, en las 7 primeras semanas, además del subclado J.2.4.1 (K) que fue preponderante, se registraron los subclados J.2.4 y J.2.3; entre las 8 y 17 el subclado casi exclusivamente identificado fue J.2.4.1/(K). El caso de influenza A(H1N1) subclado D.3.1.1 se registró en SE3. Los casos de Influenza B Victoria se registraron principalmente en la SE15, correspondientes a los subclados C.5.1 y C.5.6.

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

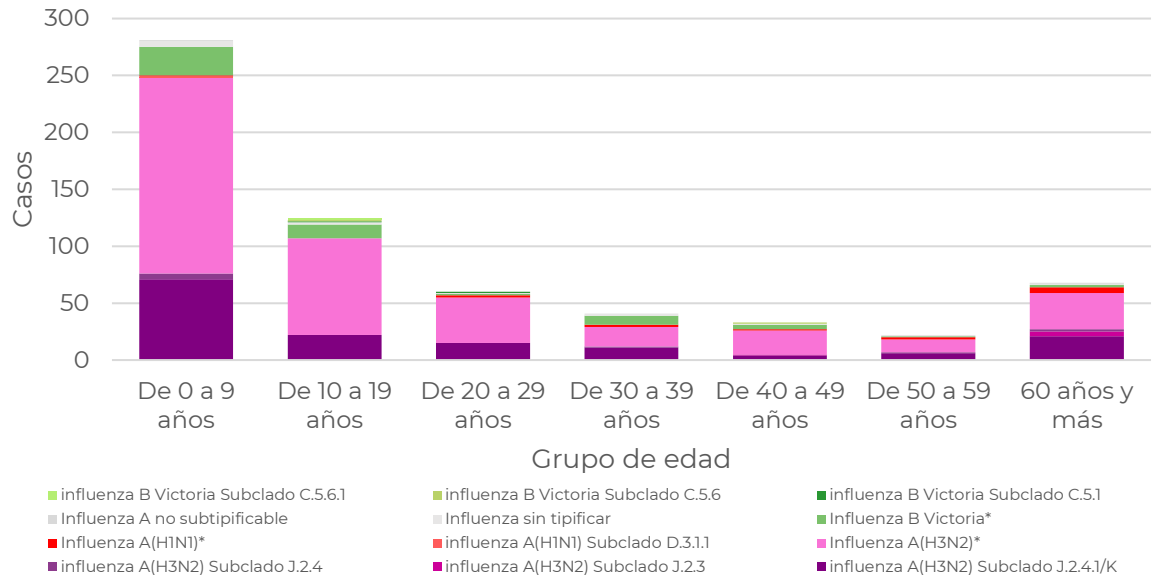
Gráfico 2. Distribución proporcional de Casos de Influenza por semana de toma de muestra según subclado identificado. SE1 a SE17. Año 2026.



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

Respecto a la distribución etaria de los casos de Influenza recibidos en el LNR, los menores de 10 años concentraron el 45% de los casos; dentro de este grupo, el 30% correspondieron a menores de 2 años. Le siguieron los grupos etarios de 10 a 19 (20%) y 60 años y más (11%). En todos los grupos se mantuvo en términos acumulados el predominio de Influenza A(H3N2), específicamente el subclado J.2.4.1/(K). Se detectó Influenza B Victoria en un bajo número de casos en todos los grupos etarios, concentrándose el 69% en los menores de 20 años.

Gráfico 3. Casos de Influenza estudiados por el LNR por tipo, subtipo y caracterización genómica según grupo de edad. Argentina. SE1 a SE17, Año 2026 (N =629)



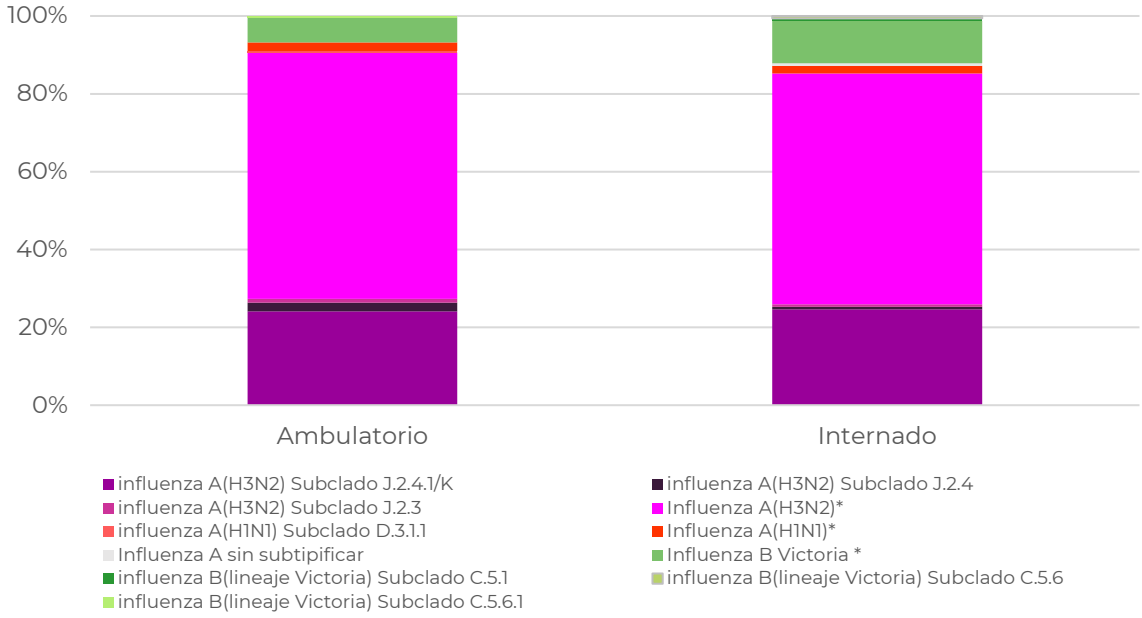
**sin subclado asignado*

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

En la distribución porcentual de los virus influenza según condición de atención, se observa un predominio de Influenza A(H3N2) tanto en pacientes ambulatorios como internados (alrededor del 80% de todos los casos). En ambos grupos, el subclado predominante de A(H3N2) fue J.2.4.1/(K).

Entre los pacientes ambulatorios, se registra también una proporción menor al 10% de Influenza B Victoria mientras que en internados representa el 12% de los casos que llegaron al LNR. En muy baja proporción se registraron también casos de Influenza A(H1N1) tanto entre pacientes ambulatorios como internados.

Gráfico 4. Distribución proporcional de tipos subtipos y subclados según condición clínica de los casos. SE1 a SE17, Año 2026.



**sin subclado asignado*

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

V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

V.1. Situación regional

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)[17] y el ARBO-portal[18] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de Arbovirus actualizada al 14/05/2026 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la semana epidemiológica (SE) 18 de 2026 se notificaron 751.959 casos de dengue, de los cuales 164.780 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa una disminución del 85% respecto a la misma semana de 2025. Asimismo, se reportaron 118 fallecimientos. En cuanto a chikungunya, se reportaron un total de 67.418 casos. De ellos, 24.043 fueron confirmados por laboratorio, lo que implica una disminución del 66% respecto de los confirmados en la misma semana de 2025. Se registraron 23 fallecimientos para este evento. Respecto al zika, hasta la SE 17, se registraron 4.626 casos, de los cuales 251 fueron confirmados. En comparación con la misma semana epidemiológica de 2025, los casos confirmados registraron una disminución del 77%. No se registraron fallecimientos para este evento. En relación con Oropouche, hasta la SE 15/2026 se confirmaron 10 casos por laboratorio, en comparación con los 9.477 casos reportados en el mismo período de 2025, sin registrarse defunciones para el año en curso.

Bolivia: hasta la SE 16/2026, se han reportado un total de 45.311 casos de dengue, de los cuales 422 fueron confirmados por laboratorio. Estos últimos presentan una disminución del 58% respecto a la misma semana del año anterior. Se registró un fallecimiento para este evento. En cuanto a chikungunya, se reportaron 34.516 casos, de los cuales 9.443 fueron confirmados por laboratorio y 7 fallecieron. A la misma semana del año anterior se habían confirmado 196 casos, sin fallecimientos asociados. Asimismo, se notificaron 1.329 casos de zika; no obstante, no se confirmaron casos por laboratorio para este evento.

Paraguay: hasta la SE 18/2026 se registraron un total de 7.897 casos de dengue, sin fallecimientos asociados. De ellos, 197 casos fueron confirmados por laboratorio, lo que implica un 80% menos que en la misma semana de 2025. Respecto de chikungunya, se notificaron 16 casos confirmados por laboratorio, un 23% más que en la misma semana de 2025, sin fallecimientos registrados. En cuanto al zika, no se notificaron casos para el año en curso.

Perú: hasta la SE 17/2026 se reportaron un total de 19.013 casos de dengue, de los cuales 12.291 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa una disminución del 41% respecto a la misma semana del año anterior. Se registraron 21 fallecimientos para este evento. Con relación a chikungunya, hasta la SE 15/2026 se notificaron 7 casos; no obstante, no se registraron casos confirmados por laboratorio, situación similar a la observada el año anterior. Respecto al zika, hasta la SE 15/2026 se notificaron 12 casos, sin confirmación por laboratorio para este evento.

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

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

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

epidemiológica. Se documentó una circulación importante en las regiones centro-oeste y sudeste de Brasil y sur de Bolivia[19].

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

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

NOTA METODOLÓGICA

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

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

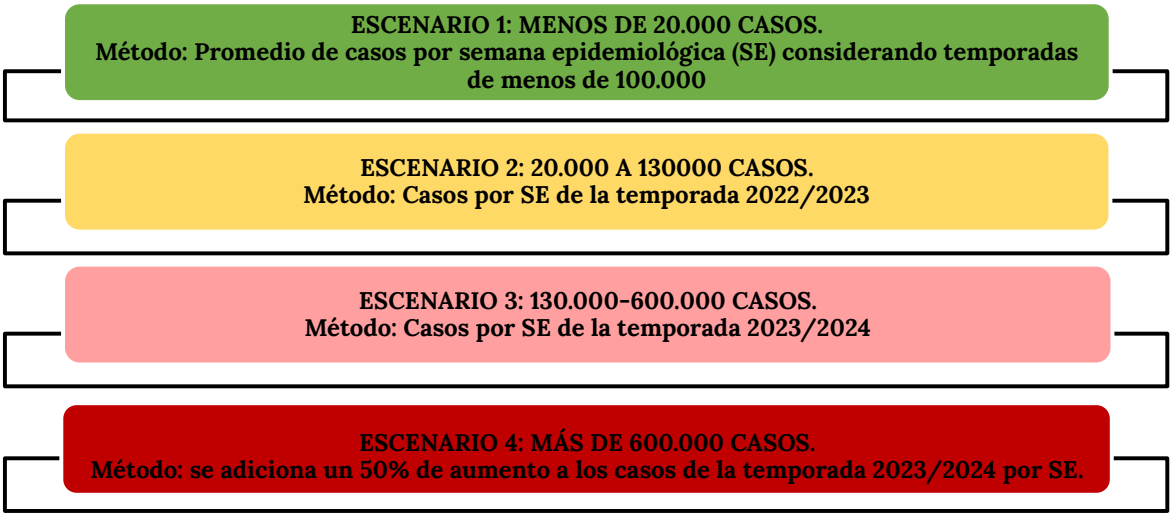
El abordaje metodológico se fundamenta en la extrapolación de series históricas recientes y en la estratificación de escenarios según la magnitud de la incidencia, con el objetivo de anticipar la carga de enfermedad y orientar oportunamente las acciones de preparación y respuesta en los ámbitos de la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

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

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

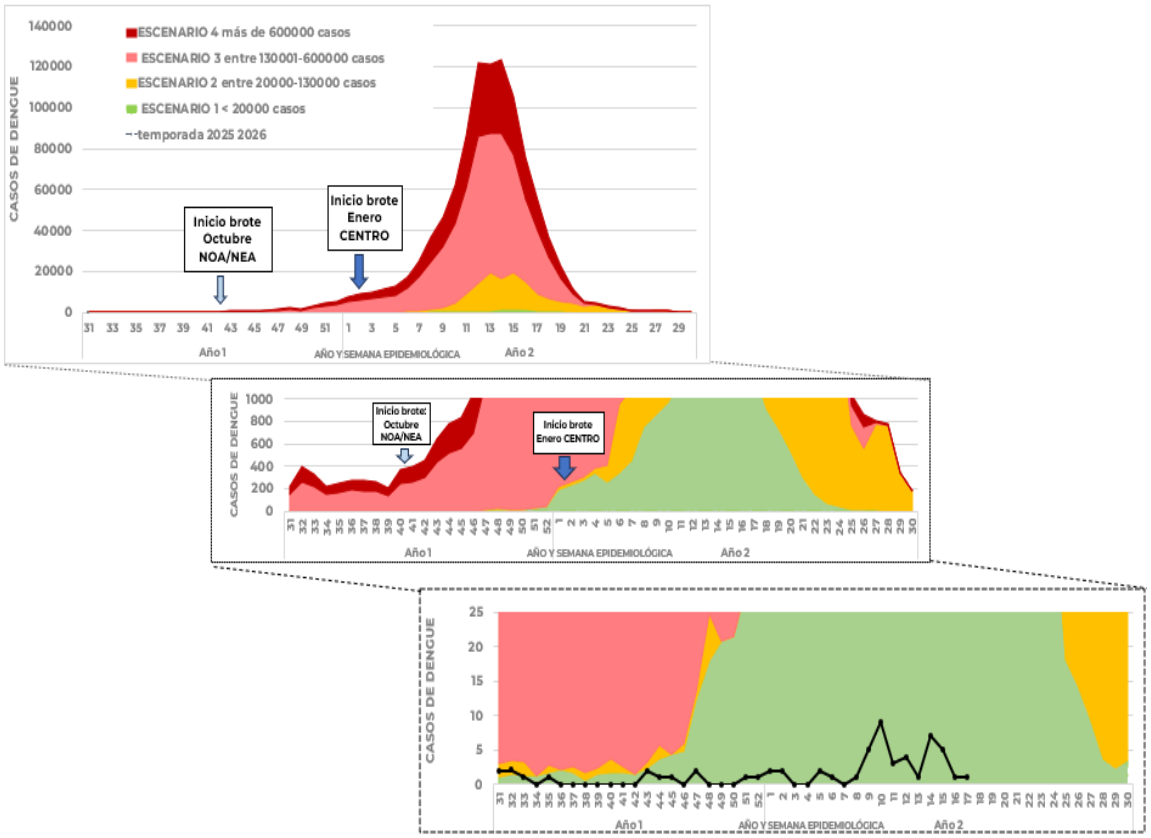
dimensionar el inicio de la temporada y anticipar su evolución en comparación con temporadas previas. Por el momento, la situación se mantiene en un **escenario de bajo riesgo** (Gráfico 2)

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



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

Gráfico 2. Casos de dengue de la temporada 2025-2026 representados en el modelo de estimación de escenarios epidemiológicos (n=65). Argentina.



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

V.3. Situación de dengue en Argentina

V.3.A. TEMPORADA 2025/2026

De acuerdo con la fecha mínima[20], desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) **24483** casos sospechosos de dengue, de los cuales **65** fueron confirmados por laboratorio detectándose la circulación de DENV 1, 2 y 3. El **59%** corresponden a casos **sin** antecedente de viaje (Tabla 1)

Según la fecha de apertura del evento (fecha de notificación al SNVS 2.0), en la SE 18/2026 se notificaron **1440** casos sospechosos y **siete** casos confirmados de dengue; estos últimos correspondientes a las jurisdicciones de **CABA**, Santa Fe, Córdoba, y Mendoza, con fecha de inicio de síntomas en la SE16y SE17[21].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.

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

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE18/2026. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Serotipos detectados	Con lab. negativo	Sosp. (sin laboratorio)	Total notificados	Total casos de dengue
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.					
Buenos Aires	11	59	5	10	DENV-1 DENV-2	1356	357	1798	16
CABA	20	25	9	3	DENV-1 DENV-2 DENV-3	428	192	677	29
Córdoba	3	31	2	0	DENV-2	2587	127	2750	5
Entre Ríos	0	4	4	1	DENV-3	315	6	330	4
Santa Fe	0	30	2	2	DENV-3	1212	71	1317	2
Total Centro	**34**	**149**	**22**	**16**		**5898**	**753**	**6872**	**56**
Mendoza	0	0	2	1	DENV-3	134	3	140	2
San Juan	0	0	0	0		43	0	43	0
San Luis	0	0	0	0		82	16	98	0
Total Cuyo	**0**	**0**	**2**	**1**		**259**	**19**	**281**	**2**
Chaco	0	8	0	0		947	10	965	0
Corrientes	1	1	0	0	DENV-1	150	38	190	1
Formosa	2	3	1	0	DENV-2	4806	39	4851	3
Misiones	0	4	1	0		705	1	711	1
Total NEA	**3**	**16**	**2**	**0**		**6608**	**88**	**6717**	**5**
Catamarca	1	6	0	0	DENV-2	459	4	470	1
Jujuy	0	2	1	0		1264	66	1333	1
La Rioja	0	6	0	0		246	2	254	0
Salta	0	31	0	0		2613	997	3641	0
S. del Estero	0	6	0	0		267	486	759	0
Tucumán	0	107	0	1		3715	140	3963	0
Total NOA	**1**	**158**	**1**	**1**		**8564**	**1695**	**10420**	**2**
Chubut	0	0	0	0		15	2	17	0
La Pampa	0	0	0	2		84	9	95	0
Neuquén	0	0	0	0		25	3	28	0
Río Negro	0	0	0	0		4	0	4	0
Santa Cruz	0	0	0	0		32	3	35	0
T. del Fuego	0	0	0	0		14	0	14	0
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**2**		**174**	**17**	**193**	**0**
Total País	**38**	**323**	**27**	**20**	**DENV-1,2,3**	**21503**	**2572**	**24483**	**65**

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. DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LOS CASOS DE DENGUE DURANTE LA TEMPORADA.

- **Tres** casos autóctonos en **Formosa**: un caso con residencia en el departamento Pilagás y un caso en el departamento Patiño. Durante la **SE15** se notificó un nuevo caso con antecedente de viaje a Paraguay y cuyo serotipo detectado fue **DENV-2.**
- **Dieciséis** casos de la **Provincia de Buenos Aires**: once sin antecedente de viaje en **Tres de Febrero**, José C. Paz, San Isidro, Cañuelas, Morón, La Matanza, San Nicolas; cinco con antecedente de viaje a Paraguay, México, Indonesia y Brasil.
- **Veintinueve** casos notificados en **CABA**: Veinte casos sin antecedente de viaje, registrándose un clúster en la Comuna 10 (Villa Real) entre la SE9-SE17. El resto de los casos tienen residencia en comuna 7, 9 y 1. Además, se notificaron nueve casos con antecedente de viaje a Brasil (DENV-3), Sri Lanka (DENV-3), Pakistán, México (DENV-3) y Venezuela.
- **Cinco** casos notificados por **Córdoba:** dos casos con antecedente de viaje a México y tres casos sin antecedente de viaje en Córdoba Capital, San Justo y Colón.
- **Un** caso notificado por **Catamarca** sin antecedente de viaje, del departamento Ancasti (DENV-2).
- **Cuatro** casos notificados por **Entre Ríos** con antecedente de viaje a Cuba, Brasil (DENV-3), República Dominicana y Colombia (DENV-3).
- **Dos** casos notificados por **Mendoza** con antecedente de viaje a México (DENV-3) y Brasil y Maldivas.
- **Dos** casos notificados por **Santa Fe** con antecedente de viaje a Maldivas (DENV-3), del departamento de San Cristóbal.
- **Un** caso notificado por **Jujuy** con antecedente de viaje a Bolivia cuyo serotipo detectado fue DENV-3.
- **Un** caso notificado por **Misiones** con antecedente de viaje a República Dominicana.
- **Un** caso notificado por **Corrientes** sin antecedente de viaje, aún en investigación epidemiológica.

V.3.C. CASOS PROBABLES

Si bien en la actualidad se registra una **baja circulación de dengue** a nivel nacional y los casos confirmados continúan siendo escasos y mayormente aislados, en las últimas semanas se observa un aumento en la notificación de casos probables, principalmente en las jurisdicciones de **Buenos Aires, Córdoba, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Tucumán y Santa Fe**.
En este contexto, resulta fundamental promover la toma de **segundas muestras** y completar los estudios diagnósticos en los casos probables, con el objetivo de confirmar o descartar dengue de manera adecuada y mejorar la calidad de la vigilancia epidemiológica. El estudio de pares serológicos es importante que también se acompañe de la **intensificación de búsqueda de otros febriles** en el área de casos probables y priorizar la toma de muestras agudas a fin de confirmar rápidamente si efectivamente hay circulación activa de dengue y qué serotipo se encuentra involucrado.

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

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

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

La mediana de edad fue de 38 años. El grupo etario con mayor proporción de casos correspondió a personas de 45 a 65 años, seguido por los grupos de 35 a 44 años y de 25 a 34 años. El 58% de los casos notificados corresponde al sexo legal femenino.

Once casos requirieron hospitalización, sin necesidad de ingreso a cuidados intensivos; uno de ellos fue clasificado como dengue con signos de alarma (B2) en la SE 16. Se trató de un caso de 50 años, con residencia en Villa Real (CABA), que presentó signos de alarma como vómitos persistentes, deshidratación secundaria y hepatomegalia. El caso fue confirmado por laboratorio mediante detección de DENV-2. Permaneció un día en unidad de cuidados intermedios y luego fue dado de alta. No se han notificado casos graves ni fallecimientos.

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

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

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

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

fundamental la investigación epidemiológica y búsqueda activa para captar otros casos febriles que pudieran presentarse en la zona y proceder a la toma de muestras en fase aguda.

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

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

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

V.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina

Durante la temporada en curso se notificaron **11074** casos sospechosos de Fiebre Chikungunya, de los cuales **2129** corresponden a casos confirmados y probables. Los casos notificados con antecedente de viaje son importados de **Bolivia**, Brasil, Paraguay y Cuba. En la provincia de Salta se identificaron los primeros casos sin antecedente de viaje, en el contexto de la ocurrencia de casos importados con antecedente de viaje a Bolivia, confirmando la presencia de transmisión local. Durante la SE18 se notificaron **322** casos nuevos de Fiebre Chikungunya, en comparación con la SE17.

La tabla presenta la clasificación de los casos notificados de Fiebre Chikungunya según su estado diagnóstico y evolución. Se distinguen los casos sospechosos con resultado negativo, categoría que incluye tanto los casos descartados como los sospechosos no conclusivos; los casos sospechosos sin estudios de laboratorio registrados en el sistema; y los casos sospechosos actualmente en estudio, que continúan en proceso diagnóstico. Asimismo, se incluyen los casos clasificados como probables y confirmados, que conforman el total de casos del evento. El total de notificados corresponde al conjunto de todas las notificaciones registradas para Chikungunya, independientemente de su clasificación final, permitiendo dimensionar la magnitud del evento y la carga del sistema de vigilancia (**Ver tabla 2**).

Tabla 2. Fiebre Chikungunya: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE18/2026. Argentina.

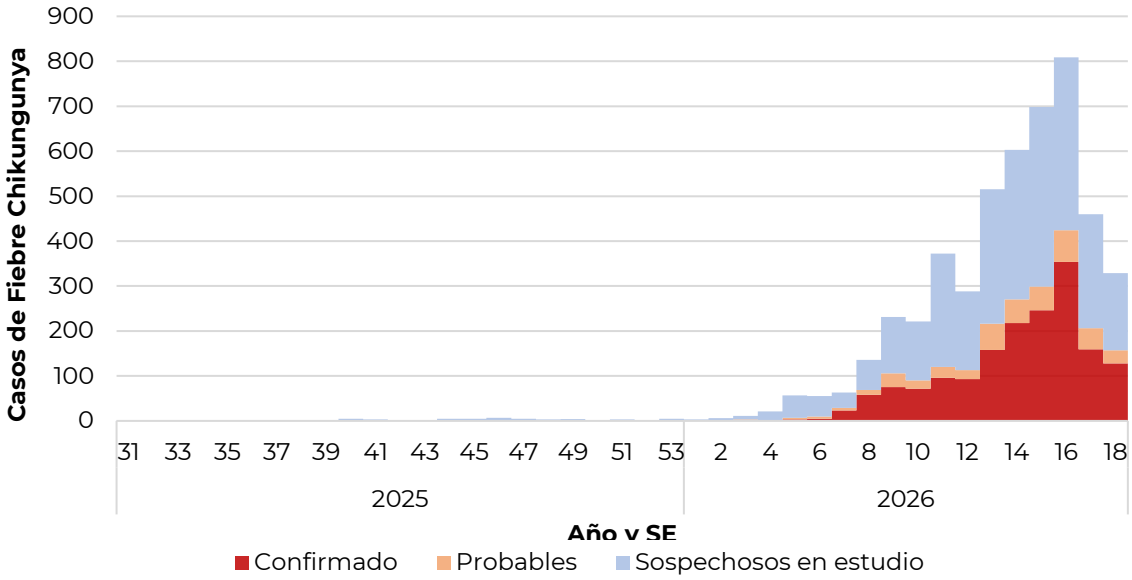
Jurisdicción	Sin antecedente de viaje		Con antecedente de viaje		Con laboratorio negativo	Sosp. (sin laboratorio)	Sosp. en estudio	Total notificados	Total casos de Chikungunya
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.					
Buenos Aires	11	23	6	6	128	15	14	203	46
CABA	5	0	3	2	14	9	6	39	10
Córdoba	24	6	2	1	1830	11	11	1885	33
Entre Ríos	5	0	0	0	31	3	4	43	5
Santa Fe	0	0	0	1	283	6	2	292	1
Total Centro	**45**	**29**	**11**	**10**	**2286**	**44**	**37**	**2462**	**95**
Mendoza	0	0	0	0	23	0	1	24	0
San Juan	0	0	0	0	2	0	1	3	0
San Luis	0	0	2	0	16	0	0	18	2
Total Cuyo	**0**	**0**	**2**	**0**	**41**	**0**	**2**	**45**	**2**
Chaco	0	2	0	0	200	0	0	202	2
Corrientes	0	0	0	0	2	0	1	3	0
Formosa	0	0	0	0	147	0	1	148	0
Misiones	0	0	0	0	55	2	0	57	0
Total NEA	**0**	**2**	**0**	**0**	**404**	**2**	**2**	**410**	**2**
Catamarca	13	11	0	0	203	0	31	258	24
Jujuy	115	57	4	1	761	109	6	1053	177
La Rioja	0	0	0	0	68	0	1	69	0
Salta	751	202	103	15	312	1409	630	3422	1071
S. del Estero	161	31	0	0	98	112	9	411	192
Tucumán	490	74	0	0	168	100	2092	2924	564
Total NOA	**1530**	**375**	**107**	**16**	**1610**	**1730**	**2769**	**8137**	**2028**
Chubut	0	0	1	0	2	0	0	3	1
La Pampa	0	0	0	0	4	0	0	4	0
Neuquén	0	0	0	1	0	2	0	3	1
Río Negro	0	0	0	0	1	0	0	1	0
Santa Cruz	0	0	0	0	4	0	2	6	0
T. del Fuego	0	0	0	0	0	0	3	3	0
Total Sur	**0**	**0**	**1**	**1**	**11**	**2**	**5**	**20**	**2**
Total País	**1575**	**406**	**121**	**27**	**4352**	**1778**	**2815**	**11074**	**2129**

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

El análisis integrado de la curva temporal y la distribución por jurisdicción muestra una dinámica en aumento de Fiebre Chikungunya en Argentina, con un incremento franco de las notificaciones a partir de las primeras semanas epidemiológicas de 2026 **(Ver gráfico 3).** En el gráfico se observa una aceleración sostenida de los casos, tanto a expensas del aumento de confirmados como de probables, acompañada por un incremento de los casos en estudio, lo que da cuenta de un escenario de intensificación de la transmisión junto con una mayor detección. La tendencia evidencia un ascenso pronunciado hasta las semanas más recientes,

con el pico de casos en la SE16 (N=424) y leves fluctuaciones que pueden explicarse por retrasos en la notificación al SNVS 2.0.

Gráfico 3. Fiebre Chikungunya: Casos confirmados y probables por semana epidemiológica según fecha mínima[22]. SE31/2025 a SE18/2026. Argentina.

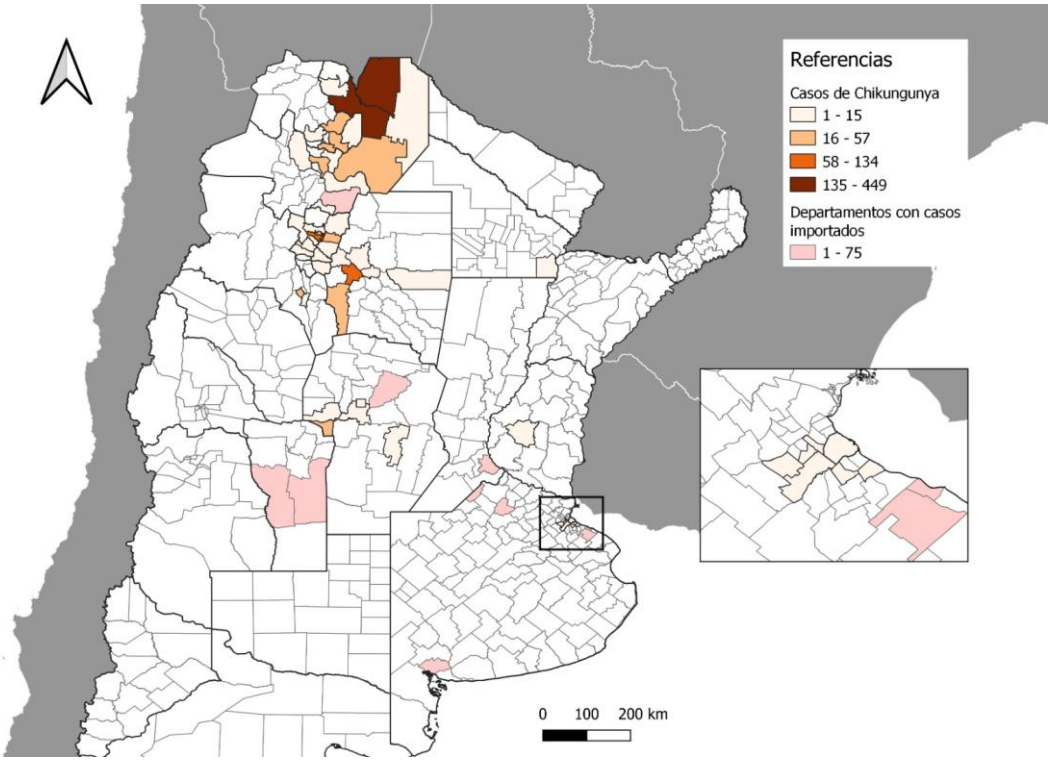


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

En cuanto a la distribución espacial, la mayor carga de enfermedad se concentra en la región **NOA** (n=2028; 95% del total) con predominio en **Salta, Tucumán y Jujuy**, donde se consolidan los principales focos de transmisión. En paralelo, se registran brotes en otras jurisdicciones como Catamarca (Capital), Santiago del Estero (Capital) y Buenos Aires (Lomas de Zamora, Merlo, Quilmes) junto con la detección de los primeros casos en CABA y Córdoba (**Ver mapa 1**), lo que evidencia la expansión reciente del evento fuera de las áreas inicialmente afectadas.

[22]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).

Mapa 2. Fiebre Chikungunya: Casos confirmados y probables por departamento a nivel nacional. SE1 a SE18/2026. Argentina



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

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

La mediana de edad fue de 34 años. El grupo etario con mayor proporción de casos correspondió a personas de **45 a 65 años**, seguido por los grupos de **25 a 34** años y de 35 a 44 años. El 54% de los casos corresponde a sexo legal femenino.

Los síntomas más frecuentes reportados fueron: **fiebre**, **poliartralgias,** mialgias, cefalea, diarrea y vómitos.

Del total de casos, 1274 cuentan con información sobre requerimiento de internación, de los cuales el 10% (n=130) requirió hospitalización. Asimismo, se notificaron tres casos graves, de los cuales uno falleció.

Un caso grave corresponde a una mujer de 33 años, residente en Salta Capital, que cursó una encefalitis asociada a la infección por virus chikungunya, con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica. Se encuentra de alta hospitalaria, sin secuelas asociadas.

El caso fatal corresponde a un adulto de 68 años oriundo de Embarcación, con inicio de síntomas el 27 de marzo, que evolucionó con fiebre, cefalea, náuseas, diarrea, mialgias y artralgias intensas, presentando posteriormente compromiso respiratorio a partir de una neumonía por *Streptococcus pneumoniae*. Requirió derivación a un establecimiento de mayor complejidad en San Ramón de la Nueva Orán, donde falleció el 4 de abril.

Durante la SE16, se notificó un caso grave en una lactante de 4 meses, residente del departamento Choya, que cursó un cuadro clínico caracterizado por fiebre y exantema

maculopapular pruriginoso, con posterior empeoramiento clínico y requerimiento de cuidados intensivos y asistencia respiratoria mecánica. Al día de la fecha presenta una evolución favorable, en plan de externación.

V.5. Situación epidemiología de otros Arbovirus en Argentina

V.5.A. ENCEFALITIS ARBOVIRALES

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

Encefalitis de San Luis

En la temporada actual se notificaron **436** casos sospechosos de encefalitis de San Luis. Tras la realización de una serie de determinaciones en el Laboratorio Nacional de Referencia INEVH "Dr. Julio I. Maiztegui", se confirmaron **cuatro** casos de Encefalitis de San Luis: 3 en Provincia de Buenos Aires (Florencio Varela, Bragado y Ezeiza) **y 1** en Entre Ríos (Gualeguaychú)

Fiebre del Nilo Occidental

Durante la presente temporada se investigaron **111** 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.

Confirmados y probables Flavivirus sin especificar

Para el mismo período, se notificaron **16** casos clasificados como encefalitis confirmadas o probables por **flavivirus**, sin especificación aún del agente involucrado. Esta clasificación se utiliza cuando los estudios de laboratorio permiten confirmar o inferir la infección por un virus perteneciente al género Flavivirus, pero que todavía no ha sido posible determinar con precisión cuál es el agente etiológico específico (por ejemplo, dengue, virus del Nilo Occidental, virus de la encefalitis de San Luis u otros). Esto puede ocurrir debido a reacciones serológicas cruzadas entre flavivirus, limitaciones en la disponibilidad u oportunidad de las muestras, o porque los estudios virológicos se encuentran aún en curso.

Las jurisdicciones con casos notificados son Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe y Jujuy. De los **16** casos, **11** corresponden a la provincia de **Buenos Aires** (9 confirmados y 2 probable), con

residencia en **La Plata, 25 de mayo, Brandsen, Arrecifes, Cañuelas, Lobos y Ezeiza**[23]. Los primeros casos fueron detectados a fines de febrero; no obstante, en el análisis retrospectivo se identificó que las fechas de inicio de síntomas se encontraban comprendidas entre las SE3 y SE9. La mediana de edad de 24 años (rango: 0–61 años) y sin diferencia entre sexos. Cuatro casos requirieron internación en unidad de terapia intensiva, sin registrarse fallecimientos hasta la fecha. Todos los eventos continúan bajo investigación epidemiológica y virológica para la definición de su clasificación final.

En este contexto, se mantiene una vigilancia epidemiológica intensificada, especialmente ante cuadros compatibles con meningoencefalitis viral, con el objetivo de detectar oportunamente la posible circulación o introducción de arbovirus neuroinvasivos y fortalecer la sospecha clínica y la notificación oportuna por parte de los equipos de salud.

En la siguiente tabla, se presenta la situación epidemiológica de las Encefalitis Arbovirales correspondientes a la nueva temporada 2025-2026 (SE31/2025 a SE18/2026).

Tabla 4. Número de muestras estudiadas y positivas con y sin antecedente de viaje para Encefalitis Arbovirales. SE31/2025 a SE18/2026. Argentina.

Encefalitis por Arbovirus						
Evento	**Encefalitis de San Luis**		**Fiebre del Nilo**		**Flavivirus s/e**	
Jurisdicción	**Confirmado**	**Est**	**Confirmado**	**Est**	**Probable**	**Confirmado**
Buenos Aires	3	43	1	35	2	9
CABA	0	4	0	2	0	0
Córdoba	0	319	0	6	1	1
Entre Ríos	1	11	0	3	0	0
Santa Fe	0	23	0	16	2	0
Total Centro	**4**	**400**	**1**	**62**	**5**	**10**
Mendoza	0	2	0	0	0	0
San Juan	0	4	0	0	0	0
San Luis	0	7	0	6	0	0
Total Cuyo	**0**	**13**	**0**	**6**	**0**	**0**
Chaco	0	0	0	0	0	0
Corrientes	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	0	0	0	0	0
Misiones	0	1	0	4	0	0
Total NEA	**0**	**1**	**0**	**4**	**0**	**0**
Catamarca	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	8	0	31	1	0
La Rioja	0	2	0	0	0	0
Salta	0	1	0	0	0	0
S. del Estero	0	7	0	3	0	0
Tucumán	0	1	0	4	0	0
Total NOA	**0**	**19**	**0**	**38**	**1**	**0**
Chubut	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	2	0	1	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0
T. del Fuego	0	1	0	0	0	0
Total Sur	**0**	**3**	**0**	**1**	**0**	**0**
Total País	**4**	**436**	**1**	**111**	**6**	**10**

Pos: positivas / Est: estudiadas

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

V.5.B. OTROS ARBOVIRUS

En la siguiente tabla, se presenta la situación epidemiológica de otros Arbovirus: Fiebre de Oropouche, Enfermedad por Virus Zika y Fiebre Amarilla correspondientes a la nueva temporada 2025-2026 (SE31/2025 a SE18/2026).

Tabla 5. Número de muestras estudiadas y positivas con y sin antecedente de viaje para: Fiebre de Oropouche, Enfermedad por Virus Zika y Fiebre Amarilla. SE31/2025 a SE18/2026. Argentina.

Evento	Fiebre de Oropouche		Enfermedad por virus Zika		Fiebre amarilla	
Jurisdicción	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est
Buenos Aires	0	92	0	45	0	15
CABA	0	11	0	5	0	0
Córdoba	0	97	0	61	0	1
Entre Ríos	0	9	0	3	0	1
Santa Fe	0	174	0	40	0	10
Total Centro	**0**	**383**	**0**	**154**	**0**	**27**
Mendoza	0	25	0	3	0	0
San Juan	0	0	0	1	0	0
San Luis	0	5	0	10	0	0
Total Cuyo	**0**	**30**	**0**	**14**	**0**	**0**
Chaco	0	87	0	149	0	2
Corrientes	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	29	0	38	0	0
Misiones	0	4	0	46	0	8
Total NEA	**0**	**120**	**0**	**233**	**0**	**10**
Catamarca	0	2	0	0	0	0
Jujuy	0	35	0	127	0	0
La Rioja	0	10	0	43	0	9
Salta	0	258	0	833	0	0
Santiago del Estero	0	4	0	194	0	1
Tucumán	0	196	0	22	0	51
Total NOA	**0**	**505**	**0**	**1219**	**0**	**61**
Chubut	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	1	0	0
Río Negro	0	1	0	0	0	0
Santa Cruz	0	3	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	1	0	0	0	0
Total Sur	**0**	**5**	**0**	**1**	**0**	**0**
Total País	**0**	**1043**	**0**	**1621**	**0**	**98**

Pos: positivas / Est: estudiadas

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

Fiebre de Oropouche

La vigilancia de la fiebre de Oropouche se basa actualmente en el estudio por laboratorio de una proporción de casos negativos para dengue y en personas con antecedente de viaje a zonas donde se registra transmisión durante la temporada en curso. Hasta el momento, se investigaron **1043** casos, sin registrarse resultados positivos.

Enfermedad por virus Zika

En Argentina, la transmisión autóctona del virus Zika fue notificada por primera vez en 2016, con el último brote registrado en 2018. Desde entonces, no se han confirmado nuevos casos en el país. Durante la temporada actual se investigaron **1621** casos sospechosos, todos con resultados negativos. En la actualidad no se evidencia circulación viral activa; no obstante,

se sostiene una vigilancia epidemiológica continua y fortalecida, orientada a la detección temprana de casos sospechosos y a la identificación oportuna de una eventual reintroducción del virus.

Fiebre Amarilla

Durante la temporada en curso se notificaron **98** casos sospechosos de fiebre amarilla, sin registrarse hasta el momento casos confirmados. Los últimos casos confirmados en el país ocurrieron en 2018, cuando se registraron siete casos asociados a antecedente de viaje a Brasil, todos en personas no vacunadas. Se sostiene la vigilancia epidemiológica activa y la estrategia de prevención mediante vacunación en las áreas con recomendación vigente.

ACTUALIZACIONES **PERIODICAS**

VI. Hepatitis A - Actualización informe epidemiológico

VI.1. Introducción

VI.1.A. GENERALIDADES DEL EVENTO Y SU CONTROL

La hepatitis A es una inflamación hepática aguda causada por el virus de la hepatitis A (VHA), cuya principal vía de transmisión es fecal-oral, a través del consumo de agua o alimentos contaminados o por contacto persona a persona. Su propagación se asocia a condiciones sanitarias deficientes y/o prácticas de higiene inadecuadas. En la última década ha adquirido relevancia la transmisión en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), vinculada a prácticas sexuales de contacto oroanal. Este cambio en la dinámica de transmisión modifica el patrón epidemiológico, observándose brotes en varones adultos jóvenes, con mayor carga de enfermedad en el grupo etario de 30-39 años.

A diferencia de otras hepatitis virales (B y C), no presenta formas crónicas, pero puede generar cuadros clínicos graves como la hepatitis fulminante, especialmente en población pediátrica no inmunizada. En Argentina, fue la principal causa de insuficiencia hepática fulminante en menores de 10 años hasta el 2005, año en el que se incorporó la vacuna contra la hepatitis A al Calendario Nacional de Vacunación [24,25].

La implementación de la estrategia de vacunación sistemática a los 12 meses de edad permitió una reducción drástica de la incidencia y morbimortalidad, situando al país en un escenario de endemicidad baja. Sin embargo, se han registrado brotes esporádicos en adultos jóvenes (20-39 años) en los años 2009, 2012, 2014 y 2018, con una tasa de incidencia cuatro veces mayor en varones que en mujeres.

Hay factores que influyen en el aumento de la transmisión de hepatitis A:

- El escaso mantenimiento de los sistemas de agua para consumo, la inadecuada disposición de excretas y el manejo ineficiente de residuos.
- La contagiosidad, por excreción fecal, es máxima **antes** de la presentación de los síntomas.
- La presentación **asintomática,** en especial en menores de seis años.

- La transmisión vía fecal-oral, agua/alimentos o manos contaminadas.

Debido a la complejidad de la vigilancia de este evento, los datos presentados pueden estar sujetos a revisión y actualización, considerando posibles ajustes en la notificación y el registro.

[24] Vizzotti C, González J, Gentile A, Rearte A, Ramonet M, Cañero-Velasco MC, Pérez Carrega ME, Urueña A, Diosque M. Impact of the single-dose immunization strategy against hepatitis A in Argentina. Pediatr Infect Dis J. 2014 Jan;33(1):84-8. doi: 10.1097/INF.0000000000000042

[25] Cervio, G., Armoni, Debbag, Trentadue, Giorgi, M., Agostino, D., & Luque. (2011). Decline in HAV-associated fulminant hepatic failure and liver transplant in children in Argentina after the introduction of a universal hepatitis A vaccination program. Hepatic Medicine Evidence and Research, 99. https://doi.org/10.2147/hmer.s22309

VI.1.B. SOBRE LA PUBLICACIÓN EN EL BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

La inclusión y actualización de la situación de hepatitis A en el Boletín Epidemiológico Nacional reafirma el valor estratégico de sostener una vigilancia que no se limita a notificar eventos, sino que investiga, analiza, integra y devuelve información útil para la acción a modo de retroalimentación. En este sentido, la publicación periódica de estos contenidos expresa una decisión concreta del Ministerio de Salud de la Nación de profundizar el conocimiento sobre eventos relevantes, ampliar las perspectivas de análisis y fortalecer una respuesta oportuna, articulada y orientada a la protección de la salud. Este trabajo, que se apoya en una lógica intersectorial y transversal, permite no solo visibilizar la situación epidemiológica, sino también jerarquizar las acciones de prevención, cuidado y respuesta, consolidando al BEN como una herramienta central para la construcción de una vigilancia más activa, más integrada y con mayor capacidad de anticipación e intervención.

VI.2. Situación de hepatitis A en Argentina

VI.2.A. NOTA METODOLÓGICA

Para el presente análisis se consideraron los casos de hepatitis A notificados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), tanto por los laboratorios con capacidad diagnóstica como por los equipos de atención de la salud y/o responsables sanitarios de cada jurisdicción, que cuentan con información suficiente para su clasificación.

La notificación de hepatitis A es de modalidad nominal, por lo que para este análisis se utilizó el evento “Hepatitis A” del SNVS 2.0. Los casos fueron clasificados como confirmados de acuerdo con criterios de diagnóstico por laboratorio, considerándose como tales aquellos con detección de anticuerpos anti-VHA IgM positivos en laboratorio, o aquellos consignados como diagnóstico confirmado en el sistema de notificación. En particular, se definieron como confirmados los casos con antiHAV-IgM positivo cargado en el laboratorio o con diagnóstico referido (VHA IgM Reactivo).

Para determinar el año de ocurrencia, se consideró en primer lugar la “Fecha de diagnóstico referido”; en los casos donde esta información no estaba disponible, se recurrió de manera sucesiva a la “Fecha de inicio de síntomas”, posteriormente a la “Fecha de toma de muestra” y, por último, a la “Fecha de apertura”.

En cuanto a la procedencia de los casos, se priorizó la “Provincia de residencia”; y, cuando este dato no estaba consignado, se utilizó como alternativa la “Provincia de muestra”.

VI.2.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE 2026

Hasta la SE 16 del 2026 se notificaron 34 casos confirmados por laboratorio de hepatitis A en el SNVS 2.0. De estos, 24 se encuentran en la región Centro: CABA (12), Buenos Aires (5), Santa Fe y Córdoba (3) y el resto en Salta (7), Mendoza (1), Chaco (1) y Río Negro (1) (tabla 1).

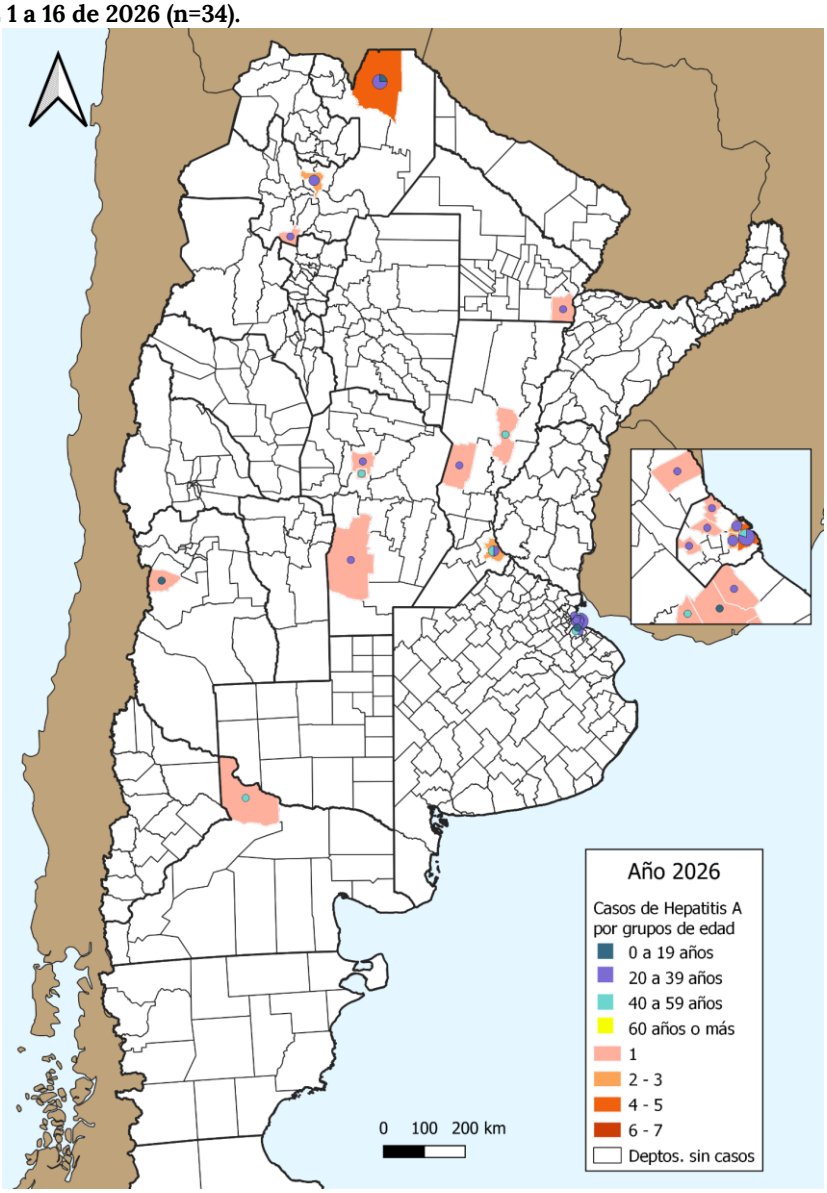
Tabla 1. Hepatitis A: casos confirmados por jurisdicción y año e índice epidémico, Argentina. SE 1 a 16 de 2021 a 2026 (n=125).

Jurisdicción	2021	2022	2023	2024	2025	2026	Índice epidémico acumulado
Buenos Aires	1	3	3	1	11	5	1.7 ↑
CABA	1	1	1	3	12	12	12 ↑
Córdoba	0	5	2	2	4	3	1.5 ↑
Entre Ríos	0	0	0	0	0	0	-
Santa Fe	0	0	2	1	3	4	4 ↑
Centro	2	9	8	7	30	23	2.9 ↑
Mendoza	0	0	0	0	1	1	-
San Juan	0	0	0	1	0	0	-
San Luis	0	0	0	0	1	0	-
Cuyo	0	0	0	1	2	2	-
Chaco	0	1	0	0	0	1	-
Corrientes	0	0	0	0	0	0	-
Formosa	0	0	0	0	3	0	-
Misiones	0	0	0	1	0	0	-
NEA	0	1	0	1	3	1	1 =
Catamarca	0	0	0	0	0	0	-
Jujuy	0	0	1	1	2	0	0 ↓
La Rioja	0	0	0	0	0	0	-
Salta	0	0	1	1	10	7	7 ↑
Santiago del Estero	0	0	0	0	0	0	-
Tucumán	0	0	3	0	2	0	-
NOA	0	0	5	2	14	7	3.5 ↑
Chubut	0	0	0	0	2	0	-
La Pampa	0	0	0	0	0	0	-
Neuquén	0	1	0	0	1	0	-
Río Negro	0	1	0	0	1	1	-
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	-
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0	-
Sur	0	2	0	0	4	1	-
Total general	2	12	13	11	53	34	2.8 ↑

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

A continuación, se presenta un mapa de la cantidad de casos confirmados del año 2026 a nivel de departamento y la distribución según grupos de edad a través de un gráfico de torta (Mapa 1).

Mapa 1. Hepatitis A: casos confirmados por grupos de edad y departamentos jurisdiccionales, Argentina. SE 1 a 16 de 2026 (n=34).



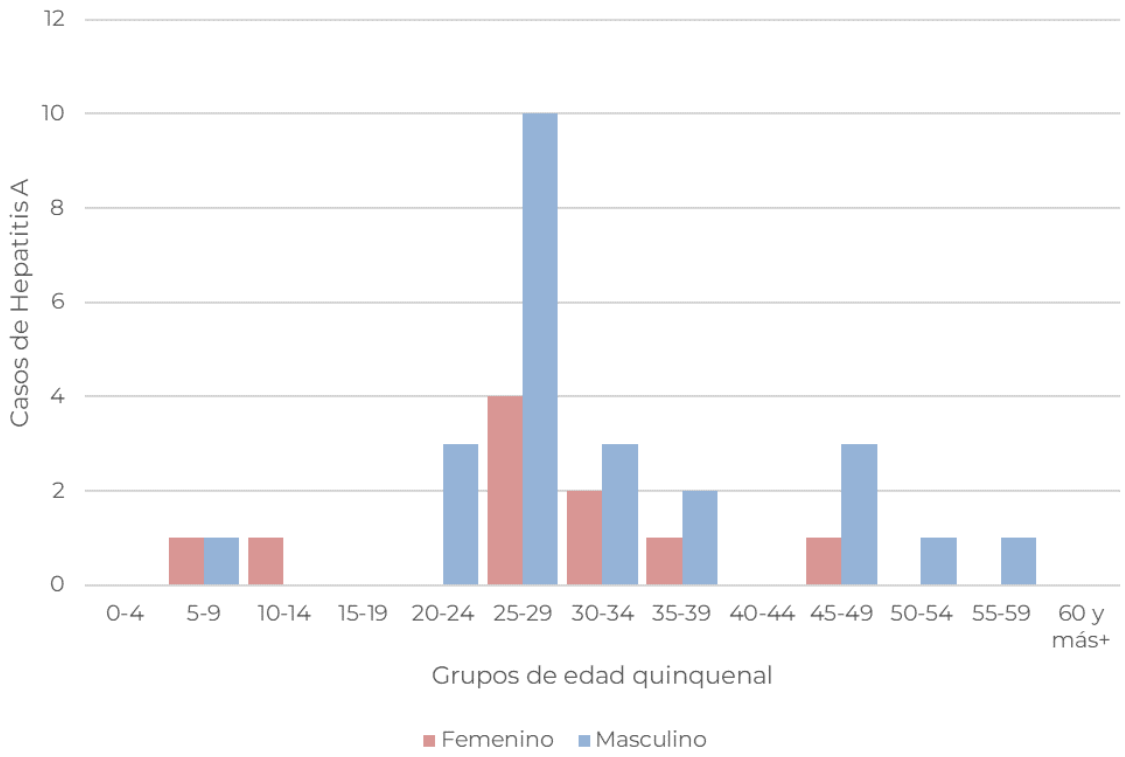
Fuente: elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

Durante el primer trimestre de 2026, la vigilancia registra una baja incidencia en la población menor de 20 años, con solo 3 casos notificados. De estos, dos presentan antecedentes de desplazamiento internacional (Bolivia) y residen en los departamentos de Lomas de Zamora (Buenos Aires) y Tunuyán (Mendoza). El caso restante se vincula a un conglomerado identificado en el departamento de Embarcación (Salta). Cabe destacar que la jurisdicción de Salta acumula un total de 7 casos en el período, compuestos por el citado conglomerado (3 casos), 2 notificaciones con antecedente de viaje a Bolivia y 2 casos que permanecen en investigación de nexo epidemiológico.

En marcado contraste, el 75% de los casos confirmados a nivel nacional se concentra en la población adulta joven de 20 a 39 años. En cuanto a la distribución espacial, se observa que el nodo de mayor actividad se localiza en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y los departamentos del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), región que concentra 17 de los 34 casos totales del país (Mapa 1).

Al analizar específicamente este grupo de notificaciones en el AMBA, se mantiene la concentración en este grupo: 14 de estos 17 casos corresponden al grupo de 20 a 39 años, dentro del cual se constata una marcada presencia del sexo masculino (11 de los 14 casos). En esta región se advierte además una dinámica de transmisión mixta, ya que 7 de estos 17 registros cuentan con antecedentes de viaje internacional, mientras que el resto sugiere el desarrollo de cadenas locales de contagio. A nivel nacional, la predominancia masculina se sostiene como una constante que atraviesa a todos los grupos etarios (Gráfico 1).

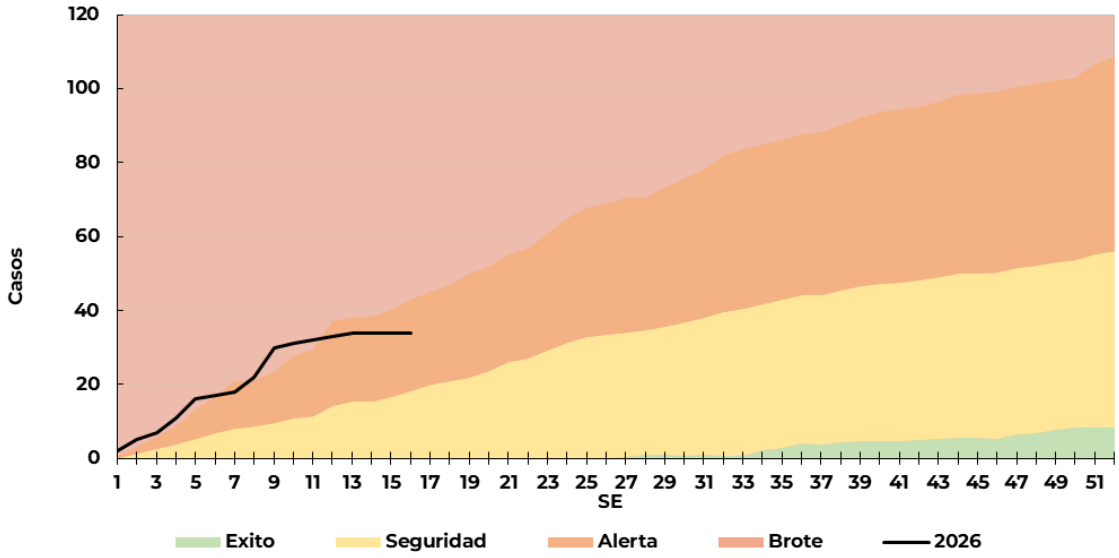
Gráfico 1. Hepatitis A: casos confirmados por grupo de edad quinquenal y sexo. Argentina, período SE1-SE16/2026. (n=34).



Fuente: elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

En el contexto de la vigilancia epidemiológica, se mantiene un aumento en la incidencia de hepatitis A. Durante el quinquenio histórico 2021-2025, el nivel máximo de casos se notificó en 2025. A pesar de que esto elevó los umbrales de referencia, durante el primer trimestre de 2026 la cantidad de casos confirmados ha superado la zona de seguridad, ubicándose sostenidamente por encima de los valores esperados a partir de la Semana Epidemiológica 5 (Gráfico 2).

Gráfico 2. Hepatitis A: Corredor endémico acumulado de casos. Argentina, período 2021-2026.



Fuente: elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

VI.2.C. VIGILANCIA MOLECULAR HAV DE 2026

Hasta la SE 16 del 2026 se derivaron al Laboratorio Nacional de Referencia para Hepatitis Virales INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" muestras de suero y/o materia fecal de 21 casos notificados con diagnóstico de hepatitis A (antiHAV-IgM reactivo) para la caracterización molecular del virus de hepatitis A. De los 21 casos, 12 (57%) eran de sexo masculino, con una edad mediana de 31 años (rango: 6–58 años). Se analizó la región VP1/2A (349 pares de bases) mediante RT-Nested-PCR. Los productos obtenidos fueron secuenciados y analizados con programas filogenéticos.

De las 21 muestras recibidas, 2 resultaron no detectables y 19 fueron detectables. De estas últimas, 17 clasificadas dentro del subgenotipo IA, agrupándose en 4 clados filogenéticos diferenciados:

Clado A (5 muestras): presentó alta identidad nucleotídica (>97%) con la cepa de referencia wild-type GBM. Incluyó 4 casos con antecedente de viaje a Bolivia —2 niños y 2 adultos— registrados en las provincias de Mendoza, CABA, Salta y Río Negro, y un adulto con antecedente de viaje a Brasil registrado en Santa Fe.

Clado B (1 muestra): presentó 98% de identidad con la variante europea V16-25801, asociada a brotes en HSH. Correspondió a un adulto masculino residente en CABA con antecedente de viaje a Ecuador.

Clado C (10 muestras): presentó alta identidad (>99%) con la variante VRD_521_2016, vinculada a brotes en HSH en Europa. Todas las muestras correspondieron a adultos: 6 de sexo masculino registrados en AMBA (5), Santa Fe (1) y Mendoza (1), de los cuales 2 reportaron prácticas sexuales HSH y 1 reportó prácticas sexuales HSH con antecedente de viaje a Brasil; y 3 de sexo femenino registradas en Buenos Aires, Santa Fe y Salta, de las cuales 2 presentaron antecedente de viaje a Brasil y 1 reportó contacto con un caso positivo.

Clado D (1 muestra): presentó 100% de identidad con variantes detectadas previamente en casos con antecedente de viaje a Cuba durante 2025. Correspondió a un adulto registrado en la provincia de Santa Fe con antecedente de viaje reciente a Cuba.

Se detectaron además 2 casos correspondientes al subgenotipo IB en la provincia de Córdoba, en dos individuos adultos con antecedente de viaje a República Dominicana y Cuba, respectivamente.

Los resultados obtenidos refuerzan la importancia de la derivación de muestras antiHAV-IgM reactivo al Laboratorio Nacional de Referencia para realizar la vigilancia molecular. Dicha vigilancia permite detectar rutas de transmisión e introducción de nuevas variantes y genotipos, diferenciar entre casos autóctonos e importados e identificar grupos de riesgo, posibilitando intervenciones eficientes de control y prevención.

Para consultas sobre derivación de muestras, dirigirse a lnrhepatitis@anlis.gob.ar

VI.3. Coberturas de vacunación

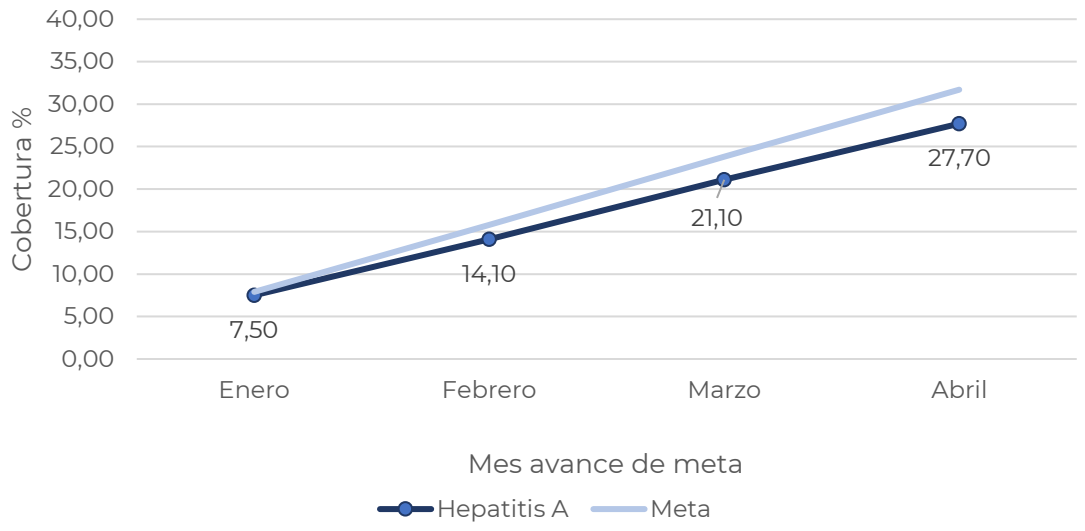
VI.3.A. COBERTURAS PARA TOTAL PAÍS

Cobertura de vacunación contra hepatitis A (única dosis)

Entre enero y abril de 2026, la cobertura nacional de vacunación contra hepatitis A mostró un incremento progresivo, al pasar de 7,5% en enero a 27,7% en abril. Al comparar este avance con la meta acumulada esperada para el período, se observa que durante los primeros meses la cobertura se mantuvo relativamente próxima a lo programado; sin embargo, desde abril comenzó a evidenciarse una ampliación de la brecha.

Este comportamiento sugiere una desaceleración relativa del ritmo de vacunación en relación con los objetivos establecidos, en un período del año en el que las coberturas aún se encuentran en proceso de consolidación. En este marco, resulta clave sostener y reforzar las estrategias de vacunación, con especial énfasis en las acciones territoriales, a fin de favorecer el cumplimiento de las metas nacionales durante el resto del año.

Gráfico 3. Cobertura de vacunación de hepatitis A por Jurisdicción al 30/04/2026. Argentina 2026



Fuente: Elaboración en base a datos del registro nominalizado de vacunación (NOMIVAC)

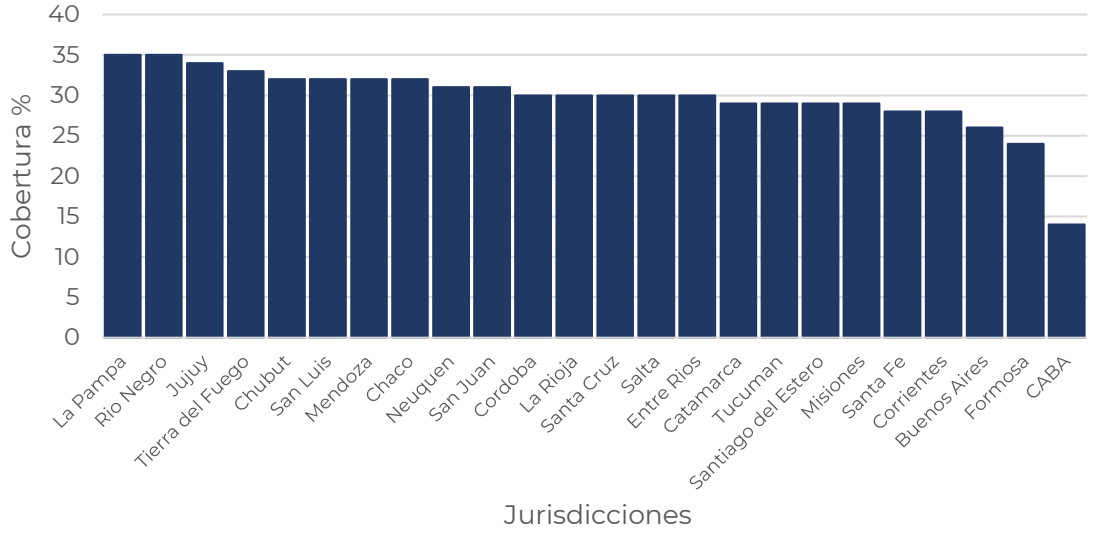
La cobertura nacional de vacunación contra hepatitis A para la estrategia de dosis única alcanzó al 30 de abril de 2026 el 20,8%, reflejando una marcada heterogeneidad entre las jurisdicciones del país. Entre las provincias con coberturas superiores al promedio nacional se destacan La Pampa y Río Negro (26%), Jujuy (25%), San Luis, Chubut y Chaco (24%), así como Tierra del Fuego, Neuquén, Mendoza y San Juan (23%), evidenciando un mejor desempeño relativo en las estrategias de captación, acceso y seguimiento de la población objetivo.

Un segundo grupo de jurisdicciones presentó coberturas cercanas al promedio nacional, entre 21% y 22%, incluyendo a Salta, Entre Ríos, Catamarca, Córdoba, La Rioja, Santiago del Estero, Santa Cruz, Santa Fe y Tucumán. Si bien estas provincias mantienen niveles próximos a la media nacional, continúan requiriendo fortalecimiento en las acciones de vacunación para alcanzar coberturas más robustas.

Por otro lado, se identificaron jurisdicciones con coberturas inferiores al promedio nacional, particularmente CABA (13%), Formosa (18%), Corrientes y Misiones (19%), así como la provincia de Buenos Aires (20%). Estos valores ponen de manifiesto brechas significativas en la implementación de la estrategia, lo que señala la necesidad de reforzar la búsqueda activa de la población objetivo, mejorar el registro nominal oportuno y optimizar el acceso a la vacunación.

En este contexto, resulta fundamental continuar fortaleciendo las estrategias de monitoreo, microplanificación y recuperación de esquemas atrasados, priorizando especialmente aquellas jurisdicciones con coberturas subóptimas, con el objetivo de reducir el riesgo de transmisión del virus de la hepatitis A y prevenir potenciales brotes.

Gráfico 4. Cobertura de vacunación de hepatitis A por Jurisdicción al 30/04/2026. Argentina 2026



Fuente: Elaboración en base a datos del registro nominalizado de vacunación (NOMIVAC)

VI.4. Sobre las acciones del Ministerio de Salud de la Nación

Los focos registrados en poblaciones específicas de algunas jurisdicciones del país dan cuenta de que la hepatitis A continúa representando un desafío sanitario. A pesar del éxito de la vacunación en nuestro país, el contexto actual presenta cambios en los patrones de transmisión y la persistencia de eventos que requieren una respuesta oportuna y sostenida del sistema de salud.

En este escenario, el Ministerio de Salud de la Nación, desde su rol de rectoría y en permanente diálogo y coordinación con las jurisdicciones, trabaja para garantizar un abordaje integral de la enfermedad y fortalecer la respuesta sanitaria. El mismo incluye la vigilancia epidemiológica, la sistematización y análisis de la información, y la toma de decisiones basadas en evidencia y el seguimiento de las acciones locales de prevención, detección temprana y control de casos.

En lo que refiere a vigilancia epidemiológica, el trabajo de la cartera sanitaria nacional incluyó el fortalecimiento del monitoreo nominalizado y sistemático de los casos notificados en el SNVS 2.0, y la retroalimentación periódica y continua con las jurisdicciones para optimizar la oportunidad y calidad de la notificación, la investigación y el cierre de casos. A partir de la mejora en la calidad de la información, el Ministerio de Salud de la Nación realiza un análisis de tendencias y señales tempranas y genera informes periódicos sobre la situación epidemiológica de la hepatitis A a nivel nacional y promueve en las jurisdicciones la toma de decisiones oportunas y estratégicas.

El Ministerio de Salud de la Nación también trabaja junto a las jurisdicciones para adecuar los lineamientos operativos a los escenarios epidemiológicos locales. Para ello, se articula con las áreas de inmunizaciones, laboratorio y respuesta a brotes, con el fin de asegurar una implementación homogénea y eficaz de las acciones. De esta manera, se fortalece el acompañamiento técnico a los equipos provinciales y locales para la investigación epidemiológica en terreno, la identificación y seguimiento de contactos, la evaluación del riesgo y la detección temprana de conglomerados o situaciones que requieran intensificar medidas.

En relación a la estrategia de inmunización, hasta el 27 de abril, el Ministerio de Salud de la Nación ya había distribuido 212.800 dosis pediátricas de la vacuna contra la hepatitis, destinadas a una población objetivo de 447.697 personas. Esto representa el 44% del total planificado para todo 2026.

Asimismo, se distribuyeron 2.200 dosis de la vacuna contra la hepatitis, destinadas a cubrir la población adulta de la localidad de Embarcación, provincia de Salta, con la finalidad de reforzar la cobertura de vacunación en un contexto de aumento de casos.

La cartera sanitaria nacional acompaña la implementación de la vacunación de Calendario y las estrategias de bloqueo en todas las jurisdicciones estableciendo criterios para la definición de contactos y escenarios de intervención, y facilitando la articulación entre los componentes de vigilancia y vacunación. De manera complementaria, se realiza el seguimiento de las acciones realizadas (vacunación y bloqueo), el monitoreo de los casos, la reconstrucción de cadenas de transmisión y la evaluación de la oportunidad de las intervenciones.

Complementariamente, se ofrecen propuestas de capacitación continua para los equipos de salud nacionales y jurisdiccionales. Las mismas incluyen aspectos clínicos, epidemiológicos y operativos, con énfasis en la sospecha temprana, la toma adecuada de muestras, la notificación completa y oportuna y la investigación de antecedentes de exposición. Estas acciones buscan incrementar la sensibilidad del sistema de vigilancia, mejorar la oportunidad de detección y respuesta, y sostener intervenciones efectivas para reducir el impacto de esta enfermedad ante escenarios vinculados a la transmisión fecal-oral o a prácticas sexuales con riesgo de transmisión.

Ante el aumento de casos registrado en la provincia de Salta, en el mes de enero de este año se consolidó una mesa de trabajo con la provincia de Salta, que se reúne de manera semanal,

para abordar la situación de manera integrada con las contrapartes jurisdiccionales de las áreas involucradas. A partir de un pedido puntual del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) de la provincia, se definió acompañar en territorio al equipo de salud de Embarcación (Departamento General Enrique Mosconi) y Rivadavia, para reforzar la vacunación, considerando además el antecedente de brote registrado en 2025.

Para ello, desde la cartera sanitaria nacional se realizaron capacitaciones de actualización técnica en hepatitis A, control de foco y estrategias de bloqueo, junto con el fortalecimiento del rol estratégico de la vacunación como principal medida preventiva, con énfasis en la adecuada gestión de la cadena de frío. Asimismo, se promovió la implementación de estrategias de microplanificación en contextos de vulnerabilidad y un abordaje integral articulado con los equipos de salud locales.

En el contexto de las inundaciones ocurridas en la región, en conjunto con las contrapartes jurisdiccionales, se implementaron intervenciones específicas que incluyeron la evaluación rápida del riesgo sanitario, la revisión de esquemas de vacunación con aplicación de dosis pendientes y el fortalecimiento de acciones de educación sanitaria, particularmente en relación con la higiene de manos y la manipulación segura de alimentos.

Por último, la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis distribuye reactivos para el diagnóstico serológico de la hepatitis A (ELISA Anti-HAV Ig total y ELISA Anti-HAV IgM). A fines del año 2025 se distribuyeron, por provincia, las cantidades de determinaciones que se detallan a continuación, las cuales permiten estimar una cobertura de seis (6) meses. (Tabla 2).

Tabla 2: Cantidad de determinaciones serológicas distribuidas por jurisdicción y establecimientos Nacionales. Argentina 2025.

Jurisdicciones	ELISA anti HAV Ig total	ELISA anti HAV IgM
Chaco	768	1.92
Chubut	960	768
Corrientes	2.016	2.688
Entre Ríos	192	288
Formosa	768	1.92
Jujuy	192	288
La Rioja	96	192
Mendoza	768	384
Misiones	768	4.032
Rio Negro	576	576
Salta	1.728	1.728
San Juan	384	768
San Luis	576	960
Santa Cruz	1.152	1.344
Santa Fe	1.536	768
Santiago del Estero	384	288
Tierra del Fuego	192	96
Tucumán	768	384
NACIONAL- ANLIS Malbrán_ Lab Hepatitis	480	192
NACIONAL- Hospital de Clínicas José de San Martín_ Lab. de Inmunología y Virología	384	96
OTROS - Colonia Montes de Oca	96	96
OTROS - Servicio Penitenciario Federal (SPF)	192	192
TOTAL	**14.976**	**19.968**

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis y Tuberculosis

Los insumos son posteriormente redistribuidos por las jurisdicciones en la red de laboratorios de los distintos niveles del sistema de salud, donde se dispone de equipamiento lector y lavador de ELISA. A continuación, se detallan las cantidades de equipos instalados por provincia (Tabla 3).

Tabla 3: Cantidad de equipos instalados por jurisdicción e instituciones seleccionadas. Argentina 2025.

Jurisdicciones	Equipos por jurisdicción
Buenos Aires	37
CABA	2
Catamarca	6
Chaco	16
Chubut	10
Córdoba	12
Corrientes	3
Entre Ríos	6
Formosa	4
Jujuy	7
La Pampa	4
La Rioja	5
Mendoza	12
Misiones	12
Neuquén	5
Rio Negro	8
Salta	9
San Juan	6
San Luis	5
Santa Cruz	7
Santa Fe	15
Santiago del Estero	8
Servicio Penitenciario Bonaerense	1
Servicio Penitenciario Federal	3
Tierra del Fuego	3
Tucumán	10
Total	**216**

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis y Tuberculosis

VI.5. Recomendaciones para el equipo de salud

VI.5.A. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

- Correcto saneamiento e higiene personal, con atención especial al lavado de manos y a la eliminación sanitaria de las heces.
- Control del ambiente inmediato: se recomienda el escrupuloso lavado con agua lavandina al 1% de locales, sanitarios, vajillas, prendas, ropa interior o todo aquel

ambiente o material que eventualmente pudiera estar en contacto con la materia fecal.

- Desinfección concurrente: eliminación sanitaria de las heces, la orina y la sangre.
- Tener en cuenta que no se dispone de tratamiento específico.

VI.5.B. PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN[26]

Cuando se identifica un caso de infección por hepatitis A, se recomienda aplicar (dentro de las dos semanas de la exposición al VHA):

- Gammaglobulina (0,02 ml/Kg) a los contactos menores de un año.
- Vacuna contra hepatitis A a los mayores de un año (incluyendo adultos susceptibles).
- Gammaglobulina (0,02 ml/Kg) y vacuna en personas con inmunosupresión (incluyendo personas viviendo con VIH con un recuento de CD4 <200 cél/µL) o riesgo de complicaciones graves (enfermedad hepática crónica).

Si hubieran transcurrido más de 2 semanas de una exposición a un caso, no se administrará gammaglobulina.

La transmisión perinatal de este virus es rara y la enfermedad grave poco frecuente. Algunos expertos aconsejan administrar gammaglobulina (0,02 ml/kg) al lactante si los síntomas de la madre hubieran comenzado entre dos semanas antes y dos después del parto.

VI.5.C. CONTENCIÓN DE BROTES

Instituciones educativas

El uso de la profilaxis post-exposición en el ámbito de los jardines de infantes, colegios o institutos de menores responde a la posibilidad de limitar un brote en la institución, como complemento de medidas básicas de higiene respecto a la provisión de agua, preparación de alimentos y adecuada eliminación de excretas.

Jardines maternales

- En salas de menores de 1 año: cuando se presenta uno o más casos de hepatitis A, se recomienda la aplicación de gammaglobulina a todos los niños del jardín que compartan el área de cambio de pañales o de preparación de biberones. Los receptores de gammaglobulina pueden regresar a la guardería o el jardín inmediatamente después de recibir la dosis de gammaglobulina
- En salas de 1 año o más: se recomienda el uso de vacuna, dada la eficacia de la intervención, en niños que no hubieran sido vacunados con anterioridad.

Escuelas

Se debe valorar la situación epidemiológica local:

[26] Recomendaciones Nacionales de Vacunación 2012 (pág. 86-87). Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/recurso/recomendaciones-nacionales-de-vacunacion-argentina-2012

- Si se detectan casos confirmados en un lapso de tiempo mayor a 50 días entre el inicio de los síntomas entre uno y otro caso, se deben extremar los cuidados de higiene personal y ambiental.
- No se debe indicar la aplicación de gammaglobulina ni de vacuna.
- Si ocurren 2 o más casos en alumnos o personas de un mismo grupo familiar que concurren a la misma escuela, solo se vacunará al grupo familiar.
- Si ocurren 2 o más casos en niños o personas que concurren a la misma escuela (dentro del mismo período de incubación), o si se detecta la propagación de la enfermedad por la ocurrencia de uno o más casos secundarios, se debe vacunar a todo el turno o solo al grado, según corresponda.
- Si ocurren 2 o más casos en niños o personas de diferentes turnos, se debe vacunar a todos en la institución.

Instituciones y hospitales

- La prevención de esta infección debe hacerse por medio del uso correcto de las precauciones estándar.
- No está indicada la vacunación de rutina para el personal de salud, aun en centros con manejo de neonatos o niños.
- Ante la presencia de un caso de hepatitis A, se puede indicar la vacunación al personal de salud en contacto con el paciente. Idealmente, debe estudiar a los expuestos y obtener los resultados dentro de las 48 horas para vacunar solo a los que sean negativos (IgG anti-VHA). En caso de no contar con la serología dentro de las 48 h, se deberá vacunar directamente.

Nivel comunitario

- Potabilización del agua y con sistemas adecuados de distribución y de eliminación de excretas.
- Educación sanitaria con relación a higiene personal: lavado de manos con agua, jabón y cepillo para uñas para la manipulación de alimentos y disposición final de las excretas.

VI.5.D. MEDIDAS ANTE BROTES

- Identificación del modo de transmisión por investigación epidemiológica (persona a persona o vehículo común), y detectar a la población expuesta a un mayor riesgo de infección. Eliminar cualquier fuente común de infección.
- En la industria alimentaria se aconseja la identificación del personal susceptible (anti-HAV negativo) y su posterior vacunación.
- Jardines maternales y salas de internación pediátrica: si en un centro se presentan uno o más casos de Hepatitis A o si se identifican casos en el hogar de dos o más niños atendidos en la institución, se debe considerar la práctica de precauciones entéricas siempre.
- Se harán esfuerzos especiales para mejorar las prácticas de saneamiento e higiene, y para eliminar la contaminación fecal de los alimentos y el agua, tanto en colegios como en instituciones cerradas, industria de alimentación y manipuladores de alimentos.

VI.5.E. MEDIDAS EN CASO DE DESASTRE

- La administración masiva de inmunoglobulina no sustituye las medidas ambientales.

- Cuando gran número de personas está en condiciones de aglomeración y/o hacinamiento, las deficientes acciones de saneamiento son un problema potencial. Habrá que extremar las medidas sanitarias. Adecuada eliminación de excretas y la seguridad de los abastecimientos de agua: indicar no beber agua del lugar salvo que esté clorada o proveer agua potable en envases individuales; en caso de provisión de agua por cisternas fijas o móviles, proceder a la cloración en el lugar de su uso; controlar la eliminación sanitaria del agua utilizada. Reforzar la adecuada eliminación de excretas.

VI.6. Vigilancia Epidemiológica de Hepatitis A

Las hepatitis A en Argentina constituyen Evento de Notificación Obligatoria (ENO) según la ley nacional 15.465 y las normas de vigilancia y control de enfermedades (resolución 1.715/2007), que obligan al personal médico y de laboratorios de efectores de cualquier subsector (público, de seguridad social o privado) a realizar la notificación de los casos.

El principal objetivo de la vigilancia es brindar información relevante y de calidad para la intervención de los diferentes actores del sistema de salud que tienen responsabilidad en la prevención, diagnóstico, atención y seguimiento de los casos, así como también contribuir en la evaluación de las acciones implementadas a fin de orientar la planificación de políticas sanitarias.

Con la actualización de las normas y procedimientos de vigilancia y control de Eventos de Notificación Obligatoria en el año 2022, cambió la modalidad de notificación de la hepatitis A. Previamente se notificaba ante el caso sospechoso de hepatitis viral mientras que actualmente la notificación se hace de forma inmediata ante caso positivo con identificación del agente. Se encuentran vigente las siguientes definiciones de caso:

Caso confirmado de hepatitis A: Caso sospechoso de hepatitis viral[27] con presencia de anticuerpos de clase IgM contra el virus de hepatitis A (anti-HAV IgM) en el suero de los pacientes agudos o convalecientes.

Caso invalidado por epidemiología: Caso sospechoso de hepatitis viral aguda y resultados negativos para la detección de anticuerpos de clase IgM contra el virus de la hepatitis A (anti-VHA IgM) en muestra de suero.

VI.7. Indicaciones para toma, almacenamiento y envío de muestras para el estudio de hepatitis A[28]

VI.7.A. CONSIDERACIONES GENERALES

- Remitir al Laboratorio Nacional de Referencia para Hepatitis Virales-INEI-ANLIS-Malbrán la muestra de plasma/suero con resultado reactivo de IgM anti-HAV obtenida en el laboratorio local, en tubo original con tapa o trasvasada a tubos tipo Eppendorf.
- Realizar la derivación de la muestra a través del SNVS 2.0

[27] Toda persona que presente ictericia o elevación de las transaminasas a más de 2,5 veces el valor normal no atribuible a otras causas, y al menos uno de los siguientes síntomas: malestar general, dolores musculares o articulares, astenia, hiporexia, náuseas, vómitos o fiebre.
[28] Mail de contacto ante cualquier consulta: lnrhepatitis@anlis.gob.ar

- Rotular con el nombre y apellido del paciente y fecha de toma de muestra. Conservar a -20°C hasta su derivación.
- Si la muestra con la que se realizó el diagnóstico no estuviese disponible o no hubiese sido conservada en condiciones adecuadas, remitir una nueva muestra del paciente, obtenida dentro de los 30-45 días desde el comienzo de los síntomas.
- En caso de ser posible, se debe enviar también una muestra de materia fecal, una punta de cuchara en un frasco estéril (por ejemplo, de urocultivo), sin agregado de ningún líquido o medio de transporte. Conservar a 4°C hasta su derivación.

VI.7.B. EMBALAJE PARA DERIVACIÓN DE MUESTRAS

- - Se debe verificar el perfecto cierre de cada tubo de muestra.
- - Realizar un embalaje triple que cumpla con las normas de bioseguridad vigentes.
- - Acompañar las muestras con ficha clínico-epidemiológica correspondiente

VI.8. Recomendaciones para la población

VI.8.A. MEDIDAS PREVENTIVAS

Vacunación

La hepatitis A es una enfermedad prevenible mediante vacunación. Desde 2005, la vacuna contra la hepatitis A está incorporada al Calendario Nacional de Vacunación para niños al año de vida (Res. Ministerial N°653/05). A los quince días de aplicada la primera dosis, el 93% de los vacunados desarrollan anticuerpos detectables, alcanzando entre el 95% y el 99% al mes.

La vacuna se administra en una única dosis a los 12 meses de vida y también se recomienda para poblaciones de riesgo, entre las que se incluyen:

- Varones que tienen relaciones sexuales con otros varones, mujeres trans, trabajadoras y trabajadores sexuales.
- Personas con desórdenes de la coagulación o enfermedad hepática crónica.
- Personal de laboratorio que manipula muestras del virus.
- Personal gastronómico, de maestranza que maneja residuos y servicios sanitarios.
- Personal de jardines maternales que asiste a niños menores de un año.
- Personas que viajan a zonas de alta o mediana endemia (en este caso, la vacuna no es provista por el Ministerio de Salud).

Para los individuos susceptibles dentro de estos grupos, se recomienda un esquema de **dos dosis** con un intervalo de 0 a 6 meses. En pacientes inmunocomprometidos, incluidos aquellos con VIH, la respuesta inmune puede ser subóptima o no duradera.

Todas las marcas de vacunas son intercambiables. Para acceder a la vacunación, quienes pertenezcan a alguno de estos grupos deben presentar una orden médica.

Otras medidas preventivas

- Lavado frecuente de las manos de la persona y sus cuidadores.
- Adecuado manejo de excretas, con lavado de manos posterior y limpieza del sanitario con lavandina (por la eliminación de partículas virales en la materia fecal).
- No compartir los elementos de higiene personal (cepillo de dientes, utensilios para comer, etc.).
- Consumo de agua potable, filtrada o clorada.

- Se debe informar y sensibilizar acerca de la importancia de mantener prácticas sexuales con protección a través del uso del preservativo y el campo de látex, y asegurar la provisión de los preservativos en los centros de salud.
- Los niños y los adultos con hepatitis A deberán ser excluidos de la institución hasta 1 semana después del comienzo de la enfermedad. Los adultos que manipulan alimentos deberían excluirse hasta 2 semanas después del comienzo de la enfermedad.

VI.9. Conclusiones

La evolución de la situación epidemiológica de la hepatitis A durante el primer trimestre de 2026 confirma que el incremento de la incidencia no responde a una falla del programa de inmunización universal, sino a una compleja dinámica impulsada por la acumulación de susceptibles en la población adulta y una fuerte presión de importación viral asociada a la movilidad internacional.

El análisis integrado de la vigilancia epidemiológica y genómica evidencia una transición en los escenarios de transmisión respecto al año anterior. Por un lado, el brote urbano en adultos (mayormente concentrado en CABA y AMBA) se encuentra actualmente traccionado por la introducción y amplificación del **Clado C** (subgenotipo IA). Este clado, estrechamente vinculado a redes de transmisión sexual (incluyendo prácticas HSH) y a múltiples importaciones desde Brasil, presenta una dinámica de transmisión mixta, evidenciando tanto contagios primarios en viajeros como transmisión secundaria local. Por otro lado, la circulación regional e importación desde países limítrofes (particularmente Bolivia) continúa sostenida a través del **Clado A**, afectando tanto a la población pediátrica como adulta en diversos puntos del país (con foco principal en Salta). A este panorama se suma la introducción constante de otras variantes (Clados B, D y subgenotipo IB) producto del turismo emisivo hacia el Caribe y otros destinos de la región.

Esta diversificación de linajes y rutas de entrada reafirma la criticidad de la vigilancia molecular como herramienta rectora para diferenciar casos autóctonos de importados y mapear las redes de contagio. En este contexto, resulta prioritario actualizar las estrategias de intervención: sostener las acciones focalizadas de prevención y control de brotes en los escenarios urbanos (orientadas a contactos estrechos y redes de transmisión), fortalecer la recomendación de vacunación y consejería pre-viaje para adultos que se desplazan a zonas de alta circulación (Brasil, Bolivia, el Caribe), y consolidar las coberturas del calendario nacional para proteger a las nuevas cohortes, avanzando así hacia la mitigación de esta reemergencia sostenida.

Ficha de notificación:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/ficha_hepatitis_532024.pdf

VII. Intoxicación por Monóxido de Carbono – Actualización Informe epidemiológico

VII.1. Introducción

La intoxicación por monóxido de carbono (CO) constituye un evento de importancia sanitaria debido a su frecuencia y el riesgo de mortalidad asociado. El CO es un gas inodoro, incoloro, insípido y no irritante que se produce por la combustión incompleta de materiales que contienen carbono, como gas natural, kerosén, carbón, madera o combustibles líquidos. Su carácter no perceptible por los sentidos lo convierte en un agente de exposición inadvertido, particularmente en contextos domésticos y laborales mal ventilados.

En Argentina, la mayoría de estos eventos se originan en exposiciones no intencionales intradomiciliarias vinculadas al uso inadecuado, desperfectos o falta de mantenimiento de artefactos para calefacción o cocción, en ambientes cerrados y sin ventilación adecuada.

La vigilancia epidemiológica de este evento permite detectar variaciones en el patrón de ocurrencia -incluyendo incrementos estacionales o aumentos inusuales de casos-, identificar fuentes de exposición, implementar medidas de prevención y monitorear la efectividad de intervenciones locales. Dado el carácter prevenible del evento, los datos aquí presentados resultan fundamentales para dimensionar su impacto, mejorar las estrategias de control y reforzar la articulación intersectorial para reducir su incidencia.

Es importante destacar que al igual que en todos los informes presentados en los Boletines Epidemiológicos Nacionales, los datos de los eventos notificados son parciales y están sujetos a modificación. Si bien esta aclaración se incluye de manera sistemática en las notas metodológicas, en esta oportunidad -dado el carácter estacional del evento y la particular visibilidad en medios de comunicación que presenta la intoxicación por CO- se considera pertinente reforzar que la información aquí presentada tiene como única fuente oficial el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) y proviene de establecimientos que notifican a este Sistema de manera heterogénea.

En este marco, es dable recalcar que desde el Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación y de cada una de las Áreas de Epidemiología jurisdiccionales, se realiza un constante trabajo de monitoreo y evaluación para la mejora de la cobertura, oportunidad, regularidad y calidad de los datos.

Para mas información sobre la situación epidemiológica histórica, referirse al BEN N° 802 en el siguiente enlace: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2026/01/ben_802_vf_20260407_742026.pdf#page=73&zoom=100,109,94

VII.2.Situación de Intoxicación por Monóxido de Carbono en Argentina

VII.2.A. NOTA METODOLÓGICA

El siguiente análisis considera las notificaciones en el evento “Intoxicación/Exposición por Monóxido de Carbono” del SNVS$^{2.0}$ desde la semana epidemiológica (SE) 1 de 2025 a la SE 17 de 2026. Para la realización del mismo, se considera como “casos” a aquellos que fueron confirmados, ya sea porque presentaron síntomas compatibles, laboratorio detectable o

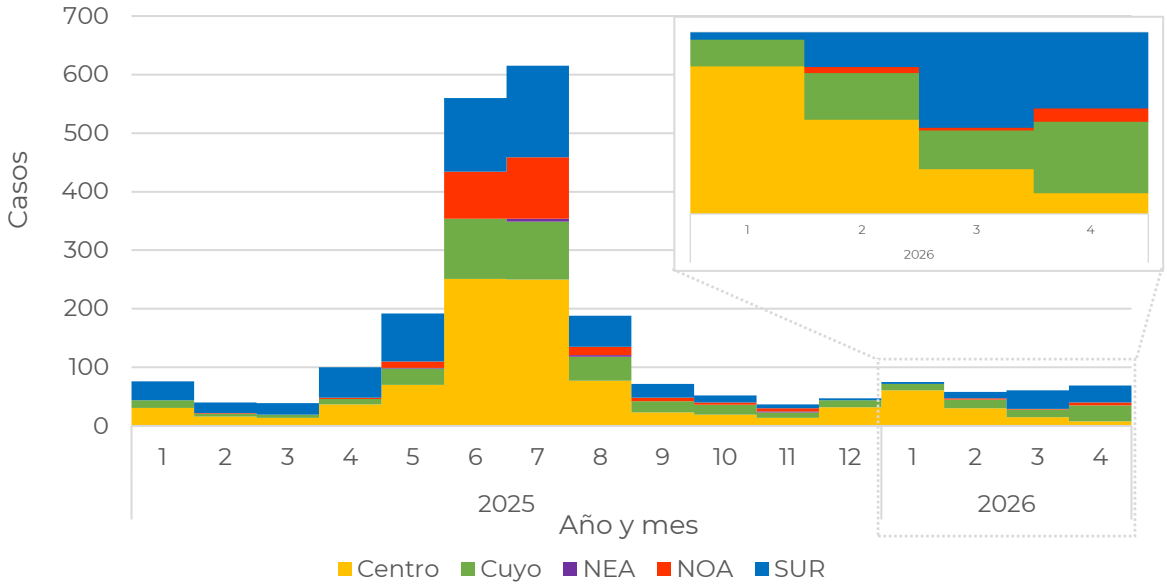
criterio epidemiológico. Los casos se muestran por jurisdicción de residencia consignada en el SNVS[2.0], en caso de no tenerla, se muestra por jurisdicción de carga. La fecha mínima que se utiliza para contabilizar la semana epidemiológica (SE) se construye con la fecha de inicio de síntomas (FIS) o la fecha de consulta, toma de muestra, y, por último, de apertura si no tuviera consignada ninguna de las anteriores.

VII.2.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA ACTUAL (2026)

Durante 2026, hasta la SE 17, se notificaron 263 casos confirmados. El 73% de estos se confirmó por criterio clínico, el 15% por criterio epidemiológico y el 12% restante por criterio de laboratorio. En el año en curso se notificaron 9 casos fallecidos en el SNVS 2.0 dentro del evento.

En el año 2025, los meses con mayor cantidad de casos fueron junio y julio. Entre enero de 2025 y abril de 2026 se notificaron 2.281 casos de intoxicación por monóxido de carbono. Del total, el 42% (948) correspondió a la región Centro y el 29% (660) a la región Sur. En menor proporción, las regiones Cuyo, NOA y NEA concentraron el 19% (426), 10% (236) y menos del 1% (11) de los casos, respectivamente. En los últimos dos meses, los casos se concentran en región Sur (47%) y Cuyo (31%).

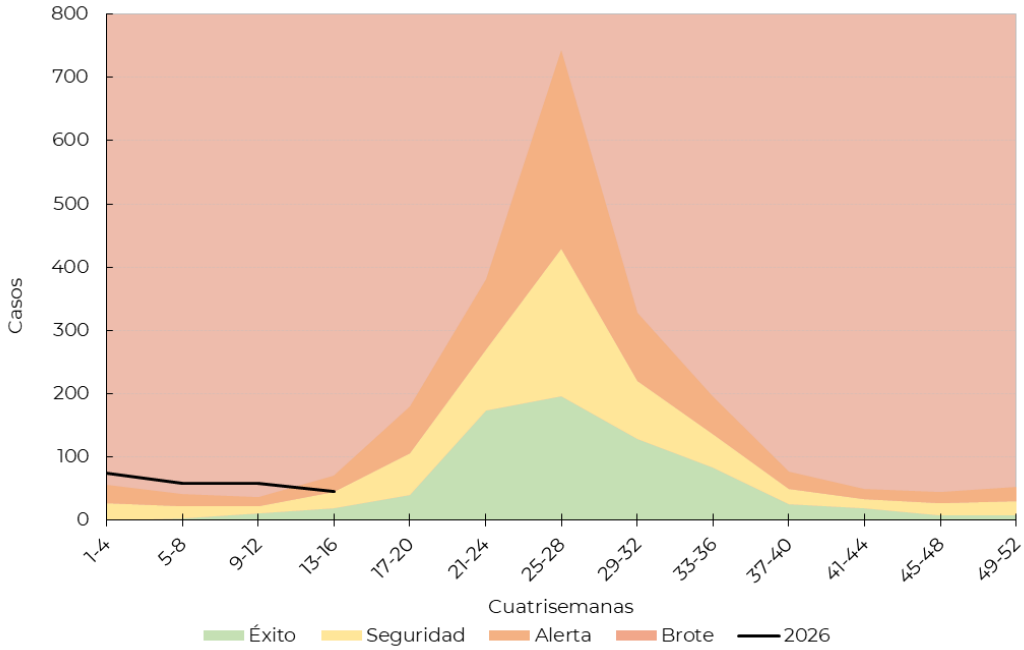
Gráfico 1. Casos de intoxicación por monóxido de carbono por mes y región. Argentina, enero 2025 – abril 2026 (detalle 2026). (n=2.281)



Fuente: elaboración del Área de Análisis de información e Investigación en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

A partir de la construcción del corredor endémico cuatrisemanal, se observa que los casos de 2026 a nivel nacional se encuentran levemente por encima del umbral esperado hasta la cuatrisemana 9-12, luego descienden a zona de seguridad. Esto último puede deberse a la demora en la notificación.

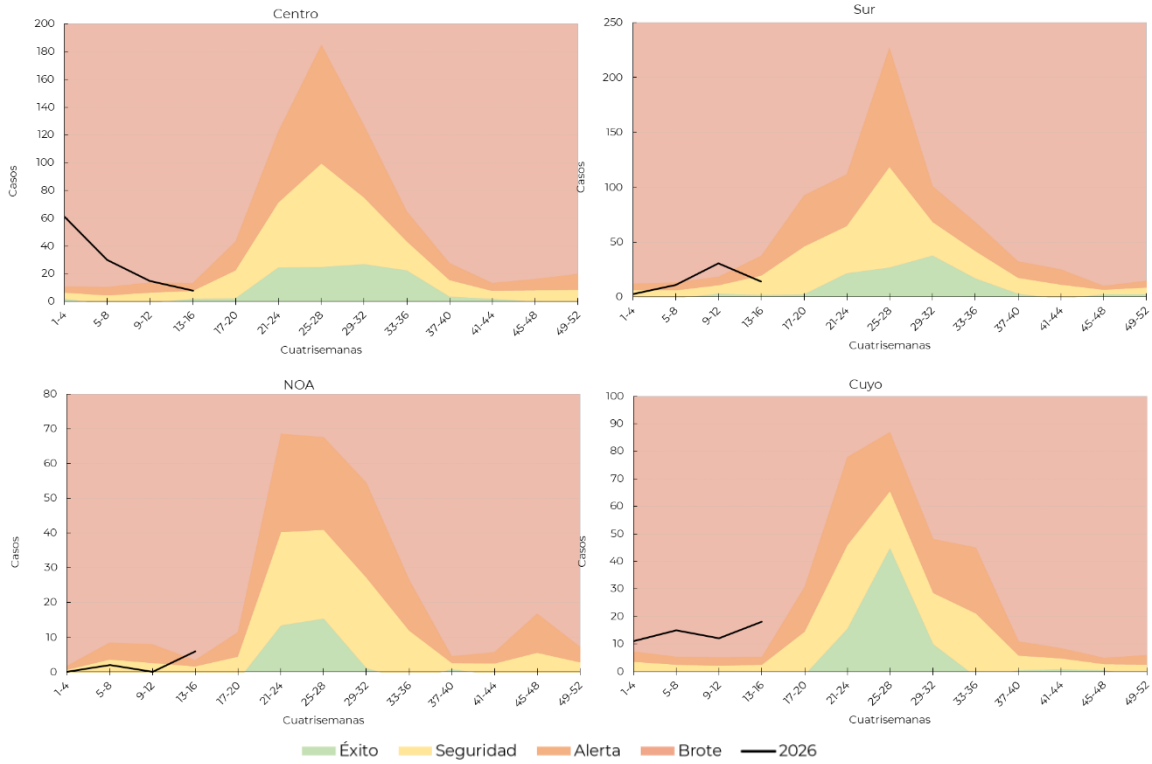
Gráfico 2. Corredor endémico cuatrisemanal de casos de intoxicación por monóxido de carbono. Argentina, SE 01/2021 - SE 16/2026.



Fuente: elaboración del Área de Análisis de información e Investigación en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

En relación con las regiones, se observa que las regiones de NOA y Cuyo se encuentran por encima del umbral esperado de acuerdo a las notificaciones de los 5 años previos y las regiones de Sur y Centro se encuentran en zona de seguridad.

Gráfico 3. Corredores endémicos cuatrisemanales de casos de intoxicación por monóxido de carbono por región. Argentina, SE 01/2021 - SE 16/2026.



Fuente: elaboración del Área de Análisis de información e Investigación en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Tomando en cuenta los casos desde la semana 1 a 17 de cada año, puede observarse un incremento en los casos notificados de 2026 respecto de la mediana de los cuatro años previos. Este incremento ocurre especialmente a expensas de las regiones Centro y Cuyo, principalmente en Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires, Entre Ríos y Mendoza. Estas jurisdicciones superaron entre 4 y 8 veces el valor esperado para este periodo del año.

En las regiones NOA y Sur los valores se mantuvieron dentro de lo esperado. Se observan leves aumentos a nivel provincial en Tucumán, Chubut y Neuquén, y un aumento de casi 4 veces de lo esperado en Río Negro.

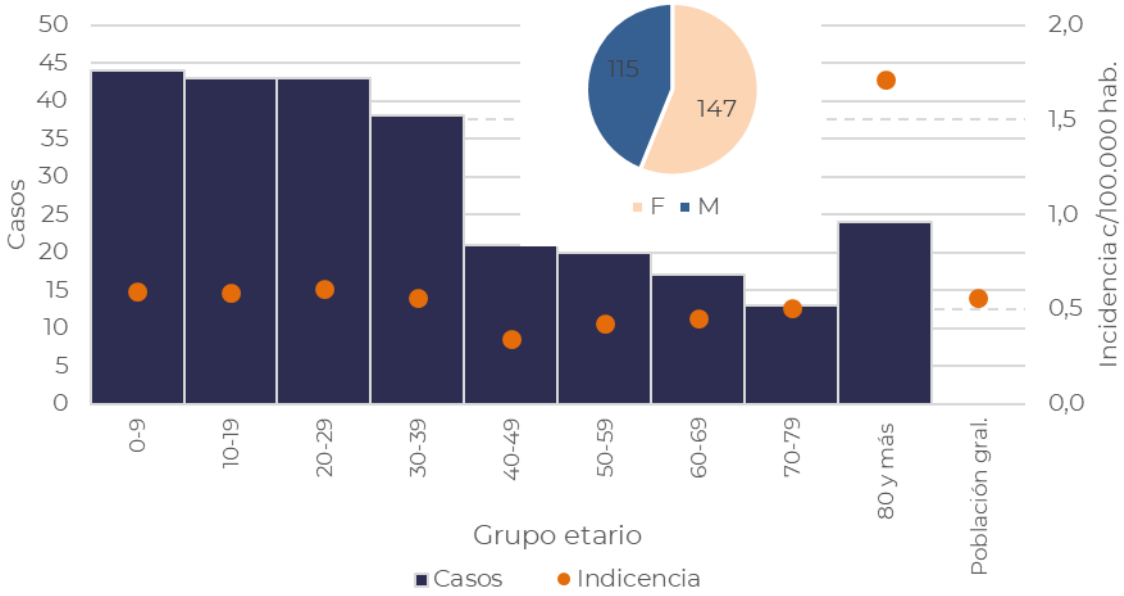
Tabla 1. Intoxicación por monóxido de carbono: casos por jurisdicción y año. Argentina, SE 1 a 17, 2022-2026. (n=845)

Jurisdicción	2022	2023	2024	2025	2026	Índice epidémico acumulado
Buenos Aires	15	14	33	54	71	3 ↑
CABA	2	3	9	18	23	3,8 ↑
Córdoba	3	2	4	0	3	1,2 =
Entre Ríos	2	7	4	16	17	3,1 ↑
Santa Fe	0	0	0	0	0	-
Centro	**22**	**26**	**50**	**88**	**114**	**3 ↑**
Mendoza	15	6	11	15	56	4,3 ↑
San Juan	0	2	1	11	3	2 ↑
San Luis	0	3	0	3	7	4,7 ↑
Cuyo	**15**	**11**	**12**	**29**	**66**	**4,9 ↑**
Chaco	0	0	0	0	0	-
Corrientes	0	0	0	0	0	-
Formosa	0	0	0	0	0	-
Misiones	0	0	0	0	0	-
NEA	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**-**
Catamarca	0	0	0	0	0	-
Jujuy	2	0	0	0	0	-
La Rioja	0	0	1	0	0	-
Salta	3	3	3	0	2	0,7 ↓
Santiago del Estero	0	0	0	0	1	-
Tucumán	2	12	9	1	5	0,9 =
NOA	**7**	**15**	**13**	**1**	**8**	**0,8 =**
Chubut	9	5	15	28	16	1,3 ↑
La Pampa	0	2	2	1	1	0,7 ↓
Neuquén	11	27	31	27	34	1,3 ↑
Río Negro	3	5	2	4	11	3,1 ↑
Santa Cruz	3	13	2	16	0	0 ↓
Tierra del Fuego	6	17	24	40	13	0,6 ↓
Sur	**32**	**69**	**76**	**116**	**75**	**1 =**
Total general	**76**	**121**	**151**	**234**	**263**	**1,9 ↑**

Fuente: Elaboración del Área de Análisis de información e Investigación en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

En cuanto a la distribución por sexo, el 56% corresponde al sexo femenino y el 44% a masculino. Respecto a la distribución por edad, se observa que el grupo de edad de 0 a 9 es el más afectado (n=44), seguido del grupo de 80 o más (n=22). La mediana de edad son 30 años, y el 64% de los casos se concentran en los grupos etarios de 0 a 39 años. Sin embargo, la tasa de incidencia más elevada se presenta en el grupo de 80 años y más, con una tasa superior a la de la población general.

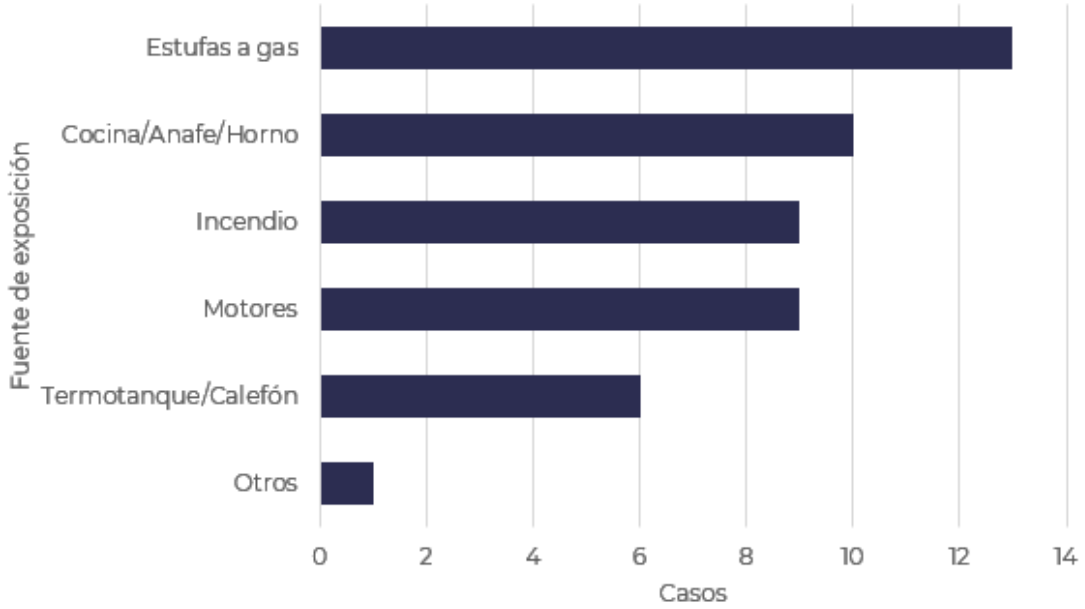
Gráfico 3. Intoxicación por monóxido de carbono: distribución de los casos según sexo y casos e incidencia acumulada cada 100.000 habitantes según grupo de edad. SE1 a 17/2026. Argentina. (n=263)



Fuente: elaboración del Área de Análisis de información e Investigación en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

En relación con la fuente de exposición, el 19% de los casos consigna información. De éstos, el 26% corresponde a exposición a estufas a gas (n=13), el 20% a cocinas, anafes u hornos (n=10), el 18% a incendios (n=9), y el resto se distribuye entre otras fuentes.

Gráfico 4. Intoxicación por monóxido de carbono: Casos según fuente de exposición. SE1 a 17/2026. Argentina. (n= 50)



Fuente: elaboración del Área de Análisis de información e Investigación en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

VII.3. Recomendaciones para el equipo de salud

VII.3.A. FUENTES PROBABLES DE INTOXICACIÓN/EXPOSICIÓN

El CO se genera por la combustión incompleta de carbón, gasolina, kerosén, petróleo, propano (gas domiciliario o de garrafa) y madera; todo artefacto que use material combustible puede quemarse de manera deficiente y generar monóxido de carbono. Algunos de estos artefactos son:

- Motores de automóviles y otros motores nafteros o a kerosén (cortadoras de césped, motosierras, equipos electrógenos, triciclos, cuatriciclos, etc.).
- Parrillas y braseros de carbón de leña utilizados para calentar o cocinar (frecuente causa de muerte en sectores humildes o rurales).
- Sistemas de calefacción para interiores sin tiro balanceado (o con tiro balanceado sin el mantenimiento correspondiente), salamandras, calefones, termotanques, calderas y otros calentadores de agua que utilicen gas natural, en lugares cerrados no ventilados o con ventilación insuficiente.
- Incendios donde estén involucrados estos materiales.

El CO proveniente de estas fuentes puede acumularse en lugares cerrados o semicerrados.

El monóxido de carbono ingresa al organismo a través de las vías respiratorias. Reduce la capacidad de la sangre para transportar oxígeno e interfiere también con la capacidad de las células para utilizar todo el oxígeno que les llega. La falta de oxígeno afecta principalmente al cerebro y al corazón.

VII.3.B. MEDIDAS PREVENTIVAS

Para prevenir la intoxicación por monóxido de carbono es elemental el control de las instalaciones y el buen funcionamiento de artefactos, así como es importante mantener los ambientes bien ventilados.

Recomendaciones del ENARGAS para evitar accidentes:

- Toda instalación de artefactos a gas debe cumplir con las condiciones de ubicación, ventilación y evacuación de gases producto de la combustión, conforme a Reglamentaciones Técnicas Vigentes y **siempre** deben ser realizadas por un gasista matriculado.

- Hacer revisar una vez al año los artefactos de gas por un gasista matriculado, preferentemente antes del inicio de la temporada invernal.

- Colocar rejillas de ventilación permanentes. Son obligatorias para todo artefacto de cámara abierta.

- La llama del gas siempre tiene que ser azul. Si es amarilla, anaranjada o roja el artefacto de gas puede estar emitiendo CO.

- Chequear siempre que los conductos de evacuación de gases no estén rotos o tengan obstrucciones.

- No utilizar hornallas ni horno para calefaccionar.

- Si posee un detector de monóxido de carbono, debe estar activado siempre.

- Mantener las hornallas de la cocina limpias.

- Los artefactos de gas instalados en baños o dormitorios sólo deben ser de tiro balanceado.

- Dejar siempre una rendija abierta; es importante que haya circulación libre de aire desde el exterior.
- Está prohibida la instalación de calefones y termotanques a gas en los baños.

VII.3.C. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

Nivel Individual

- Ventilar el lugar inmediatamente.
- Retirar al intoxicado y trasladarlo a un espacio abierto donde pueda respirar aire fresco.
- Trasladarlo a un centro de atención
- Aplicar medidas de Soporte Vital Básico y sostén
- Administrar Oxígeno 100%, de manera precoz y continua, utilizando mascarilla no recirculante con reservorio
- Tratamiento con oxígeno hiperbárico si tiene indicación.

Nivel comunitario

- Determinar si otras personas han estado expuestas, dado que deben ser evaluadas al momento de la consulta del paciente índice.
- Una vez identificada la fuente se realizará la comunicación de los resultados y de las recomendaciones a los grupos de interés. Si se tratara de instalaciones de gas defectuosas, se dará intervención al Ente Regulador y a la distribuidora local.
- Proveer información básica acerca de la intoxicación por CO a los contactos del caso.

VII.4. Conclusiones

En los últimos años se observa un aumento sostenido en las notificaciones de casos de intoxicación por monóxido de carbono a nivel nacional, con un mayor peso en la región Centro-Sur y en algunas jurisdicciones de Cuyo (Mendoza) y NOA (Salta). En el NEA, la falta de datos suficientes dificulta el análisis. Estas diferencias regionales muestran la importancia de adaptar las estrategias de vigilancia y prevención según el contexto local, y destacan la necesidad de continuar fortaleciendo el sistema para una respuesta sanitaria más oportuna y efectiva.

La implementación de mejoras en el sistema de vigilancia permitió ampliar la cobertura y elevar la calidad de la información registrada. Esto favorece la detección temprana de los casos y una caracterización más precisa de la carga de enfermedad. Contar con datos confiables y actualizados es fundamental para orientar las decisiones en salud pública, priorizar intervenciones y diseñar estrategias basadas en evidencia.

Para prevenir nuevas intoxicaciones es clave mantener una ventilación adecuada en los ambientes, controlar periódicamente el estado de los artefactos y asegurarse de que estén bien instalados y funcionen correctamente. Estas medidas simples, combinadas con una vigilancia activa y una comunicación clara hacia la población, pueden reducir significativamente el riesgo, especialmente en los meses de mayor uso de calefacción.

VII.5. Vigilancia epidemiológica

VII.5.A. DEFINICIONES DE CASO

Caso sospechoso: toda persona con antecedentes de exposición a CO, que no presente síntomas al momento de la consulta.

Caso confirmado: toda persona con antecedentes de exposición a CO, con síntomas atribuibles, con o sin niveles de carboxihemoglobina superior a los valores de referencia, en el momento del diagnóstico.

- Síntomas Generales: debilidad, cansancio, sensación vertiginosa, síncope.
- Neurológicos: cefalea, irritabilidad, somnolencia, mareos, confusión, impotencia funcional de miembros inferiores, ataxia, convulsiones, coma, deterioro neurológico y psiquiátrico, amnesia, parkinsonismo, pérdida de control de esfínteres, enlentecimiento motor, trastorno del aprendizaje, corea, neuropatías periféricas.
- Gastrointestinales: náuseas, vómitos
- Cardiovasculares: dolor precordial, palpitaciones, taquicardia, isquemia de miocardio, arritmias cardíacas.
- Respiratorios: dificultad respiratoria, taquipnea
- Otros: visión borrosa, alteraciones visuales

Interpretación de resultados de laboratorio: Todo caso con clínica compatible de intoxicación por monóxido de carbono estudiado por laboratorio con: Carboxihemoglobina mayor al 3 %.

Las intoxicaciones intencionales deberán notificarse/vigilarse en el Grupo de eventos "Lesiones intencionales" del SNVS 2.0

VII.5.B. DEFINICIONES DE BROTE

Episodio en el cual dos o más personas presentan un cuadro clínico compatible con intoxicación aguda por monóxido de carbono en un mismo lugar o zona geográfica y donde se compruebe la exposición efectiva al agente causal.

Ficha de notificación:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ficha-intoxicacion-monoxido_0.pdf

Guía de Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Vigilancia Epidemiológica de las Intoxicaciones por Monóxido De Carbono

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2020-10/06-2016-guia-intoxicaciones-monoxido.pdf

Recomendaciones para evitar las intoxicaciones por monóxido de carbono

https://www.argentina.gob.ar/salud/glosario/intoxicacionpormonoxidodecarbono

---

VIII. Hantavirosis – Actualización informe epidemiológico y situación brote en Crucero

VIII.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 distribución de los reservorios, junto con la creciente interacción humana con ambientes silvestres, la destrucción del hábitat, el establecimiento de pequeñas urbanizaciones en zonas rurales y los efectos del cambio climático, contribuye a la aparición de casos fuera de las zonas históricamente endémicas.

Además, la posibilidad de transmisión interhumana —particularmente asociada al virus Andes— refuerza la necesidad de una vigilancia epidemiológica robusta y sensible. El Manual de Normas de Eventos de Notificación Obligatoria define los criterios para sospechar 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. Por este motivo, 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[29] 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.

Entre las ediciones N° 788 y N° 803 se priorizó la presentación semanal de este evento, en función de su patrón estacional y de los cambios observados en su comportamiento epidemiológico. Dado que la mayor proporción de casos se registra durante el verano, esta decisión tuvo como objetivo comunicar oportunamente su incidencia y principales características, así como sensibilizar a los actores involucrados en la atención, el diagnóstico, el tratamiento, la notificación, la prevención y el control de la patología. En adelante, la

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

actualización de la información se realizará en forma periódica, ajustándose a la evolución de la situación epidemiológica y a la necesidad de comunicación oportuna.

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

VIII.2. Situación epidemiológica nacional

VIII.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[30], 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 en la que se cargó. 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.

VIII.2.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

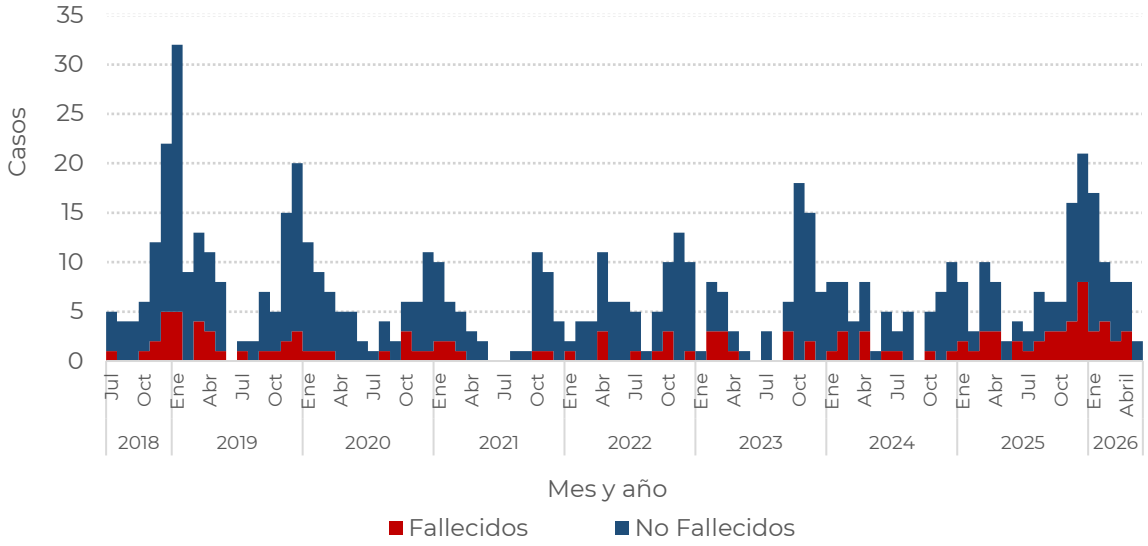
La situación epidemiológica actual se caracterizó a partir de la comparación de temporadas, es decir los períodos comprendidos entre los meses julio de un año y junio del siguiente (Por ej. SE 27/2018- SE 26/2019) para, de esta manera, poder contrastar el aumento de casos en períodos estivales entre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

Caracterización según temporalidad y regiones del país

A continuación, se presentan los casos confirmados según mes, año y condición de egreso desde la temporada 2018-2019 (SE 27/2018 a SE 26/2019) a la semana SE 18/2026. Debe considerarse que la temporada 2018-2019 incluye el brote de transmisión interhumana ocurrido en Epuyén, Chubut, por lo que concentra un mayor número de casos confirmados (126).

[30] 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 18/2026, Argentina. (N=648)

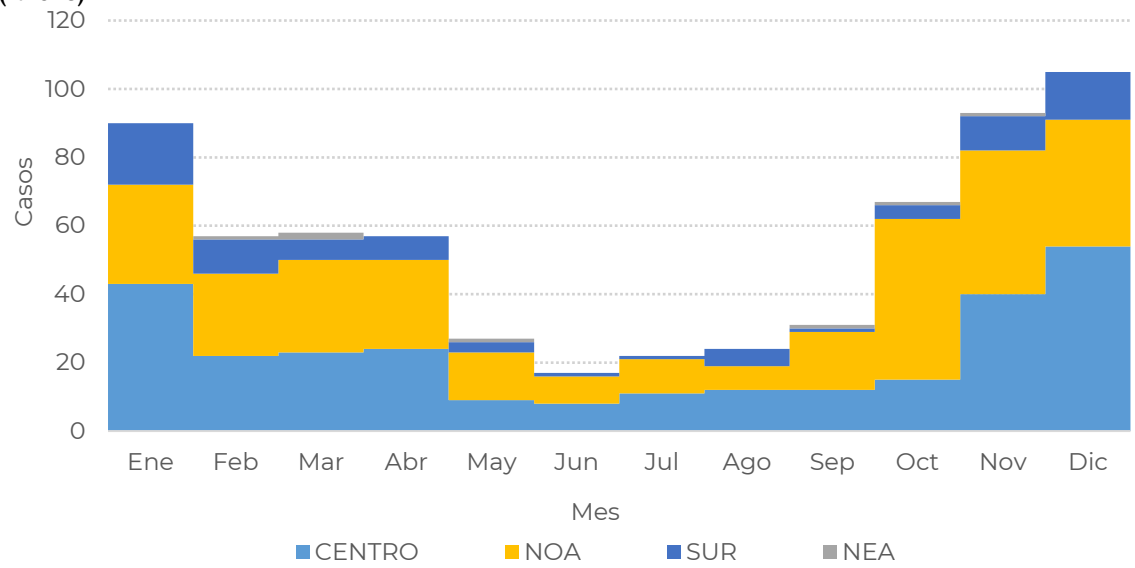


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

En el presente análisis, desde la SE 17 —publicada en el BEN N.° 807— se identificaron tres casos correspondientes a la Provincia de Rio Negro (1), Jujuy (1) y Chubut (1). De esta forma, la totalidad de casos confirmados ascendió a 45 durante el 2026.

En el período analizado se acumularon 648 casos confirmados. Entre los meses de octubre y enero es donde se acumula el 53% de los casos confirmados. En la temporada en curso, los meses de noviembre (n=16), diciembre (21) y enero (17) registran la mayor cantidad de casos al compararlos con los mismos meses de las temporadas previas analizadas, sin considerar el brote de transmisión interhumana. Asimismo, sin considerar la temporada actual, los casos ocurridos en los meses de febrero a mayo representaron el 35% del total (Ver Gráfico 1 y 2).

Gráfico 2. Hantavirosis: Casos acumulados según mes y región. SE 27/2018 a SE 18/2026, Argentina. (N=648)

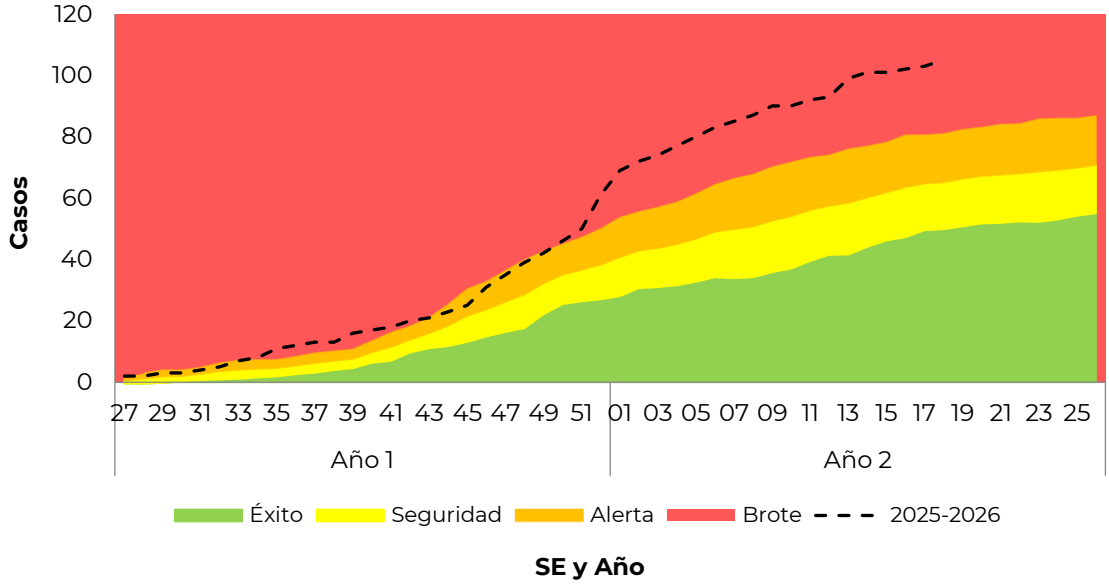


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

Este patrón estacional se observa en las tres regiones que concentran la mayor carga de la enfermedad (NOA, Sur y Centro). A excepción de la presente temporada, en el NOA ocurre el incremento estacional de forma más temprana, donde los meses con mayor cantidad de casos son octubre y noviembre; 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 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 18/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025)*. Argentina. (N=105)

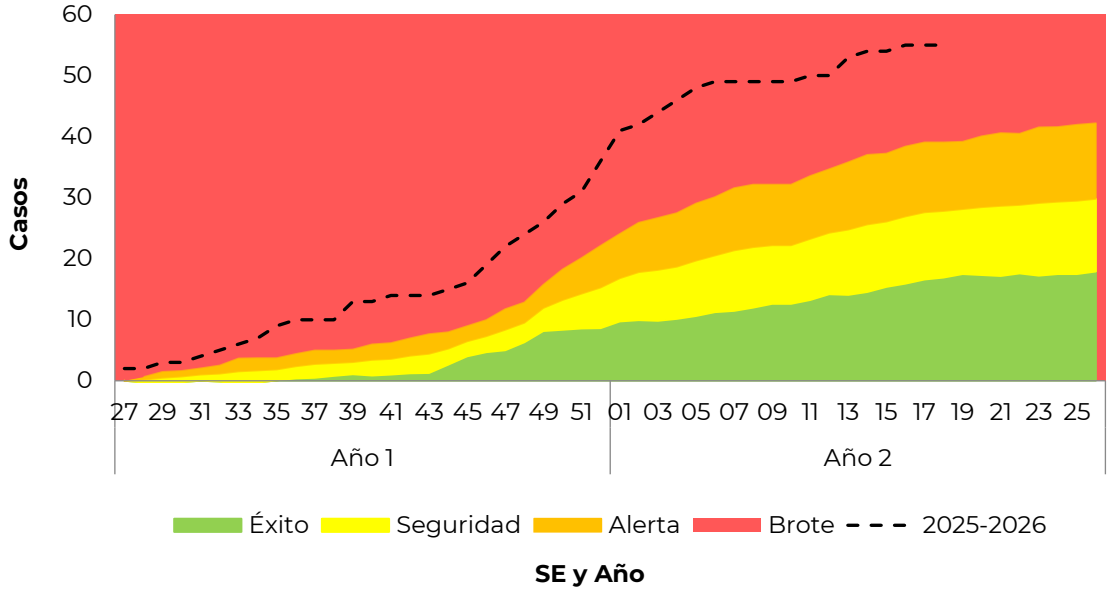


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.
**Tanto para el total país como para los corredores regionales, se excluyeron del período comparativo los casos de la temporada 2018-2019 por ser una temporada de brote.*

A nivel nacional, la temporada 2025-2026 muestra una cantidad de casos que se ubica, durante casi todo el período analizado, por encima del umbral de brote, con un incremento sostenido de los casos acumulados a lo largo de la temporada.

Región Centro

Gráfico 4. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE 27/2025 a SE 18/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región Centro. (N=55)

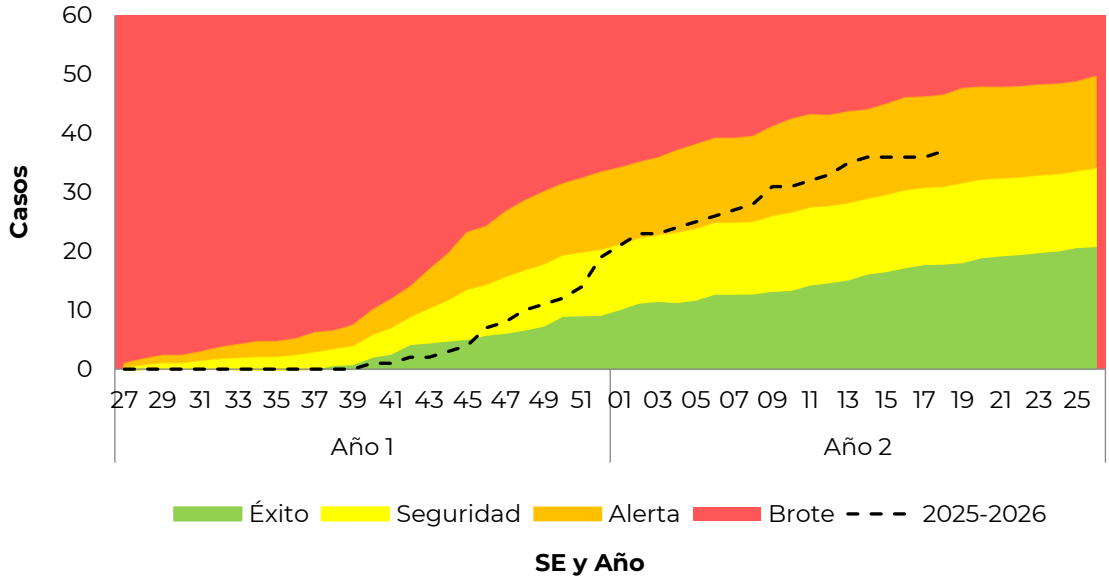


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

En la región Centro, los casos acumulados de la temporada 2025-2026 se mantuvieron durante todo el período por encima del umbral de brote. El principal incremento se concentró entre las SE 45 de 2025 y la SE 05 de 2026, seguido de una meseta (sin casos entre las SE 07 y 10 de 2026 y un aumento leve hacia las SE 13-17. Los casos se notificaron en Buenos Aires, Entre Ríos y Santa Fe.

Región NOA

Gráfico 5. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE 27/2025 a SE 18/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región NOA. (N=37)

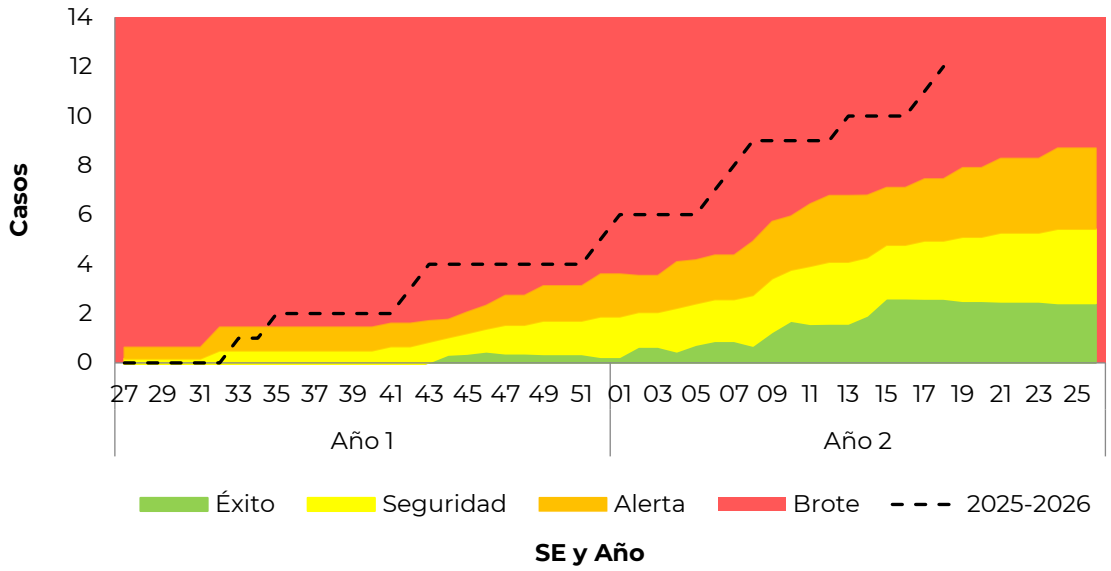


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

En el NOA, la curva acumulada de la temporada 2025-2026 se mantuvo sin casos hasta la SE 39 de 2025, dentro del umbral de éxito. Luego presentó un ascenso inicial entre las SE 41 y 45, ingresando al área de seguridad, seguido de un incremento más marcado entre la SE 45 de 2025 y la SE 01 de 2026. Desde entonces, la curva presenta un aumento continuo, ubicada en zona de alerta, sin alcanzar el umbral de brote. Los casos se concentraron exclusivamente en Salta y Jujuy.

Región Sur

Gráfico 6. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE 27/2025 a SE 18/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región Sur. (N=12)



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

En la región Sur, con casos registrados en Chubut, Neuquén y Río Negro, la curva acumulada de la temporada 2025-2026 supera el umbral de brote desde la SE 35 de 2025. El aumento se observa de forma escalonada, patrón que debe interpretarse considerando la baja cantidad de casos registrados, con nuevos incrementos hacia comienzos de 2026.

Presentación de datos a nivel sub-nacional

En cuanto a la situación nacional de hantavirosis, se presentan en la siguiente tabla los casos y tasas de incidencia en el período equivalente al transcurrido para la temporada actual (SE 27 de un año a SE 18 del año siguiente) para los años 2019 a 2026.

Tabla 1. Hantavirosis: Casos confirmados y tasa cada 100.000 habitantes según jurisdicción y región, por temporada. Argentina, 2019 a 2026 (SE 27 a SE 18). (N=489)

Temporada	2019-2020 (hasta SE18)		2020-2021 (hasta SE18)		2021-2022 (hasta SE18)		2022-2023 (hasta SE18)		2023-2024 (hasta SE18)		2024-2025 (hasta SE18)		2025-2026 (hasta SE18)	
Jurisdicción	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Buenos Aires	27	0,15	16	0,09	14	0,08	14	0,08	8	0,04	20	0,11	43	0,23
Entre Ríos	2	0,14	4	0,29	3	0,21	3	0,21	2	0,14	6	0,42	5	0,34
Santa Fe	13	0,37	6	0,17	4	0,11	6	0,17	6	0,17	10	0,27	7	0,19
Centro	**42**	**0,14**	**26**	**0,09**	**21**	**0,07**	**23**	**0,08**	**16**	**0,05**	**36**	**0,12**	**55**	**0,18**
Chaco	1	0,08	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,16	0	0,00
Formosa	1	0,17	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,16
Misiones	1	0,08	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
NEA	**3**	**0,07**	**0**	**0,00**	**0**	**0,00**	**0**	**0,00**	**0**	**0,00**	**2**	**0,05**	**1**	**0,02**
Jujuy	12	1,57	8	1,03	9	1,15	9	1,14	12	1,50	4	0,50	7	0,86
Salta	25	1,77	13	0,91	13	0,90	23	1,57	38	2,56	12	0,80	30	1,98
Tucumán	0	0,00	0	0,00	2	0,12	2	0,11	3	0,17	1	0,06	0	0,00
NOA	**37**	**0,66**	**21**	**0,37**	**24**	**0,42**	**34**	**0,58**	**53**	**0,90**	**17**	**0,29**	**37**	**0,61**
Chubut	0	0,00	4	0,64	3	0,47	3	0,47	1	0,15	0	0,00	5	0,74
Neuquén	1	0,15	1	0,15	0	0,00	1	0,15	3	0,43	1	0,14	1	0,14
Rio Negro	1	0,13	2	0,27	0	0,00	2	0,26	3	0,38	3	0,38	6	0,75
Sur	**2**	**0,07**	**7**	**0,24**	**3**	**0,10**	**6**	**0,20**	**7**	**0,23**	**4**	**0,13**	**12**	**0,38**
Total País	**84**	**0,19**	**54**	**0,12**	**48**	**0,10**	**63**	**0,14**	**76**	**0,16**	**59**	**0,12**	**105**	**0,22**

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 la temporada 2025-2026 hasta la SE 18 se notificaron un total de 105 casos de hantavirosis localizados en su mayoría en las provincias de Buenos Aires (43 casos), Salta (30), Santa Fe (7), Jujuy (7), Rio Negro (6), Entre Ríos (5) y Chubut (5).

En la temporada actual se registra la incidencia nacional más alta del período analizado en comparación con las temporadas previas, con una tasa de 0,22 casos por 100.000 habitantes.

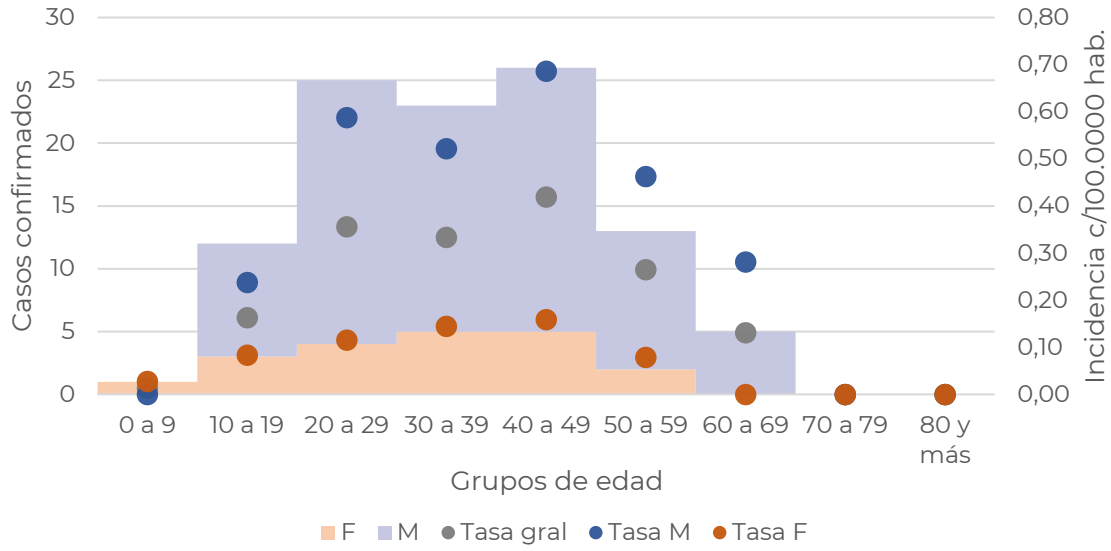
A nivel regional, en la actual temporada, la tasa de incidencia más elevada corresponde a la región del NOA (0,61 casos por 100.000 habitantes), donde se registraron 37 casos confirmados. El 81% de los casos de la región se concentraron en Salta. Esta presenta la incidencia más elevada del país, con 1,98 casos por 100.000 habitantes, aunque aún por debajo del valor máximo registrado en la provincia durante la temporada 2023-2024, de 2,56 casos por 100.000 habitantes. Asimismo, Río Negro y Buenos Aires alcanzan en la temporada actual sus valores máximos del período, con incidencias de 0,75 y 0,23 casos por 100.000 habitantes, respectivamente.

En el BEN 799 SE9[31], es posible consultar la incidencia histórica de cada temporada por provincia de los 1451 casos de hantavirosis notificados desde la SE 27/2009, junto a su distribución espacial por provincia. La descripción de los casos históricos permite caracterizar riesgos diferenciales asociados a patrones temporales, a los diferentes espacios y a la dinámica de los reservorios, así como a los patrones de exposición vinculados con las actividades desarrolladas por las personas y sus condiciones de vida.

Caracterización según grupos de edad

En el siguiente gráfico podemos 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 SE18/2026. (N=105)



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 en la temporada en curso es de 36 años, concentrándose el 70% (74) de los casos entre los 20 y los 49 años, contando estos grupos con las mayores tasas de incidencia cada 100.000 habitantes en el período.

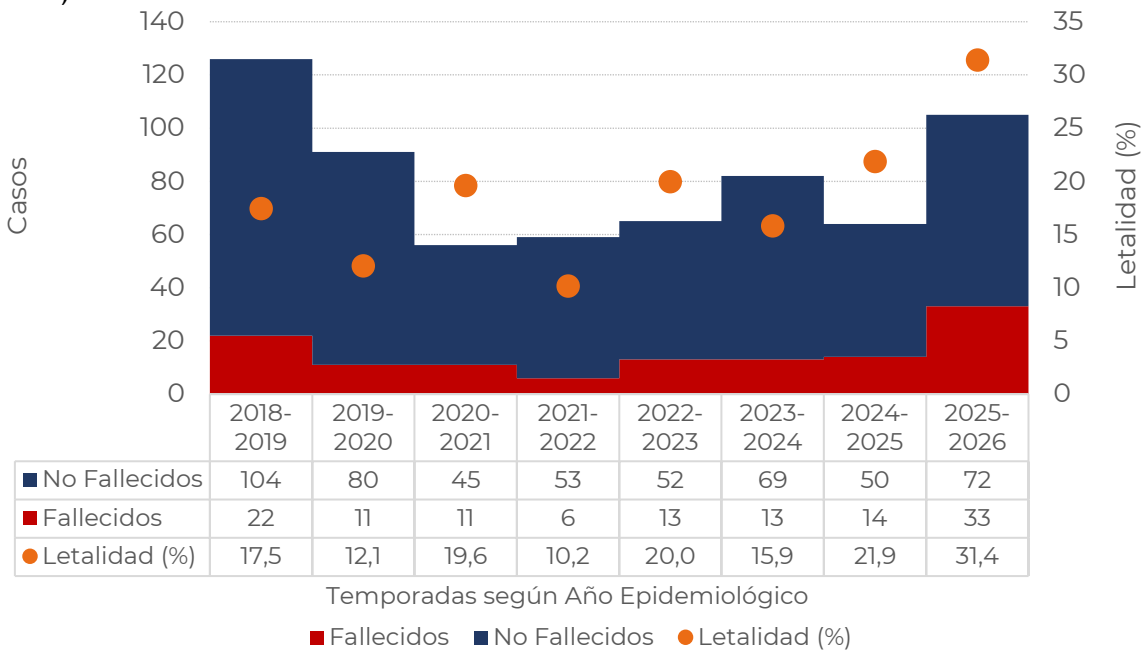
En cuanto a la distribución de los casos por sexo, el 81% (85) de los casos confirmados para la temporada actual se corresponde con el sexo masculino. Para todos los grupos etarios, se observa una predominancia de los casos masculinos por sobre los femeninos, a excepción del grupo etario de 0 a 9 años 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.

[31] Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°799, SE 9.

Gráfico 8. Hantavirosis: Casos y letalidad por temporada. SE 27/2018 a SE 18/2026. Argentina. (N=648)

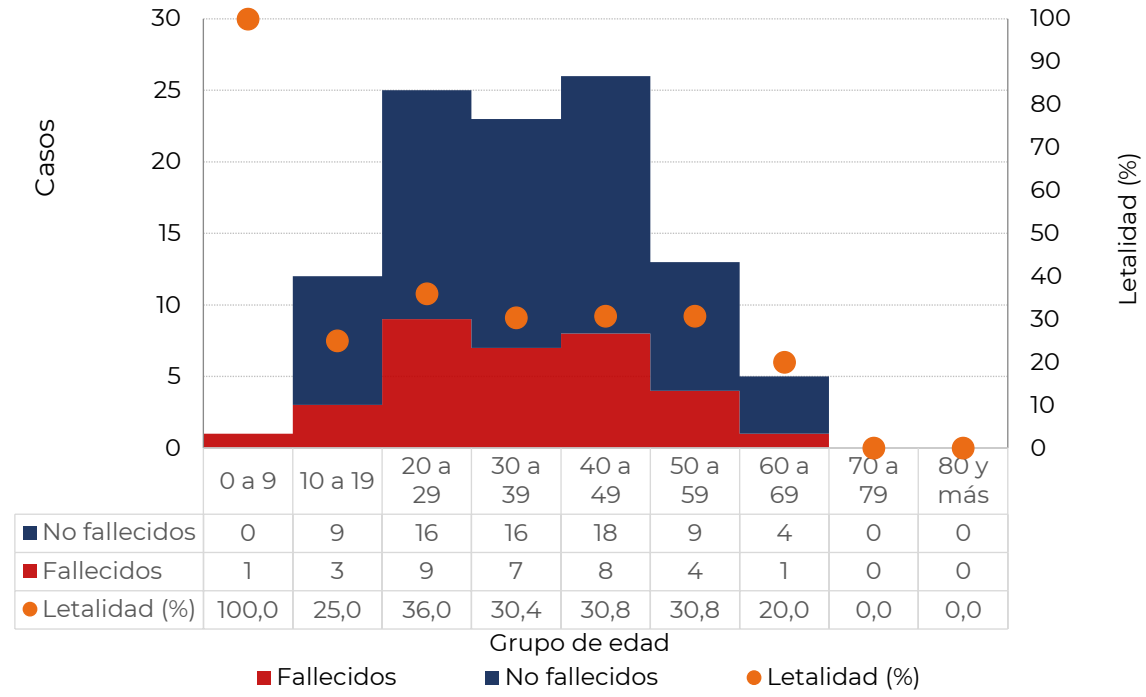


	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025	2025-2026
No Fallecidos	104	80	45	53	52	69	50	72
Fallecidos	22	11	11	6	13	13	14	33
Letalidad (%)	17,5	12,1	19,6	10,2	20,0	15,9	21,9	31,4

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

En la temporada actual hasta la SE18/2026 se notificaron 33 casos fallecidos, con una letalidad del 31,4%, más elevada respecto de las temporadas previas. Por otro lado, se elaboró el siguiente material para darle mayor especificidad a las personas fallecidas en la temporada actual y contadas de forma más general en la anterior. Aquí fueron divididas por sexo y grupo etario.

Gráfico 9. Hantavirosis: Casos y letalidad por grupo etario. SE 27/2025 a SE 18/2026. Argentina. (N=105)



	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	9	16	16	18	9	4	0	0
Fallecidos	1	3	9	7	8	4	1	0	0
Letalidad (%)	100,0	25,0	36,0	30,4	30,8	30,8	20,0	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 34,5 años. Excluyendo a los menores de 10 años, cuyo único caso notificado falleció, los grupos con mayor letalidad corresponden a los de 20 a 29 (37%), 30 a 39 (31,8%) y 40 a 49 (32%). 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 presenta una tabla (Tabla 2), correspondiente a los fallecidos y tasas de mortalidad en el período equivalente al transcurrido para la temporada actual para los años 2019 a 2026.

Tabla 2. Hantavirosis: Casos fallecidos y tasa de mortalidad por 1.000.000 habitantes según jurisdicción y región, por temporada. Argentina, 2019 a 2026 (SE 27 a 18). (N=98)

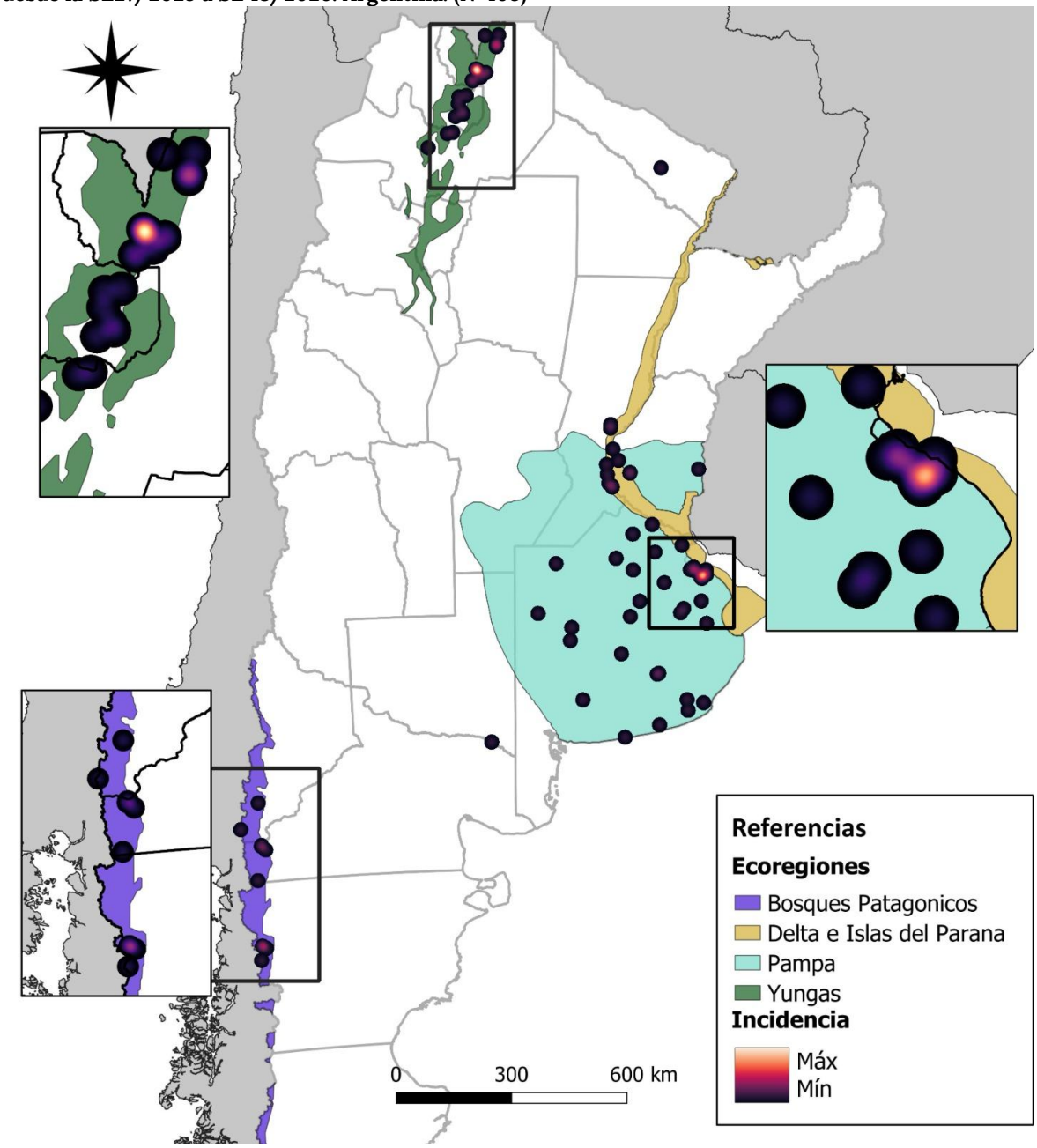
Año epidemiológico	2019 -2020 (SE27 a SE 18)		2020 -2021 (SE27 a SE18)		2021 - 2022 (SE27 a SE18)		2022 - 2023 (SE27 a SE18)		2023 - 2024 (SE27 a SE18)		2024 - 2025 (SE27 a SE18)		2025 - 2026 (SE27 a SE18)	
Jurisdicción	N	Tasa	N	Tasa		Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Buenos Aires	2	0,11	2	0,11	1	0,06	4	0,22	2	0,11	3	0,16	17	0,92
Entre Ríos	1	0,33	1	0,32	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	1,39	1	0,69
Santa Fe	3	0,80	2	0,53	1	0,26	2	0,56	3	0,83	1	0,27	1	0,27
Centro	**6**	**0,21**	**5**	**0,02**	**2**	**0,07**	**6**	**0,20**	**5**	**0,17**	**6**	**0,20**	**19**	**0,62**
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	1	0,69	4	2,72	4	2,69	2	1,33	10	6,59
Tucumán	0	0,00	0	0,00	1	0,58	0	0,00	0	0,00	1	0,56	0	0,00
NOA	**4**	**0,71**	**2**	**0,35**	**2**	**0,35**	**4**	**0,69**	**4**	**0,68**	**3**	**0,50**	**10**	**1,66**
Chubut	0	0,00	2	3,20	2	3,15	1	1,55	1	1,53	0	0,00	1	1,48
Neuquén	0	0,00	1	1,50	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,43	1	1,41
Río Negro	0	0,00	1	1,33	0	0,00	2	2,59	2	2,56	2	2,53	2	2,51
Sur	**0**	**0,00**	**4**	**1,36**	**2**	**0,67**	**3**	**0,99**	**3**	**0,97**	**3**	**0,96**	**4**	**1,26**
Total País	**10**	**0,22**	**11**	**0,24**	**6**	**0,13**	**13**	**0,28**	**12**	**0,26**	**12**	**0,25**	**33**	**0,69**

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 (0,69 casos fallecidos por 1.000.000 hab.) es casi 3 veces mayor respecto a la temporada anterior hasta las SE17 (0,25 casos fallecidos por 1.000.000 hab.) y la más alta de todo el periodo analizado con un total de 33 fallecidos. Para el mismo período, la región del NOA presenta la mayor tasa de mortalidad (1,66 casos fallecidos por 1.000.000 hab.). La totalidad de los fallecimientos registrados en la región (10 casos) corresponden a la provincia de Salta que, además, es la que mayor mortalidad presenta entre todas las jurisdicciones (6,59 casos fallecidos por 1.000.000 hab.). Sin embargo, la provincia que más fallecidos presenta es la provincia de Buenos Aires, con un total de 17 (0,92 casos fallecidos por 1.000.000 hab.), representando el 50% del total de fallecidos de la temporada en curso.

La densidad de los casos, en relación a la ecorregión que la representa se visualiza en el Mapa 1. En la edición del BEN 802, se desarrolló la distribución espacial de la letalidad en el país.

Mapa 1. Hantavirosis: Distribución espacial de casos e intensidad de incidencia según ecorregiones desde la SE27/2025 a SE 18/2026. Argentina. (N=105)



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

En la presente temporada se notificó un caso residente en Río Colorado (Río Negro), localidad ubicada fuera de las áreas históricamente endémicas para hantavirus. En este contexto, se realizaron investigaciones ambientales en dicha localidad, extendidas a la vecina La Adela (La Pampa), con participación del Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) del INEI-ANLIS y equipos de ambas provincias. Se identificaron cuatro sectores potenciales de exposición, en los cuales se efectuó trampeo mediante trampas Sherman de captura viva. El éxito de captura fue bajo, lo que sugiere una baja abundancia de roedores en el área al momento del muestreo. Asimismo, no se capturaron especies reconocidas como reservorios de hantavirus patogénicos y los ejemplares obtenidos resultaron serológicamente negativos. No obstante, existen antecedentes bibliográficos que documentan la presencia de roedores reservorios en la zona. En función de estos hallazgos, se recomendó a las jurisdicciones la

implementación de un monitoreo ambiental periódico, con el objetivo de evaluar la composición de las poblaciones de roedores en períodos de mayor abundancia e identificar los ambientes asociados a las especies reservorio.

También, durante la temporada actual se registró un clúster intrafamiliar en la localidad de Cerro Centinela (Chubut), que involucró tres casos relacionados (convivientes), con fechas de inicio de síntomas secuenciales. Ante la notificación del caso índice, la provincia llevó a cabo un estudio de foco ambiental mediante la colocación de trampas Sherman de captura viva en áreas de mayor riesgo. El éxito de captura fue alto tanto en el mosquetal cercano al domicilio como en el peridomicilio, registrándose la presencia de roedores silvestres reconocidos como reservorios de hantavirus. Asimismo, uno de los ejemplares capturados en el peridomicilio resultó positivo para virus hanta. Las características epidemiológicas del evento generaron la sospecha de transmisión persona a persona, por lo que se realizó el estudio genómico de las muestras humanas. Los resultados indicaron que las secuencias corresponden al virus Andes, con una similitud del 99,99% entre los tres casos analizados. En conclusión, el patrón de presentación es compatible con cadenas de transmisión interhumana. No obstante, a partir del relevamiento ambiental realizado en el domicilio, no puede descartarse la ocurrencia de transmisión zoonótica. En este sentido, se encuentra pendiente el resultado de la secuenciación genómica del virus detectado en el roedor seropositivo.

VIII.2.C.SOBRE LAS ACCIONES DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

En su rol rector, la cartera sanitaria nacional acompaña a las jurisdicciones en el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y la generación de información oportuna. En este marco, realiza análisis periódicos de las notificaciones de hantavirosis en población general, incluyendo la detección de brotes y la evaluación de la respuesta sanitaria.

Asimismo, se llevaron a cabo reuniones virtuales con las jurisdicciones para la actualización de las definiciones de caso y contacto, así como para la revisión de los lineamientos de manejo de contactos. En paralelo, se mantienen instancias de asesoramiento técnico con las provincias de Buenos Aires, Río Negro y Chubut.

Desde el LNR se implementa un plan de trabajo conjunto con la provincia de Buenos Aires, que incluye transferencia tecnológica, provisión de insumos y fortalecimiento de la capacidad diagnóstica en las áreas más afectadas (La Plata, Berisso y Ensenada). Además, se desarrollaron instancias de capacitación y un plan de muestreo ambiental en la zona de Olmos, con el objetivo de establecer una vigilancia ambiental sistemática.

De manera complementaria, se brinda asistencia técnica a la provincia de Salta para el fortalecimiento de la capacidad diagnóstica en la región de Orán.

Se realizaron reuniones con el Ministerio de Seguridad, Gendarmería Nacional y Prefectura Naval Argentina para acordar acciones de capacitación y prevención dirigidas al personal de las fuerzas de seguridad que se desempeña en zonas de frontera de la provincia de Salta.

Por último, los equipos técnicos nacionales se encuentran elaborando guías y algoritmos diagnósticos orientados a estandarizar los procesos de atención, mejorar la oportunidad del diagnóstico y fortalecer la calidad de la toma de decisiones clínicas y de 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=PLwad1oRGFEgBZpMLjUEzMo

w5rpQUrJnBP&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

VIII.3. Situación internacional: Brote relacionado con un crucero

El 2 de mayo del corriente año, el Centro Nacional de Enlace (CNE) de Países Bajos comunicó al CNE de Argentina sobre un brote de enfermedad respiratoria aguda grave a bordo de un crucero con 147 pasajeros y tripulantes de 23 nacionalidades. El buque zarpó de Ushuaia, Tierra del Fuego, el 1 de abril y siguió un itinerario por el Atlántico Sur, con múltiples escalas. Posteriormente se confirmó que se trató de casos de hantavirus.

VIII.3.A. EPIDEMIOLOGÍA

Al 13 de mayo, se notificaron un total de 11 casos (ocho confirmados, uno inconcluso y dos probables), incluidas tres muertes (dos confirmadas y una probable). Desde la última publicación, se notificaron dos casos confirmados adicionales y un caso inconcluso entre los pasajeros. Estos corresponden a un caso confirmado de Francia, que presentó síntomas durante la repatriación; un caso confirmado de España, diagnosticado al arribar luego de la repatriación, pero actualmente asintomático y en buen estado; y un caso considerado inconcluso, este último fue repatriado a los Estados Unidos, permanece asintomático. Todos los casos confirmados por laboratorio corresponden a infección por virus Andes. Todos eran pasajeros del MV Hondius.

Con base en la información actualmente disponible, la hipótesis de trabajo es que el primer caso adquirió la infección antes de embarcar en el crucero, mediante exposición en tierra. Las investigaciones continúan para esclarecer las posibles circunstancias de exposición y el origen del brote, en colaboración. La evidencia actual sugiere una posterior transmisión de persona a persona a bordo del barco, esto también está respaldado por un análisis preliminar de las secuencias genéticas, que muestran secuencias muy similares, prácticamente idénticas, entre distintos casos.

VIII.3.B. ACCIONES DESARROLLADAS ALREDEDOR DEL BROTE DE HANTAVIROSIS EN BUQUE INTERNACIONAL.

El Ministerio de Salud de la Nación avanza en una doble estrategia para abordar este brote. Por un lado, fortalece la cooperación internacional mediante el envío de insumos a los países involucrados y brinda asistencia técnica para el manejo clínico de los casos. Paralelamente, la Dirección de Epidemiología impulsa investigaciones dentro del territorio nacional para determinar el posible origen de los contagios.

El Centro Nacional de Enlace continúa la comunicación con los países afectados por el evento, recepcionando y brindando información relacionada al brote.

La cartera sanitaria, a través de las diferentes áreas competentes, en particular la Dirección de Epidemiología y la ANLIS Malbrán, en su carácter de Laboratorio Nacional de Referencia, participaron desde el inicio de las comunicaciones y reuniones de intercambio técnico con los países involucrados y pusieron a disposición su colaboración y *expertise* para la investigación y manejo de la situación sanitaria. Cabe recalcar que la variante identificada,

única con contagio interhumano, corresponde al virus Andes, con antecedentes de circulación tanto en zonas del sur argentino como en el sur de Chile.

Se mantuvieron reuniones virtuales con autoridades de Chile y la Organización Panamericana de la Salud con el objetivo de fortalecer la investigación epidemiológica del caso índice y consolidar el intercambio de información relevante para la investigación.

Asimismo, se realizó una reunión virtual con las 24 jurisdicciones del país para presentar los avances de la investigación epidemiológica, compartir la situación actual y coordinar acciones de seguimiento.

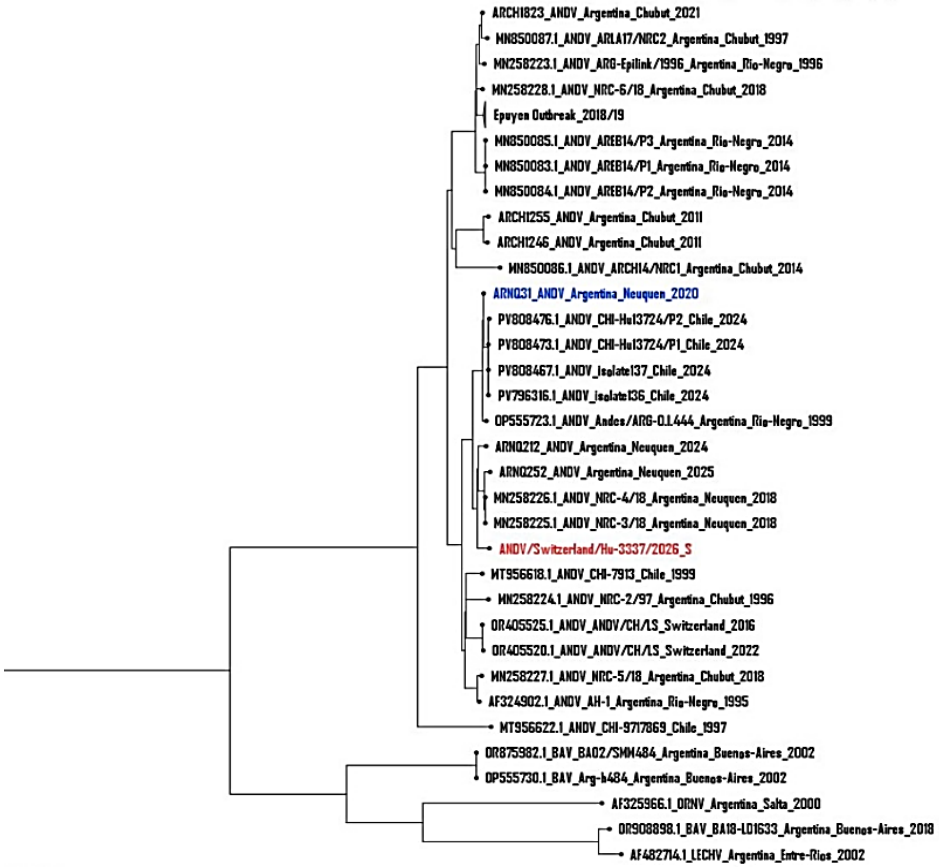
De manera complementaria, se sostiene contacto permanente con las provincias en las que los casos 1 y 2 realizaron actividades turísticas, a fin de colaborar en el relevamiento epidemiológico de campo, la reconstrucción de itinerarios y la identificación de potenciales contactos y exposiciones.

En paralelo a la investigación epidemiológica, Argentina puso a disposición de los países afectados por la actual situación de salud pública todas las medidas técnicas, administrativas, logísticas y documentales necesarias para concretar la entrega de insumos destinados a la detección de la variante Andes del hantavirus.

Relaciones filogenéticas entre virus secuenciado en el brote del buque y antecedentes en argentina

El Laboratorio Nacional de Referencia realizó el análisis de la secuencia publicada por Suiza en relación a las secuencias publicadas de la región y secuencias disponibles en el LNR.

Arbol filogenético sobre la secuenciación publicada por Suiza sobre un caso del brote del crucero MV Hondius



Fuente: Elaboración del LNR en base a secuencias publicadas y propias del LNR

En el árbol filogenético se muestra el grado de parentesco de la secuencia de uno de los casos del crucero secuenciado en Suiza con secuencias virales completas de la región andino patagónica. Se observa el mayor parentesco con casos previos reportados en 2018 en la región de San Martin de los Andes, localidad de Villa Meliquina y otras más recientes de la misma área.

Investigación ambiental y fortalecimientos de capacidades de diagnóstico en tierra del fuego

El 6 de mayo se realizó una primera entre autoridades epidemiológicas y ambientales de la provincia de Tierra del Fuego y equipos del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" para analizar en conjunto la situación y evaluar la asistencia que pudiera brindarse desde el Instituto para cumplir los objetivos de investigación epidemiológica y ambiental, así como fortalecer las capacidades provinciales de diagnóstico de hantavirus.

Luego del análisis de la situación se consideró que -si bien no es la hipótesis más probable que el caso índice hubiera adquirido la infección en la provincia-, es oportuno y conveniente realizar esfuerzos para producir evidencia acerca de la presencia de roedores reservorios y virus Andes en los lugares que puedan considerarse de riesgo de alojar a los reservorios que hayan sido visitados por el caso. En tal sentido, se encuentra en marcha la implementación del estudio, programándose la intervención en terreno con personal del INEI-ANLIS y de la provincia de Tierra del Fuego en la semana del 18 de mayo.

Así mismo, durante la visita a la provincia del equipo del Laboratorio Nacional de Referencia se realizarán las actividades para implementar la transferencia del Diagnóstico de Síndrome Pulmonar por Hantavirus (SPH) a la jurisdicción.

Cooperación Internacional con el brote por parte del Laboratorio Nacional de Referencia

A partir de la situación planteada por este brote, la Dirección de ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" ha instruido a la Dirección del INEI para que ponga a disposición de los países interesados las capacidades técnicas e insumos básicos para apoyar en la capacidad de diagnóstico de los países afectados en este brote.

Hasta el momento, el LNR ha preparado insumos para el diagnóstico molecular (*primers* y sondas para RT-PCR en tiempo real; controles para RT-PCR en tiempo real; *primers* y sondas para RT-PCR de punto final) y serológico (placas, controles y anticuerpos). España, Senegal, Sudáfrica, Países Bajos, y Reino Unido de Gran Bretaña son los países a quienes se proveerá uno o más de estos insumos, para que puedan dar respuesta de calidad a las necesidades de diagnóstico.

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

INFORMES
ESPECIALES

IX. Vigilancia de Diarreas virales 2025 - Red Nacional de Laboratorios

IX.1. Introducción

El presente informe reúne la información generada por la Red Nacional de Vigilancia por Laboratorios de Gastroenteritis Virales, coordinada por el Laboratorio de Gastroenteritis Virales del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"), que actúa como Laboratorio Nacional de Referencia en materia de virus productores de diarrea (rotavirus, adenovirus entéricos, norovirus, sapovirus y astrovirus). Particularmente, la Red lleva adelante la vigilancia de rotavirus, adenovirus y norovirus en el país, y sus antecedentes se remontan a mediados de la década de 1990, cuando el Laboratorio Nacional de Referencia inició la vigilancia de rotavirus mediante proyectos especiales y unidades centinelas. A partir de 2009, esta vigilancia se instrumentó a través del módulo de vigilancia por laboratorios del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS), consolidándose como estrategia sostenida en el tiempo.

La Red está integrada por laboratorios de establecimientos de salud con acceso al SNVS2.0, propuestos por los coordinadores de laboratorio jurisdiccionales, que operan bajo dos modalidades complementarias: laboratorios que notifican casos de diarreas virales al SNVS2.0 de forma numérica y semanal, desagregada por subgrupos etarios; y laboratorios que, además de notificar, derivan muestras con diagnóstico positivo al Laboratorio Nacional de Referencia para su caracterización molecular y genotipificación. Esta doble estrategia permite articular la vigilancia epidemiológica con la vigilancia molecular, aportando tanto información sobre la carga de enfermedad como sobre los genotipos virales circulantes en el país.

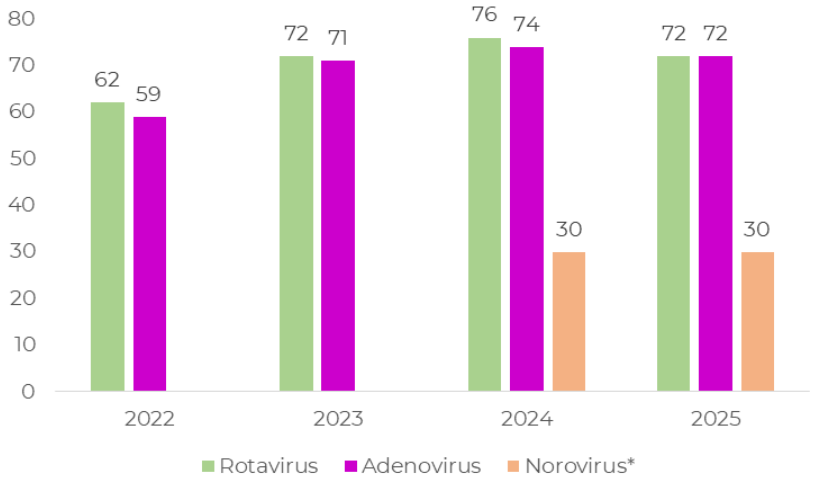
Los objetivos de la Red son contribuir al conocimiento de las diarreas virales en Argentina, aportar especificidad al SNVS2.0, estudiar la estacionalidad y distribución etaria de estas infecciones a lo largo del territorio nacional, y fortalecer la formación de recursos humanos en el área.

IX.2. Nota metodológica

La información analizada corresponde al año 2025 y fue extraída del SNVS 2.0 el 12 de abril de 2026. Únicamente en el análisis de las notificaciones se incorporaron datos del año 2024 con fines comparativos.

Durante 2025, 72 establecimientos notificaron determinaciones para rotavirus y para adenovirus, cifras que se mantienen relativamente estables desde 2022. En el caso de norovirus, cuya notificación obligatoria fue incorporada al SNVS2.0 en 2024, 30 establecimientos notificaron determinaciones tanto en 2024 como en 2025.

Gráfico 1. Cantidad de laboratorios de establecimientos de salud que notificaron estudios realizados para diagnóstico de rotavirus, adenovirus y norovirus. Argentina, 2022-2025



Fuente: elaboración propia a partir de datos del SNVS 2.0

IX.3. Vigilancia por laboratorio de Rotavirus

IX.3.A. CONDENSADO DE NOTIFICACIÓN AGRUPADA

En el año 2025, 21 jurisdicciones aportaron información del evento Rotavirus (RVA) al SNVS2.0. Se notificaron 7.659 determinaciones realizadas de las cuales 698 (9,1%) resultaron positivas para rotavirus. Las determinaciones realizadas en 2025 disminuyeron en un 28% a aquellas notificadas en 2024. En este sentido, en 11 jurisdicciones se notificó una menor cantidad de determinaciones realizadas con respecto al año anterior mientras que en 7 ese valor fue mayor al registrado en 2024 y en 4 no hubo cambios representativos.

De las 24 jurisdicciones, 18 cumplieron con la periodicidad de notificación recomendada en al menos un establecimiento de salud (>75% de las 53 semanas epidemiológicas). Por otra parte, en 3 jurisdicciones no se notificaron casos estudiados.

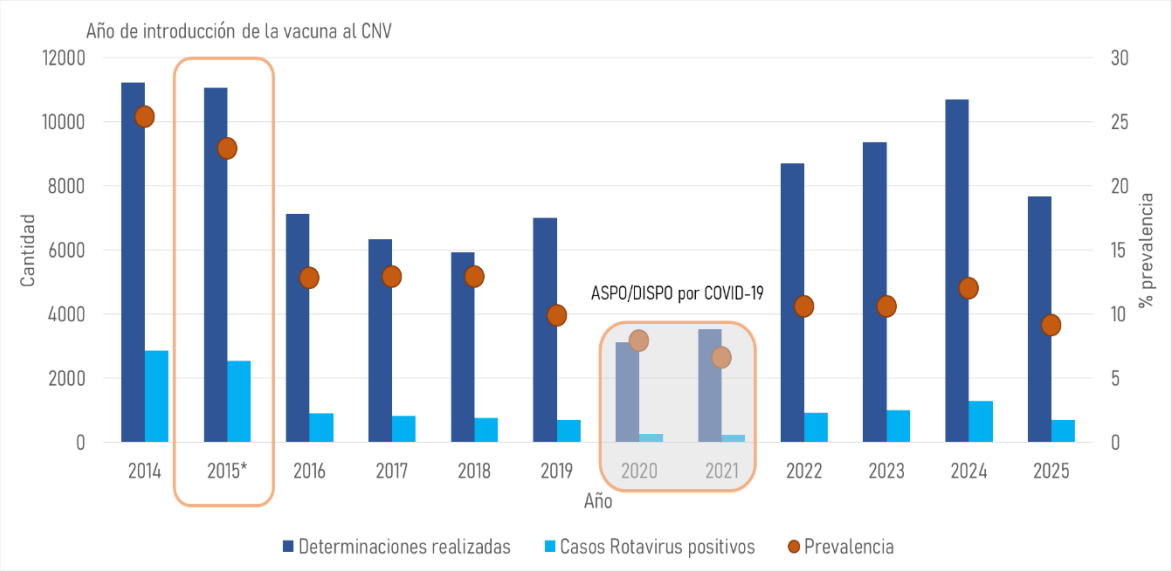
Tabla 1. Número de casos estudiados y positivos para rotavirus (RVA), frecuencia de detección y periodicidad en la notificación al SNVS2.0 por jurisdicción y total país. Argentina. Años 2024-2025.

Jurisdicción	2025 (SE1-53)			2024 (SE1-53)		Diferencia estudiados 2025/ 2024 (%)	Periodicidad en la notificación - 2025	
	Casos positivos RVA	Casos estudiados RVA	Frecuencia de detección (%)	Casos positivos RVA	Casos estudiados RVA		SE notificadas	SE notificadas/ SE totales
Buenos Aires	114	2025	5.6%	92	2035	-0.5	53	100%
CABA	24	450	5.3%	127	2771	-83.8	53	100%
Catamarca	11	46	23.9%	24	63	-27.0	35	66%
Chaco	5	170	2.9%	8	119	42.9	53	100%
Chubut	65	464	14.0%	13	188	146.8	53	100%
Córdoba	30	599	5.0%	220	996	-39.9	53	100%
Corrientes	0	26	0%*	4	37	-29.7	37	70%
Entre Ríos	24	174	13.8%	22	75	132.0	53	100%
Formosa	0	0	n/a	0	0	n/a	0	0%
Jujuy	37	374	9.9%	52	384	-2.6	53	100%
La Pampa	11	61	18.0%	34	114	-46.5	53	100%
La Rioja	0	37	0%*	15	23	60.9	18	34%
Mendoza	200	1213	16.5%	200	1109	9.4	53	100%
Misiones	7	207	3.4%	3	246	-15.9	53	100%
Neuquén	78	407	19.2%	33	363	12.1	53	100%
Río Negro	5	18	27.8%*	0	11	63.6	53	100%
Salta	16	363	4.4%	116	715	-49.2	53	100%
San Juan	0	0	n/a	0	0	n/a	0	0%
San Luis	15	211	7.1%	126	442	-52.3	53	100%
Santa Cruz	16	126	12.7%	35	160	-21.3	53	100%
Santa Fe	15	300	5.0%	80	458	-34.5	51	96%
Santiago del Estero	0	0	n/a	0	0	n/a	0	0%
Tierra del Fuego	5	34	14.7%	8	44	-22.7	53	100%
Tucumán	20	354	5.6%	74	352	0.6	53	100%
TOTAL PAIS	**698**	**7659**	**9.1%**	**1286**	**10705**	-28.5		

** Los resultados deben interpretarse cuidadosamente porque la cantidad de casos estudiados es muy baja*
n/a: no aplica
Fuente: elaboración propia a partir de datos del SNVS 2.0

Entre 2014 y 2015, se observó una elevada prevalencia de rotavirus sobre un número importante de determinaciones. A partir de 2016, coincidiendo con el año posterior al inicio de la incorporación de la vacuna contra rotavirus en menores de 12 meses al Calendario Nacional de Vacunación en Argentina, se registró una disminución sostenida tanto en el número de casos positivos como en la prevalencia. Durante los años 2020-2021, se aprecia además una fuerte caída en la cantidad de determinaciones realizadas, probablemente asociada al impacto de la pandemia por COVID-19, que implicó una sobrecarga del sistema de salud y la reasignación de recursos humanos hacia la atención de enfermedades respiratorias, afectando negativamente las estrategias de vigilancia epidemiológica de otros eventos. En contraste, a partir del año 2022 la cantidad de determinaciones vuelve a aumentar y con ello también los casos positivos y la prevalencia, aunque sin alcanzar los valores prevacunales. En el año 2025 se observa un descenso en estos tres indicadores con respecto al trienio pospandémico (2022-2024).

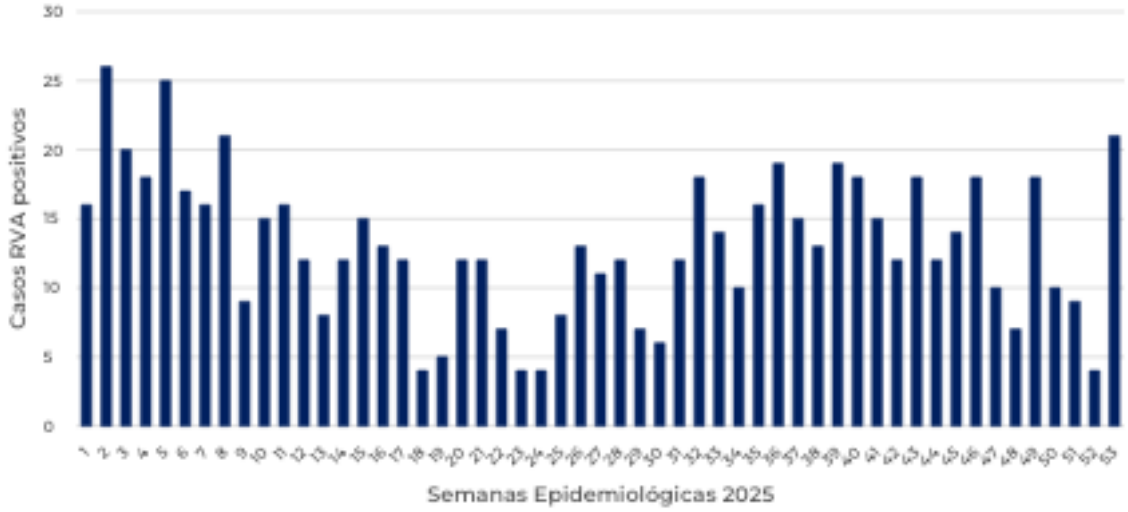
Gráfico 2. Número de determinaciones realizadas, casos de rotavirus positivos y prevalencia por año. Argentina. Período 2014-2025.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SIVILA y SNVS 2.0

En cuanto a la distribución temporal de los casos de rotavirus, si bien no se observó un marcado comportamiento estacional, la mayor cantidad de casos positivos notificados se observó entre las SE2 y 8, y la menor, entre las SE18 y 30.

Gráfico 3. Distribución temporal de casos positivos de rotavirus por Semana Epidemiológica. Argentina, 2025. N=698



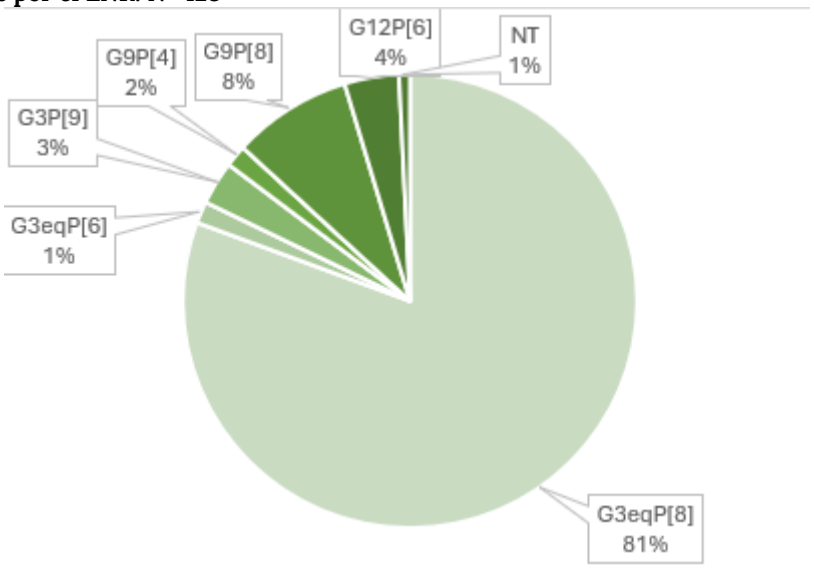
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SNVS 2.0

IX.3.B. ESTUDIO DE LOS GENOTIPOS CIRCULANTES

De las muestras recibidas en el Laboratorio Nacional de Referencia para su caracterización molecular, la asociación G-/P- tipo predominante en 2025 fue G3P[8] variante símil equina (*equine-like*), seguida por G9P[8]. Esta variante (G3P[8] símil equina), es predominante en Argentina desde hace al menos tres años consecutivos y forma parte de un patrón de circulación global: cepas estrechamente relacionadas han sido reportadas recientemente en

países de la región de las Américas como Venezuela, Perú y Brasil, así como en Bélgica, Rusia y Estados Unidos. A nivel global, esta cepa fue identificada por primera vez en Australia y Tailandia en 2013 y desde entonces se ha extendido progresivamente a Asia, Europa y las Américas. Frente a este escenario, si bien la vacuna monovalente utilizada en Argentina (cepa G1P[8] de origen humano) presenta características genéticas y antigénicas distintas a la variante símil equina, su diseño heterotípico (es decir, no exclusivo para un genotipo específico) confiere protección frente a los casos graves (que provocan las internaciones y muertes), independientemente del genotipo circulante.

Gráfico 4. Distribución porcentual de los genotipos circulantes. Muestras en condiciones de ser caracterizadas por el LNR. N= 128*



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Laboratorio Nacional de Referencia de Rotavirus y Norovirus
** Jurisdicciones que participaron en el envío de muestras al LNR: Buenos Aires, CABA, Catamarca, Chaco, Córdoba, Jujuy, La Pampa, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, Santa Cruz y Tucumán.*

IX.4. Vigilancia por laboratorios de Adenovirus

IX.4.A. CONDENSADO DE NOTIFICACIÓN AGRUPADA

En el año 2025, un total de 21 jurisdicciones aportaron información del evento Adenovirus (DV) al SNVS 2.0. Durante ese período, se notificaron 7.548 determinaciones realizadas de las cuales 385 (5,1%) resultaron positivas para adenovirus. En comparación con el año 2024, se observó una disminución del 27% en la cantidad de determinaciones. Asimismo, 18 jurisdicciones cumplieron con la periodicidad de notificación recomendada en al menos un establecimiento de salud (>75% de las 53 SE), mientras que 3 jurisdicciones no notificaron casos estudiados.

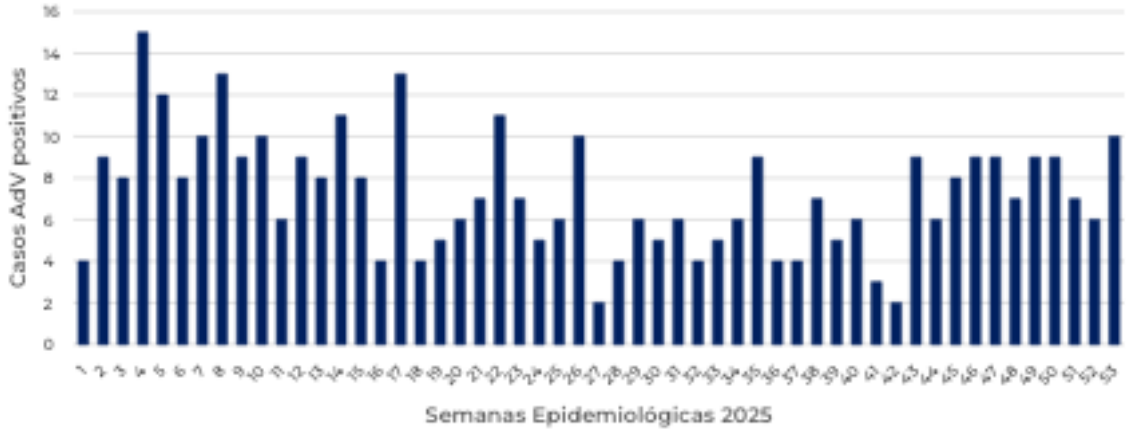
Tabla 2. Número de casos estudiados y positivos para adenovirus (AdV), frecuencia de detección y periodicidad en la notificación al SNVS 2.0 por jurisdicción y total país. Argentina. Años 2024 y 2025.

Jurisdicción	2025 (SE1-53)			2024 (SE1-53)		Diferencia estudiados 2025/ 2024 (%)	Periodicidad en la notificación - 2025	
	Casos positivos AdV	Casos estudiados AdV	Frecuencia de detección	Casos positivos AdV	Casos estudiados AdV		SE notificadas	SE notificadas/ SE totales
Buenos Aires	52	2023	2.6%	72	2041	-0.9	53	100%
CABA	27	450	6.0%	77	2585	-82.6	53	100%
Catamarca	13	44	29.5%	1	62	n/a	33	62%
Chaco	3	175	1.7%	2	115	52.2	53	100%
Chubut	8	401	2.0%	20	190	111.1	53	100%
Córdoba	47	606	7.8%	53	994	-39.0	53	100%
Corrientes	0	24	0%*	0	36	n/a	36	68%
Entre Ríos	13	172	7.6%	5	78	120.5	53	100%
Formosa	0	0	n/a	0	0	n/a	0	0%
Jujuy	14	374	3.7%	12	384	-2.6	53	100%
La Pampa	5	61	8.2%	12	104	-41.3	53	100%
La Rioja	1	37	2.7%	0	3	n/a	18	34%
Mendoza	69	1208	5.7%	113	1108	9.0	53	100%
Misiones	1	178	0.6%	3	212	-16.0	51	96%
Neuquén	64	408	15.7%	27	358	14.0	53	100%
Río Negro	0	17	0%*	0	11	54.5	53	100%
Salta	16	371	4.3%	28	730	-49.2	53	100%
San Juan	0	0	n/a	0	0	n/a	0	0%
San Luis	14	212	6.6%	43	414	-48.8	53	100%
Santa Cruz	11	127	8.7%	16	162	-21.6	53	100%
Santa Fe	8	301	2.7%	22	460	-34.6	51	96%
Santiago del Estero	0	0	n/a	0	0	n/a	0	0%
Tierra del Fuego	3	34	8.8%	1	44	-22.7	53	100%
Tucumán	16	325	4.9%	11	244	33.2	53	100%
TOTAL PAÍS	385	7548	5.1%	518	10335	-27.0		

Fuente: elaboración propia a partir de datos del SNVS 2.0
** Los resultados deben interpretarse cuidadosamente porque la cantidad de casos estudiados es muy baja*
n/a: no aplica

El análisis de la distribución semanal de los casos positivos de adenovirus (AdV) notificados durante 2025 no mostró un marcado comportamiento estacional, aunque la mayor concentración de casos se registró entre las SE 4 y 17.

Gráfico 5. Distribución temporal de casos positivos de Adenovirus por Semana Epidemiológica. Argentina, 2025. N=385

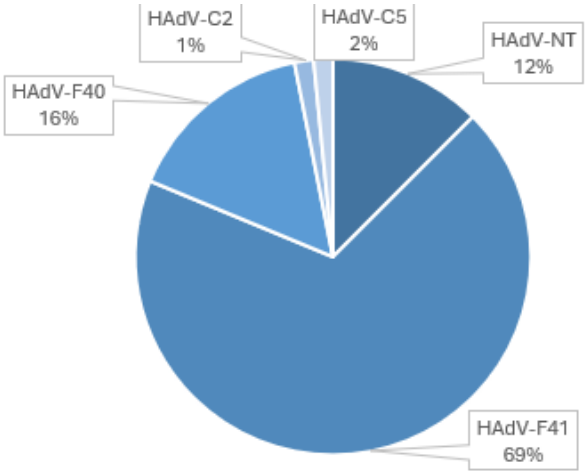


Fuente: elaboración propia a partir de datos del SNVS 2.0

IX.4.B. ESTUDIO DE LOS GENOTIPOS CIRCULANTES

En el año 2025, el genotipo predominante entre los casos de adenovirus caracterizados fue el HAdV-F41, de acuerdo con los estudios moleculares realizados en el Laboratorio Nacional de Referencia. Esta distribución es consistente con la literatura científica, identificando al genotipo HAdV-F41 como uno de los más fuertemente asociados a los cuadros de gastroenteritis de origen viral.

Gráfico 6. Distribución porcentual de los genotipos circulantes. Muestras en condiciones de ser caracterizadas por el LNR. N=64*



NT: no tipificable

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Laboratorio Nacional de Referencia de Rotavirus y Norovirus.
** Jurisdicciones que participaron en el envío de muestras al LNR: Buenos Aires, CABA, Catamarca, Chaco, Córdoba, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Neuquén, Salta, San Luis y Santa Cruz.*

IX.5. Vigilancia por laboratorios de Norovirus

IX.5.A. CONDENSADO DE NOTIFICACIÓN AGRUPADA

En el año 2025, 17 jurisdicciones aportaron información al SNVS 2.0, notificando 1.617 determinaciones realizadas, de las cuales 313 (19,4%) resultaron positivas para norovirus. Cabe recordar que norovirus fue incorporado como evento de notificación agrupada y semanal en el SNVS 2.0 en el año 2024. Por lo tanto, la baja cantidad de casos estudiados y la marcada variabilidad entre jurisdicciones responden, en gran medida, a un proceso heterogéneo de adopción de la vigilancia a nivel provincial y a las limitaciones en el acceso al diagnóstico de certeza (esencialmente por técnicas moleculares) que persisten en algunas jurisdicciones, más que a diferencias reales en la carga de enfermedad.

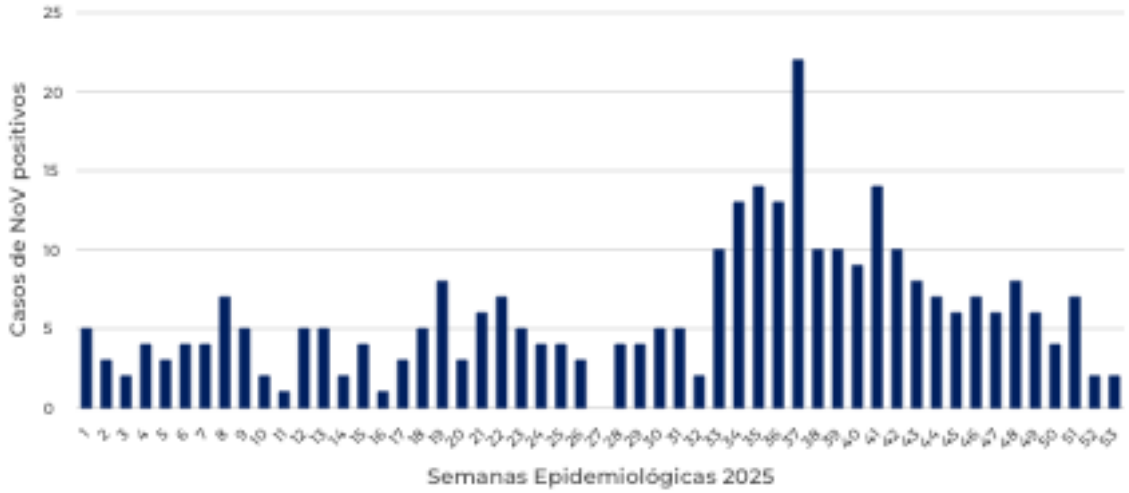
Tabla 3. Número de casos estudiados y positivos para norovirus (NV), frecuencia de detección y periodicidad en la notificación al SNVS 2.0 por jurisdicción y total país. Argentina. Años 2024 y 2025.

	2025 (SE1-53)			2024 (SE1-53)		Diferencia estudiados 2025/2024 (%)	Periodicidad en la notificación - 2025	
Jurisdicción	Casos positivos NoV	Casos estudiados NoV	Frecuencia de detección (%)	Casos positivos NoV	Casos estudiados NoV		SE notificadas	SE notificadas/ SE totales
Buenos Aires	43	289	14.9%	43	229	26.2	53	100%
CABA	64	405	15.8%	6	190	113.2	53	100%
Catamarca	7	18	38.9%	0	0	n/a	23	43%
Chaco	28	155	18.1%	1	5	3000.0	50	94%
Chubut	1	4	25.0%*	0	5	-20.0	50	94%
Córdoba	154	633	24.3%	105	868	-27.1	53	100%
Corrientes	0	5	0%*	1	26	-80.8	23	43%
Entre Ríos	0	3	0%*	0	3	0.0	42	79%
Formosa	0	0	n/a	0	0	n/a	0	0%
Jujuy	0	0	n/a	0	0	n/a	50	94%
La Pampa	0	0	n/a	1	2	-100.0	53	100%
La Rioja	4	12	33.3%*	0	0	n/a	5	9%
Mendoza	6	16	37.5%*	4	44	-63.6	53	100%
Misiones	0	22	0%*	0	0	n/a	31	58%
Neuquén	3	13	23.1%*	3	8	175.0	53	100%
Río Negro	0	0	n/a	0	0	n/a	53	100%
Salta	0	17	0%*	28	413	-95.9	53	100%
San Juan	0	0	n/a	0	0	n/a	0	0%
San Luis	2	12	16.7%*	0	2	500.0	53	100%
Santa Cruz	0	3	0%*	0	6	-50.0	53	100%
Santa Fe	1	6	16.7%*	0	6	0.0	33	62%
Santiago del Estero	0	0	n/a	0	0	n/a	0	0%
Tierra del Fuego	0	0	n/a	0	0	n/a	52	98%
Tucumán	0	4	0%*	0	0	n/a	53	100%
TOTAL PAÍS	**313**	**1617**	**19.4%**	**192**	**1807**	-10.5		

Fuente: elaboración propia a partir de datos del SNVS 2.0
** Los resultados deben interpretarse con cautela, dado que el sistema de vigilancia de este evento se encuentra en una etapa inicial de implementación: su incorporación al Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria data de 2024.*
n/a: no aplica

La mayor cantidad de casos se notificó entre las SE34 y 43 (temporada de invierno/primavera), en concordancia con el patrón estacional habitual descripta para norovirus.

Gráfico 7. Distribución temporal de casos positivos de Norovirus por Semana Epidemiológica. Argentina, 2025. N=313

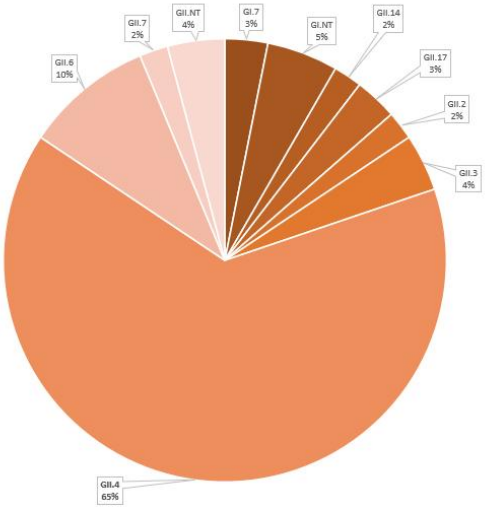


Fuente: elaboración propia a partir de datos del SNVS 2.0

IX.5.B. ESTUDIO DE LOS GENOTIPOS CIRCULANTES

La vigilancia de genotipos circulantes de norovirus durante 2025 se realizó mediante dos abordajes complementarios: i) caracterización molecular de muestras con diagnóstico positivo para norovirus remitidas por los laboratorios integrantes de la Red Nacional y; ii) búsqueda activa de casos de norovirus en muestras con resultado negativo para rotavirus. Como resultado, se identificó al genotipo GII.4 como el predominante en el país durante ese período, con la detección de sus variantes Sydney y San Francisco.

Gráfico 8. Distribución porcentual de los genotipos circulantes. Muestras en condiciones de ser caracterizadas por el LNR. N=96*



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Laboratorio Nacional de Referencia de Rotavirus y Norovirus
NT: no tipificable
**Jurisdicciones que participaron en el envío de muestras al LNR: Chaco, Córdoba, La Rioja, Mendoza, Salta y Tucumán.*

ALERTAS Y COMUNICACIONES **INTERNACIONALES**

X. Introducción

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

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

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

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

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

X.1. Sarampión - Situación epidemiológica regional

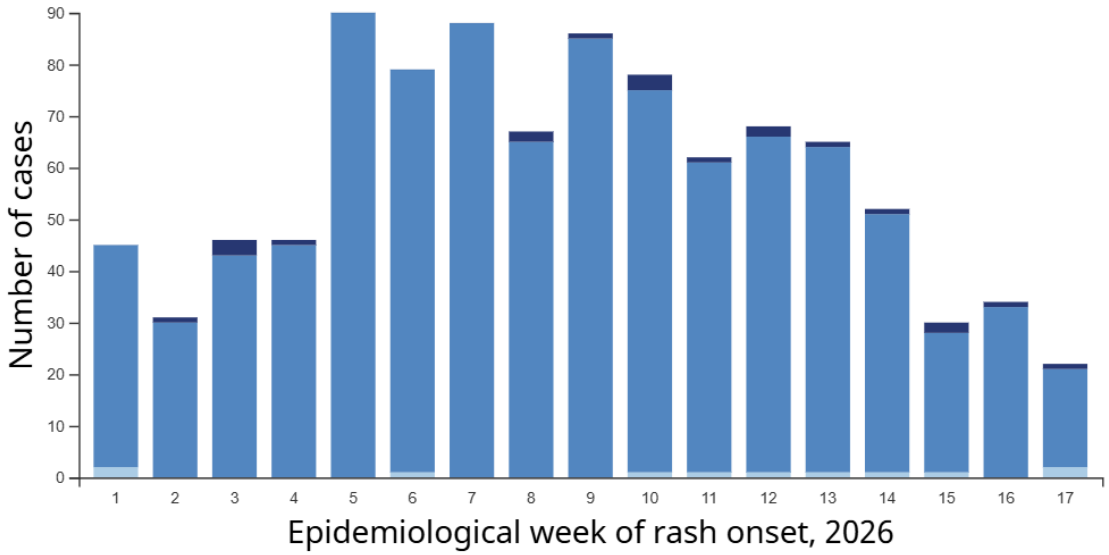
X.1.A. CANADÁ[32]

En 2026, se han notificado un total de 989 casos de sarampión (913 confirmados, 76 probables) en 7 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Escocia, Ontario, Quebec y Saskatchewan), hasta el 2 de mayo del 2026.

En la semana 17 (del 26 al 25 de mayo del 2026), se notificaron 45 nuevos casos de sarampión (44 confirmados y 1 probables).

[32] https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/

Figura 1. Curva epidemiológica de casos de sarampión, por semana epidemiológica de inicio de la erupción y fuente de exposición, 2026 (n=944)



X.1.B. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA[33]

Al 14 de mayo de 2026, se notificaron 1.884 casos confirmados de sarampión en los Estados Unidos durante 2026. De estos, 1.884 casos fueron reportados por 40 jurisdicciones: Alaska, Arizona, California, Colorado, Distrito de Columbia, Florida, Georgia, Idaho, Illinois, Kansas, Kentucky, Luisiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Misuri, Montana, Nebraska, Nueva Jersey, Nuevo México, Ciudad de Nueva York, Estado de Nueva York, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregón, Pensilvania, Rhode Island, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, Wisconsin y Wyoming. Se notificaron 9 casos de sarampión en visitantes internacionales a los Estados Unidos.

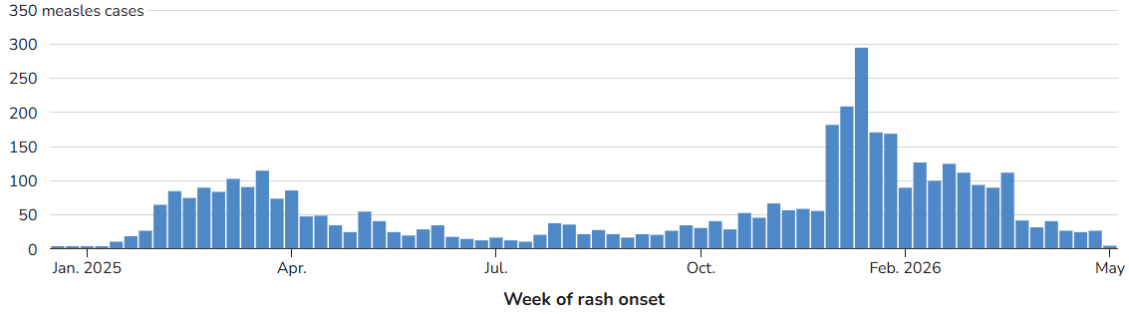
Se han notificado 27 nuevos brotes en 2026, y el 93% de los casos confirmados (1.761 de 1.893) están asociados a brotes (459 correspondientes a brotes en 2026 y 1.302 a brotes que comenzaron en 2025).

En el año 2025, se notificaron un total de 2.288 casos confirmados de sarampión. Un total de 25 casos confirmados de sarampión fueron de visitantes internacionales a los Estados Unidos.

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

[33] https://www.cdc.gov/measles/data-research/

Figura 1. Casos semanales de sarampión según la fecha de inicio del exantema. 2025-2026 (hasta 14/05/26).



X.1.C. GUATEMALA[34]

Al 10 de mayo de 2026 se han confirmado 6.098 casos de sarampión y se encuentra vigente la "Alerta roja a nivel nacional por sarampión", indicando que hay un brote activo y alto riesgo de expansión. Se registran 7.177 casos probables (por definición clínica o nexo epidemiológico).

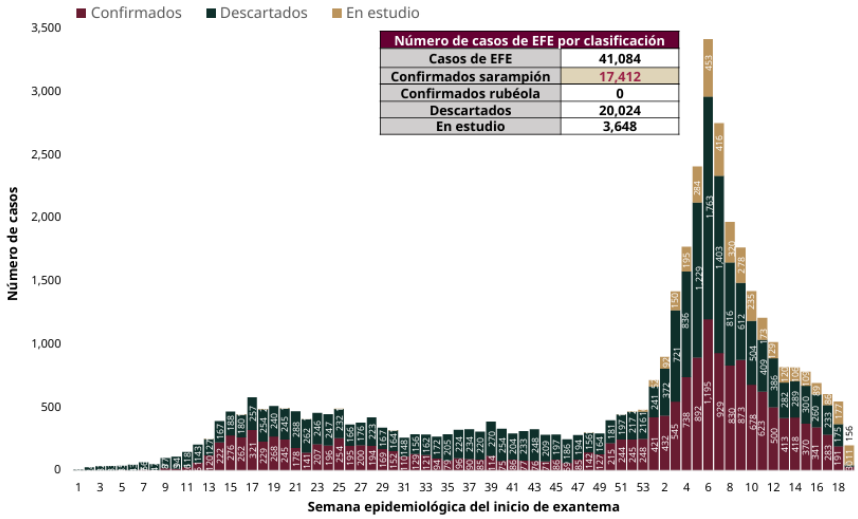
A su vez, se han registrado un total de 10 fallecidos, en su mayoría menores de edad que no se encontraban en edad de haber podido completar su esquema de vacunación.

X.1.D. MÉXICO[35]

Al 15 de mayo, se han reportado 17.412 casos confirmados de sarampión acumulados desde el comienzo del brote. El grupo de edad más afectado es de 1 a 4 años (2.257 casos), seguido del grupo el de 25 a 29 años (2.005 casos) y por último el de 5 a 9 años (1.997 casos).

Se han reportado 40 fallecimientos a la fecha.

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



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

[34] https://saludjuntos.gt/
[35] *www.gob.mx/salud/documentos/informe-diario-del-brote-de-sarampion-en-mexico-2026*

X.1.E. PANAMA[36]

El Ministerio de Salud (Minsa) informa a la población que se ha confirmado un caso importado de sarampión en un viajero internacional que ingresó recientemente al país por la frontera de Costa Rica con Bocas del Toro.

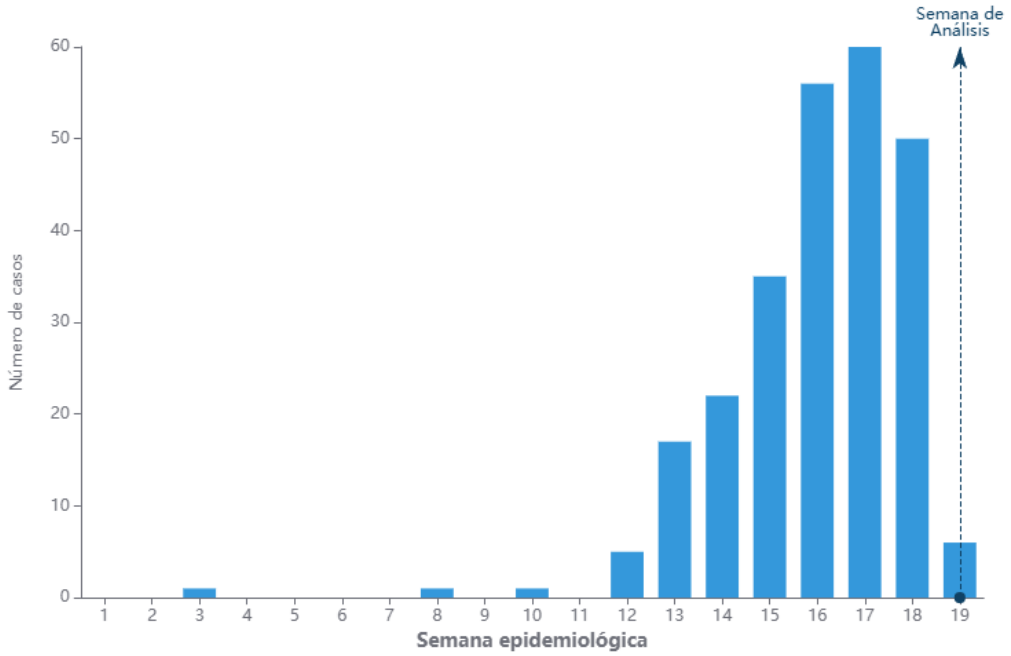
El caso corresponde a un ciudadano extranjero que visito México y varios países en Centroamérica: Guatemala, El Salvador, Nicaragua y Costa Rica. Presentó síntomas compatibles con sarampión, entre ellos fiebre, exantema (erupciones en la piel), tos y secreción nasal. El paciente recibió atención médica en un hospital privado donde se le tomó muestra para los estudios correspondientes; se mantiene bajo seguimiento clínico y vigilancia epidemiológica.

Adicionalmente, se mantiene bajo investigación epidemiológica una segunda viajera internacional con síntomas sospechosos compatibles con sarampión.

X.1.F. PERÚ[37]

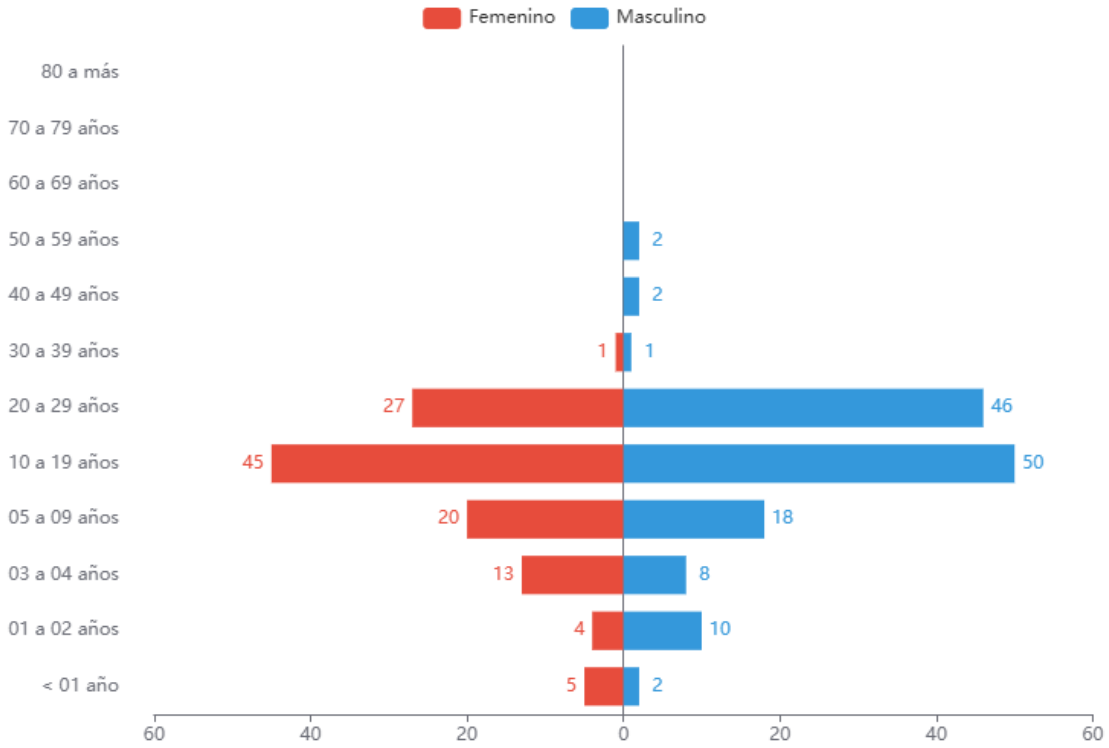
Al 15/05/2026 la República del Perú cuenta con 254 casos confirmados correspondientes al año 20026. No se registran fallecimientos a la fecha.

Figura 1. Notificación de casos confirmados de sarampión-rubeola, 2026 (n=199)



[36] https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-185
[37] https://app7.dge.gob.pe/maps2/shiny_SYR_web/

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



DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

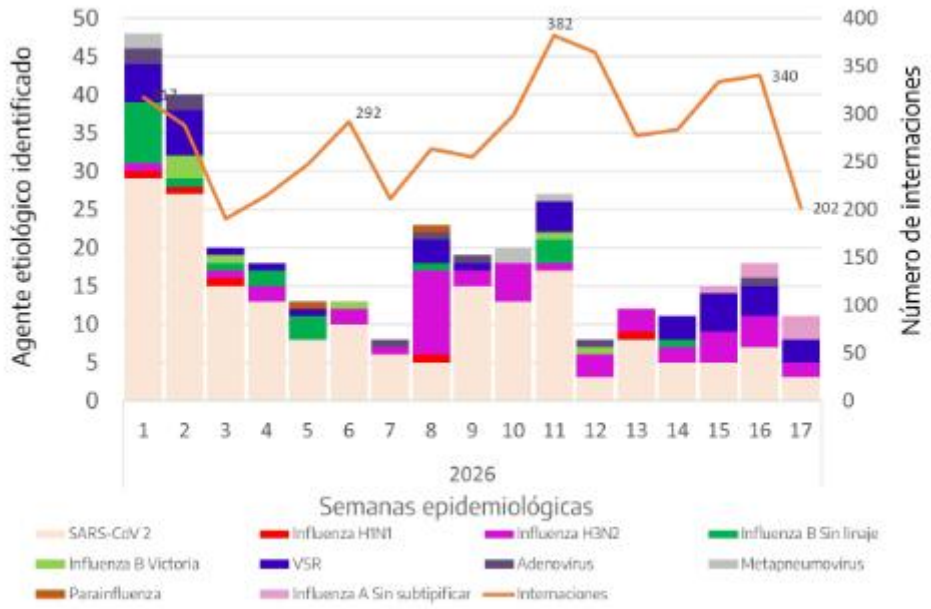
XI. Boletines Jurisdiccionales

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

En la PBA entre las internaciones por IRA se registra un ligero aumento proporcional de las detecciones de Influenza A (H3N1 y sin subtipificar) y un sostenimiento de las detecciones de VSR, aunque los valores se mantienen bajos.



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



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

Para más información:

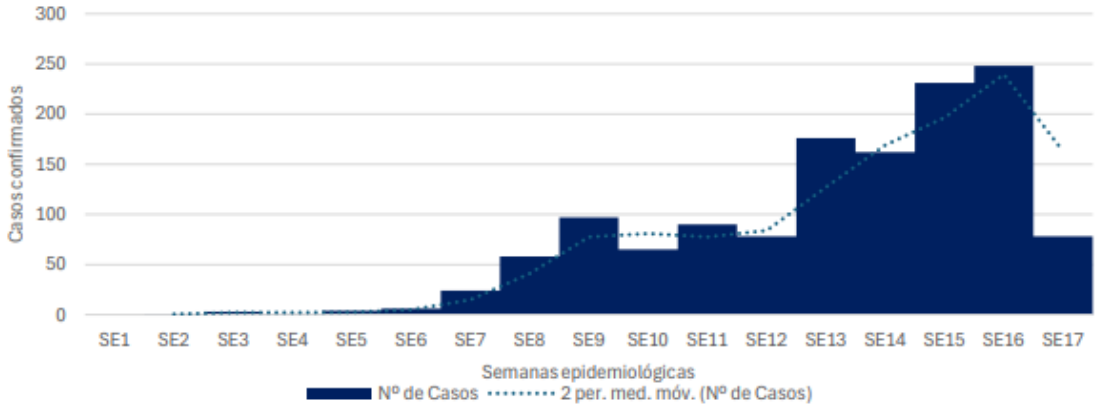
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

XI.2. Salta: Chinkungunya

En la Provincia de Salta hasta la SE 17, se notificaron 1322 casos confirmados tomando como referencia los resultados de las determinaciones de laboratorio para fiebre chikungunya.



Chikungunya: casos confirmados por semana epidemiológica. (se 1 hasta se 17). Año 2026. Provincia de salta (n=1322)



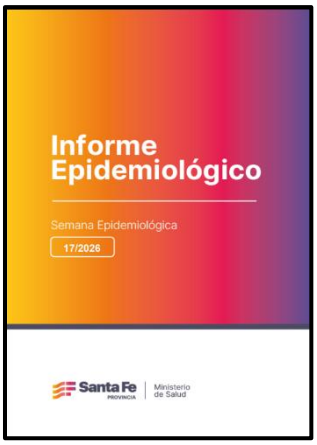
Fuente: Elaboración propia de Sala de situación la D.G.C.E. en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Para más información:

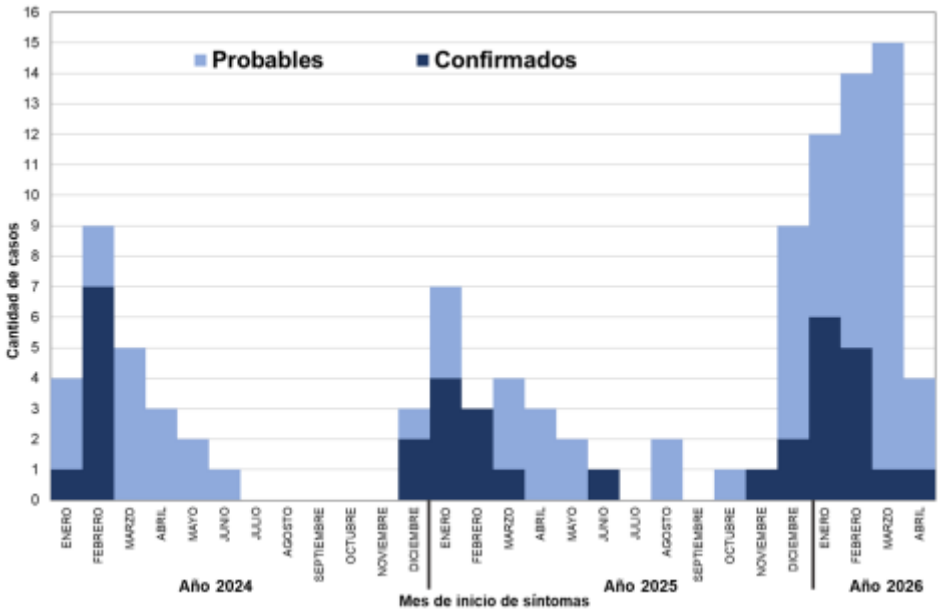
http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/

XI.3. Santa Fe: Psitacosis

En lo que va del 2026 (SE1/2026 a SE17/2026) fueron notificados 81 casos de Psitacosis de los cuales 45 casos (55%) corresponden a casos confirmados o probables.



Distribución de casos confirmados (n= 35) y probables (n= 70) de Psitacosis según mes de inicio de síntomas. Provincia de Santa Fe. Período 2024-2026 (hasta SE17/2026). N= 105



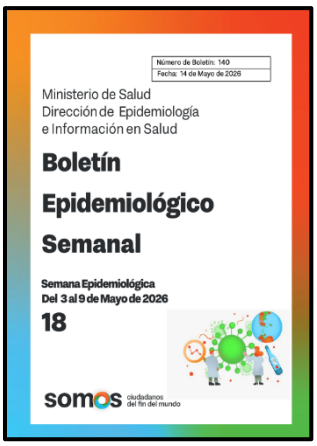
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

Para más información:

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

XI.4. Tierra del Fuego: Diarreas agudas

Hasta la semana epidemiológica (SE) 18 en 2026 se notificaron 1.909 casos de diarrea aguda en SNVS 2.0 en la modalidad agrupadas. Con respecto al mismo período del año 2025, se observa una disminución del 25,6 % de los casos registrados a nivel provincial.



Diarreas agrupadas, año 2025 y 2026

	SE 18 / Año 2025	SE 18 /Año 2026	% Variación interanual
Río Grande	1164	556	⬇ -52,2
Tolhuin	86	61	⬇ -29,1
Ushuaia	1316	1292	⬇ -1,8
Tierra del Fuego	2566	1909	⬇ -25,6

Fuente: SNVS 2.0 Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología e Información en Salud. Ministerio de Salud. Provincia de Tierra del Fuego e IAS.

Para más información:

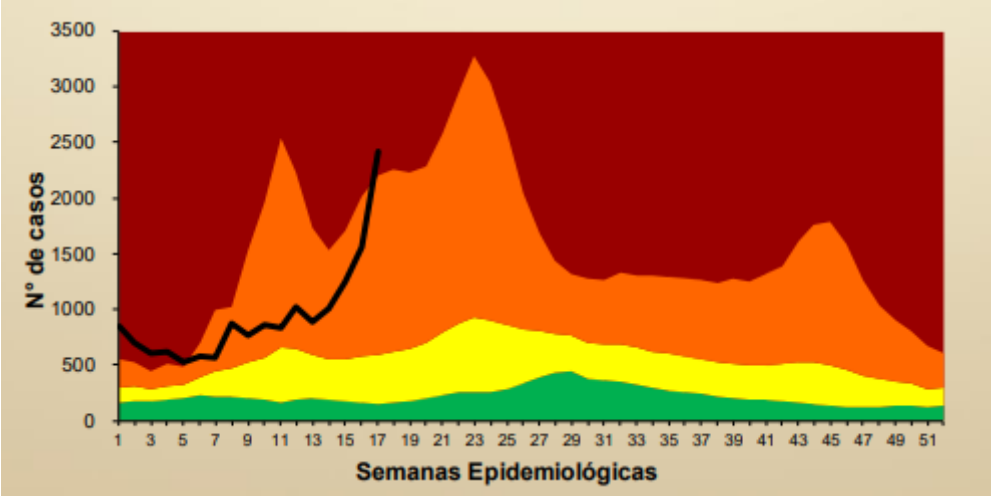
https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/

XI.5. Tucumán: Enfermedad tipo influenza (ETI)

Las infecciones respiratorias agudas son comúnmente causadas por influenza y otros virus respiratorios, ocurren durante todo el año con picos epidémicos. Debido a su morbilidad, se han establecido estrategias para el monitoreo permanente. En la semana epidemiológica 17 se registraron 2414 casos para este evento.



Corredor endémico de Enfermedad Tipo Influenza hasta SE 17. Provincia de Tucumán. Año 2026



Fuente: SNVS – Dirección de Epidemiología

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS
PARA VIGILANCIA

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

Con el fin de mantener a los equipos técnicos de vigilancia actualizados sobre los cambios, mejoras y modificaciones en la configuración de eventos en el SNVS 2.0, en este número se publican las realizadas en **mayo** 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**
Mayo	Infección Respiratoria Aguda Bacteriana	Evento	Clasificación del caso	Se quita del evento: “Chlamydia psittaci *” ***se vigila en el evento Psitacosis**
				Se adiciona: “"Chlamydia spp."”

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



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

Duración: 30 horas

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

XIV. Curso Vigilancia y notificación de Dengue



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

Duración: 30 horas

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