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



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **793**

Semana epidemiológica 3
AÑO 2026
Desde 18/01 al 24/01
Fecha de publicación
02/02/2026

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:

Coqueluche
Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles y la Dirección de Salud Perinatal, Niñez y Adolescencias (DiSPNyA).
De la ANLIS "Carlos G. Malbrán": el Departamento de Epidemiología y el Servicio de Bacteriología Clínica, ambos del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI).

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

Hantavirosis
Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores.
De la ANLIS "Carlos G. Malbrán": el Laboratorio Nacional de Referencia de Hantavirus, Servicio de Biología Molecular, Departamento de Virología del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI).
De la ANLIS "Carlos G. Malbrán": el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui" (INEVH).

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

Leismaniasis Visceral
Del Ministerio de Salud de la Nación: Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores.
De la ANLIS "Carlos G. Malbrán": el Instituto Nacional de Parasitología "Dr. Mario Fatala Chaben" (INP).

Psitacosis
Del Ministerio de Salud de la Nación: Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores.
De la ANLIS "Carlos G. Malbrán": el Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI).
De la ANLIS "Carlos G. Malbrán": el Departamento de Epidemiologia.

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

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

Agradecimientos

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

Imagen de tapa

El promastigote de Leishmania es la forma infectiva, alargada y móvil del parásito protozoo, caracterizada, es inyectado en mamíferos por la picadura del flebótomo hembra (mosquito) y se transforma en amastigote intracelular. Imagen ilustrativa libre de derechos.

Cómo citar este boletín

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2026). Boletín Epidemiológico Nacional N°793, SE 3.

I. Editorial del BEN 789

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

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

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

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

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

Vet. Cecilia Gonzalez Lebrero
Directora de Epidemiología

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

II. Sobre este BEN

El BEN N.° 793 presenta, como en números previos, la información producida por las distintas estrategias de vigilancia en Argentina, a partir de los datos notificados al SNVS 2.0 por las jurisdicciones. Se mantiene el esquema editorial habitual, con una organización por secciones que facilita la lectura integrada y la comparación temporal de los eventos priorizados y de los de notificación obligatoria.

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

En Eventos Priorizados, se continúa con la actualización integrada de la vigilancia de infecciones respiratorias agudas, dengue y otros arbovirus, y hantavirus, manteniendo la misma lógica de seguimiento epidemiológico y de apoyo operativo. En respiratorias se incluye la situación regional de influenza y otros virus, el foco en el subclado K de influenza A(H3N2). En dengue y arbovirus se actualiza la situación regional y nacional, el análisis de escenario para la temporada 2025–2026 y el seguimiento de chikungunya y otros arbovirus. En hantavirus se presenta el capítulo completo con situación actual, vigilancia de genotipos, análisis del sistema de atención y acciones ministeriales.

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

El BEN incorpora además dos Actualizaciones periódicas de eventos, con información detallada y elementos operativos para la vigilancia. La actualización de psitacosis presenta la situación 2019–2024 y el análisis del período reciente de la temporada reciente, incluyendo comparación con períodos previos, distribución espacial, perfil por edad y sexo, signos y síntomas, antecedentes epidemiológicos y análisis de gravedad y mortalidad; se suman precisiones de laboratorio (tipos de muestra y ensayos), la notificación del evento clamidiasis aviar (definiciones de caso y estudio etiológico), medidas de prevención y control, y una actualización normativa vinculada a la vigilancia.

Por su parte, la actualización de leishmaniasis visceral integra la dimensión humana, canina y vectorial. Se presenta la situación regional y nacional, con marco histórico y el análisis del período 2019–2025 (incluyendo el detalle del año 2025), y se incorporan apartados específicos sobre leishmaniasis visceral canina (serie 2019–2026), presencia vectorial y acciones programáticas y territoriales, junto con recomendaciones para prevención y control (casos, contactos y brotes) y una sistematización de aspectos clave para la vigilancia epidemiológica.

Finalmente, se incluyen Alertas Epidemiológicas Internacionales (sarampión, Marburgo y Nipah), los Destacados en boletines jurisdiccionales y, en Herramientas para vigilancia, el listado de modificaciones en codificaciones auxiliares del SNVS 2.0, como insumo para fortalecer la calidad del registro y la comparabilidad de la información.

Contenido

I. Editorial del BEN 789 **5**
II. Sobre este BEN **6**

TABLAS DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS **9**
III. Tablas de ENO seleccionados **10**
III.1. Nota metodológica 10
III.1.A. Sobre la construcción de las tablas 10
III.1.B. Notas adicionales a tener en cuenta 11
III.2. Eventos nominales confirmados 11
III.3. Eventos nominales notificados y confirmados 13
III.4. Nota general sobre la interpretación cromática en las tablas 14
III.5. Eventos agrupados clínicos 14
III.6. Eventos agrupados laboratoriales 16
III.6.A. Sobre la construcción de esta tabla 16

EVENTOS PRIORIZADOS **17**
IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas **18**
IV.1. Nota Metodológica 18
IV.1.A. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 18
IV.2. Situación regional del subclado K de influenza A(H3N2)" 19
IV.3. Síntesis de la información nacional destacada 19
IV.4. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis 20
IV.4.A. Enfermedad tipo influenza (ETI) 20
IV.4.B. Neumonía 21
IV.4.C. Bronquiolitis 23
IV.5. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios 24
IV.5.A. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Personas Internadas y Fallecidas 28
IV.6. Caracterización genómica de Influenza A (H3N2) 29
IV.7. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas 34
IV.7.A. Recomendaciones para equipos de salud 34
IV.7.B. Vigilancia epidemiológica 34
IV.8. Recomendaciones para la población 35
IV.9. Vacunación antigripal 36
IV.10. Tratamiento antiviral 36
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus **39**
V.1. Situación regional 39
V.2. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026 40
V.2.A. Nota metodológica 40
V.3. Situación de dengue en Argentina 42
V.3.A. Inicio de temporada 2025/2026 42
V.3.B. Consideraciones para la vigilancia por laboratorio 44
V.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina 45
V.5. Situación epidemiología de otros arbovirus en Argentina 46
V.5.A. Enfermedad por virus Zika 47
V.5.B. Fiebre de Oropouche 47
V.5.C. Encefalitis de San Luis 48
V.5.D. Fiebre del Nilo Occidental 48
V.5.E. Fiebre Amarilla 48
VI. Hantavirosis **49**
VI.1. Introducción 49
VI.2. Situación epidemiológica actual 50
VI.2.A. Nota metodológica 50
VI.2.B. situación epidemiológica 50
VI.2.C. Tiempo de atención y sensibilidad del sistema de salud 61
VI.2.D. Vigilancia de genotipos de hantavirus 63
VI.2.E. Sobre las acciones del ministerio de salud de la nación 63
VI.2.F. Conclusiones 64

SITUACIONES EMERGENTES **65**
VII. Coqueluche **66**
VII.1. Introducción 66
VII.2. Situación internacional 66
VII.3. Situación Epidemiológica actual de Coqueluche en Argentina 67
VII.3.A. Introducción 67
VII.3.B. Análisis de los casos notificados y confirmados 68
VII.3.C. Análisis según edad y gravedad 73
VII.4. Coberturas de Vacunación 73
VII.4.A. Coberturas para Total país 73

VII.4.B. Coberturas según jurisdicción 75

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS 78
VIII. Psitacosis – Actualización informe epidemiológico 79
VIII.1. Introducción 79
VIII.2. Nota metodológica 79
VIII.3. Situación epidemiológica 2019-2024 80
VIII.4. Situación epidemiológica actual - SE27/2025 a SE03/2026 80
VIII.4.A. Comparación respecto a períodos previos 80
VIII.4.B. Distribución espacial 82
VIII.4.C. Distribución por edad y sexo 83
VIII.4.D. Signos y síntomas 84
VIII.4.E. Antecedentes epidemiológicos 84
VIII.4.F. Gravedad y mortalidad 85
VIII.5. Laboratorio: tipos de muestra y ensayos para el estudio etiológico 86
VIII.6. Notificación del evento clamidiasis aviar 87
VIII.6.A. Definiciones de casos 87
VIII.6.B. Tipo de muestra y ensayos para el estudio etiológico 88
VIII.7. Medidas de Prevención y Control 89
VIII.7.A. Responsabilidades de las autoridades sanitarias, médicos y veterinarios 89
VIII.8. Actualización de Normativa de Vigilancia Epidemiológica 90
IX. Leishmaniasis visceral humana - Actualización informe epidemiológico 96
IX.1. Introducción 96
IX.1.A. Sobre esta publicación 96
IX.1.B. Sobre la enfermedad 96
IX.2. Descripción clínico-epidemiológica de la leishmaniasis visceral (LV) 97
IX.3. Situación regional de la Leishmaniasis visceral 97
IX.4. Leishmaniasis Visceral Humana en Argentina 99
IX.4.A. Nota metodológica 99
IX.4.B. Marco histórico 101
IX.4.C. Situación epidemiológica periodo 2019 - 2025 101
IX.4.D. Situación epidemiológica año 2025 105
IX.5. Leishmaniasis Visceral Canina en Argentina 105
IX.5.A. Nota metodológica 105
IX.5.B. Situación epidemiológica canina periodo 2019 - 2026 105
IX.6. Presencia Vectorial en Argentina 107
IX.6.A. Nota metodológica 107
IX.6.B. Situación vectorial en Argentina 107
IX.7. Acciones programáticas y territoriales 108
IX.8. Sobre la prevención y control 108
IX.8.A. Prevención 108
IX.8.B. Medidas ante casos y contactos 109
IX.8.C. Medidas ante brotes 110
IX.9. Conclusiones 110
IX.10. Sobre la vigilancia epidemiológica 110
IX.10.A. Leishmaniasis Visceral humana 110
IX.10.B. Leishmaniasis Visceral canina 111

ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES 112
X. Introducción 113
X.1. Situación epidemiológica mundial y regional de sarampión 113
X.1.A. Canada 113
X.1.B. Estados Unidos de América1F 114
X.1.C. México3F 115
X.2. Enfermedad por el virus de Marburgo - Etiopía 116
X.3. Dos casos de enfermedad por virus Nipah en Bengala Occidental desde diciembre pasado: NCDC. 117

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES 119
XI. Boletines Jurisdiccionales 120
XI.1. Buenos Aires: Hantavirus 120
XI.2. Salta – Hepatitis A 121
XI.3. Santa Fe: Coqueluche 122
XI.4. Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años 123

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA 124
XII. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 125

TABLAS DE **EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA** SELECCIONADOS

III. Tablas de ENO seleccionados

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

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

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

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

A continuación, presentamos las tablas de ENO seleccionados:

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

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

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

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

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

III.1. Nota metodológica

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

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

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

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

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

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

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

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

Algunas consideraciones clave sobre las tablas:

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

III.2. Eventos nominales confirmados

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

Tabla 1. Tabla de eventos nominales confirmados. SE 1-3. 2021-2026. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2021-2025 Mediana acumulados SE 1-3	2026 Acumulados SE 1-3	Diferencias 2026 con mediana 2021-2025	
				Absoluta	%
Enf. Trans. por vectores	Chagas agudo vectorial	0	0	0	N/A
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	9	15	6	67%
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	857	1.551	694	81%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	41	35	-6	-15%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	11	13	2	18%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo)	0	2	2	N/A
	Cisticercosis	0	0	0	N/A
	Escorpionismo o Alacranismo	464	1.154	690	149%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	48	62	14	29%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chinÍ)	2	2	0	0%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	0	0	0	N/A
	Brucelosis	4	8	4	100%
	Hantavirosis	6	14	8	133%
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	1	5	4	400%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	69	99	30	43%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	1	2	1	100%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	0	1	1	N/A
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	1	11	10	1000%
	Intoxicación/Exposición a Plomo	0	0	0	N/A
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	764	764	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	51	51	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	17	17	N/A
Pandrogo resistencia	Pandrogo resistencia en Acinetobacter spp.	0	0	0	N/A
	Pandrogo resistencia en Enterobacterales	0	0	0	N/A
	Pandrogo resistencia en Pseudomonas aeruginosa	0	0	0	N/A
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	958	1.037	79	8%

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

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

III.3. Eventos nominales notificados y confirmados

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

Tabla 2. Tabla de eventos nominales notificados y confirmados. SE 1-3. 2021-2026. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2021-2025 Mediana acumulados SE 1-3		2026 Acumulados SE 1-3		Diferencias 2026 con mediana 2021-2025			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enfermedades prevenibles por vacunas	Coqueluche (tos convulsa)	105	3	230	67	125	119%	64	2133%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	21	0	82	0	61	290%	0	N/A
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)		0		0		N/A	0	N/A
	Meningitis - Meningoencefalitis	144	45	177	49	33	23%	4	9%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomielitis	7	0	7	0	0	0%	0	N/A
Enfermedades Transmisibles por vectores	Dengue	891	13	2.166	0	1.275	143%	-13	-100%
	Encefalitis de San Luis	17	0	35	0	18	106%	0	N/A
	Fiebre amarilla humana	4	0	14	0	10	250%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	3	0	3	0	0	0%	0	N/A
	Zika	31	0	66	0	35	113%	0	N/A
Enf. trans. por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	18	3	15	0	-3	-17%	-3	-100%
Enf. zoonóticas humanas	Leptospirosis	110	3	243	30	133	121%	27	900%
	Psitacosis	21	5	80	2	59	281%	-3	-60%
ETMI - Enfermedades del niño	Chagas agudo congénito	58	3	187	4	129	222%	1	33%
	Sífilis Congénita	92	48	91	91	-1	-1%	43	90%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	0	0	3	0	3	N/A	0	N/A
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en emb.	92	83	164	125	72	78%	42	51%
	Sífilis en emb.	555	530	855	0	300	54%	-530	-100%
	Hepatitis B en emb.	4	2	4	1	0	0%	-1	-50%
Hepatitis virales	Hepatitis A	4	1	18	7	14	350%	6	600%
	Hepatitis B	172	42	186	30	14	8%	-12	-29%
	Hepatitis C	122	86	164	64	42	34%	-22	-26%
	Hepatitis E	2	0	1	0	-1	-50%	0	N/A
Infecc. de trans. sexual	Sífilis en población general	1.852	1.445	3.782	3.265	1.930	104%	1.820	126%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	26	26	69	68	43	165%	42	162%
Otros eventos de imp. p/ la salud pública	Viruela símica (mpox)	4	0	14	4	10	250%	4	N/A

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

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

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

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

III.5. Eventos agrupados clínicos

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

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

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

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

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

SECCIÓN	EVENTO	2021-2025 Mediana acumulados SE 1-3	2026 Acumulados SE 1-3	Diferencias 2026 con mediana 2021-2025	
				Absoluta	%
Enf. Trans. Por alimentos	Diarrea	50.791	22.325	-28.466	-56%
Infecc. de trans. sexual	Secreción genital purulenta en varones	186	45	-141	-76%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	34	2	-32	-94%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar	2.452	650	-1.802	-73%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	40.043	11.645	-28.398	-71%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	2.309	832	-1.477	-64%
	Neumonía (sin especificar)	3.061	1.113	-1.948	-64%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	5	217	212	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	6	262	256	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	36	857	821	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	3	26	23	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	22	351	329	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	55	197	142	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	133	1.267	1.134	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	74	193	119	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	18	85	67	N/A
	Lesiones por electrocución	0	46	46	N/A
	Lesiones por atragantamiento	1	12	11	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	56	1.731	1.675	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	43	889	846	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	126	927	801	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	1	8	7	N/A
	Otras lesiones en el hogar	28	598	570	N/A

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

III.6. Eventos agrupados laboratoriales

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

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

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

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

Tabla 4. Tabla de eventos agrupados laboratoriales. SE 1-3. 2021-2026. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2021-2025 Mediana acumulados SE 1-3		2026 Acumulados SE 1-3		Diferencias 2026 con mediana 2021-2025			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	209	21	21	2	-188	-90%	-19	-90%
	Infección por Mycoplasma genitalium	46	2	0	0	-46	-100%	-2	-100%
	Infección por Mycoplasma hominis	124	11	4	1	-120	-97%	-10	-91%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	708	30	32	4	-676	-95%	-26	-87%
	Infección por Trichomonas vaginalis	1.162	137	159	24	-1.003	-86%	-113	-82%

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

EVENTOS **PRIORIZADOS**

IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

IV.1. Nota Metodológica

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

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

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

La actividad de influenza en las Américas continúa con una tendencia ascendente, impulsada principalmente por la actividad en el hemisferio norte, con una positividad regional de 16.2%. La influenza A(H3N2) continúa predominando entre las muestras subtipificadas en todas las regiones, excepto en la subregión andina. La circulación de VSR se mantiene en niveles bajos (<1%), mientras que la positividad de SARS-CoV-2 continúa en descenso, alcanzando 5.4%. En América del Norte, la circulación de influenza probablemente se encuentra cerca de su pico, con una positividad de 22%. La actividad de VSR permanece baja, con un ligero aumento a 2.2%, mientras que la positividad de SARS-CoV-2 disminuyó a 5.2%. En el Caribe, la circulación de influenza es elevada, con una positividad de 34%. La actividad de VSR continúa disminuyendo, alcanzando 7%, mientras que SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos (<1%). En Centroamérica, la actividad de influenza se mantuvo estable durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas (SE), con una positividad de aproximadamente 12.2%. La circulación de SARS-CoV-2 se mantuvo baja y estable, mientras que la actividad de VSR permaneció elevada en 10.6%. En la subregión andina, la actividad de influenza se estabilizó durante las últimas tres SE, con una positividad de 7.2%, mientras que la circulación de VSR continuó en aumento, alcanzando 5.8%. La circulación de SARSCoV-2 aumentó en comparación con las dos SE previas, alcanzando una positividad de 5.1%. En Brasil y el Cono Sur, la actividad de influenza disminuyó en comparación con la SE previa, con una positividad de 12.6%. La circulación de VSR se mantiene en niveles interestacionales (1.1%), mientras que la actividad de SARS-CoV-2 permaneció estable en 8.4%. La circulación de otros virus respiratorios (OVR) ha continuado disminuyendo desde inicios de octubre, con una positividad regional de 2.7%. El rinovirus y el virus parainfluenza continúan siendo los OVR detectados con mayor frecuencia.

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

IV.2. Situación regional del subclado K de influenza A(H3N2)[2,3,4]

En relación con la circulación del subclado J.2.4.1 (subclado K) de influenza A(H3N2) en la Región de las Américas, el 18 de diciembre de 2025 Brasil informó su identificación mediante caracterización genética realizada por el Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz), correspondiente a un caso importado, sin evidencia de transmisión local asociada hasta la fecha.

Durante diciembre de 2025, Costa Rica notificó la detección de influenza A(H3N2) subclado K en el marco de su vigilancia virológica nacional, mientras que Perú informó la identificación de dos casos pediátricos. En el mismo período, Chile confirmó su detección a partir de muestras analizadas en el país, en el contexto del fortalecimiento de la vigilancia genómica, y Paraguay confirmó su presencia tras la investigación de un brote en viajeros, a través de su laboratorio de referencia nacional.

En el hemisferio norte, particularmente en Estados Unidos y Canadá, se han registrado detecciones crecientes de influenza A(H3N2) correspondientes al subclado K, en un contexto de aumento de la actividad de influenza. Asimismo, México confirmó la detección de influenza A(H3N2) subclado K, a través del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y el INER.

IV.3. Síntesis de la información nacional destacada

En la SE1 de 2026, la vigilancia clínica notificó 363 casos de ETI, 372 casos de neumonía y 67 casos de bronquiolitis en menores de dos años.

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

En las UC-IRAG, se registraron más de 11.000 internaciones en 2025, con detecciones de los tres virus priorizados y un ligero aumento de IRAG asociada a SARS-CoV-2 entre semanas 35 y 47. En las 2 primeras SE de 2026 se registraron 230 internaciones, con 7 detecciones de SARS-CoV-2 5 de Influenza y 2 de VSR

La vigilancia universal por red de laboratorios en 2025 mostró predominio de influenza B, con detecciones de influenza A e influenza A(H3N2) hacia el final del año. Se registran detecciones de VSR y un aumento gradual en las detecciones de SARS COV 2 desde la SE34/2025, acentuado entre SE42-46/2025.

Durante la SE2/2026, se registra circulación de virus respiratorios, principalmente SARS-CoV-2, seguido de influenza, adenovirus, parainfluenza y VSR.

---

[2] World Health Organization (10 December 2025). Disease Outbreak News; Seasonal influenza -Global situation. Available at: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON586

[3] Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz). *Subclade K del virus de la influenza identificado por primera vez en Brasil* [Internet]. 18 dic 2025. Disponible en: https://www.ioc.fiocruz.br/es/noticias/subclado-k-do-virus-da-gripe-e-identificado-pela-primeira-vez-no-brasil#

[4] Minsa confirma 2 casos de influenza A (H3N2) subclado K en el Perú. Instituto Nacional de Salud. 16 de Diciembre de 2025. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/ins/noticias/1313621-minsa-confirma-2-casos-de-influenza-h3n2-subclado-k-en-el-peru

En personas internadas, en la SE2/2026, se notificaron 8 hospitalizaciones con diagnóstico de influenza, con VSR y 2 con SARS-CoV-2. Se registró un fallecido con diagnóstico de SARS-CoV-2 en esta semana.

Durante el periodo del 18/12/2025 al 30/01/2026, el Laboratorio Nacional de Referencia recibió muestras positivas para Influenza de 23 jurisdicciones, identificando casos Influenza A(H3N2) en 20 de ellas y el subclado K en 16.

Se realizó la secuenciación genómica de 75 casos de Influenza A(H3N2), de los cuales 47 correspondieron al subclado J.2.4.1 (K), 25 al subclado J.2.3, 2 al subclado J.2 y uno al subclado J.2.2

Los casos fueron detectados a partir de distintas estrategias de vigilancia de infecciones respiratorias agudas, tanto universal como centinela, e incluyeron casos ambulatorios e internados.

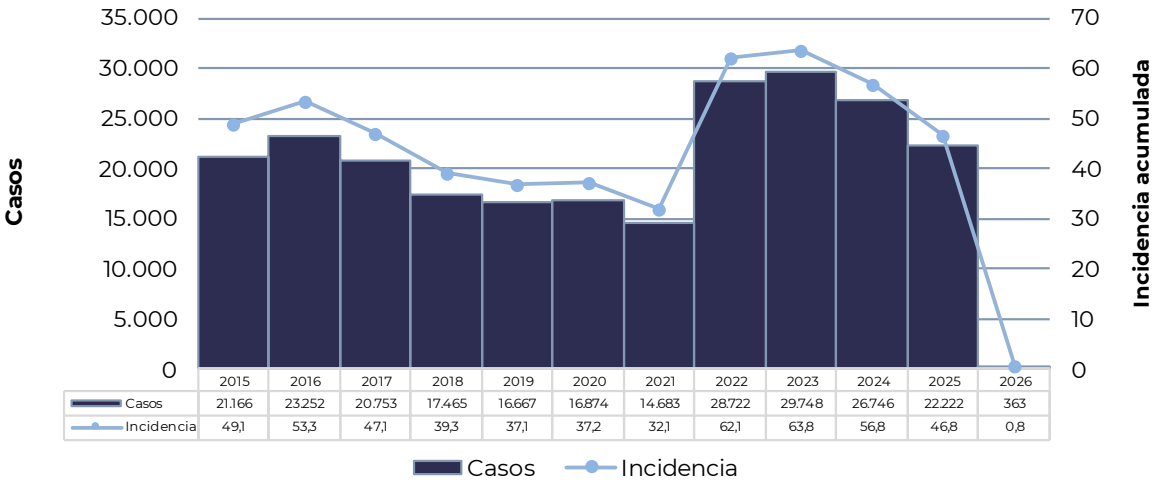
IV.4. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis

IV.4.A. ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

En las 2 primeras SE de 2026 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 363 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 0,8 casos/ 100.000 habitantes.

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

Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2026. SE2. Argentina[5].

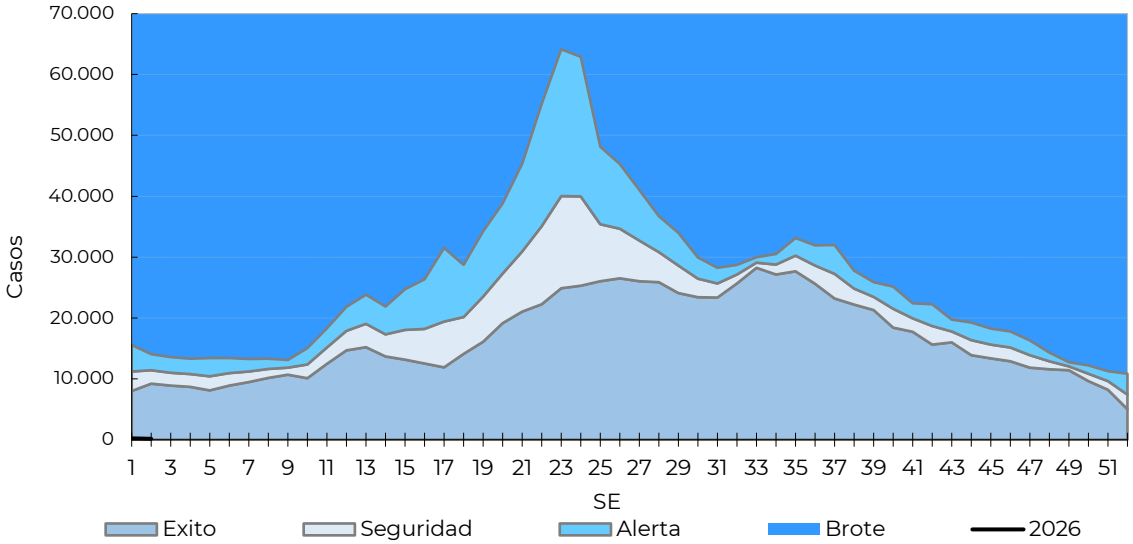


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

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

En las primeras 2 SE de 2026, las notificaciones de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) registradas en el SNVS, correspondientes a personas de todas las edades a nivel país, se mantuvieron dentro de niveles de éxito.

Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2017-2024. SE 1 a 2 de 2026[6,7]. 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.

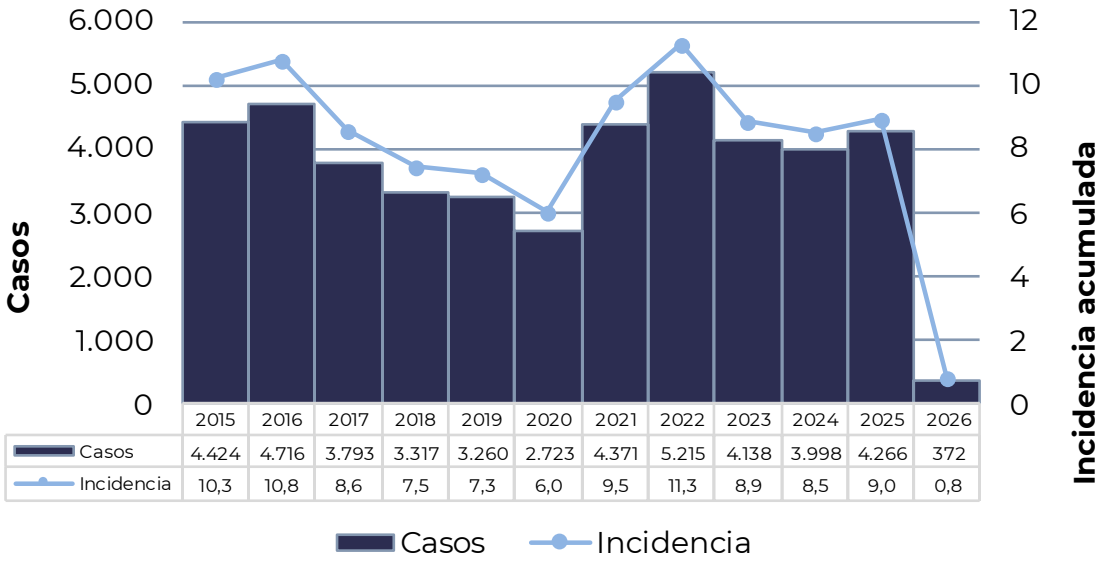
IV.4.B. NEUMONÍA

En las primeras 2 SE de 2026 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 372 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 0,8 casos/ 100.000 habitantes.

En este período, entre 2015 y 2026, las notificaciones de neumonía mostraron el mayor número de casos en 2022, seguido de 2021 y 2016. En 2026 se registra el menor número de notificaciones que el resto de los años.

[6] Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.
[7] Para la construcción del corredor endémico de 2025 se tienen en cuenta 52 SE, para facilitar la comparabilidad con el resto de los años. No se incluye en este análisis la información correspondiente a la SE53

Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2015-2026. SE2. Argentina.

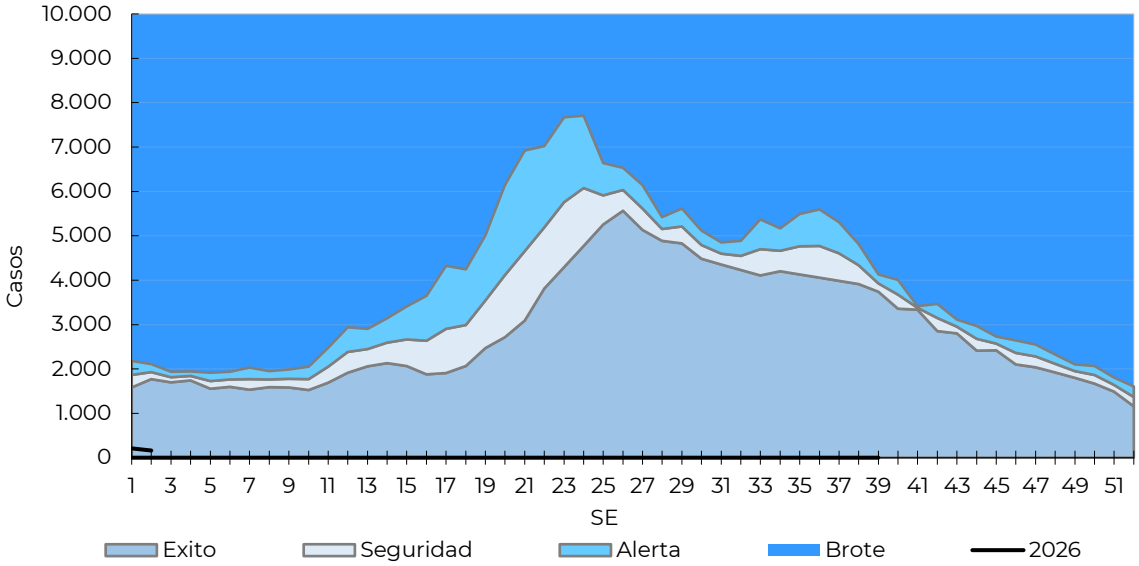


	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Casos	4.424	4.716	3.793	3.317	3.260	2.723	4.371	5.215	4.138	3.998	4.266	372
Incidencia	10,3	10,8	8,6	7,5	7,3	6,0	9,5	11,3	8,9	8,5	9,0	0,8

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 las primeras 2 SE de 2026 las notificaciones de neumonía se encuentran en valores correspondientes a éxito.

Gráfico 4: Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2017-2024. SE 1 y 2 de 2026[8,9]. 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.

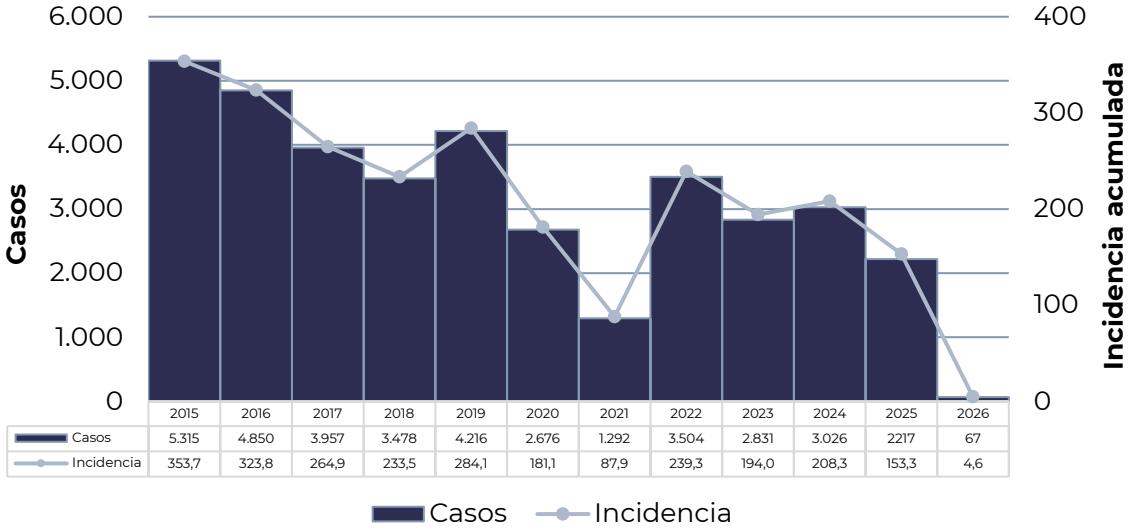
[8] Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.
[9] Para la construcción del corredor endémico de 2025 se tienen en cuenta 52 SE, para facilitar la comparabilidad con el resto de los años. No se incluye en este análisis la información correspondiente a la SE53

IV.4.C. BRONQUIOLITIS

En las primeras 2 SE de 2026, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 67 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 4,6 casos/100.000 habitantes.

En relación con los años previos, las notificaciones de bronquiolitis en las primeras 2 SE alcanzaron su pico en 2015, seguido de un descenso sostenido hasta 2018. En 2019, se registró un incremento respecto al año anterior, con un nuevo descenso en 2020 y 2021. Desde 2022 se presentaron oscilaciones, con el menor número de notificaciones en 2026.

Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis en menores de 2 años por 100.000 habitantes. Años 2015-2026. SE2. Argentina.

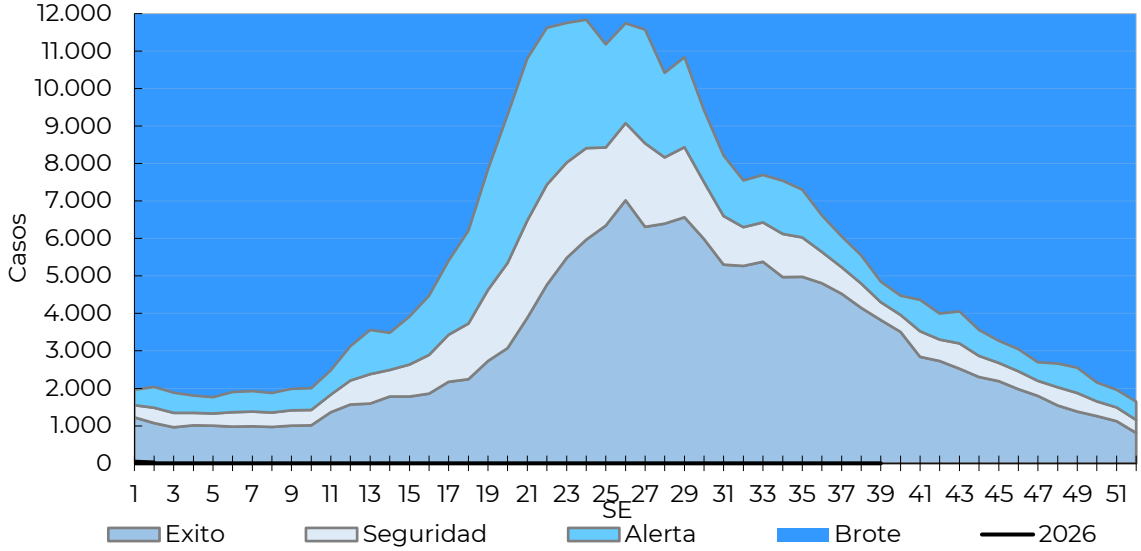


	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Casos	5.315	4.850	3.957	3.478	4.216	2.676	1.292	3.504	2.831	3.026	2217	67
Incidencia	353,7	323,8	264,9	233,5	284,1	181,1	87,9	239,3	194,0	208,3	153,3	4,6

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

En las primeras semanas del año 2025, las notificaciones semanales de bronquiolitis se mantuvieron dentro de los límites esperados. Entre las SE 11 y 13 alcanzaron niveles de seguridad y posteriormente se ubicaron nuevamente en niveles esperados, con una tendencia ascendente en las notificaciones semanales entre las SE11 y 29, llegando a niveles de seguridad nuevamente, aunque con un posterior descenso.

Gráfico 6: Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2017-2024. SE 1 y 2 de 2025[10,11]. Argentina.



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

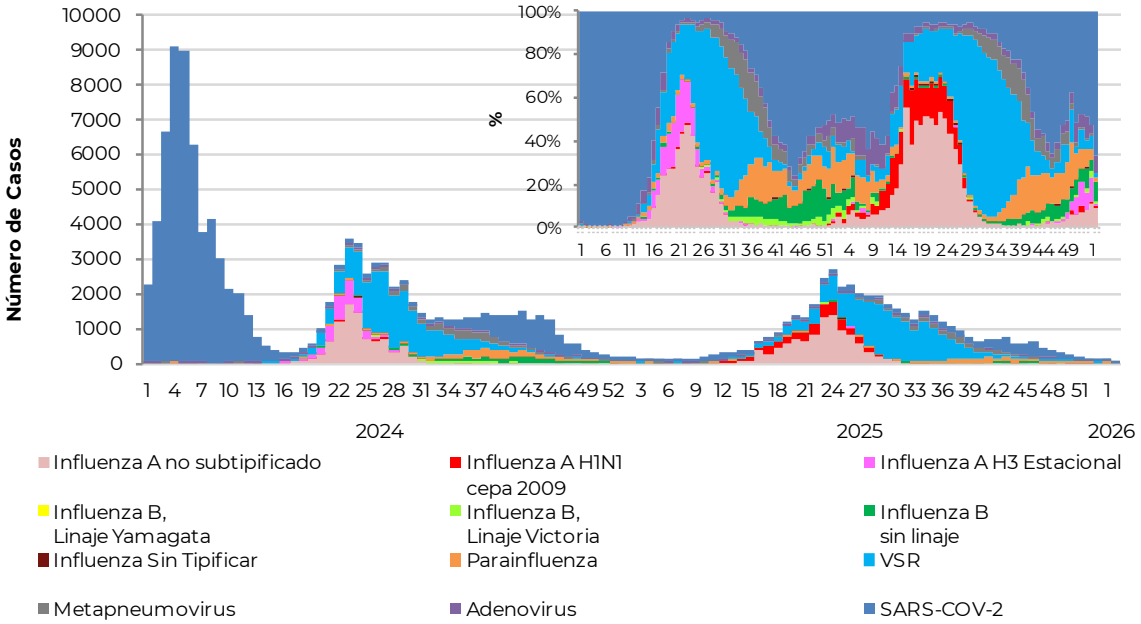
IV.5. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios

A partir de la SE11 de 2025 se observó un aumento en el número de casos de **Influenza**, con predominio de Influenza A (H1N1), con un adelanto del ascenso estacional respecto de años anteriores. En las últimas semanas del 2025, se registró un ligero incremento de los casos, principalmente a expensas de influenza A, en particular del subtipo A(H3N2) hacia el final del período, junto con detecciones de Influenza B. En las primeras 2 SE de 2026 el número de casos se mantiene estable, con un ligero aumento en el porcentaje de positividad.

En cuanto a **VSR** se verificó un aumento en las detecciones a partir de SE12 de 2025, con inicio de actividad estacional a partir de la SE20. En las primeras 2 SE de 2026 los valores se mantienen bajos. Las detecciones de **SARS-CoV-2** permanecen en niveles bajos desde las últimas semanas de 2025.

[10] Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.
[11] Para la construcción del corredor endémico de 2025 se tienen en cuenta 52 SE, para facilitar la comparabilidad con el resto de los años. No se incluye en este análisis la información correspondiente a la SE53.

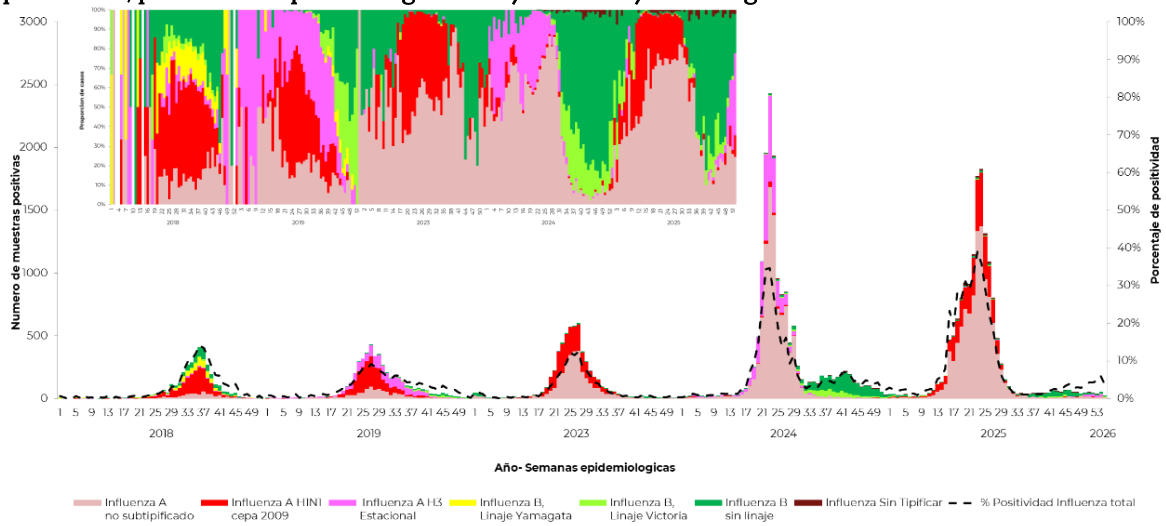
Gráfico 7. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2024 a SE2/2026. Argentina.



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.

Durante 2025 se registraron casos de influenza en forma continua a lo largo de todas las semanas epidemiológicas. A partir de la SE11 se observó un incremento sostenido de las detecciones, con predominio de influenza A no subtipificada y del subtipo A(H1N1). El número máximo de notificaciones semanales se alcanzó entre las SE22 y SE26, seguido de una tendencia descendente. En las últimas semanas se verifica un ligero aumento de las detecciones, con predominio de influenza B desde la SE36. No obstante, en las últimas semanas de 2025, también se registran detecciones de influenza A e influenza A(H3N2). En las dos semanas epidemiológicas más recientes (SE 1 y 2/2026) se notificaron 75 detecciones de influenza.

Gráfico 8. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y porcentaje de positividad, por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE2/2026. Argentina.

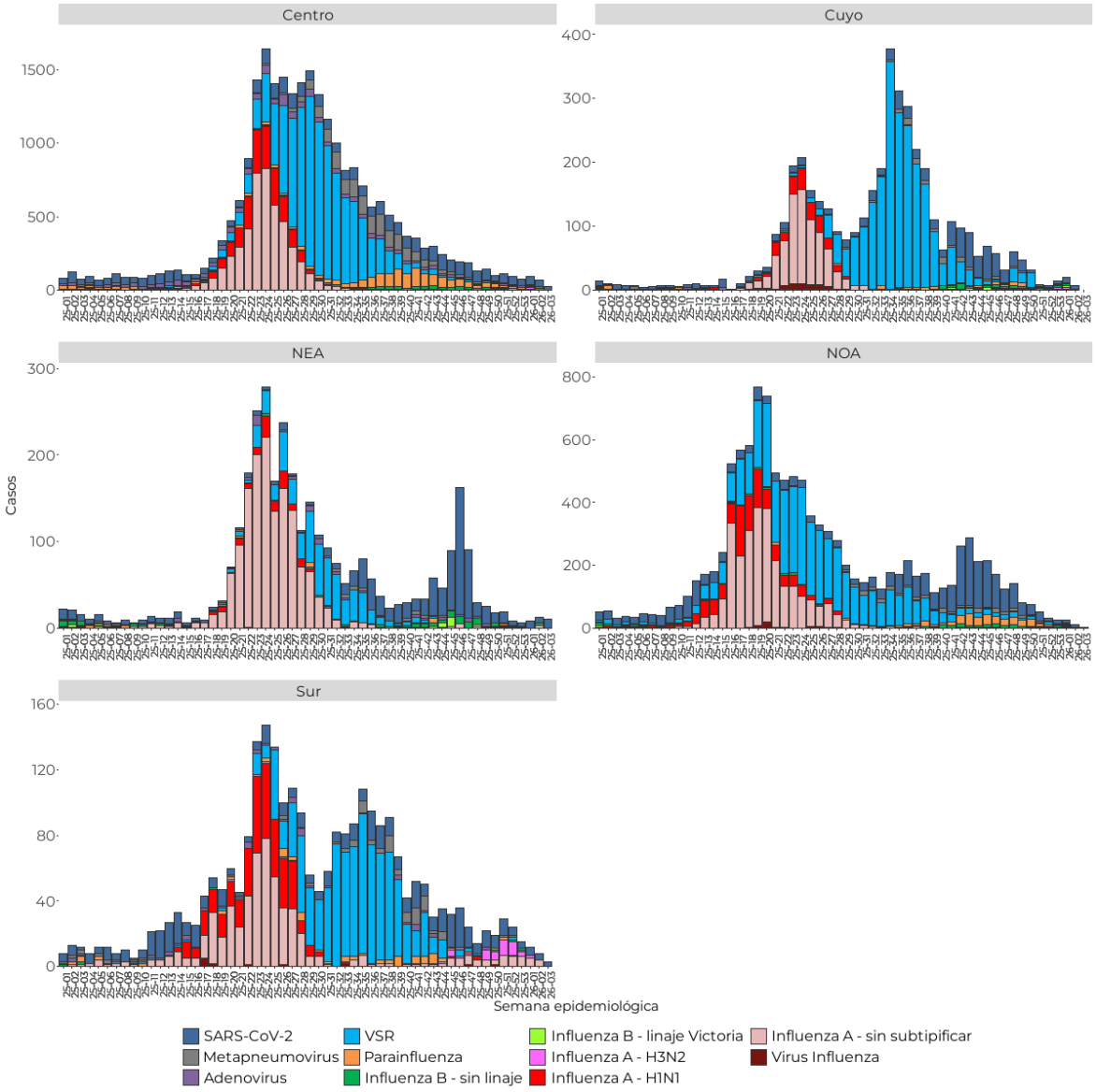


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

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

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

Gráfico 9. Distribución de influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica, por región. SE01/2025 a SE2/2025. Argentina.



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

Además, en cuanto a **SARS-CoV-2**, durante 2024, aun cuando el número de casos por SE fue menor en comparación con años previos, se observó un ascenso durante las primeras semanas del año, concentrándose el 80% de los casos entre las SE1 y SE12, con el mayor número de casos

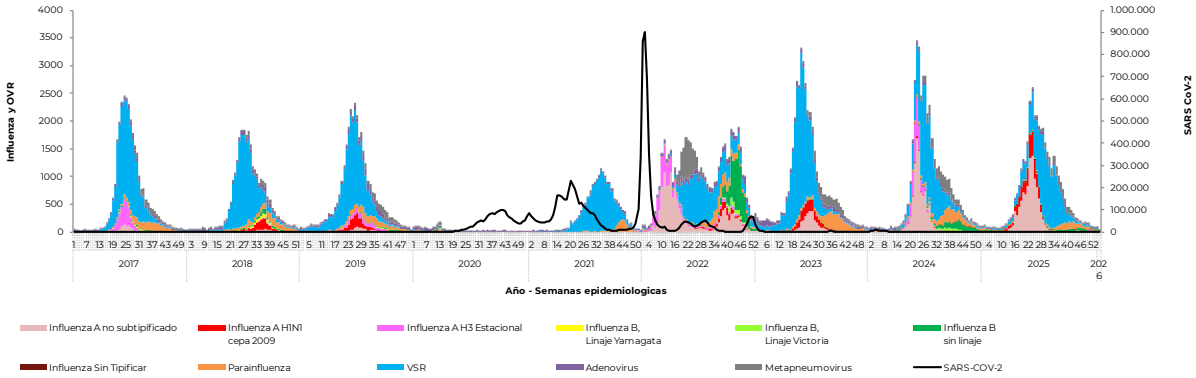
registrado entre las SE03 y SE06. Posteriormente, las detecciones semanales disminuyeron y, a partir de la SE32, los casos volvieron a incrementarse, alcanzando un nuevo pico en la SE44, aunque con una magnitud menor al ascenso previo. Durante las 53 semanas de 2025, los casos se mantuvieron en valores bajos, si bien se registró un ligero aumento desde la SE 34, que se acentúa entre las SE42 - SE47. En las primeras 2 SE de 2026 el número de casos se mantiene en valores bajos

En relación con el **VSR**, se verificó un incremento de las notificaciones a partir de la SE16/2024, alcanzando su máximo en la SE26, y tendencia descendente posterior. En 2025 se registró un nuevo ascenso de las detecciones desde la SE12, con inicio de la actividad estacional a partir de la SE20. El pico se verificó entre las SE29 y SE30, seguido de un descenso posterior. En las últimas 2 SE (1 y 2/2026), se notificaron 2 casos de VSR.

Respecto a otros virus respiratorios, durante 2024, se observó un aumento en las detecciones de metapneumovirus a partir de la SE23, alcanzando su pico en la SE38. Asimismo, entre las SE30 y SE38, se registró un incremento en los casos de parainfluenza, seguido de un descenso posterior. En 2025, se observó un ascenso en las detecciones de metapneumovirus desde la SE 27, alcanzando el mayor número de casos en la SE 37, seguido de un descenso posterior. Adicionalmente, los casos de parainfluenza muestran un aumento progresivo desde la SE 35, que se extendió hasta la SE 41, seguido de un descenso sostenido en las semanas posteriores.

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

Gráfico 10. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE2/2025. Argentina.



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

La curva histórica de casos positivos de virus respiratorios por semana muestra un marcado descenso para el año 2020 en coincidencia con el desarrollo de la pandemia por COVID-19. A partir del 2021 y en 2022, se verifica nuevamente la circulación de otros virus respiratorios. Durante el año 2022 se ha registrado un comportamiento inusual tanto en la estacionalidad y número de casos registrados de Influenza con un ascenso entre las SE3-14 y SE34-45 -este último a expensas fundamentalmente de Influenza A (H1N1) e Influenza B; así como también por la frecuencia y distribución de OVR, fundamentalmente de metapneumovirus para el cual se registró una elevada frecuencia absoluta y relativa entre las semanas 16 y hasta la 26. Además, durante el año 2023, VSR presentó actividad estacional adelantada en comparación con la mayoría de los años pre-pandémicos y años 2021-2022, con un rápido ascenso de notificaciones entre SE 13 y 22.

IV.5.A. VIGILANCIA UNIVERSAL DE VIRUS RESPIRATORIOS EN PERSONAS INTERNADAS Y FALLECIDAS

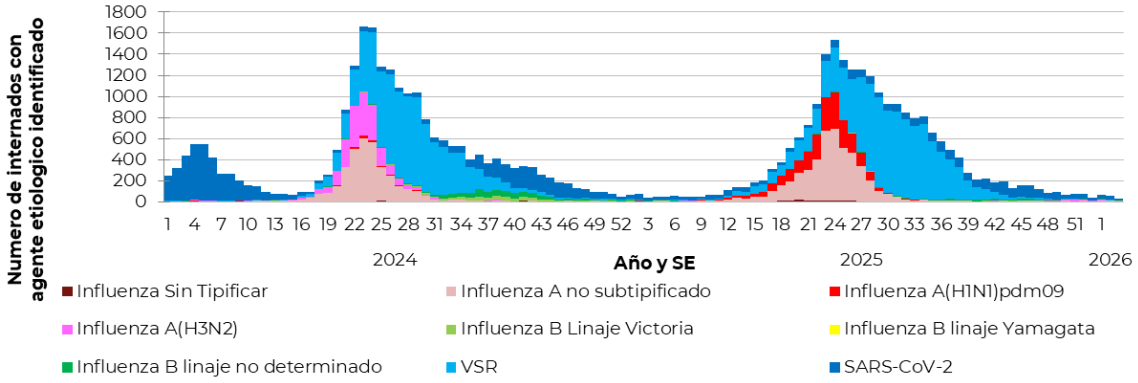
En las primeras 3 SE de 2026 se notificaron 99 casos de SARS-CoV-2 en personas internadas, cifra que resulta un 6,6% inferior a la registrada en igual período de 2025**.** Los casos de SARS-CoV-2 en hospitalizados presentaron un ascenso entre las SE 34 a 42 de 2024, seguido de una disminución posterior y de valores bajos con algunas oscilaciones en 2025. En la primera semana de 2026 se registraron 21 casos hospitalizados con este diagnóstico.

Adicionalmente, en cuanto a los casos de **influenza**, en las 3 SE de 2026 se registraron un total de 49 detecciones en hospitalizados. A partir de la SE12/2025, se verificó un ascenso sostenido en el número de casos, que alcanzaron el máximo en SE24/2025, con tendencia descendente en las detecciones entre hospitalizados en las siguientes semanas. En las primeras 3SE de 2026, se detectaron 8 casos positivos para influenza en internados.

Entre los 49 casos de influenza notificados durante 2026, se registran predominantemente detecciones de influenza A (n= 31), con menor detección de influenza B (n= 18). De los casos de influenza A, 15 cuentan con subtipificación, correspondiendo 3 a influenza A (H1N1) pdm09 y 12 a influenza A (H3N2). En relación con influenza B, 6 casos corresponden al linaje Victoria y el resto no cuentan con identificación de linaje.

Respecto a **VSR**, en lo que va de 2026, se notificaron 12 casos hospitalizados positivos para VSR. Durante 2024, a partir de la SE16 se registró un ascenso de las detecciones semanales de VSR, que alcanzaron su máximo en SE26, con un menor número de notificaciones en las siguientes semanas. En 2025 los casos de VSR comenzaron su tendencia asendente en la SE 12. En las 3 SE de 2026, se registraron 12 casos de VSR en hospitalizados.

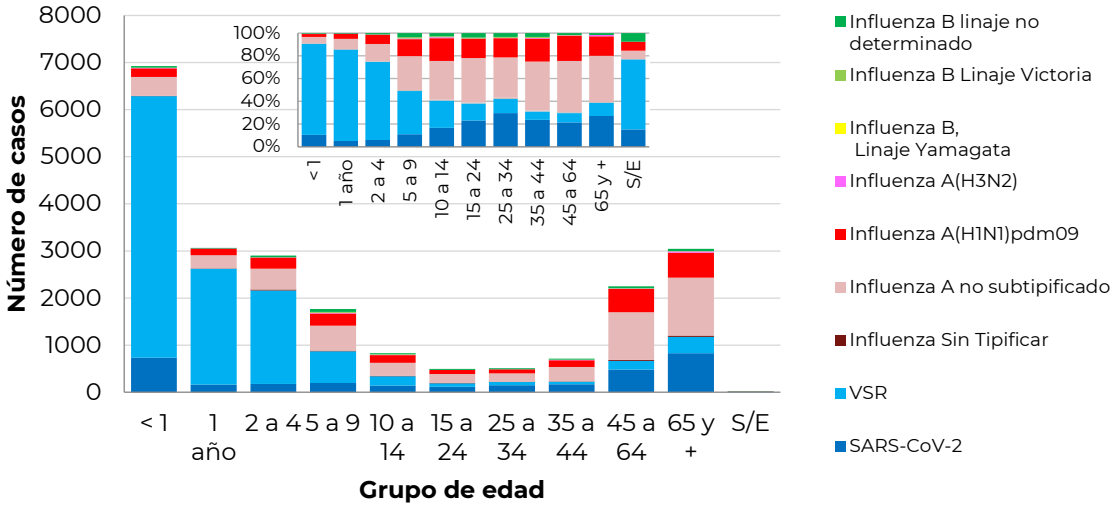
Gráfico 11. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2024 a SE3/2026. Argentina.



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.

Con respecto a la distribución por grupos de edad de las detecciones acumuladas en personas hospitalizadas, desde SE1/2025 hasta SE03/2026, el mayor número de casos positivos para VSR se registró en menores de 5 años, particularmente en los niños menores de 1 año. Respecto a las detecciones positivas para influenza, las mismas predominaron en adultos mayores y personas de 45 a 64 años, seguido por el grupo de 5 a 9 años. Además, se registran detecciones de SARS-CoV-2 en todos los grupos de edad, principalmente en adultos mayores, y menores de 1 año.

Gráfico 12. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta y relativa de agentes identificados por grupos de edad acumulados. SE 1/2025 a SE3/2026.



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

En 2025, se registraron 220 fallecidos con diagnóstico de influenza, sin registro de fallecimientos en la primera SE de 2026 [12]. Respecto a SARS-CoV-2, se registra 1 fallecimiento con este diagnóstico en la última SE.

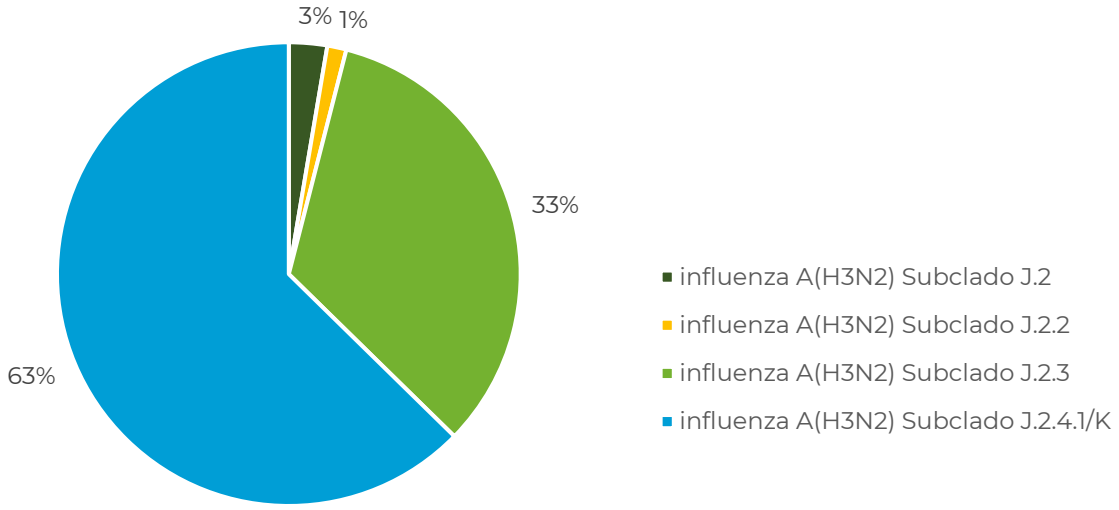
IV.6. Caracterización genómica de Influenza A (H3N2)

Durante el periodo del 18/12/2025 al 30/01/2026, el Laboratorio Nacional de Referencia recibió muestras positivas para Influenza de 23 jurisdicciones, identificando casos Influenza A(H3N2) en 20 de ellas y el subclado K en 16.

Se realizó la secuenciación genómica de 75 casos de Influenza A(H3N2), de los cuales 47 correspondieron al subclado J.2.4.1 (K), 25 al subclado J.2.3, 2 al subclado J.2 y uno al subclado J.2.2 (Ver Gráfico 1).

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

Gráfico 1. Casos de Influenza A(H3N2) según subclado detectado: distribución proporcional. Argentina. 18-12-2025 a 23-01-2026 (N = 75)



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

Los casos correspondientes al subclado K se distribuyeron en las 5 regiones del país, concentrándose mayoritariamente en el Centro y en el Sur.

Hasta el momento, se detectaron casos en 16 jurisdicciones.

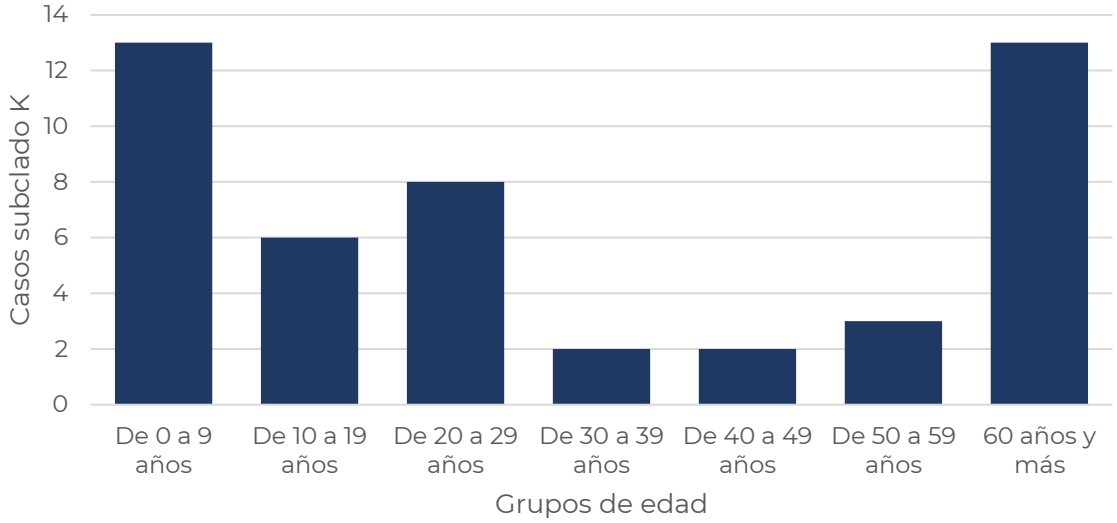
Tabla 1. Casos de Influenza A(H3N2) secuenciados por el LNR por subclado según jurisdicción de residencia. Argentina. 18-12-2025 a 30-01-2026

Jurisdicción	Influenza A(H3N2) Subclado J.2	Influenza A(H3N2) Subclado J.2.2	Influenza A(H3N2) Subclado J.2.3	Influenza A(H3N2) Subclado J.2.4.1/K	Total Influenza A(H3N2) secuenciados
Centro	**1**	**0**	**3**	**18**	**22**
Buenos Aires	0	0	1	5	6
CABA	1	0	1	6	8
Córdoba	0	0	1	2	3
Entre Ríos	0	0	0	2	2
Santa Fe	0	0	0	3	3
Cuyo	**0**	**1**	**3**	**8**	**12**
Mendoza	0	1	3	8	12
San Juan	0	0	0	0	0
San Luis	0	0	0	0	0
NEA	**1**	**0**	**0**	**2**	**3**
Chaco	1	0	0	0	1
Corrientes	0	0	0	2	2
Formosa	0	0	0	0	0
Misiones					
NOA	**0**	**0**	**1**	**5**	**6**
Catamarca	0	0	0	2	2
Jujuy	0	0	1	0	1
La Rioja	0	0	0	2	2
Salta	0	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	0	0	0	0
Tucumán	0	0	0	1	1
Sur	**0**	**0**	**18**	**14**	**32**
Chubut	0	0	2	1	3
La Pampa	0	0	0	1	1
Neuquén	0	0	0	3	3
Río Negro	0	0	2	1	3
Santa Cruz	0	0	7	5	12
Tierra del Fuego	0	0	7	3	10
Total general	2	1	25	47	75

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

Se detectaron casos del subclado K en todos los grupos de edad, con un mayor número en niños y en personas mayores de 60 años (Ver Gráfico 2).

Gráfico 2. Casos de Influenza A(H3N2) subclado J.2.4.1 (K) por grupo de edad. Argentina. 18-12-2025 a 30-01-2026 (N = 47)



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

Solo 8 de los 47 casos pertenecientes al subclado K consignan antecedentes de viaje reciente al exterior (Europa, Estados Unidos y el Caribe) y 4 habían viajado recientemente a otra provincia distinta a su lugar de residencia (1 a Córdoba, 2 a Tierra del Fuego y 1 a La Rioja); los restantes no refieren antecedentes de viajes recientes.

Tabla 2. Casos de Influenza A(H3N2) por vacunación antigripal 2025 según subclado detectado. Argentina. 18-12-2025 a 30-01-2026.

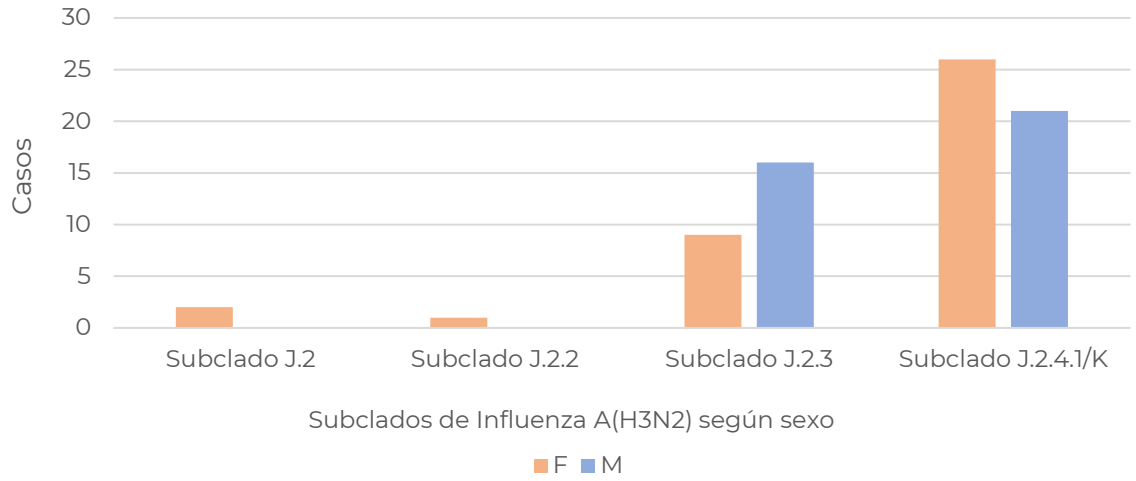
Subclado Influenza A(H3N2)	Vacunación			Total
	NO	SI	Porcentaje de Vacunados	
Subclado J.2	2		0%	2
Subclado J.2.2		1	100%	1
Subclado J.2.3	20	5	20%	25
Subclado J.2.4.1/K	35	12	25,5%	47
Total general	57	18	24%	75

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

En cuanto a los antecedentes de vacunación se destaca que el 76% de los casos caracterizados no estaban vacunados y que entre los casos identificados como subclado K el 25,5% contaba con vacunación antigripal.

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

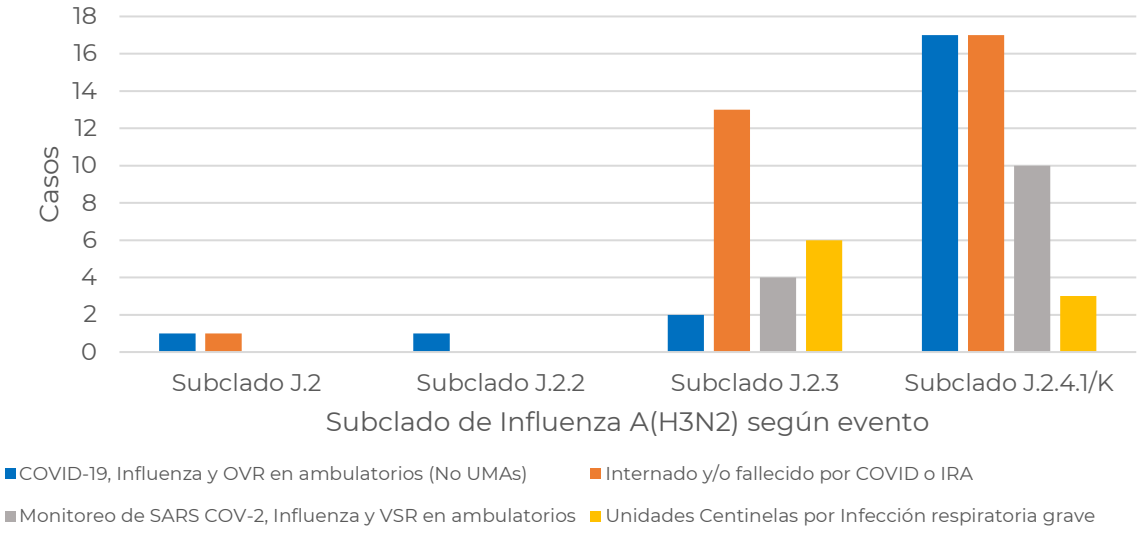
Gráfico 3. Casos de Influenza A(H3N2) por subclado detectado según sexo. Argentina. 18-12-2025 a 30-01-2026 (N=75).



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

Respecto a la distribución de los casos secuenciados entre los eventos/estrategias de vigilancia, 31 casos fueron notificados al evento universal "Internado y/o fallecido por COVID o IRA", 9 por UC-IRAG (total internados 40); 21 en el evento universal de Ambulatorios (NO UMA) y 14 en Unidades de Monitoreo Ambulatorio (UMA). En cuanto a los casos detectados del subclado K se identificaron en los 4 eventos (20 en internados y 27 en ambulatorios).

Gráfico 4. Casos de influenza A(H3N2) por subclado detectado según evento. Argentina. 18-12-2025 a 23-01-2026 (N=75)



IV.7. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas

IV.7.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.7.B. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

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

En este marco, se recomienda:

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

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

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

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

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

Definiciones:

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

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

IV.8. Recomendaciones para la población

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

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

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

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

IV.9. Vacunación antigripal

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

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

Población objetivo para vacunación antigripal:

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

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

IV.10. Tratamiento antiviral

Las epidemias de influenza causan anualmente millones de casos graves y cientos de miles de muertes en el mundo, afectando especialmente a niños pequeños, adultos mayores y personas con comorbilidades. El tratamiento antiviral con oseltamivir, un inhibidor de la neuraminidasa, es una herramienta terapéutica complementaria a la vacunación, especialmente útil en pacientes con factores de riesgo. Aunque su mayor efectividad se observa cuando se administra

dentro de las primeras 48 horas del inicio de síntomas, hay evidencia que demuestra beneficios incluso en tratamientos iniciados más tardíamente en pacientes con enfermedad grave. Sin embargo, debe considerarse que el uso indiscriminado del fármaco podría llevar a la aparición de resistencia, en consecuencia, debe promoverse un uso racional del mismo bajo ciertas indicaciones médicas.

Diversos estudios han evidenciado que en pacientes ambulatorios con alto riesgo de complicaciones, su uso se asocia a una reducción en la duración de los síntomas y en la incidencia de complicaciones.[13],[14] En pacientes hospitalizados con influenza grave, se ha documentado una disminución en la duración de la hospitalización y en el riesgo de mortalidad, especialmente cuando el tratamiento se inicia dentro de las primeras 48 horas del inicio de los síntomas, aunque también se observan beneficios cuando se inicia más tardíamente en casos graves o progresivos.[15],[16] En Argentina, durante el año 2024, el Laboratorio Nacional de Referencia no ha detectado un aumento de cepas resistentes a este antiviral entre los virus en circulación.

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

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

Indicaciones de tratamiento antiviral

Manejo de Influenza estacional

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

V.1. Situación regional

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)[17] y el ARBO-portal[18] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 29/01/2026 en países de la región seleccionados.

Brasil: Durante el 2025 se notificaron 3.802.091 casos de dengue, un 63% menos respecto al año 2024, con 1.786 fallecimientos asociados. Para el año en curso, hasta la SE 2/2026 se reportaron 29.060 casos de dengue, un 80% menos que en la misma semana de 2025, sin fallecimientos registrados. En cuanto a chikungunya, durante el 2025 se notificaron 250.213 casos, un 41% menos que el año anterior, con 120 fallecimientos reportados. Para el año en curso, hasta la SE 2/2026 se reportaron 1.460 casos de chikungunya, un 86% menos que en la misma semana de 2025, sin fallecimientos registrados. Respecto al zika, durante el 2025 se han registrado 25.042 casos, lo que representa una disminución del 42% en comparación con 2024, con un fallecimiento reportado por este evento. En relación con Oropouche, hasta la SE 52/2025 se confirmaron 11.988 casos, un 13% menos que en 2024, con 5 defunciones por este evento.

Bolivia: hasta la SE 52/2025, se han reportado 37.139 casos de dengue, lo que representa una disminución del 37% en comparación con 2024, con 3 fallecimientos asociados. En cuanto a chikungunya hasta la SE 52/2025, se registraron 6.654 casos, un aumento de 13 veces el valor del año previo, con 4 defunciones por este evento. Asimismo, se notificaron 1.197 casos de zika, más de cuatro veces de lo notificado durante el mismo período de 2024. No obstante, no se confirmaron casos por laboratorio para este evento. En lo que respecta a Oropouche, durante 2025 no se registraron casos.

Paraguay: Durante el 2025 se notificaron 31.656 casos de dengue, un 92% menos respecto a 2024 y se registró un fallecimiento por este evento. Para el año en curso, hasta la SE 3/2026 se registraron 1.900, lo que representa un 32% menos que en la misma semana de 2025, sin fallecidos registrados. En relación con chikungunya, durante el 2025 se notificaron 53 casos, lo que representa una disminución de 98% respecto al año anterior, sin registrarse defunciones asociadas. Sin embargo, los casos confirmados por laboratorio mostraron un incremento del 43%. Para el año en curso, hasta la SE 3/2026 se reportaron 15 casos de chikungunya, sin casos confirmados por laboratorio a la fecha. Respecto al zika, durante 2025 no se registraron casos mientras que en 2024 se habían notificado 12. Hasta la SE 3/2026 se notificaron 2 casos, sin confirmados por laboratorio a la fecha.

Perú: Durante el 2025 se notificaron 39.211 casos de dengue, un 86% menos respecto a 2024, con 56 fallecimientos registrados. Para el año en curso, hasta la SE 2/2026 se reportaron 1.626, lo que representa un 22% menos que la misma semana de 2025, con un fallecimiento registrado. Con relación a chikungunya, hasta la SE 52/2025 se notificaron 24 casos, un 69% menos en comparación con 2024. No se registraron defunciones para este evento. Respecto al zika, hasta la SE 52/2025, se notificaron 2 casos, sin confirmados por laboratorio. En relación con

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

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

Durante 2025, se ha registrado una disminución de los casos de dengue en todos los países mencionados. En relación con la circulación de serotipos del virus del dengue, Bolivia registró circulación de DEN-1 y DEN-2; Paraguay y Perú de DEN-1, DEN-2 y DEN-3; y Brasil los cuatro serotipos (DEN-1, DEN-2, DEN-3 y DEN-4). En agosto de 2025, la Organización Panamericana de la Salud emitió una alerta epidemiológica sobre Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas[19], ante la ocurrencia de brotes de chikungunya en varias regiones del mundo. En las Américas, distintos países notificaron un incremento de casos para este evento, especialmente Bolivia donde se registró un aumento muy superior al observado en 2024. Asimismo, se notificaron casos autóctonos de Oropouche en países de la Región como Brasil y Perú. Con respecto al virus del Zika, se registró una disminución de casos en Brasil, sin casos confirmados por laboratorio en el resto de los países citados.

En el año en curso, hasta la fecha, se mantiene la tendencia descendente de los casos de dengue, con circulación de los serotipos DEN-1 y DEN-2 en Paraguay y de los cuatro serotipos en Brasil. En Brasil, además, se registra una disminución de los casos de chikungunya.

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

V.2.A. NOTA METODOLÓGICA

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

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

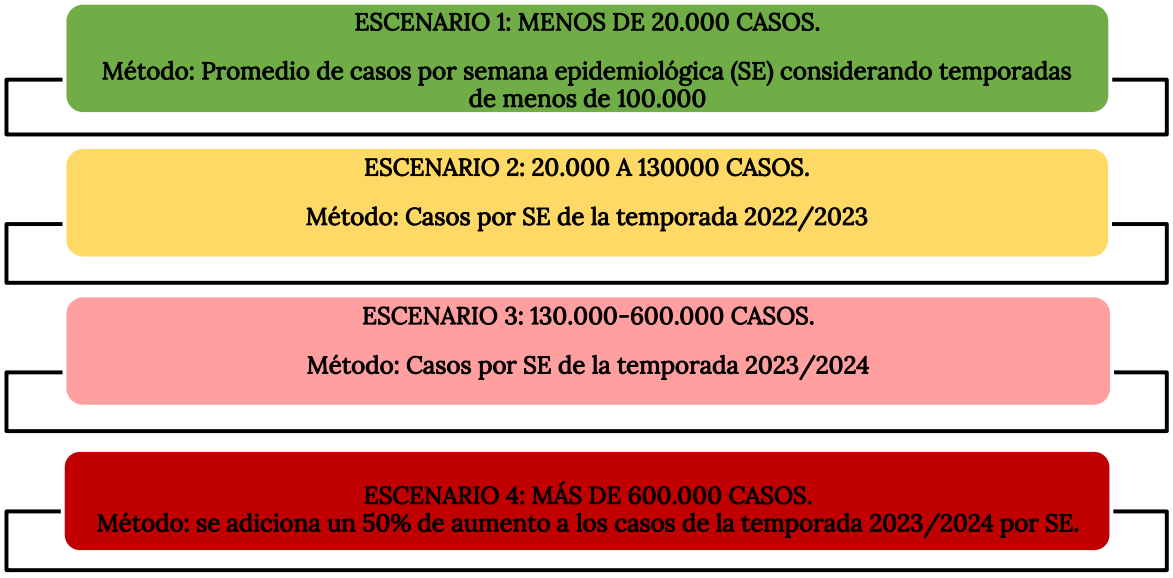
[19] Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica: Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas – 28 de agosto de 2025. Disponible en: Alerta epidemiológica Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas - 28 de agosto del 2025 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la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

transmisión caracterizado por la introducción temprana del virus en regiones endémicas y una rápida expansión territorial.

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

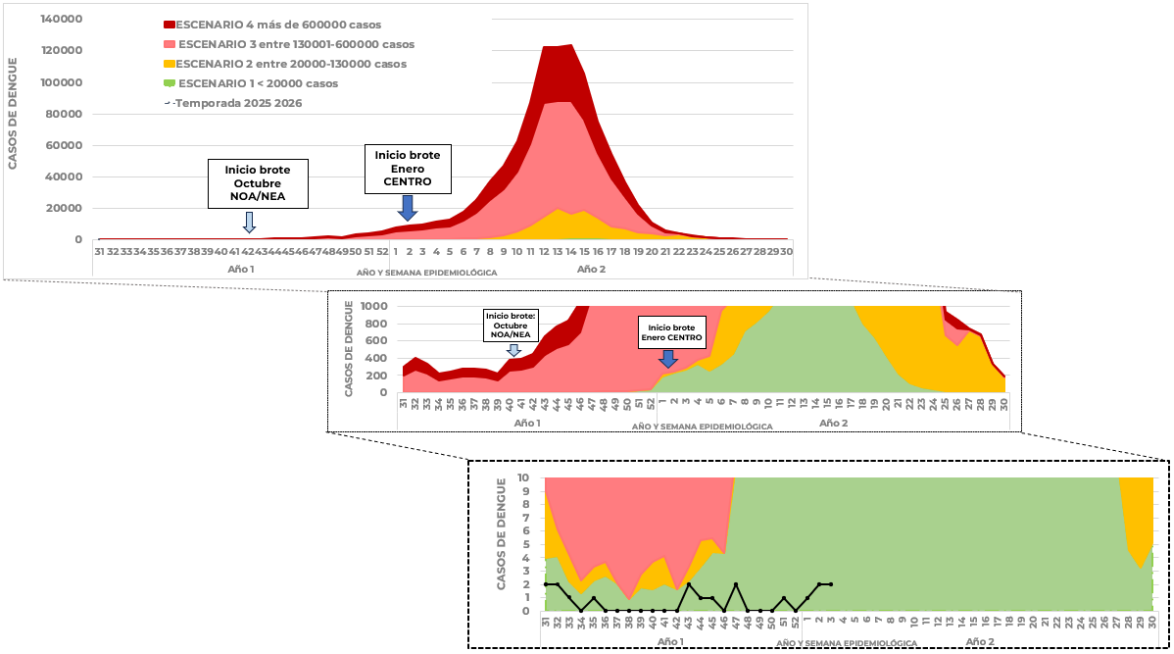
En el último gráfico (detalle en zoom) se presentan los casos de la temporada 2025-2026 y su representación en el modelo de escenarios estimados. Entre las SE31/2025 y SE3/2026 se notificaron 18 casos confirmados de dengue, de los cuales 13 fueron importados. Estos registros iniciales permiten dimensionar el inicio de la temporada y anticipar su evolución en comparación con temporadas previas. Por el momento, la situación se mantiene en un **escenario de bajo riesgo** (Gráfico 2)

Gráfico 1. Modelo de estimación de escenarios epidemiológicos. Año 2025. Argentina.



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

Gráfico 2. Casos de dengue de la temporada 2025-2026 representados en el modelo de estimación de escenarios epidemiológicos (n=18). Argentina.



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

V.3. Situación de dengue en Argentina

V.3.A. INICIO DE TEMPORADA 2025/2026

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

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

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

El análisis temporal de los casos notificados para el período comprendido entre los años 2022 y 2025, evidencia que, para la SE3/2026, se observa un descenso sostenido en el número de casos en comparación con los máximos alcanzados durante las epidemias de 2023 y 2024.

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

De acuerdo con la fecha mínima[20], desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) **9647** casos sospechosos de dengue, de los cuales **18** fueron confirmados por laboratorio detectándose la circulación de DENV 1, 2 y 3. Solo el 28% corresponden a casos sin antecedente de viaje (Tabla 1):

- **Dos** casos autóctonos en **Formosa**: un caso con residencia en el departamento Pilagás (SE31) y un caso en el departamento Patiño (SE32)
- **Siete** casos de la **Provincia de Buenos Aires**: tres sin antecedente de viaje -Tres de Febrero (SE31), San Isidro (SE43), Cañuelas (SE 51)- y cuatro con antecedente de viaje a Paraguay (SE35), México (SE44), Indonesia (SE47) y Brasil (SE2).
- **Cinco** casos notificados en **CABA** con antecedente de viaje a Brasil (SE32), Sri Lanka (SE35), Pakistán (SE45), México (SE47) y Venezuela (SE1). En los casos provenientes de México y Sri Lanka, se identificaron el serotipo **DENV-3**.
- **Dos** casos notificados por **Entre Ríos** con antecedente de viaje a Cuba (SE43) y Brasil (SE53)**.** En el último caso reportado, se detectó **DENV-3.**
- **Un** caso notificado por **Mendoza** con antecedente de viaje a México (SE1), detectándose **DENV-3.**
- **Un** caso notificado por **Córdoba** con antecedente de viaje a México (SE2). Se identificó el serotipo **DENV-2.**

Según la fecha de apertura del evento (fecha de notificación al SNVS 2.0), durante la SE3/2026 se notificaron **745** casos sospechosos de dengue. Es importante destacar que estos eventos pueden corresponder a semanas epidemiológicas previas en relación con la fecha de inicio de síntomas, de consulta o de toma de muestra.

[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 SE3/2026. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Serotipos detectados	Con laboratorio negativo	Sospechosos (sin laboratorio)	Total notificados	Total casos de dengue
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.					
Buenos Aires	3	28	4	4	DENV-1 DENV-2	645	259	943	7
CABA	0	4	5	0	DENV-1 DENV-3	170	96	275	5
Córdoba	0	24	1	1	DENV-2	1245	82	1353	1
Entre Ríos	0	2	2	1	DENV-3	188	15	208	2
Santa Fe	0	17	0	2		684	83	786	0
Total Centro	**3**	**75**	**12**	**8**		**2932**	**535**	**3565**	**15**
Mendoza	0	0	1	1	DENV-3	70	3	75	1
San Juan	0	1	0	0		27	0	28	0
San Luis	0	0	0	0		38	6	44	0
Total Cuyo	**0**	**1**	**1**	**1**		**135**	**9**	**147**	**1**
Chaco	0	7	0	0		583	13	603	0
Corrientes	0	4	0	0		81	10	95	0
Formosa	2	1	0	0	DENV-2	3057	1	3061	2
Misiones	0	2	0	0		309	3	314	0
Total NEA	**2**	**14**	**0**	**0**		**4030**	**27**	**4073**	**2**
Catamarca	0	2	0	0		138	1	141	0
Jujuy	0	3	0	0		197	3	203	0
La Rioja	0	1	0	0		113	2	116	0
Salta	0	5	0	0		358	31	394	0
Santiago del Estero	0	0	0	0		56	24	80	0
Tucumán	0	40	0	1		732	40	813	0
Total NOA	**0**	**51**	**0**	**1**		**1594**	**101**	**1747**	**0**
Chubut	0	0	0	0		10	1	11	0
La Pampa	0	0	0	0		53	6	59	0
Neuquén	0	0	0	0		19	0	19	0
Río Negro	0	0	0	0		1	1	2	0
Santa Cruz	0	0	0	0		18	1	19	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0		5	0	5	0
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**0**		**106**	**9**	**115**	**0**
Total País	**5**	**141**	**13**	**10**		**8797**	**681**	**9647**	**18**

Sin antecedente de viaje: autóctonos y en investigación

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

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

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

En el contexto epidemiológico actual, con una epidemia de dengue en las temporadas anteriores, se recomienda la aplicación de método directos y confirmatorios (ELISA NS1 para dengue, aislamiento viral y qRT-PCR) aplicados a muestras agudas (hasta 6 días de evolución)

con el objetivo de proveer al sistema de vigilancia con información de certeza que permita identificar y caracterizar los arbovirus circulantes en un área, de modo de generar un alerta temprano que oriente adecuadamente la implementación de medidas de prevención y control.

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

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

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

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

V.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina

Durante la temporada en curso se notificaron **1306** casos sospechosos de Fiebre Chikungunya, sin registrarse hasta el momento casos autóctonos confirmados. Se notificaron casos

importados, que incluyeron 2 casos confirmados (CABA y Córdoba) y 7 casos probables (Buenos Aires, Entre Ríos y Córdoba), todos con antecedente de viaje a Brasil, Paraguay y Cuba. Asimismo, durante las últimas 2 semanas epidemiológicas se notificaron 3 casos probables sin antecedente de viaje: 2 en la provincia de Salta y 1 en Chaco, los cuales se encuentran en investigación epidemiológica para la determinación de su clasificación definitiva.

Si bien no se ha evidenciado transmisión autóctona en el país durante el período analizado, la ocurrencia de casos importados refuerza la necesidad de sostener la vigilancia epidemiológica y la sensibilidad de los sistemas de detección, en un contexto de circulación viral regional y condiciones favorables para la transmisión vectorial.

Tabla 2. Chikungunya: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE3/2026. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Total Sospechosos de F. Chikungunya	Total casos de F. Chikungunya
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.		
Buenos Aires	0	0	0	4	34	4
CABA	0	0	1	0	6	1
Córdoba	0	0	1	1	854	2
Entre Ríos	0	0	0	2	30	2
Santa Fe	0	0	0	0	49	0
Total Centro	**0**	**0**	**2**	**7**	**973**	**9**
Mendoza	0	0	0	0	12	0
San Juan	0	0	0	0	1	0
San Luis	0	0	0	0	4	0
Total Cuyo	**0**	**0**	**0**	**0**	**17**	**0**
Chaco	0	1	0	0	112	0
Corrientes	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	0	0	0	0	0
Misiones	0	0	0	0	26	0
Total NEA	**0**	**1**	**0**	**0**	**138**	**0**
Catamarca	0	0	0	0	1	0
Jujuy	0	0	0	0	28	0
La Rioja	0	0	0	0	8	0
Salta	0	2	0	0	124	2
Santiago del Estero	0	0	0	0	4	0
Tucumán	0	0	0	0	10	0
Total NOA	**0**	**2**	**0**	**0**	**175**	**2**
Chubut	0	0	0	0	1	0
La Pampa	0	0	0	0	1	0
Neuquén	0	0	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	1	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**0**	**3**	**0**
Total País	**0**	**3**	**2**	**7**	**1306**	**11**

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

V.5. Situación epidemiología de otros arbovirus en Argentina

En la siguiente tabla, se presenta la situación epidemiológica de, enfermedad por virus Zika, fiebre de Oropouche, encefalitis de San Luis y fiebre amarilla correspondientes a la nueva temporada 2025-2026 (SE31/2025 a SE3/2026).

Tabla 3. Número de muestras estudiadas y positivas sin antecedente de viaje para otros Arbovirus. SE31/2025 a SE3/2026. Argentina.

Evento	Enfermedad por virus Zika		Fiebre de Oropouche		Encefalitis de San Luis		Fiebre del Nilo Occidental		Fiebre amarilla	
Jurisdicción	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est
Buenos Aires	0	24	0	32	0	20	0	13	0	8
CABA	0	1	0	4	0	1	0	0	0	0
Córdoba	0	20	0	41	0	189	0	2	0	1
Entre Ríos	0	1	0	7	0	8	0	2	0	1
Santa Fe	0	24	0	19	0	17	0	13	0	4
Total Centro	**0**	**70**	**0**	**103**	**0**	**235**	**0**	**30**	**0**	**14**
Mendoza	0	4	0	6	0	1	0	0	0	0
San Juan	0	1	0	0	0	4	0	0	0	0
San Luis	0	2	0	2	0	6	0	5	0	0
Total Cuyo	**0**	**7**	**0**	**8**	**0**	**11**	**0**	**5**	**0**	**0**
Chaco	0	77	0	23	0	0	0	0	0	0
Corrientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Misiones	0	20	0	3	0	0	0	3	0	6
Total NEA	**0**	**97**	**0**	**28**	**0**	**0**	**0**	**3**	**0**	**6**
Catamarca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	7	0	21	0	1	0	15	0	0
La Rioja	0	7	0	6	0	1	0	0	0	6
Salta	0	90	0	34	0	0	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	3	0	0	0	3	0	0	0	0
Tucumán	0	8	0	16	0	0	0	0	0	4
Total NOA	**0**	**115**	**0**	**77**	**0**	**5**	**0**	**15**	**0**	**10**
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**2**	**0**	**1**	**0**	**0**
Total País	**0**	**289**	**0**	**216**	**0**	**253**	**0**	**54**	**0**	**30**

Pos: positivas / Est: estudiadas

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

V.5.A. ENFERMEDAD POR VIRUS ZIKA

En Argentina, la transmisión autóctona del virus Zika fue notificada por primera vez en 2016, con el último brote registrado en 2018. Desde entonces, no se han confirmado nuevos casos en el país. Durante la temporada actual se investigaron **289** casos sospechosos, todos con resultados negativos. En la actualidad no se evidencia circulación viral activa; no obstante, se sostiene una vigilancia epidemiológica continua y fortalecida, orientada a la detección temprana de casos sospechosos y a la identificación oportuna de una eventual reintroducción del virus.

V.5.B. FIEBRE DE OROPOUCHE

La vigilancia de la fiebre de Oropouche se basa actualmente en el estudio por laboratorio de una proporción de casos negativos para dengue y en personas con antecedente de viaje a zonas donde se registra transmisión durante la temporada en curso. Hasta el momento, se investigaron **216** casos, sin registrarse resultados positivos.

V.5.C. ENCEFALITIS DE SAN LUIS

En la temporada actual se notificaron **253** casos sospechosos de encefalitis de San Luis, sin registrarse casos confirmados hasta el momento. No se evidencia circulación viral activa en el país. Se mantiene una vigilancia epidemiológica intensificada, especialmente ante cuadros compatibles con meningoencefalitis viral, con el objetivo de detectar oportunamente una eventual introducción del virus.

V.5.D. FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL

Durante la presente temporada se investigaron **54** casos sospechosos de fiebre del Nilo Occidental en el país, sin registrarse casos confirmados autóctonos hasta la fecha. En la SE 37/2025 se confirmó un caso correspondiente a una persona con residencia en Kansas, Estados Unidos, que inició síntomas compatibles durante su paso por Argentina y fue atendida en la provincia de Buenos Aires. El caso fue confirmado por el Laboratorio Nacional de Referencia INEVH “Dr. Julio I. Maiztegui” y no presentó antecedente epidemiológico compatible con adquisición local, refiriendo exposición previa en su país de residencia en zonas con presencia de mosquitos durante actividades al aire libre.

V.5.E. FIEBRE AMARILLA

Durante la temporada en curso se notificaron **30** casos sospechosos de fiebre amarilla, sin registrarse hasta el momento casos confirmados. Los últimos casos confirmados en el país ocurrieron en 2018, cuando se registraron siete casos asociados a antecedente de viaje a Brasil, todos en personas no vacunadas. Se sostiene la vigilancia epidemiológica activa y la estrategia de prevención mediante vacunación en las áreas con recomendación vigente.

VI. Hantavirosis

VI.1. Introducción

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

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

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

En respuesta a estos desafíos sanitarios, las normas de vigilancia fueron revisadas y actualizadas[21] con el objetivo de optimizar los criterios diagnósticos, fortalecer las estrategias de detección temprana y respuesta ante brotes, y mejorar la calidad de la información notificada al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

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

Dada la complejidad clínica y epidemiológica del evento, los datos presentados pueden estar sujetos a revisión según avance la confirmación diagnóstica o la clasificación final de los casos.

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

No obstante, resultan fundamentales para dimensionar el comportamiento del evento, fortalecer los sistemas de vigilancia y consolidar las capacidades de respuesta ante este tipo de emergencias.

VI.2. Situación epidemiológica actual

VI.2.A. NOTA METODOLÓGICA

El análisis de la información se realiza por la caracterización epidemiológica del evento nominal "Hantavirosis". Se consideran como casos confirmados aquellos que cuentan con resultados de laboratorio detectable o reactivo, según la última definición de caso consensuada publicada en la Circular de Vigilancia de Mayo 2025[22], o una clasificación manual correspondiente a confirmado. Los casos se presentan según la jurisdicción de residencia consignada en el SNVS 2.0, en ausencia de este dato, se utiliza la jurisdicción de carga. La fecha mínima se construye según orden de priorización con la fecha de inicio de síntomas (FIS), la fecha de consulta, toma de muestra, y, por último, fecha de apertura del caso, en caso de no contar con ninguna de las anteriores.

VI.2.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

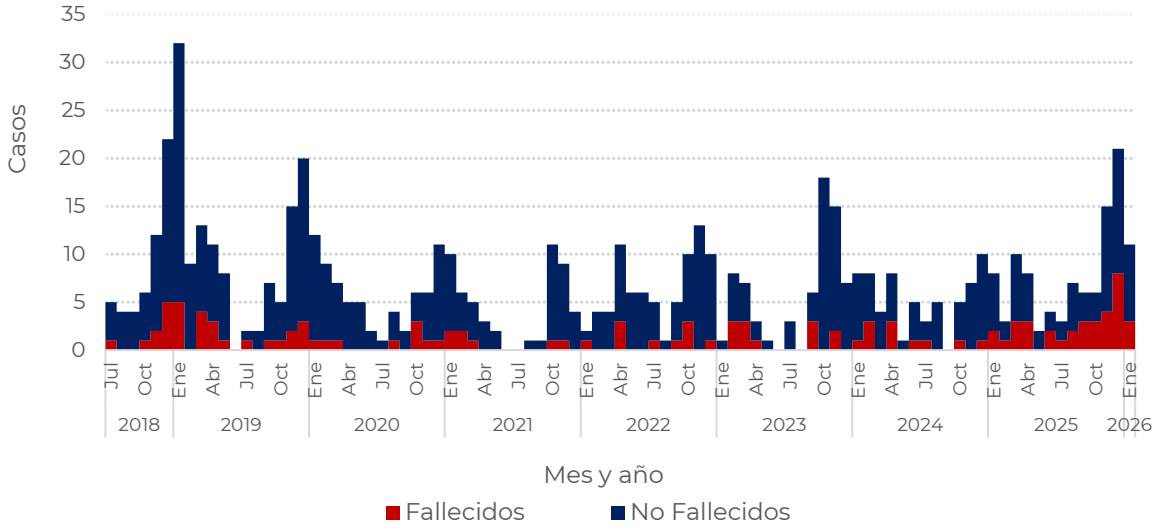
La situación epidemiológica actual se caracterizó a partir de la comparación de períodos comprendidos entre los meses julio de un año y junio del siguiente (Por ej. SE 27/2018- SE 26/2019) para, de esta manera, poder contrastar el aumento de casos en períodos estivales entre sí.

Caracterización según temporalidad y regiones del país

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

[22] 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 03/2026, Argentina. (N=613)



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

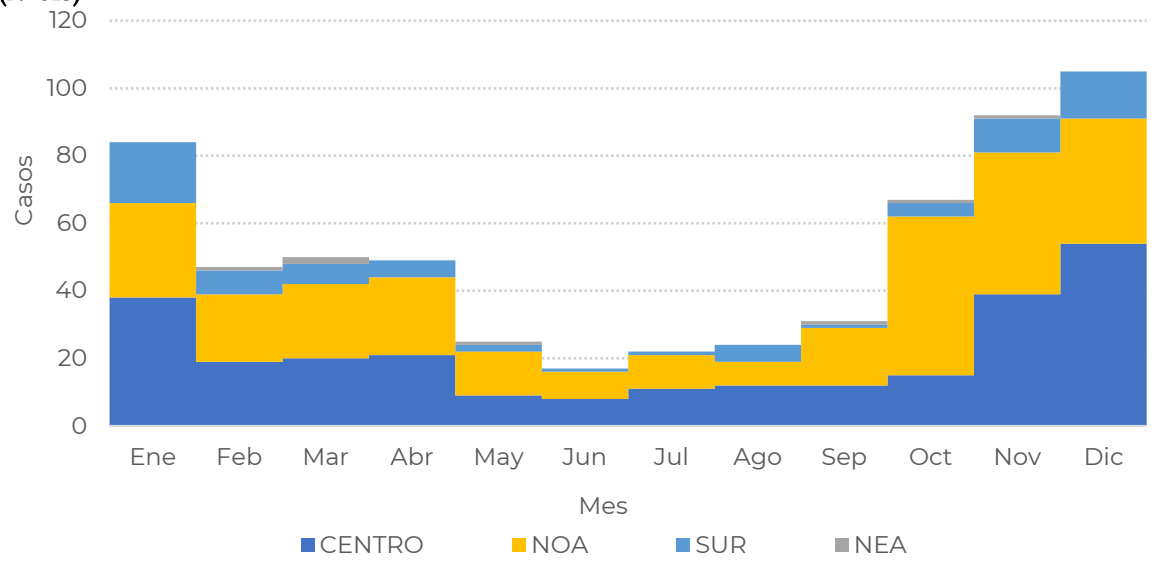
En el presente análisis, respecto del BEN anterior, se notificaron 9 casos nuevos de hantavirosis, pasando de un total de 604 a 613 casos para todo el período.

Durante el mes de enero de 2026, a la fecha, se notificaron los 11 casos nuevos, tres de los cuales fallecieron.

Puede constatarse, aún, la tendencia creciente en casos confirmados y fallecidos desde julio a diciembre del 2025. Al mismo tiempo, se puede observar que el pico de casos confirmados en diciembre de 2025 (21 casos totales, 8 fallecidos), es el más elevado de toda la serie, a excepción de lo sucedido en el brote ya citado de Epuyén en el cual, entre los meses de diciembre 2018 y enero 2019, se consignaron 22 y 35 casos respectivamente.

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

Gráfico 2. Hantavirosis: Casos acumulados según mes y región. SE 27/2018 a SE 03/2026, Argentina. (N=613)

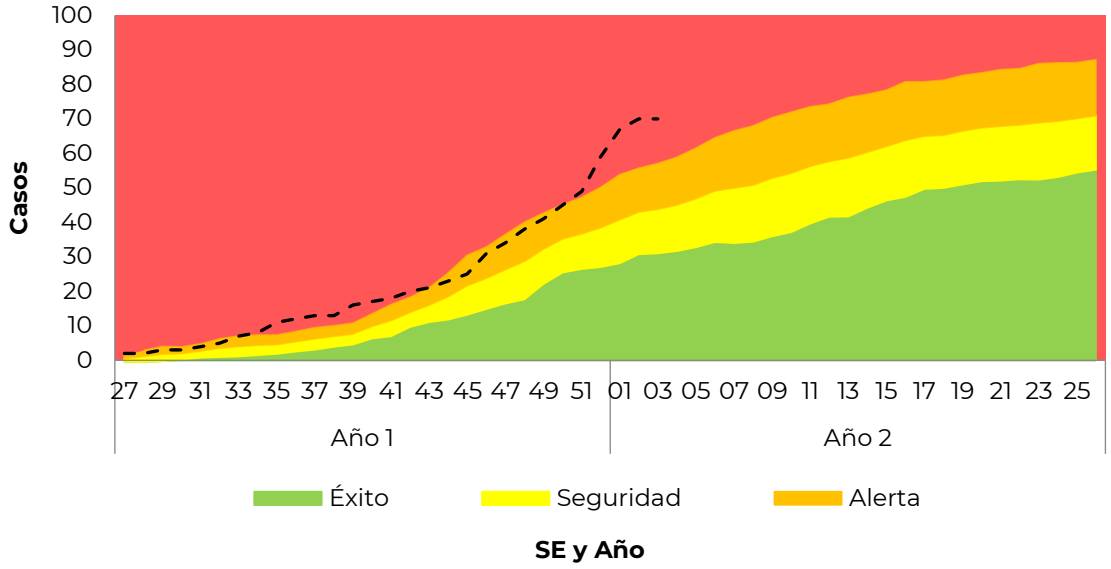


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

En la curva histórica de casos mensuales, se observa que el 89% de los casos se concentran entre los meses de septiembre a abril (SE 34 a SE 20), y más de un 50% entre noviembre y enero (SE 39 a SE 02). Este patrón se verifica en las 3 regiones que concentran la mayor carga de la enfermedad (NOA, Sur y Centro) con la particularidad de que en el NOA el incremento estacional se inicia de manera más temprana.

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

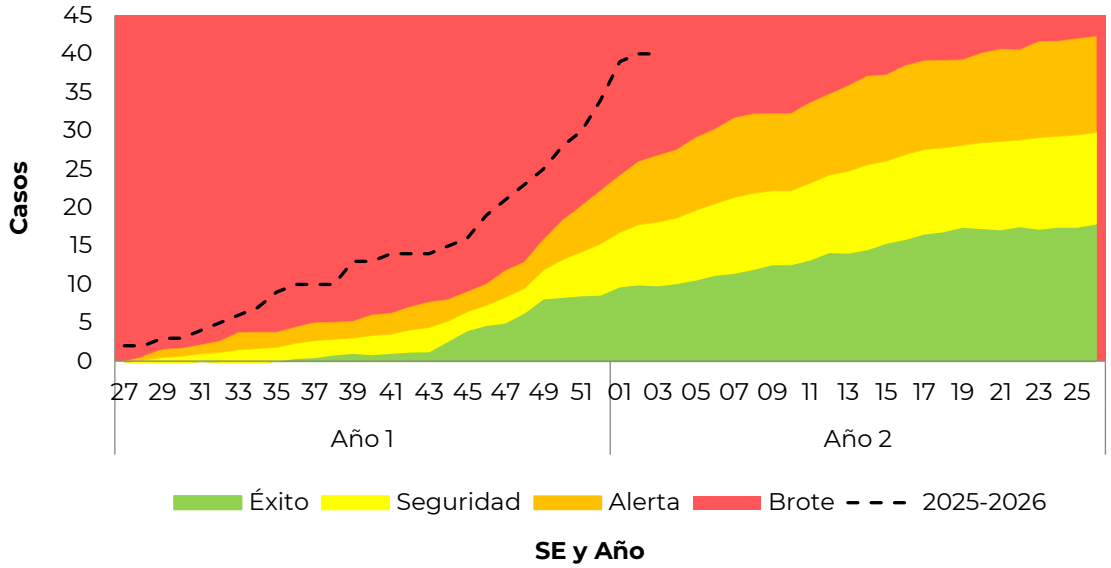
Gráfico 3. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE 27/2025 a SE 03/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025)*. Argentina. (N=70)



Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.
**Tanto para el total país como para los corredores regionales, se excluyeron del período comparativo los casos de la temporada 2018-2019 por ser una temporada de brote.*

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

Región CentroGráfico 4. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE 27/2025 a SE 03/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región Centro. (N=40)

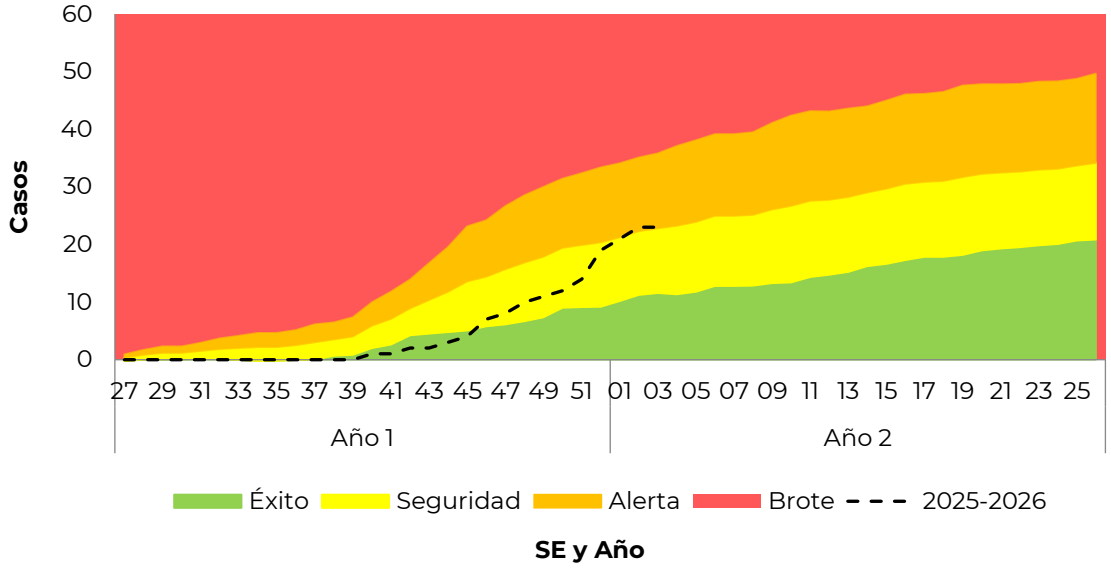


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

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

Región NOA

Gráfico 5. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE 27/2025 a SE 03/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región NOA. (N=23)



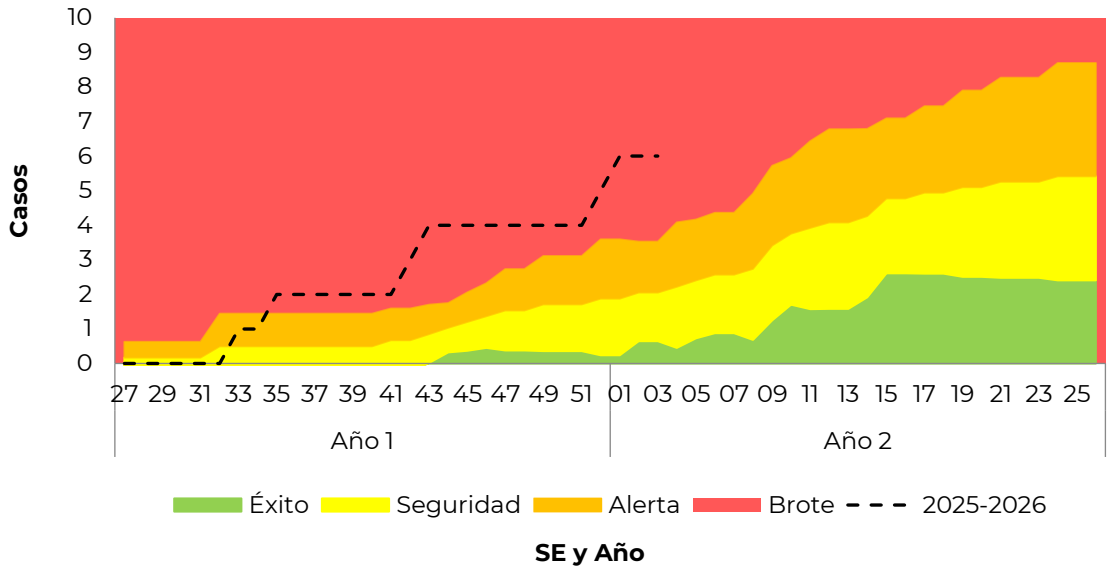
Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

En lo que respecta a la región del NOA, se presentaron casos en las jurisdicciones de Salta y Jujuy, con un número de eventos que se encuentra mayormente dentro del canal o banda de

seguridad para el período comprendido entre julio del año 2025 y enero de 2026. La situación actual de hantavirosis está entrando en la zona de alerta.

Región Sur

Gráfico 6. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE 27/2025 a SE 03/2026 respecto de las 6 temporadas precias (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región Sur. (N=6)



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

Para la región Sur, la cual incluye a las jurisdicciones de Chubut, Neuquén y Rio Negro, el número de casos se encuentra superando el umbral de brote para el período comprendido entre julio de 2025 y enero del 2026.

Presentación de datos a nivel sub-nacional

Para dar cuenta de la situación nacional de hantavirosis, se presentan dos tablas. Una de ellas (tabla 1), correspondiente a los casos y tasas de incidencia en el período equivalente al transcurrido para la temporada actual (SE 27 de un año a SE 3 del año siguiente) para los años 2019 a 2026 y otra (Tabla 2) con los casos históricos confirmados de 2019 a 2025, ambas por jurisdicción y región.

Tabla 1. Hantavirosis: Casos confirmados y tasa cada 100.000 habitantes según jurisdicción y región, por temporada. Argentina, 2019 a 2026 (SE 27 a 3). (N=328)

Temporada	2019-2020 (hasta SE3)		2020-2021 (hasta SE3)		2021-2022 (hasta SE3)		2022-2023 (hasta SE3)		2023-2024 (hasta SE3)		2024-2025 (hasta SE3)		2025-2026 (hasta SE3)	
Jurisdicción	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Buenos Aires	19	0,11	11	0,06	6	0,03	8	0,04	4	0,02	12	0,07	28	0,15
Entre Rios	1	0,07	4	0,29	1	0,07	3	0,21	2	0,14	4	0,28	5	0,34
Santa Fe	8	0,23	6	0,17	4	0,11	4	0,11	3	0,08	7	0,19	7	0,19
Centro	28	0,10	21	0,07	11	0,04	15	0,05	9	0,03	23	0,08	40	0,13
Chaco	1	0,08	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Formosa	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,16
Misiones	1	0,08	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
NEA	2	0,05	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,02
Jujuy	7	0,91	5	0,65	5	0,64	7	0,88	7	0,88	4	0,50	4	0,49
Salta	20	1,41	8	0,56	8	0,55	19	1,29	31	2,09	9	0,60	19	1,25
Tucumán	0	0,00	0	0,00	2	0,12	2	0,11	3	0,17	0	0,00	0	0,00
NOA	27	0,48	13	0,23	15	0,26	28	0,48	41	0,70	13	0,22	23	0,38
Chubut	0	0,00	3	0,48	1	0,16	2	0,31	0	0,00	0	0,00	1	0,15
Neuquén	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,29	0	0,00	1	0,14
Rio Negro	1	0,13	1	0,13	0	0,00	0	0,00	1	0,13	1	0,13	4	0,50
Sur	1	0,03	4	0,14	1	0,03	2	0,07	3	0,10	1	0,03	6	0,19
Total País	58	0,13	38	0,08	27	0,06	45	0,10	53	0,11	37	0,08	70	0,15

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

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

Nota: Se muestra sólo las jurisdicciones con casos

La mayor proporción de casos para la temporada actual, se encuentra en la región Centro (57%), seguida por la región NOA (33%) y la región Sur (8%).

La incidencia más elevada se presenta en Salta, Río Negro y Jujuy.

Teniendo en cuenta las temporadas previas (desde la SE 27 del 2019), la incidencia a nivel nacional para la temporada actual es la que presenta la tasa más elevada, 0,15 cada 100.000 habitantes, seguida de la temporada 2019-2020 con 0,13.

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

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

Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0
Se encuentra resaltado con un gradiente en escala ascendente de color el valor de las tasas por jurisdicción
Nota: Se muestra sólo las jurisdicciones con casos

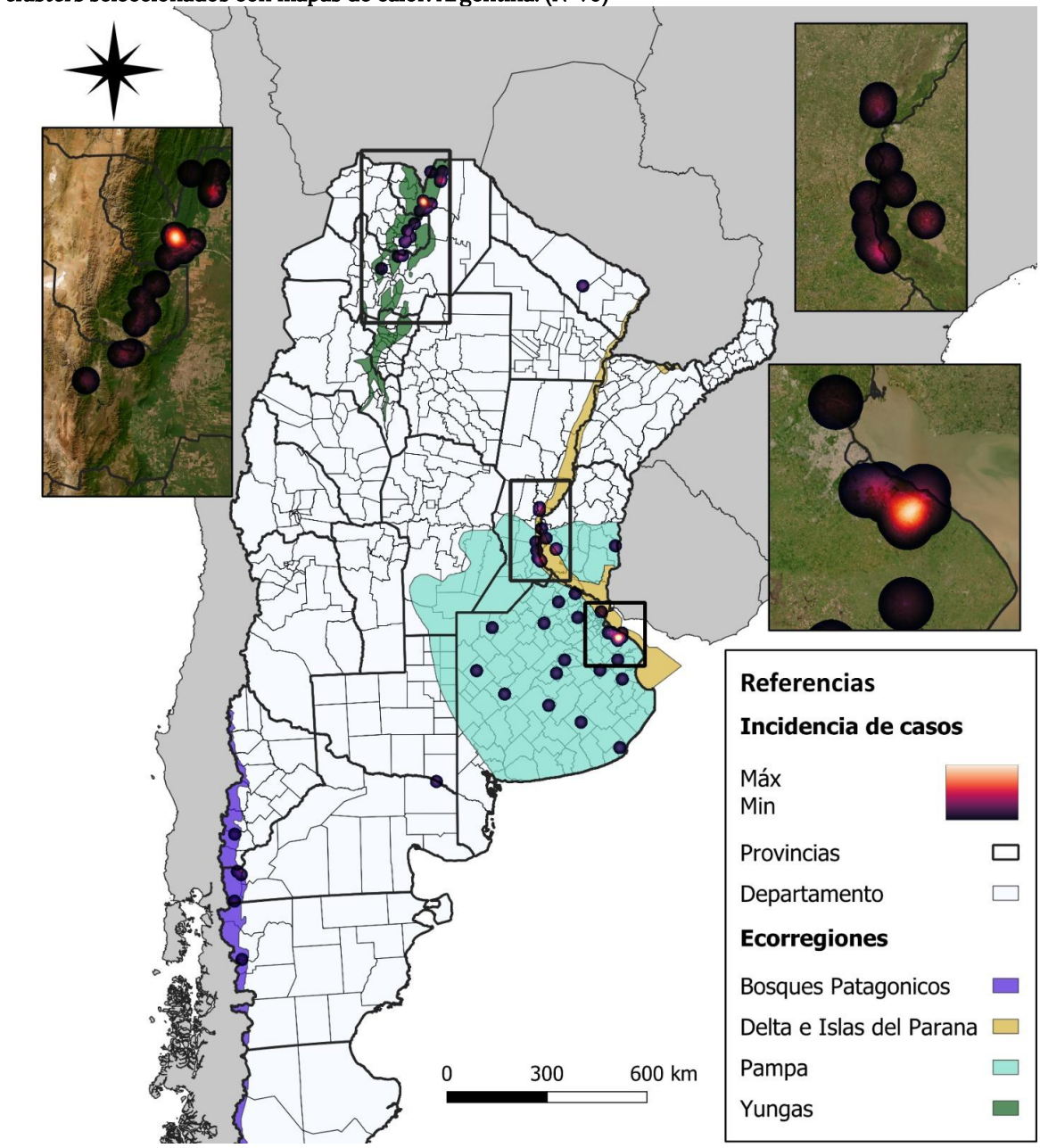
Considerando los casos históricos 2019-2025 (549), se observa que el 46% de éstos se concentraron en la región NOA, seguidos por la región centro (43%) y la región sur (10%). En este caso, al momento del análisis, la tasa de incidencia a nivel nacional del año 2019 es la más elevada (0,28) en todo el período analizado.

En lo que va del año calendario 2026, a la fecha, se han notificado 11 nuevos casos, correspondientes a las provincias de Buenos Aires (5), Entre Ríos (1), Río Negro (1) y Salta (4).

En el mapa 1, se georreferencia la distribución de los 58 casos de hantavirus desde la SE 27/2025 hasta la SE 03/2026.

La descripción de los casos por ecorregión permite delimitar riesgos específicos en cada una, determinados por la ecología y el comportamiento de los reservorios y por los patrones de exposición vinculados a las actividades que realizan las personas.

Mapa 1. Hantavirosis: Casos confirmados desde SE27/2025 a SE03/2026, ecorregiones y detalle de *clusters* seleccionados con mapas de calor. Argentina. (N=70)



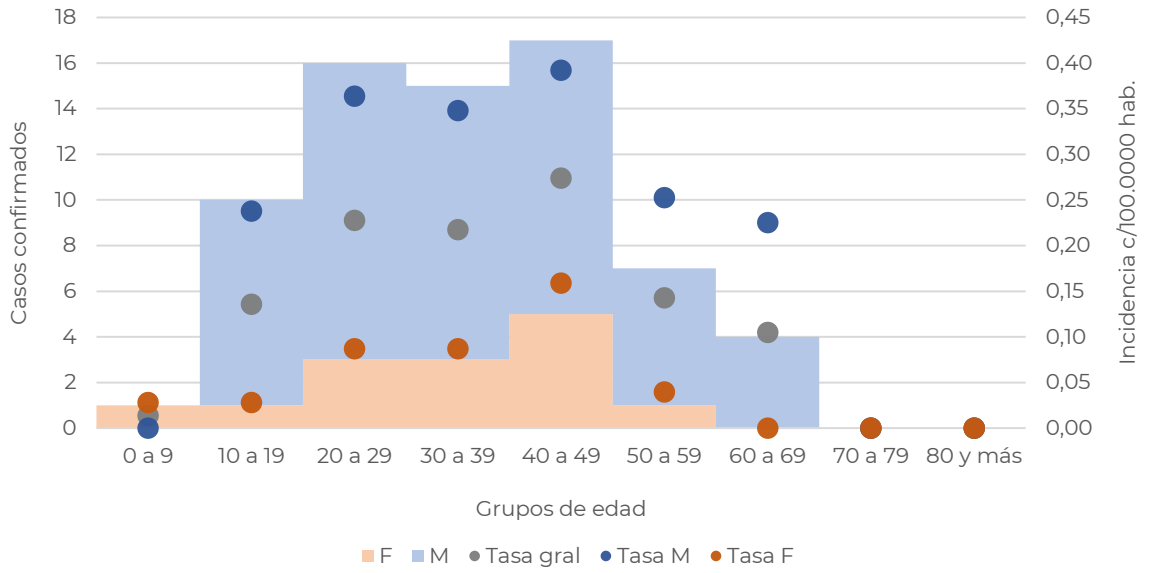
Fuentes: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0. Ecorregiones - Ministerio de Economía - Secretaría de Obras Públicas, disponible en: https://geoportal.obraspublicas.gob.ar/layers/geonode_data:geonode:ecoregiones_argentina#more

La distribución de los casos de hantavirus se asocia con la del reservorio, aunque las distribuciones de los roedores en general son más extensas y se puede considerar como la máxima área endémica potencial. El Mapa 1 identifica las ecorregiones principalmente vinculadas a los casos. En el NOA, los 23 casos corresponden a departamentos ubicados en las Yungas (verde). En la región Sur, los 6 casos se localizan en los Bosques Patagónicos a excepción de uno que corresponde a la provincia de Río Negro, localizándose en noreste de la provincia. En la región Centro, la mayor concentración (40 casos) se vincula al bosque en galería del Delta e Islas del Paraná, que incluye los humedales de Samborombón y áreas aledañas a La Plata. Por otra parte, se presentan casos del interior de la provincia de Buenos Aires se asocian a la ecorregión Pampeana y un caso en la región chaqueña (Formosa). Esta distribución requiere confirmación mediante trabajo de campo orientado a la búsqueda y caracterización de reservorios en cada foco, y se complementa con vigilancia genómica para validar la vinculación entre casos, reservorios y circulación viral.

Caracterización según grupos de edad

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

Gráfico 7. Hantavirosis: casos confirmados y tasas cada 100.000 habitantes, según sexo y edad. Argentina, SE 27/2025 a SE 03/2026. (N=70)



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

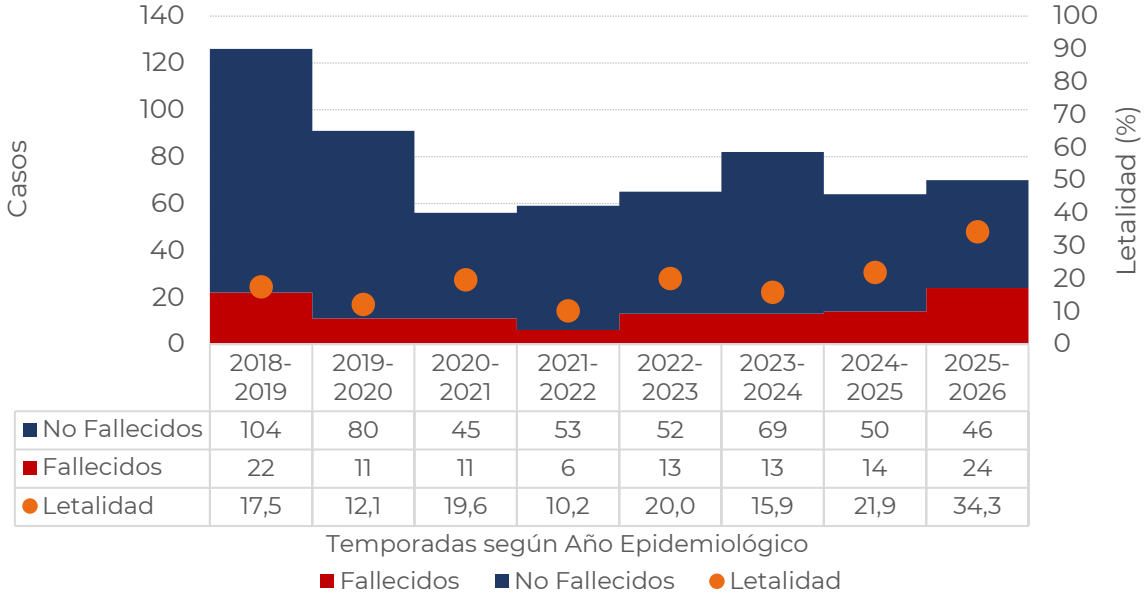
A nivel país, la mediana de edad para los casos confirmados de la temporada en curso es de 34 años, concentrándose el 69% (48) de los casos entre los 20 y los 49 años, contando estos grupos con las mayores tasas de incidencia cada 100.000 habitantes en el período.

En cuanto a la distribución de los casos por sexo, el 80% (56) de los casos confirmados para la temporada actual se corresponde con el sexo masculino. Para todos los grupos etarios, se observa una predominancia de los casos masculinos por sobre los femeninos, a excepción del grupo etario de 0 a 9 años cuyo único caso confirmado se corresponde con el sexo femenino.

Caracterización de la mortalidad

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

Gráfico 8. Hantavirosis: Casos y letalidad por temporada. SE 27/2018 a SE 03/2026. Argentina. (N=613)



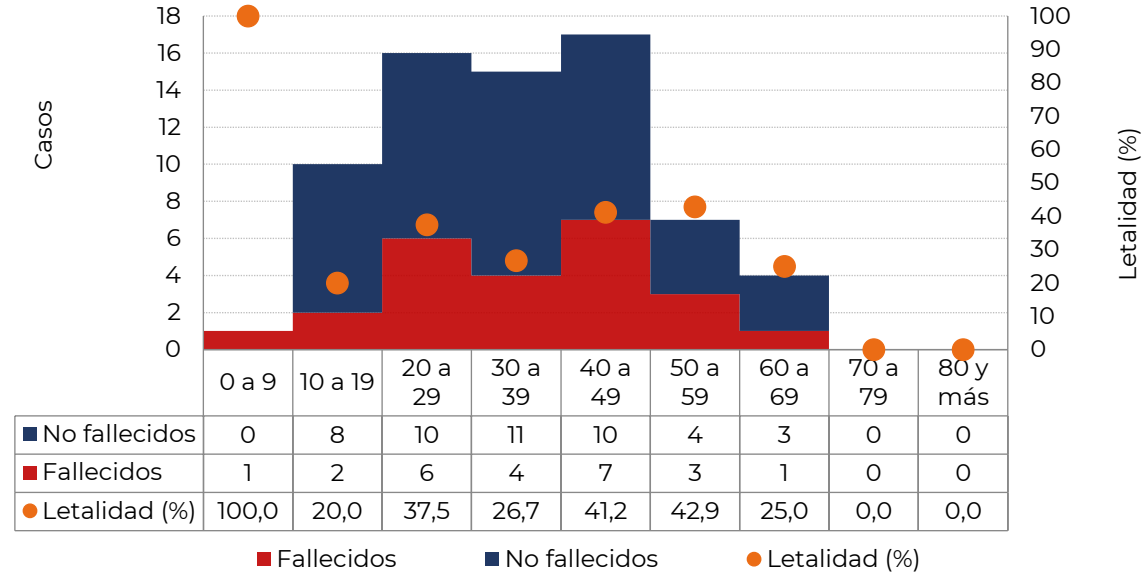
	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025	2025-2026
No Fallecidos	104	80	45	53	52	69	50	46
Fallecidos	22	11	11	6	13	13	14	24
Letalidad	17,5	12,1	19,6	10,2	20,0	15,9	21,9	34,3

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

Entre la SE 27/2025 y SE 03/2026 se notificaron 24 casos fallecidos, con una letalidad del 34,3%, la más elevada respecto de las temporadas previas.

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

Gráfico 9. Hantavirosis: Casos y letalidad por grupo etario. SE 27/2025 a SE 03/2026. Argentina. (N=70)



	0 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 y más
No fallecidos	0	8	10	11	10	4	3	0	0
Fallecidos	1	2	6	4	7	3	1	0	0
Letalidad (%)	100,0	20,0	37,5	26,7	41,2	42,9	25,0	0,0	0,0

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

La mediana de edad de los casos fallecidos para la temporada actual es de 36 años. Excluyendo a los menores de 10 años, cuyo único caso notificado falleció, el grupo con mayor letalidad (42,9%) corresponde al de 50 a 59 años. A partir de los 70 años no se notificaron casos confirmados.

Para dar cuenta de la situación jurisdiccional, regional y nacional de los casos fallecidos de hantavirosis, se presentan dos tablas. Una de ellas (tabla 3), correspondiente a los fallecidos y

tasas de mortalidad en el período equivalente al transcurrido para la temporada actual (SE 27 de un año a SE 2 del año siguiente) para los años 2019 a 2026 y otra (Tabla 4) con los casos históricos fallecidos de 2019 a 2025.

Tabla 3. Hantavirosis: Casos fallecidos y tasa de mortalidad por 1.000.000 habitantes según jurisdicción y región, por temporada. Argentina, 2019 a 2026 (SE 27 a 03). (N=58)

Año epidemiológico	2019 -2020 (SE27 a SE 03)		2020 - 2021 (SE27 a SE03)		2021 - 2022 (SE27 a SE03)		2022 - 2023 (SE27 a SE03)		2023 - 2024 (SE27 a SE03)		2024 - 2025 (SE27 a SE03)		2025 - 2026 (SE27 a SE03)	
Jurisdicción	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Buenos Aires	2	0,11	1	0,06	0	0,00	1	0,06	0	0,00	2	0,11	12	0,65
Entre Ríos	0	0,00	1	0,32	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,69	1	0,69
Santa Fe	2	0,53	2	0,53	1	0,26	1	0,28	2	0,55	0	0,00	1	0,27
Centro	4	0,14	4	0,01	1	0,03	2	0,07	2	0,07	3	0,10	14	0,46
Jujuy	2	2,61	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Salta	2	1,41	2	1,40	0	0,00	3	2,04	2	1,35	2	1,33	8	5,27
Tucumán	0	0,00	0	0,00	1	0,58	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
NOA	4	0,71	2	0,35	1	0,17	3	0,51	2	0,34	2	0,34	8	1,33
Chubut	0	0,00	1	1,60	1	1,58	1	1,55	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Neuquén	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,41
Río Negro	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,28	0	0,00	1	1,25
Sur	0	0,00	1	0,34	1	0,33	1	0,33	1	0,32	0	0,00	2	0,63
Total País	8	0,18	7	0,15	3	0,07	6	0,13	5	0,11	5	0,11	24	0,50

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

Nota: Se muestra sólo las jurisdicciones con casos

A nivel nacional, la tasa de mortalidad para la temporada actual (SE 27/2025 a SE 03/2026) es la más alta de todo el período analizado, de 2019 a 2026. Asimismo, para el mismo período, la región del NOA presenta la mayor tasa de mortalidad (1,33), ubicándose todos los casos de la región (8) en la provincia de Salta. Para la actual temporada, no se notificaron casos fallecidos en la región del NEA.

Tabla 4. Hantavirosis: Casos totales históricos fallecidos, tasa de letalidad y tasa de mortalidad cada 1.000.000 habitantes según jurisdicción y región, por año calendario. Argentina, 2019 a 2025. (N=102)

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

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

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

Nota: Se muestra sólo las jurisdicciones con casos

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

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

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

VI.2.C. TIEMPO DE ATENCIÓN Y SENSIBILIDAD DEL SISTEMA DE SALUD

A continuación, se presentan gráficos de cajas o *boxplot* que muestran la mediana de la diferencia en días entre distintos momentos del proceso de diagnóstico y notificación, así como el primer y el tercer cuartil, representados por los extremos de las líneas y los *outliers* o valores extremos que son los puntos aislados. Estos gráficos permiten evaluar la sensibilidad y la oportunidad del sistema de salud para identificar y atender los casos de hantavirus de manera oportuna.

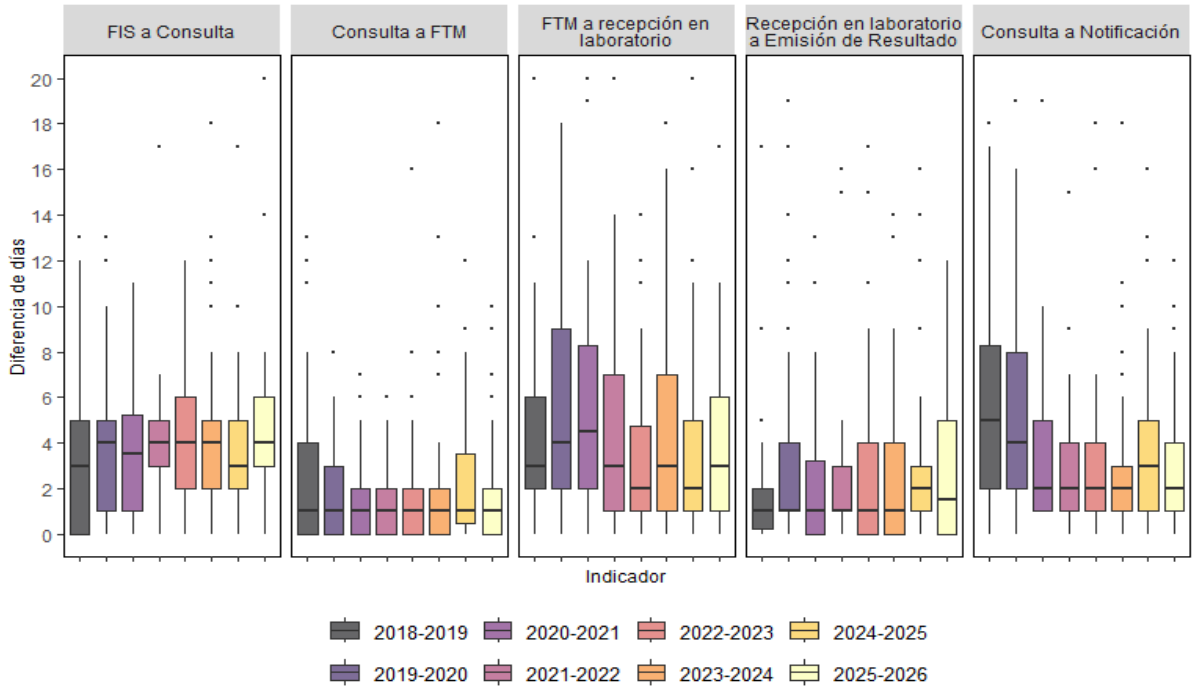
Variables:

I. FIS: fecha de inicio de síntomas.
II. Consulta: fecha de consulta en centro de salud.
III. FTM: fecha de toma de muestra (si hay varias, la menor).
IV. Recepción: fecha de recepción de la muestra en el laboratorio (si hay varias, la menor).
V. Emisión: fecha de emisión del resultado por parte del laboratorio (si hay varias, la menor).
VI. Notificación: fecha de carga del caso en el SNVS2.0.

Indicadores:

I. FIS a Consulta: diferencia de días entre fecha de consulta y fecha de inicio de síntomas.
II. Consulta a FTM: diferencia de días entre fecha de toma de muestra y fecha de consulta.
III. FTM a recepción en laboratorio: diferencia de días entre fecha de recepción en el laboratorio y fecha de toma de muestra.
IV. Recepción en laboratorio a Emisión de Resultado: diferencia de días entre fecha de emisión de resultados y recepción en el laboratorio.
V. Consulta a Notificación en el SNVS: diferencia de días entre fechas de notificación y la fecha de consulta.

Gráfico 10. Hantavirosis: Diferencia de días en tiempos de atención de casos por temporada. SE27/2018 a SE03/2026. Argentina. (N=613)**



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

*** Nota metodológica: se excluyeron los valores menores a 0 para todos los indicadores, así como todos los valores mayores a 45 para todos los indicadores (con excepción de "*Consulta a Notificación*"), por ser inconsistentes con las características del evento y considerarse errores de carga. Para las fechas asociadas a la muestra y al laboratorio, en caso de haber varias muestras o estudios realizados, se consideraron las primeras consignadas.*

Considerando los casos de hantavirus ocurridos entre SE27/2025 y SE03/2026, se observa en esta temporada una mayor mediana de diferencia de días entre la fecha de consulta y la fecha de inicio de síntomas, pasando de 3 a 4 días respecto a la temporada anterior.

Se constatan mejoras en la diferencia de días entre la fecha de toma de muestra y la fecha de recepción de la muestra en el laboratorio, pasando de 4,5 días en la temporada 2020-2021 a 3 días en 2025-2026.

En las últimas dos temporadas, hubo un ligero aumento en la mediana de diferencia de días entre recepción en el laboratorio y emisión del resultado (recepción en laboratorio a emisión de resultado); además, se observa en esta temporada una mayor variabilidad en esta variable.

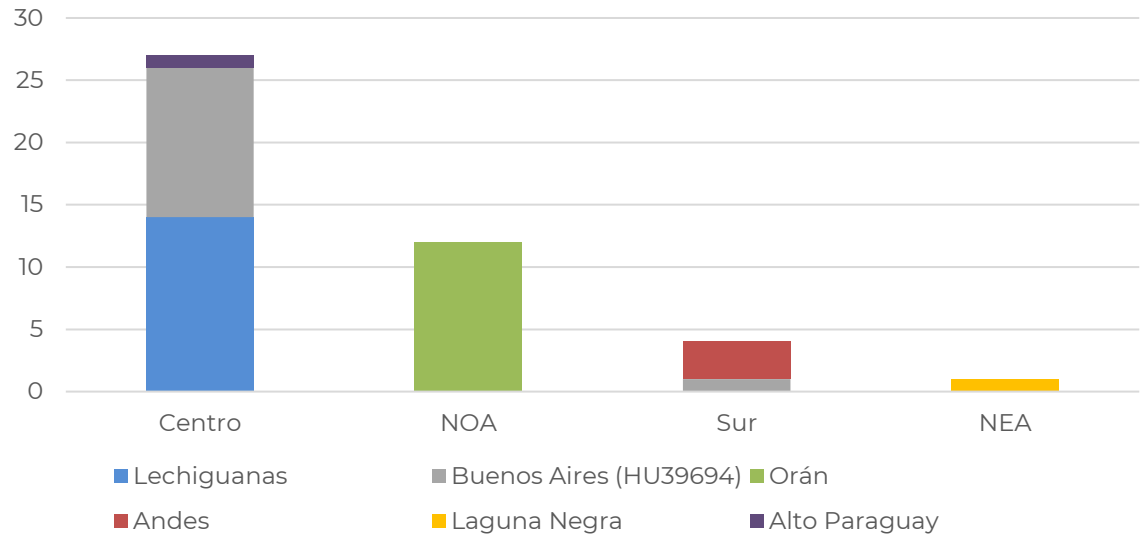
Se observa además una reducción en la oportunidad de la notificación (consulta a notificación), pasando de 5,5 días en la temporada 2018-2019 a 2 días en la temporada 2025-2026.

VI.2.D. VIGILANCIA DE GENOTIPOS DE HANTAVIRUS

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

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

Gráfico 11. Distribución de genotipos de Hantavirus identificados según región residencia. SE01 2025-a SE03-2026. Argentina.



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

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

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

Se realizaron reuniones virtuales con las jurisdicciones para trabajar la actualización de las definiciones de casos y contactos, y el manejo de contactos. Además, se realizan reuniones con las jurisdicciones para asesoramiento técnico cuando lo requieren, como el reciente caso de hantavirosis de la localidad de Río Colorado, provincia de Río Negro (primer caso en esa zona de la provincia), en donde se está coordinando realizar una actividad de trampeo de roedores

en conjunto el Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas ANLIS “Carlos G. Malbrán” y la jurisdicción.

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

En el mismo sentido, se realizó una capacitación para fortalecer la atención médica. Conversatorio 2025: Pensar en Hantavirus Andes (https://www.youtube.com/watch?v=xpUR_WDoMPE&list=PLwad1oRGFEgBZpMLjUEzMow5rpQUrJnBP&index=40) y un spot de recomendaciones para equipos de salud (https://www.youtube.com/watch?v=-HiAyk4Q4A0&list=PLwad1oRGFEgCJjrq_K6adm-5rytQL1qAJ&index=2)

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

VI.2.F. CONCLUSIONES

El periodo comprendido entre SE 27/2025 y SE 03/2026 presentó una proporción mayor de casos en la zona Centro (57%), seguida por la región NOA (32%) y la región Sur (8%). Asimismo, se observó un aumento en la letalidad global. En el grupo etario de menores de 20 años se identificaron 11 casos confirmados, tres de los cuales se consignaron como fallecidos. Teniendo en cuenta la estacionalidad, es importante intensificar la sospecha de hantavirosis en zonas endémicas y que sea incorporado en el interrogatorio de ruina durante todo el año, pero aún más entre los meses de septiembre y abril, considerándola entre los diagnósticos diferenciales de otros síndromes febriles agudos inespecíficos. Ante la sospecha clínica de hantavirosis se sugiere realizar estudios diagnósticos confirmatorios a la mayor brevedad posible y hospitalizar; el diagnóstico precoz y la atención oportuna podrían mejorar la sobrevida de los pacientes. La mayor letalidad registrada en el período podría estar relacionada a la subnotificación de casos leves, aunque continúan en investigación otras causas. Se proseguirá con el análisis epidemiológico mientras transcurre la temporada. Se recomienda fortalecer tanto la vigilancia epidemiológica como la sospecha clínica, el testeo y el tratamiento oportuno de los casos con sintomatología compatible, teniendo en cuenta las regiones prevalentes y la temporalidad, así como indagando en los antecedentes epidemiológicos compatibles.

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

Circular “Actualización de normas para la vigilancia de hantavirosis - Mayo 2025”, disponible en el siguiente link:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/circular_vigilancia-hantavirus-16052025.pdf
La Ficha de Notificación e Investigación Epidemiológica se encuentra disponible en el siguiente link:
https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/fichas (Síndrome Febril Agudo Inespecífico)
La ficha clínica epidemiológica para derivación y el Instructivo de envío de muestras para diagnóstico se encuentran disponible en el siguiente link:
https://www.argentina.gob.ar/hantavirus-0

SITUACIONES **EMERGENTES**

VII. Coqueluche

VII.1. Introducción

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

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

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

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

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

VII.2.Situación internacional[23]

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

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

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

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

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

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

VII.3.Situación Epidemiológica actual de Coqueluche en Argentina

VII.3.A. INTRODUCCIÓN

Durante el año 2025 se notificaron 6.787 casos sospechosos de coqueluche, de los cuales 1.191 fueron confirmados, constituyendo el año con el mayor número de casos y la mayor tasa de incidencia desde el año 2020. El aumento comenzó a partir de la SE 27 y se mantuvo un número elevado de casos en las semanas posteriores. Este incremento resulta relevante para dimensionar la situación epidemiológica actual, dado que en 2025 el aumento de casos se observó de manera heterogénea en distintas jurisdicciones. Además, se registraron 11 fallecimientos, todos en menores de 2 años.

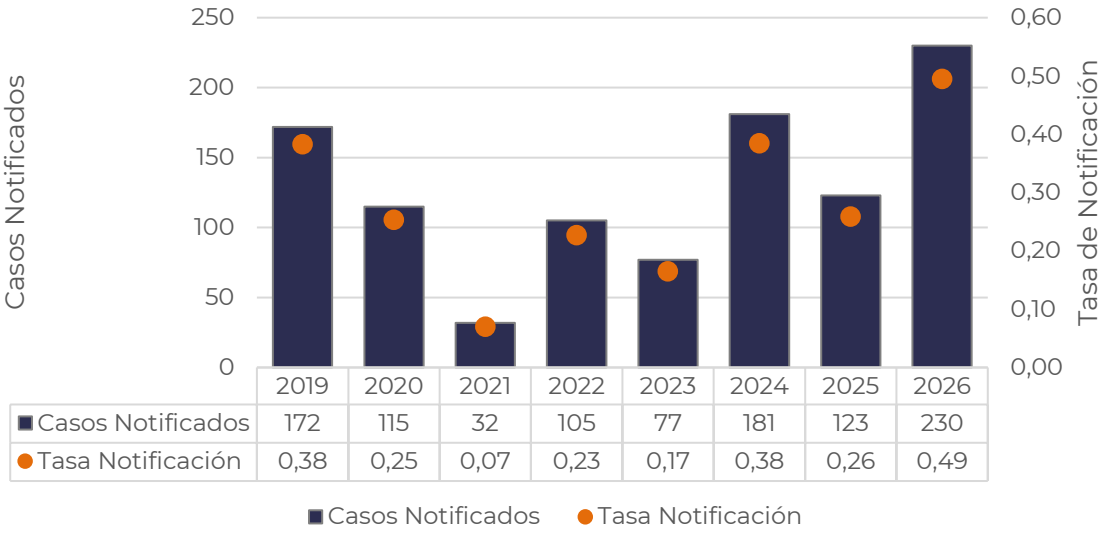
En la 3 primeras SE de 2026 se notificaron un total de 230 casos con sospecha de coqueluche, de los cuales 67 fueron confirmados. En 64 de éstos se contó con confirmación de laboratorio[24], identificándose *B. pertussis* en el 81,5% (n=45). 1 caso correspondió a *B. parapertussis* y 18 casos permanecen sin identificación de especie (*Bordetella* sp.).

Los 47 casos confirmados superan las cifras registradas para el mismo período desde 2019, en línea con el ascenso observado durante 2025. La incidencia acumulada en la primera semana del año es de 0,14 casos por cada 100.000 habitantes, siendo también la más alta para la SE1 desde 2019. No se registraron fallecimientos en estas primeras semanas.

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

La tasa de notificación en la SE3 para el período 2019-2025 fue variable, registrando un valor mínimo en 2021. La mayor tasa de incidencia y el mayor número de notificaciones se observa en 2026, con 0,49 casos cada 100.000 habitantes, seguido por 2019, con 0,38 casos notificados cada 100.000 habitantes.

Gráfico 1. Casos notificados y tasa de notificación cada 100.00 hab. de casos con sospecha de coqueluche según año. Argentina. SE3. Años 2019-2026.



	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Casos Notificados	172	115	32	105	77	181	123	230
Tasa Notificación	0,38	0,25	0,07	0,23	0,17	0,38	0,26	0,49

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

En la primera semana de 2026, las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche se concentraron principalmente en establecimientos de CABA (n=85) provincia de Buenos Aires (n= 61) y Córdoba (n= 30). En las 13 provincias restantes que notificaron casos sospechosos, se notificaron 15 casos o menos.[25]

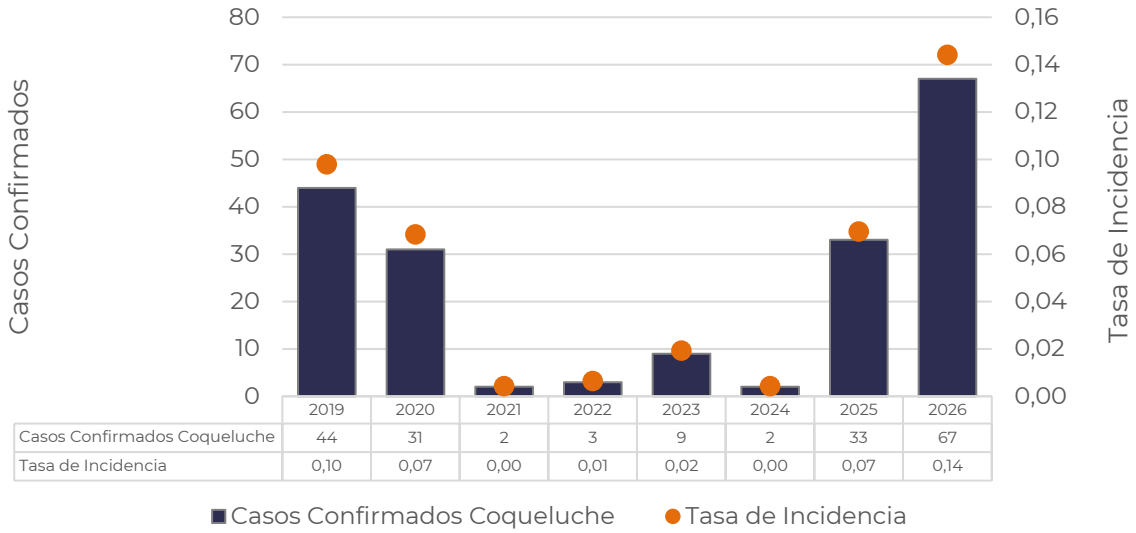
Del total de notificados, se confirmaron 67 casos, lo que representa una tasa de incidencia de 0,14 casos por cada 100.000 habitantes. Si se analiza el período 2019-2026 hasta la SE3, se observa una tendencia descendente de la incidencia entre 2019 y 2022. En 2023 se observó un

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

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

aumento, para luego volver a descender en 2024. Posteriormente, la incidencia aumentó de manera progresiva hasta el año en curso, en el cual se registra la tasa más elevada del período[26].

Gráfico 2. Casos confirmados y tasa de incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año. Argentina. SE3. Años 2019-2026.

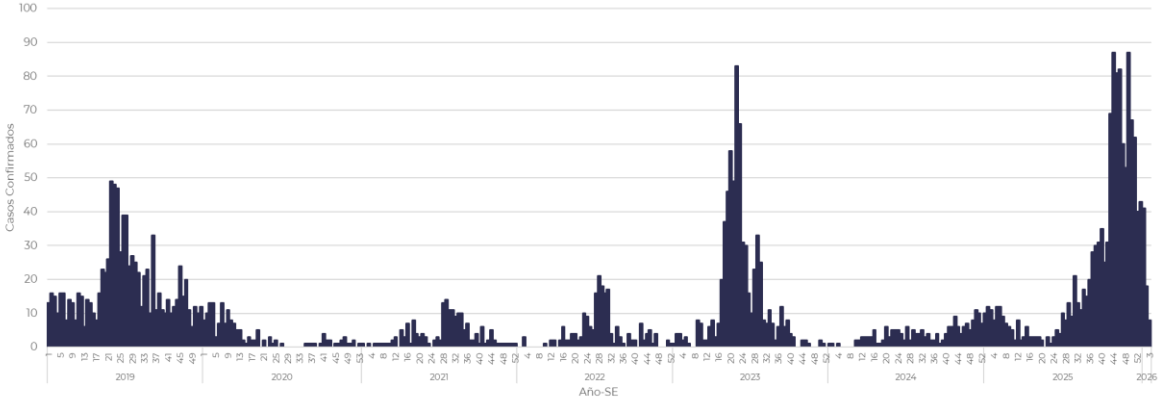


	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Casos Confirmados Coqueluche	44	31	2	3	9	2	33	67
Tasa de Incidencia	0,10	0,07	0,00	0,01	0,02	0,00	0,07	0,14

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

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

Gráfico 3. Curva epidémica de casos confirmados de coqueluche. Argentina. SE1/2019 a SE03/2026.



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

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

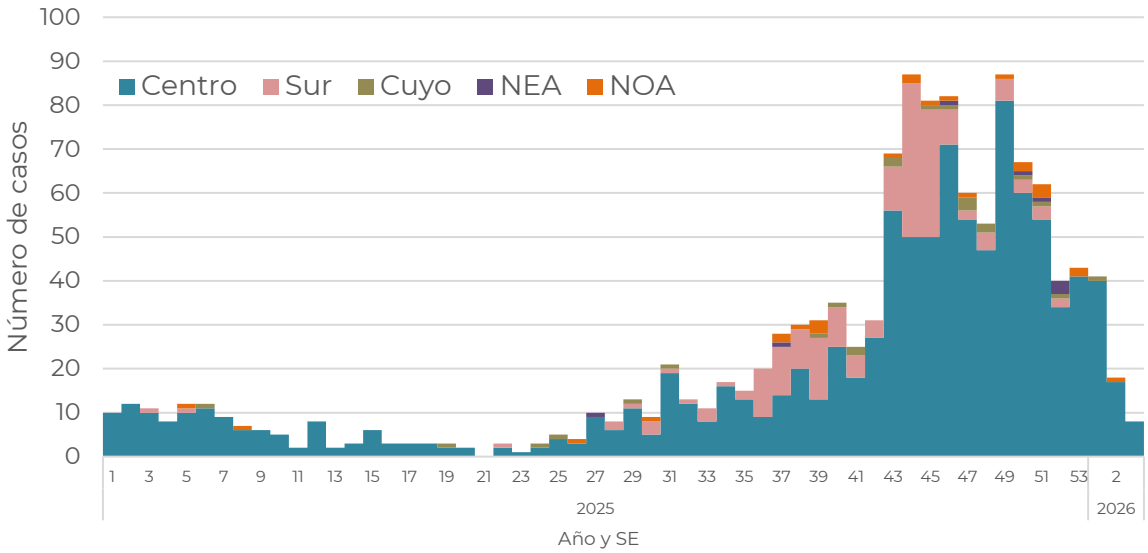
Posteriormente, a partir de la SE 27/2025, se verifica un nuevo ascenso, inicialmente asociado al brote en Ushuaia (Tierra del Fuego) y al aumento de casos confirmados en la Región Centro.

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

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

El mayor número de casos confirmados del año se observó en las SE 44 y 49 de 2025 (n=87). En las últimas 4 semanas los casos presentan una tendencia a la disminución[27].

Gráfico 4. Casos confirmados de coqueluche según SE y región. Argentina. SE 1/2025-SE3/2026.



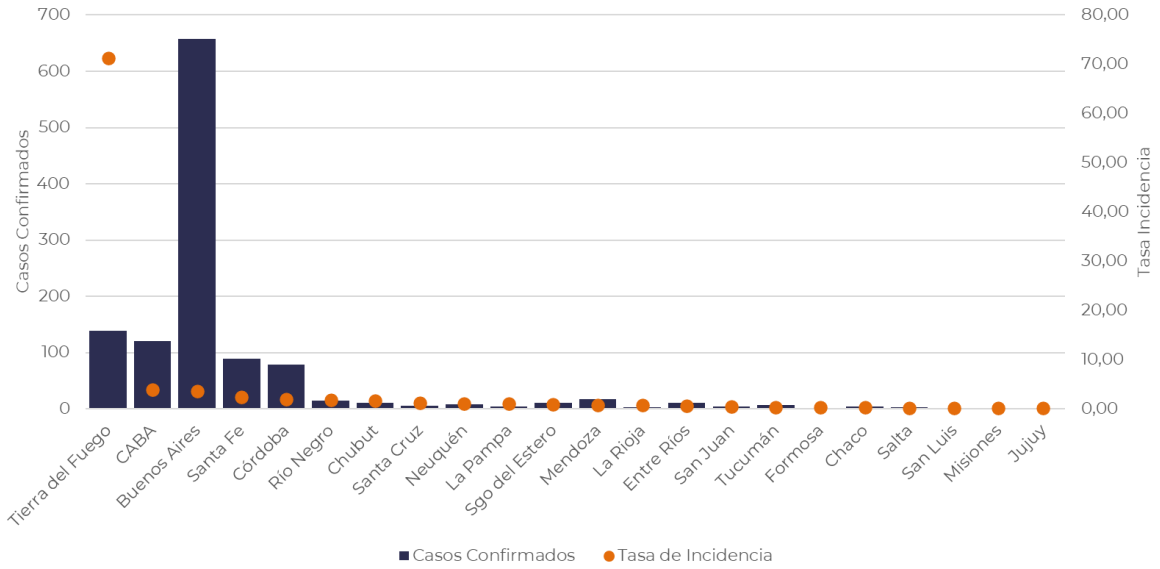
Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Durante 2025, los casos confirmados se distribuyeron en 22 jurisdicciones del país. La mayor concentración se observó en la Región Centro (n=956), con predominio de notificaciones en residentes de la provincia de Buenos Aires (n=658) y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (n=120). En la Región Sur se confirmaron 181 casos, principalmente vinculados al brote en curso en Tierra del Fuego. En la primera semana de 2026 los casos confirmados se registraron en 5 jurisdicciones: Buenos Aires (n=38), Córdoba (n=14), CABA (n=9), Santa Fe (n=4), Santiago del Estero (n=1) y Mendoza (n=1).

En el siguiente gráfico se observan los casos absolutos y la incidencia acumulada (IA) cada 100.000 habitantes según jurisdicción (ordenadas de mayor a menor IA), para el año 2025.

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

Gráfico 5. Casos confirmados e incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año por provincia. Argentina. 2025.



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

La mayor incidencia acumulada se registró en Tierra del Fuego, que —en el marco del brote en Ushuaia y Río Grande— presentó una IA de 71,31 casos por cada 100.000 habitantes, valor 18,3 veces superior al de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que ocupa el segundo lugar con una IA de 3,89 casos por 100.000 habitantes. En tercer lugar, se ubica la provincia de Buenos Aires, que, si bien concentra el mayor número absoluto de casos, presenta una tasa de 3,58 casos por 100.000 habitantes. Con respecto a la primera semana de 2026, se observa una IA de 0,4 casos cada 100.000 habitantes en Córdoba, 0,3 CABA, 0,2 en provincia de Buenos Aires, seguidos por Santa Fe, Santiago del Estero y Mendoza (IA= 0,1- 0,1 y 0,05, respectivamente).

A continuación, se presenta la tabla con el número de casos confirmados por año y jurisdicción, con el objetivo de describir la situación de 2025 en relación con los años previos (2019–2025) [28].

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

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

Jurisdicciones	Casos Confirmados						
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Buenos Aires	216	49	45	58	47	73	658
CABA	21	11	0	3	2	53	120
Catamarca	6	0	0	11	2	0	0
Chaco	5	3	0	2	0	0	4
Chubut	12	6	3	1	2	0	11
Córdoba	192	31	37	5	81	11	79
Corrientes	2	0	0	1	0	0	0
Entre Ríos	42	1	1	0	1	2	10
Formosa	2	2	0	1	0	0	2
Jujuy	2	0	3	0	2	0	1
La Pampa	8	0	0	0	0	0	4
La Rioja	1	0	0	0	25	1	3
Mendoza	241	12	17	13	25	1	17
Misiones	10	1	5	5	9	1	2
Neuquén	1	1	0	0	2	0	8
Río Negro	5	1	0	0	1	1	14
Salta	146	23	68	93	423	43	3
San Juan	3	1	0	0	0	0	4
San Luis	8	5	1	0	0	0	1
Santa Cruz	0	1	0	0	0	0	5
Santa Fe	14	5	0	7	43	5	89
Sgo del Estero	2	0	0	0	0	0	10
Tierra del Fuego	7	2	0	0	0	0	139
Tucumán	7	4	1	0	2	0	7
Total Nacional	**953**	**159**	**181**	**200**	**667**	**191**	**1191**

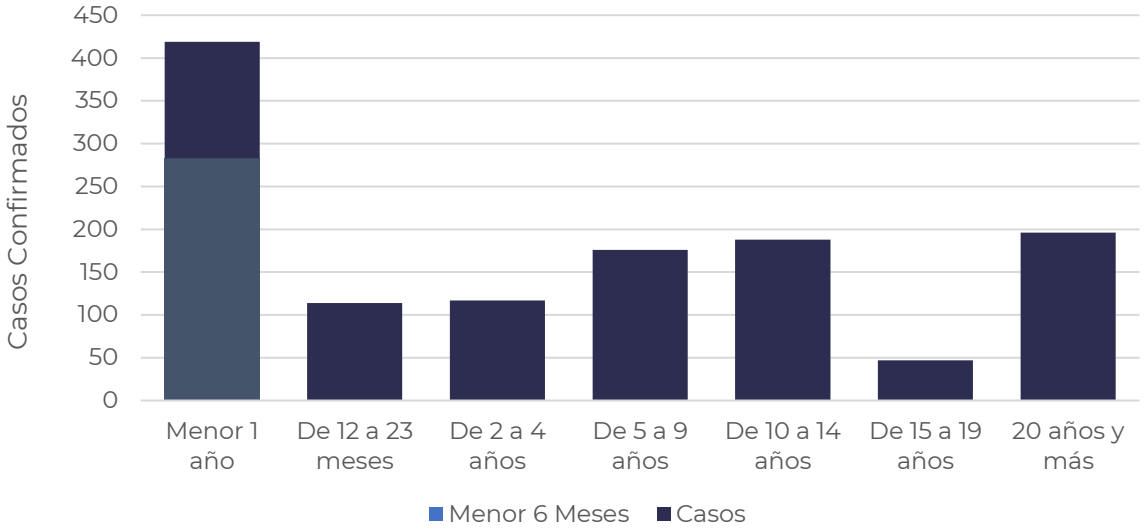
Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Si bien 24 jurisdicciones presentaron casos de coqueluche en 2025, el incremento observado respecto de los años anteriores se concentró en Tierra del Fuego, Buenos Aires, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba. Asimismo, se destaca lo ya señalado para 2023, cuando se registró el mayor número de casos confirmados post pandemia, a expensas fundamentalmente de las notificaciones de la provincia de Salta que aportó más del 85% de casos confirmados de *B. pertussis.* Otras provincias como Mendoza, Córdoba o Santa Fe registraron para este año un aumento de casos de coqueluche, pero con un patrón diferente, e identificación predominante de casos de *B. parapertussis (*los casos de Provincia de Buenos Aires si correspondieron predominantemente a *B.pertussis* y para *La Rioja* no se cuenta con identificación de especie*).*

VII.3.C. ANÁLISIS SEGÚN EDAD Y GRAVEDAD

En el siguiente gráfico se presentan los casos confirmados en 2025 y las 3 primeras semanas de 2026 a nivel nacional, según grupo de edad.

Gráfico 6. Casos confirmados de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por grupos de edad. SE1/2025 a SE/2026.



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

El mayor número de casos se observó en el grupo de 0 a 5 años, con predominio en los menores de 1 año, que concentraron el 33,3% de los casos confirmados en el período analizado (n=419), especialmente en el subgrupo de menores de 6 meses (n=283). El número de casos y la tasa de incidencia en el grupo de 20 años y más presentaron un aumento, vinculado al brote en Tierra del Fuego del año 2025.

Con relación a los fallecimientos, en 2025 se notificaron 11 fallecimientos en casos confirmados con detección de *Bordetella pertussis*: 8 en menores de 6 meses, 1 en el grupo de 6 a 11 meses y 2 en el grupo de 12 a 23 meses. Para el año 2025 la tasa de letalidad fue de 0,9%. Ninguno de los 5 casos en edad de vacunación registra dosis en NOMIVAC, mientras que los otros 4 casos corresponden a menores de 2 meses, en los que se registró antecedente de vacunación materna únicamente en uno de ellos. En las 3 SE de 2026 no se registraron fallecidos.

VII.4. Coberturas de Vacunación

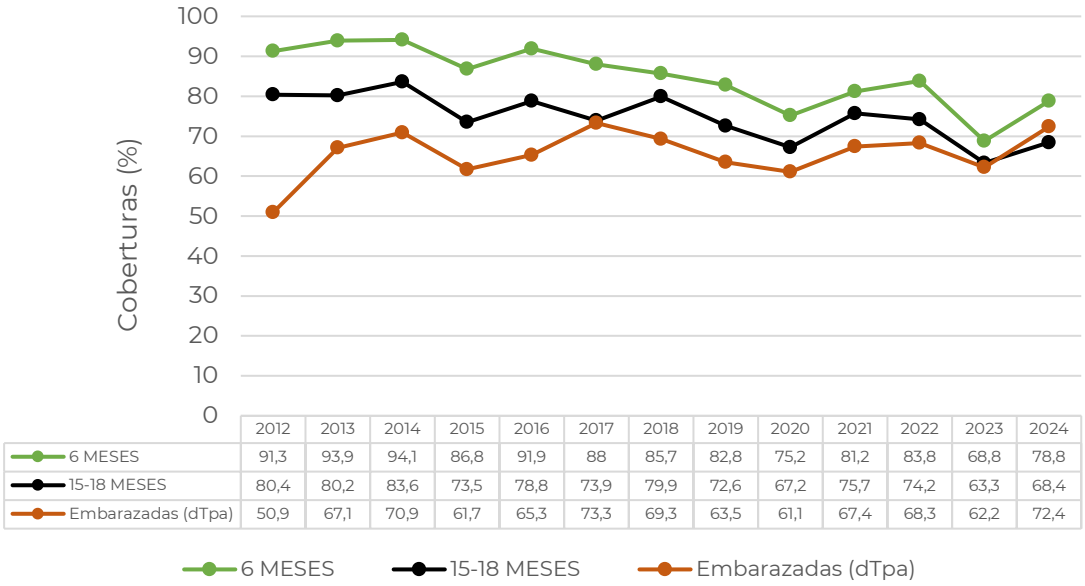
VII.4.A. COBERTURAS PARA TOTAL PAÍS

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

Las coberturas parciales de 2025 al 28/01/2026, son:

1º dosis de Quíntuple (DTP/HB + Hib) (2 meses): 82,19%
2º dosis de Quíntuple (4 meses): 81,44%

3° dosis Quíntuple (DTP/HB + Hib) (6 meses): 76,94%
Ref Quíntuple (DTP/HB + Hib) (15 -18 meses): 66,87%
Ref DTP (5 años): 57,47% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2019 al 13/11/25: 76,8%)
Ref dTpa (11 años): 57,41% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2013 al 13/11/25: 77,6%)
Embarazadas dTpa: 75,89%

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

VII.4.B. COBERTURAS SEGÚN JURISDICCIÓN

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

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

Jurisdicción	Quíntuple /Séxtuple (dos meses)	Quíntuple /Séxtuple (cuatro meses)	Quintuple /sextuple (seis meses)	Refuerzo (15-18 meses)	Refuerzo (5 años)	Refuerzo (11 años)	Embarazada
Buenos Aires	69,89	69,1	66,27	59,3	44,23	44,96	64,78
CABA	75,11	75,94	66,4	35,58	44,64	35,53	47,1
Catamarca	90,41	91,32	86,47	68,93	65,71	71,11	85,46
Chaco	92,22	91,36	86,45	75,37	63,61	64,38	90,33
Chubut	92,9	92,96	87,87	78,41	59,99	62,54	86,59
Coba	89,42	88,62	82,82	76,77	60,17	61,47	82,85
Corrientes	92,01	88,17	79,71	61,93	50,62	49,45	89,96
Entre Ríos	91,96	90,49	85,29	78,88	51,69	62,01	90,44
Formosa	79,8	77,96	74,28	54,08	55,92	55,75	81,27
Jujuy	96,96	98,54	94,6	90,1	82,23	80,27	92,4
La Pampa	98,47	99,05	97,04	90,21	67,91	78,71	93,37
La Rioja	95,13	92,68	86,08	73,98	71,16	67,88	89,24
Mendoza	92,54	91,6	88,42	83,5	91,77	85,94	81,03
Misiones	96,25	91,74	80,56	60,96	65,61	64,96	90,52
Neuquén	96,33	94,22	90,89	88,04	84,96	84,64	92,45
Río Negro	102,16	101,49	96,52	80,09	66,17	56,91	95,43
Salta	91,65	89,64	86,02	82,35	81,83	95,41	86,9
San Juan	98,84	98,11	90,01	76,62	75,18	73,05	90,58
San Luis	95,29	93,74	91,11	93,35	82,84	80,54	91,5
Santa Cruz	96,15	93,87	91,12	78,92	77,66	72,75	96,23
Santa Fe	83,98	86,05	83,01	68,6	58,47	59,26	80,99
S. del Estero	93,24	90,85	82,68	68,33	54,64	62,49	87,54
T. del Fuego	101,59	105,14	98,04	103,37	73,15	74,5	99,02
Tucumán	85	85,45	83,05	79,16	71,45	72,37	79,18

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

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

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

Para mayor información, consultar la Guía de vigilancia, prevención y control de Coqueluche del Ministerio de Salud de la Nación:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/20251215-guiacoqueluche_23122025.pdf

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

VIII. Psitacosis – Actualización informe epidemiológico

VIII.1. Introducción

La psitacosis es una zoonosis de notificación obligatoria causada por una bacteria llamada *Chlamydia psittaci*. La transmisión al hombre se produce principalmente por inhalación del agente, que es excretado por las aves portadoras en las heces, en gotitas del tracto respiratorio y/o por el contacto de plumas contaminadas. El tiempo de incubación de la enfermedad abarca de 5 a 14 días. La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es la presentación más importante de psitacosis humana, no obstante, dado que el diagnóstico suele realizarse solo en casos graves, es probable que la enfermedad esté subdiagnosticada. La detección temprana de la enfermedad es fundamental para mejorar el pronóstico y evitar complicaciones y casos graves, así como también implementar medidas de control para evitar la aparición de nuevos casos. Por esto es de gran importancia en la anamnesis de casos con sintomatología compatible relevar información acerca del antecedente epidemiológico: si poseen o tuvieron contacto con aves, o si pudieron tener un contacto indirecto con excreciones de aves. Es de importancia epidemiológica, conocer la procedencia del animal en cuestión, tanto si proviene de un comercio, del tráfico ilegal o fue rescatado de la vía pública. Las aves aparentemente sanas, pueden ser portadoras y actúan como reservorios del agente causal en todo el mundo. El estrés causado durante la captura y/o traslado de las aves, es una de las causas de aumento de la excreción bacteriana, aún en animales asintomáticos. En este sentido, es muy importante evaluar a los animales y relevar si presentan algunos de estos síntomas/signos: letargia, anorexia, plumaje erizado, diarrea, descarga óculo-nasal, sinusitis periorbitaria, disnea, deshidratación y emaciación; también puede producirse la muerte del ave. Las aves psitácidas (loros, cotorras y guacamayos) son las que se han asociado más frecuentemente con la transmisión de *C. psittaci* a humanos, pero también se ha evidenciado la transmisión zoonótica a partir de palomas, pavos, pollos y patos[29].

VIII.2. Nota metodológica

El siguiente reporte se realizó con la información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS$^{2.0}$), registrada en el evento Psitacosis.

Para el presente informe, se consideraron como casos de psitacosis a los confirmados y probables. Se definió como caso confirmado de psitacosis a aquellos que cumplen con uno o más de los siguientes criterios: métodos directos positivos para *Chlamydia psittaci* (PCR o aislamiento), seroconversión o cuadruplicación del título de anticuerpos de clase IgG detectados por inmunofluorescencia, y casos clasificados por el notificador como "confirmado *Chlamydia psittaci*". Se consideraron casos probables a aquellos que tuvieron resultado positivo de anticuerpos IgG en una sola muestra con un título mayor a 160 y con antecedente epidemiológico compatible. Los casos descartados, son aquellos con resultados de laboratorio negativos en las siguientes pruebas: aislamiento y/o PCR específica sobre muestras clínicas y siempre acompañados de ausencia de seroconversión o cuadruplicación de títulos. Los casos sospechosos en los que no se pudo confirmar la infección por métodos directos o presenten

[29] Hogerwerf, L., Roof, I., de Jong, MJK et al. Fuentes animales de transmisión zoonótica de psitacosis: una revisión sistemática. BMC Infect Dis 20, 192 (2020). https://doi.org/10.1186/s12879-020-4918-y

una sola muestra estudiada por serología (IgG anti *Chlamydia spp*) con valores inferiores o iguales a 160 y no se ha podido estudiar una segunda muestra de suero para observar la variación del título de anticuerpos, mantienen su clasificación como "Caso sospechoso".

Para la consideración de la semana epidemiológica de ocurrencia de los casos se construyó una variable de fecha mínima, tomando primero la fecha de inicio de síntomas y, en caso de que la misma no se encuentre consignada, la fecha de toma de muestra, la de consulta o la de apertura (notificación del caso al SNVS) en ese orden de prioridad.

Se construyeron temporadas comprendidas entre la SE27 de un año y la 26 del siguiente (2018-2019, 2019-2020, 2021-2022, 2022-2023, 2024-2025, 2025-2026).

Para la situación epidemiológica actual, se analizaron los datos entre la SE27/2025 y la SE03/2026.

VIII.3. Situación epidemiológica 2019-2024

La situación histórica puede encontrarse en el BEN N 741 SE04/2025 disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben-741-se-4-vff.pdf

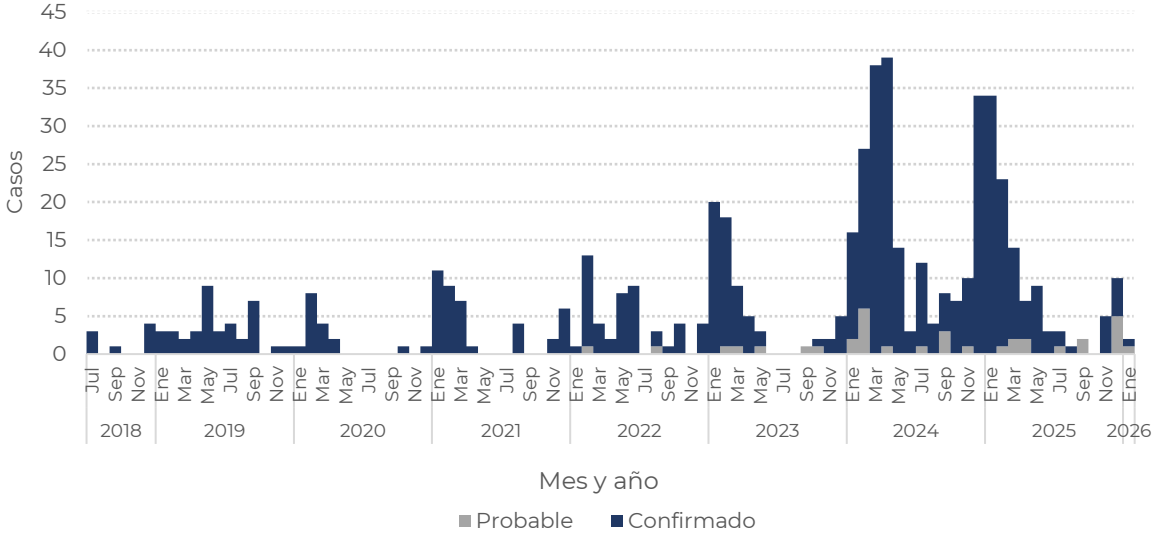
VIII.4. Situación epidemiológica actual - SE27/2025 a SE03/2026

Entre las SE27/2025 y la 03/2026, se realizaron 292 notificaciones de casos sospechosos de psitacosis al SNVS 2.0 de las cuales 14 fueron confirmados y 9 se clasificaron como probables.

VIII.4.A. COMPARACIÓN RESPECTO A PERÍODOS PREVIOS

Considerando el período comprendido entre la SE27/2018 y la SE03/2026, en la curva de casos se observaron, a nivel nacional, aumentos en las últimas y primeras semanas epidemiológicas de cada año, los cuales corresponden a los meses más calurosos.

Gráfico 1. Psitacosis: Casos por año, mes y clasificación. Argentina. SE01/2019 a SE03/2026. (N=542)



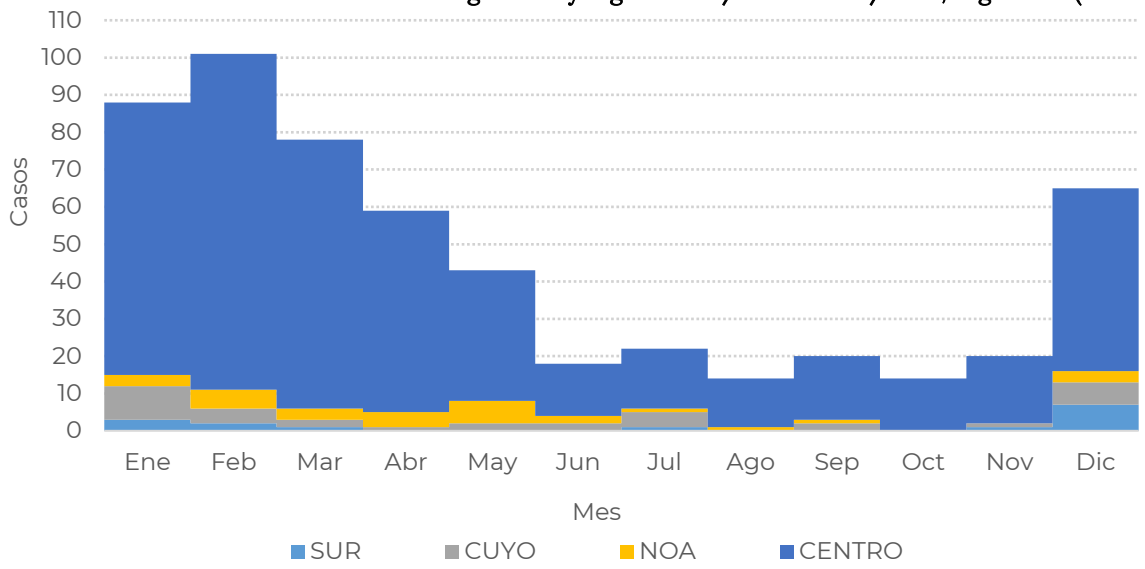
Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

El mayor pico se constata en abril de 2024, con 38 confirmados y 1 probable. En 2025 se observó un pico en enero, con 35 confirmados y sin casos probables. A partir de febrero de 2025 se

observa un descenso de casos, comenzando a ascender nuevamente a partir de noviembre de 2025. El pico de la temporada actual se encontró en diciembre de 2025, con 5 confirmados y 5 probables, siendo esperable que continúe aumentando en el mes de enero teniendo en cuenta la estacionalidad estival del evento.

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

Gráfico 2. Psitacosis: Casos acumulados según mes y región. SE27/2018 a SE03/2026, Argentina. (N=542)

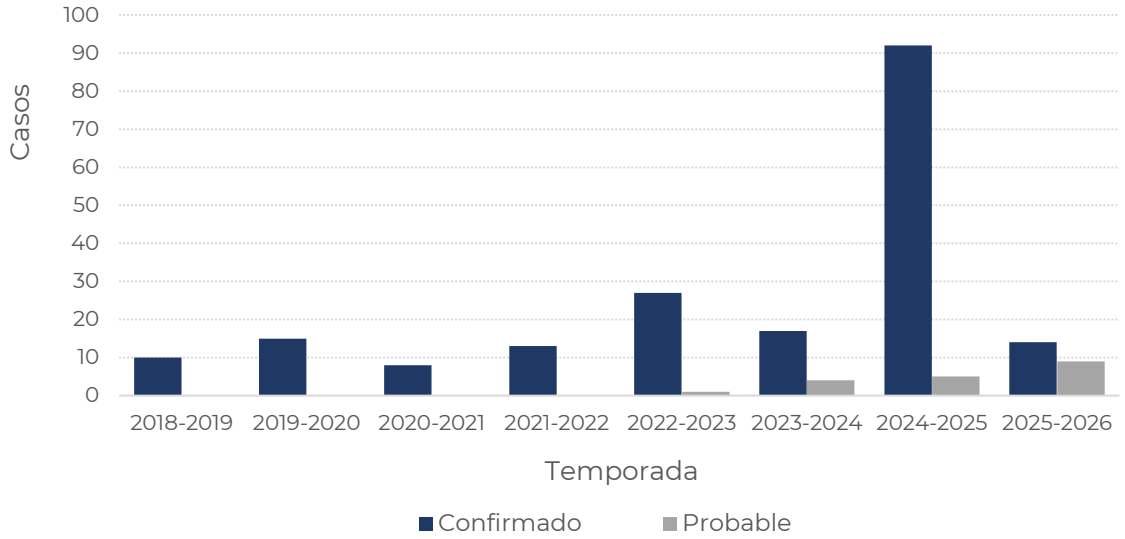


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

En la curva histórica de casos mensuales, se observa que el 80% de los casos se concentran entre los meses de diciembre a mayo, y más de un 40% entre noviembre y febrero. Este patrón se verifica principalmente en la región Centro que concentra la mayor carga de la enfermedad, con el 85% de los casos.

Al comparar los casos entre la SE27 y la SE03 de cada temporada, se observaron los mayores números absolutos en la temporada 2024-2025, con 90 confirmados y 5 probables.

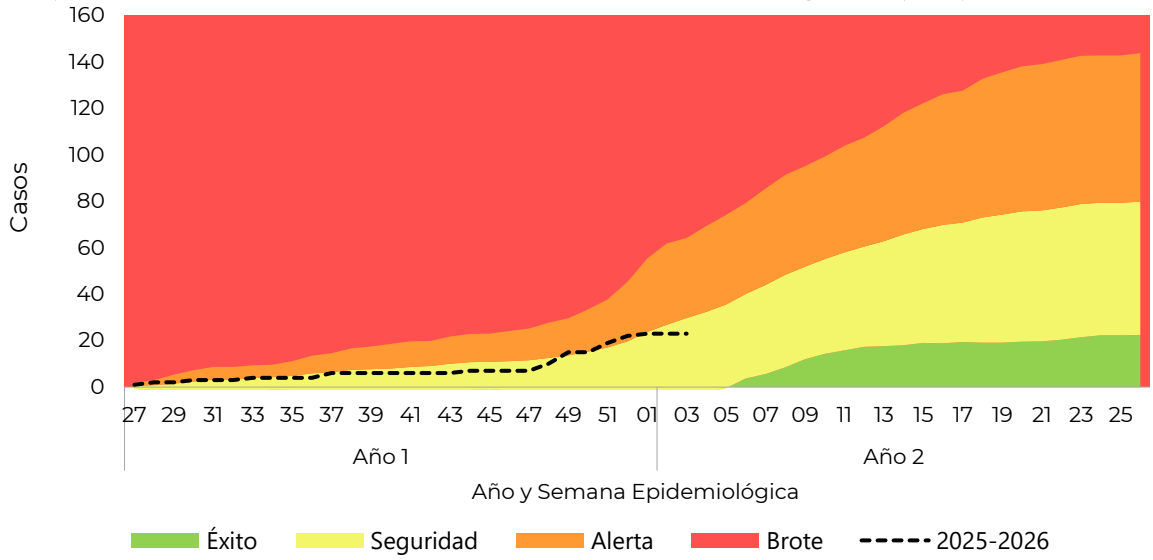
Gráfico 3. Psitacosis: Casos según temporada y clasificación. SE27/2018 a SE03/2026, (SE27 hasta SE03 de cada temporada). Argentina. (N=215)



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

Considerando los casos de la temporada actual (desde la SE27/2025 hasta la SE03/2026), el corredor endémico acumulado indica que, luego de haber pasado por el umbral de alerta, los casos se encuentran en el nivel de seguridad, respecto a los casos esperados teniendo en cuenta las temporadas previas.

Gráfico 4. Corredor endémico acumulado semanal de psitacosis. Período analizado: SE27/2025 a SE03/2026 respecto a períodos equivalentes de los seis años previos. Argentina. (N=23).



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

VIII.4.B. DISTRIBUCIÓN ESPACIAL

Los casos comprendidos entre la SE27/2025 y la SE03/2026 se notificaron principalmente en la región Centro (Buenos Aires, CABA, Córdoba, Entre Ríos y Santa Fe), seguida por la región Cuyo (Mendoza y San Luis) y por las regiones Sur (La Pampa) y NOA (Salta).

Tabla 1. Psitacosis: Casos y tasa de incidencia por 100.000 habitantes según jurisdicción, región y temporada. Argentina. SE27/2024 a SE03/2026 (N=120)

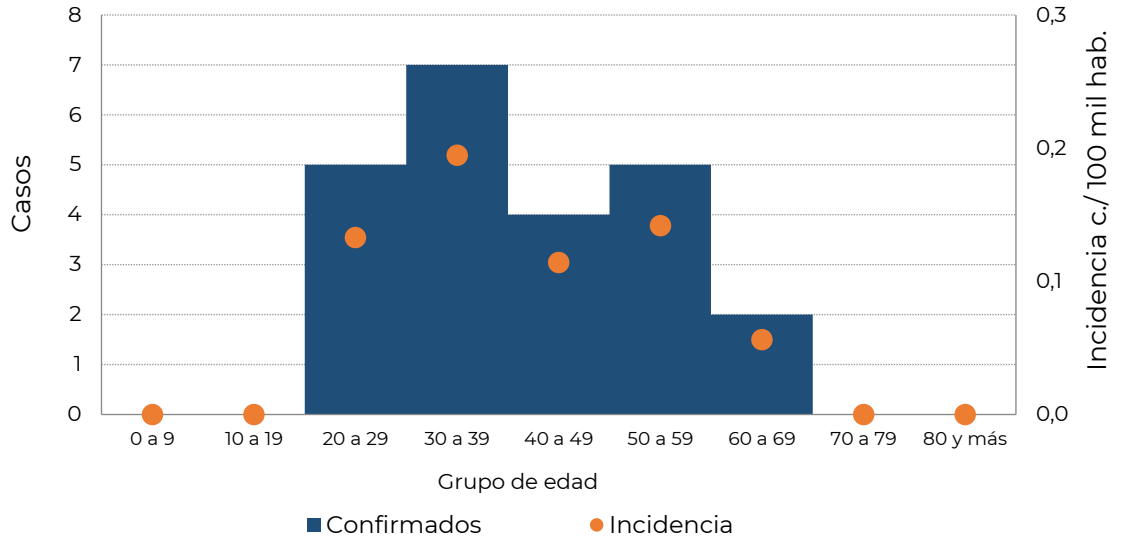
SE y Año epidemiológico	SE27/2024 a SE03/2025		SE27/2025 a SE03/2026	
Jurisdicción	Casos	Incidencia	Casos	Incidencia
Buenos Aires	22	0,12	7	0,04
CABA	1	0,03	2	0,06
Córdoba	6	0,15	3	0,08
Entre Ríos	49	3,40	4	0,28
Santa Fe	4	0,11	3	0,08
Centro	**82**	**0,27**	**19**	**0,06**
Mendoza	7	0,34	1	0,05
San Juan	3	0,37	0	0,00
San Luis	0	0,00	1	0,18
Cuyo	**10**	**0,29**	**2**	**0,06**
Chaco	0	0,00	0	0,00
Corrientes	0	0,00	0	0,00
Formosa	0	0,00	0	0,00
Misiones	0	0,00	0	0,00
NEA	**0**	**0,00**	**0**	**0,00**
Catamarca	1	0,23	0	0,00
Jujuy	0	0,00	0	0,00
La Rioja	0	0,00	0	0,00
Salta	0	0,00	1	0,07
Santiago del Estero	0	0,00	0	0,00
Tucumán	0	0,00	0	0,00
NOA	**1**	**0,02**	**1**	**0,02**
Chubut	0	0,00	0	0,00
La Pampa	1	0,27	1	0,27
Neuquén	0	0,00	0	0,00
Río Negro	3	0,38	0	0,00
Santa Cruz	0	0,00	0	0,00
Tierra del Fuego	0	0,00	0	0,00
Sur	**4**	**0,13**	**1**	**0,03**
Total País	**97**	**0,21**	**23**	**0,05**

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

VIII.4.C. DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO

Durante el período comprendido entre SE27/2025 y SE03/2026, se notificaron casos entre los 22 y los 79 años, con una mediana de 39 años. El 56,5% (n=13) fueron de sexo femenino.

Gráfico 5. Psitacosis: Casos y tasa de incidencia por 100.000 habitantes según grupo de edad. Argentina, SE27/2025 a SE03/2026. (N=23)

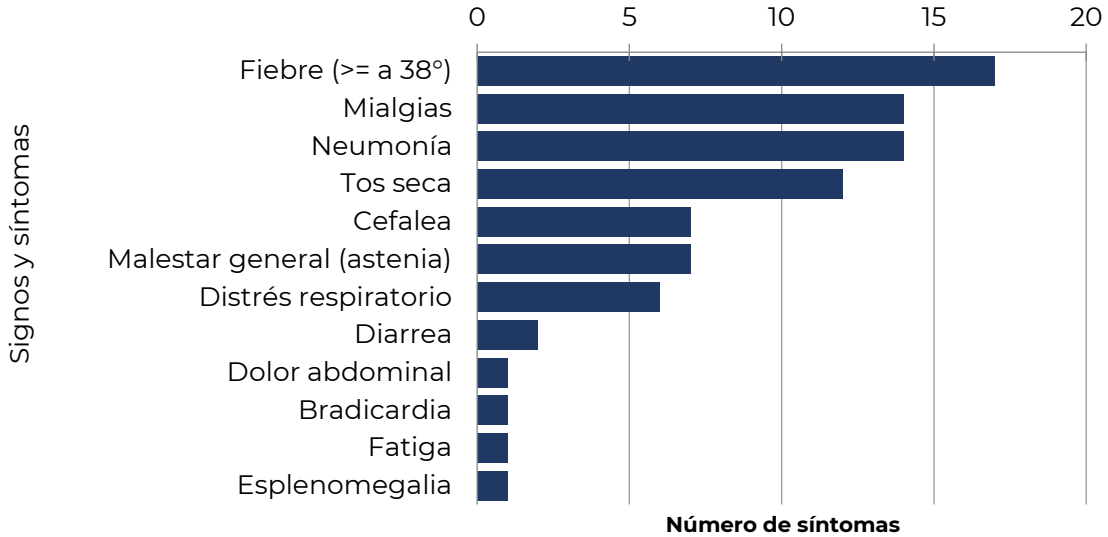


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

VIII.4.D. SIGNOS Y SÍNTOMAS

Al analizar la información clínica de los casos confirmados y probables de la temporada, se observó que, el 91% (n=21) de los casos contaron con los signos y síntomas consignados en el SNVS. De ellos, los más frecuentes fueron: fiebre ≥ 38°C (81%), neumonía (67%), mialgias (67%), tos seca (57%), cefalea (33%), malestar general (33%) y distrés respiratorio (29%). Cada caso puede presentar uno o más signos o síntomas.

Gráfico 6. Psitacosis: Signos y síntomas en casos confirmados y probables. Argentina. SE27/2025 a SE/03 de 202*6.* (n=23)



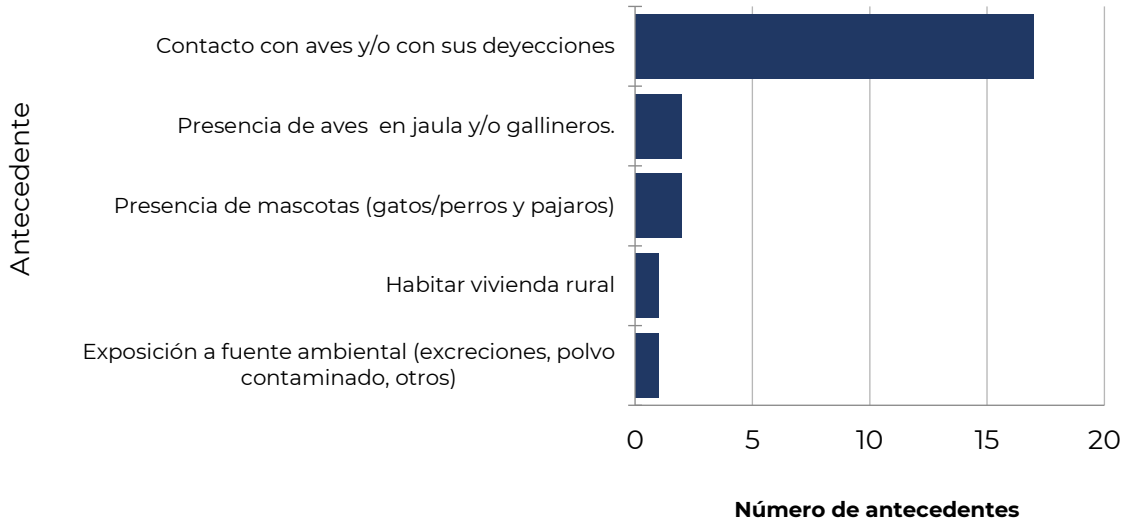
Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

VIII.4.E. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

El 78% (n=18) de los casos de la temporada presentaron información sobre uno o más antecedentes epidemiológicos; el más común fue contacto con aves y/o sus deyecciones (94%), presencia de aves en jaula y/o gallinero (11%), presencia de mascotas (gatos/perros y pájaros)

(11%), habitar vivienda rural (6%) y exposición a fuente ambiental (excreciones, polvo contaminado, otros) (6%). Cada caso puede presentar uno o más signos o síntomas.

Gráfico 7. Psitacosis: Número de posibles fuentes de infección de los casos. Argentina. SE27/2025 a SE03/2026. (n=18)

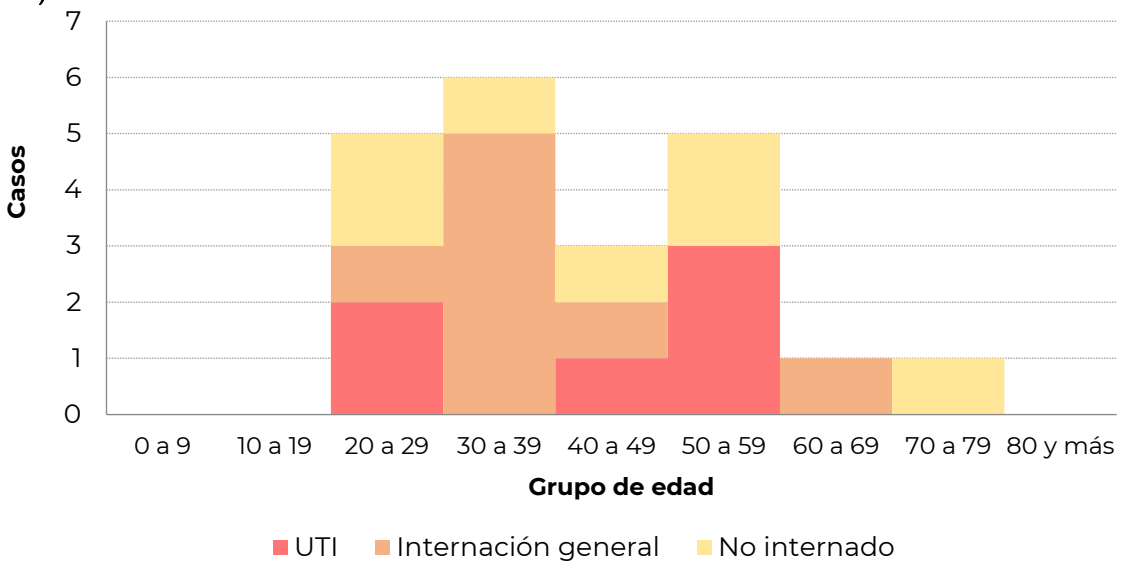


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

VIII.4.F.GRAVEDAD Y MORTALIDAD

Se contó con información sobre internación en el 91,3% (n=21) de los casos de la temporada 2025-2026. Entre éstos, el 38% (n=8) requirió internación en sala común, el 29% (n=6) requirió UTI, y el 33% (n=7) no fue internado.

Gráfico 8. Psitacosis: casos según tipo de internación y rango etario. Argentina. SE27/2025 a SE03/2026. (n=21)



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

En la temporada actual, comprendida entre la SE27/2025 y la SE03/2026, no se registraron casos fallecidos.

VIII.5. Laboratorio: tipos de muestra y ensayos para el estudio etiológico

Para la detección y/o aislamiento del agente patógeno las muestras de utilidad son:

Muestras respiratorias	Internación	Sangre
*HNF (hisopado nasal y faríngeo) o hisopado nasofaríngeo) Recolectado con hisopos flocked y sumergirlos en 1 ml de medio de transporte Universal (UTM). En su defecto colocarlo en un tubo estéril con 3 gotas de solución fisiológica estéril para mantener la humedad.	En piso	Se requiere una muestra remitida en tubo nuevo, seco, sin anticoagulante y estéril.
ANF (aspirado nasofaríngeo)	En piso/UCI	
Esputo	En piso	
AT (aspirado traqueal)	UCI	Enviar segunda muestra de sangre tomada con 21 días de diferencia (fase de convalecencia).
MiniBAL (mini lavado bronco alveolar)	UCI	
LP (líquido pleural)	UCI	
Biopsias de pulmón (sin formol, en tubo con tres gotas de solución fisiológica estéril)	UCI	

*No es la muestra de elección.

Las muestras respiratorias se utilizan para la detección de ADN de *Chlamydia psittaci*:

· PCR Múltiple anidada: (16S rRNA)[30]

· PCR Múltiple en tiempo real (rtPCR): *C. pneumoniae* (Arg R) y *C. psittaci* (CPSIT_RS01985).

Y como método confirmatorio de *C. psittaci*:

· rt PCR de *C. psittaci* (Cpsitt CDS AEB55237.1)[31]

Para la genotipificación, las muestras positivas detectadas por las metodologías antes mencionadas, son estudiadas mediante la secuenciación génica de un fragmento del dominio variable del gen *omp*A de *C. psittaci*.[32]

Para los estudios serológicos, se estudian los anticuerpos de clase IgG anti *Chlamydia* spp. Estos estudios requieren muestras de suero de la fase aguda y de la fase convaleciente, por lo que los resultados tienen valor epidemiológico y no para el tratamiento oportuno del paciente. Cabe mencionar que ocurren reacciones cruzadas entre distintas especies de *Chlamydia*.

[30] Messmer TO, Skelton SK, Moroney JF, Daugharty H, Fields BS. Application of a nested, multiplex PCR to psittacosis outbreaks. J Clin Microbiol. 1997 Aug;35(8):2043-6. doi: 10.1128/jcm.35.8.2043-2046.1997. Erratum in: J Clin Microbiol 1998 Jun;36(6):1821. PMID: 9230378; PMCID: PMC229899.

[31] Wolff BJ, Gaines A, Conley AB, Norris E, Rishishwar L, Chande AT, Yang E, Diaz MH, Winchell JM. Multiplex Real-time PCR Assay for the Detection of all Chlamydia Species and Simultaneous Differentiation of C. psittaci and C. pneumoniae in Human Clinical Specimens. Ann Lab Med. 2023 Jul 1;43(4):375-380. doi: 10.3343/alm.2023.43.4.375. Epub 2023 Feb 24. PMID: 36843406; PMCID: PMC9989537.

[32] Sachse, H. Hotzel. Detection and differentiation of *Chlamydiae* by nested PCR. Methods Mol Biol, 216 (2003), pp. 123-136.

En cualquier caso, la muestra debe ser remitida al laboratorio de derivación en triple envase de seguridad, refrigerada y acompañada de la ficha epidemiológica con todos los antecedentes clínico-epidemiológicos completos del paciente.

Circuito de muestras

En el caso que se trate de un paciente con neumonía grave con nexo epidemiológico para psitacosis o sin nexo epidemiológico, pero con alta sospecha de neumonía atípica, y en donde la Institución o su Jurisdicción no tenga la posibilidad de realizar las técnicas moleculares y/o serológicas arriba descriptas, puede enviar las muestras al Servicio Bacteriología Clínica - INEI ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" ((Dra. Claudia Lara, Dra. Gabriela Vilar (bacterioclinicamalbran@gmail.com) con su respectiva ficha de derivación (https://bacteriologiaclinica.jimdofree.com/fichas-de-derivaci%C3%B3n/psitacosis/)

En el caso que la Institución o Jurisdicción pueda realizar las técnicas diagnósticas moleculares para psitacosis, se solicita que envíen al Servicio de Bacteriología Clínica INEI - ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" el extracto de ADN y un remanente de cada muestra positiva, para realizar el cultivo y la vigilancia genómica de las cepas circulantes en el país.

Finalmente, en cualquier situación, es necesario realizar la notificación al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud de los casos y su derivación, si las muestras son enviadas al INEI - ANLIS - "Dr. Carlos G. Malbrán" o a otro Laboratorio.

VIII.6. Notificación del evento clamidiasis aviar

La profesión veterinaria se encuentra incluida en la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS) dentro del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (Resolución Ministerial 185/2023) y los profesionales tienen la responsabilidad de informar a las autoridades sanitarias locales aquellos eventos o enfermedades en animales que se encuentran bajo vigilancia incluidos en la Ley Nacional 15.465/60 para que el Sistema de Salud realice las actividades sanitarias correspondientes a fin de limitar el impacto de las mismas en la población, tanto humana como animal.

VIII.6.A. DEFINICIONES DE CASOS

Caso sospechoso: cualquier ave psitácida o no psitácida con signos compatibles[33] con la enfermedad ó que esté epidemiológicamente relacionada con un caso humano o animal (confirmado o probable).

Caso probable: todo caso sospechoso con resultado positivo a una prueba (citología o ELISA o IFD) en las heces, hisopado cloacal, tracto respiratorio y/o exudados oculares.

Caso confirmado: Todo caso probable con 2 pruebas positivas (IFD, test de ELISA, inmunocromatografía (IC)), ó

[33] Enfermedad febril septicémica, letargia, anorexia, plumaje erizado, diarrea, deposiciones amarillentas, descarga óculo-nasal, sinusitis periorbitaria, disnea, deshidratación, emaciación o muerte.

Caso sospechoso o probable con confirmación por pruebas diagnósticas: mediante métodos moleculares (PCR) y/o aislamiento.

Caso descartado: cualquier ave psitácida o no psitácida con pruebas de laboratorio negativas.

Con el fin de incorporar la vigilancia de clamidiasis aviar en las estrategias de prevención y control, su notificación fue incluida en la actualización 2022 del Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria (páginas 245 y 246)[34].

Clamidiasis aviar es un evento nuevo en el SNVS 2.0, por lo que las notificaciones aún no representan la situación epidemiológica del país. Entre la SE1 de 2025 y la SE3 de 2026, se reportaron 125 casos de clamidiasis aviar, de los cuales 84 fueron confirmados por laboratorio en las jurisdicciones de CABA[35] (47) y Buenos Aires (37). Otras provincias que notificaron casos que fueron descartados son Entre Ríos y San Juan. La especie cotorra argentina (*Myiopsitta monachus*) fue la que registró mayor notificación.

Es importante que ante la sospecha de aves con clamidiasis, sobre todo ante el contacto con casos humanos de psitacosis, se tomen las muestras y sean remitidas al Laboratorio para su confirmación o descarte.

VIII.6.B. TIPO DE MUESTRA Y ENSAYOS PARA EL ESTUDIO ETIOLÓGICO

Aves vivas: Hisopado cloacal

Debe realizarse hisopado triple mucosa: conjuntiva, orofaringe y cloaca con el mismo hisopo. Los hisopos deben ser de dacron o viscosa (aptos biología molecular). Una vez tomada la muestra colocar el hisopo en un microtubo 1,5 ml libre de ARNasas/nucleasas para biología molecular. El tubo debe contener 500 microlitros de PBS estéril.

Aves muertas: Cadáver entero refrigerado o congelado

La muestra debe ser remitida al laboratorio en triple envase de seguridad, refrigerada y acompañada de la ficha de remisión de muestras con todos los antecedentes clínico-epidemiológicos completos del paciente.

Las muestras se utilizan para la detección de ADN de Familia *Chlamydiaceae* y *Chlamydia psittaci*.

· PCR en tiempo real (gen 23S ARNr): Flia. *Chlamydiaceae*.

· PCR en tiempo real (gen ompA): *Chlamydia psittaci*.

Para la genotipificación, las muestras positivas detectadas por las metodologías antes mencionadas, son estudiadas mediante la secuenciación génica de un fragmento del dominio variable del genoma de *Chlamydia psittaci*.

[34] MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE VIGILANCIA Y CONTROL DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

[35] Estas notificaciones corresponden en parte a la vigilancia activa que se desarrolla en CABA (barrios vulnerables, bosques de Palermo, reserva ecológica), además de los casos recepcionados por la vigilancia pasiva por contacto con casos humanos de psitacosis.

Circuito de muestras

En el caso que se trate de un ave relacionada a un caso humano en donde la Institución o su Jurisdicción no tenga la posibilidad de realizar las técnicas moleculares arriba descriptas, contactarse con el Laboratorio de Clamidiosis Aviar (Sección Serología y Pruebas Biológicas) del Instituto de Zoonosis Luis Pasteur del Ministerio de Salud de CABA (chlamydiasizp@gmail.com).

VIII.7. Medidas de Prevención y Control

VIII.7.A. RESPONSABILIDADES DE LAS AUTORIDADES SANITARIAS, MÉDICOS Y VETERINARIOS

El médico debe considerar la sospecha de psitacosis en pacientes humanos con síntomas respiratorios y debe interrogar siempre el posible antecedente epidemiológico de contacto con aves y/o sus deyecciones/ secreciones, y tomar las medidas de prevención y control necesarias, incluyendo la toma de muestra para diagnóstico laboratorial.

Tal cual se mencionó en el apartado anterior, los veterinarios deben considerar clamidiasis aviar en cualquier ave con signología compatible. Especialmente si el ave fue recientemente comprada y/o estuvo sometida a situaciones de estrés y/o encontrada en la vía pública: calle/parques. Ante la sospecha, deberá realizar la toma de muestras de laboratorio para confirmar el diagnóstico.

A su vez, cómo se informó anteriormente, los veterinarios deben notificar a las autoridades sanitarias locales sobre la sospecha o confirmación de un ave infectada y también sobre las personas que hayan tenido contacto con las mismas. Además, deben informar a las personas en riesgo sobre el peligro para la salud pública que plantea *C. psittaci* y las precauciones necesarias que se deben tomar para evitar el contagio.

Medidas de prevención y recomendaciones

- No capturar aves silvestres, ni comprarlas en la vía pública.
- Mantener las aves en lugares ventilados y con espacio suficiente, sin hacinarlas.
- Alimentar a las aves correctamente y mantener las jaulas limpias.
- No permanecer largos periodos en habitaciones cerradas donde haya aves.
- No introducir aves recientemente capturadas o compradas sin certificado sanitario en jaulas donde ya hay otras aves.
- En caso de presentarse en personas sintomatología respiratoria habiendo estado en contacto con aves posiblemente enfermas, es preciso dirigirse al centro de salud u hospital más cercano, a fin de realizar la consulta pertinente. Si bien la enfermedad puede ser moderada, a veces puede ser grave, en cualquier persona pero, especialmente en los adultos mayores que no reciben tratamiento.
- Medidas preventivas para el mantenimiento de aves en cautiverio:
- Limpiar diariamente el piso y toda superficie de la jaula o alrededores en contacto con la materia fecal de las aves. Siempre humedecer previamente con soluciones desinfectantes (2 cucharadas de lavandina diluidas en un litro de agua) para evitar la producción de aerosoles de las deyecciones resecas. La limpieza de la jaula y manipulación del ave para la administración del tratamiento, deben realizarse utilizando equipos de protección personal: guantes, gafas protectoras y barbijo.

- Evitar todo tipo de estrés en las aves, respetar el espacio vital de cada ave, alimentarlas correctamente y ubicarlas en lugares aireados.
- No permanecer largos períodos en habitaciones cerradas donde haya aves.
- Aislar las aves recién adquiridas por 30-45 días, realizarle un diagnóstico directo o indirecto. Iniciar un tratamiento, antes de agregarlas al grupo.
- En caso de detectar un ave positiva, evitar el contacto con otras aves domésticas y/o silvestres.

En caso de adquirir aves

- Comprar aves en locales habilitados y con asesoramiento veterinario, nunca comprar en la calle a vendedores ambulantes.
- Exigir certificado sanitario firmado por el profesional responsable.
- Pedir comprobante de la compra, dado que en caso de presentarse psitacosis es posible comprobar su procedencia y actuar en el comercio, ya que es probable que existan allí otras aves afectadas.
- Evitar la compra o venta de aves que presenten signos de descarga ocular o nasal, diarrea o estado de adelgazamiento.
- Suministrar alimentos de buena calidad nutricional y realizar enriquecimiento ambiental adecuado para evitar el estrés en aves domésticas.

VIII.8. Actualización de Normativa de Vigilancia Epidemiológica

En la Argentina, la psitacosis constituye un evento de notificación obligatoria en el marco de la ley 15.465 y la resolución 2827/2022.

La estrategia de vigilancia de psitacosis en humanos es universal y la modalidad es nominal e inmediata ante la sospecha. La investigación de casos incluye información poblacional sobre los afectados, clínica, laboratorio e investigación epidemiológica.

Por otra parte, para la vigilancia en animales, se incorporó en la última actualización del Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria, realizada en 2022, el evento clamidiasis aviar de modalidad individual inmediata.

A continuación, se presenta la actualización de la norma de vigilancia para el evento Psitacosis, la cual formará parte de la próxima versión del Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria, en proceso de publicación. Su aplicación rige a partir de la publicación del presente Boletín Epidemiológico Nacional.

Evento: Psitacosis; Categoría: Eventos Transmisibles; Grupo: Psitacosis

Notificación al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

Grupo/s de Evento/s	Evento (Nomenclatura SNVS 2.0)	¿Qué se vigila en este evento?	Criterio de ingreso a sistema de vigilancia (instancia de obligatoriedad)	Modalidad	Estrategia	Periodicidad	Componentes que participan en la vigilancia
Psitacosis	Psitacosis	Remitirse a la sección "definición y clasificaciones de caso"	Sospecha	Nominal	Universal	Inmediata	Clínico Laboratorio Epidemiológico
Formulario de notificación de brotes							

Configuración de eventos nominales en el SNVS

Dispara alerta inmediata	SI	Unicidad temporal (días)	60	Cierre automático de casos (días)	365

El caso SOLO se considera notificado cuando está registrado en el Sistema Nacional de Vigilancia

Código CIE-10

A70 Infección debida a *Chlamydia psittaci*

Descripción del problema de salud pública

La psitacosis es una zoonosis de denuncia obligatoria y que tiene como principal reservorio a las aves. Los síntomas en los seres humanos incluyen fiebre, escalofríos, cefaleas, mialgia y malestar, tos seca, dificultad respiratoria y confusión con o sin síntomas respiratorios. Con menos frecuencia puede observarse neumonía, endocarditis, miocarditis, hepatitis, artritis, conjuntivitis y encefalitis[36]. Los síntomas ocasionales suelen ser rash no específico, diarrea, vómitos y dolor abdominal.

Se la debe diferenciar de enfermedad pulmonar por Hantavirus, leptospirosis e infección con virus de la influenza aviar y otras influenzas, Legionelosis, *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae* y COVID-19 entre otros.

La enfermedad se manifiesta en casos aislados o en forma de brotes.

[36] Ravichandran K, Anbazhagan S, Karthik K, Angappan M, Dhayananth B. A comprehensive review on avian chlamydiosis: a neglected zoonotic disease. Trop Anim Health Prod. 2021 Jul 27; 53 (4): 414.

La detección y la notificación temprana es fundamental para mejorar el pronóstico de los pacientes y evitar las complicaciones es por esto que es de gran importancia incluir en la anamnesis de casos con sintomatología compatible si poseen o tuvieron contacto con aves. Además, permite evitar el aumento en el número de casos por el bloqueo temprano del brote.

Agente etiológico

Chlamydia psittaci

Modos de transmisión

Principalmente por inhalación de aerosoles contaminados, o por contacto directo con aves infectadas o sus excreciones, secreciones o plumas de éstas. De manera poco frecuente y descrito en al menos un trabajo documentado, por contacto de persona a persona.[37]

Reservorio - Vector

Las aves aparentemente sanas, pueden ser portadoras y actúan como reservorios de *Chlamydia psittaci* en todo el mundo. Es frecuente observar signos clínicos y contagio a humanos desde aves psitácidas (loros, cotorras y guacamayos). Menos frecuente es el contagio a partir de palomas y de aves de corral (gallinas, pollos, patos y gansos).[2]

La cría intensiva de aves como la de pollo, pato y pavo en la industria, frecuentemente generan brotes o un aumento en el número de contagiados por el hacinamiento y su traslado.[2] Sin embargo, en Argentina aún no hay datos publicados.[2]

Período de incubación

El tiempo de incubación de la enfermedad abarca de 5 a 14 días.

Objetivos de la vigilancia

Identificar de manera oportuna casos sospechosos, lo que permite ejecutar las acciones para la identificación de la fuente que pueda desencadenar un brote.

Confirmar por laboratorio los casos sospechosos para su tratamiento.

Monitorear el cumplimiento de tratamiento y seguimiento adecuados de los casos confirmados.

Posibilitar la difusión, el uso y el análisis de la información de psitacosis relevante en tiempo real en todos los niveles y sectores con responsabilidad en la prevención, detección y control de la enfermedad.

Facilitar la articulación con los equipos de zoonosis para la realización de acciones de bloqueo del foco.

- Efectuar la caracterización epidemiológica de los casos de psitacosis detectados.

Identificar grupos poblacionales vulnerables o en situación de riesgo.

- Relevar los datos requeridos para la construcción de los diferentes indicadores programáticos: epidemiológicos, operacionales y de respuesta a los esquemas de tratamiento.

[37] Wallensten A, Fredlund H, Runehagen A. Multiple human-to-human transmission from a severe case of psittacosis, Sweden, January–February 2013. Euro Surveill. 2014 Oct 23; 19 (42): 20937.

- Reconocer las brechas en el acceso al diagnóstico, tratamiento y seguimiento (según metodologías utilizadas).

Definición y clasificaciones de caso

Caso sospechoso: paciente con fiebre, cefalea, mialgia, tos seca, dificultad respiratoria, confusión, con o sin neumonía, con antecedente epidemiológico de exposición a aves o entornos contaminados con sus excreciones (heces, secreciones respiratorias, otros).*

***Ejemplos de antecedente epidemiológico compatible:** en los 14 días previos a iniciar con los síntomas tuvo contacto con aves silvestres, de corral, de compañía; trabajó con aves de corral, desempeñó actividades agrícolas, ganaderas; tuvo una ocupación que implique contacto con aves (veterinario/a, trabajador/a de laboratorios, empleado/a de comercio de mascotas, trabajador/a en un ecoparque); concurrió a criaderos de aves, ferias donde se comercializan aves, plazas o espacios recreativos con presencia de aves. Persona que no tuvo un antecedente claro de contacto con aves pero que haya podido inhalar polvo contaminado con plumas, secreciones o excreciones de aves (ej. jardinería, cortar el césped, trabajador/a de la construcción, trabajador/a de limpieza).

Caso probable de psitacosis: todo caso sospechoso que presente demostración de título alto (>160) de anticuerpos de clase IgG anti *Chlamydia spp.*, por inmunofluorescencia indirecta.

Caso confirmado de psitacosis por identificación del agente etiológico Chlamydia psittaci: todo caso con resultado positivo del cultivo y/o de los métodos moleculares que permitan definir especie.

Caso confirmado de psitacosis por criterio clínico-epidemiológico-laboratorial:

todo caso sospechoso que presente seroconversión o cuadruplicación del título de anticuerpos de clase IgG anti *Chlamydia* spp. en par de sueros (21 días de diferencia) por inmunofluorescencia indirecta, o

Todo caso sospechoso o probable que haya tenido contacto reciente (5-14 días previo al inicio de síntomas) con un caso confirmado de *Chlamydia psittaci* (por métodos directos) en aves, humanos o muestra ambiental.

Caso descartado:

Es todo caso sospechoso (por nexo y sintomatología compatible), que muestre resultados de laboratorio negativos en las siguientes pruebas: aislamiento y/o PCR específica sobre muestras clínicas y siempre acompañados de ausencia de seroconversión o cuadruplicación de títulos.

Además, se sugiere tener en cuenta la detección de otro agente en esa misma muestra.

Adicionalmente, en los casos de neumonía aguda grave de la comunidad (NAC), sin diagnóstico microbiológico causal -en el cual se descartó etiología viral o bacteriana por los métodos disponibles- y con ausencia de respuesta terapéutica a las 48 -72 horas de instaurar tratamiento empírico inicial de la NAC que incluya antibióticos betalactámicos y macrólidos también se recomienda realizar los estudios correspondientes para confirmar o descartar psitacosis.

Dado que estos pacientes no tienen un nexo epidemiológico conocido, y que la detección de anticuerpos de clase IgG por inmunofluorescencia no permite identificar la especie en clamidias, se sugiere utilizar aislamiento y/o métodos moleculares específicos para confirmar una infección con *Chlamydia psittaci*.

Para mayor información consultar:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/comunicacion_pstiacosis_vf.pdf

Definición de brote

Más de un caso expuestos a la misma fuente en un período de tiempo determinado y en un área definida.

Medidas preventivas

Hacer respetar la reglamentación vigente en aspectos de captura, transporte de aves y comercialización.

Las autoridades locales (municipalidad - zoonosis urbana) deben controlar a los sitios de venta de animales y aviarios relacionados a casos de psitacosis y también a vendedores ambulantes.

-Para aves recién obtenidas realizar cuarentena y testeo para diagnóstico de clamidiasis aviar.

-Advertir a la población sobre el peligro de compra de psitácidos u otras aves que no tengan quimioprofilaxis realizada por un médico veterinario.

-Educación para la salud.

-No capturar aves silvestres y evitar levantar aves del suelo que no puedan volar.

-Se recomienda la adquisición de aves en lugares habilitados para tal fin.

-Las aves deberán estar ubicadas en un lugar ventilado, templado y tranquilo con agua y alimentación abundante y sana. Evitar el hacinamiento de aves en la misma jaula y evitar el contacto del ave positiva con otras aves domésticas o silvestres.

-Desinfección frecuente de jaulas con soluciones de amonio cuaternario en una dilución 5% v/v, (se recomienda evitar el formol al 1%) solución de hipoclorito de sodio al 10% y dejar actuar sobre la superficie a tratar durante 30 segundos, luego cepillarla bajo un chorro de agua corriente y enjuagar).

-Tanto la limpieza de la jaula como la manipulación del ave para la administración del tratamiento deberán hacerse con guantes, gafas protectoras y barbijo. También es recomendable colocar una hoja de papel diario en la bandeja recolectora de heces, rociándola con un desinfectante previamente al reemplazo diario.

Medidas ante casos y contactos

Control del paciente:

- Notificar de forma inmediata el caso sospechoso utilizando la ficha específica.

- Realizar la toma de muestra antes de comenzar el tratamiento para su confirmación por laboratorio.
- Indicar tratamiento según recomendaciones vigentes.
- Realizar la vigilancia clínica del grupo familiar y/o personas expuestas. La utilización de quimioprofilaxis no está recomendada.

Medidas ante brotes

Ante la sospecha de brote de psitacosis:

I) Realizar la toma de muestras para la confirmación de casos sospechosos humanos y animales.

a) Humano: enviar al laboratorio para la confirmación diagnóstica, en condiciones de bioseguridad, una muestra respiratoria más un tubo con sangre entera (coágulo y suero) tomadas con elementos apropiados e indicados por el laboratorio y acompañadas de una planilla epidemiológica. Al mismo tiempo registrar el caso sospechoso en SNVS 2.0 (evento psitacosis).

b) Animal: enviar en condiciones de bioseguridad una muestra de hisopado conjuntival, y de cloaca con hisopos y en recipientes adecuados, con medio de transporte adecuado (SPG o UTM) o el cadáver del ave refrigerada y acompañado de la planilla epidemiológica. Al mismo tiempo registrar el caso sospechoso en SISA (evento Clamidiasis aviar).

II) Impartir el tratamiento antibiótico adecuado a humanos y a las aves.

III) Realizar la desinfección ambiental con hipoclorito de sodio al 10%.

IV) Proceder al bloqueo de la fuente del brote.

V) Poner en práctica todas las medidas de higiene en industrias, así como las medidas existentes para el control de comercialización (importación de aves exóticas o para consumo).

Notificación

- Todos los casos deben notificarse al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud desde la sospecha y en todos los pasos del algoritmo de diagnóstico y evolución clínica.
- Son variables críticas las relacionadas a la identificación de los casos, el sitio posible de exposición (sitio posible de adquisición de la infección) así como los datos clínicos.
- Se debe registrar el **nexo epidemiológico** en la Sección Epidemiología del SNVS, Factores de riesgo/Vías de transmisión/otros antecedentes de interés y una copia de la ficha de investigación en la sección Documentos.
- En los casos que no se pueda constatar el nexo epidemiológico y la clínica sea compatible con la enfermedad se recomienda la sospecha y derivación de muestras para estudio de psitacosis.
- La ficha de notificación se puede encontrar en el siguiente link: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ficha-psitacosis.pdf
- Comunicado neumonías atípicas SE 16/2024: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/comunicacion_pstiacosis_vf.pdf

IX. Leishmaniasis visceral humana - Actualización informe epidemiológico

IX.1. Introducción

IX.1.A. SOBRE ESTA PUBLICACIÓN

En el BEN 750 se publicó el informe epidemiológico de Leishmaniasis visceral humana y se realizó la correspondiente actualización en el BEN 767 (correspondiente a la SE 30).

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

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

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

IX.1.B. SOBRE LA ENFERMEDAD

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

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

Aunque es dinámica, la transmisión está delimitada a focos naturales donde coexisten vector, reservorio y parásito, condicionados por factores ecológicos como clima, temperatura, humedad y cobertura vegetal. Se han caracterizado tres ciclos de transmisión: selvático, doméstico-rural y doméstico-urbano. Este último presenta mayor preponderancia en la transmisión de *Leishmania (L.) infantum*, agente etiológico de la LV en el país, donde el perro constituye el principal reservorio afectado. Resulta fundamental considerar estas especificidades y diversidades para la vigilancia y acciones de prevención y control, así como para las intervenciones de promoción de la salud y la conformación de redes de cuidados continuos de detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de los procesos de atención.

IX.2. Descripción clínico-epidemiológica de la leishmaniasis visceral (LV)

La LV es la forma más grave de las leishmaniasis y, en las Américas, es causada por la especie *L. (L.) infantum (sinonimia chagasi)*, un protozoo perteneciente a la familia Trypanosomatidae. Son principalmente transmitidas por la picadura de la hembra de diferentes especies de flebótomos, infectados con el parásito. El ciclo en Argentina tiene como principal vector a la especie *Lutzomyia longipalpis* y, también, se ha involucrado como vector secundario o putativo a *Migonemyia migonei*. El reservorio es el perro doméstico. En estos, también existe la transmisión vertical y sexual. El flebótomo se infecta cuando se alimenta de un animal vertebrado infectado independientemente si presenta síntomas o no. La duración del ciclo del parásito en el flebótomo es de cuatro a siete días, luego de los cuales el mismo será capaz de infectar a un individuo susceptible, permaneciendo infectante el resto de su vida. El periodo de incubación en el humano es de 10 días a 24 meses (en promedio de 2 a 6 meses). La mayoría de las infecciones son inaparentes y se estima que el 20 % de ellos desarrollan la forma clásica de la enfermedad que incluye fiebre prolongada, palidez, pérdida de apetito, pérdida de peso y hepatoesplenomegalia. Se asocian a la progresión de la enfermedad y su gravedad factores como la edad, el estado nutricional y la reacción inmunitaria inicial del individuo. **No se recomienda el estudio de contactos o casos que no cumplan los criterios de caso sospechoso**.

La leishmaniasis visceral canina (LVC) es una enfermedad sistémica en la cual las manifestaciones clínicas dependen de los órganos afectados y la respuesta inmunitaria del animal infectado. La expresión clínica puede variar desde un animal aparentemente sano hasta graves afecciones que pueden ser fatales. Los principales síntomas de la LVC incluyen lesiones dermatológicas, linfadenomegalia generalizada, queratoconjuntivitis y lesiones oculares, disminución del apetito, pérdida progresiva de peso, onicogrifosis (crecimiento atípico de las uñas), atrofia muscular, claudicación, intolerancia al ejercicio, letargo, esplenomegalia, poliuria y polidipsia, vómitos y diarrea. De las lesiones dermatológicas, las más descriptas son la alopecia, despigmentación de hocico, dermatitis exfoliativa no pruriginosa con o sin alopecia que puede generalizarse o localizarse en la cara, orejas y extremidades, dermatitis ulcerosa sobre prominencias óseas, uniones mucocutáneas, patas y orejas, dermatitis nodular focal o multifocal, dermatitis proliferativa mucocutánea y dermatitis papular. No obstante, los perros infectados pueden permanecer sin síntomas clínicos por un largo período o durante toda la vida manteniéndose infectivos para los flebótomos.[38]

IX.3. Situación regional de la Leishmaniasis visceral

En las Américas, las leishmaniasis constituyen un problema de salud pública debido a su morbimortalidad y amplia distribución geográfica, afectando principalmente a las personas en situaciones de vulnerabilidad y con mayor dificultad de acceso a los servicios de salud. En el año 2024[39], 6 de los 13 países con transmisión de LV informaron casos al SisLeish[40]. Para el trienio

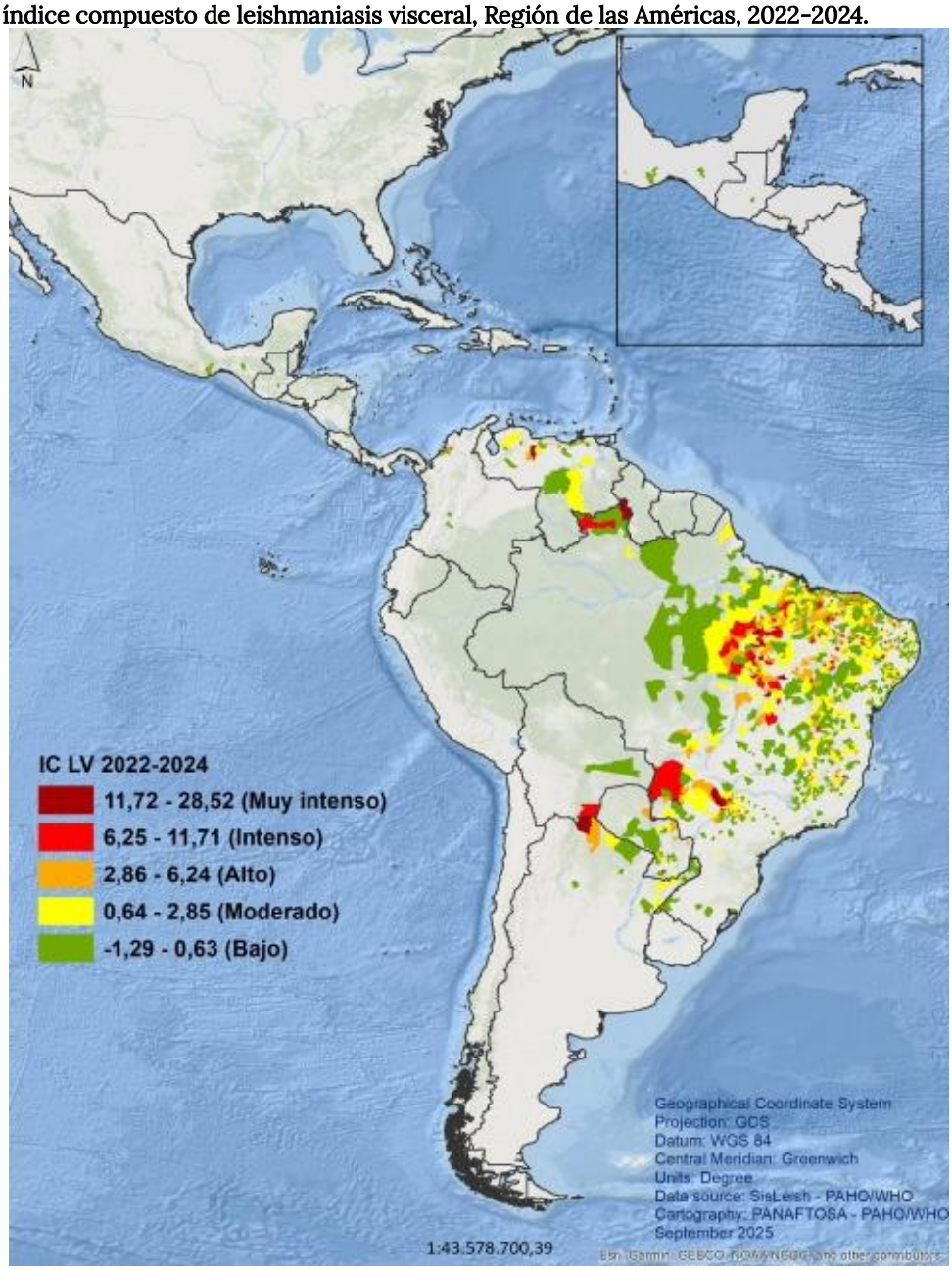
[38] Organización Panamericana de la Salud. Manual de procedimientos para vigilancia y control de las leishmaniasis en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en:https://iris.paho.org/handle/10665.2/57740
[39] Organización Panamericana de la Salud. Leishmaniasis: informe epidemiológico de las Américas [Internet]. Núm. 14, diciembre del 2025. Washington, D.C.: OPS; 2025. Disponible en: https://iris.paho.org/collections/c86503d2-0137-49d6-aa2e-e34ed2309cf1
[40] Sistema de Información Regional de las Leishmaniasis en la Américas

2022-2024 28 municipios de 4 países (25 de Brasil, y 1 de Argentina, Paraguay y Venezuela) presentaron transmisión muy intensa; 69 indicaron transmisión intensa en 4 países (66 en Brasil, y 1 desde Bolivia, Colombia y Paraguay), y 211 presentaron transmisión alta en 7 países (188 en Brasil, 14 en Paraguay, 4 en Venezuela, 2 en Colombia, y 1 en Argentina, Honduras y México) (Mapa 1).

La tendencia regional es de una disminución de casos, aunque en los últimos años se observa un aumento en Paraguay y Argentina (Gráfico 1) con foco en zonas de frontera, como se verifica entre Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil y Paraguay, con el 93%, el 50%, el 3% y el 32%, respectivamente, de los casos de LV.

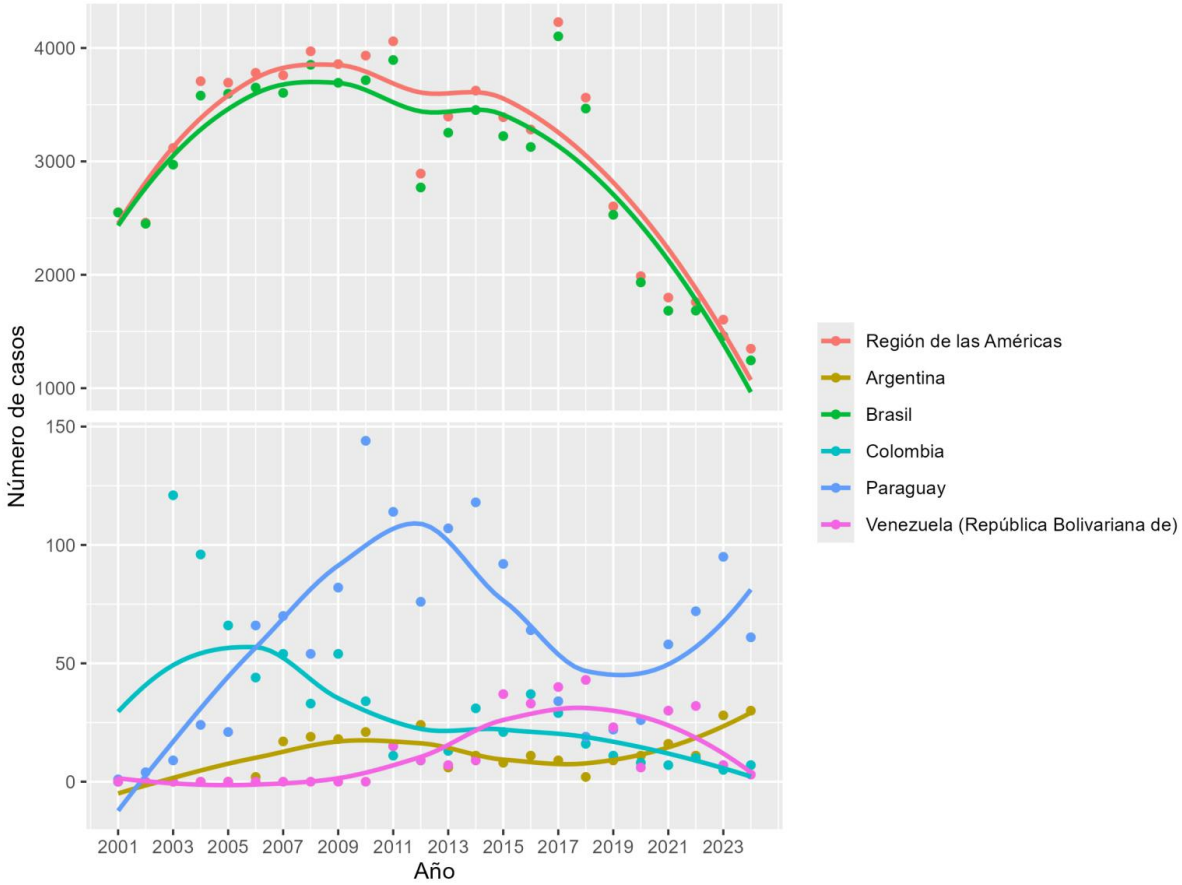
La población afectada en la región es masculina (70%) y el rango etario de entre 20 y 50 años, seguido de los grupos de mayores de 50 años (27%) y de menores de 5 años (18%).

Mapa 1. Estratificación del riesgo de leishmaniasis visceral en el segundo nivel administrativo subnacional según el índice compuesto de leishmaniasis visceral, Región de las Américas, 2022-2024.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. SisLeish. Washington, DC: OPS; 2025 [consultado el 1 de octubre del 2025].

Gráfico 1. Número de casos de leishmaniasis visceral notificados por año y país. Región de las Américas, 2001-2024.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. SisLeish. Washington, DC: OPS;2025 [consultado el 1 de octubre del 2025].

IX.4. Leishmaniasis Visceral Humana en Argentina

IX.4.A. NOTA METODOLÓGICA

En nuestro país, las leishmaniasis están incluidas como eventos de notificación obligatoria, según lo establecido por la Ley 15.465 y la Resolución 2827/2022. En concordancia al Programa Regional de Leishmaniasis instituido por la OPS desde el año 2011, que actualizó en el 2024 su "Plan de acción para fortalecer la vigilancia y el control de las leishmaniasis en las Américas 2023-2030".[41]

En los casos de Leishmaniasis Visceral Humana y en los casos confirmados de Leishmaniasis Visceral Canina la modalidad de vigilancia es nominal, universal e inmediata. En los casos caninos sospechosos o asintomáticos con prueba reactiva, y los estudios poblacionales, la notificación es agrupada semanal.

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

Para el análisis se utilizó el evento "Leishmaniasis Visceral Humana" del SNVS 2.0 abarcando todos los casos que cumplan con los criterios de caso Confirmado[42] y Probable[43] establecidos en el "Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control 2022".

Se realizó un análisis de los datos contenidos en el SNVS 2.0, desde el 1 de enero de 2019 hasta el día 10 de enero de 2026. Para el análisis temporal de los casos se utilizó la fecha mínima registrada[44] y se incluyeron aquellos casos que presentaron fecha mínima entre los años 2019 y 2025.

En cuanto a la distribución geográfica, se consideró la jurisdicción de residencia de los casos (o la de notificación, si la de residencia no se encontraba registrada). En cuanto a las tasas de incidencia, se seleccionaron las jurisdicciones con transmisión activa[45] o vulnerables[46]. Para el calculo de las tasas por edad y sexo se utilizaron los datos de población correspondiente al censo 2022, para las incidencias por año se utilizaron las proyecciones del censo 2010.

Para el análisis de la letalidad se consideraron, por un lado, los casos notificados como fallecidos en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) y, por otro, los casos cuyo fallecimiento ocurrió dentro de los siguientes seis meses contado desde la fecha mínima del caso, estableciendo la asociación temporal mediante la fecha de defunción registrada en el Registro Nacional de las Personas (RENAPER).

Para el análisis de la coinfección con VIH se utilizaron los registros consignados en el SNVS, tanto los correspondientes a la notificación del caso de leishmaniasis como aquellos provenientes de la notificación específica de VIH.

El Índice Compuesto del trienio de Leishmaniasis visceral (ICLV) se calculó conforme a la metodología de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)[47], basada en los promedios de casos e incidencia de los tres últimos años. Ambos indicadores fueron estandarizados mediante z-score y el índice final se obtuvo como la suma de los valores normalizados. La clasificación del riesgo se realizó en cinco estratos utilizando el método de quiebres naturales de Jenks. El

[42] Caso confirmado de leishmaniasis visceral: Todo caso sospechoso o probable con un resultado positivo para alguna de las siguientes técnicas parasitológicas:

- Frotis de punción aspiración de médula ósea, bazo, hígado, ganglio linfático teñido con Giemsa, May-Grunwald-Giemsa, etc. para la búsqueda de amastigotes,
- Cultivo de promastigotes en medios específicos: NNN (Novy, Nicolle y McNeal), Senekjie, etc.,
- Inoculación en hámster: búsqueda y/o aislamiento parasitario.
- Preparados histológicos a partir de médula ósea, hígado, bazo o ganglio linfático para la búsqueda de amastigotes.
- PCR en muestras de tejidos.

[43] Caso probable: Caso sospechoso al que se suma una o más pruebas serológicas reactivas entre las siguientes: tiras inmunocromatográficas RK39, ELISA, Inmunofluorescencia indirecta o Test de Aglutinación Directa (DAT).

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

[45] En Argentina, se han detectado casos humanos, caninos y presencia de vector de leishmaniasis visceral en las provincias de Misiones, Corrientes, Santiago del Estero, Salta, Formosa, Entre Ríos y Chaco. Además se ha registrado presencia de vector y perros positivos en Córdoba y Jujuy.

[46] Áreas vulnerables: Son áreas que cumplen al menos con uno de los siguientes criterios:
a) tener condiciones favorables a la presencia del vector; b) estar contiguas a las áreas con transmisión dentro del país o, en caso de las zonas de frontera, dentro de un país limítrofe; c) presentar tránsito migratorio intenso con otras zonas del país o con las zonas de frontera de países limítrofes ;d) compartir redes viales con áreas con transmisión.

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

calculo se realizó a escala de departamentos sobre las incidencias en las provincias con historia de transmisión autóctona.

IX.4.B. MARCO HISTÓRICO

Las leishmaniasis son enfermedades de notificación obligatoria desde la implementación de la Ley 15465. En el año 2000 con la detección del vector *Lutzomyia longipalpis*, en la provincia de Misiones y, luego, en ambiente urbano en Formosa en el año 2004, se generó un alerta y fortalecimiento en la vigilancia epidemiológica.[48] Aunque hubo casos reportados previamente, es probable que los mismos no fueran causados por Leishmania (L.) infantum.[49] El primer foco de transmisión de LV humana se detectó en 2006 en Misiones y desde esa fecha se han detectado otros focos de transmisión de LV en las provincias de Corrientes, Santiago del Estero, Salta, Formosa y, más recientemente, Entre Ríos y Chaco. En Córdoba (Departamentos de Capital, Colón, Punilla, Río Cuarto y Santa María) y Jujuy (Departamento de El Carmen) se han registrado la presencia del vector y casos de LV canina, sin notificar hasta la fecha casos de LV humana.

IX.4.C. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA PERIODO 2019 - 2025

Entre 2019 y 2025 se notificaron en Argentina 145 casos confirmados y probables de Leishmaniasis visceral humana.

Tabla 1. Casos e incidencia por 100.000 habitantes de leishmaniasis visceral humana por año y jurisdicción de residencia. Argentina (2019-2025). * Provincias sin casos autóctonos

Juridicción	2019		2020		2021		2022		2023		2024		2025	
	Casos	Inc	Casos	Inc	Casos	Inc	Casos	Inc	Casos	Inc	Casos	Inc	Casos	Inc
Bs. As.*	2	0,01	0	-	0	-	1	0,01	1	0,01	1	0,01	2	0,01
CABA*	0	-	0	-	0	-	2	0,06	0	-	0	-	0	-
Cordoba*	0	-	0	-	0	-	1	0,03	1	0,03	0	-	0	-
Entre Rios	1	0,07	1	0,07	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Total Centro	3	0,01	1	0,003	0	-	4	0,01	2	0,01	1	0,003	2	0,01
Chaco	0	-	0	-	0	-	0	-	1	0,08	0	-	3	0,24
Corrientes	2	0,18	2	0,18	0	-	1	0,09	3	0,26	1	0,09	3	0,26
Formosa	1	0,17	0	-	0	-	0	-	1	0,16	1	0,16	2	0,32
Misiones	0	-	4	0,32	3	0,24	3	0,23	5	0,38	9	0,68	7	0,53
Total NEA	3	0,07	6	0,14	3	0,07	4	0,09	10	0,23	11	0,25	15	0,34
Jujuy*	0	-	0	-	0	-	1	0,13	0	-	0	-	1	0,12
Salta	7	0,50	5	0,35	10	0,69	11	0,75	15	1,02	20	1,41	8	0,53
S. del Estero	0		0	-	0	-	1	0,10	0	-	0	-	0	-
Total NOA	7	0,12	5	0,09	10	0,17	13	0,22	15	0,26	20	0,35	9	0,15

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

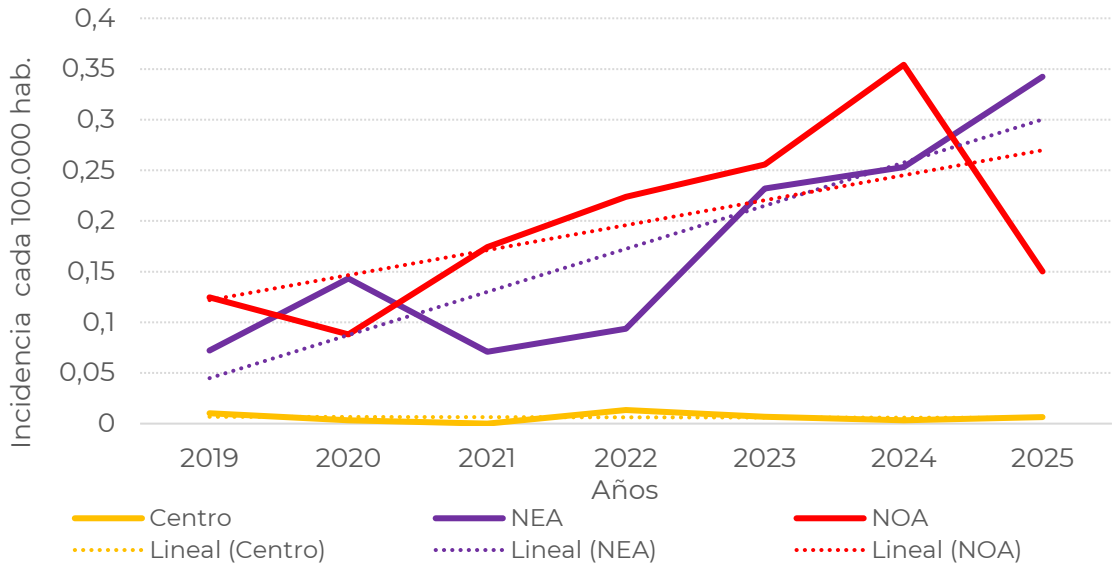
[48] Salomón OD, Ramos LK, Quintana MG, Acardi SA, Santini MS, Schneider A. Distribución de vectores de leishmaniasis visceral en la Provincia de Corrientes, 2008. *Medicina (Buenos Aires)*. 2009;69(6):625-630.
[49] Salomón OD, Rossi G, Sosa Estani S, Spinelli G. Presencia de *Lutzomyia longipalpis* y situación de la leishmaniosis visceral en Argentina. Medicina (Buenos Aires) 2001; 61: 174-8.

Las jurisdicciones con mayor número de casos notificados por lugar de residencia en el periodo fueron Salta (53,1%), Misiones (21,4%) y Corrientes (8,3%) en las regiones Noreste (NEA) y Noroeste (NOA). Ambas regiones endémicas presentan tendencia en aumento, con una incidencia media de 0,26 casos cada 100.000 Hab en el periodo 2023-2025. El último año se ve una disminución de los casos en la Región NOA (incidencia de 0.15 cada 100.000 Hab.).

La letalidad global en el periodo 2019-2025 fue del 9%, siendo 13 las personas fallecidas. En 2025 la misma fue del 3,8%, considerando que no todos los casos superan los 6 meses de seguimiento.

En el periodo se constataron 9 casos en personas viviendo con VIH, de las cuales 1 falleció. La letalidad en esta población fue mayor (11,1%) que en las personas sin VIH (8,8%).

Gráfico 2. Leishmaniasis visceral: serie temporal de incidencia anual (línea continúa) y tendencia temporal (línea punteada) por región. Argentina, 2019 a 2025.



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

A continuación, se presenta una tabla con información sobre variables seleccionadas para el análisis de la situación actual de LV en comparación con el período previo (2019-2024).

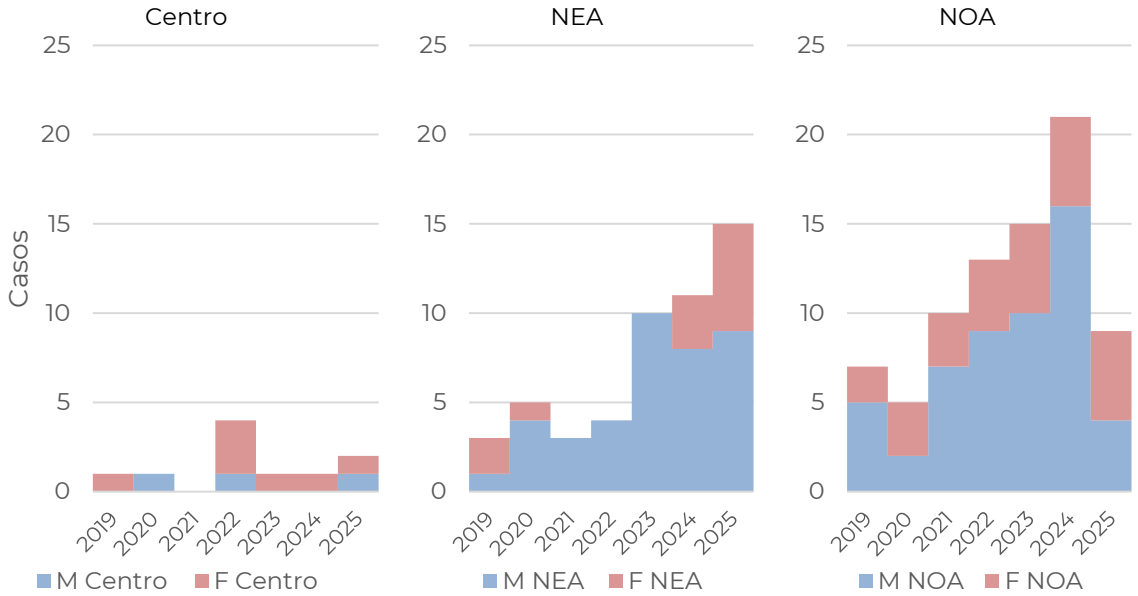
Tabla 2. Variables demograficas en los casos de Leishmaniasis Visceral en Argentina. Periodo 2018-2024.

Variables	2018-2024 (N=119)	2025 (N=26)	Total (N=145)
Edad (Media- IC 95)	22,04 (22,15)	30,31 (23,29)	23,52 (22,50)
Rango	0,00 - 76,00	0,00 - 67,00	0,00 - 76,00
Grupos etarios (%)			
< 5	47 (39,5%)	8 (30,8%)	55 (37,9%)
5 a 9	7 (5,9%)	0 (0,0%)	7 (4,8%)
10 a 19	8 (6,7%)	1 (3,8%)	9 (6,2%)
20 a 49	40 (33,6%)	10 (38,5%)	50 (34,5%)
50 y +	17 (14,3%)	7 (26,9%)	24 (16,6%)
Sexo (%)			
Femenino	34 (29,6%)	12 (46,2%)	46 (31,9%)
Masculino	81 (69,4%)	14 (53,8%)	95 (66,0%)
Se declara pueblo indígena			
Sin dato	53	16	69
No	57 (86,4%)	9 (90,0%)	66 (86,8%)
Si	9 (13,6%)	1 (10,0%)	10 (13,2%)

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

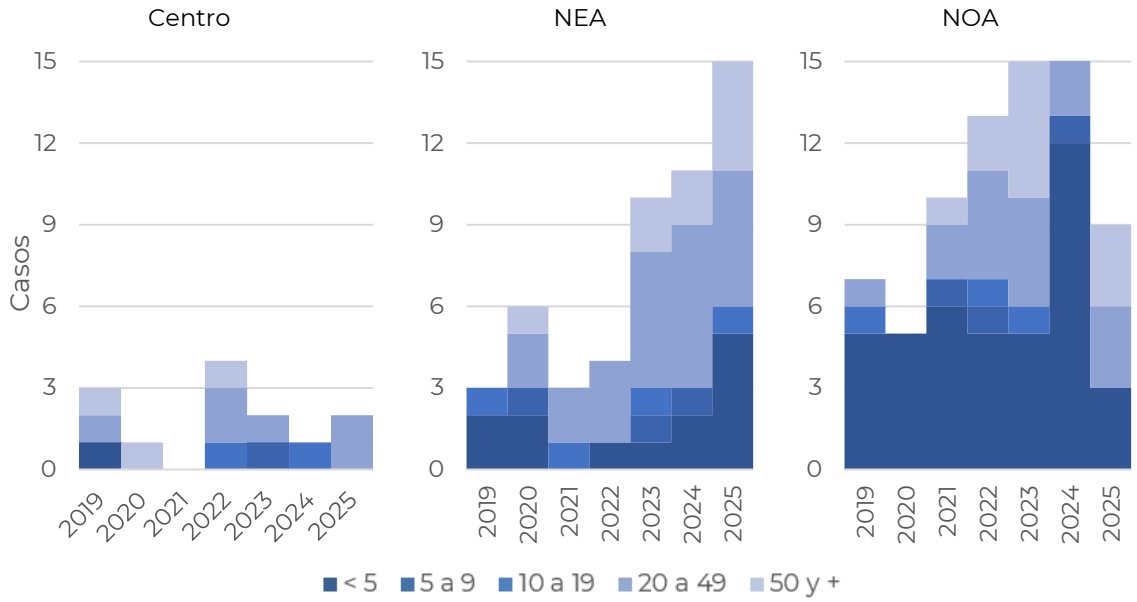
En la caracterización de la población en 2025 se observaron cambios con respecto al quinquenio previo (2019-2024). En 2025, la proporción de sexo masculino (53,8%) fue levemente superior con respecto al femenino (46,2%), en el periodo previo fue de sexo masculino (69,4%) (Ver Tabla 2). En cuanto a la distribución por edades, hubo un aumento relativo en los casos de mayores de 50 años (7 casos, 26,9% del total), cuando históricamente representaba el (19 casos que representó un 15,2% de los casos). Este aumento se ve en ambas regiones endémicas. El otro cambio es la caída de casos en menores de 5 años en el NOA donde había un promedio de 7,6 casos por año y en 2025 se notificaron 2 casos.

Gráfico 3. Leishmaniasis visceral: cantidad de casos por región y año según sexo. Argentina, 2019 a 2025



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

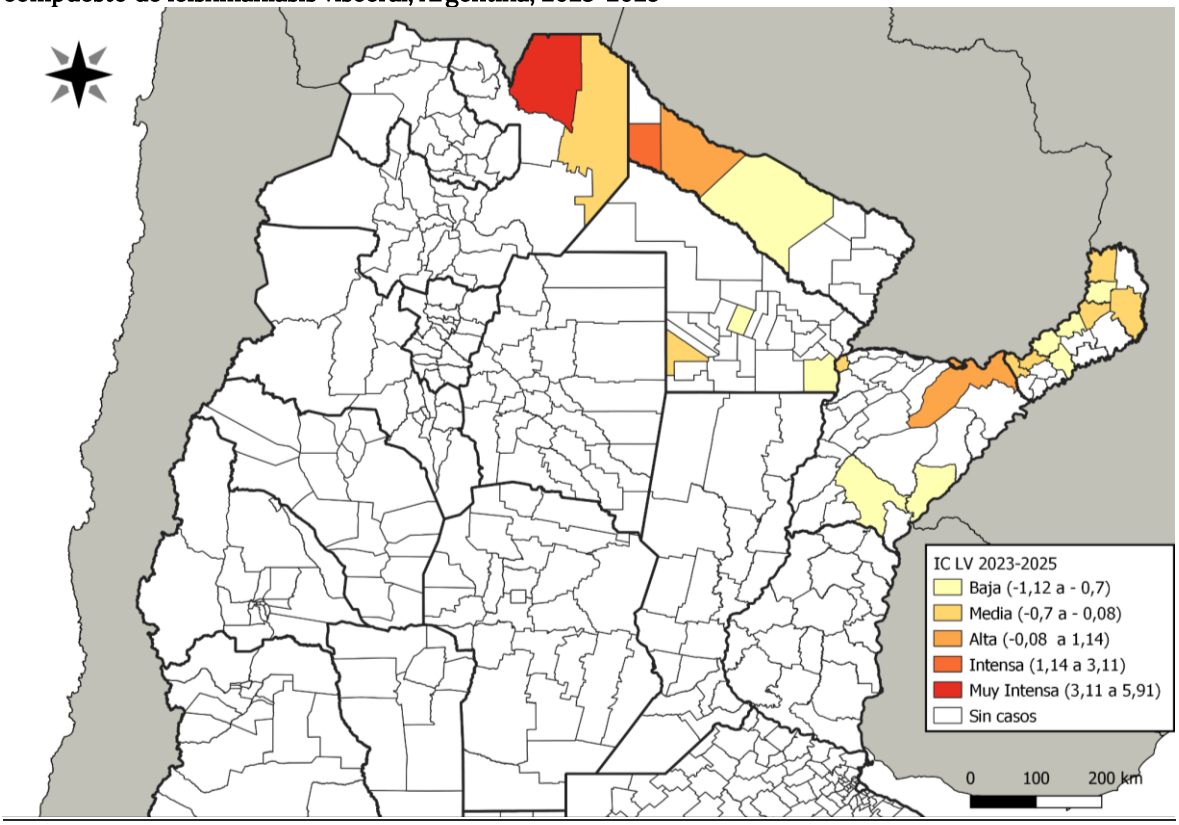
Gráfico 4. Leishmaniasis visceral: cantidad de casos por región y año según grupo etario. Argentina, 2019 a 2025



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

El siguiente mapa muestra la estratificación de riesgo para la LV de acuerdo con el índice compuesto del trienio 2023-2025. En las provincias endémicas de Entre Ríos y Santiago del Estero no se notificaron casos autóctonos en el periodo.

Mapa 2. Estratificación del riesgo de leishmaniasis visceral en los Departamentos según el índice compuesto de leishmaniasis visceral, Argentina, 2023-2025



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

En el último trienio (2023-2025), 21 departamentos presentaron casos: 9 en Misiones, 4 en Corrientes, 3 en Chaco, 3 en Formosa y 2 en Salta. El 35% de los casos fueron en residentes del Departamento Gral. José de San Martín (Salta), seguido por Capital (Corrientes) y Capital (Misiones) con 7% cada uno.

IX.4.D. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA AÑO 2025

Durante el año 2025 se notificaron 26 casos, siendo el NEA la más afectada con 8 casos en Misiones, 3 en Corrientes. En Formosa (2 casos) y Chaco (3 casos) en departamentos que no tenían antecedentes de casos humanos. En el NOA se observó una disminución a casi la mitad de los casos en Salta, que reportó 8 casos cuando el promedio de los últimos 3 años era de 15, por año. Esto fue más notorio en menores de 5 años, que para la jurisdicción en el periodo 2019-2024 representaron el 52% de los casos y en 2025 fueron 3 casos (37,5%). No hubo casos notificados en provincias que presentaron transmisión en años previos como Entre Ríos y Santiago del Estero.

Otra característica del año es la elevada proporción de casos en mayores de 50 años (29%), en relación a los 3 años previos (15%) y al regional (27%).

IX.5. Leishmaniasis Visceral Canina en Argentina

IX.5.A. NOTA METODOLÓGICA

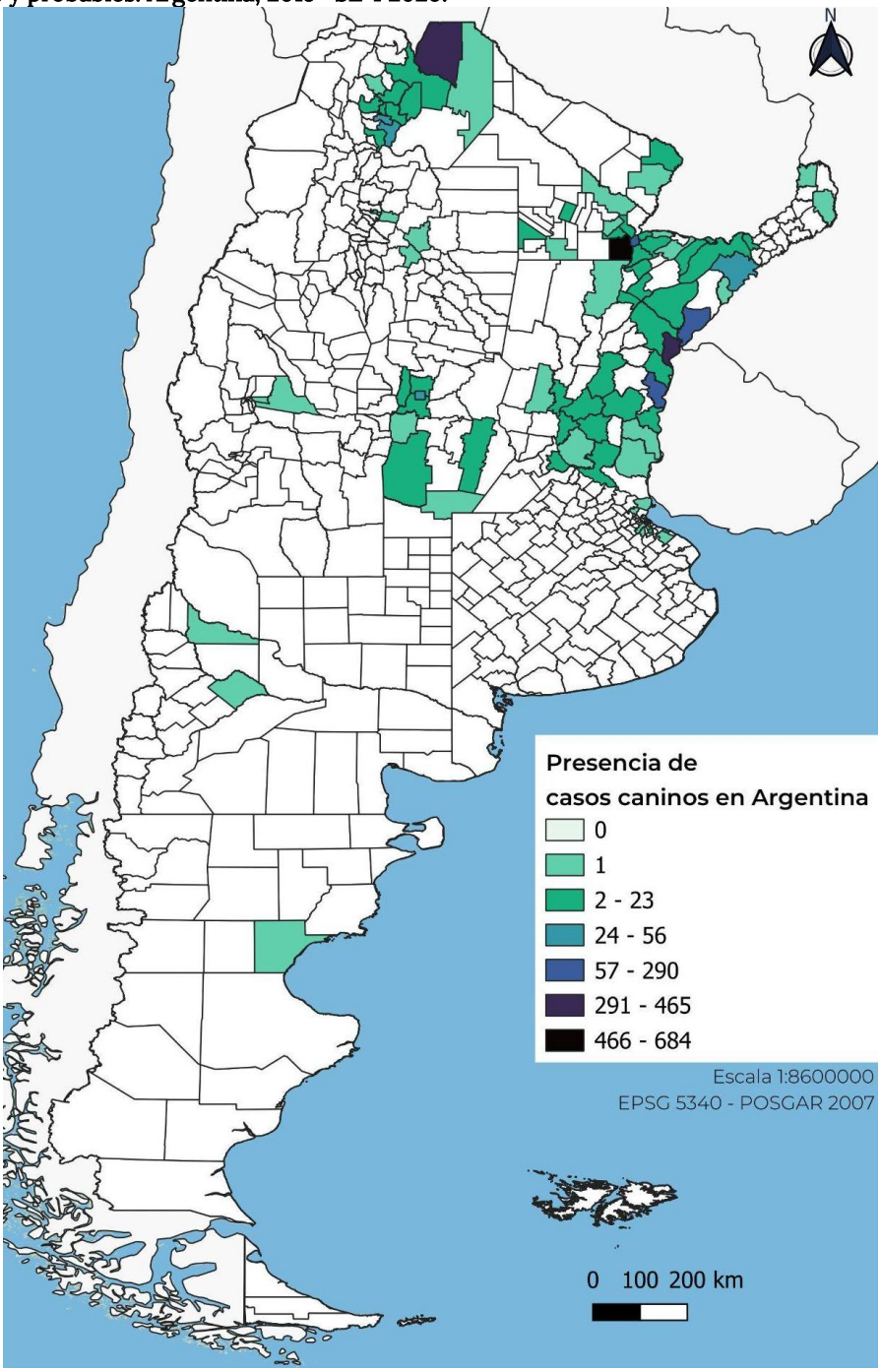
Para el análisis se utilizó el evento “Leishmaniasis Visceral Canina” del SNVS 2.0 abarcando todos los casos clasificados manualmente como: caso canino confirmado, caso canino confirmado asintomático, caso canino probable y probable asintomático.

Se realizó un análisis de los datos contenidos en el SNVS 2.0, desde el 1 de enero de 2019 hasta el día 28 de enero de 2026. En cuanto a la distribución geográfica, se consideró la jurisdicción de residencia de los casos.

IX.5.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA CANINA PERIODO 2019 - 2026

Entre 2019 y 2025 se notificaron en Argentina 2697 casos confirmados de leishmaniasis visceral canina. Las provincias con mayor número de casos notificados por lugar de residencia en el periodo fueron Corrientes (34, 8%), Chaco (26%) y Salta (19 %) en las regiones Noreste (NEA) y Noroeste (NOA).

Mapa 4. Distribución geográfica por departamento de residencia de casos de leishmaniasis visceral canina confirmados y probables. Argentina, 2019- SE 4 2026.



Fuente: elaboración propia, Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores en base a datos provenientes del SNVS 2.0

El área de transmisión endémica en caninos corresponde a las provincias de Misiones, Corrientes, Santiago del Estero, Salta, Formosa, Entre Ríos, Chaco y Jujuy. Los casos presentes en otras jurisdicciones corresponden a casos importados.

IX.6. Presencia Vectorial en Argentina

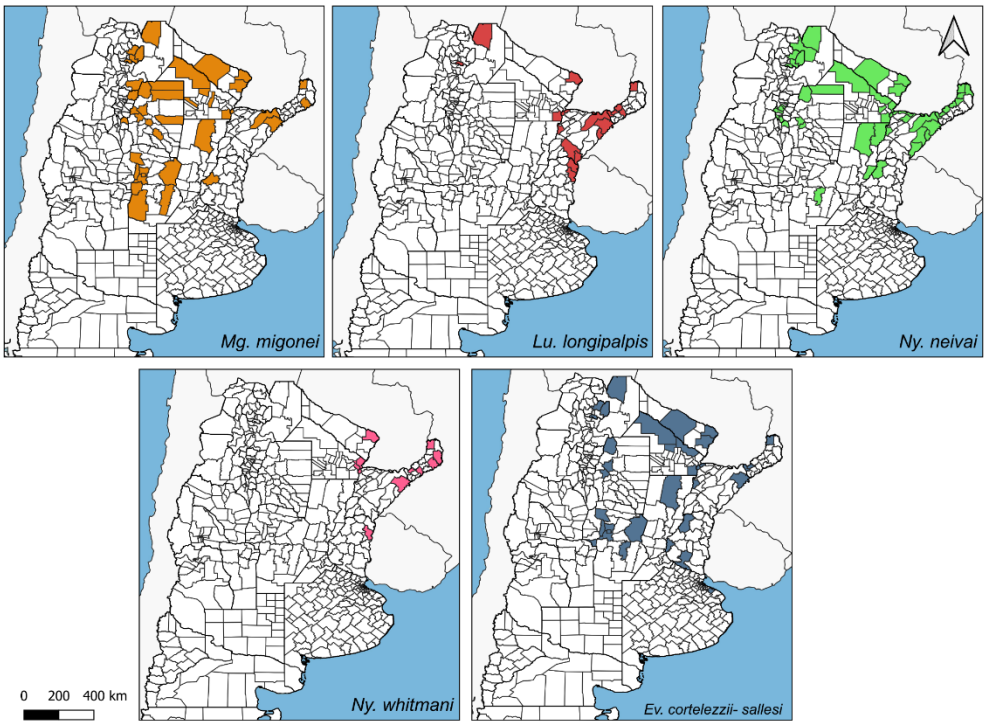
IX.6.A. NOTA METODOLÓGICA

La información presentada fue construida a partir de una revisión de la bibliografía científica disponible[50], reportes y comunicaciones de las jurisdicciones y antecedentes de trabajo de campo realizados por la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores (DZYCETV). En este sentido, es importante destacar que los espacios sin registros no deben interpretarse necesariamente como ausencia de las especies, sino que pueden reflejar la falta de estudios sistemáticos, de vigilancia entomológica continua o de información publicada para determinados departamentos.

IX.6.B. SITUACIÓN VECTORIAL EN ARGENTINA

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

Mapas 5 a 9. Distribución geográfica por departamento de especies de flebótomos de mayor relevancia sanitaria para leishmaniasis. Argentina.



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

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

IX.7. Acciones programáticas y territoriales

Durante el período analizado, desde la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores (DZYCETV) se fortaleció el acompañamiento a las jurisdicciones mediante acciones territoriales articuladas con las Bases Nacionales, orientadas a la prevención, vigilancia y control de la leishmaniasis. Estas intervenciones incluyeron apoyo técnico-operativo en estudios de foco, vigilancia entomológica, control vectorial, fortalecimiento de la vigilancia canina, capacitación de equipos locales y distribución de insumos diagnósticos, contribuyendo a consolidar las capacidades instaladas y a optimizar la respuesta integral en áreas con riesgo de transmisión.

En este marco, ante la detección del primer caso de leishmaniasis visceral canina (LVC) con probable autoctonía en la localidad de Libertador General San Martín, departamento Ledesma, provincia de Jujuy, la DZYCETV acompañó a la jurisdicción en el estudio de foco correspondiente, mediante el monitoreo entomológico realizado por las Bases Nacionales y la provisión de tiras reactivas rk39 para diagnóstico canino. El operativo permitió confirmar la circulación de flebótomos en el área, fortaleciendo la hipótesis de autoctonía del caso detectado y consolidando la articulación interinstitucional entre los equipos nacionales y provinciales para la respuesta ante la leishmaniasis.

Asimismo, ante la detección de casos caninos procedentes de la localidad de Caimancito (departamento Ledesma), se llevó a cabo un muestreo serológico canino con apoyo en la distribución de reactivos, mientras que actualmente se encuentra en curso la investigación de un nuevo foco en la localidad de Palpalá, departamento El Carmen, Jujuy. De manera complementaria, se realizó monitoreo entomológico en la localidad de San Pedro, Jujuy, con el objetivo de contar con un diagnóstico de situación entomológica.

En los focos investigados se identificó la presencia de flebótomos de la especie Migonemyia migonei, vector señalado como putativo, involucrado tanto en la transmisión de la leishmaniasis cutánea como visceral, lo que sugiere su asociación con la transmisión de la LV en estas localidades de la provincia. En función de estos hallazgos, se recomienda sostener la vigilancia entomológica, priorizando las áreas con antecedentes de LV, reforzar las medidas de prevención y control en la población canina para reducir el riesgo de aparición de casos humanos, y continuar con acciones de educación comunitaria y control ambiental.

Por otro lado, la Dirección mantiene un trabajo activo con la provincia de Misiones, brindando asesoramiento técnico en los estudios de foco de casos de leishmaniasis visceral humana y en la distribución de tiras reactivas para el diagnóstico canino, en el marco de las acciones de fortalecimiento de la vigilancia y respuesta integral.

IX.8. Sobre la prevención y control

IX.8.A. PREVENCIÓN

De nivel **comunitario**: promoción de la salud, educación y comunicación a la población sobre la existencia de leishmaniasis y el vector, modo de transmisión y tenencia responsable de mascotas incluyendo la castración, el uso de collares repelentes para los flebótomos, y procurar mantenerlos alejados y protegidos de las viviendas y residentes durante el horario de mayor actividad del vector (por ser el perro el principal reservorio urbano de la enfermedad).

En zonas de transmisión urbana de LV, mantener siempre limpias las plazas, calles, lotes y baldíos, así como reducir el tiempo para la recolección de residuos, sobre todo en zonas contiguas a reservas, parques naturales y bosques surcados por arroyos.

De nivel **individual**: para evitar las picaduras de los flebótomos las personas deben utilizar ropa cubriendo la mayor área del cuerpo posible y usar repelentes (N-N dietil toluamida (DEET) en concentraciones de 15% al 25%), especialmente cuando se realizan actividades fuera de la vivienda, desde el atardecer hasta la salida del sol.

Es importante tener conocimiento de las acciones individuales que se pueden tomar sobre el ambiente del domicilio como uso de mosquiteros o toldillos de punto fino, manejo de mascotas, animales domésticos y residuos para mitigar el riesgo. Se debe restringir el tránsito y tráfico de perros desde zonas con transmisión a zonas sin transmisión con presencia del vector así como también se deben tomar las medidas preventivas para que los perros que ingresan hacia una zona de transmisión activa no se infecten y sean nuevos reservorios.

IX.8.B. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

Control del paciente:

- En Argentina está normado con el esquema terapéutico sugerido por la OPS/OMS. Consultar recomendaciones vigentes.[51]
- Control de personas o convivientes expuestos al mismo riesgo: Detección de casos sospechosos mediante difusión y búsqueda activa.
- Vigilancia de leishmaniasis canina para direccionar acciones de control canino

Ambiente inmediato:

- Uso de mosquiteros de trama fina o toldillos de punto fino, con o sin impregnación con insecticidas, en puertas y ventanas de las viviendas.
- Mantener el terreno alrededor de la vivienda libre de malezas, hojarascas, frutos caídos y escombros. Hacer poda de árboles para aumentar la luz solar, con el fin de reducir la sombra en el suelo y evitar las condiciones favorables (temperatura y humedad) para el desarrollo del vector.
- Mantener los animales de compañía refugiados y alejados de la vivienda, en el horario de mayor presencia del vector.
- Mantener apartados e higiénicos los refugios y/o corrales de animales.

Control vectorial: Para el caso del vector de leishmaniasis visceral, *Lutzomyia longipalpis*, dadas sus características peridomésticas, se aconseja el tratamiento focal y perifocal de los domicilios y peridomicilios del caso y viviendas hasta 150 metros alrededor del mismo, con el fin de mitigar el riesgo de ocurrencia de nuevos casos humanos y de evitar la dispersión de flebótomos, respectivamente.

- En todos los casos se debe ampliar la vigilancia para detectar otros casos humanos y evaluar la intervención con fumigación.
- **Dado la baja efectividad de las intervenciones químicas se recomienda evaluar su impacto.**

[51] Organización Panamericana de la Salud. Directrices para el tratamiento de las leishmaniasis en la Región de las Américas. Segunda edición. Washington, DC: OPS; 2022. Disponible en: https://doi. org/10.37774/9789275325032.

- Si se decide realizar un tratamiento focal y perifocal, los mismos deben ser por aspersión, aplicado el producto con acción residual a todas las estructuras potenciales donde puede reposar el vector (troncos, gallineros, paredes, etc.).

IX.8.C. MEDIDAS ANTE BROTES

Se considera brote cuando en un **área sin transmisión**, hay presencia del primer caso autóctono humano o canino. En un **área con transmisión vectorial y LVC**, es cuando hay presencia del primer caso humano. En un **área con transmisión de LVH**, es cuando hay un incremento del número de casos humanos en relación con el número de casos esperados.

- Investigación de brote (es necesaria la identificación (tipificación) de la especie de *Leishmania* involucrada)
- Intensificación de la vigilancia.
- Sensibilización de los equipos de salud humana y veterinaria para la detección precoz de posibles casos humanos y caninos.
- Información a la población mediante los medios masivos de comunicación.
- Estudio de foco en un radio de 150 metros alrededor del lugar de transmisión del primer caso humano o canino (o la manzana del caso confirmado y las ocho manzanas que la rodean):
  - Búsqueda activa de nuevos casos humanos. Se desaconseja el estudio de laboratorio cuando el paciente no cumple con los criterios de caso sospechoso ya que no existe indicación terapéutica médica específica en personas asintomáticas.
  - Detección de perros infectados a través de un censo serológico canino por rk39, con confirmación parasitológica si se requiere y realización de las acciones de control según el ítem “medidas ante casos y contactos” en evento Leishmaniasis visceral canina.
  - Búsqueda del vector de leishmaniasis visceral mediante trampeo.
- Análisis y devolución de los resultados a los equipos de salud humana y animal como así también a las áreas de gestión y toma de decisiones.

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

IX.9. Conclusiones

La Leishmaniasis visceral es un problema de salud de complejidad biológica, clínica y epidemiológica, con un impacto significativo en la salud de la población humana y canina. Argentina se encuentra con una tendencia en aumento tanto en la magnitud de casos humanos con foco en algunos departamentos de frontera del NEA y el NOA, como en su distribución espacial en nuevos departamentos.

IX.10. Sobre la vigilancia epidemiológica

IX.10.A. LEISHMANIASIS VISCERAL HUMANA

Los principales objetivos de la vigilancia de casos humanos son:

– Alertar en forma temprana a los distintos actores involucrados ante la sospecha clínica de casos de leishmaniasis y facilitar la información necesaria para realizar las acciones de control.

– Identificar tempranamente los casos humanos para procurar la atención adecuada y oportuna.

– Consignar el estudio por laboratorio de todas las formas de leishmaniasis en humanos, así como la confirmación de casos.

– Notificar la ocurrencia de los casos y las áreas de dispersión de la enfermedad para direccionar las acciones de prevención y control.

IX.10.B. LEISHMANIASIS VISCERAL CANINA

-Detectar y alertar en forma temprana ante la ocurrencia de casos caninos y registrar la información necesaria para realizar las acciones de control.

- Monitorear la dispersión geográfica de los casos caninos.

-Monitorear la prevalencia de leishmaniasis canina en estudios poblacionales.

-Monitorear la presencia del vector según escenario epidemiológico de cada área para alertar en forma temprana su presencia y prevenir la aparición de nuevos casos.

ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS **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. Situación epidemiológica mundial y regional de sarampión

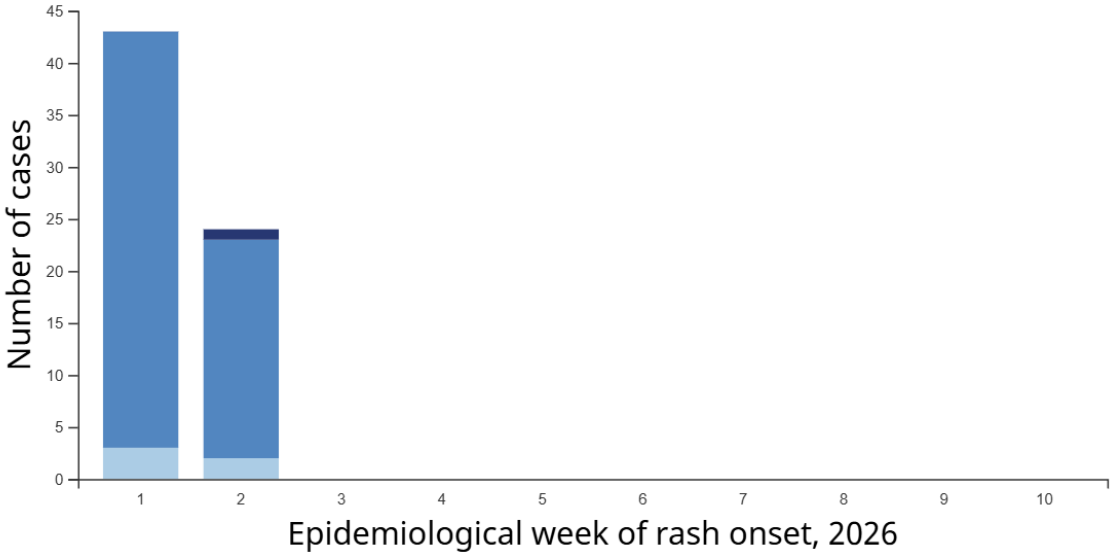
X.1.A. CANADA[52]

En 2026, se han notificado un total de 67 casos de sarampión (63 confirmados, 4 probables) en 5 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Quebec, Saskatchewan), hasta el 17 de enero del 2026.

En la semana 2 (del 11 al 17 de enero del 2026), se notificaron 50 nuevos casos de sarampión (50 confirmados y 0 probables) en 4 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba y Saskatchewan).

[52] 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=67)



X.1.B. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA[53]

Al 29 de enero de 2026, se notificaron 588 casos confirmados de sarampión en los Estados Unidos durante 2026. De estos, 585 casos fueron reportados por 17 jurisdicciones: Arizona, California, Florida, Georgia, Idaho, Kentucky, Minnesota, Nebraska, Carolina del Norte, Ohio, Oregón, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Utah, Virginia, Washington y Wisconsin. Se notificaron 3 casos de sarampión entre visitantes internacionales a Estados Unidos.

Se han notificado 2 nuevos brotes** en 2026, y el 94 % de los casos confirmados (550 de 588) están asociados a brotes (8 de brotes en 2026 y 542 de brotes que comenzaron en 2025).

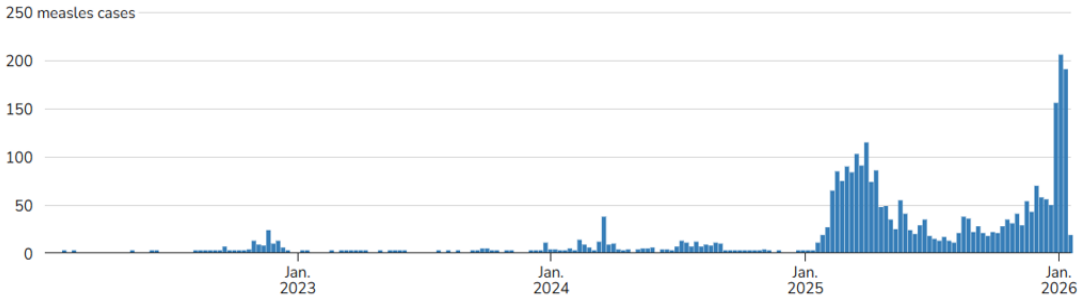
En el año 2025, se notificaron un total de 2.255 casos confirmados de sarampión. De ellos, 2.230 casos han sido confirmados en 45 jurisdicciones: Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas, California, Colorado, Connecticut, Florida, Georgia, Hawái, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Luisiana, Maryland, Míchigan, Minnesota, Misuri, Montana, Nebraska, Nevada, Nueva Jersey, Nuevo México, Ciudad de Nueva York, Estado de Nueva York, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregón, Pensilvania, Rhode Island, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Tennessee, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, Wisconsin, Wyoming y Alabama.. Un total de 25 casos confirmados de sarampión fueron de visitantes internacionales a los Estados Unidos.

En 2025 se han notificado 49 brotes, y el 89% de los casos confirmados (2.006 de 2.255) están asociados a brotes. En comparación, durante 2024 se notificaron 16 brotes y el 69% de los casos (198 de 285) estuvieron asociados a brotes.

En 2026 no ha habido muertes confirmadas. En el 2025 hubo 3 muertes confirmadas por sarampión.

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

Figura 2. Casos semanales de sarampión según la fecha de inicio del exantema. 2023-2026 (hasta 29/01/26).

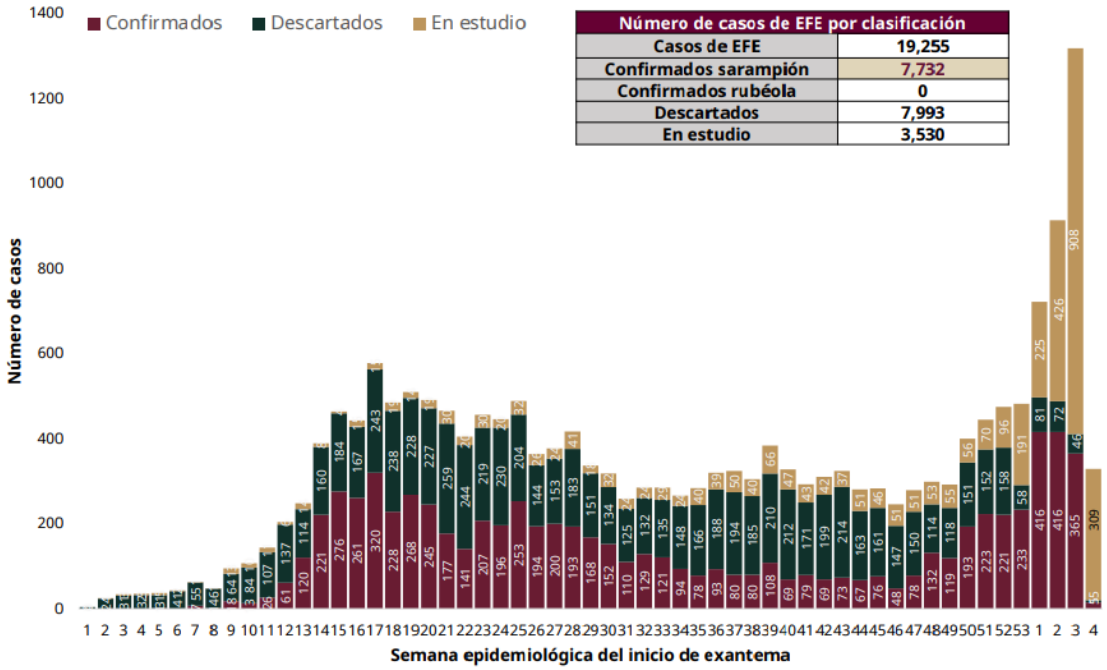


X.1.C. MÉXICO[54]

Al 28 de enero, se han reportado 7.732 casos confirmados de sarampión acumulados desde el comienzo del brote; en las 24 horas previas se reportaron 58 casos. El grupo de edad más afectado es de 1 a 4 años (1.175 casos), seguido del grupo de 5 a 9 años (921 casos) y el de 25 a 29 años (838 casos).

Se han reportado 26 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.

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

X.2. Enfermedad por el virus de Marburgo - Etiopía

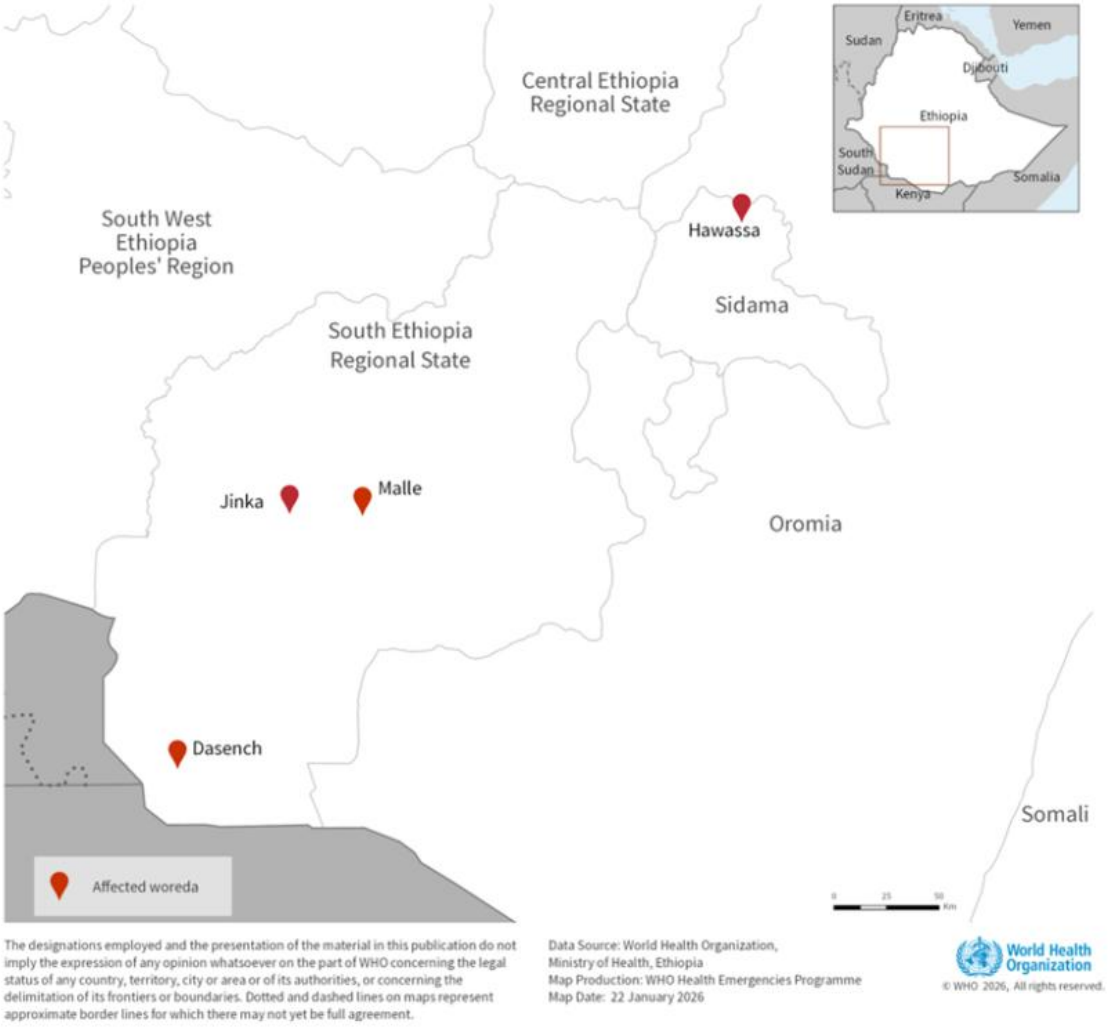
El 14 de noviembre de 2025, tras la confirmación de laboratorio de casos sospechosos de fiebre hemorrágica viral (FHV) en la ciudad de Jinka, Estado Regional del Sur de Etiopía, el Ministerio de Salud de Etiopía declaró un brote de enfermedad por el virus de Marburgo (EVM). Las pruebas moleculares realizadas por el Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto de Salud Pública de Etiopía (EPHI) identificaron el virus de Marburgo (MARV) en muestras de pacientes. Esta fue la primera vez que Etiopía notificó un brote de EVM.

El primer caso conocido fue un adulto de la ciudad de Jinka que desarrolló síntomas el 23 de octubre. El paciente acudió al Hospital General al día siguiente con vómitos, pérdida de apetito y cólicos abdominales. Al 25 de enero de 2026, el Ministerio de Salud notificó un total acumulado de 14 casos confirmados, incluidos nueve fallecimientos (tasa de letalidad [TdL] 64,3%), y cinco casos probables, todos los cuales fallecieron, procedentes de las woredas de Jinka, Malle y Dasench en la Región del Sur de Etiopía y de Hawassa en la Región de Sidama.

Al 25 de enero de 2026, se registraron un total de 857 contactos que completaron 21 días de seguimiento, 760 de la Región del Sur de Etiopía y 97 de la Región de Sidama. Al 5 de enero de 2026, se habían analizado 3800 muestras para el virus.

El 26 de enero de 2026, tras dos períodos de incubación consecutivos (un total de 42 días) sin que se notificaran nuevos casos confirmados, después de que el último caso confirmado falleciera y recibiera un entierro seguro y digno el 14 de diciembre de 2025, el Ministerio de Salud de Etiopía declaró el fin del brote de EVM, de acuerdo con las recomendaciones de la OMS.

Figura 1: Mapa de distritos que notificaron casos confirmados y probables de enfermedad por el virus de Marburgo en Etiopía, al 25 de enero de 2026.



Fuente: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON592

X.3. Dos casos de enfermedad por virus Nipah en Bengala Occidental desde diciembre pasado: NCDC.

Se ha observado que en ciertos sectores de los medios se están difundiendo cifras especulativas e incorrectas sobre casos de Enfermedad por el Virus Nipah (NiVD).

En este contexto, se aclara que, según los informes recibidos del Centro Nacional para el Control de Enfermedades (NCDC), solo se han notificado dos casos confirmados de Enfermedad por el Virus Nipah en Bengala Occidental desde diciembre del año pasado hasta la fecha.

Tras la confirmación de estos dos casos, el Gobierno de la India, en estrecha coordinación con el Gobierno de Bengala Occidental, inició medidas de salud pública rápidas e integrales de acuerdo con los protocolos establecidos.

Se ha identificado, rastreado, monitoreado y analizado un total de 196 contactos vinculados a los casos confirmados. Todos los contactos rastreados se han encontrado asintomáticos y han dado resultado negativo para la Enfermedad por el Virus Nipah.

Se llevaron a cabo vigilancia reforzada, pruebas de laboratorio e investigaciones de campo mediante esfuerzos coordinados de las autoridades sanitarias centrales y estatales, lo que aseguró la contención oportuna de los casos. Hasta el momento no se han detectado casos adicionales de Enfermedad por el Virus Nipah.

La situación se encuentra bajo monitoreo constante y todas las medidas de salud pública necesarias están en marcha.

El Ministerio de Salud y Bienestar Familiar aconseja al público y a los medios que confíen únicamente en la información verificada difundida por fuentes oficiales y que se abstengan de difundir informes no verificados o especulativos.

Fuente: *https://www.pib.gov.in/PressReleasePage.aspx?PRID=2219219&reg=3&lang=1*

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

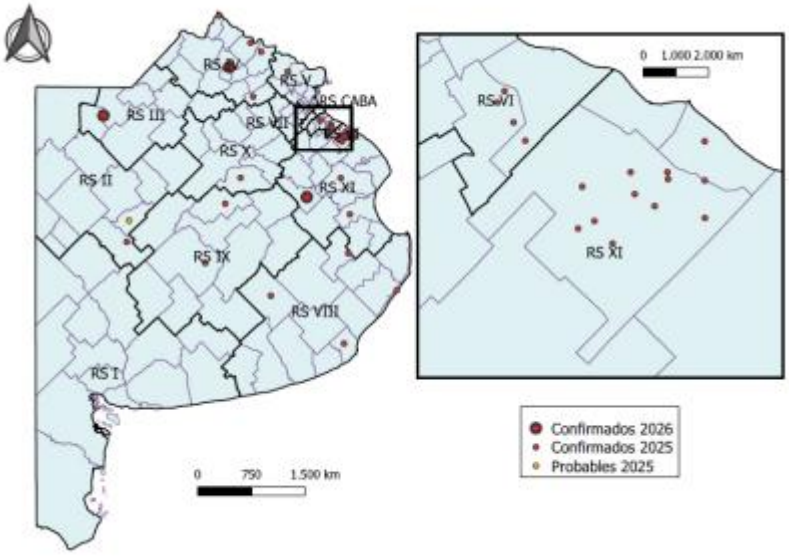
XI. Boletines Jurisdiccionales

XI.1. Buenos Aires: Hantavirus

En lo que va de 2026 hasta el 17/01/2026 (SE 2) se notificaron 35 casos sospechosos de hantavirus, de los cuales 3 son confirmados, 12 continúan como sospechosos y el resto fue descartado. De los casos confirmados, 2 fallecieron; estos corresponden a una niña de 10 años de edad residente del partido de General Belgrano y a una mujer de 35 años de Arrecifes.



Casos confirmados y probables de hantavirosis según domicilio de residencia. Años 2025 - 2026 (hasta SE 2). Provincia de Buenos Aires



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

Para más información:

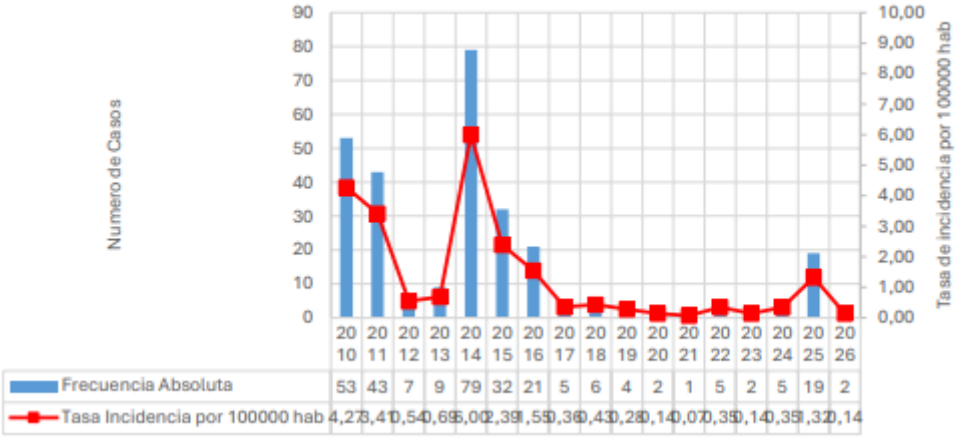
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

XI.2. Salta – Hepatitis A

Hasta la semana epidemiológica (SE) N.º 2 del año 2026, se notificaron un total de 8 casos sospechosos de hepatitis A, de los cuales se confirmaron 2 por laboratorio.



Casos confirmados de Hepatitis A y tasa cada 100mil hab. Periodo 2010 hasta se 2/2026. Provincia de Salta.



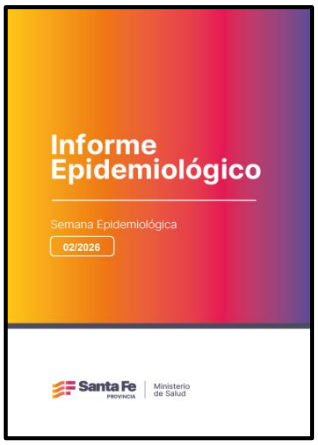
Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) y registro de casos y tasas "Anuario estadístico Provincia de Salta, periodo 2010-2018"

Para más información:

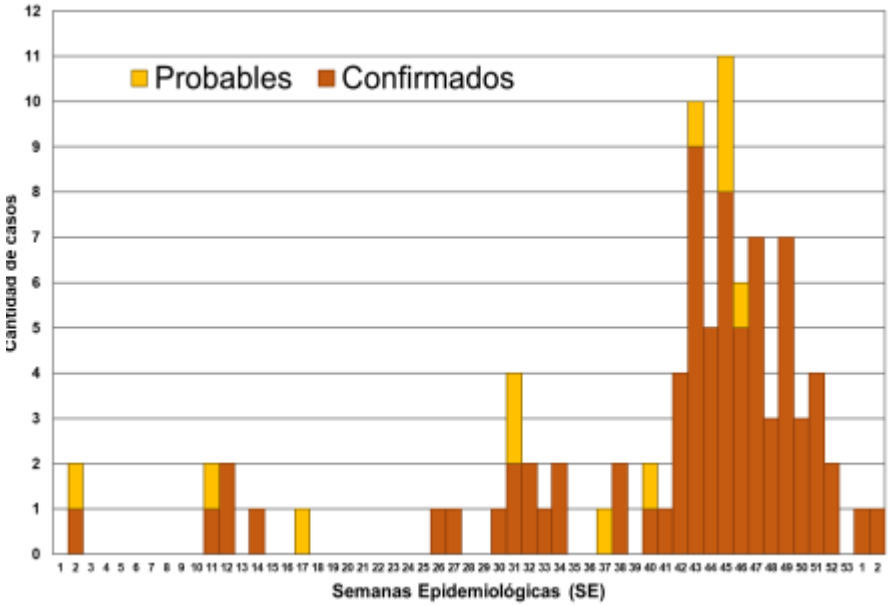
http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/

XI.3. Santa Fe: Coqueluche

En lo que va del 2026 (SE 1 y SE2), se notificaron un total de 8 casos con sospecha de coqueluche, de los cuales 2 fueron confirmados y ninguno fue clasificado como probable. Ambos casos confirmados fueron informados con residencia en el departamento Rosario.



Distribución de casos confirmados (n= 78) y probables (n= 12) según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE 1/2025 a SE 2/2026. Período 2025-2026. N= 90.



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

Para más información:

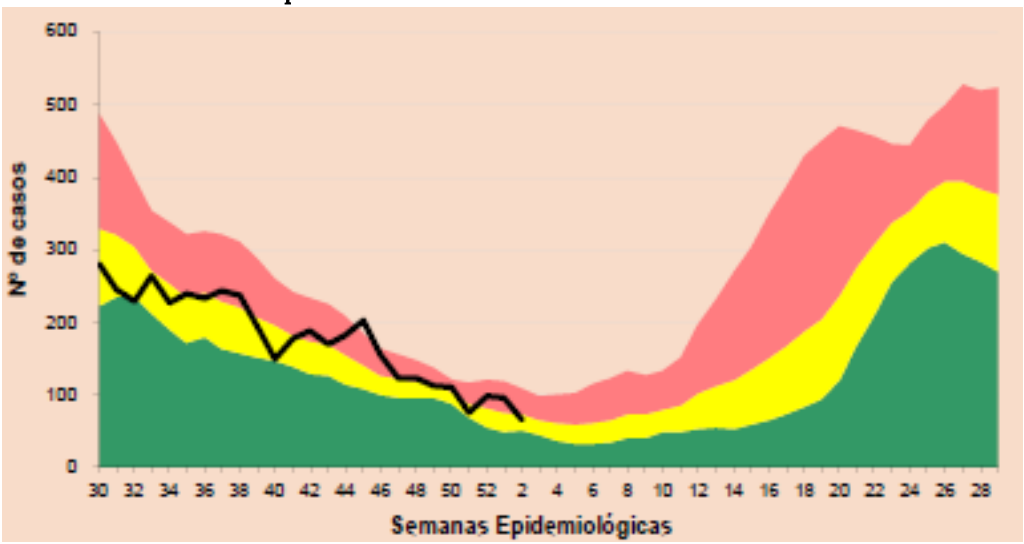
https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/%28subtema%29/93802

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

La bronquiolitis es un síndrome clínico caracterizado por afectar la vía aérea inferior. Tiene una significativa morbilidad, afectando principalmente a niños menores de 2 años, con una mayor incidencia entre los 3 y 6 meses. En la semana 2 se notificaron 66 casos.



Corredor endémico de Bronquiolitis SE 30 de 2025 a SE 3 de 2026. Provincia de Tucumán.



Fuente: SNVS – Dirección de Epidemiología

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS
PARA VIGILANCIA

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

Con el fin de mantener a los equipos técnicos de vigilancia actualizados sobre los cambios, mejoras y modificaciones en la configuración de eventos en el SNVS 2.0, en este número se publican las realizadas en **enero** del corriente año, en el marco de su adecuación al Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria.

En lo sucesivo, las futuras actualizaciones de las codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 se publicarán periódicamente, proporcionando una visión detallada y oportuna de las mejoras y ajustes continuos en el sistema.

Para consultar cambios que se hayan realizado en 2025 remitirse al siguiente documento: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/08/anuario_herramientas_2025.pdf

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	Nombre del evento	Solapa	Sección	Cambio realizado
Enero	Lepidopterismo - Accidente por Lonomia obliqua	Evento	Nombre	Se cambia el nombre del evento: “Lepidopterismo - Accidente por Lonomia obliqua” por “Lonomismo - Envenenamiento por Lonomia.”
	Tuberculosis	laboratorio	Determinación	En “Prueba molecular detección/resistencia a drogas de MTB”, se adicionan: “Abbott Real Time MTB”, con resultado “MTB detectado”, “MTB no detectado”, “Error/invalido/sin resultado” y “Abbott RealTime MTB RIF/INH Resistance”, con resultado “Resistencia a RIF NO detectada. Resistencia a INH NO detectada”, “Resistencia a RIF NO detectada. Resistencia a INH detectada”, “Resistencia a RIF NO detectada. Resistencia a INH indeterminada”, “Resistencia a RIF detectada. Resistencia a INH NO detectada”, “Resistencia a RIF detectada. Resistencia a INH detectada”, “Resistencia

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

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