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



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **801**

Semana epidemiológica 11
AÑO 2026
Desde 15/03 al 21/03
Fecha de publicación
30/03/2026

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).

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

Influenza Aviar
Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmisibles, Del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas,
De la ANLIS "Carlos G. Malbrán": Departamento de Virología y Departamento de Epidemiología.
Otras dependencias públicas: SENASA y Ministerio de Salud de PBA.

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, el Departamento de Epidemiología, ambos del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI) y laboratorio BSL4, Unidad Operativa Centro de Contención Biológica (UOCCB).

Componen la Dirección de Epidemiología: Altschuler Ailén, Amatto María Belén, Amelotti Rina Lucía, Antman Julián Gustavo, Appeceix Ailen Lihuel, Avalos Andrea Karina, Baldani Andrea, Bertaccini Dario Gabriel, Bidart María Laura, Bonifacio Carlos, Cáceres Estefanía, Caparelli Mariel, 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, Martín Aragón María Fernanda, Martínez Karina, Moisés María Silvina, Morgenstern Agostina, Nicolau Victoria, Núñez Sandra Fabiana, Ojeda Juan Pablo, Ormeño Mazzochi Franco, Palero Mariano, Parenti Ana Laura, Pastrana Paula, Pisarra Florencia Magalí, Plantamura Pilar, Prina Martina, Riera Sebastián, Rojas Mena María Paz, Rosin Paula, Rueda Dalila, Santoro Federico, Souto Catalina Sofía, Tapia Julio, Vallone Antonella, Villasanti Johanna, Voto Carla y Wainziger Tamara.

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

Agradecimientos

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

Imagen de tapa

El mosquito *Aedes aegypti* se caracteriza por ser de color negro con franjas blancas en sus patas y abdomen, infectado es el vector transmisor de enfermedades como el Dengue, Chikungunya y Zika en nuestro país. Imagen del banco de recursos libre de derechos.

Cómo citar este boletín

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2026). Boletín Epidemiológico Nacional N°801, SE 11.

I. Editorial del BEN 797

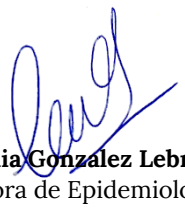
A lo largo de este año, el Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) ha continuado afirmándose El Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) se consolida como un espacio donde la vigilancia en salud se produce y se difunde de manera articulada, a partir de un trabajo sostenido entre equipos nacionales y jurisdiccionales.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

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

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

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

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



Vet. Cecilia Gonzalez Lebrero
Directora de Epidemiología



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

II. Sobre este BEN

En esta edición del Boletín Epidemiológico Nacional se presenta, como es habitual, la actualización de las tablas de Eventos de Notificación Obligatoria seleccionados.

Entre los contenidos de este número, se destaca especialmente la actualización del informe epidemiológico sobre hepatitis A, que constituye uno de los ejes centrales de esta edición. El apartado desarrolla de manera amplia las generalidades del evento y su control, los antecedentes y la situación epidemiológica reciente en Argentina, con un análisis específico de los años 2025 y 2026, e incorpora además la vigilancia molecular de HAV, la revisión de las coberturas de vacunación y un desarrollo específico sobre las acciones impulsadas por el Ministerio de Salud de la Nación. A esto se suman las recomendaciones para los equipos de salud, las medidas ante casos, contactos y brotes, la vigilancia epidemiológica, las indicaciones para la toma, almacenamiento y envío de muestras, las recomendaciones para la población y un cierre de conclusiones.

En la sección de vigilancia de dengue y otros arbovirus, se continúa actualizando la situación de fiebre chikungunya en Argentina. Junto a este evento, se actualizan el resto de las arbovirosis. De este modo, el boletín da continuidad al seguimiento sistemático de los arbovirus de importancia sanitaria.

Asimismo, se incorpora la actualización del informe epidemiológico sobre mpox, con apartados dedicados a la situación internacional —incluyendo referencias a África y a las Américas—, la situación en Argentina, las recomendaciones para el equipo de salud, la vigilancia epidemiológica, las definiciones y clasificaciones de caso, la notificación, el algoritmo de diagnóstico y notificación, y las medidas ante casos sospechosos y contactos. Se trata de una actualización que permite sostener la vigilancia y la preparación del sistema de salud frente a un evento que continúa requiriendo seguimiento específico.

Entre las situaciones emergentes, esta edición presenta también un nuevo apartado sobre vigilancia de influenza aviar, con una revisión de la situación internacional y de la situación en Argentina, incluyendo antecedentes, la situación actual de brotes de IAAP en animales durante 2026, la vigilancia nacional de la interfase humano-animal, las acciones desarrolladas por el Ministerio de Salud de la Nación, las medidas de vigilancia, prevención y control ante brotes, las recomendaciones para la población y los lineamientos de vigilancia epidemiológica en humanos.

Por otra parte, en la sección de vigilancia de infecciones respiratorias agudas se actualizan los componentes habituales vinculados con la situación regional de influenza y otros virus respiratorios, la síntesis de la información nacional destacada, la vigilancia clínica de ETI, neumonía y bronquiolitis, y la vigilancia universal por laboratorio. En este marco, se actualizó especialmente el Informe de subtipificación y caracterización genómica de Influenza en el Laboratorio Nacional de Referencia, incorporado como parte específica de esta sección junto con su introducción y la situación correspondiente a 2026.

Completan este número los apartados de vigilancia de hantavirosis, la actualización sobre coqueluche, las alertas y comunicaciones internacionales —entre ellas las referidas a sarampión y coqueluche en la Región de las Américas—, los destacados de boletines jurisdiccionales y el listado de modificaciones en codificaciones auxiliares del SNVS 2.0. En conjunto, esta edición del BEN ofrece una actualización amplia de eventos priorizados y emergentes, con especial énfasis en hepatitis A y en la necesidad de sostener una vigilancia oportuna, integrada y orientada a la acción.

Contenido

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

TABLAS DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS **10**
III. Tablas de ENO seleccionados **11**
III.1. Nota metodológica 11
III.1.A. Sobre la construcción de las tablas 11
III.1.B. Notas adicionales a tener en cuenta 12
III.2. Eventos nominales confirmados 12
III.3. Eventos nominales notificados y confirmados 13
III.4. Nota general sobre la interpretación cromática en las tablas 15
III.5. Eventos agrupados clínicos 15
III.6. Eventos agrupados laboratoriales 16
III.6.A. Sobre la construcción de esta tabla 16

EVENTOS PRIORIZADOS **18**
IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas **19**
IV.1. Nota Metodológica 19
IV.1.A. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 19
IV.2. Síntesis de la información nacional destacada 19
IV.3. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis 20
IV.3.A. Enfermedad tipo influenza (ETI) 20
IV.3.B. Neumonía 21
IV.3.C. Bronquiolitis 22
IV.4. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios 23
IV.4.A. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Personas Internadas y Fallecidas 27
IV.5. Informe de subtipificación y caracterización genómica de Influenza en el Laboratorio Nacional de Referencia 28
IV.5.A. Introducción 28
IV.5.B. Situación 2026 28
IV.6. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas. 34
IV.6.A. Recomendaciones para equipos de salud 34
IV.7. 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 41
V.3.A. temporada 2025/2026 41
V.3.B. Casos Probables 44
V.3.C. Caracterización clínica de los casos de dengue (n=35) 45
V.3.D. Consideraciones para la vigilancia por laboratorio 45
V.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina 46
V.4.A. Casos de fiebre Chikungunya en Salta 48
V.5. Situación epidemiología de otros Arbovirus en Argentina 49
V.5.A. Encefalitis arbovirales 49
V.5.B. Otros arbovirus 51
VI. Vigilancia de Hantavirosis **54**
VI.1. Introducción 54
VI.2. Situación epidemiológica actual 55
VI.2.A. Nota metodológica 55
VI.2.B. situación epidemiológica 55
VI.2.C. Sobre las acciones del ministerio de salud de la nación 65

SITUACIONES EMERGENTES **66**
VII. Coqueluche **67**

VII.1. Introducción 67
VII.2. Situación internacional 67
VII.3. Situación Epidemiológica actual de Coqueluche en Argentina 68
VII.3.A. Introducción 68
VII.3.B. Análisis de los casos notificados y confirmados 69
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
VIII. Vigilancia de Influenza Aviar 78
VIII.1. Introducción 78
VIII.2. Situación internacional 78
VIII.3. Situación de Influenza Aviar en Argentina 79
VIII.3.A. Antecedentes 79
VIII.3.B. Situación actual de brotes de iaap en animales (2026) 79
VIII.3.C. Situación actual nacional de vigilancia de la interfase humano-animal (2026) 79
VIII.4. Sobre las acciones del Ministerio de Salud de la Nación 80
VIII.5. Medidas de Vigilancia, prevención y control ante un brote de influenza aviar 81
VIII.6. Recomendaciones para la población 81
VIII.7. Vigilancia epidemiológica 82
VIII.7.A. Vigilancia epidemiológica en humanos 82

ACTUALIZACIONES PERIODICAS 85
IX. Hepatitis A - Informe epidemiológico 86
IX.1. Introducción 86
IX.1.A. Generalidades del evento y su control 86
IX.1.B. Sobre la publicación en el Boletín Epidemiológico Nacional 86
IX.2. Situación de Hepatitis A en Argentina 87
IX.2.A. Nota Metodológica 87
IX.2.B. Antecedentes 87
IX.2.C. Situación Epidemiológica de 2025 88
IX.2.D. Situación epidemiológica de 2026 91
IX.2.E. Vigilancia Molecular HAV de 2025 92
IX.3. Coberturas de vacunación 93
IX.3.A. Coberturas para Total país 93
IX.4. Sobre las acciones del Ministerio de Salud de la Nación 94
IX.5. Recomendaciones para los equipos de salud 95
IX.5.A. Medidas ante casos y contactos 95
IX.5.B. Profilaxis Post Exposición 95
IX.5.C. Contención de brotes 96
IX.5.D. Medidas ante brotes 97
IX.5.E. Medidas en caso de desastre 97
IX.6. Vigilancia Epidemiológica de Hepatitis A 97
IX.7. Indicaciones para toma, almacenamiento y envío de muestras para el estudio de Hepatitis A 98
IX.7.A. Consideraciones generales 98
IX.7.B. Embalaje para derivación de muestras 98
IX.8. Recomendaciones para la población 98
IX.8.A. Medidas preventivas 98
IX.9. Conclusiones 99
X. MPOX – Actualización Informe epidemiológico 101
X.1. Introducción 101
X.2. Situación internacional 101
X.2.A. Situación en África 102
X.2.B. Situación en las Américas38F 102
X.3. Situación en Argentina 103
X.4. Recomendaciones para el equipo de salud 104
X.5. Vigilancia Epidemiológica 105
X.5.A. Definiciones y clasificaciones de caso 106
X.5.B. Notificación 107
X.6. Algoritmo de diagnóstico y notificación de mpox 107
X.7. Medidas ante casos sospechosos 108
X.8. Medidas ante contactos 109

ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES **110**
XI. Introducción **111**
XI.1. Sarampión - Situación epidemiológica mundial y regional 111
XI.1.A. Canadá 111
XI.1.B. Estados Unidos de América 112
XI.1.C. México3F 113
XI.2. Actualización epidemiológica Tosferina (coqueluche) en la Región de las Américas 113
XI.2.A. Resumen de la situación 113

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES **120**
XII. Boletines Jurisdiccionales **121**
XII.1. Buenos Aires: Coqueluche 121
XII.2. Salta – Enfermedad tipo influenza (ETI) 122
XII.3. Tierra del Fuego: Respiratorias 123
XII.4. Tucumán: Bronquiolitis de menores 2 años 124

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA **125**
XIII. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 **126**

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 1-11. 2021-2026. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2021-2025 Mediana acumulados SE 1-11		2026 Acumulados SE 1-11		Diferencias 2026 con mediana 2021-2025			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enfermedades prevenibles por vacunas	Coqueluche (tos convulsa)	Ver informe correspondiente en la sección Situaciones emergentes							
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	60	0	253	1	193	N/A	1	N/A
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)		0		0	0		0	N/A
	Meningitis - Meningoencefalitis	509	180	619	197	110	22%	17	9%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomielitis	21	0	25	0	4	19%	0	N/A
Enfermedades Transmisibles por vectores	Dengue	Ver informe correspondiente en la sección Eventos Priorizados							
	Encefalitis de San Luis								
	Fiebre amarilla humana								
	Fiebre del Nilo Occidental								
	Zika								
Enf. trans. por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	56	16	36	2	-20	-36%	-14	N/A
Enf. zoonóticas humanas	Leptospirosis	521	17	789	101	268	51%	84	494%
	Psitacosis	163	39	276	31	113	69%	-8	-21%
ETMI - Enfermedades del niño	Chagas agudo congénito	293	13	647	9	354	121%	-4	N/A
	Sífilis Congénita	254	187	286	283	32	13%	96	51%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	0	0	13	0	13	N/A	0	N/A
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en emb.	460	429	614	523	154	33%	94	22%
	Sífilis en emb.	2.161	1.887	3.366	2.982	1.205	56%	1.095	58%
	Hepatitis B en emb.	24	13	30	6	6	25%	-7	N/A
Hepatitis virales	Hepatitis A	Ver informe correspondiente en la sección Actualización periódica de eventos							
	Hepatitis B	684	145	930	159	246	36%	14	10%
	Hepatitis C	524	298	837	355	313	60%	57	19%
	Hepatitis E	6	1	16	1	10	167%	0	N/A
Infecc. de trans. sexual	Sífilis en población general	7.148	5.789	14.132	11.653	6.984	98%	5.864	101%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	81	77	182	174	101	125%	97	126%
Otros eventos de imp. p/ la salud pública	Viruela símica (mpox)	14	1	43	10	29	207%	9	N/A

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. En aquellos eventos donde los casos acumulados en el año sean menores a 30, el porcentaje de variación respecto a la media histórica se completará con la sigla N/A (No Aplicable), debido a que la baja frecuencia de casos no permite obtener un cálculo estadísticamente significativo.

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 1-11. 2021-2026. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2021-2025 Mediana acumulados SE 1-11	2026 Acumulados SE 1-11	Diferencias 2026 con mediana 2021-2025	
				Absoluta	%
Enf. Trans. por vectores	Chagas agudo vectorial	0	2	2	N/A
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	44	66	22	50%
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	2.719	5.045	2.326	86%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	122	115	-7	-6%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	56	53	-3	-5%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo)	1	4	3	N/A
	Cisticercosis	3	4	1	N/A
	Escorpionismo o Alacranismo	1.832	3.026	1.194	65%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	228	301	73	32%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chinÍ)	15	11	-4	N/A
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	3	3	0	N/A
	Brucelosis	28	31	3	11%
	Hantavirosis	Ver informe correspondiente en la sección Eventos Priorizados			
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	5	11	6	N/A
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	335	339	4	1%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	4	4	0	N/A
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	3	3	0	N/A
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	11	17	6	N/A
	Intoxicación/Exposición a Plomo	0	2	2	N/A
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	2.840	2.840	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	234	234	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	75	75	N/A
Pandrogo resistencia	Pandrogo resistencia en Acinetobacter spp.	0	0	0	N/A
	Pandrogo resistencia en Enterobacterales	0	2	2	N/A
	Pandrogo resistencia en Pseudomonas aeruginosa	0	0	0	N/A
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	3.086	3.650	564	18%

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. En aquellos eventos donde los casos acumulados en el año sean menores a 30, el porcentaje de variación respecto a la media histórica se completará con la sigla N/A (No Aplicable), debido a que la baja frecuencia de casos no permite obtener un cálculo estadísticamente significativo. 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 1-11. 2021-2026. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2021-2025 Mediana acumulados SE 1-11	2026 Acumulados SE 1-11	Diferencias 2026 con mediana 2021-2025	
				Absoluta	%
Enf. Trans. Por alimentos	Diarrea	194.955	141.168	-53.787	-28%
Infecc. de trans. sexual	Secreción genital purulenta en varones	590	569	-21	-4%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	99	101	2	2%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar	8.095	5.037	-3.058	-38%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	133.740	97.271	-36.469	-27%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	8.344	5.932	-2.412	-29%
	Neumonía (sin especificar)	10.921	7.635	-3.286	-30%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	12	680	668	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	16	1.240	1.224	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	134	5.233	5.099	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	10	374	364	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	81	1.912	1.831	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	207	1.062	855	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	445	7.943	7.498	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	239	1.516	1.277	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	86	637	551	N/A
	Lesiones por electrocución	2	199	197	N/A
	Lesiones por atragantamiento	5	128	123	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	242	14.081	13.839	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	157	5.963	5.806	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	302	5.058	4.756	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	21	119	98	N/A
	Otras lesiones en el hogar	120	4.498	4.378	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 1-11. 2021-2026. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2021-2025 Mediana acumulados SE 1-11		2026 Acumulados SE 1-11		Diferencias 2026 con mediana 2021-2025			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	785	53	552	42	-233	-30%	-11	-21%
	Infección por Mycoplasma genitalium	190	4	102	3	-88	-46%	-1	N/A
	Infección por Mycoplasma hominis	554	53	315	63	-239	-43%	10	19%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	3.041	129	829	55	-2.212	-73%	-74	-57%
	Infección por Trichomonas vaginalis	4.860	554	2.458	295	-2.402	-49%	-259	-47%

En aquellos eventos donde los casos acumulados en el año sean menores a 30, el porcentaje de variación respecto a la media histórica se completará con la sigla N/A (No Aplicable), debido a que la baja frecuencia de casos no permite obtener un cálculo estadísticamente significativo. 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 la Región de las Américas continúa con una tendencia al alza, principalmente relacionada con el aumento de la circulación en el hemisferio norte, con una tasa de positividad regional del 28,2%. El virus de influenza A(H3N2) sigue siendo el subtipo predominante entre las muestras subtipificadas en todas las subregiones, excepto en la subregión andina, donde predomina el virus de influenza A(H1N1)pdm09. La circulación de VSR se mantiene en niveles bajos (<1%), mientras que la positividad de SARS-CoV-2 continúa disminuyendo, alcanzando el 5,2%. Por su parte, la circulación de otros virus respiratorios (OV) ha disminuido de forma sostenida desde principios de octubre, con una positividad regional de 1.5%, siendo rinovirus y parainfluenza los detectados con mayor frecuencia.

IV.2. Síntesis de la información nacional destacada

En la SE10 de 2026, la vigilancia clínica notificó 97.094 casos de ETI, 14.795 casos de neumonía y 8.457 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. En 2026 influenza registra un bajo número de detecciones, sin notificaciones de VSR. SARS-CoV-2 muestra un ascenso leve y sostenido desde la SE34, acentuado entre 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. En las 11 primeras SE de 2026 se registraron 759 internaciones, con 12 detecciones de SARS-CoV-2, 30 de Influenza y 7 de VSR.

La vigilancia universal por red de laboratorios mostró, en las últimas semanas de 2025, un predominio de influenza B, con detecciones de influenza A e influenza A(H3N2) hacia el final del año. Durante las primeras 10 semanas epidemiológicas de 2026, las detecciones de influenza se mantienen estables, con un leve aumento en el porcentaje de positividad. Las detecciones de VSR continúan en valores bajos. En relación con SARS-CoV-2, se observó un aumento gradual

[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

de las detecciones a partir de la SE34 de 2025, acentuado entre las SE42 y SE46, seguido de un descenso posterior.

Durante la SE10/2026, se registra circulación de virus respiratorios, principalmente Influenza, seguido de SARS-CoV-2, VSR, adenovirus, metapneumovirus y parainfluenza.

En personas internadas, en la SE11/2026, se notificaron 21 hospitalizaciones con diagnóstico de influenza, 22 con diagnóstico de SARS-CoV-2 y 2 con diagnóstico de VSR. Se registró un fallecido con diagnóstico de SARS-CoV-2 en esta semana.

Entre las SE 1/2025 y la SE 11/2026, el Laboratorio Nacional de Referencia recibió muestras positivas para Influenza A(H3N2) provenientes de 23 jurisdicciones. De ellas pudo realizarse la secuenciación genómica de 132 casos, de los cuales 94 correspondieron al subclado J.2.4.1 (K), 28 al subclado J.2.3, 6 al subclado J.2.4, 3 al subclado J.2 y 1 al subclado J.2.2.

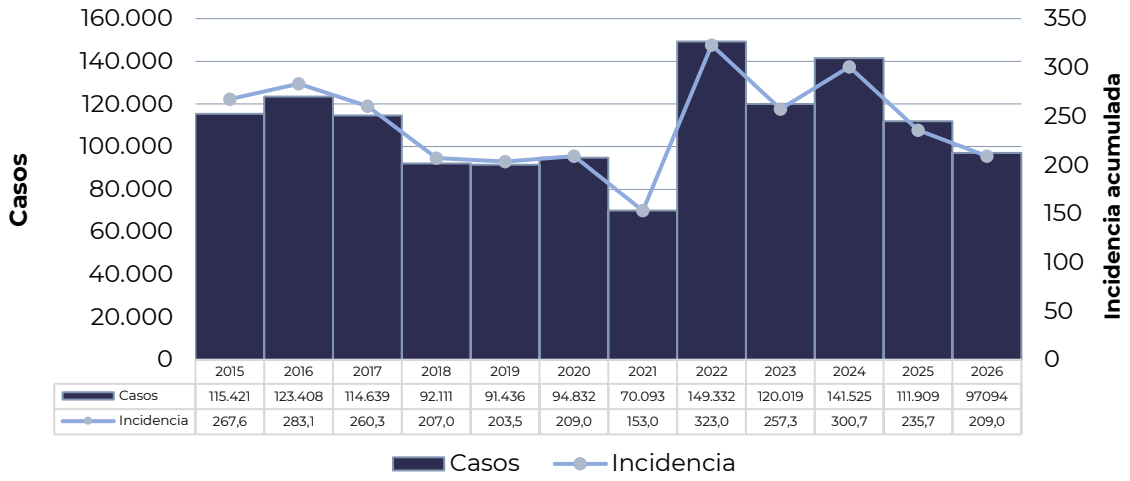
IV.3. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis

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

En las 8 primeras SE de 2026 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 97.094 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 209,0 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 2024. En el corriente año se registra un menor número de casos para el periodo analizado.

Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2026. SE10. Argentina[2].

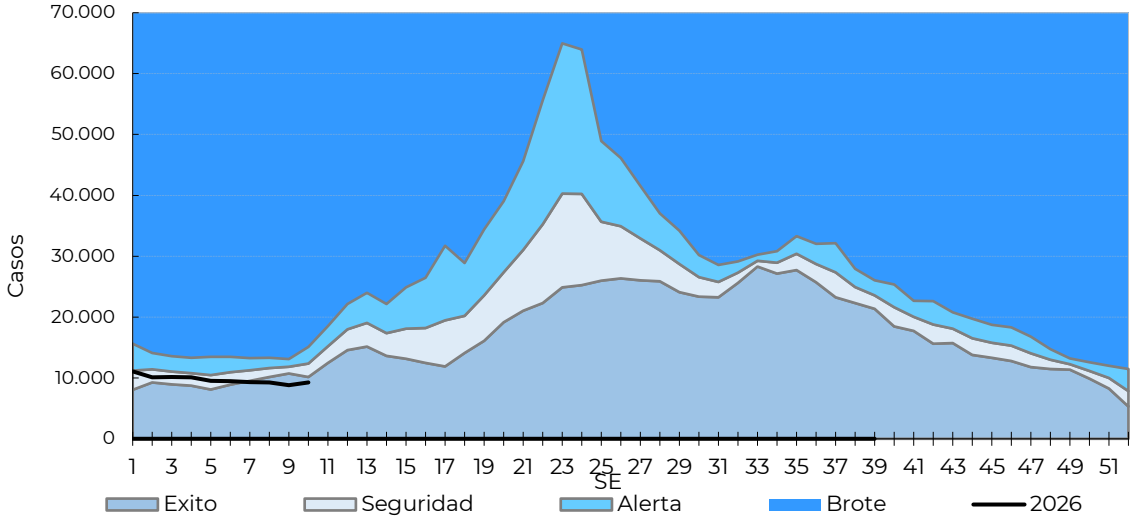


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

En las primeras 10 SE de 2026, las notificaciones de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) registradas en el SNVS, correspondientes a personas de todas las edades a nivel país, se mantuvieron dentro de niveles de seguridad, en la primeras 7 SE, y luego en niveles de éxito.

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

Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2018-2025. SE 1 a 10 de 2026[3]. Argentina.



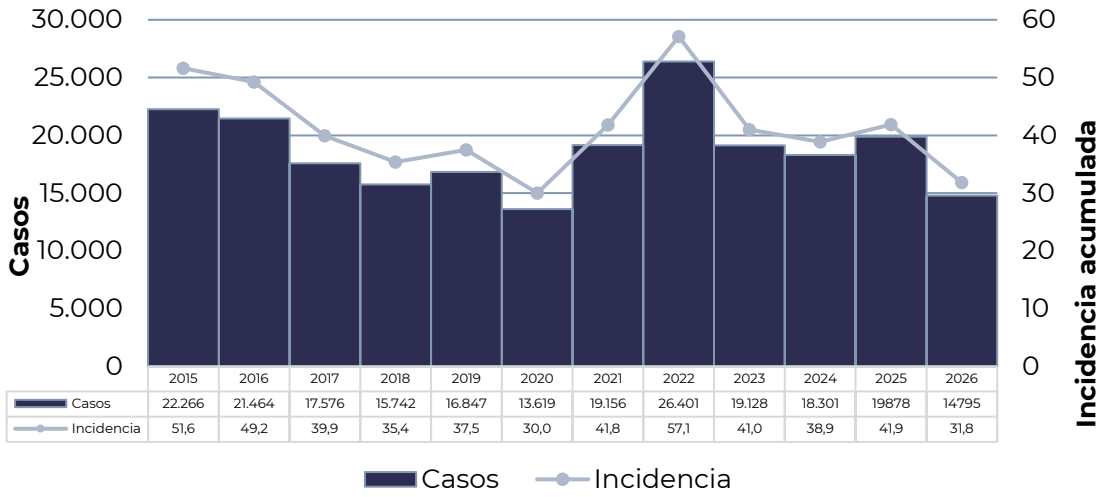
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

IV.3.B. NEUMONÍA

En las primeras 8 SE de 2026 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 10.942 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 23,5 casos/ 100.000 habitantes.

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

Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2015-2026. SE10. Argentina.



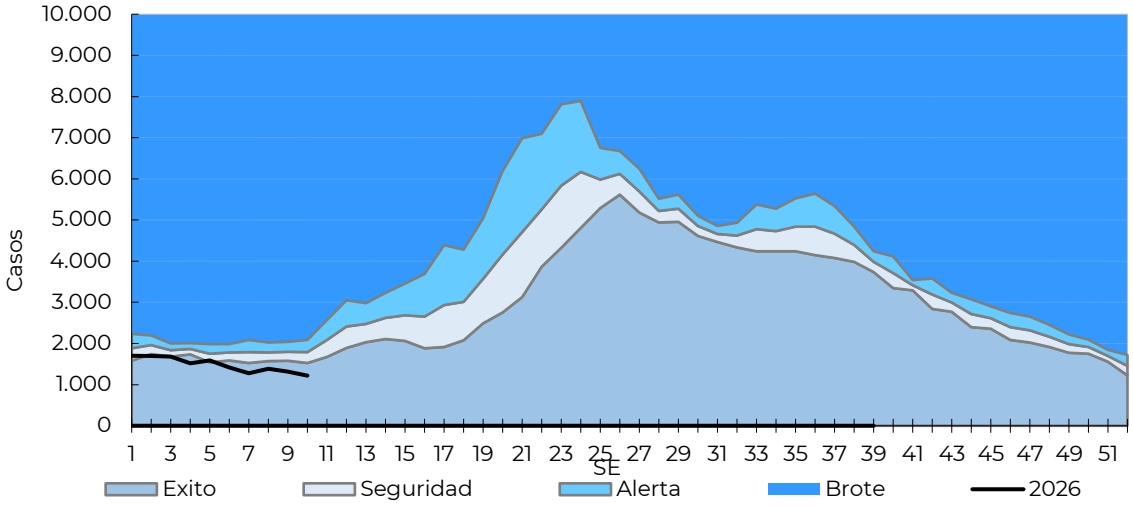
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Casos	22.266	21.464	17.576	15.742	16.847	13.619	19.156	26.401	19.128	18.301	19878	14795
Incidencia	51,6	49,2	39,9	35,4	37,5	30,0	41,8	57,1	41,0	38,9	41,9	31,8

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

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

Gráfico 4: Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2018-2025. SE 1-10 de 2026[4]. Argentina.



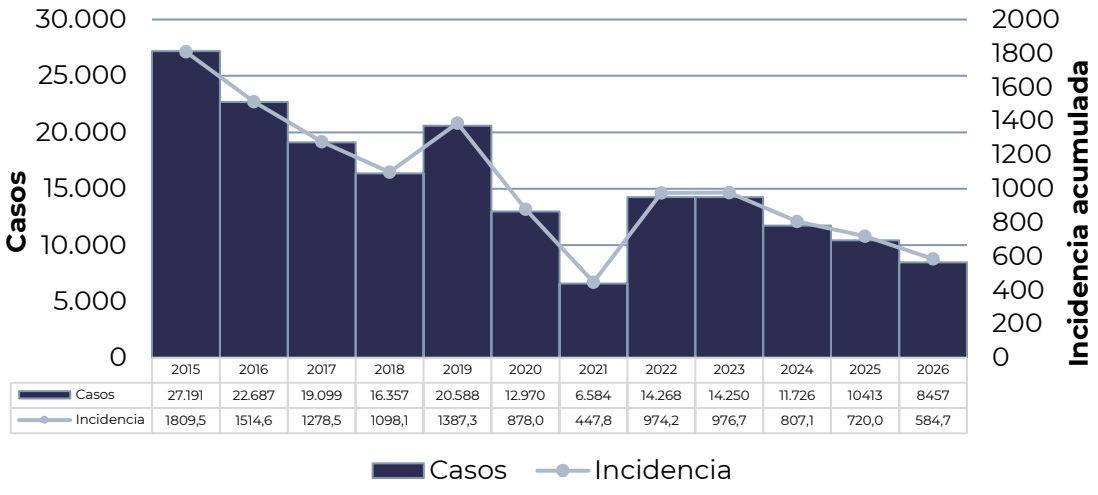
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

IV.3.C. BRONQUIOLITIS

En las primeras 10 SE de 2026, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 8.457 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 584,7 casos/100.000 habitantes.

En relación con los años previos, las notificaciones de bronquiolitis en las primeras 10 SE alcanzaron su pico en 2015, seguido de un descenso sostenido hasta 2018. En 2019, se registró un incremento respecto al año anterior, con un nuevo descenso en 2020 y 2021. Desde 2022 se descendió gradualmente, con un menor número de notificaciones en 2026.

Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis en menores de 2 años por 100.000 habitantes. Años 2015-2026. SE10. Argentina.

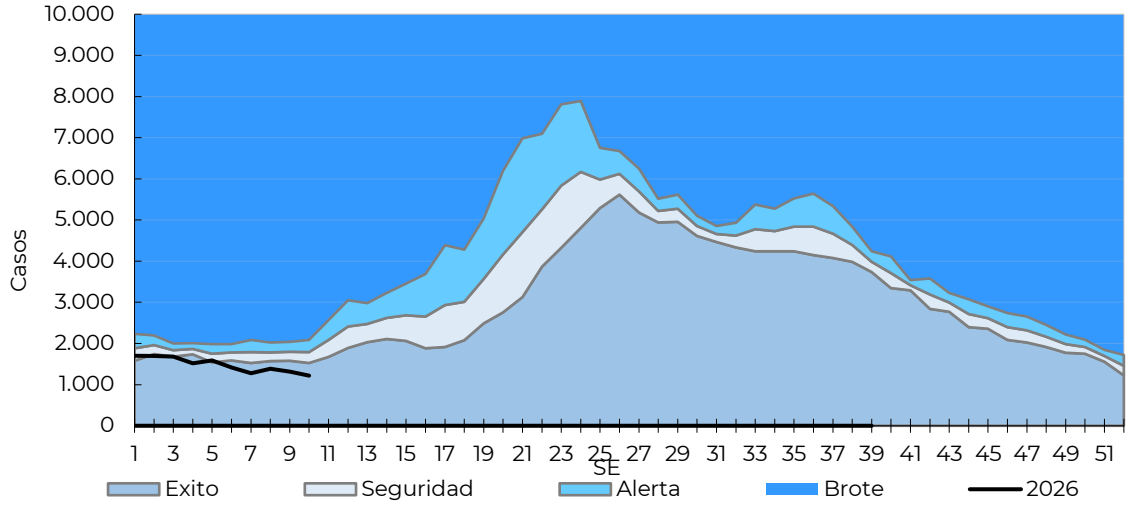


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

En las primeras 10 SE del año 2026, las notificaciones semanales de bronquiolitis se mantuvieron dentro de los límites esperados en relación con años históricos.

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

Gráfico 6: Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2018-2025. SE 1-10 de 2026[5]. 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. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios

Durante las primeras 10 SE de 2026, el número de casos de influenza se mantiene relativamente estable, con un leve aumento en el porcentaje de positividad.

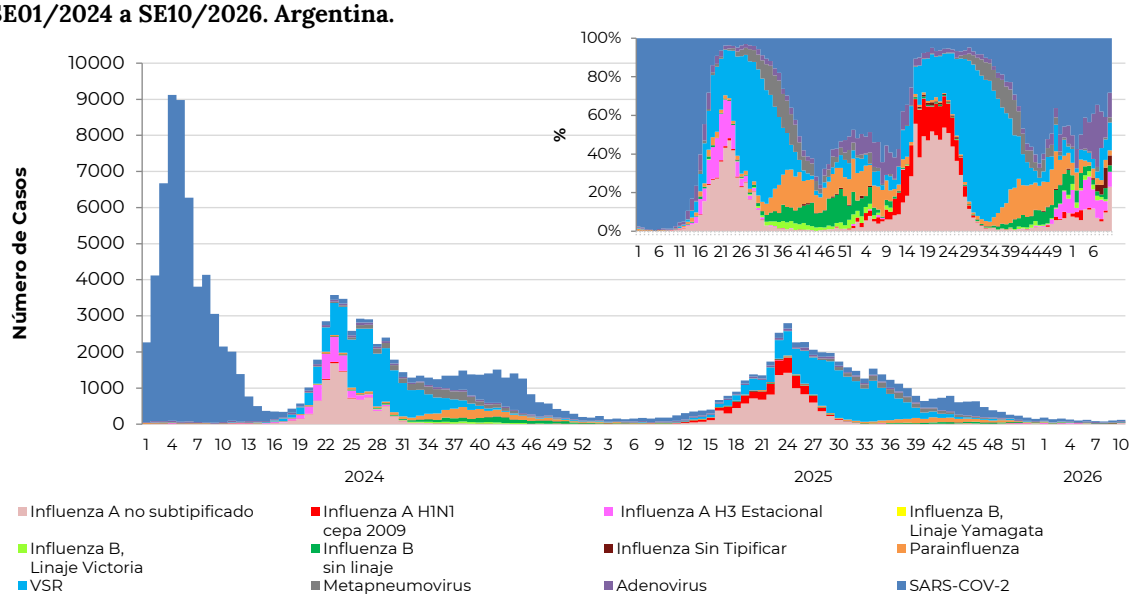
En 2025, a partir de la SE11, se observó un aumento en el número de casos de **Influenza**, con predominio de Influenza A (H1N1) y un adelanto del ascenso estacional respecto de años anteriores. En las últimas semanas del año se registró un ligero incremento de los casos, principalmente a expensas de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

En cuanto a **VSR**, durante las primeras 10 SE de 2026 los valores se mantienen bajos. En 2025, se verifico un aumento en las detecciones de VSR a partir de la SE12, con inicio de la actividad estacional desde la SE20.

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

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

Gráfico 7. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2024 a SE10/2026. Argentina.

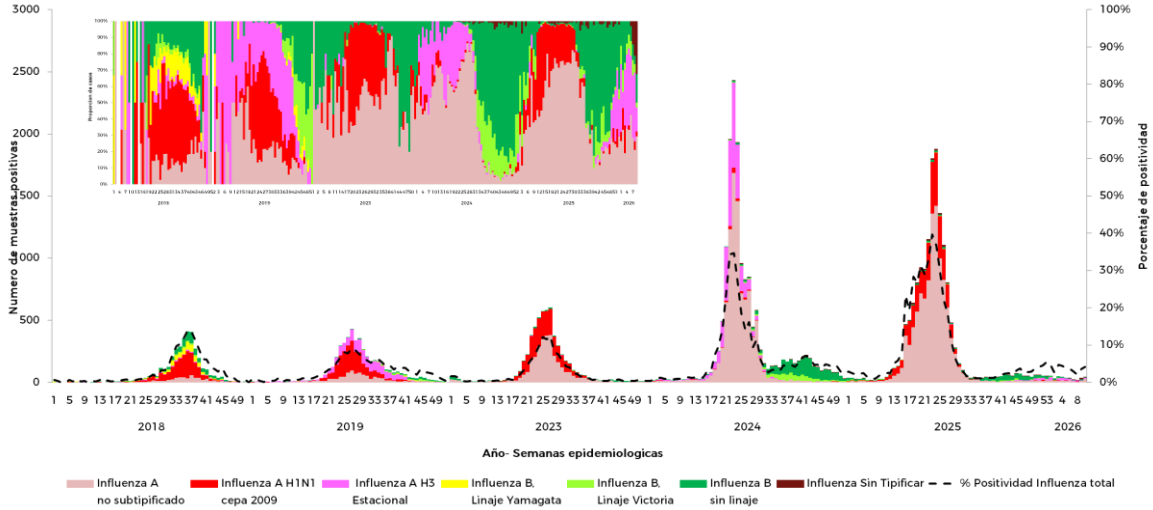


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

En las primeras 10 SE de 2026, las detecciones de influenza se mantienen en valores estables, con un ligero aumento del porcentaje de positividad. Entre la SE 9-10 se notificaron 80 detecciones de influenza.

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

Gráfico 8. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y porcentaje de positividad, por Semana epidemiológica. SE01/2018- SE10/2026. Argentina.

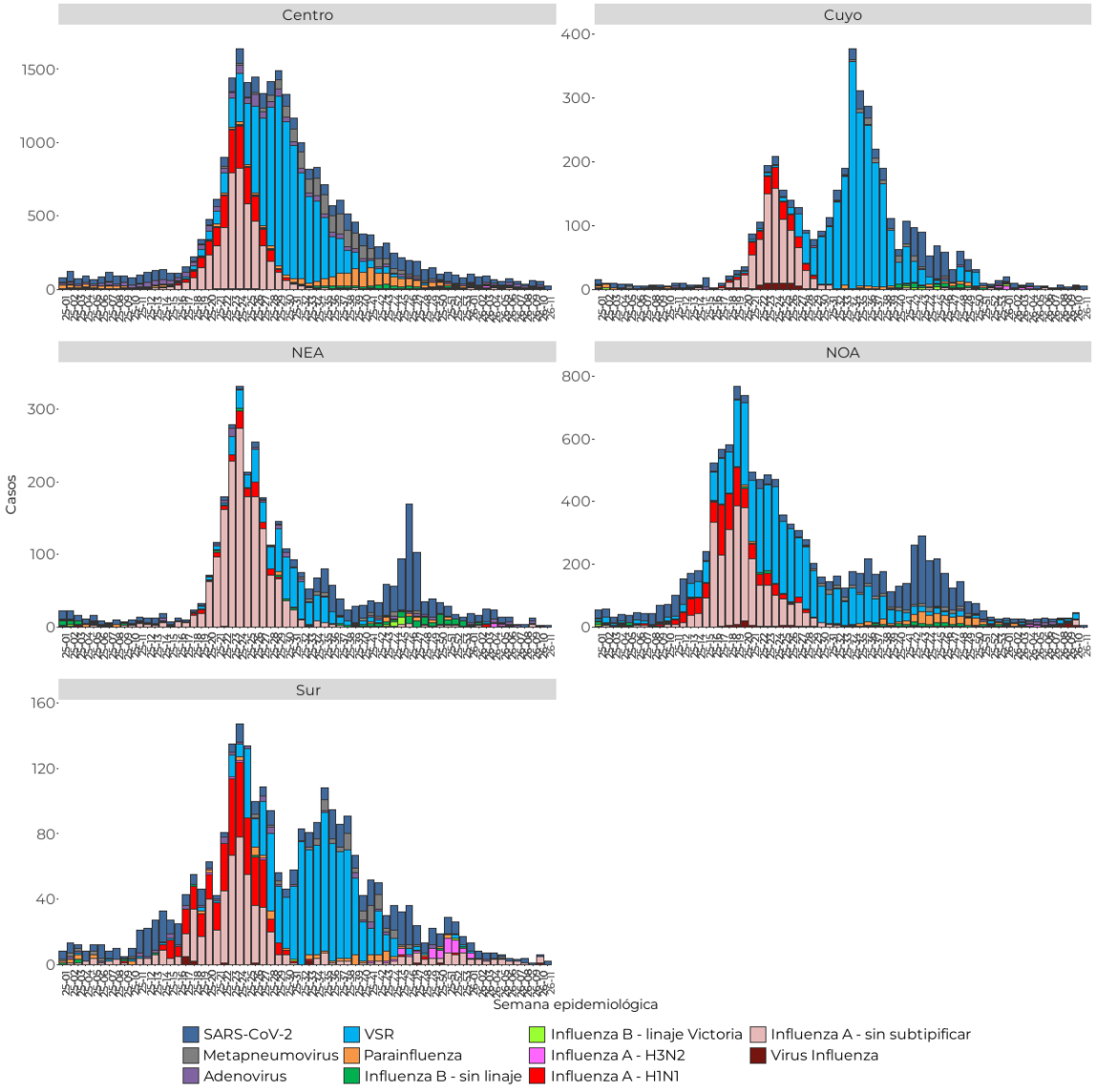


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

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 SE10/2026. Argentina.



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

En cuanto a **SARS-CoV-2,** en las primeras 8 SE de 2026, las detecciones se mantienen en valores bajos.
Durante 2025, los casos también se mantuvieron en valores bajos a lo largo del año, si bien se

registró un ligero aumento a partir de la SE34, que se acentuó entre las SE42 y SE47.
En 2024, si bien el número de casos por semana epidemiológica fue menor en comparación con años previos, se observó un ascenso durante las primeras semanas del año, concentrándose el 80% de los casos entre las SE1 y SE12, con un máximo entre las SE3 y SE6. Posteriormente, las detecciones disminuyeron y, a partir de la SE32, se registró un nuevo incremento, con un pico en la SE44, de menor magnitud que el observado al inicio del año.

En relación con el **VSR**, durante las primeras 10 SE de 2026, las detecciones se mantienen en niveles bajos. Entre las SE9 y SE10 de 2026 se notificaron 28 casos.

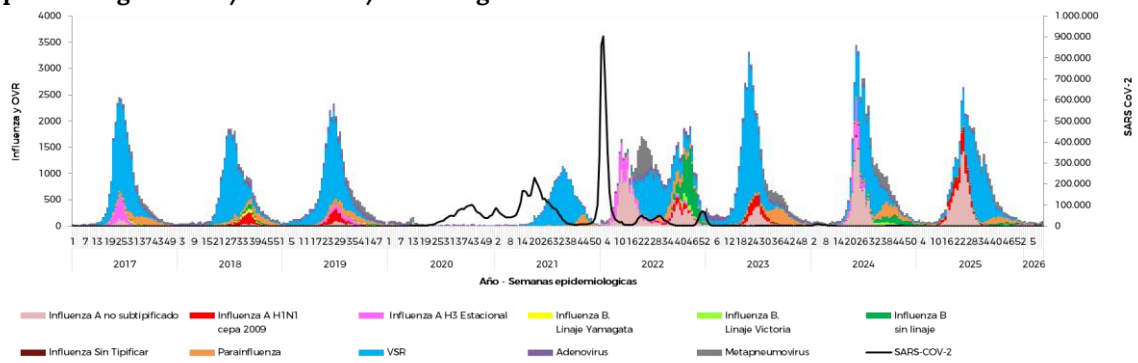
Durante 2025, se registró un ascenso de las detecciones a partir de la SE12, con inicio de la actividad estacional desde la SE20. El pico se observó entre las SE29 y SE30, seguido de una tendencia descendente.

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

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

Durante la SE 10/2026 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: Influenza, SARS-CoV-2, VSR, adenovirus metapneumovirus y parainfluenza.

Gráfico 10. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE10/2026. Argentina.



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

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

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

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

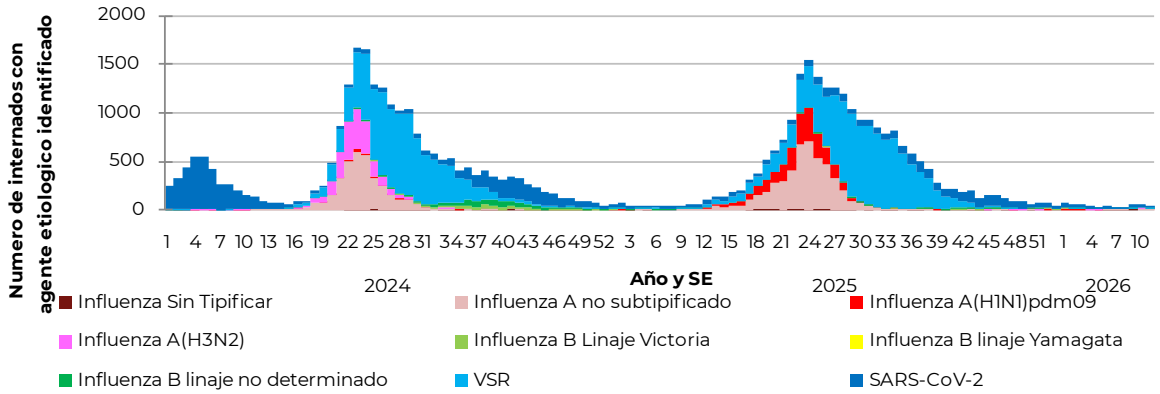
En las primeras 11 SE de 2026 se notificaron 292 casos de SARS-CoV-2 en personas internadas, cifra que resulta un 18,0% inferior a la registrada en igual período de 2025**.** Los casos de SARS-CoV-2 en hospitalizados presentaron un ascenso entre las SE 34 a 42 de 2024, seguido de una disminución posterior y de valores bajos con algunas oscilaciones en 2025. En las SE 10 y 11 de 2026 se registraron 39 casos hospitalizados con este diagnóstico.

Adicionalmente, en cuanto a los casos de **influenza**, en las 11 SE de 2026 se registraron un total de 203 detecciones en hospitalizados. A partir de la SE12/2025, se verificó un ascenso sostenido en el número de casos, que alcanzaron el máximo en SE24/2025, con tendencia descendente en las detecciones entre hospitalizados en las siguientes semanas. En las SE 10 y 11 de 2026, se detectaron 46 casos positivos para influenza en internados.

Entre los 203 casos de influenza notificados durante 2026, se registran predominantemente detecciones de influenza A (n= 137), con menor detección de influenza B (n= 48). De los casos de influenza A, 66 cuentan con subtipificación, correspondiendo 8 a influenza A (H1N1) pdm09 y 58 a influenza A (H3N2). En relación con influenza B, 18 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 51 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 ascendente en la SE 12.

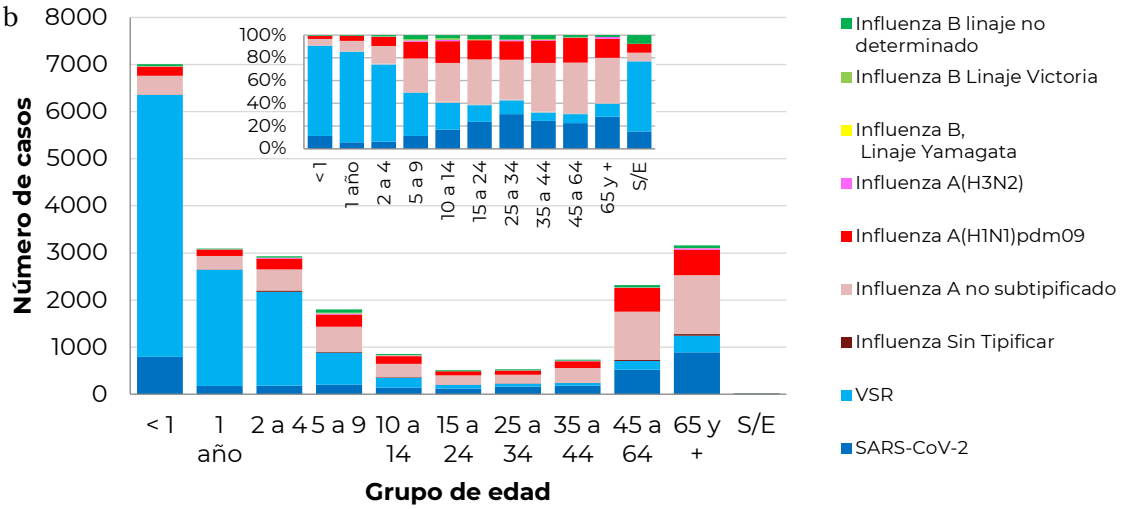
Gráfico 11. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2024 a SE11/2026. Argentina.



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

Con respecto a la distribución por grupos de edad de las detecciones acumuladas en personas hospitalizadas, desde SE1/2025 hasta SE9/2026, 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 SE9/2026.



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.

Se notificaió 1 fallecimiento con diagnóstico de SARS-CoV-2 en la última SE.

IV.5. Informe de subtipificación y caracterización genómica de Influenza en el Laboratorio Nacional de Referencia

IV.5.A. INTRODUCCIÓN

Entre las SE 1/2025 y la SE 11/2026, el Laboratorio Nacional de Referencia recibió muestras positivas para Influenza A(H3N2) provenientes de 23 jurisdicciones. De ellas pudo realizarse la secuenciación genómica de 132 casos, de los cuales 94 correspondieron al subclado J.2.4.1 (K), 28 al subclado J.2.3, 6 al subclado J.2.4, 3 al subclado J.2 y 1 al subclado J.2.2.

Tabla 1. Casos de Influenza A(H3N2) secuenciados por el LNR por subclado según año de fecha de toma de muestra. Argentina. SE 1 a SE 11, Año 2026 (n=132).

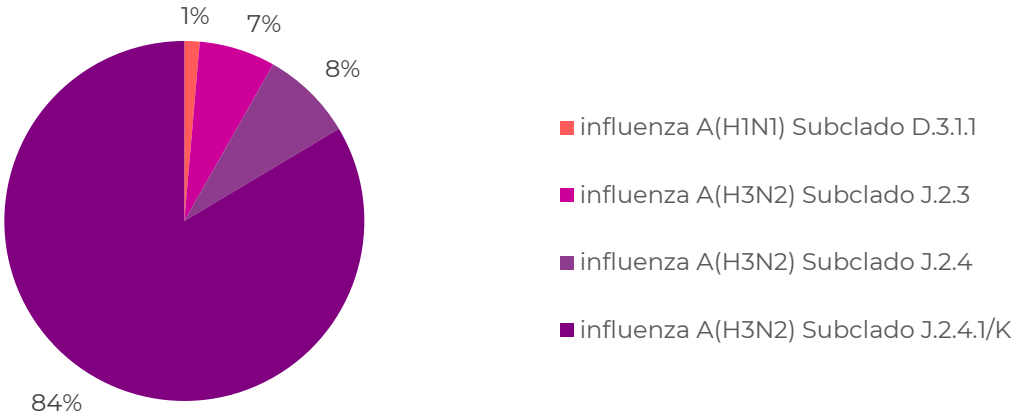
Casos secuenciados de Influenza A	Influenza A (H3N2)					Total
	Subclado J.2	Subclado J.2.2	Subclado J.2.3	Subclado J.2.4	Subclado J.2.4.1 (K)	
2025	3	1	23	0	33	60
2026	0	0	5	6	61	72
Total	3	1	28	6	94	132

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

IV.5.B. SITUACIÓN 2026

Desde la SE1/2026 hasta la SE11/2026, se realizó la caracterización genómica en el LNR de 72 casos de Influenza A(H3N2) y 1 caso de Influenza A(H1N1). El subclado prevalente en los casos Influenza A(H3N2) fue J.2.4.1 (K) (61 casos), seguido de subclado J.2.4 (6) y J.2.3 (5). El caso de Influenza A(H1N1) correspondió al subclado D.3.1.1.

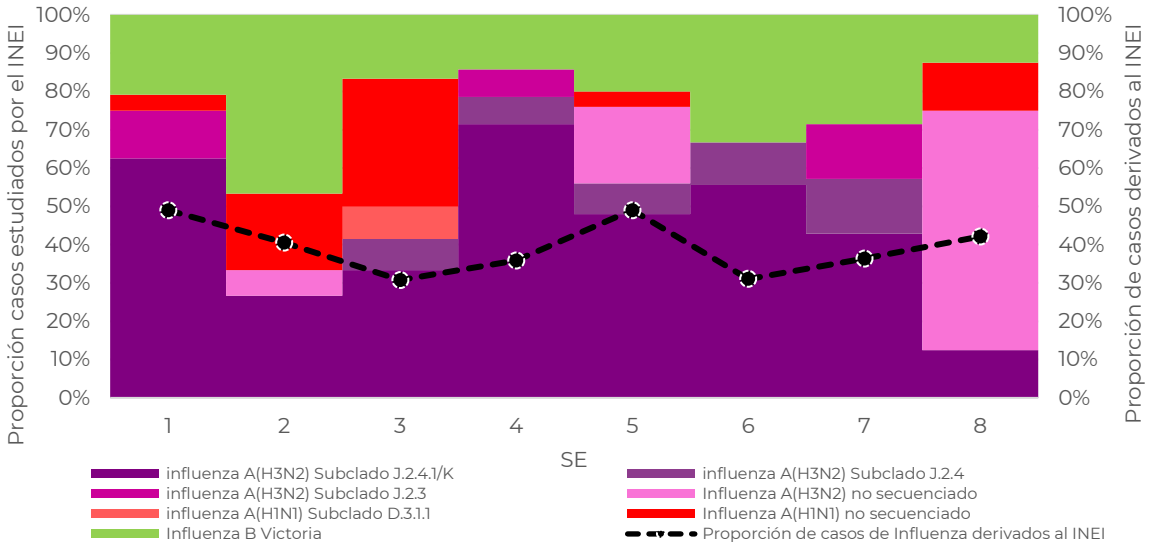
Gráfico 13. Distribución de subclados de Influenza A secuenciados por el LNR. Argentina. SE 1 a SE 11, Año 2026 (n = 73).



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

Para permitir la comparabilidad con las muestras notificadas en el SNVS y teniendo en cuenta el proceso de consulta, diagnóstico y derivación en el LNR6, hasta la SE8 se habían notificado al SNVS2.0 285 casos de Influenza de los cuales se recibieron hasta el momento en el LNR el 40% (115). De ellas, el 76% resultaron Influenza A y el 24% Influenza B (66% Influenza A(H3N2), 10% Influenza A(H1N1) y 24% Influenza B Victoria.

Gráfico 14. Distribución temporal de subtipos y subclados de Influenza recibidos por el LNR, según SE por Fecha de Toma de Muestra (FTM). Argentina. SE1 a SE11, Año 2026 (n = 115).

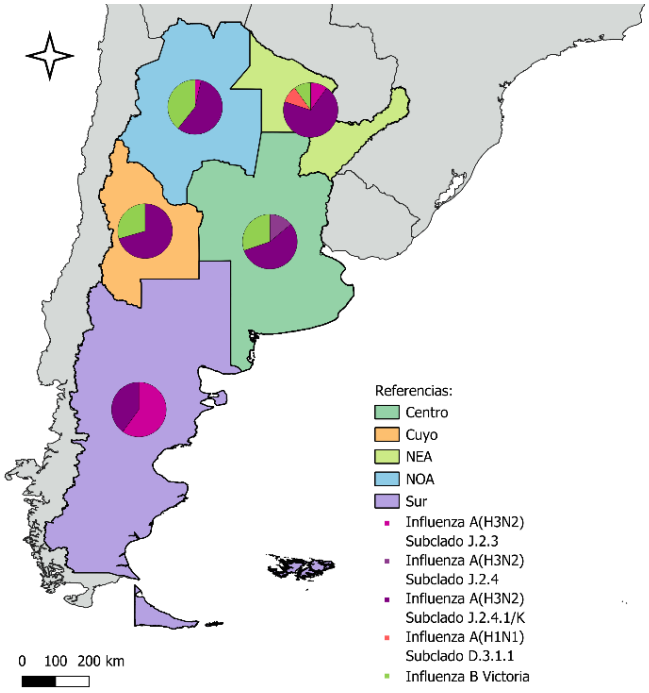


Fuente: elaboración del Servicio Virosis Respiratorias y el Departamento de Epidemiología del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

En el análisis regional se verifica que en todas las regiones se detectó mayoritariamente Influenza A(H3N2) subclado J.2.4.1 (K), con excepción de la región Sur en la que el mayor número de casos secuenciados correspondió a Influenza A(H3N2) subclado J.2.3 (3 casos). El único caso secuenciado de Influenza A(H1N1) subclado D.3.1.1 se identificó en el NEA (Formosa). Por otro lado, Influenza B Victoria se detectó en todas las regiones, menos en el Sur.

[6] Los datos de las semanas más recientes pueden modificarse por la carga retrospectiva de casos.

Mapa 1. Distribución de casos de Influenza estudiados por el LNR por tipo, subtipo y caracterización genómica, según de Región de residencia. Argentina. SE 1 a SE 11, Año 2026 (n = 103)



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

En cuanto a la distribución geográfica de los subclados de Influenza A(H3N2) identificados, el subclado J.2.4.1 (K) se presentó en 14 jurisdicciones, concentrándose en la región Centro, NEA y Cuyo. El subclado J.2.4 se detectó en Buenos Aires y CABA y el subclado J.2.3 en Chaco, Salta y Santa Cruz. En cuanto a Influenza B Victoria, se identificó en 13 jurisdicciones, mayoritariamente en las del Centro y NOA.

Tabla 2. Casos de Influenza estudiados por el LNR por tipo, subtipo y caracterización genómica, según jurisdicción. Argentina. SE 1 a SE 11, Año 2026 (n=103).

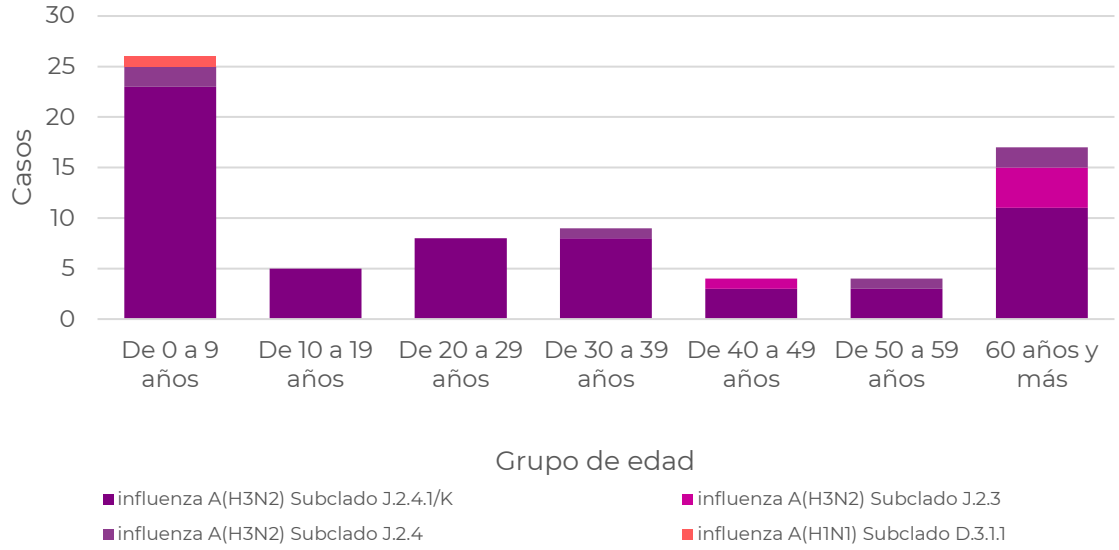
Jurisdicción	Influenza A				Influenza B	Total general
	Influenza A(H3N2)			Influenza A(H1N1)	Victoria	
	Subclado J.2.3	Subclado J.2.4.1/K	Subclado J.2.4	Subclado D.3.1.1		
Centro	**0**	**24**	**6**	**0**	**13**	**43**
Buenos Aires	0	12	5	0	6	23
CABA	0	10	1	0	1	12
Córdoba	0	0	0	0	1	1
Entre Ríos	0	0	0	0	3	3
Santa Fe	0	2	0	0	2	4
Cuyo	**0**	**12**	**0**	**0**	**5**	**17**
Mendoza	0	9	0	0	2	11
San Juan	0	2	0	0	2	4
San Luis*	0	1	0	0	1	12
NEA	**1**	**7**	**0**	**1**	**1**	**10**
Chaco	1	1	0	0	0	2
Corrientes	0	1	0	0	0	1
Formosa	0	5	0	1	1	7
Misiones						
NOA	**1**	**16**	**0**	**0**	**11**	**28**
Catamarca	0	5	0	0	2	7
Jujuy	0	0	0	0	0	0
La Rioja	0	3	0	0	0	3
Salta	1	3	0	0	4	8
Santiago del Estero	0	0	0	0	2	2
Tucumán	0	5	0	0	3	8
Sur	**3**	**2**	**0**	**0**	**0**	**5**
Chubut	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	3	2	0	0	0	5
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0
Total general	5	61	6	1	30	103

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

** La provincia de San Luis derivó al LNR un caso de Influenza A(H3N2) subclado J.2.4.1(k), previamente registrado por su jurisdicción de residencia (CABA). Luego de investigación epidemiológica, se asignó el caso a San Luis.*

De los casos de Influenza A(H3N2) secuenciados, se destaca que el subclado J.2.4.1 (K) ha sido el predominante en todos los grupos etarios. Los grupos de edad con mayor número de casos secuenciados han sido los menores de 10 años (26 casos) y los mayores de 60 (17 casos).

Gráfico 15. Casos de Influenza A secuenciados en el LNR, por subtipo y subclado según grupo de edad. Argentina. SE 1 a SE 11, Año 2026 (n = 73)



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

Entre los casos secuenciados de Influenza A el 84% no estaban vacunados. Se registraron 11 casos vacunados (18%) entre los que correspondieron al subclado J.2.4.1 y un caso vacunado entre los que correspondieron al subclado J.2.3.

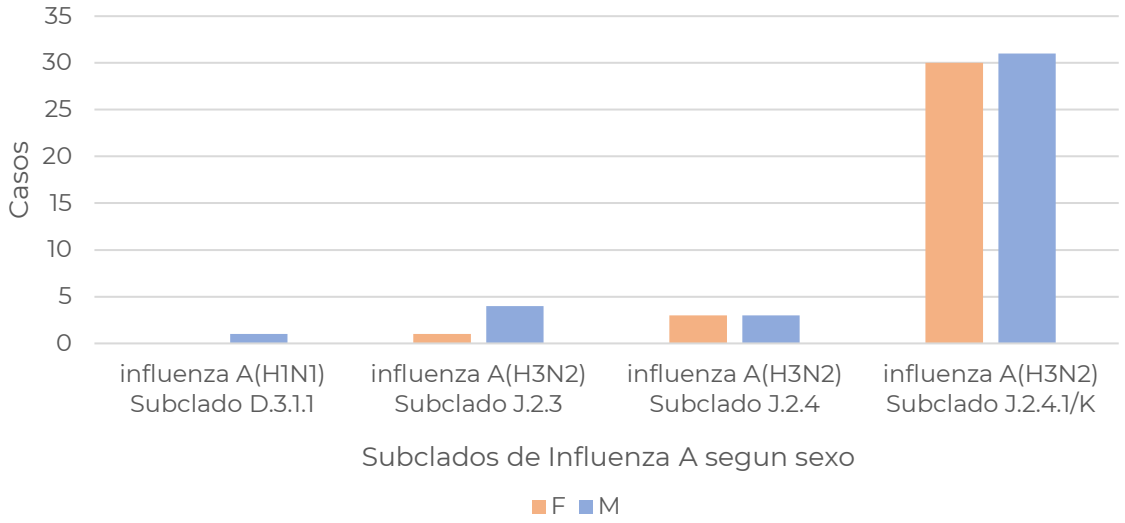
Tabla 3. Casos de Influenza A secuenciados por el LNR, por vacunación antigripal 2025 según subclado. Argentina. SE 1 a SE 11, Año 2026 (n=73).

Subclado Influenza A	Vacunación			Total general
	NO	SI	Porcentaje de Vacunados	
Influenza A(H1N1) Subclado D.3.1.1	1		0%	1
Influenza A(H3N2) Subclado J.2.3	4	1	20%	5
Influenza A(H3N2) Subclado J.2.4	6		0%	6
Influenza A(H3N2) Subclado J.2.4.1/K	50	11	18%	61
Total general	61	12	16%	73

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

El 53% de los casos secuenciados correspondieron a personas de sexo masculino.

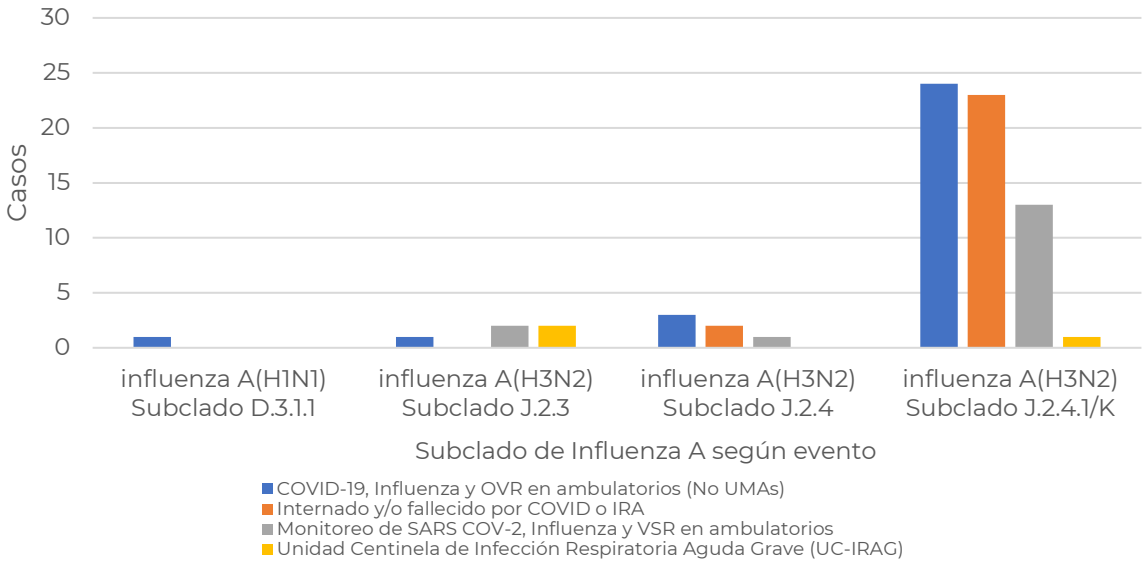
Gráfico 16. Casos de Influenza A secuenciados por el LNR, por subclado según sexo. SE 1 a SE 11, Año 2026 (n=73).



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

Respecto al evento/estrategia de vigilancia, 25 casos fueron notificados al evento universal "Internado y/o fallecido por COVID o IRA", 3 por UC-IRAG (total internados 28); 29 en el evento universal de Ambulatorios (NO UMA) y 16 en Unidades de Monitoreo Ambulatorio (UMA) (total ambulatorios 45). En cuanto a los casos detectados de Influenza A(H3N2) subclado J.2.4.1 (K), se identificaron en los 4 eventos (24 en internados y 37 en ambulatorios).

Gráfico 17. Casos de Influenza A secuenciados por el LNR, por subclado según evento. SE 1 a SE 11, Año 2026 (n=73).



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

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

IV.6.A. RECOMENDACIONES PARA EQUIPOS DE SALUD

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

IV.7. Vigilancia epidemiológica

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

En este marco, se recomienda:

- Fortalecer la vigilancia de la Enfermedad Tipo Influenza (ETI), a través del monitoreo y la evaluación de la oportunidad y regularidad de la notificación de los establecimientos que realizan la misma.
- Fortalecer las Unidades Centinela de IRAG y las Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI, garantizando el correcto muestreo y notificación de los casos.
- Fortalecer la vigilancia a través de la Red Nacional de Laboratorios de Influenza y Otros Virus Respiratorios, garantizando la notificación oportuna de muestras estudiadas y positivas para cada virus respiratorio, así como la nominalización de los casos positivos de Influenza para consignar su subptifpiciación y eventual 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.[7],[8] En pacientes hospitalizados con influenza grave, se ha documentado una disminución en la duración de la hospitalización y en el riesgo de mortalidad, especialmente cuando el tratamiento se inicia dentro de las primeras 48 horas del inicio de los síntomas, aunque también se observan beneficios cuando se inicia más tardíamente en casos graves o progresivos.[9],[10] En Argentina, durante el año 2024, el Laboratorio Nacional de Referencia no ha detectado un aumento de cepas resistentes a este antiviral entre los virus en circulación.

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

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

Indicaciones de tratamiento antiviral

Manejo de Influenza estacional

-Casos de Infección respiratoria aguda grave.
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)

[7] Dobson J, Whitley RJ, Pocock S, Monto AS. Oseltamivir treatment for influenza in adults: a meta-analysis of randomised controlled trials. Lancet. 2015 May 2;385(9979):1729-1737. doi: 10.1016/S0140-6736(14)62449-1. Epub 2015 Jan 30. Erratum in: Lancet. 2015 May 2;385(9979):1728. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60892-3. Erratum in: Lancet. 2015 May 2;385(9979):1728.
[8] Venkatesan S, et al. Impact of Outpatient Neuraminidase Inhibitor Treatment in Patients Infected With Influenza A(H1N1)pdm09 at High Risk of Hospitalization: An Individual Participant Data Metaanalysis. Clin Infect Dis. 2017 May 15;64(10):1328-1334.
[9] Muthuri SG, Venkatesan S, Myles PR, et al. Effectiveness of neuraminidase inhibitors in reducing mortality in patients admitted to hospital with influenza A H1N1pdm09 virus infection: a meta-analysis of individual participant data. Lancet Respir Med. 2014 May;2(5):395-404.
[10] Sharma Y, Horwood C, Hakendorf P, Thompson C. Effectiveness of Oseltamivir in reducing 30-day readmissions and mortality among patients with severe seasonal influenza in Australian hospitalized patients. Int J Infect Dis. 2021 Mar;104:232-238. doi: 10.1016/j.ijid.2021.01.011. Epub 2021 Jan 9. PMID: 33434667.

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

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

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

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

V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

V.1. Situación regional

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)[11] y el ARBO-portal[12] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 26/03/2026 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la semana epidemiológica 11 de 2026 se notificaron 380.848 casos de dengue, de los cuales 72.010 fueron confirmados por laboratorio. En comparación con la misma semana epidemiológica de 2025, los casos confirmados registraron una disminución del 88%. Asimismo, se reportaron 44 fallecimientos. En cuanto a chikungunya, se reportaron un total de 29.224 casos, con 11 fallecimientos registrados. De ellos, 9.670 fueron confirmados, lo que implica una disminución del 79% respecto de los confirmados en la misma semana de 2025. Respecto al zika, hasta la SE 10/2026 se registraron 1.204 casos notificados, de los cuales 62 fueron confirmados. En comparación con la misma semana epidemiológica de 2025, los casos confirmados registraron una disminución del 90%. No se registraron fallecimientos para este evento. En relación con Oropouche, hasta la SE 8/2026 se confirmaron por laboratorio 5 casos, un 38% menos que en 2025, sin defunciones por este evento.

Bolivia: hasta la SE 10/2026, se han reportado un total de 30.183 casos de dengue, de los cuales 253 fueron confirmados por laboratorio. Estos últimos presentan una disminución del 65% respecto a la misma semana del año anterior. Se registró 1 fallecimiento para este evento. En cuanto a chikungunya hasta la SE 10/2026, se reportaron 17.378 casos, de los cuales 6.575 fueron confirmados por laboratorio y se registraron 6 fallecimientos. A la misma semana del año anterior se habían confirmado 26 casos, sin fallecimientos asociados. Asimismo, se notificaron 898 casos de zika; no obstante, no se confirmaron casos por laboratorio para este evento.

Paraguay: hasta la SE 11/2026 se registraron un total de 5.447 casos de dengue, sin fallecimientos asociados. De ellos, 100 casos fueron confirmados por laboratorio, lo que implica un 82% menos que en la misma semana de 2025. Respecto de chikungunya, se notificaron 7 casos confirmados por laboratorio; mientras que en la misma semana de 2025 se había registrado 1 caso confirmado para este evento. En cuanto al zika, no se notificaron casos para el año en curso.

Perú: hasta la SE 10/2026 se reportaron un total de 9.989 casos de dengue, con 9 fallecimientos registrados. De ellos, 4.472 fueron confirmados por laboratorio, representando una disminución del 61% en los casos confirmados respecto a la misma semana del año anterior. Con relación a chikungunya, hasta la SE 9/2026 no se notificaron casos. Respecto al zika, hasta la SE 9/2026 se notificó 1 caso, sin confirmación por laboratorio. En relación a Oropouche, no se actualizaron datos para el año en curso, lo último registrado fue hasta la SE 38/2025 en la cual se confirmaron 330 casos, un 69% menos que en la misma semana de 2024.

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

[11] Organización Panamericana de la Salud. Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA). Disponible en: https://www.paho.org/en/arbo-portal
[12] Organización Panamericana de la Salud. ARBO-portal: Oropouche. Disponible en: Enfermedad por virus Oropouche - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud

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

En cuanto a Oropouche, en 2026 se notificaron casos autóctonos en la Región en Brasil. Además, se han reportado 5 casos en Panamá.

Para el año en curso, hasta la fecha, se mantiene una tendencia descendente de los casos de dengue, con circulación de los serotipos DEN-1 y DEN-2 en Bolivia y Paraguay, en Perú los serotipos DEN-1, DEN-2, DEN-3 y de los cuatro serotipos en Brasil (DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4).

Respecto a Zika, solo se registran casos confirmados en Brasil, con valores similares a los observados el año anterior.

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

V.2.A. NOTA METODOLÓGICA

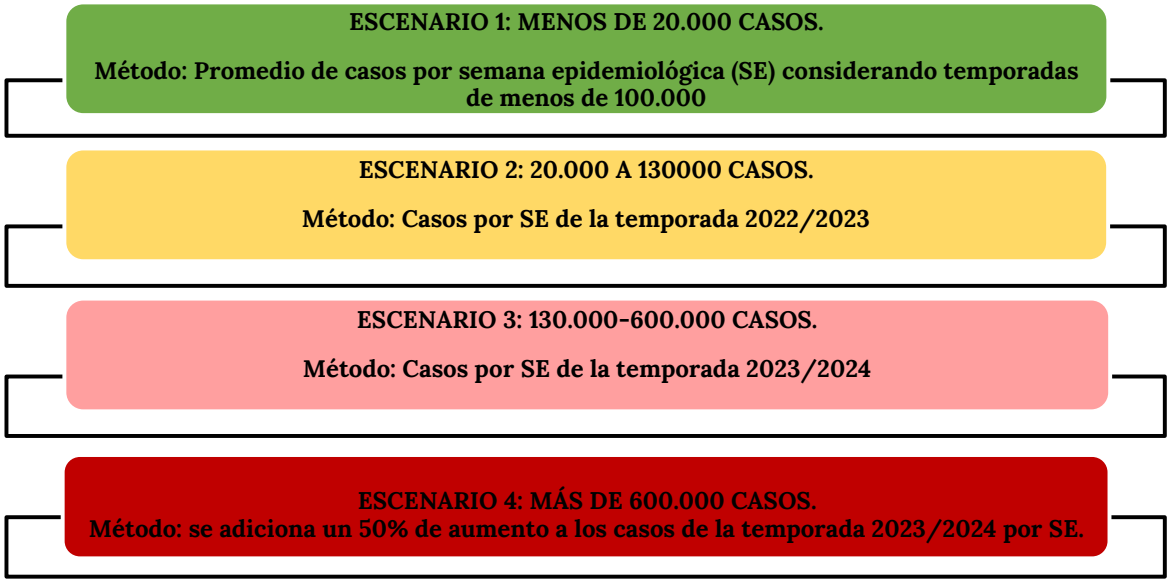
La estimación de **escenarios nacionales** para la próxima temporada de dengue se realizó mediante el análisis comparativo de curvas epidémicas históricas por semana epidemiológica (SE), tomando como referencia temporadas con distinta magnitud en el número de casos notificados en Argentina. Para cada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

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

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

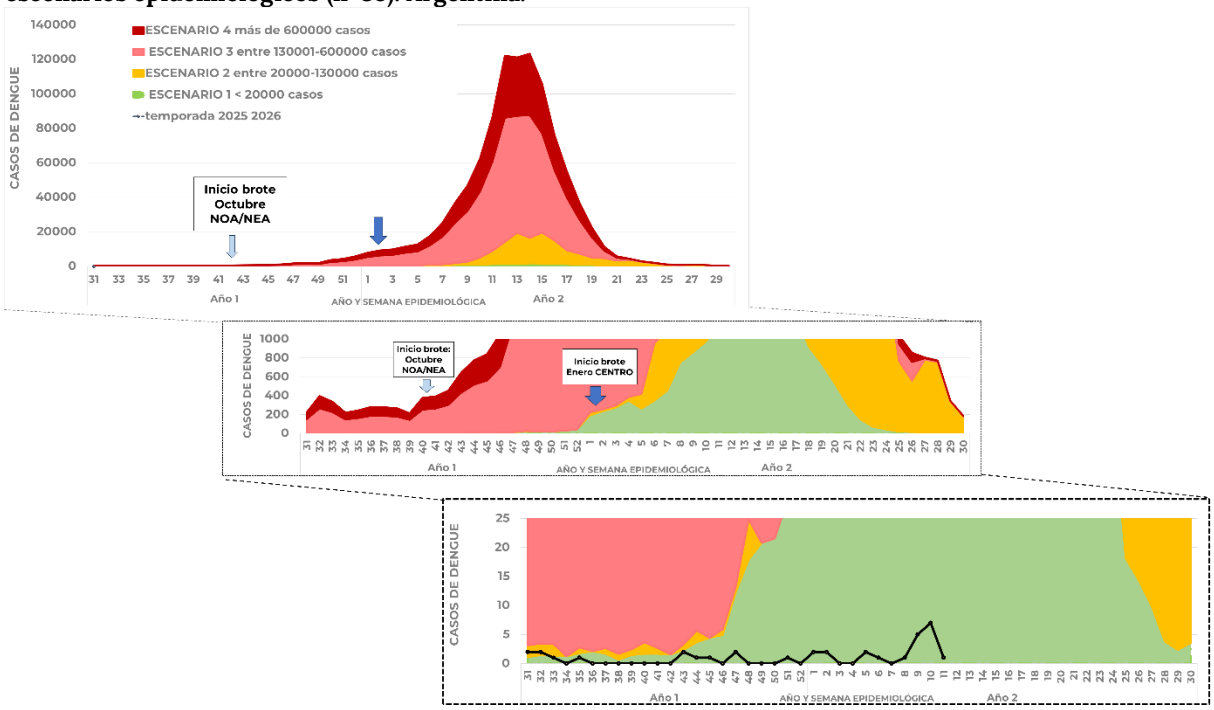
En el último gráfico (detalle en zoom) se presentan los casos de la temporada 2025-2026 y su representación en el modelo de escenarios estimados. Entre las SE31/2025 y SE11/2026 se notificaron 35 casos confirmados de dengue, de los cuales 18 fueron importados. Estos registros iniciales permiten dimensionar 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. 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=35). Argentina.



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

V.3. Situación de dengue en Argentina

V.3.A. TEMPORADA 2025/2026

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 SE10/2026, 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[13], desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) **15.620** casos sospechosos de dengue, de los cuales **35** fueron confirmados por laboratorio detectándose la circulación de DENV 1, 2 y 3. El **48%** 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).

- **Diez** casos de la **Provincia de Buenos Aires**: cinco sin antecedente de viaje -Tres de Febrero (SE31), San Isidro (SE43), Cañuelas (SE 51), Morón (SE5) y La Matanza (SE9); cinco con antecedente de viaje a Paraguay (SE35 y SE5), México (SE44), Indonesia (SE47) y Brasil (SE2).

- **Doce** casos notificados en **CABA**: siete sin antecedente de viaje aún en investigación - uno en Comuna 1/Barracas (SE8 DENV-2), cinco en Comuna 10 (Versalles SE9 /Villa Real SE10) y uno en Comuna 7 (Flores SE10); cinco con antecedente de viaje a Brasil (SE32), Sri Lanka (SE35/DENV-3), Pakistán (SE45), México (SE47/DENV-3) y Venezuela (SE1).

- **Cuatro** casos notificados por **Córdoba:** dos casos con antecedente de viaje a México (SE2 y SE10) y dos casos sin antecedente de viaje (SE9 y SE10) en Córdoba Capital.

[13]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).

- **Un** caso notificado por **Catamarca** sin antecedente de viaje (SE10), del departamento Ancasti (DENV-2).

- **Cuatro** casos notificados por **Entre Ríos** con antecedente de viaje a Cuba (SE43), Brasil (SE53**; DENV-3**), República Dominicana (SE6) y Colombia (SE10**; DENV-3).**

- **Un** caso notificado por **Mendoza** con antecedente de viaje a México (SE1), detectándose **DENV-3.**

- **Un** caso notificado por **Santa Fe** con antecedente de viaje a Maldivas (SE 10; **DENV-3)**, del departamento de San Cristóbal.

Según la fecha de apertura del evento (fecha de notificación al SNVS 2.0), en la SE 11/2026 se notificaron **1253** casos sospechosos. Es importante destacar que estos eventos pueden corresponder a semanas epidemiológicas previas en relación con la fecha de inicio de síntomas, de consulta o de toma de muestra.

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE11/2026. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Serotipos detectados	Con labo. negativo	Sospechosos (sin labo)	Total notificados	Total casos de dengue
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.					
Buenos Aires	5	44	5	5	DENV-1/ 2/ 3	1116	316	1491	10
CABA	7	17	5	3	DENV-1/ 3	331	158	521	12
Córdoba	2	29	2	0	DENV-2	2108	115	2256	4
Entre Ríos	0	4	4	1	DENV-3	270	10	289	4
Santa Fe	0	23	1	2	DENV-3	1041	82	1149	1
Total Centro	**14**	**117**	**17**	**11**		**4866**	**681**	**5706**	**31**
Mendoza	0	0	1	1	DENV-3	119	4	125	1
San Juan	0	0	0	0		39	0	39	0
San Luis	0	0	0	0		62	10	72	0
Total Cuyo	**0**	**0**	**1**	**1**		**220**	**14**	**236**	**1**
Chaco	0	10	0	0		810	8	828	0
Corrientes	0	4	0	0		134	25	163	0
Formosa	2	3	0	0	DENV-2	3922	3	3930	2
Misiones	0	2	0	0		472	39	513	0
Total NEA	**2**	**19**	**0**	**0**		**5338**	**75**	**5434**	**2**
Catamarca	1	2	0	0	DENV-2	294	3	300	1
Jujuy	0	1	0	0		458	25	484	0
La Rioja	0	5	0	0		197	4	206	0
Salta	0	9	0	0		1072	283	1364	0
Santiago del Estero	0	2	0	0		110	136	248	0
Tucumán	0	55	0	1		1378	58	1492	0
Total NOA	**1**	**74**	**0**	**1**		**3509**	**509**	**4094**	**1**
Chubut	0	0	0	0		12	2	14	0
La Pampa	0	0	0	0		68	9	77	0
Neuquén	0	0	0	0		22	2	24	0
Río Negro	0	0	0	0		2	1	3	0
Santa Cruz	0	0	0	0		24	2	26	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0		6	0	6	0
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**0**		**134**	**16**	**150**	**0**
Total País	**17**	**210**	**18**	**13**		**14067**	**1295**	**15620**	**35**

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. CASOS PROBABLES

Si bien en la actualidad se registra una **baja circulación de dengue** a nivel nacional y los casos confirmados continúan siendo escasos y mayormente aislados, en las últimas semanas se observa un aumento en la notificación de casos probables, principalmente en las jurisdicciones de **Buenos Aires, Córdoba, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Tucumán y Santa Fe**.

En este contexto, resulta fundamental promover la toma de **segundas muestras** y completar los estudios diagnósticos en los casos probables, con el objetivo de confirmar o descartar dengue de manera adecuada y mejorar la calidad de la vigilancia epidemiológica. El estudio de pares serológicos es importante que también se acompañe de la **intensificación de búsqueda de otros febriles** en el área de casos probables y priorizar la toma de muestras agudas a fin de confirmar rápidamente si efectivamente hay circulación activa de dengue y qué serotipo se encuentra involucrado.

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

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

V.3.C. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LOS CASOS DE DENGUE (N=35)

La mediana de edad fue de 32 años. El grupo etario con mayor proporción de casos correspondió a personas de 45 a 65 años, seguido por los grupos de 35 a 44 años y de 25 a 34 años. No hay diferencia proporcional por sexo.

Hasta el momento no se registraron casos graves ni fallecimientos. Un caso requirió internación, pero de corta duración, con evolución clínica favorable y alta sin complicaciones.

V.3.D. 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 **4003** casos sospechosos de Fiebre Chikungunya, de los cuales **348** corresponden a casos confirmados y probables. Los casos notificados con antecedente de viaje son importados de **Bolivia**, Brasil, Paraguay y Cuba. En la provincia de Salta se identificaron los primeros casos sin antecedente de viaje, en el contexto de la ocurrencia de casos importados con antecedente de viaje a Bolivia, confirmando la presencia de transmisión local.

Hasta la SE11/2026 se notificaron **8** casos confirmados sin antecedente de viaje de los cuales 5 corresponden al departamento Capital (localidad San Miguel de Tucumán) y 3 en el departamento Yerba Buena (localidad Yerba Buena), provincia de Tucumán, detectados en el marco de **la estrategia de vigilancia laboratorial** implementada desde enero del presente año, que establece el muestreo para diagnóstico de Fiebre Chikungunya en al menos el **30%** de los casos sospechosos de dengue con resultado negativo por biología molecular.

Además, durante las últimas dos semanas se registraron casos sin antecedente de viaje en las jurisdicciones **Jujuy, Catamarca, Santiago del Estero, Buenos Aires y CABA (Ver mapa 1).**

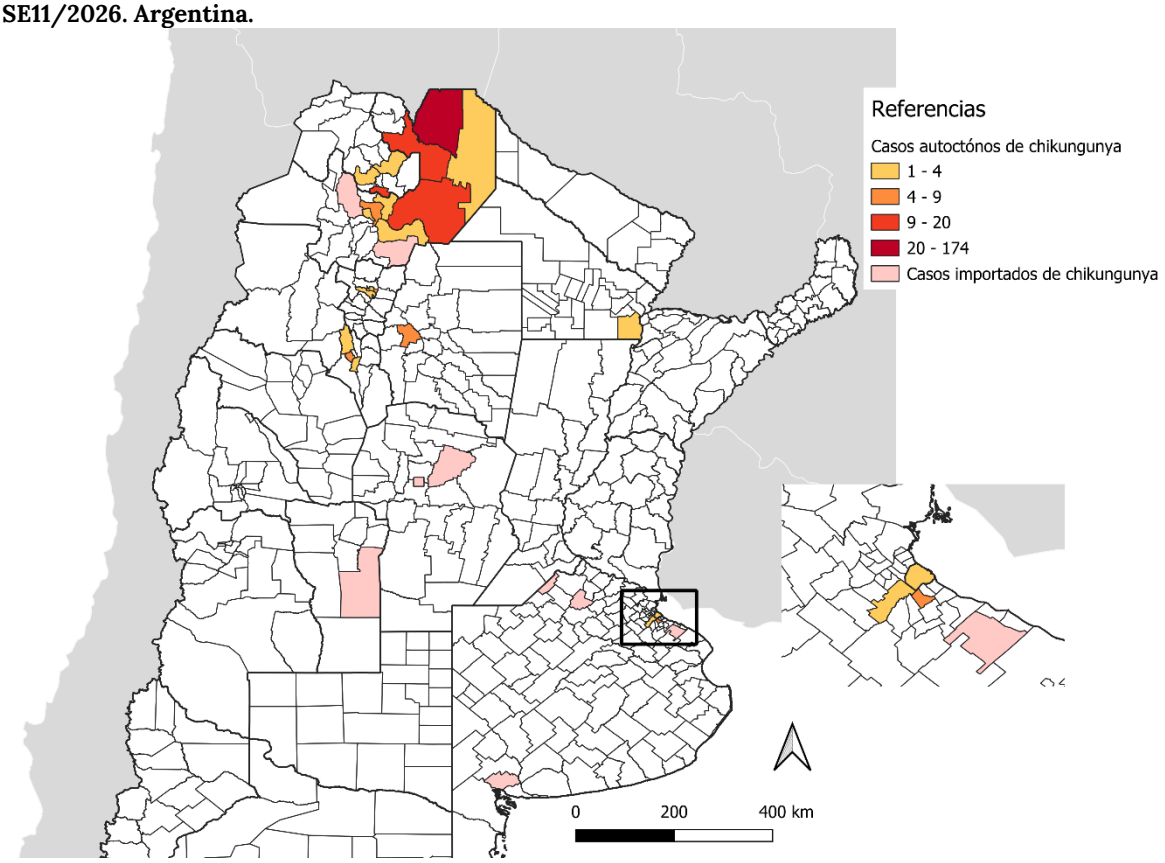
Los síntomas reportados fueron: fiebre, mialgias, cefalea, **poliartralgias** y vómitos.

Tabla 2. Fiebre Chikungunya: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE11/2026. 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	**1**	**8**	**5**	**2**	**113**	**16**
CABA	**1**	**0**	**3**	**1**	**16**	**5**
Córdoba	0	0	2	0	1515	**2**
Entre Ríos	0	0	0	0	33	0
Santa Fe	0	0	0	0	191	0
Total Centro	**2**	**8**	**10**	**3**	**1868**	**23**
Mendoza	0	0	0	0	21	0
San Juan	0	0	0	0	2	0
San Luis	0	0	1	0	15	**1**
Total Cuyo	**0**	**0**	**1**	**0**	**38**	**1**
Chaco	0	**1**	0	0	160	**1**
Corrientes	0	0	0	0	2	0
Formosa	0	0	0	0	1	0
Misiones	0	0	0	0	44	0
Total NEA	**0**	**1**	**0**	**0**	**207**	**1**
Catamarca	**4**	**5**	**0**	**0**	**94**	**9**
Jujuy	**15**	**7**	**1**	**1**	**188**	**24**
La Rioja	0	0	0	0	27	0
Salta	**124**	**93**	**38**	**15**	**1019**	**270**
Santiago del Estero	**8**	**1**	**0**	**0**	**41**	**9**
Tucumán	**8**	**3**	**0**	**0**	**513**	**11**
Total NOA	**159**	**109**	**39**	**16**	**1882**	**323**
Chubut	0	0	0	0	1	0
La Pampa	0	0	0	0	1	0
Neuquén	0	0	0	0	1	0
Río Negro	0	0	0	0	1	0
Santa Cruz	0	0	0	0	4	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**0**	**8**	**0**
Total País	**161**	**118**	**50**	**19**	**4003**	**348**

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

Mapa 2. Fiebre Chikungunya: Casos confirmados y probables por departamento a nivel nacional. SE1 a SE11/2026. Argentina.



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

V.4.A. CASOS DE FIEBRE CHIKUNGUNYA EN SALTA

Hasta la fecha se notificaron **270** casos de Fiebre Chikungunya, de los cuales 162 se encuentran confirmados y 108 clasificados como probables, distribuidos en distintos departamentos de la provincia. En comparación con el acumulado informado en la Semana Epidemiológica previa, se observa un incremento intersemanal del **61%** en los casos confirmados y probables notificados, magnitud que, por su velocidad de crecimiento, resulta compatible con un escenario de brote en curso.

La mediana de edad fue de 25 años. El grupo etario con mayor proporción de casos correspondió a personas de **45 a 65 años**, seguido por los grupos de **10 a 14 años** y de 35 a 44 años. El 52% de los casos corresponde a sexo legal femenino.

Hasta el momento no se registraron casos graves ni fallecimientos. Diecisiete casos requirieron internación de corta duración, con evolución clínica favorable y alta sin complicaciones.

Tabla 3. Casos de fiebre Chikungunya por localidad. Salta. SE11/2026.

Departamento	Localidad	Casos de Chikungunya
Anta	Centro 25 de junio	1
	Joaquín V. González	1
	Las Lajitas	3
	Gaona	6
	General Pizarro	3
	Luis Burela	1
Capital	Salta	8
	Prof. Salvador Mazza	174
	Tartagal	5
	Embarcación	12
	Aguaray	3
Orán	Aguas Blancas	30
	San Ramón de la Nueva Orán	17
Rosario de la Frontera	Rosario de la Frontera	1
Rosario de Lerma	Campo Quijano	1
Rivadavia	Rivadavia	1
Cerrillos	Cerillos	1
General Güemes	General Güemes	1
Metán	Galpón	1
Total		**270**

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

V.5.A. ENCEFALITIS ARBOVIRALES

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

Encefalitis de San Luis

En la temporada actual se notificaron **348** casos sospechosos de encefalitis de San Luis. Tras la realización de una serie de determinaciones en el Laboratorio Nacional de Referencia INEVH "Dr. Julio I. Maiztegui", se confirmó un caso sin antecedente de viaje en la provincia de Córdoba, correspondiente al departamento Ischilín, localidad de Deán Funes.

Fiebre del Nilo Occidental

Durante la presente temporada se investigaron **88** casos sospechosos de fiebre del Nilo Occidental en el país, sin registrarse casos confirmados autóctonos hasta la fecha. En la SE 37/2025 se confirmó un caso correspondiente a una persona con residencia en Kansas, Estados Unidos, que inició síntomas compatibles durante su paso por Argentina y fue atendida en la provincia de Buenos Aires. El caso fue confirmado por el Laboratorio Nacional de Referencia INEVH "Dr. Julio I. Maiztegui" y no presentó antecedente epidemiológico compatible con adquisición local, refiriendo exposición previa en su país de residencia en zonas con presencia de mosquitos durante actividades al aire libre.

Confirmados y probables Flavivirus sin especificar

Para el mismo período, se notificaron **13** casos clasificados como encefalitis confirmadas o probables por Arbovirus, sin especificación aún del agente involucrado. Esta clasificación se utiliza cuando los estudios de laboratorio permiten confirmar o inferir la infección por un virus perteneciente al género Flavivirus, pero no es posible determinar con precisión cuál es el agente etiológico específico (por ejemplo, dengue, virus del Nilo Occidental, virus de la encefalitis de San Luis u otros).

Esto puede ocurrir debido a reacciones serológicas cruzadas entre flavivirus, limitaciones en la disponibilidad u oportunidad de las muestras, o porque los estudios virológicos se encuentran aún en curso. En estos escenarios, si bien no siempre se logra identificar el arbovirus específico, sí es posible establecer que se trata de cuadros compatibles con encefalitis viral de probable etiología arboviral, lo que resulta relevante desde el punto de vista de la vigilancia epidemiológica.

Las jurisdicciones con casos notificados son Buenos Aires, Córdoba, San Juan, Santa Fe y Jujuy. De los 13 casos, **8** corresponden a la provincia de **Buenos Aires** (7 confirmados y 1 probable), con residencia en **La Plata, Bragado, Cañuelas, Florencio Varela, Arrecifes y Ezeiza**. Los casos se detectaron durante fines de febrero, pero con fecha de inicio de síntomas a fines de enero/principio de febrero, con predominio en sexo legal masculino (63%) y mediana de edad de 20 años (rango: 5–61 años). Cuatro casos requirieron internación en unidad de terapia intensiva, sin registrarse fallecimientos hasta la fecha.

Todos los eventos continúan bajo investigación epidemiológica y virológica para la definición de su clasificación final. En este contexto, se mantiene una vigilancia epidemiológica intensificada, especialmente ante cuadros compatibles con meningoencefalitis viral, con el objetivo de detectar oportunamente la posible circulación o introducción de arbovirus neuroinvasivos y fortalecer la sospecha clínica y la notificación oportuna por parte de los equipos de salud.

En la siguiente tabla, se presenta la situación epidemiológica de las Encefalitis Arbovirales: Encefalitis de San Luis y Fiebre del Nilo correspondientes a la nueva temporada 2025-2026 (SE31/2025 a SE10/2026).

Tabla 3. Número de muestras estudiadas y positivas con y sin antecedente de viaje para Encefalitis Arbovirales. SE31/2025 a SE11/2026. Argentina.

Encefalitis por Arbovirus						
Evento	Encefalitis de San Luis		Fiebre del Nilo		Flavivirus s/e	
Jurisdicción	Confirmado	Est	Confirmado	Est	Probable	Confirmado
Buenos Aires	0	36	1	28	1	7
CABA	0	1	0	0	0	0
Córdoba	0	254	0	5	1	1
Entre Ríos	0	9	0	2	0	0
Santa Fe	0	19	0	15	1	0
Total Centro	**0**	**319**	**1**	**50**	**3**	**8**
Mendoza	0	2	0	0	0	0
San Juan	0	4	0	0	0	0
San Luis	0	7	0	6	0	0
Total Cuyo	**0**	**13**	**0**	**6**	**1**	**0**
Chaco	0	0	0	0	0	0
Corrientes	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	0	0	0	0	0
Misiones	0	0	0	3	0	0
Total NEA	**0**	**0**	**0**	**3**	**0**	**0**
Catamarca	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	5	0	26	1	0
La Rioja	0	2	0	0	0	0
Salta	0	1	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	6	0	2	0	0
Tucumán	0	0	0	0	0	0
Total NOA	**0**	**14**	**0**	**28**	**1**	**0**
Chubut	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	2	0	1	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0
Total Sur	**0**	**2**	**0**	**1**	**0**	**0**
Total País	**0**	**348**	**1**	**88**	**5**	**8**

Pos: positivas / Est: estudiadas

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

V.5.B. OTROS ARBOVIRUS

En la siguiente tabla, se presenta la situación epidemiológica de otros Arbovirus: Fiebre de Oropouche, Enfermedad por Virus Zika y Fiebre Amarilla correspondientes a la nueva temporada 2025-2026 (SE31/2025 a SE11/2026).

Tabla 3. Número de muestras estudiadas y positivas con y sin antecedente de viaje para: Fiebre de Oropouche, Enfermedad por Virus Zika y Fiebre Amarilla. SE31/2025 a SE11/2026. Argentina.

Evento	Fiebre de Oropouche		Enfermedad por virus Zika		Fiebre amarilla	
Jurisdicción	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est
Buenos Aires	0	69	0	36	0	9
CABA	0	6	0	4	0	0
Córdoba	0	70	0	46	0	1
Entre Ríos	0	8	0	1	0	0
Santa Fe	0	98	0	31	0	8
Total Centro	**0**	**251**	**0**	**118**	**0**	**18**
Mendoza	0	17	0	2	0	0
San Juan	0	0	0	1	0	0
San Luis	0	4	0	8	0	0
Total Cuyo	**0**	**21**	**0**	**11**	**0**	**0**
Chaco	0	26	0	116	0	2
Corrientes	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	26	0	0	0	0
Misiones	0	3	0	38	0	8
Total NEA	**0**	**55**	**0**	**154**	**0**	**10**
Catamarca	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	33	0	43	0	0
La Rioja	0	9	0	9	0	9
Salta	0	124	0	301	0	0
Santiago del Estero	0	2	0	26	0	0
Tucumán	0	163	0	18	0	18
Total NOA	**0**	**331**	**0**	**397**	**0**	**27**
Chubut	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	0
Río Negro	0	1	0	0	0	0
Santa Cruz	0	2	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0
Total Sur	**0**	**3**	**0**	**0**	**0**	**0**
Total País	**0**	**661**	**0**	**680**	**0**	**55**

Pos: positivas / Est: estudiadas

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

Fiebre de oropuche

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 **661** casos, sin registrarse resultados positivos.

Enfermedad por virus Zika

En Argentina, la transmisión autóctona del virus Zika fue notificada por primera vez en 2016, con el último brote registrado en 2018. Desde entonces, no se han confirmado nuevos casos en el país. Durante la temporada actual se investigaron **680** casos sospechosos, todos con resultados negativos. En la actualidad no se evidencia circulación viral activa; no obstante, se sostiene una vigilancia epidemiológica continua y fortalecida, orientada a la detección temprana de casos sospechosos y a la identificación oportuna de una eventual reintroducción del virus.

Fiebre Amarilla

Durante la temporada en curso se notificaron **55** 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. Vigilancia de 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, establecimiento de pequeñas urbanizaciones en zonas rurales 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. Según el manual de normas de eventos de notificación obligatoria, 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. Por este motivo, es fundamental relevar el antecedente epidemiológico de las personas, con la finalidad de identificar posibles fuentes de exposición, realizar una evaluación ambiental de los probables sitios de riesgo e implementar acciones de control de manera oportuna y, de esta manera, evitar la aparición de nuevos casos.

En respuesta a estos desafíos sanitarios, las normas de vigilancia fueron revisadas y actualizadas[14] 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.

En las últimas ediciones del BEN, se ha priorizado la presentación de este en función de su patrón estacional y de los cambios observados en su comportamiento epidemiológico. Considerando que la mayor parte de los casos ocurre durante el verano, esta decisión busca comunicar oportunamente su incidencia y características, y sensibilizar a los actores involucrados en la atención, el diagnóstico, el tratamiento, la notificación, la prevención y el control de 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. No obstante, su actualización constante resulta fundamental para dimensionar el

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

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[15], o una clasificación manual correspondiente a confirmado.

Los casos se presentan según la jurisdicción de residencia consignada en el SNVS 2.0, en ausencia de este dato, se utiliza en la que se cargó. La fecha mínima se construye según orden de priorización con la fecha de inicio de síntomas (FIS), la fecha de consulta, toma de muestra, y, por último, fecha de apertura del caso, en caso de no contar con ninguna de las anteriores.

VI.2.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

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

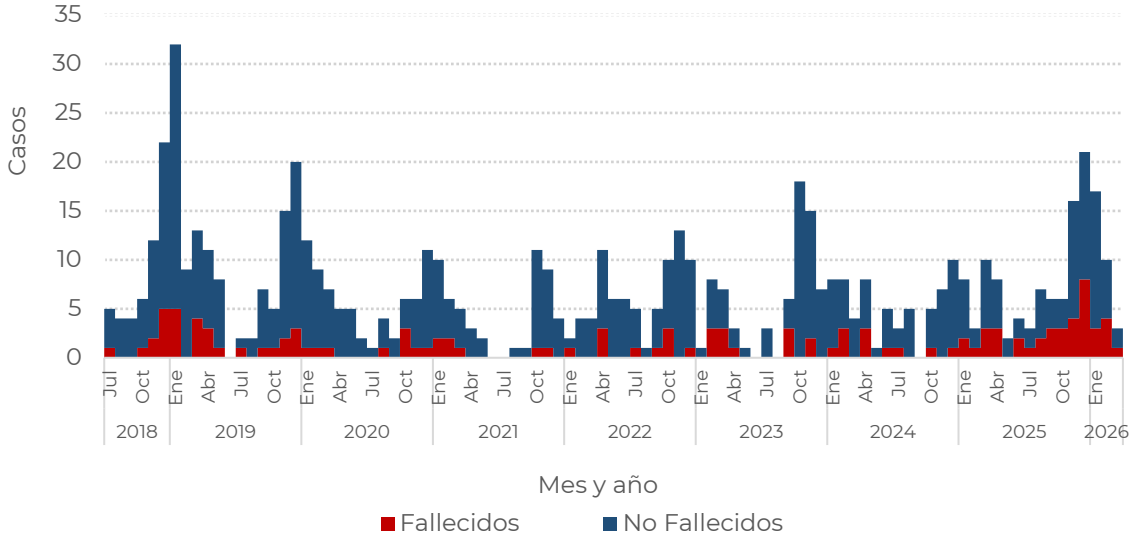
Desde el BEN previo (Número 800, SE 10), no se presentaron nuevos casos confirmados. En el presente informe se actualiza la comparación con las temporadas previas y la situación de la mortalidad, que sí ha mostrado variaciones respecto del último reporte.

Caracterización según temporalidad y regiones del país

A continuación, se presentan los casos confirmados según mes, año y condición de egreso desde la temporada 2018-2019 (SE 27/2018 a SE 26/2019) a la semana actual (SE 11/2026). Debe considerarse que la temporada 2018-2019 incluye el brote de transmisión interhumana ocurrido en Epuyén, Chubut, por lo que concentra un mayor número de casos confirmados (126).

[15] 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 11/2026, Argentina. (N=633)

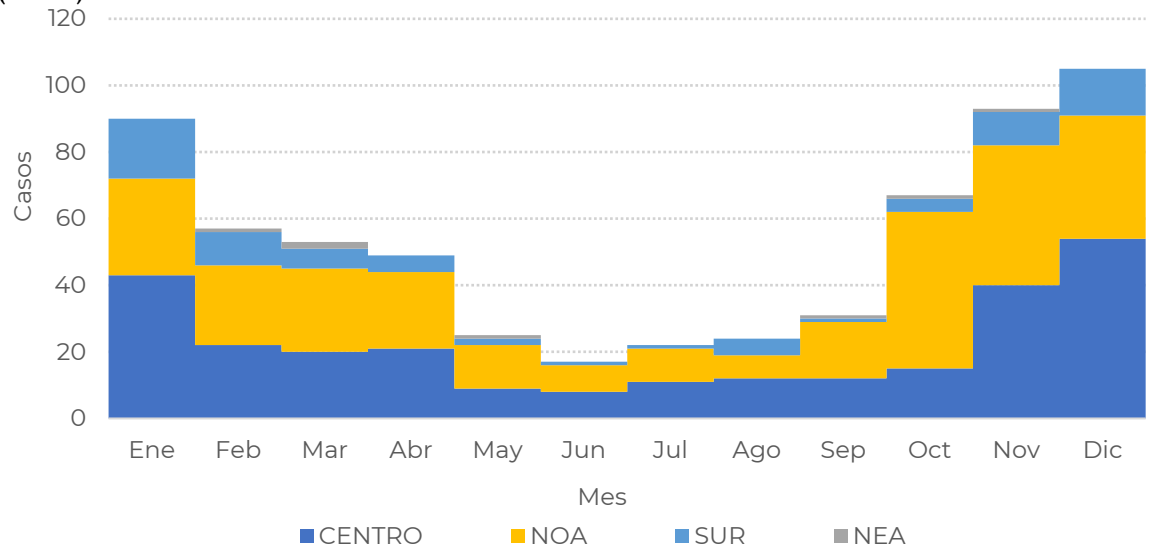


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

En el presente análisis, en comparación con el BEN previo, no se sumaron casos adicionales de hantavirosis. Sin embargo, hubo 2 fallecimientos, uno de marzo de 2026 y otro en febrero. Ambos correspondientes al departamento de Orán, provincia de Salta; y realizaron actividades laborales en áreas silvestres próximas al río Bermejo. Con estas notificaciones, en lo que va de 2026, se confirman 30 casos, con un total de 8 fallecimientos.

En el período analizado se acumularon 633 casos confirmados. Entre los meses de octubre y enero es donde se acumula el 56% de los casos confirmados. En la temporada en curso, los meses de noviembre (n=16), diciembre (21) y enero (17) registran la mayor cantidad de casos al compararlos con los mismos meses de las temporadas previas analizadas, sin considerar el brote de transmisión interhumana. Asimismo, sin considerar la temporada actual, los casos ocurridos en los meses de febrero a mayo representaron el 28% del total (Ver Gráfico 1 y 2).

Gráfico 2. Hantavirosis: Casos acumulados según mes y región. SE 27/2018 a SE 11/2026, Argentina. (N=633)

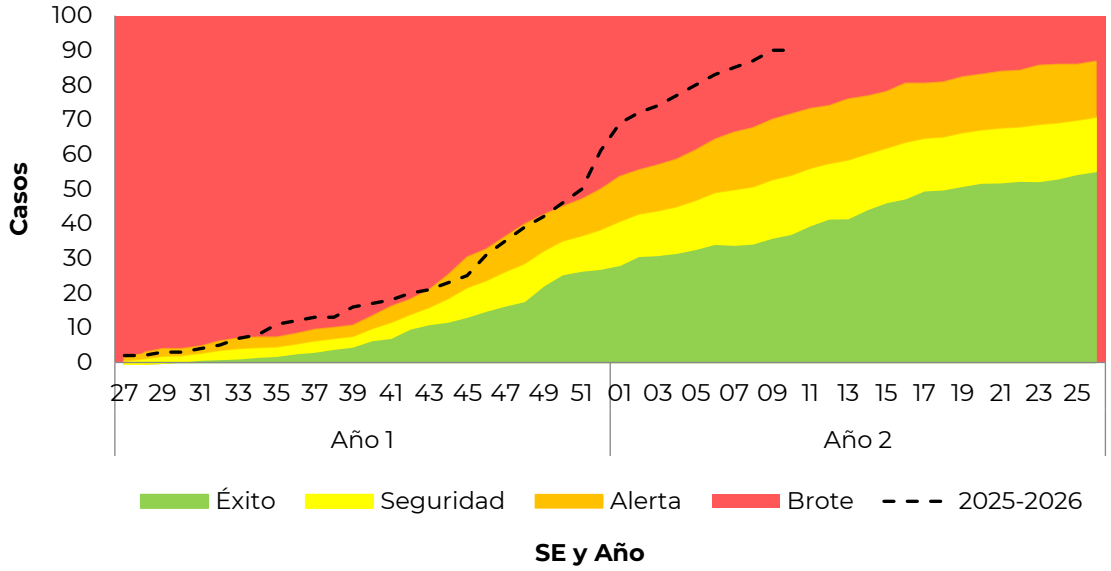


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

En la serie histórica de incidencia mensual, se observa que el 81% de los casos se concentran entre los meses de octubre a abril. Este patrón se verifica en las 3 regiones que concentran la mayor carga de la enfermedad (NOA, Sur y Centro). A excepción de la presente temporada, en el NOA ocurre el incremento estacional de forma más temprana, donde los meses con mayor cantidad de casos son octubre y noviembre; para el resto de las regiones son diciembre y enero.

A continuación, se presentan los corredores endémicos para el total país y para las tres regiones con mayor relevancia para el evento analizado. Los casos "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 11/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025)*. Argentina. (N=90)

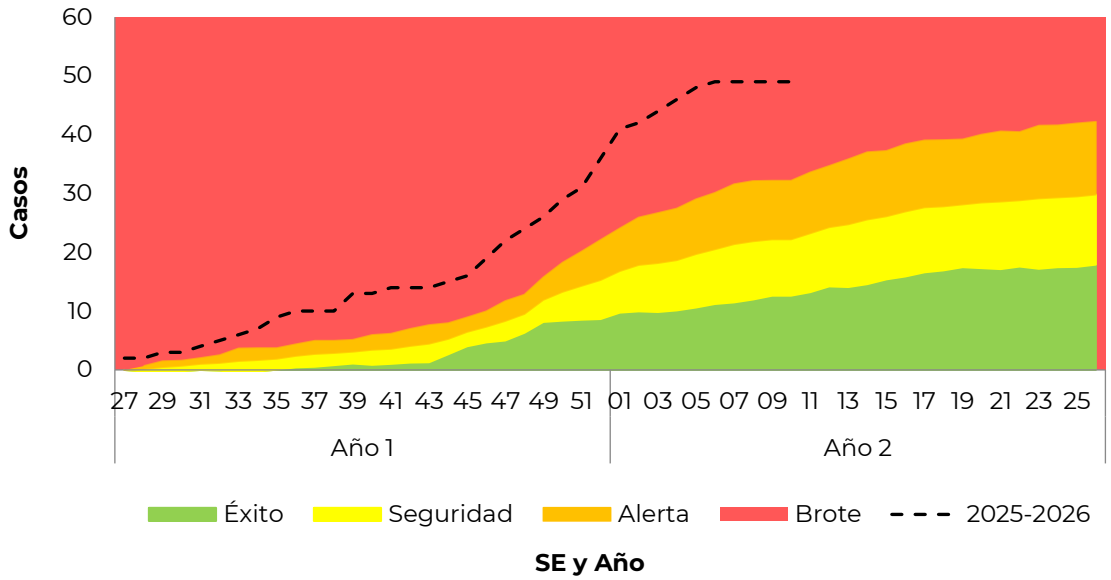


*Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0. *Tanto para el total país como para los corredores regionales, se excluyeron del período comparativo los casos de la temporada 2018-2019 por ser una temporada de brote.*

Puede observarse que a nivel nacional la cantidad de casos para la temporada 2025-2026 se encuentra por encima del **umbral de brote**, respecto a los valores esperados teniendo en cuenta los casos presentados en años previos.

Región Centro

Gráfico 4. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE 27/2025 a SE 11/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región Centro. (N=49)

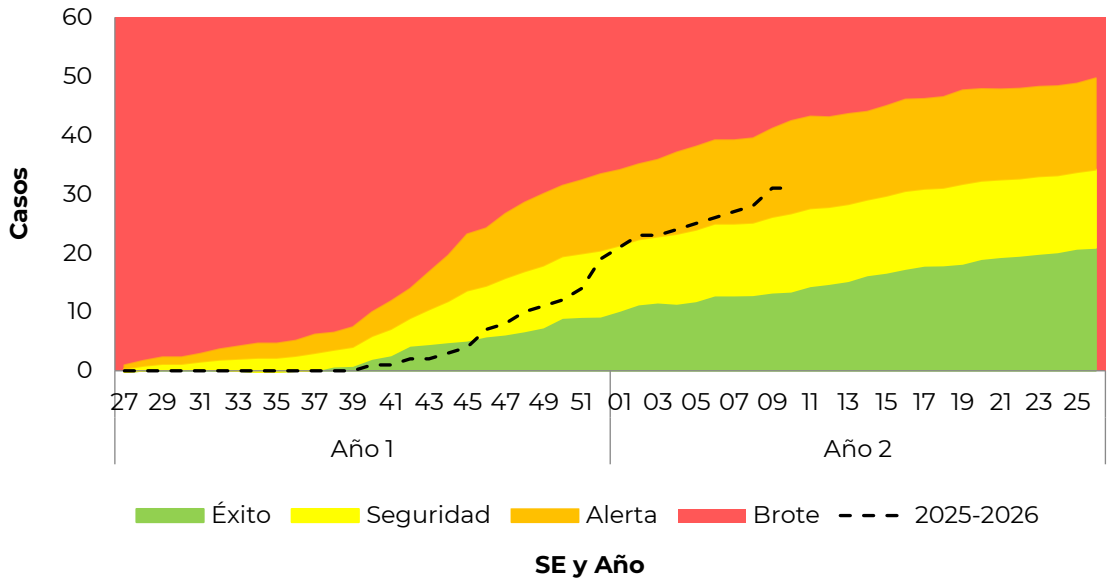


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

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

Región NOA

Gráfico 5. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE 27/2025 a SE 11/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región NOA. (N=31)



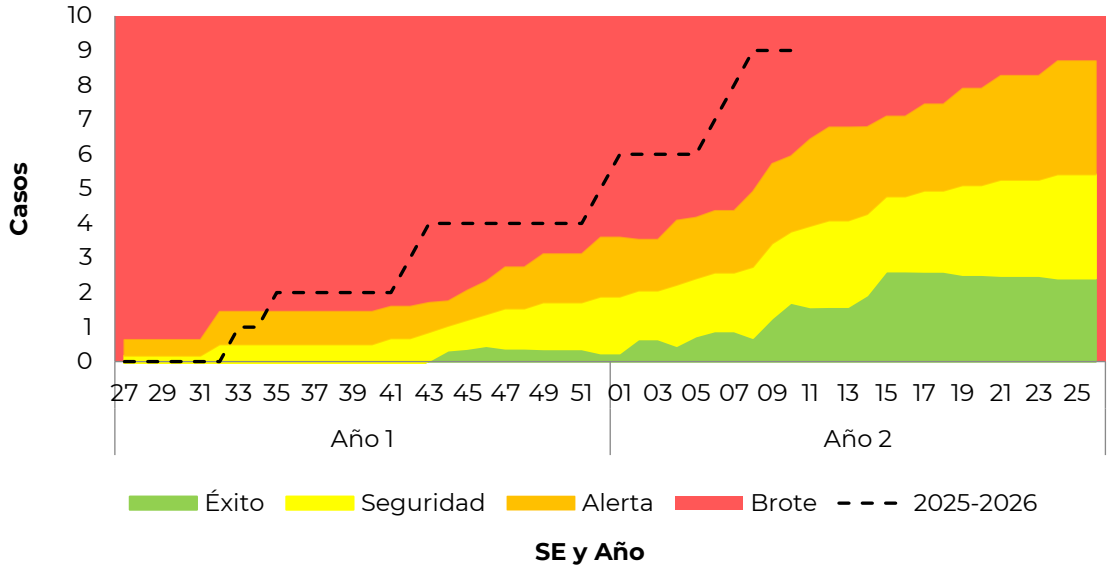
Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

En lo que respecta a la región del NOA (Salta y Jujuy), el número de casos se mantuvo mayoritariamente dentro del canal endémico (banda de seguridad) durante el período

comprendido entre julio de 2025 y febrero de 2026. No obstante, a partir de la SE 02/2026 se registra un incremento de casos más tardío en comparación con años previos, lo que sitúa a la región en zona de **alerta epidemiológica**.

Región Sur

Gráfico 6. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE 27/2025 a SE 11/2026 respecto de las 6 temporadas precias (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región Sur. (N=9)



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

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

Presentación de datos a nivel sub-nacional

En cuanto a la situación nacional de hantavirosis, se presentan en la siguiente tabla los casos y tasas de incidencia en el período equivalente al transcurrido para la temporada actual (SE 27 de un año a SE 9 del año siguiente) para los años 2019 a 2026.

Tabla 1. Hantavirosis: Casos confirmados y tasa cada 100.000 habitantes según jurisdicción y región, por temporada. Argentina, 2019 a 2026 (SE 27 a SE 11). (N=409)

Temporada	2019-2020 (hasta SE10)		2020-2021 (hasta SE10)		2021-2022 (hasta SE10)		2022-2023 (hasta SE10)		2023-2024 (hasta SE10)		2024-2025 (hasta SE10)		2025-2026 (hasta SE10)	
Jurisdicción	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Buenos Aires	25	0,14	15	0,09	9	0,05	11	0,06	5	0,03	16	0,09	37	0,20
Entre Rios	2	0,14	4	0,29	1	0,07	3	0,21	2	0,14	4	0,28	5	0,34
Santa Fe	9	0,26	6	0,17	4	0,11	6	0,17	6	0,17	9	0,25	7	0,19
Centro	36	0,12	25	0,08	14	0,05	20	0,07	13	0,04	29	0,10	49	0,16
Chaco	1	0,08	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,16	0	0,00
Formosa	1	0,17	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,16
Misiones	1	0,08	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
NEA	3	0,07	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,05	1	0,02
Jujuy	10	1,30	7	0,90	6	0,77	7	0,88	10	1,25	4	0,50	5	0,61
Salta	24	1,70	11	0,77	10	0,69	22	1,50	37	2,49	10	0,67	26	1,71
Tucuman	0	0,00	0	0,00	2	0,12	2	0,11	3	0,17	1	0,06	0	0,00
NOA	34	0,60	18	0,32	18	0,31	31	0,53	50	0,85	15	0,25	31	0,51
Chubut	0	0,00	4	0,64	2	0,32	3	0,47	1	0,15	0	0,00	3	0,45
Neuquen	1	0,15	1	0,15	0	0,00	1	0,15	3	0,43	0	0,00	1	0,14
Rio Negro	1	0,13	2	0,27	0	0,00	1	0,13	1	0,13	2	0,25	5	0,63
Sur	2	0,07	7	0,24	2	0,07	5	0,16	5	0,16	2	0,06	9	0,28
Total País	**75**	**0,17**	**50**	**0,11**	**34**	**0,07**	**56**	**0,12**	**68**	**0,15**	**48**	**0,10**	**90**	**0,19**

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

Desde enero de 2026, hasta la SE actual, se notificaron un total de 30 casos de hantavirosis ubicados en las provincias de Buenos Aires (13), Salta (11), Chubut (2), Río Negro (2), Entre Ríos (1) y Jujuy (1).

La temporada actual presenta la incidencia nacional más alta en comparación con las temporadas previas, con una tasa de 0,19 casos por 100.000 habitantes, superior al promedio observado entre las temporadas 2019-2025.

A nivel regional, en la actual temporada, la tasa de incidencia más elevada corresponde a la región del NOA (0,51 casos confirmados cada 100.000 habitantes). La misma tuvo 31 casos confirmados hasta el momento, de los cuales el 83% se concentraron en Salta. Esta provincia posee la tasa de incidencia más elevada (1,71), siendo poco menos del triple que Río Negro (0,63) y Jujuy (0,61). A su vez, es casi 4 veces mayor que la de Chubut (0,45), la cuarta provincia con mayor incidencia a nivel país.

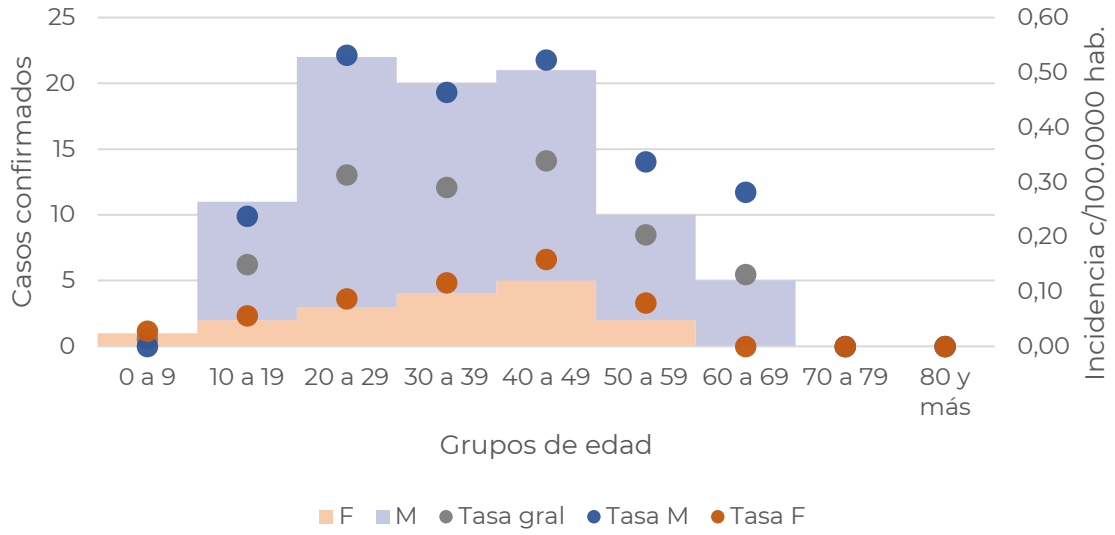
En el BEN 799 SE9[16], es posible consultar la incidencia histórica de cada temporada por provincia de los 1447 casos de hantavirosis notificados desde la SE 27/2009, junto a su distribución espacial por provincia. La descripción de los casos históricos permite caracterizar riesgos diferenciales asociados a patrones temporales, a los diferentes espacios y a la dinámica de los reservorios, así como a los patrones de exposición vinculados con las actividades desarrolladas por las personas y sus condiciones de vida.

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

Caracterización según grupos de edad

En el siguiente gráfico podemos caracterizar la distribución de los casos según sexo y grupo etario para la temporada actual.

Gráfico 7. Hantavirosis: casos confirmados y tasas cada 100.000 habitantes, según sexo y edad. Argentina, SE 27/2025 a SE11/2026. (N=90)



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

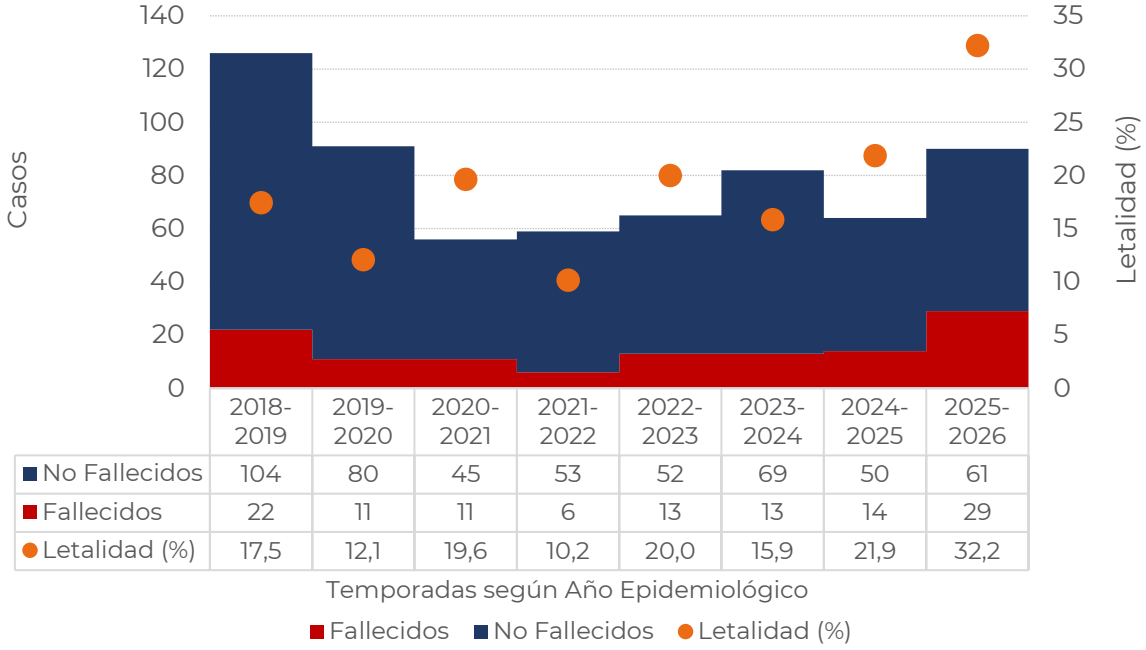
A nivel país, la mediana de edad para los casos confirmados de la temporada en curso es de 35 años, concentrándose el 70% (64) de los casos entre los 20 y los 49 años, contando estos grupos con las mayores tasas de incidencia cada 100.000 habitantes en el período.

En cuanto a la distribución de los casos por sexo, el 81% (73) 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 no fallecidos, fallecidos y letalidad según temporada. SE 27/2018 a SE 11/2026. Argentina. (N casos=633 / N fallecidos=117)

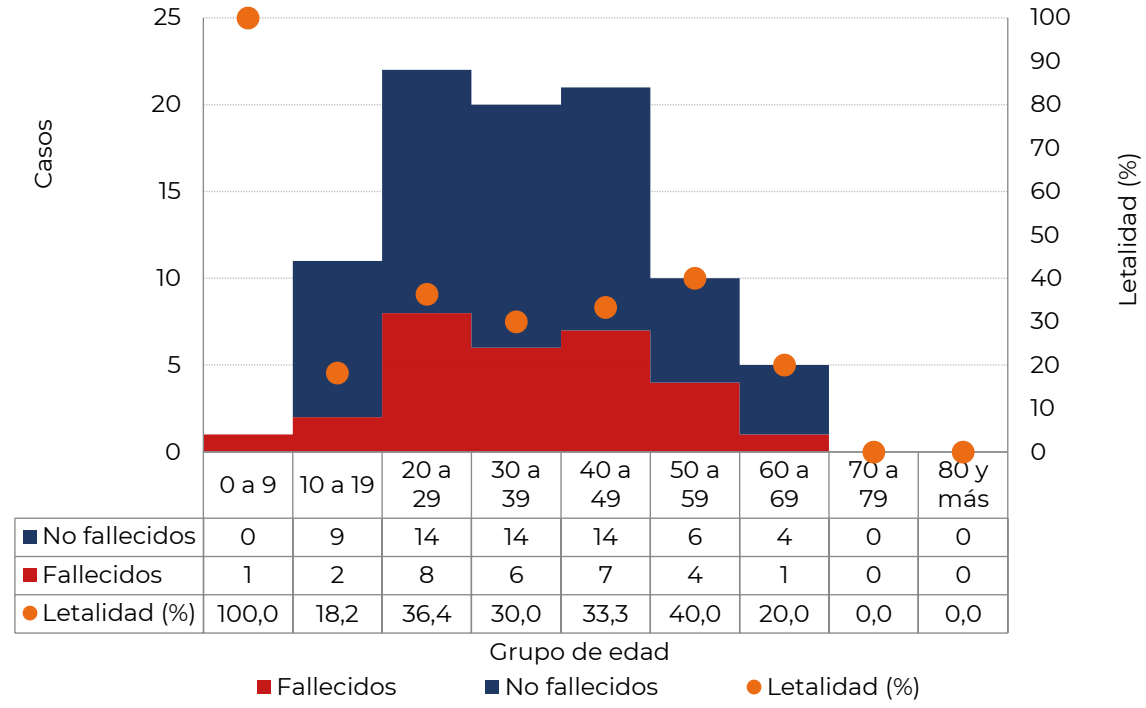


	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025	2025-2026
No Fallecidos	104	80	45	53	52	69	50	61
Fallecidos	22	11	11	6	13	13	14	29
Letalidad (%)	17,5	12,1	19,6	10,2	20,0	15,9	21,9	32,2

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

En la temporada actual hasta la SE11/2026 se notificaron 29 casos fallecidos, con una letalidad del 32,3%, más elevada respecto de las temporadas previas. Por otro lado, se elaboró el siguiente gráfico para darle mayor especificidad a las personas fallecidas en la temporada actual. Se presentan según sexo y grupo de edad.

Gráfico 9. Hantavirosis: Casos no fallecidos, fallecidos y letalidad según grupo etario. SE 27/2025 a SE 11/2026. Argentina. (N casos=90 / N fallecidos=29)



	0 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 y más
No fallecidos	0	9	14	14	14	6	4	0	0
Fallecidos	1	2	8	6	7	4	1	0	0
Letalidad (%)	100,0	18,2	36,4	30,0	33,3	40,0	20,0	0,0	0,0

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

La mediana de edad de los casos fallecidos para la temporada actual es de 35 años. Excluyendo a los menores de 10 años, cuyo único caso notificado falleció, el grupo con mayor letalidad (40%) 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 presenta una tabla, correspondiente a los fallecidos y tasas de mortalidad en el período equivalente al transcurrido para la temporada actual para los años 2019 a 2026.

Tabla 2. Hantavirosis: Casos fallecidos y tasa de mortalidad por 1.000.000 habitantes según jurisdicción y región, por temporada. Argentina, 2019 a 2026 (SE 27 a 11). (N=80)

Año epidemiológico	2019 - 2020 (SE27 a SE 11)		2020 - 2021 (SE27 a SE11)		2021 - 2022 (SE27 a SE11)		2022 - 2023 (SE27 a SE11)		2023 - 2024 (SE27 a SE11)		2024 - 2025 (SE27 a SE11)		2025 - 2026 (SE27 a SE11)	
Jurisdicción	N	Tasa	N	Tasa		Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Buenos Aires	2	0,11	2	0,11	0	0,00	3	0,17	1	0,06	3	0,16	14	0,76
Entre Ríos	1	0,33	1	0,32	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,69	1	0,69
Santa Fe	2	0,53	2	0,53	1	0,26	2	0,56	3	0,83	1	0,27	1	0,27
Centro	**5**	**0,17**	**5**	**0,02**	**1**	**0,03**	**5**	**0,17**	**4**	**0,13**	**5**	**0,16**	**16**	**0,52**
Jujuy	2	2,61	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Salta	2	1,41	2	1,40	0	0,00	3	2,04	3	2,02	2	1,33	10	6,59
Tucumán	0	0,00	0	0,00	1	0,58	0	0,00	0	0,00	1	0,56	0	0,00
NOA	**4**	**0,71**	**2**	**0,35**	**1**	**0,17**	**3**	**0,51**	**3**	**0,51**	**3**	**0,50**	**10**	**1,66**
Chubut	0	0,00	2	3,20	1	1,58	1	1,55	1	1,53	0	0,00	0	0,00
Neuquén	0	0,00	1	1,50	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,41
Río Negro	0	0,00	1	1,33	0	0,00	1	1,30	1	1,28	1	1,27	2	2,51
Sur	**0**	**0,00**	**4**	**1,36**	**1**	**0,33**	**2**	**0,66**	**2**	**0,65**	**1**	**0,32**	**3**	**0,95**
Total País	**9**	**0,20**	**11**	**0,24**	**3**	**0,07**	**10**	**0,22**	**9**	**0,19**	**9**	**0,19**	**29**	**0,61**

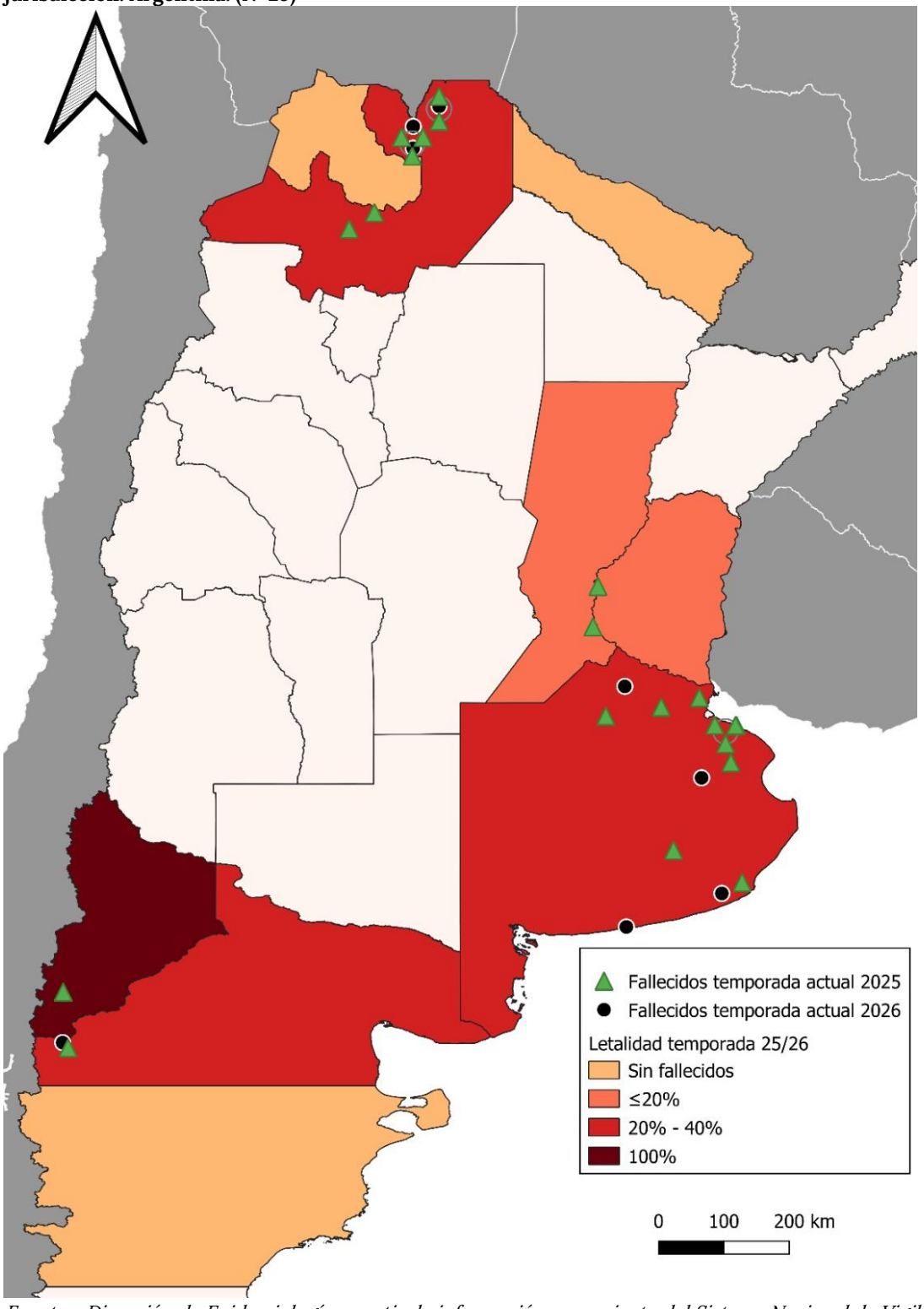
Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0
Nota: Se muestra sólo las jurisdicciones con casos

A nivel nacional, la tasa de mortalidad de la temporada actual (SE 27/2025 a SE 11/2026) es más de 3 veces mayor respecto a la temporada anterior (0,19) y la más alta de todo el periodo analizado con un total de 29 fallecidos. Para el mismo período, la región del NOA presenta la mayor tasa de mortalidad (1,66); todos los casos fallecidos de la región (10) corresponden a la provincia de Salta la cual, además, es la que mayor mortalidad presenta entre todas las jurisdicciones (6,59). La provincia que más fallecidos presenta es la provincia de Buenos Aires, con un total de 14, representando casi un 50% del total de fallecidos de la temporada en curso.

En la edición del BEN N°799 SE9,[17] ya mencionada, es posible observar la distribución espacial por incidencia y fallecidos según jurisdicción. En esta ocasión, se presenta el detalle de la concentración espacial de casos en la temporada actual, junto con la letalidad por provincia.

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

Mapa 1. Hantavirosis: Casos fallecidos desde SE27/2025 a SE 11/2026 y porcentaje de letalidad según jurisdicción. Argentina. (N=29)



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

Las jurisdicciones que presentan letalidades por encima de la media nacional, son Buenos Aires, Salta y Río Negro. Esta última con 5 casos y 2 fallecidos, mientras que Salta y Buenos Aires concentran el 82% de las muertes a nivel nacional (24). Todas estas jurisdicciones superan el

pico de letalidad promedio del país en las últimas 7 temporadas del 21,9% por al menos, 16 puntos.
Por otro lado, la provincia de Santa Fe, solo tuvo un fallecido entre sus 7 casos; mientras que Neuquén presentó un 100% de letalidad debido a su único caso confirmado. Por otro lado, Jujuy (5), Chubut (3) y Formosa (1), no tuvieron fallecidos.

VI.2.C. 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

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 embarazadas 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[18]

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.

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

[18] 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

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 6.833 casos sospechosos de coqueluche, de los cuales 1.213 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 las 11 primeras SE de 2026 se notificaron un total de 824 casos con sospecha de coqueluche, de los cuales 252 fueron confirmados. En 238 de éstos se contó con confirmación de laboratorio[19], identificándose *B. pertussis* en el 68,9% (n=238). 1 caso correspondió a *B. parapertussis* y 73 casos permanecen sin identificación de especie (*Bordetella* sp.).

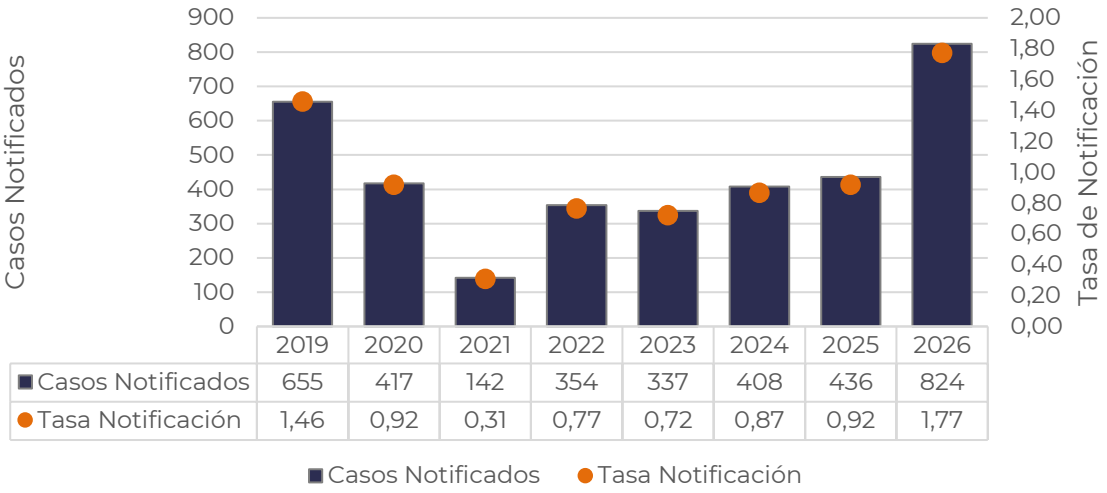
[19] Los restantes casos confirmados no cuentan con información de estudios de laboratorio en SNVS 2.0. Estos casos, se contabilizan como confirmados de acuerdo a la clasificación manual del caso, y no es posible definir si se trata de casos confirmados por laboratorio o bien de acuerdo a criterio clínico-epidemiológico

Los 252 casos confirmados superan las cifras registradas para el mismo período desde 2019, en línea con el ascenso observado durante 2025. La incidencia acumulada en las SE 1-11 es de 0,54 casos por cada 100.000 habitantes, siendo también la más alta para la SE10 desde 2019. Hasta el momento, se registraron 2 fallecimientos.

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

La tasa de notificación hasta la SE10 para el período 2019-2025 fue variable, registrando un valor mínimo en 2021. La mayor tasa de incidencia y el mayor número de notificaciones se observa en 2026, con 1,77 casos cada 100.000 habitantes, seguido por 2019, con 1,46 casos notificados cada 100.000 habitantes.

Gráfico 1. Casos notificados y tasa de notificación cada 100.00 hab. de casos con sospecha de coqueluche según año. Argentina. SE 1 a 11. Años 2019-2026.



	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Casos Notificados	655	417	142	354	337	408	436	824
Tasa Notificación	1,46	0,92	0,31	0,77	0,72	0,87	0,92	1,77

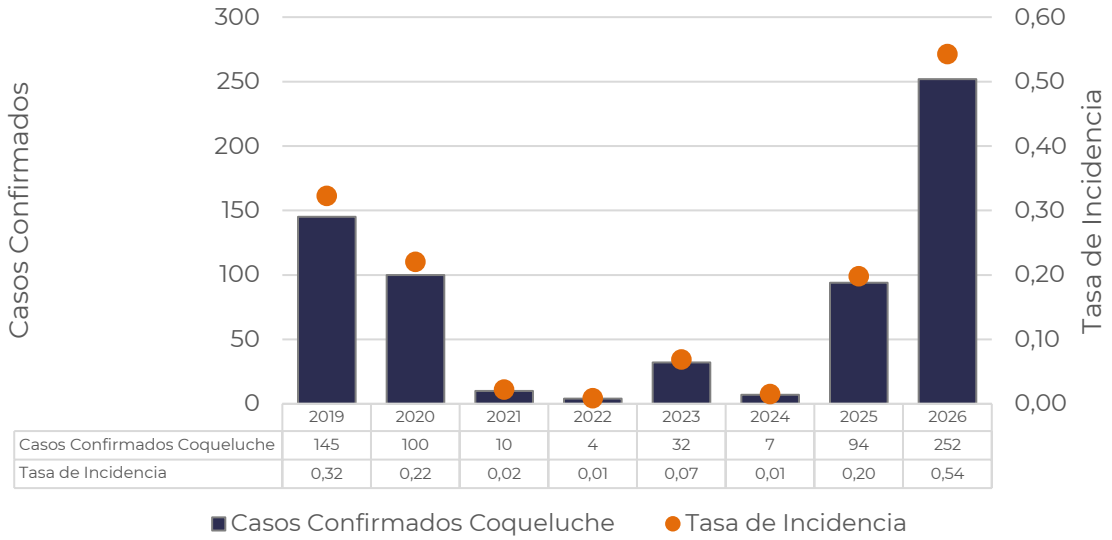
Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

En las SE 1-11 de 2026, las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche se concentraron principalmente en establecimientos de CABA (n=283) provincia de Buenos Aires (n= 183), Córdoba (n= 118), Mendoza (n=58), Salta (n=49), Santa Fe (n=44), Tierra del Fuego (n=15) y Chaco (n=14). En las 14 provincias restantes que notificaron casos sospechosos, se notificaron menos de 10 casos.[20]

Del total de notificados, se confirmaron 252 casos, lo que representa una tasa de incidencia de 0,54 casos por cada 100.000 habitantes. Si se analiza el período 2019-2026 hasta la SE11, se observa una tendencia descendente de la incidencia entre 2019 y 2022. En 2023 se observó un 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[21].

[20] Las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche según jurisdicción se analizan de acuerdo a la variable "Establecimiento de Carga" y "Provincia de Carga".
[21] 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.

Gráfico 2. Casos confirmados y tasa de incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año. Argentina. SE 1-11. Años 2019-2026.

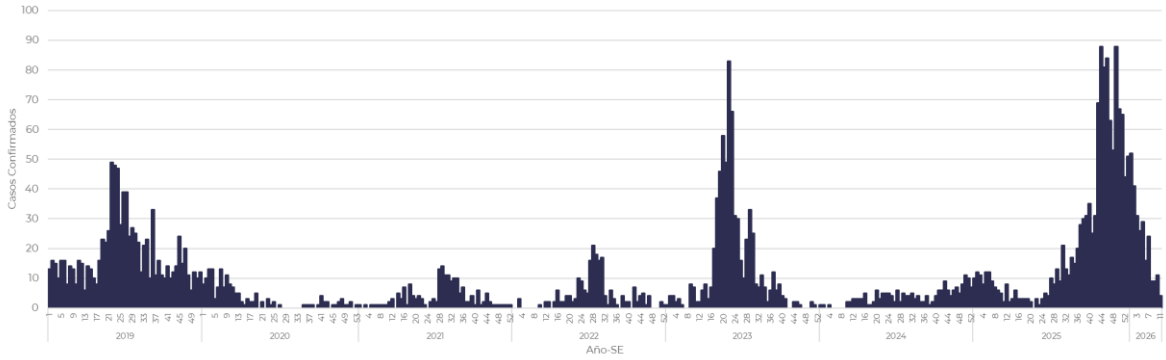


	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Casos Confirmados Coqueluche	145	100	10	4	32	7	94	252
Tasa de Incidencia	0,32	0,22	0,02	0,01	0,07	0,01	0,20	0,54

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 SE11/2026.



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

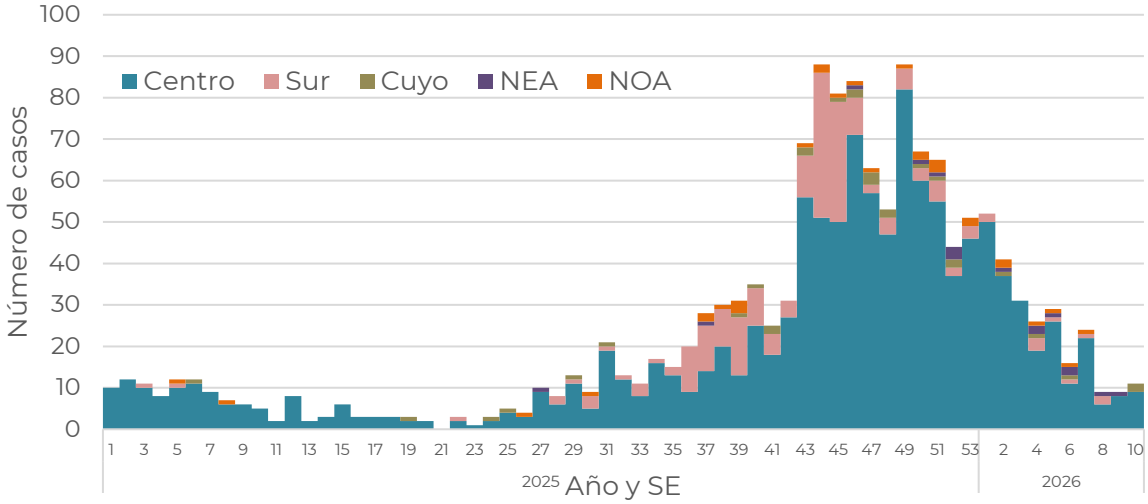
A partir de la SE 10/2024 se observan casos de coqueluche de manera sostenida, principalmente a expensas de la Región Centro. Desde la SE 43/2024 se identifica un leve incremento que alcanza un máximo en las SE 5 y 6/2025, seguido de un descenso hasta mitad del año.

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

El mayor número de casos confirmados del año se observó en las SE 44 y 49 de 2025 (n=87 y 88, respectivamente). En las últimas semanas los casos presentan una tendencia a la disminución[22].

[22] 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 4. Casos confirmados de coqueluche según SE y región. Argentina. SE 1/2025-SE11/2026.

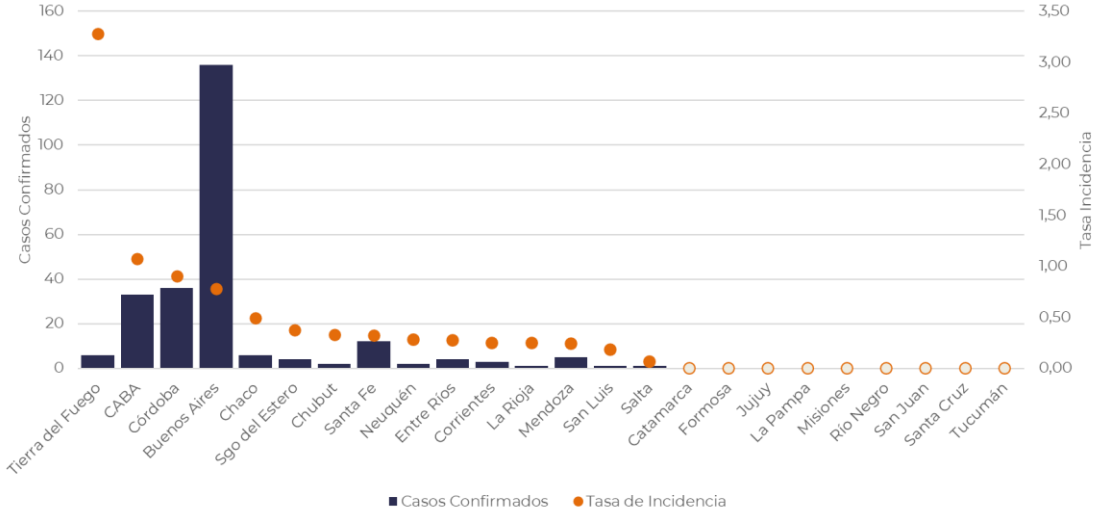


Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Durante 2025, los casos confirmados se distribuyeron en 22 jurisdicciones del país. La mayor concentración se observó en la Región Centro (n=970), con predominio de notificaciones en residentes de la provincia de Buenos Aires (n=664) y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (n=125). En la Región Sur se confirmaron 187 casos, principalmente vinculados al brote en Tierra del Fuego. En las primeras 11 semanas de 2026 los casos confirmados se registraron en 15 jurisdicciones: Buenos Aires (n=136), Córdoba (n=36), CABA (n=33), Santa Fe (n=12), Chaco (n=6), Tierra del Fuego (n=6), Mendoza (n=5), Santiago del Estero (n=4), Entre Ríos (n=4), Corrientes (n=3), Chubut (n=2), Neuquén (n=2), La Rioja (n=1), San Luis (n=1) y Salta (n=1).

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

Gráfico 5. Casos confirmados e incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año por provincia. Argentina. SE 1-11 de 2026.



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

La mayor incidencia acumulada se registró en Tierra del Fuego con 3,28 casos cada 100.000 habitantes, valor 3 veces superior al de CABA, que ocupa el segundo lugar con una IA de 1,08 casos por 100.000 habitantes. En tercer lugar, se ubica la provincia de Córdoba (0,91 casos cada 100.000 habitantes) y la provincia de Buenos Aires, que, si bien concentra el mayor número absoluto de casos, presenta una tasa de 0,78 casos por 100.000 habitantes.

A continuación, se presenta la tabla con el número de casos confirmados por año y jurisdicción, con el objetivo de describir la situación de 2025 en relación con los años previos (2019–2025) [23].

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	664
CABA	21	11	0	3	2	53	125
Catamarca	6	0	0	11	2	0	0
Chaco	5	3	0	2	0	0	4
Chubut	12	6	3	1	2	0	13
Córdoba	192	31	37	5	81	11	80
Corrientes	2	0	0	1	0	0	0
Entre Ríos	42	1	1	0	1	2	10
Formosa	2	2	0	1	0	0	2
Jujuy	2	0	3	0	2	0	1
La Pampa	8	0	0	0	0	0	6
La Rioja	1	0	0	0	25	1	3
Mendoza	241	12	17	13	25	1	18
Misiones	10	1	5	5	9	1	2
Neuquén	1	1	0	0	2	0	9
Río Negro	5	1	0	0	1	1	14
Salta	146	23	68	93	423	43	3
San Juan	3	1	0	0	0	0	4
San Luis	8	5	1	0	0	0	2
Santa Cruz	0	1	0	0	0	0	5
Santa Fe	14	5	0	7	43	5	91
Sgo del Estero	2	0	0	0	0	0	10
Tierra del Fuego	7	2	0	0	0	0	140
Tucumán	7	4	1	0	2	0	7
Total Nacional	**953**	**159**	**181**	**200**	**667**	**191**	**1213**

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

Si bien 22 jurisdicciones presentaron casos de coqueluche en 2025, el incremento observado respecto de los años anteriores se concentró en Tierra del Fuego, Buenos Aires, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba. Asimismo, se destaca lo ya señalado para 2023, cuando se registró el mayor número de casos confirmados post pandemia, a expensas fundamentalmente de las notificaciones de la provincia de Salta que aportó más del 85% de casos confirmados de *B. pertussis.* Otras provincias como Mendoza, Córdoba o Santa Fe registraron para este año un aumento de casos de coqueluche, pero con un patrón diferente, e identificación predominante de casos de *B. parapertussis* (los casos de Provincia de Buenos

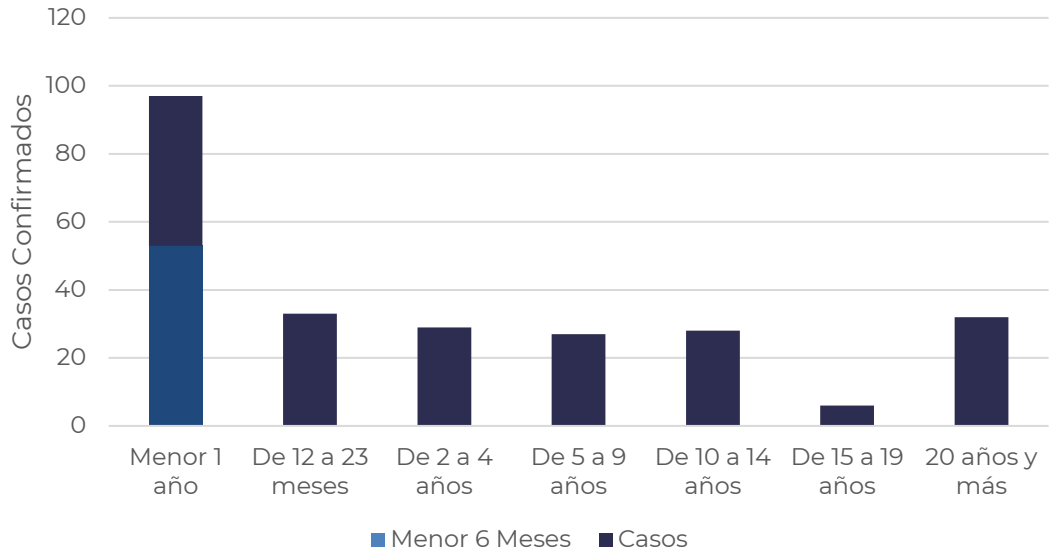
[23] La escala de colores (del verde, que indica menor número de casos, al rojo, que representa el mayor número de casos) muestran el año donde cada una de las jurisdicciones presentó el mayor número de casos de los 7 años analizados.

Aires si correspondieron predominantemente a *B.pertussis* y para *La Rioja* no se cuenta con identificación de especie*).*

VII.3.C. ANÁLISIS SEGÚN EDAD Y GRAVEDAD

En el siguiente gráfico se presentan los casos confirmados en las 11 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. SE1-11/2026.



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 38,5% de los casos confirmados en el período analizado (n=97), especialmente en el subgrupo de menores de 6 meses (n=53).

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 10 SE de 2026 se registraron 2 fallecimientos en dos personas menores de dos meses, registrándose antecedente de vacunación materna en uno de ellos.

VII.4. Coberturas de Vacunación

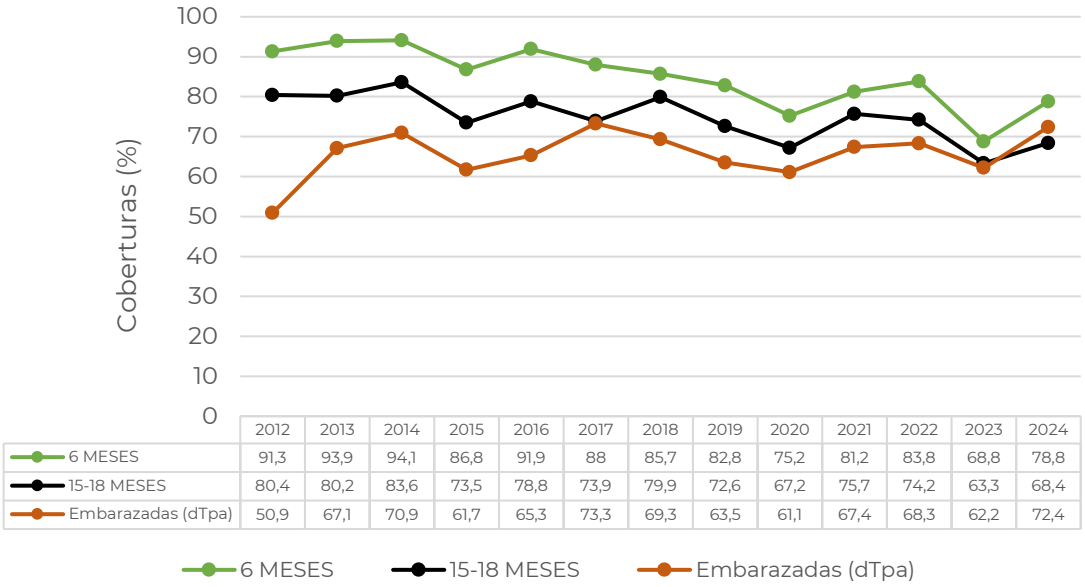
VII.4.A. COBERTURAS PARA TOTAL PAÍS

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 2026 al 25/03/2026, son:

1º dosis de Quíntuple (DTP/HB + Hib) (2 meses): 90,9%
2º dosis de Quíntuple (4 meses): 89,4%
3º dosis Quíntuple (DTP/HB + Hib) (6 meses): 84,0%
Ref Quíntuple (DTP/HB + Hib) (15 -18 meses): 71,1%
Ref DTP (5 años): 58,3% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2019 al 13/11/25: 76,8%)
Ref dTpa (11 años): 57,9% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2013 al 13/11/25: 77,6%)
Embarazadas dTpa: 82,6%

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

VII.4.B. COBERTURAS SEGÚN JURISDICCIÓN

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

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

Jurisdicción	Quíntuple /Séxtuple (dos meses)	Quíntuple /Séxtuple (cuatro meses)	Quintuple /sextuple (seis meses)	Refuerzo (15-18 meses)	Refuerzo (5 años)	Refuerzo (11 años)	Embarazada
Buenos Aires	72,70	71,3	67,6	60,8	45,2	45,9	65,6
CABA	84,6	85,8	74,8	39,9	44,7	35,6	52,7
Catamarca	91,1	91,7	86,8	69,1	65,9	71,4	85,6
Chaco	93,9	92,3	87	75,6	63,9	64,6	90,5
Chubut	93,2	93,4	88,1	78,5	60,1	62,6	86,7
Coba	89,50	88,6	82,8	76,8	60,2	61,5	83
Corrientes	92,9	88,9	80,3	62,4	51,1	50	90,6
Entre Ríos	92,5	90,9	85,6	79	51,9	62,1	90,6
Formosa	80,2	78,4	74,6	54,3	56	55,9	81,4
Jujuy	109,2	110,8	106,4	101,3	82,3	80,3	103,9
La Pampa	99	99	97	90,3	68,1	78,8	93,4
La Rioja	95,8	93,1	86,3	74	71,4	67,9	89,3
Mendoza	92,8	91,7	88,5	83,5	91,9	86,1	81,1
Misiones	97,50	92,5	80,9	61	65,7	65,1	90,7
Neuquén	96,6	94,5	91,2	88,3	85,1	84,8	92,7
Río Negro	102,4	101,6	96,6	80,2	66,3	57	95,6
Salta	94,9	92,6	88,8	84,4	91,6	95,2	89,6
San Juan	99	98,2	90,1	76,7	75,2	73	90,6
San Luis	95,7	94	91,2	93,4	82,9	80,6	91,8
Santa Cruz	96,6	94,2	91,2	78,9	77,8	72,8	96,2
Santa Fe	89,6	89,2	85,3	70,3	60	60,7	82,6
S. del Estero	93,6	91,1	83	68,5	54,8	62,6	88
T. del Fuego	102	105,7	98,5	103,6	73,4	74,7	99,1
Tucumán	89,9	88,9	85,9	81,4	71,7	72,6	81,4

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-

VIII. Vigilancia de Influenza Aviar

VIII.1. Introducción

La influenza aviar es una enfermedad viral de distribución mundial altamente contagiosa que afecta a aves de corral, traspatio y silvestres, causada por subtipos de Influenza A (como H5N1, H5N3, H5N8). Las aves acuáticas silvestres son reservorios importantes del virus, y las aves de corral pueden infectarse por contacto con aves silvestres.
En general, las múltiples cepas del virus de influenza aviar pueden clasificarse en dos categorías en función de la gravedad de la enfermedad en las aves de corral:

- **Influenza aviar de baja patogenicidad (IABP)** que, típicamente, causa pocos o ningún signo clínico;
- **Influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP)** que puede causar signos clínicos graves y, potencialmente, altos índices de mortalidad.

En los últimos años, se ha observado un aumento de detección del virus A(H5N1) en mamíferos terrestres y marinos en las Américas, tanto salvajes como domésticos, como ganado bovino en los Estados Unidos.
Aunque las infecciones humanas son poco frecuentes, ocurren principalmente tras contacto directo con animales infectados o sus entornos contaminados.
No se ha registrado transmisión sostenida entre personas, pero debido a la capacidad del virus para evolucionar, es fundamental el monitoreo de la infección en humanos expuestos. La enfermedad puede presentar síntomas leves o graves, como fiebre, tos, mialgias, y en casos más severos, neumonía y compromiso multiorgánico.

VIII.2. Situación internacional[24]

Tras su introducción en América del Norte en 2021 y su posterior propagación a Centroamérica y América del Sur en 2022 a través de rutas migratorias de aves acuáticas, se han continuado reportando detecciones de la influenza A(H5N1) en todo el continente. Entre la semana epidemiológica (SE) 2 del 2022 y la SE 9 del 2026, un total de 21 países y territorios de las Américas han notificado 5.744 brotes de influenza A(H5N1) en diversas especies de aves y mamíferos.

Entre el 1 de enero del 2025 y el 9 de marzo del 2026, se registraron detecciones de influenza A(H5N1) en 37 especies de mamíferos en dos países y en 94 especies de aves en 11 países y territorios de América. Los informes durante 2025 indican un descenso en la detección entre aves silvestres desde mediados del 2025, con una creciente predominancia de brotes en aves de corral y otras aves domésticas. Se han reportado menos brotes de mamíferos desde marzo del 2025. Además, entre octubre del 2025 y febrero del 2026, la actividad de brotes animales se ha concentrado en América del Norte, con niveles más bajos de actividad reportada en América del Sur. No obstante, estos hallazgos confirman la circulación continua del virus en poblaciones animales y las implicaciones para la salud pública.

Entre el 20 de abril del 2022 y el 9 de marzo del 2026, se notificaron un total de 75 infecciones humanas causadas por el virus de la influenza aviar A(H5N1), incluidas dos muertes, en cinco países de las Américas, sin casos adicionales desde la última actualización epidemiológica de la OPS/OMS sobre la influenza aviar publicada el 24 de noviembre del 2025.

[24] https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-influenza-aviar-ah5n1-region-americas-11-marzo-2026

En Uruguay, el Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca, a través de la Dirección General de Servicios Ganaderos (DGSG), resolvió declarar la emergencia sanitaria en todo el territorio nacional ante el hallazgo de Influenza Aviar de alta patogenicidad H5 en especies silvestres en los departamentos de Maldonado, Rocha y Canelones.[25]

En Chile, actualmente, ya son seis las regiones del país con focos de influenza aviar en aves de traspatio y silvestres en traspatio: Valparaíso, Metropolitana, O' Higgins, La Araucanía, Maule y Magallanes.[26]

VIII.3. Situación de Influenza Aviar en Argentina

VIII.3.A. ANTECEDENTES

En el Boletín Epidemiológico Nacional N°778, SE 41 DE 2025, se podrá observar la situación epidemiológica de influenza aviar al año 2025 BEN 778 SE 41 de 2025.

VIII.3.B. SITUACIÓN ACTUAL DE BROTES DE IAAP EN ANIMALES (2026)[27]

Durante el año 2026, el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) confirmó al momento en Argentina un total de veinte (21) brotes de influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP) en las jurisdicciones de Buenos Aires, CABA, Córdoba y Río Negro.

En la provincia de Buenos Aires, se reportaron casos entre el 21 de febrero hasta el 22 de marzo en aves de corral, aves de traspatio y aves silvestres en las localidades de Ranchos (2), Lobos, Indacochea, Navarro, Chascomús, Mar del Plata, Las Flores, Bolívar, Azul, Gral. Alvear, Ayacucho, Alberti (2) y en Reserva Laguna La Salada Grande.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el 26 de febrero SENASA confirmó IAAP en la Reserva Ecológica Costanera Sur, tras analizar muestras en cisnes coscoroba Sur.

En la provincia de Córdoba se registraron tres brotes, los mismos fueron notificados entre el 1 de marzo al 20 de marzo en aves de corral y traspatio en las localidades de Ordóñez, Alejo Ledesma y Los Zorros.

En la provincia de Río Negro se notificaron dos brotes en la localidad de Cervantes en aves de traspatio entre el 13 y 20 de marzo.

Todas las muestras fueron analizadas por el Laboratorio Oficial de la Dirección General de Laboratorios y Control Técnico, de SENASA resultando positivas para IAAP H5 clado 2.3.4.4.4.

VIII.3.C.SITUACIÓN ACTUAL NACIONAL DE VIGILANCIA DE LA INTERFASE HUMANO-ANIMAL (2026)

Las personas en riesgo de contraer infecciones son aquellas expuestas, directa o indirectamente, a animales infectados (domésticos, silvestres o en cautiverio), por ejemplo, tenedores de aves que mantienen contacto estrecho y regular con aves infectadas o durante el sacrificio o la limpieza desinfección de las granjas afectadas.

En Argentina, de acuerdo con las recomendaciones regionales, se realiza la identificación temprana de las personas expuestas (en contacto con aves enfermas o muertas en contextos de

[25] https://www.gub.uy/ministerio-ganaderia-agricultura-pesca/comunicacion/noticias/mgap-declara-emergencia-sanitaria-nacional-influenza-aviar-h5
[26] https://www.sag.gob.cl/noticias/sag-confirma-nuevos-casos-de-influenza-aviar-en-traspatios-en-magallanes-y-maule-y-refuerza-llamado-la-prevencion
[27] https://www.argentina.gob.ar/senasa/situacion-epidemiologica

brotes de Influenza Aviar) y su seguimiento durante 10 días para identificar posibles casos sospechosos (aquellos que presenten síntomas dentro del período de seguimiento).

A continuación, se presenta la información notificada sobre personas expuestas y casos sospechosos identificados y estudiados hasta la fecha, registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia. A la fecha se registraron un total de 75 personas expuestas durante 2026 (12 continúan en seguimiento).

El Laboratorio Nacional de Referencia descartó la infección por virus Influenza en seis personas con sintomatología compatible. Una de las personas, se trató de un trabajador que había tenido contacto con huevos provenientes de una granja afectada en Lobos de la provincia de Buenos Aires, en el que el LNR pudo identificar HCoV-NL63. Las otras cinco personas, estuvieron relacionadas a otro brote de Buenos Aires; se trataron de trabajadores de un establecimiento de reproductores padres pesados ubicado en la localidad bonaerense de Bolívar.

Tabla 1. Resultados de seguimiento de personas expuestas a IAAP según jurisdicción. Año 2026. Argentina. Actualizado al 30/03/2026

Jurisdicción de Carga	Personas Expuestas		Casos Sospechosos	
	En Seguimiento	Finalizó Seguimiento	Continúan como sospechosos	Descartados
Buenos Aires	6	35	0	6
CABA	0	12	0	0
Córdoba	5	10	0	0
Río Negro	1	0	0	0
TOTAL	12	57	0	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

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

En Argentina, el manejo de un foco de influenza aviar sigue un protocolo interinstitucional liderado principalmente por el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA), con participación del Ministerio de Salud de la Nación y autoridades provinciales

Desde su rol de rectoría, la cartera sanitaria nacional acompaña a las jurisdicciones para fortalecer la vigilancia epidemiológica y la obtención de información oportuna sobre las personas expuestas y en contacto con los animales enfermos. En este sentido, hay una comunicación sistemática con el SENASA, dicha Institución informa sobre los focos animales y se apoya a las jurisdicciones en la realización de la búsqueda activa de casos humanos en las personas expuestas, realizando un monitoreo de síntomas respiratorios durante 10 días.

El servicio de Virosis Respiratorias del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas INEI-ANLIS “Carlos G. Malbrán”, como Laboratorio Nacional de Referencia, es el responsable del diagnóstico virológico de los casos humanos sospechosos, adonde llegan las muestras a través de un sistema de transporte garantizado por ANLIS Malbrán mediante el Centro Nacional de Redes de Laboratorios. En este marco, y para el procesamiento seguro de muestras con potencial riesgo biológico elevado, puede requerirse la utilización de instalaciones de bioseguridad de alto nivel, como el laboratorio de bioseguridad nivel 4 (BSL-4) de la UOCCB. Estas instalaciones permiten realizar procedimientos de manipulación, análisis y

caracterización de agentes virales emergentes o altamente patógenos bajo estrictas condiciones de contención, protegiendo tanto al personal de laboratorio como al ambiente. Su disponibilidad fortalece la capacidad del sistema nacional de vigilancia y diagnóstico para la detección oportuna de virus de influenza aviar y otros patógenos emergentes, asegurando el cumplimiento de las normas de bioseguridad durante el procesamiento de muestras provenientes de casos sospechosos o investigaciones epidemiológicas.

El trabajo interinstitucional entre los equipos de salud animal y humana es fundamental para la realización de la investigación epidemiológica y la implementación de medidas de control.

VIII.5. Medidas de Vigilancia, prevención y control ante un brote de influenza aviar

- Todas las personas expuestas estarán bajo vigilancia para detectar de manera temprana los casos sospechosos de infección.
- Realizar monitoreo diario de síntomas de personas expuestas hasta el décimo día inclusive luego del último contacto con animales infectados o entornos posiblemente contaminados. Las personas expuestas deben ser instruidas para detectar tempranamente los síntomas.
- No se requiere el aislamiento de personas expuestas mientras permanecen asintomáticas.
- Los casos expuestos a influenza aviar deberán notificarse al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud dentro de las 24 hs. al evento correspondiente.
- Las personas involucradas en las tareas de control de foco en los establecimientos deben utilizar un equipo de protección personal adecuado y evitar el contacto directo sin protección con animales enfermos o muertos, cadáveres, heces y ambientes potencialmente contaminados. El EPP recomendado incluye mameluco descartable, gafas o antiparras, barbijo N95, botas o cubre calzados y guantes de látex, nitrilo o vinilo.
- La indicación de quimioprofilaxis post-exposición se fundamenta en una evaluación integral del riesgo: El uso de oseltamivir puede considerarse en personas asintomáticas con alto riesgo de exposición (contacto directo con aves o animales confirmados con influenza aviar, así como quienes participan en actividades de muestreo, captura, eliminación de animales infectados o desinfección de ambientes contaminados con hallazgos positivos de influenza aviar), sin utilizar equipo de protección personal (EPP) o con uso inadecuado del mismo.
- En caso de indicarse profilaxis, se recomienda iniciarla lo antes posible, preferentemente dentro de las primeras 48 horas posteriores a la exposición.
- Para mayor información sobre las recomendaciones, esquemas de dosificación y consideraciones de oseltamivir, se sugiere consultar: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/250717_comunicacion_epidemiologica-17-julio-influenza-aviar.pdf

VIII.6. Recomendaciones para la población

- Evitar el contacto con aves y/o mamíferos sospechosos o muertos.
- No tocar superficies que podrían estar contaminadas con saliva, mucosa o heces de aves silvestres o de corral.

- Cualquier persona que encuentre aves silvestres o domésticas con sintomatología nerviosa, respiratoria o digestiva, o muertas, deberá ponerse en contacto con las autoridades del SENASA inmediatamente.
- Ante sospechas, se debe contactar a la oficina más cercana–por teléfono o personalmente-; Whatsapp, al (11) 5700-5704; por correo electrónico a notificaciones@senasa.gob.ar; a través del Formulario Avisá al Senasa, disponible en el sitio web oficial (Link: Avisá al Senasa Sanidad Animal | Argentina.gob.ar). Para más información, ingresar en el Micrositio del Senasa. https://www.argentina.gob.ar/senasa
- Seguir las recomendaciones generales para la prevención y control de la transmisión de las infecciones respiratorias agudas: lavado de manos frecuente con agua y jabón, cubrir la boca y la nariz al toser y estornudar; lavarse las manos frecuentemente, no compartir cubiertos ni vasos, ventilar los ambientes, no acudir a actividades laborales o educativas mientras está enfermo.
- Si bien no hay una vacuna específica para la influenza aviar se recomienda que las personas con indicación de vacuna antigripal según los lineamientos nacionales se vacunen oportunamente.
- Es importante destacar que la enfermedad no se transmite a las personas por el consumo de huevos, carne aviar y subproductos aviares.

VIII.7. Vigilancia epidemiológica

VIII.7.A. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN HUMANOS

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

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

Definiciones de caso:

Persona expuesta a Influenza Aviar: Toda persona que haya tenido exposición[28] a animales enfermos o muertos, o sus entornos contaminados con excreciones (heces, sangre, secreciones respiratorias, etc.), en una zona[29] donde hubo un brote de Influenza AH5 en aves u otros animales en los últimos 10 días y sin uso adecuado de equipo de protección personal.[30]

[28] Las exposiciones pueden incluir: permanecer en el mismo espacio cerrado (< 2 metros), tocar o manipular aves infectadas o haber tenido contacto directo con superficies contaminadas.
[29] Se tomará como "zona donde hubo un brote" a lo comprendida por foco, perifoco y vigilancia definida por el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA).
[30] Las personas intervinientes en las tareas de control de foco que hayan utilizado EPP en forma adecuada deberán realizar auto monitoreo de síntomas e informar a la autoridad sanitaria en caso de presentar síntomas dentro de los 10 días de la última exposición de riesgo.

Caso sospechoso de Influenza Aviar: Toda persona expuesta a influenza a aviar que presenta -dentro de los 10 días de la última exposición- inicio agudo de al menos uno de los siguientes síntomas: tos, dolor de garganta, coriza, dificultad para respirar, conjuntivitis; con o sin fiebre.[31]

Notificación

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

Grupo de eventos: Infecciones respiratorias agudas

-Modalidad: Nominal

-Periodicidad: Inmediata

-Estrategia: universal.

-Componentes que participan en la vigilancia: Epidemiológico, clínico y laboratorio.

-Evento: Influenza Aviar: expuestos a animales sospechosos o confirmados de gripe aviar.

Identificación del Operativo

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

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

Toma de muestra en humanos

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

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

Las muestras recomendadas son del mismo tipo de muestras que se utilizan para la vigilancia de rutina de influenza. El hisopo nasofaríngeo es el método óptimo de recolección de muestras para las pruebas de diagnóstico de influenza. Sin embargo, se puede recolectar una muestra combinada de hisopado nasal y faríngeo o muestras de aspirado. En casos sospechosos de influenza A(H5) con síntomas de conjuntivitis se sugiere, adicional al hisopado nasofaríngeo, considerar la toma de hisopado conjuntival. Se debe usar un hisopo estéril de dacrón/nylon

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

para la recolección de muestras. No se recomiendan los hisopos con punta de algodón y con madera, ya que interfieren en el procesamiento de la muestra e inhiben las reacciones de diagnóstico molecular. Los hisopos deben colocarse en un tubo de transporte viral que contenga 2 ml de medio de transporte viral estéril y transportarse en el mismo tubo con medio de transporte viral (MTV), o en su defecto, solución fisiológica estéril de uso parenteral. Se recomienda la recolección de muestras dentro de los cuatro días posteriores a la aparición de los síntomas para obtener el mayor rendimiento del virus de la influenza y una mejor detección. Las muestras deben mantenerse refrigeradas (4-8°C) y enviarse en triple envase de seguridad al laboratorio, junto con una copia de la ficha epidemiológica correspondiente.

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

ACTUALIZACIONES **PERIODICAS**

IX. Hepatitis A - Informe epidemiológico

IX.1. Introducción

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

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

A diferencia de otras hepatitis virales (B y C), no presenta formas crónicas, pero puede generar cuadros clínicos graves como la hepatitis fulminante, especialmente en población pediátrica no inmunizada. En Argentina, fue la principal causa de insuficiencia hepática fulminante en menores de 10 años hasta el 2005, año en el que se incorporó la vacuna contra la Hepatitis A al Calendario Nacional de Vacunación[32,33].

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

Hay factores que influyen en el aumento de la trasmisión de Hepatitis A:

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

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

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

La inclusión y actualización de la situación de hepatitis A en el Boletín Epidemiológico Nacional reafirma el valor estratégico de sostener una vigilancia que no se limita a notificar eventos, sino que investiga, analiza, integra y devuelve información útil para la acción a modo de retroalimentación. En este sentido, la publicación periódica de estos contenidos expresa una decisión concreta del Ministerio de Salud de la Nación de profundizar el conocimiento sobre eventos relevantes, ampliar las perspectivas de análisis y fortalecer una respuesta oportuna,

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

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

articulada y orientada a la protección de la salud. Este trabajo, que se apoya en una lógica intersectorial y transversal, permite no solo visibilizar la situación epidemiológica, sino también jerarquizar las acciones de prevención, cuidado y respuesta, consolidando al BEN como una herramienta central para la construcción de una vigilancia más activa, más integrada y con mayor capacidad de anticipación e intervención.

IX.2. Situación de Hepatitis A en Argentina

IX.2.A. NOTA METODOLÓGICA

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

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

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

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

IX.2.B. ANTECEDENTES

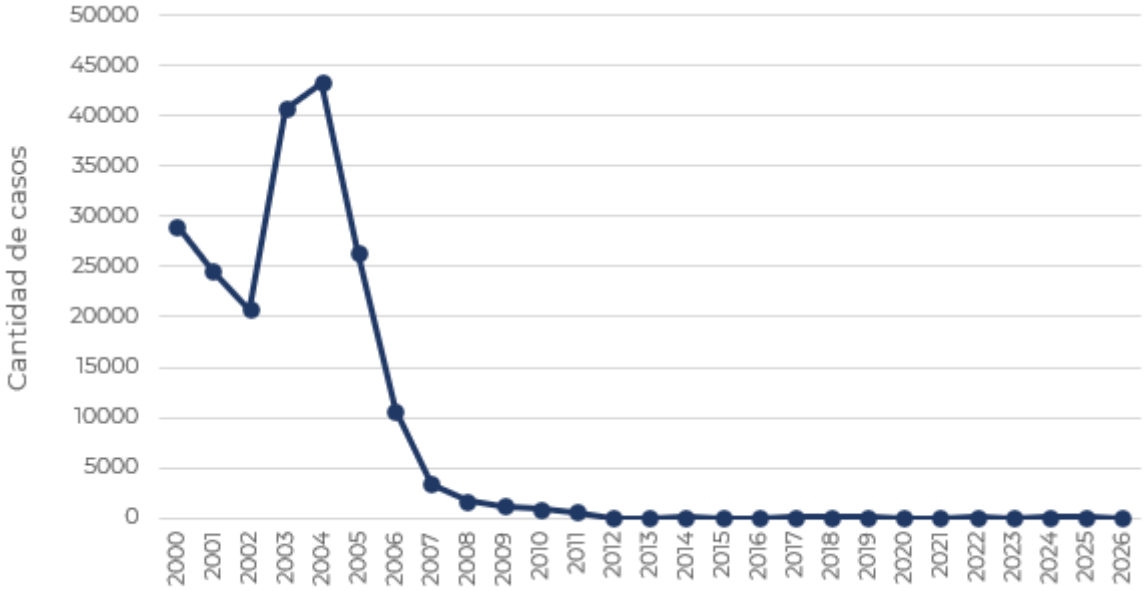
Previo a la introducción de la vacunación universal contra hepatitis A en 2005, Argentina se encontraba en un escenario de endemicidad intermedio a alto, con circulación sostenida del virus y elevada carga de enfermedad pediátrica. Durante el período 2003-2004 se presentó un brote de alcance nacional con un incremento significativo de la tasa de infección. En ese contexto, el virus de la hepatitis A provocó más de 40.000 casos anuales notificados y fue la principal causa de insuficiencia hepática aguda y trasplante hepático en niños, explicando cerca del 50% de los trasplantes pediátricos.

La incorporación de una dosis única de vacuna al año de vida al Calendario Nacional en 2005 produjo un gran impacto epidemiológico:

- La incidencia nacional cayó a niveles de baja endemicidad, pasando de más de 113 casos cada 100.000 habitantes en el año 2004 a 0,25 casos cada 100.000 habitantes en 2025
- El promedio de casos entre 2018 y 2024 -excluyendo 2020 y 2021- fue de 55 casos y la mediana de 57.
- El último trasplante hepático por hepatitis fulminante por VHA fue en 2007.

A continuación, se presenta un gráfico con los casos confirmados en Argentina desde el año 2000 hasta la SE 10/2026.

Gráfico 1. Casos confirmados de Hepatitis A. Argentina, período SE 01/2000- SE 10/2026. (n= 203.833)



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 1.0 y 2.0)

A partir de 2012 el número de casos fue lo suficientemente bajo como para cambiar de modalidad de vigilancia a una vigilancia nominal de casos confirmados en los que se consignó como resultado de laboratorio una IgM+ / -. Si bien el número de casos es sostenidamente bajo, también se empezó a observar una tendencia en aumento a expensas de situaciones epidemiológicas diferentes a las que se daban antes de la incorporación de la vacuna:

1) aumento de casos esporádicos en población adulta susceptible, cuya hipótesis es que está mayoritariamente vincuada con la transmisión sexual de hombres que tienen sexo con hombres;

2) brotes localizados en escenarios de endemicidad residual, con afectación pediátrica, asociadas a condiciones socio ambientales deficientes (2014 y 2025).

IX.2.C. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE 2025

Durante el año 2025 se notificaron 118 casos confirmados por laboratorio de hepatitis A en el SNVS 2.0 en todo el país. Los mismos se ubicaron en la región Centro, con 70 casos confirmados: CABA (26), Buenos Aires (19), Córdoba (14) y Santa Fe (11). Por su parte, en la región del NOA se notificaron 27 casos confirmados: Jujuy (4), Salta (19) y Tucumán (4). El resto de los casos se notificaron en Mendoza (2), San Juan (1), San Luis (3), Chaco (1), Formosa (6), Chubut (3), Río Negro (1) y Neuquén (4).

Tabla 1. Hepatitis A: casos confirmados por jurisdicción y año e índice epidémico, Argentina. SE 1 a 53 de 2020 a 2025 (n=299).

Jurisdicción	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Índice epidémico acumulado
Buenos Aires	0	1	15	13	11	19	1,7 ↑
CABA	4	2	13	5	24	26	5,2 ↑
Córdoba	1	3	10	3	5	14	4,7 ↑
Entre Ríos	0	0	0	0	1	0	-
Santa Fe	2	0	4	4	5	11	2,8 ↑
Centro	7	6	42	25	46	70	2,8 ↑
Mendoza	3	0	1	0	11	2	-
San Juan	0	0	0	0	1	1	-
San Luis	0	1	0	0	0	3	-
Cuyo	3	1	1	0	12	6	6 ↑
Chaco	0	0	1	0	0	1	-
Corrientes	0	0	1	0	0	0	-
Formosa	0	0	1	0	0	6	-
Misiones	0	0	0	0	1	0	-
NEA	0	0	3	0	1	7	-
Catamarca	0	0	0	0	0	0	-
Jujuy	0	0	2	1	3	4	-
La Rioja	0	0	0	0	0	0	-
Salta	4	1	4	2	5	19	4,8 ↑
Sgo del Estero	0	0	0	0	0	0	-
Tucumán	0	0	0	4	0	4	-
NOA	4	1	6	7	8	27	4,5 ↑
Chubut	0	0	0	0	0	3	-
La Pampa	0	0	0	0	0	0	-
Neuquén	0	1	2	0	1	4	-
Río Negro	1	0	1	0	1	1	-
Santa Cruz	0	1	0	0	0	0	-
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0	-
Sur	1	2	3	0	2	8	4 ↑
Total general	15	10	55	32	69	118	3,7 ↑

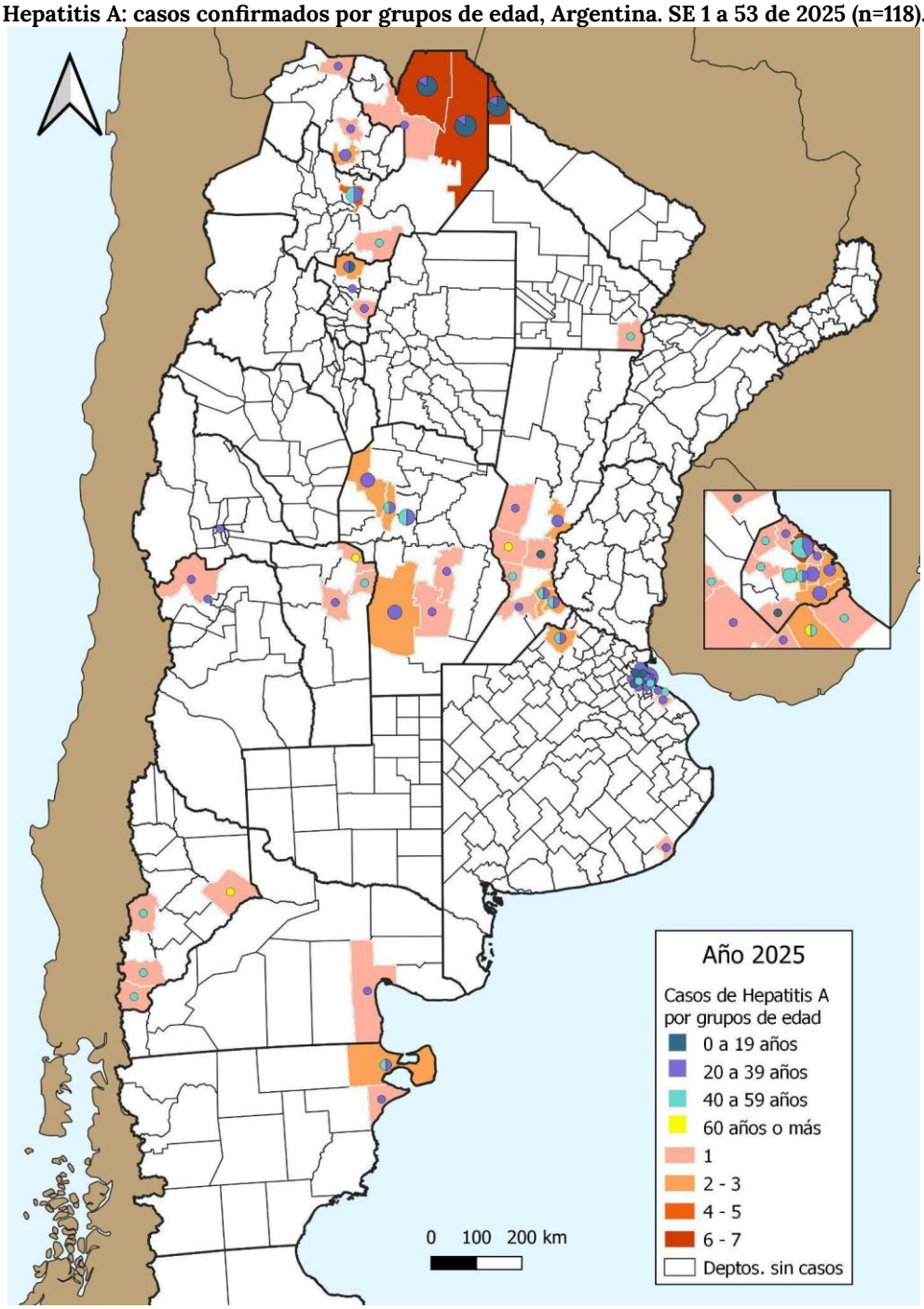
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

Se observa en la tabla precedente que la situación del 2025 en relación con el período previo está vinculada con jurisdicciones específicas, que fueron incrementando su notificación desde el año 2020 hasta la actualidad. Esto se constata a través de los índices epidémicos elevados en CABA, Salta, Córdoba, Santa Fe, Buenos Aires que, con sus casos notificados en particular en 2025, dan cuenta de un incremento en el total país de 3,7 veces más que el promedio de los últimos 5 años.

Por lo dicho, se puede concluir que, en el contexto de la vigilancia epidemiológica, se ha observado una variación en la incidencia de hepatitis A en los últimos años. Durante el quinquenio 2020-2024, se notificó un promedio de 31 casos anuales, con un mínimo de 10 en 2021 y un máximo de 69 en 2024. En 2025, la cantidad de casos confirmados se encuentra por encima de los valores esperados. Desde la última actualización del evento (SE 25 de 2025) a la actual, se han confirmado 49 casos de hepatitis A.

A continuación, se presenta un mapa de la cantidad de casos confirmados del año 2025 a nivel de departamento y la distribución según grupos de edad a través de un gráfico de torta (Mapa 1).

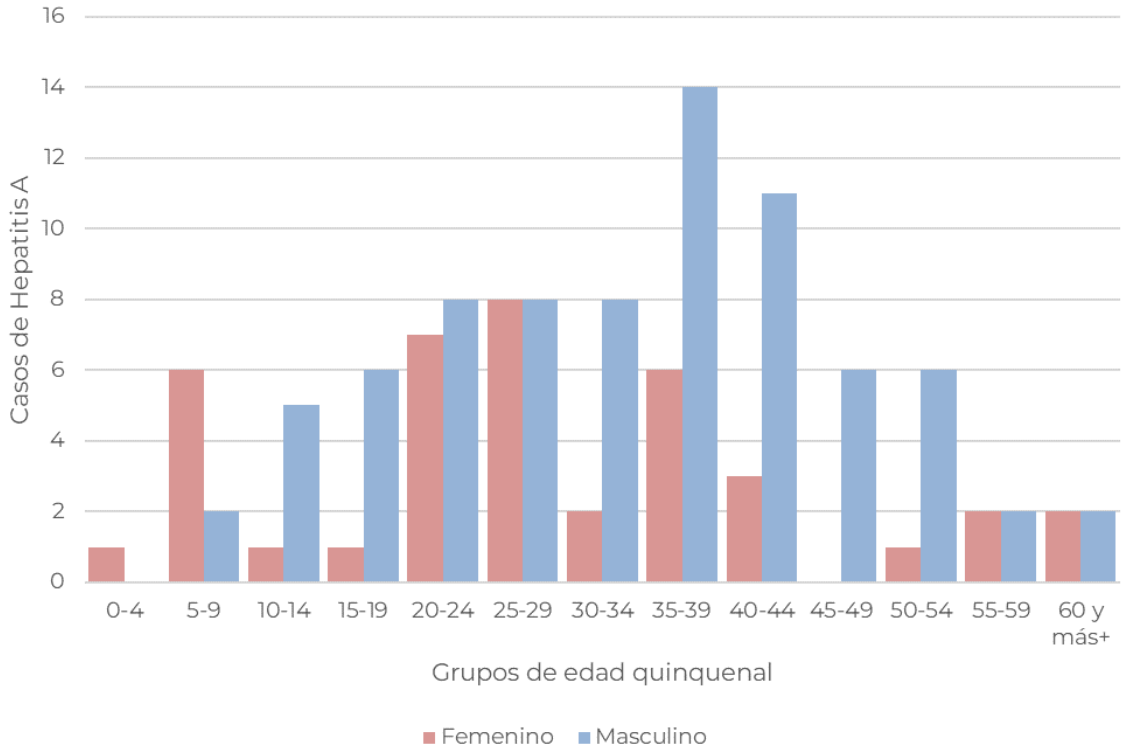
Mapa 1. Hepatitis A: casos confirmados por grupos de edad, Argentina. SE 1 a 53 de 2025 (n=118).



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

En el año 2025, los casos en el grupo de edad de 0 a 19 años se concentraron en los departamentos de General José de San Martín (5) y Rivadavia (6) de Salta, y Ramón Lista (5) de Formosa. Por otro lado, los casos del grupo de edad de 20 a 39 años se encuentran mayoritariamente en la región Centro, en las comunas 3 (3), 4 (3) y 14 (3) de CABA, y los departamentos Cruz del Eje (3) y Río Cuarto (3) de Córdoba (Mapa 1).

Gráfico 2. Hepatitis A: casos confirmados por grupo de edad quinquenal y sexo. Argentina, período SE1/2025- SE 53/2025. (n=118)



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

Con respecto a la edad, el 70% de los casos se concentra en el grupo etario de 15 a 44 años, con predominio del sexo masculino. Sin embargo, en el subgrupo de 20 a 29 años se observa una distribución por sexo similar.

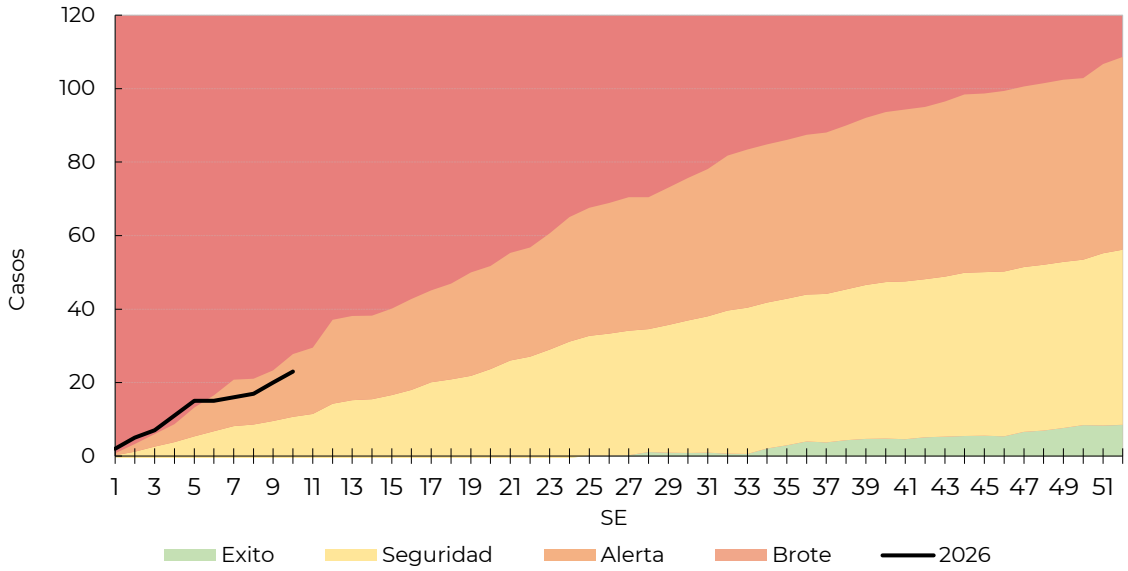
IX.2.D. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE 2026

Hasta la SE 10/2026 se notificaron 23 casos, en las siguientes jurisdicciones: Salta (6), CABA (6), Buenos Aires (3), Santa Fe (3), Córdoba (1), San Juan (1), Chaco (1), Rio Negro (1) y Mendoza (1).

En relación a la edad, la mayor cantidad de casos se concentra en los grupos de edad de 20 a 39 años (16), seguido de 40 a 59 años (5) y 0 a 19 años (2). En lo que refiere a la distribución por sexo, el 65% de los casos corresponden al sexo masculino.

A continuación, se presenta el siguiente gráfico del corredor endémico acumulado de casos de Hepatitis A en el periodo comprendido entre el 2021 a la SE 10/2026, y se observa que se encuentra en zona de alerta.

Gráfico 3. Hepatitis A: corredor endémico acumulado de casos. Argentina, período 2021-2026.



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

IX.2.E. VIGILANCIA MOLECULAR HAV DE 2025

Hasta la SE 53 del 2025 se derivaron al Laboratorio Nacional de Referencia para Hepatitis Virales INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" muestras de suero y/o materia fecal de 71 pacientes (68% masculinos, edad mediana 28 años, rango 5-80) con diagnóstico de Hepatitis A (antiHAV-IgM reactivo) para la caracterización molecular del virus de hepatitis A (HAV). Se analizó la región VP1/2A (349 pares de bases). Los productos de RT-Nested-PCR fueron secuenciados y analizados con programas filogenéticos.

De las 71 muestras recibidas, **58 fueron detectables**. De estas últimas, **56 fueron clasificadas dentro del subgenotipo IA**, agrupándose en tres clados filogenéticos diferenciados:

Clado A (24 muestras): Todas las secuencias muestran alta identidad (mayor al 97%) con la cepa de referencia *wild-type* GBM. Dentro de este clado se identificaron dos subclados.

- Uno de ellos incluyó 8 casos correspondientes a un brote en las provincias de Salta (2) y Formosa (6), de los cuales 7 correspondieron a población pediátrica.
- El otro subclado incluyó 16 casos, correspondientes a individuos con antecedente de viaje al NOA, Bolivia, Brasil y Chile; 13 de ellos adultos, 6 de sexo masculino, detectados en las provincias de Buenos Aires (5), CABA (1), Córdoba (4), Jujuy (2), Mendoza (1), Salta (1), Santa Fe (1) y Chubut (1).

Clado B (25 muestras): todas las secuencias muestran alta identidad (mayor a 99%) con la variante VRD_521_2016, asociada a brotes en HSH en Europa. Las muestras, todas de adultos masculinos, provinieron de CABA (13), Buenos Aires (3), Mendoza (4), Córdoba (4) y Santa Fe (1). 15 de ellos reportaron prácticas sexuales HSH.

Clado C (7 muestras): detectado en individuos adultos, cinco mujeres con antecedente de viaje reciente a Cuba, con residencia en las provincias de Córdoba (3), Jujuy (1), Neuquén (1) y Santa Fe (1).

Una muestra de un paciente extranjero residente en CABA con antecedente de viaje a la India que refiere antecedente de HSH resultó genotipo IIIA, primer hallazgo de este genotipo en

muestras estudiadas en el laboratorio de referencia y otro individuo con antecedente de viaje a Brasil resultó subgenotipo IB.

Se refuerza la importancia de la derivación oportuna al Laboratorio Nacional de Referencia de muestras de pacientes antiHAV-IgM reactivo para realizar la vigilancia molecular. Esta vigilancia permite detectar rutas de transmisión e introducción de nuevos genotipos, diferenciar entre casos autóctonos e importados e identificar grupos de riesgo, permitiendo intervenciones eficientes de control y prevención.

IX.3. Coberturas de vacunación

IX.3.A. COBERTURAS PARA TOTAL PAÍS

Cobertura de vacunación contra Hepatitis A (única dosis)

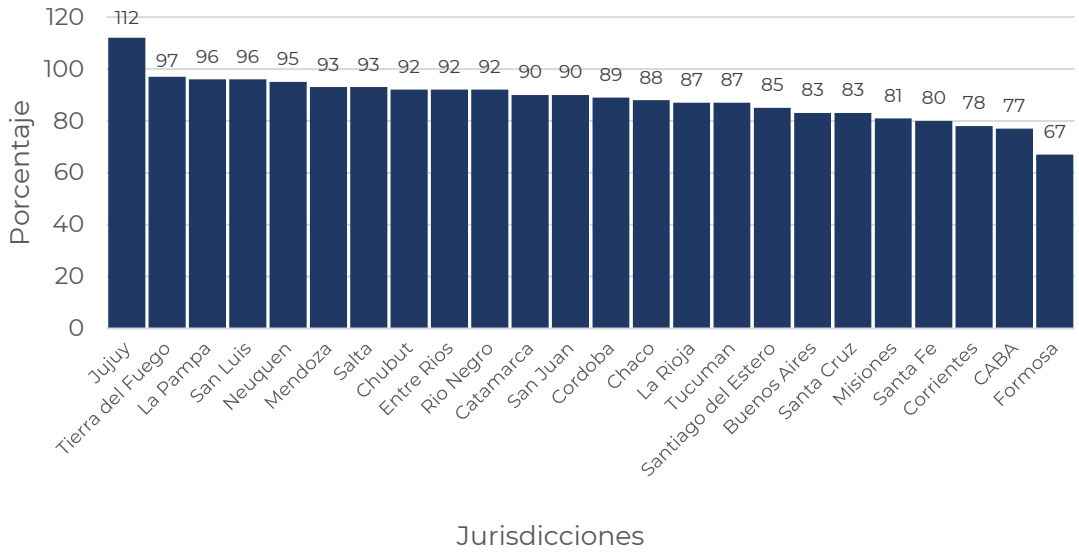
La cobertura nacional de vacunación contra hepatitis A para la estrategia de dosis única alcanzó al 18 de marzo de 2026 el 84,9%, evidenciando heterogeneidad entre las jurisdicciones. Entre las provincias con coberturas iguales o superiores al 95% podemos mencionar a Jujuy (111,7%), Tierra del Fuego (97,3%), La Pampa (95,9%) y San Luis (96%), lo que indica un adecuado desempeño de las estrategias de captación y seguimiento de la población objetivo.

Un segundo conjunto de jurisdicciones mostró coberturas intermedias, entre el 85% y el 94%, incluyendo a Chubut, Entre Ríos, Mendoza, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan, Córdoba, Catamarca, Chaco y La Rioja,

Por otro lado, se identificaron provincias con coberturas inferiores al promedio nacional, particularmente Formosa (66,6%), CABA (68,6%) y Buenos Aires (71,9%), así como Corrientes, Santa Fe y Misiones, lo que señala la necesidad de fortalecer las acciones de búsqueda activa, registro oportuno y acceso a la vacunación en estas jurisdicciones.

Se pone en manifiesto la importancia de continuar reforzando las estrategias de monitoreo y microplanificación, priorizando aquellas jurisdicciones con coberturas subóptimas, con el objetivo de reducir el riesgo de transmisión del virus de la hepatitis A y prevenir la ocurrencia de brotes.

Gráfico 4. Cobertura de vacunación de Hepatitis A por Jurisdicción al 14/01/2026. Argentina 2026



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

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

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

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

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

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

En relación a la estrategia de inmunización, hasta el 20 de marzo, el Ministerio de Salud de la Nación ya había distribuido 129.300 dosis pediátricas de la vacuna contra la Hepatitis destinadas a una población objetivo de 402.489 personas. Esto representa el 26,8% del total planificado para todo 2026. Además, se distribuyeron 9.800 dosis para para población de riesgo y situaciones de contingencia, como las inundaciones.

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

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

Ante el aumento de casos registrado en la provincia de Salta, en el mes de enero de este año se consolidó una mesa de trabajo con la provincia de Salta, que se reúne de manera semanal, para abordar la situación de manera integrada con las contrapartes jurisdiccionales de las áreas involucradas. A partir de un pedido puntual del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) de la provincia, se definió acompañar en territorio al equipo de salud de Embarcación (Departamento General Enrique Mosconi) y Rivadavia, para reforzar la vacunación, considerando además el antecedente de brote registrado en 2025.

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

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

IX.5. Recomendaciones para los equipos de salud

IX.5.A. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

- Correcto saneamiento e higiene personal, con atención especial al lavado de manos y a la eliminación sanitaria de las heces.
- Control del ambiente inmediato: se recomienda el escrupuloso lavado con agua lavandina al 1% de locales, sanitarios, vajillas, prendas, ropa interior o todo aquel ambiente o material que eventualmente pudiera estar en contacto con la materia fecal.
- Desinfección concurrente: eliminación sanitaria de las heces, la orina y la sangre.
- Tener en cuenta que no se dispone de tratamiento específico.

IX.5.B. PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN[34]

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

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

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

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

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

IX.5.C. CONTENCIÓN DE BROTES

Instituciones educativas

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

Jardines maternales

En salas de menores de 1 año: cuando se presenta uno o más casos de hepatitis A, se recomienda la aplicación de gammaglobulina a todos los niños del jardín que compartan el área de cambio de pañales o de preparación de biberones. Los receptores de gammaglobulina pueden regresar a la guardería o el jardín inmediatamente después de recibir la dosis de gammaglobulina

En salas de 1 año o más: se recomienda el uso de vacuna, dada la eficacia de la intervención, en niños que no hubieran sido vacunados con anterioridad.

Escuelas

Se debe valorar la situación epidemiológica local:

Si se detectan casos confirmados en un lapso de tiempo mayor a 50 días entre el inicio de los síntomas entre uno y otro caso, se deben extremar los cuidados de higiene personal y ambiental.

No se debe indicar la aplicación de gammaglobulina ni de vacuna.

Si ocurren 2 ó más casos en alumnos o personas de un mismo grupo familiar que concurren a la misma escuela, solo se vacunará al grupo familiar.

Si ocurren 2 ó más casos en niños o personas que concurren a la misma escuela (dentro del mismo período de incubación), o si se detecta la propagación de la enfermedad por la ocurrencia de uno o más casos secundarios, se debe vacunar a todo el turno o solo al grado, según corresponda.

Si ocurren 2 ó más casos en niños o personas de diferentes turnos, se debe vacunar a todos en la institución.

Instituciones de salud

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

Nivel comunitario

Potabilización del agua y con sistemas adecuados de distribución y de eliminación de excretas.

Educación sanitaria con relación a higiene personal: lavado de manos con agua, jabón y cepillo para uñas para la manipulación de alimentos y disposición final de las excretas.

IX.5.D. MEDIDAS ANTE BROTES

Identificación del modo de transmisión por investigación epidemiológica (persona a persona o vehículo común), y detectar a la población expuesta a un mayor riesgo de infección. Eliminar cualquier fuente común de infección.

En la industria alimentaria se aconseja la identificación del personal susceptible (anti-HAV negativo) y su posterior vacunación.

Jardines maternales y salas de internación pediátrica: si en un centro se presentan uno o más casos de Hepatitis A o si se identifican casos en el hogar de dos o más niños atendidos en la institución, se debe considerar la práctica de precauciones entéricas siempre.

Se harán esfuerzos especiales para mejorar las prácticas de saneamiento e higiene, y para eliminar la contaminación fecal de los alimentos y el agua, tanto en colegios como en instituciones cerradas, industria de alimentación y manipuladores de alimentos.

IX.5.E. MEDIDAS EN CASO DE DESASTRE

La administración masiva de inmunoglobulina no sustituye las medidas ambientales.

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

IX.6. Vigilancia Epidemiológica de Hepatitis A

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

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

Con la actualización de las normas y procedimientos de vigilancia y control de Eventos de Notificación Obligatoria en el año 2022, cambió la modalidad de notificación de la hepatitis A. Previamente se notificaba ante el caso sospechoso de hepatitis viral[35] mientras que actualmente

[35] Toda persona que presente ictericia o elevación de las transaminasas a más de 2,5 veces el valor normal no atribuible a otras causas, y al menos uno de los siguientes síntomas: malestar general, dolores musculares o articulares, astenia, hiporexia, náuseas, vómitos o fiebre.

la notificación se hace de forma inmediata ante caso positivo con identificación del agente. Se encuentran vigente las siguientes definiciones de caso:

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

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

IX.7. Indicaciones para toma, almacenamiento y envío de muestras para el estudio de Hepatitis A[36]

IX.7.A. CONSIDERACIONES GENERALES

- Remitir al Laboratorio Nacional de Referencia para Hepatitis Virales-INEI-ANLIS-Malbrán la muestra de plasma/suero con resultado reactivo de IgM anti-HAV obtenida en el laboratorio local, en tubo original con tapa o trasvasada a tubos tipo *eppendorf*.
- Rotular con el nombre y apellido del paciente y fecha de toma de muestra. Conservar a -20°C hasta su derivación.
- En caso de que la muestra con la que realizó el diagnóstico no esté disponible o no haya sido conservada en condiciones adecuadas, remitir una nueva muestra del paciente obtenida dentro de los 30-45 días desde el comienzo de los síntomas.
- En caso de ser posible, se debe enviar también una muestra de materia fecal, una punta de cuchara en un frasco estéril (por ejemplo, de urocultivo), sin agregado de ningún líquido o medio de transporte. Conservar a 4° hasta su derivación.

IX.7.B. EMBALAJE PARA DERIVACIÓN DE MUESTRAS

- Se debe verificar el perfecto cierre de cada tubo de muestra.
- Realizar un embalaje triple que cumpla las normativas de bioseguridad estándares.
- Colocar los tubos con muestras (tubo primario) dentro de un envase secundario estanco y a prueba de fugas (tipo Sisteg) junto con material absorbente. Incluir material refrigerante.
- Colocar el envase secundario en un envase externo que lo proteja de posibles daños físicos durante el transporte.
- Acompañar las muestras con ficha clínico-epidemiológica correspondiente.
- Puede utilizar el sistema de envío de muestras a cargo de la ANLIS.

IX.8. Recomendaciones para la población

IX.8.A. MEDIDAS PREVENTIVAS

Vacunación

La hepatitis A es una enfermedad prevenible mediante vacunación. Desde 2005, la vacuna contra la hepatitis A está incorporada al Calendario Nacional de Vacunación para niños al año

[36] Mail de contacto ante cualquier consulta: lnrhepatitis@anlis.gob.ar

de vida (Res. Ministerial N°653/05). A los quince días de aplicada la primera dosis, el 93% de los vacunados desarrollan anticuerpos detectables, alcanzando entre el 95% y el 99% al mes.

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

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

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

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

Otras medidas preventivas

- Lavado frecuente de las manos de la persona y sus cuidadores.
- Adecuado manejo de excretas, con lavado de manos posterior y limpieza del sanitario con lavandina (por la eliminación de partículas virales en la materia fecal).
- No compartir los elementos de higiene personal (cepillo de dientes, utensilios para comer, etc.).
- Consumo de agua potable, filtrada o clorada.
- Se debe informar y sensibilizar acerca de la importancia de mantener prácticas sexuales con protección a través del uso del preservativo y el campo de látex, y asegurar la provisión de los preservativos en los centros de salud.
- Los niños y los adultos con hepatitis A deberán ser excluidos de la institución hasta 1 semana después del comienzo de la enfermedad. Los adultos que manipulan alimentos deberían excluirse hasta 2 semanas después del comienzo de la enfermedad.

IX.9. Conclusiones

La reemergencia de la hepatitis A en nuestro país, en un contexto de circulación históricamente baja no se vincula con una reversión del éxito del programa de vacunación, sino con la coexistencia de dos escenarios complementarios vinculados a la acumulación de susceptibles en adultos no vacunados, y a nichos de endemicidad residual.

Por un lado, la existencia de un brote en varones adultos jóvenes (mediana 32 años), mayormente en zonas urbanas de la región Centro del país (especialmente CABA, Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe), asociado al Clado B (subgenotipo IA) que podría estar vinculado a la transmisión sexual entre hombres. Por otro, se observa una transmisión endémica residual con afectación principalmente pediátrica en zonas vulnerables del NOA y NEA (sobre todo Salta y Formosa), vinculada al Clado A (subgenotipo IA). En este caso, la circulación es regional y se vincula a déficits de agua segura y saneamiento, con nexos epidemiológicos con países limítrofes.

La evidencia disponible reafirma la necesidad de sostener estrategias diferenciadas de prevención, vacunación y vigilancia, adaptadas a perfiles de riesgo y dinámicas de transmisión

heterogéneas: intervenciones focalizadas para el escenario urbano (con acciones de prevención y control orientadas a redes de transmisión y contactos estrechos) y, en paralelo, medidas integrales para el escenario endémico residual, articulando vacunación, búsqueda y control de brotes, y abordajes intersectoriales sobre determinantes socioambientales en territorios vulnerables. Resulta central consolidar el rol de la vigilancia como herramienta para la planificación de intervenciones eficaces, reforzar las coberturas de vacunación según calendario y en grupos con mayor riesgo, y asegurar el acceso oportuno a información epidemiológica de calidad para orientar decisiones basadas en evidencia, optimizar la respuesta sanitaria y avanzar hacia una reducción sostenida de la hepatitis A como problema de salud pública.

Ficha de notificación:

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

X. MPOX – Actualización Informe epidemiológico

X.1. Introducción

Ante el aumento de la mpox asociado a la aparición de un nuevo Clado del virus de la mpox (Clado Ib), su rápida propagación en el este de la República Democrática de Congo y la notificación de casos en varios países vecinos, se declaró en agosto de 2024 como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), de acuerdo Reglamento Sanitario Internacional (2005) (RSI [2005]). A raíz de ello y en virtud de dar difusión a las medidas de prevención, vigilancia y respuesta, el Ministerio de Salud de la Nación emitió una Alerta Epidemiológica el 16 de agosto de 2024, incluyendo la descripción de la situación y las directrices vigentes para la vigilancia epidemiológica y las medidas ante casos y contactos entre otros aspectos relacionados con este evento, que se encuentra disponible en:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/alerta_viruela_simica_16082024.pdf

Con el fin de dar una orientación general y una respuesta coordinada, el Ministerio de Salud de la Nación elaboró un Plan específico. Este Plan es clave para guiar las actividades de preparación y respuesta de salud pública a nivel nacional, jurisdiccional y local, con el objetivo principal de detener los brotes de transmisión de Mpox de persona a persona y mitigar su impacto en salud humana a través de medidas coordinadas a nivel nacional. Para facilitar el abordaje de este plan, se han estipulado tres escenarios epidemiológicos frente al ingreso y transmisión de casos de Mpox en Argentina:

1. Sin transmisión autóctona, pero con casos importados del Clado II
2. Con casos esporádicos de transmisión autóctona del Clado II y sin Clado I
3. Con introducción del Clado I

El Manual se encuentra en el siguiente link;

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/250407_plan_mpox_2025.pdf

Si bien el 5 de septiembre de 2025 se dio por finalizada la Emergencia en Salud Pública de Importancia Internacional, los distintos Clados y subclados del MPXV siguen afectando a diversas regiones geográficas, con variadas dinámicas de transmisión.

X.2. Situación internacional[37]

Según el análisis filogenético, el virus de la mpox (MPXV) se divide en dos Clados principales: el Clado I (uno, anteriormente Clado de la Cuenca del Congo) y el Clado II (dos, anteriormente Clado de África Occidental). Cada uno de estos clados se subdivide a su vez en dos subclados: el Clado Ia y el Clado Ib dentro del Clado I; el Clado IIa y el Clado IIb dentro del Clado II.

El Clado Ia circula en varios países de África central y se asocia con una propagación regular desde uno o más reservorios animales con cierta transmisión de persona a persona. El Clado Ib surgió en 2023 en las regiones orientales de la República Democrática del Congo y está sufriendo una transmisión sostenida de persona a persona.

El Clado IIa se ha detectado principalmente en especies animales, con solo un número limitado de casos humanos. Sin embargo, recientemente se ha notificado un número creciente de casos

[37] Disponible en: mpx_global

en varios países de África Occidental. El Clado IIb ha estado circulando de manera sostenida en humanos desde al menos 2016 y ha provocado el brote multipaís en curso desde 2022 hasta la actualidad.

Respecto del **Clado Ib**, en las últimas 6 semanas fueron detectados casos confirmados con transmisión comunitaria en **República Democrática del Congo, Uganda, Burundi, Kenia, Congo, Tanzania, República Centroafricana, Malawi, España, Sudán del Sur, Madagascar, Comoras, Bélgica, Austria, Reino Unido y Portugal**. Se detectaron casos relacionados con viajes a zonas endémicas en **Tailandia, Irlanda, Canadá, República Checa, Israel, Grecia y La Réunion.**

X.2.A. SITUACIÓN EN ÁFRICA

En los últimos doce meses, hasta el 15 de marzo de 2026, 30 países notificaron 35.885 casos confirmados, incluidas 167 muertes. Los tres países con más casos son la República Democrática del Congo (16.813 casos), Sierra Leona (5.370) y Uganda (4.469).

Este indicador debe interpretarse con cautela, ya que los casos sospechosos de mpox se registran según distintas definiciones de casos nacionales. Además, no todos los países cuentan con sistemas de vigilancia sólidos para mpox, lo que significa que es probable que los recuentos de casos notificados subestimen el alcance de la transmisión comunitaria.

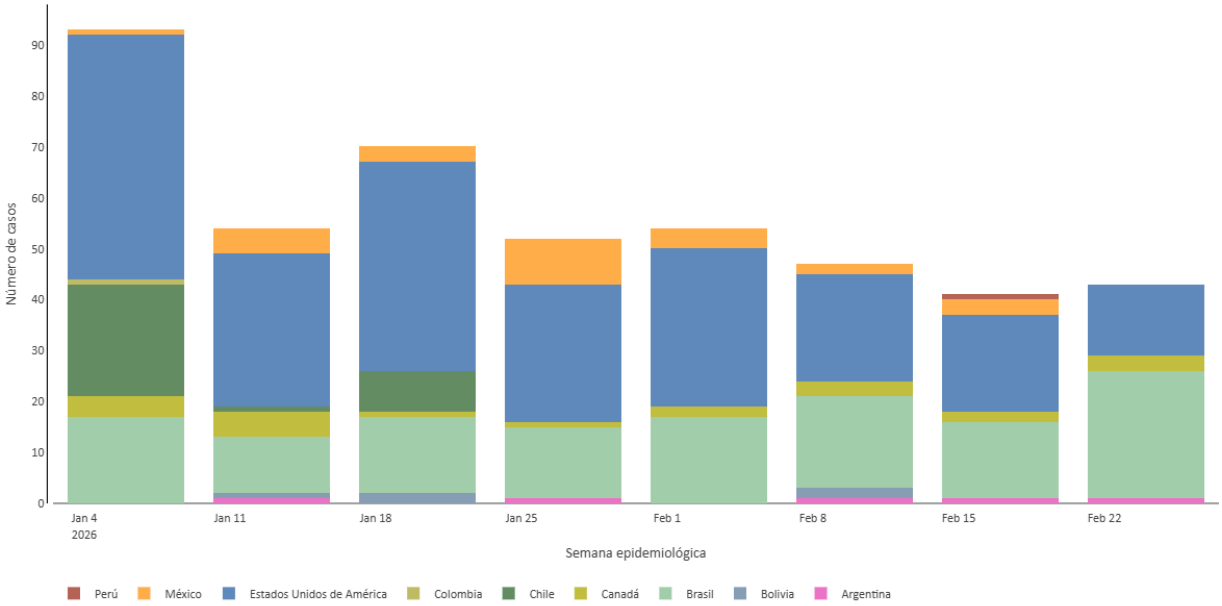
X.2.B. SITUACIÓN EN LAS AMÉRICAS[38]

Respecto de la situación regional, según la última actualización epidemiológica de la Organización Panamericana de la Salud, entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 8 de 2026 fueron notificados en la Región de las Américas 454 casos de mpox.

Los países de la región que detectaron casos de mpox durante 2026 son los siguientes: Estados Unidos (231 casos), Brasil (132), Chile (31), México (27), Canadá (21), Bolivia (5) Colombia (1) y Perú (1).

[38] Disponible en: https://shiny.paho-phe.org/mpox/

Gráfico 1. Casos confirmados de mpox según semana epidemiológica de inicio de síntomas/notificación según país. Región de las Américas, SE1 a SE8 2026.

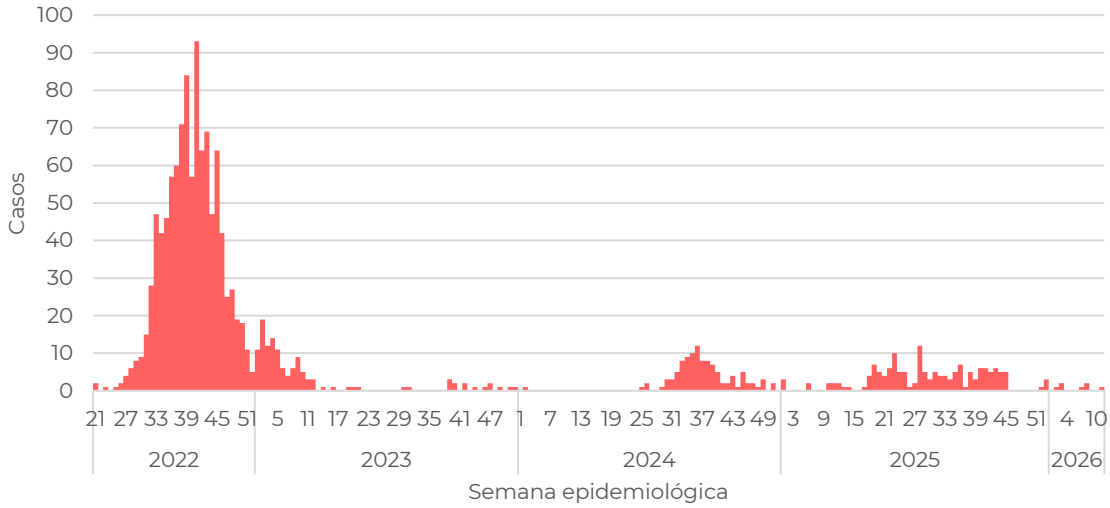


Fuente: https://shiny.paho-phe.org/mpox/

X.3. Situación en Argentina

Durante el año 2022 (año epidémico), a partir de la SE 21, fueron notificados 1.024 casos confirmados. En 2023 se notificaron 124 casos confirmados, principalmente en la primera mitad del año, mientras que en 2024 se confirmaron 107 casos, concentrados en la segunda mitad del año. Durante 2025 se confirmaron 157 casos. Entre la semana 1 y 11 de 2026 se confirmaron 7 casos (Gráfico 2).

Gráfico 2. Casos confirmados de mpox según semana epidemiológica de fecha mínima[39]. Argentina, SE21/2022 a SE11/2026. (N=1.419)



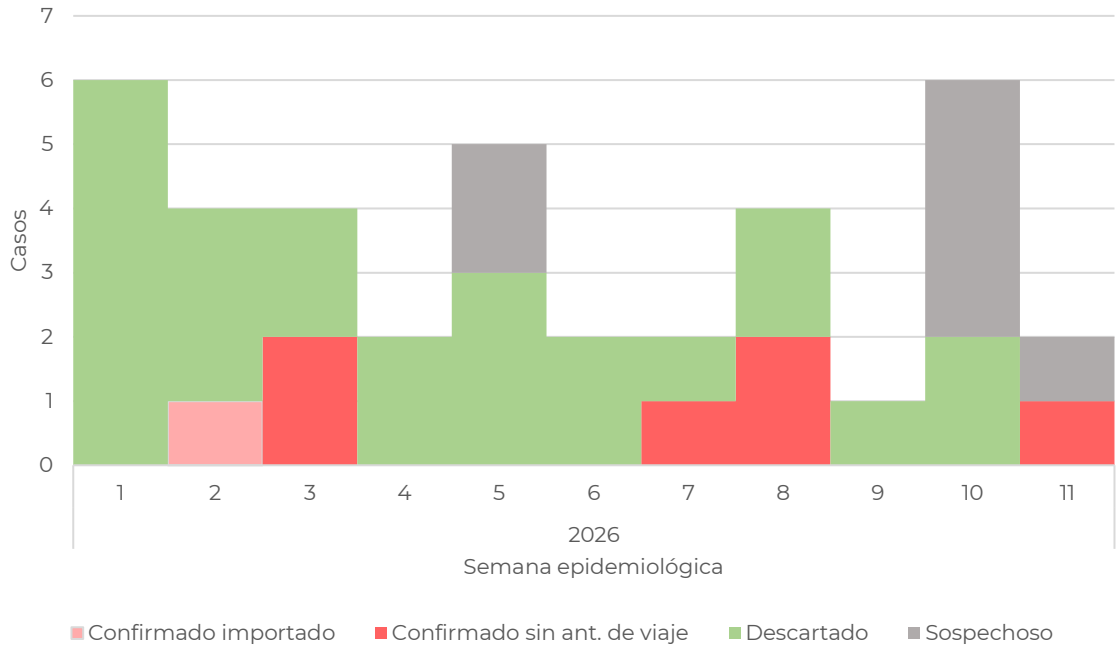
Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS2.0

[39] La fecha mínima se construye según una jerarquía que prioriza la mayor cercanía al momento de inicio de la enfermedad: con la fecha de inicio de síntomas (FIS), la fecha de consulta, la fecha de toma de muestra, y, por último, la de notificación si no tuviera consignada ninguna de las anteriores.

Para mayor información sobre de los casos notificados en años previos, dirigirse a: Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 52 Nº 737, Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 52 Nº 685 y Boletín Epidemiológico Nacional N° 791, SE 1.

Respecto de la última actualización (SE 6/2026), se confirmaron cuatro casos nuevos, con residencia en Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Gráfico 3. Casos notificados de mpox según clasificación y antecedente de viaje por semana epidemiológica de fecha mínima. Argentina, SE1 a SE11/2026. (N=38)



Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS2.0

Los casos de 2026 residen CABA (6 casos) y Río Negro (1, con antecedente de viaje a Chile), son de sexo masculino y tienen entre 29 y 39 años de edad. En aquellos casos que consignan información (n=3), el principal antecedente epidemiológico son las relaciones sexuales con hombres (3 casos) y relaciones sexuales con parejas nuevas, múltiples y ocasionales (2).

En dos de los casos se identificó el clado 1 del virus Mpox mediante estudios de laboratorio en el Laboratorio Nacional de Referencia ANLIS "Carlos G. Malbrán". Ambos presentaron evolución clínica favorable y manejo ambulatorio. En uno de ellos se cuenta con antecedente epidemiológico compatible con exposición sexual de riesgo, mientras que en el otro no se dispone de información epidemiológica suficiente al momento de la publicación de este boletín.

X.4. Recomendaciones para el equipo de salud

- Las principales medidas para disminuir el riesgo de propagación de la enfermedad consisten en la identificación temprana de los casos, el aislamiento oportuno y el rastreo de contactos.
- En el marco de la prevención combinada del VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual, la evaluación de una persona con sospecha o confirmación de mpox debe ser una oportunidad para ofrecer en forma sistemática servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH y otras ITS, y para articular el manejo de la mpox en las personas con diagnóstico de VIH conocido a servicios de atención de enfermedad avanzada por VIH.
- No se recomienda la vacunación masiva ni de la población general. La vigilancia epidemiológica debe intensificarse para identificar a las personas con mayor riesgo de

infección y, por lo tanto, definir prioridades en caso de disponibilidad de vacunación. Actualmente, la principal medida de salud pública para interrumpir la transmisión es la identificación efectiva de casos, junto con la implementación de aislamiento, y el rastreo de contactos.

- Una vigilancia epidemiológica sensible y de calidad es indispensable. Los equipos de salud de todo el país deben estar preparados para sospechar la enfermedad, asistir adecuadamente a las personas afectadas -incluyendo las medidas de protección del personal de salud-, recabar la información epidemiológica e implementar de forma inmediata las medidas de aislamiento y seguimiento de contactos.

- En el contexto actual, se refuerza la importancia de indagar antecedentes de viaje y contactos con viajeros, así como exposiciones sexuales de riesgo, aun en ausencia de antecedente de viaje del caso.

X.5. Vigilancia Epidemiológica

Una vigilancia epidemiológica sensible y de calidad es indispensable para lograr la identificación temprana de los casos, una correcta anamnesis, registro y notificación que permita las acciones de control. Los equipos de salud deben estar preparados para sospechar la enfermedad, asistir de manera adecuada a las personas afectadas -incluyendo las medidas de protección del personal de salud-, con foco en el manejo de las complicaciones potenciales; recabar la información epidemiológica necesaria e implementar las medidas de aislamiento y rastreo de contactos de forma inmediata ante la sospecha.

Es importante tener en cuenta que una vigilancia sensible incluye facilitar la accesibilidad de la población a la atención oportuna y de calidad, eliminando todas las posibles barreras de acceso, principalmente las que puedan relacionarse con cualquier tipo de discriminación o estigma relacionado con la enfermedad, con las poblaciones más afectadas por la mpox o con las prácticas potencialmente asociadas a su transmisión.

Asimismo, es fundamental antecedente de viaje o contacto con viajeros proveniente de zonas de circulación viral, así como reconstruir redes de contacto, incluyendo exposiciones sexuales recientes.

Ante la reciente confirmación de Clado I de dos casos, se destaca la implementación de las siguientes acciones:

- Seguimiento clínico y epidemiológico: pacientes que evolucionaron favorablemente, sin requerimiento de internación, con resolución completa de las lesiones cutáneas. Al cierre del seguimiento se encontraba asintomático.

- Aislamiento domiciliario: se indicaron medidas de aislamiento con adecuado cumplimiento, incluyendo uso de habitación individual, no compartir objetos personales y desinfección de superficies de uso común.

- Investigación de contactos: en uno de los casos se identificaron contactos sexuales considerados posibles fuentes de exposición (incluyendo personas con antecedente de viaje internacional a Canadá y Brasil) y contactos convivientes. Al momento del cierre del seguimiento, ninguno presentó síntomas compatibles.

- Vacunación: los casos no contaban con antecedente de vacunación contra mpox.

X.5.A. DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES DE CASO

Caso sospechoso

- Toda persona que presente exantema característico*, sin etiología definida, de aparición reciente (menor a 7 días) y que se localiza en cualquier parte del cuerpo (incluyendo lesiones genitales, perianales, orales o en cualquier otra localización) aisladas o múltiples; o que presente proctitis (dolor anorrectal, sangrado) sin etiología definida**. Y al menos uno de los siguientes antecedentes epidemiológicos*** dentro de los 21 días previos al inicio de los síntomas:
  - Contacto físico directo, incluido el contacto sexual, con un caso sospechoso o confirmado.
  - Contacto con materiales contaminados -como ropa o ropa de cama-, por un caso sospechoso o confirmado.
  - Contacto estrecho sin protección respiratoria con un caso sospechoso o confirmado.
  - Relaciones sexuales con una o más parejas sexuales nuevas, múltiples u ocasionales,

Ó

- Toda persona que haya estado en contacto directo con un caso de mpox sospechoso o confirmado,

  Y presente, entre 5 y 21 días del contacto de riesgo, uno o más de los siguientes signos o síntomas:

  - Fiebre >38,5° de inicio súbito
  - Linfoadenopatía
  - Astenia
  - Cefalea
  - Mialgia
  - Malestar general
  - Lesiones cutáneo mucosas
  - Proctitis

Ó

- Toda persona que no presenta o refiere un antecedente epidemiológico claro, que presente lesiones cutáneo-mucosas características* con una evolución compatible y en el que haya una alta sospecha clínica.

* Exantema característico: lesiones profundas y bien delimitadas, a menudo con umbilicación central y progresión de la lesión a través de etapas secuenciales específicas: máculas, pápulas, vesículas, pústulas y costras, que pueden evolucionar a la necrosis que no correspondan a las principales causas conocidas de enfermedades exantemáticas (varicela, herpes zoster, sarampión, herpes simple, sífilis, infecciones bacterianas de la piel). No obstante, no es necesario descartar por laboratorio todas las etiologías para estudiar al caso para mpox.

** En el caso de proctitis y/o úlceras genitales se deben investigar también en forma conjunta los diagnósticos de *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* y *Treponema pallidum*, entre otros.

*** Indagar sobre viajes o contacto con viajeros especificando la procedencia, en particular provenientes de los países de África con circulación conocida de Clado Ib.

Caso confirmado

- Todo caso sospechoso con resultados detectables de PCR para Orthopox del grupo eurasiático-africano o de PCR en tiempo real para virus MPX genérica o específica de los Clados.

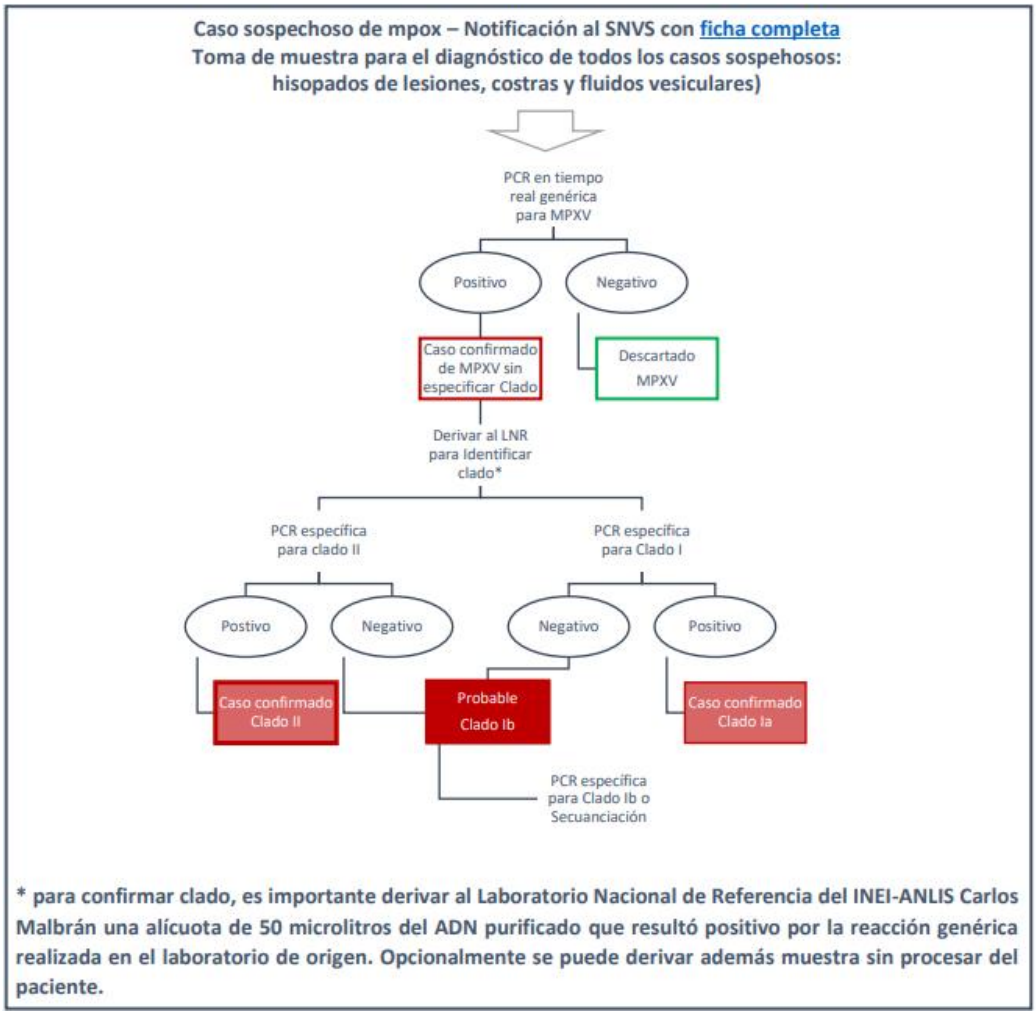
Ante la detección de un caso sospechoso se debe tomar muestras para el diagnóstico etiológico y enviarlas al laboratorio que corresponda. Las muestras deben ser manipuladas de manera segura por personal capacitado que trabaje en laboratorios debidamente equipados. Para minimizar el riesgo de transmisión de laboratorio cuando se analizan muestras clínicas se aconseja limitar la cantidad de personal que analiza las muestras, evitar cualquier procedimiento que pueda generar aerosoles y usar el equipo de protección personal. Las normas nacionales e internacionales sobre el transporte de sustancias infecciosas deben seguirse estrictamente durante el embalaje de las muestras y el transporte al laboratorio de referencia.

X.5.B. NOTIFICACIÓN

Los casos deben notificarse al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, al evento Viruela Símica (mpox) de forma inmediata ante la sospecha.

X.6. Algoritmo de diagnóstico y notificación de mpox

- Se debe notificar el caso al SNVS dentro de las 24hs. Grupo de evento: Viruela / Evento: mpox (ex viruela símica).



X.7. Medidas ante casos sospechosos

- Se recomienda el aislamiento de todo caso sospechoso hasta la obtención del resultado de laboratorio (confirmado o descartado); en caso de confirmarse, continuar el aislamiento hasta que todas las costras de las lesiones se hayan caído y haya formado una nueva capa de piel.
- Si no se puede realizar aislamiento permanente se deberá implementar medidas para la minimizar el riesgo de la transmisión (cubrir las lesiones, utilizar barbijo quirúrgico bien ajustado, cubriendo nariz, boca y mentón, evitar contacto con personas vulnerables, evitar el contacto estrecho con otras personas, ventilar los ambientes).
- Realizar la investigación epidemiológica correspondiente, incluyendo los antecedentes epidemiológicos, características clínicas e información sobre contactos estrechos, garantizando la privacidad, el trato digno y la completitud de la información.
- Realizar la notificación dentro de las 24 horas.
- En caso de que se necesite hospitalización, debe realizarse en una habitación individual con baño privado y eventualmente internación por cohortes.
- Si el paciente precisa moverse por fuera de la habitación, debe hacerlo siempre con barbijo quirúrgico y cubriéndose las heridas.
- La movilidad del paciente fuera de su habitación debe limitarse a lo esencial para realizar procedimientos o métodos diagnósticos que no puedan llevarse a cabo en ella. Durante el transporte, el paciente debe utilizar barbijo quirúrgico y las lesiones cutáneas deben estar cubiertas.
- Se debe establecer el correcto manejo de casos para evitar la transmisión nosocomial, con un adecuado flujo desde el triaje hasta las salas de aislamiento, en cualquier nivel de atención, evitando el contacto con otras personas en salas de espera y/o salas de hospitalización de personas internadas por otras causas.
- El personal de salud que atienda casos sospechosos o confirmados debe utilizar protección para los ojos (gafas protectoras o un protector facial que cubra el frente y los lados de la cara), barbijo quirúrgico, camisolín y guantes desechables.
- Durante la realización de procedimientos generadores de aerosoles deben utilizarse barbijos tipo máscaras N95 o equivalentes.
- El aislamiento domiciliario debe realizarse en una habitación o área separada de otros convivientes durante todas las etapas de la enfermedad hasta que todas las lesiones hayan desaparecido, se hayan caído todas las costras y surja piel sana debajo.
- Si durante el aislamiento domiciliario el paciente requiere atención médica debe comunicarse con el sistema de salud.
- Las personas convivientes deben evitar el contacto con el caso sospechoso o confirmado, especialmente contacto de piel con piel.
- No se debe compartir ropa, sábanas, toallas, cubiertos, vasos, platos, mate, etc.
- Evitar el contacto con personas inmunodeprimidas, niños y embarazadas durante el período de transmisión.
- Ante el riesgo potencial de transmisión del virus de las personas enfermas a los animales, se recomienda que las personas con diagnóstico sospechoso o confirmado de mpox eviten el contacto directo con animales, incluidos los domésticos (como gatos, perros, hámsters, hurones, jerbos, cobayos), el ganado y otros animales en cautividad, así como la fauna silvestre. Las personas deben estar especialmente atentas a los animales que se sabe que son susceptibles, como los roedores, los primates no humanos, etc.
- Debe también evitarse el contacto de los residuos infecciosos con animales, especialmente roedores.

La sospecha o confirmación de mpox debe ser una oportunidad para ofrecer en forma sistemática el testeo para VIH y otras ITS.

X.8. Medidas ante contactos

- La identificación de contactos debe iniciarse dentro de las 24hs.
- Verificar diariamente la posible aparición de cualquier signo o síntoma compatible, incluyendo medir la temperatura y verificar mediante autoevaluación si no han aparecido lesiones en la piel en cualquier parte del cuerpo, o si aparecen síntomas como cansancio/decaimiento, inflamación de los ganglios linfáticos, cefalea, dolores musculares, dolor de espalda.
- El contacto en seguimiento debe disponer de un teléfono para comunicarse con el equipo de seguimiento en caso de presentar síntomas y, en ese caso, una vía facilitada para su atención adecuada en un centro asistencial.
- Ante la aparición de cualquier síntoma debe considerarse un caso sospechoso y, como tal, realizar las acciones recomendadas ante casos sospechosos.
- El contacto deberá estar en seguimiento por el sistema de salud por 21 días para identificar el posible comienzo de síntomas compatibles.
- Evitar el contacto con personas inmunodeprimidas, niños y embarazadas.

Para más información, consultar el Manual para la vigilancia epidemiológica y control disponible en Argentina

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-05/2022-Manual_normas_y_procedimientos_vigilancia_y_control_ENO_22_05_2023_2.pdf

Manual para la vigilancia epidemiológica y control de la viruela símica en Argentina:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-08/Manual_viruela_simica_10-08-2022.pdf

Ficha de notificación:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-08/Nueva_ficha_viruela_simica_11_08_2022.pdf

---

Más recomendaciones e información en:

https://www.argentina.gob.ar/salud/viruela-simica-mpox

ALERTAS Y COMUNICACIONES **INTERNACIONALES**

XI. 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).

XI.1. Sarampión - Situación epidemiológica mundial y regional

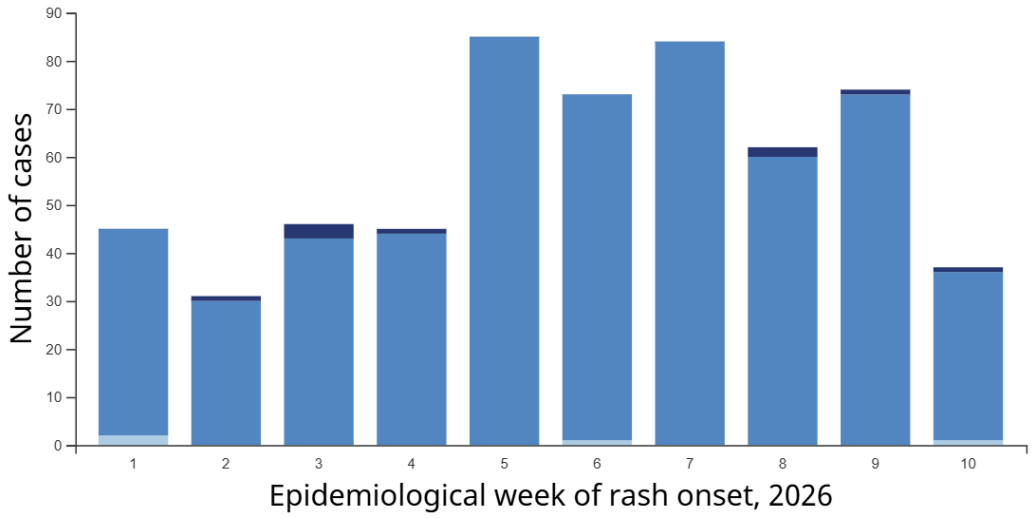
XI.1.A. CANADÁ[40]

En 2026, se han notificado un total de 582 casos de sarampión (535 confirmados, 47 probables) en 7 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Escocia, Ontario, Quebec y Saskatchewan), hasta el 14 de marzo del 2026.

En la semana 10 (del 8 al 14 de marzo del 2026), se notificaron 0 nuevos casos de sarampión (0 confirmados y 0 probables).

[40] 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=582)



XI.1.B. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA[41]

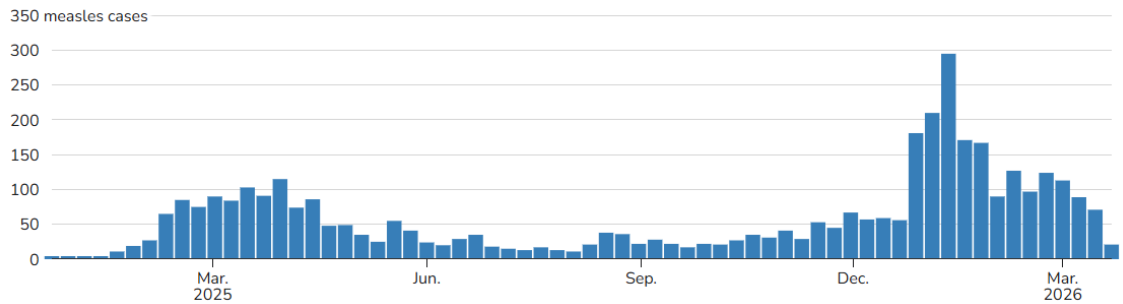
Al 26 de marzo de 2026, se notificaron 1.575 casos confirmados de sarampión en los Estados Unidos durante 2026. De estos, 1.566 casos fueron reportados por 32 jurisdicciones: Alaska, Arizona, California, Colorado, Florida, Georgia, Idaho, Illinois, Kentucky, Maine, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Missouri, Nebraska, Nuevo México, Ciudad de Nueva York, Estado de Nueva York, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregón, Pensilvania, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington y Wisconsin. Se notificaron 9 casos de sarampión en visitantes internacionales a los Estados Unidos.

Se han notificado 16 nuevos brotes en 2026, y el 94% de los casos confirmados (1.483 de 1.575) están asociados a brotes (359 correspondientes a brotes en 2026 y 1.124 a brotes que comenzaron en 2025).

En el año 2025, se notificaron un total de 2.285 casos confirmados de sarampión. Un total de 25 casos confirmados de sarampión fueron de visitantes internacionales a los Estados Unidos.

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

Figura 2. Casos semanales de sarampión según la fecha de inicio del exantema. 2025-2026 (hasta 26/03/26).



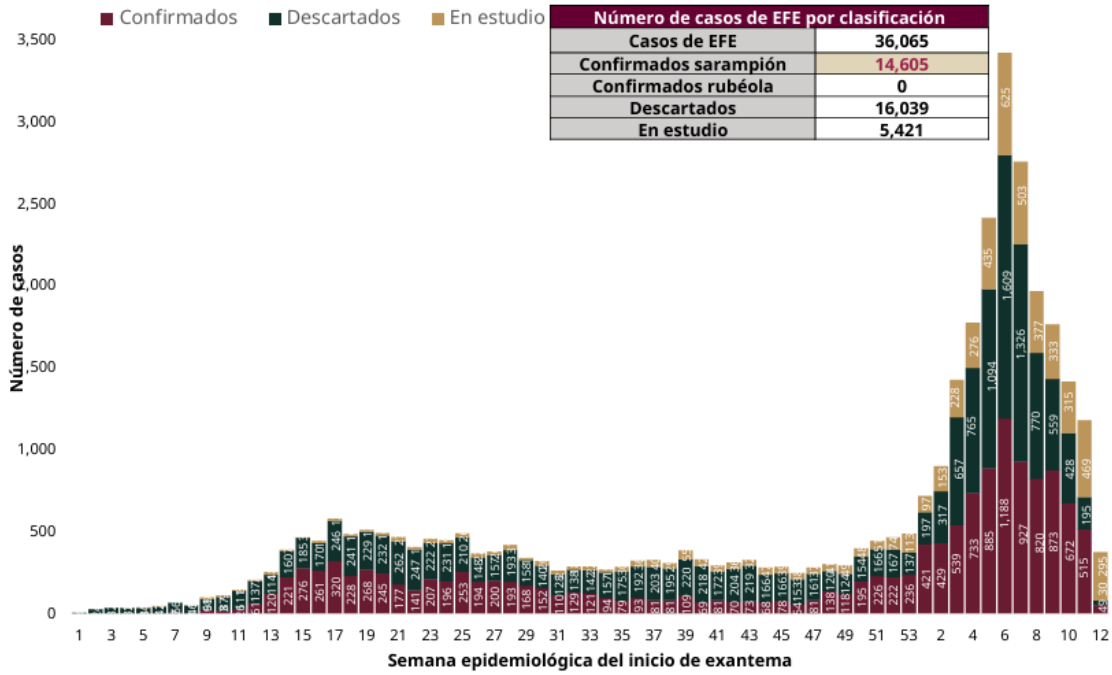
[41] https://www.cdc.gov/measles/data-research/

XI.1.C. MÉXICO[42]

Al 26 de marzo, se han reportado 14.605 casos confirmados de sarampión acumulados desde el comienzo del brote. El grupo de edad más afectado es de 1 a 4 años (1.911 casos), seguido del grupo el de 25 a 29 años (1.911 casos) y el de 5 a 9 años (1.723 casos) y el de 25 a 29 años (1.687 casos).

Se han reportado 35 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.

XI.2. Actualización epidemiológica Tosferina (coqueluche) en la Región de las Américas

Recibido a través del CNE el 25/03/2026

XI.2.A. RESUMEN DE LA SITUACIÓN

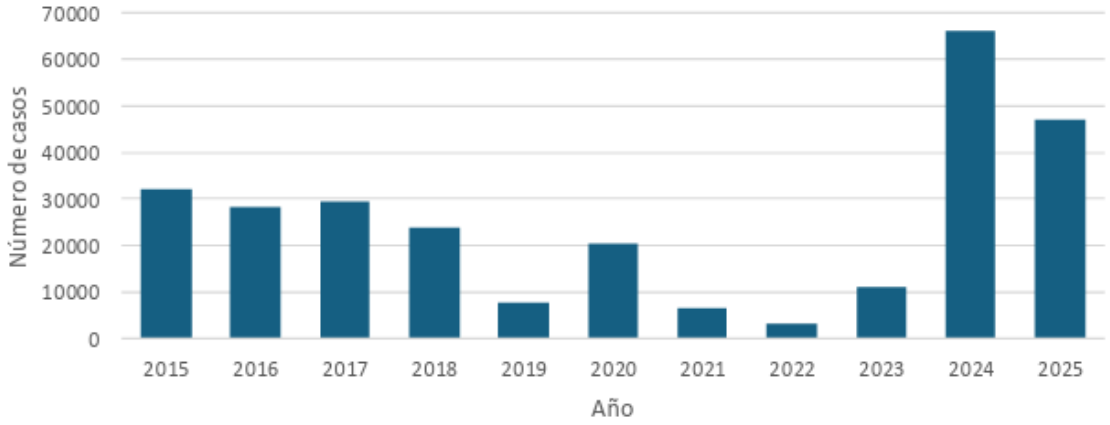
De acuerdo con los últimos datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), a nivel mundial, durante el 2024 se registraron 941.582 casos de tosferina (coqueluche), mostrando un incremento de 5,8 veces en comparación con el número de casos notificados en 2023 (n= 163.388 casos). La mayor proporción de casos se registró en las regiones de la OMS del Pacífico Occidental (n= 593.659 casos) y Europa (n= 298.612 casos).

En la Región de las Américas, se observó una disminución progresiva en el número de casos notificados anualmente entre el 2015 y 2019, y de nuevo en 2021-2022, cuando se alcanzó su punto más bajo con 3.284 casos. Posteriormente, se registró un aumento importante de los

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

casos entre el 2023 (n= 11.202 casos) y 2024 (n= 66.184 casos) con un descenso moderado durante el 2025 (n= 46.870 casos) (Figura 1).

Figura 1. Casos de tosferina registrados en la Región de las Américas, 2015 al 2025*.



*Nota: *Para el año 2025 se incluye solo la información disponible de los países seleccionados incluidos en la actualización. Para los años 2023 y 2024 se incluye la información de los casos confirmados de tosferina publicados por los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América.*

Fuente: Adaptado de la Organización Mundial de la Salud, Immunization data. Pertussis reported cases and incidence. Ginebra: OMS; 2025. Disponible en inglés en: https://immunizationdata.who.int/global/wiisedetail-page/pertussis-reported-cases-and-incidence?CODE=Global&YEAR= y datos aportados por los países o publicados por los Ministerios de Salud.

Coberturas de vacunación de la Región de las Américas

La información sobre las coberturas de vacunación para la primera y tercera dosis de la vacuna contra difteria, tétanos y tosferina (DTP1 y DTP3), se encuentra disponible en la actualización epidemiológica de tosferina en la Región de las Américas del 8 de diciembre del disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/actualizacionepidemiologica-tosferina-coqueluche-region-americas-8-diciembre-2025.

Resumen de la situación por países seleccionados de la Región de las Américas

A continuación, se presenta un resumen de la situación en 12 países seleccionados de la Región de las Américas que reportaron casos de tosferina durante el 2025 y 2026, los cuales se presentan listados en orden alfabético.

En **Argentina**, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y SE 53 del 2025, se notificaron 1.210 casos confirmados de tosferina, incluyendo 11 defunciones. Del total de casos confirmados, 1.068 fueron confirmados por laboratorio. La incidencia acumulada fue de 2,5 casos por 100.000 habitantes. Los casos confirmados se registraron en 22 jurisdicciones del país. La mayor concentración se observó en la Región Centro (n= 968), con predominio de notificaciones en residentes de la provincia de Buenos Aires (n= 664) y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (n= 125). En la Región Sur se confirmaron 186 casos, principalmente vinculados al brote ocurrido en Tierra del Fuego (n= 140). El grupo de edad más afectado son los menores de un año (n= 397 casos) con el 32,8% de los casos, coeficiente de incidencia 55,0 casos por 100.000 habitantes, de estos, el 72,8% (n= 289 casos) corresponde a niños menores entre 0 a 6 meses. El segundo grupo de edad más afectado fue el de 1 a 4 años (n= 217 casos) con el 17,9%. Entre los casos con información disponible de sexo (n= 1.203), la distribución fue similar, con 613 casos de sexo femenino y 590 de sexo masculino.

En 2026, entre la SE 1 y hasta la SE 9 se notificaron 215 casos confirmados de tosferina, incluyendo una defunción. Del total de casos confirmados 200 fueron confirmados por

laboratorio. La incidencia acumulada es de 0,46 casos por 100.000 habitantes. Los casos confirmados se concentraron principalmente en la provincia de Buenos Aires (n= 118), seguida por Córdoba (n= 32), la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (n= 29) y Santa Fe (n= 11). El mayor número de casos se observó en el grupo de 0 a 5 años, con predominio en los menores de 1 año, quienes concentraron el 37,2% de los casos confirmados en el período analizado. De estos, el 51,3% (n= 41 casos) corresponde a niños menores entre 0 a 6 meses. El segundo grupo de edad más afectado fue el de 1 a 4 años (n= 57 casos) con el 26,5%. Entre los casos con información disponible de sexo (n= 214), la distribución fue similar, con 108 casos de sexo femenino y 106 de sexo masculino.

En **Bolivia**, desde la SE 1 y hasta la SE 53 del 2025, se han notificado un total de 355 casos confirmados de tosferina, incluyendo 18 defunciones, con una tasa de incidencia acumulada de 3,09 casos por 100.000 habitantes, lo cual indica una incidencia general moderada. Se observó una mayor incidencia por grupos de edad en los menores de 1 año, con incidencias de 307,75 en la población de 0 a 2 meses, 143,46 en el grupo de 3 a 5 meses y 31,62 en el de 6 a 11 meses. El mayor número de casos confirmados se registra en los departamentos de Santa Cruz (n= 214 casos), seguidos por Beni (n= 48 casos) y La Paz (n= 26 casos). El grupo de edad más afectado son los de 0 a 2 meses (n= 133 casos) con el 37,5%, seguido del grupo de 3 a 5 meses (n= 93 casos) con el 26,2%. La distribución por sexo muestra que la mayor proporción de casos corresponde al sexo femenino con 52,4% (n= 186 casos).

Desde la SE 1 a la SE 10 del 2026, se han confirmado 44 casos de Tosferina, incluyendo dos defunciones, con una tasa de incidencia acumulada de 0,38 casos por 100.000 habitantes. Se han notificado casos confirmados en los departamentos de Santa Cruz (n= 18 casos), seguidos de Beni (n= 14 casos), Cochabamba (n= 4 casos), La Paz (n= 3 casos), Potosí (n= 2 casos), Chuquisaca (n= 2 casos) y Tarija (n= 1 caso). Los grupos de edad más afectados son los menores de un año, de 0 a 2 meses (n= 22 casos) con el 50%, seguido del grupo de 3 a 5 meses (n= 11 casos) con el 25% y el grupo de 1 a 4 años (n= 7 casos) con el 16%. En relación con la caracterización de casos, el 61,4% corresponde a mujeres (n= 27 casos).

En **Brasil**, desde la SE 1 y hasta la SE 53 del 2025, fueron reportados en el Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SINAN por sus siglas en portugués), 2.682 casos confirmados de tosferina, incluyendo 12 defunciones. Este ha sido el segundo año con mayor número de casos notificados en el país desde 2019, siendo 2024 el año con mayor número de casos. De los estados con casos confirmados de tosferina, el mayor número de casos se registra en Minas Gerais (n= 533 casos, incluyendo una defunción), seguido por São Paulo (n= 444 casos, incluyendo tres defunciones), Rio Grande do Sul (n= 299 casos, incluyendo una defunción), Paraná (n= 284 casos) y Bahia (n= 208 casos). El grupo de edad más afectado fue el de los menores de un año (n= 816 casos) con el 30,4%, coeficiente de incidencia 33,1 casos por 100.000 habitantes, de estos, el 67,3% (n= 549 casos) corresponde a niños entre 0 a 6 meses de edad. El segundo grupo de edad más afectado fue el de 1 a 4 años (n= 609 casos) con el 22,7%. El grupo de 30 años o más se presentó con 18,1% de los casos (n= 486 casos). La distribución por sexo muestra que la mayor proporción de casos corresponde a mujeres con 54,8% (n= 1.470 casos).

En 2026, desde la SE 1 y hasta la SE 9, fueron notificados 72 casos confirmados de tosferina, incluyendo dos defunciones. La mayoría de los casos confirmados de tosferina, se registran en los estados de Minas Gerais (n= 14 casos), seguido de Bahia (n= 10 casos), São Paulo (n= 9 casos), Pará (n= 6 casos, incluyendo una defunción) y Rio Grande do Sul (n= 4 casos, incluyendo una defunción). El grupo de edad más afectado fue el de los menores de un año (n= 29 casos) con el 40,3% de los casos, coeficiente de incidencia 1,2 casos por 100.000 habitantes, de estos, el 86,2% (n= 25 casos) corresponde a niños menores entre 0 a 6 meses de edad. El segundo grupo más afectado fue el de 1 a 4 años (n= 12 casos) con el 16,7% seguido por el grupo de 10 a 14 años (n=

10) con el 13,9%. La distribución por sexo muestra que las mujeres representaron el 51,4% de los casos (n= 37 casos).

Se ha registrado un brote de tosferina entre la población indígena Yanomami del estado de Roraima, Región Norte de Brasil. Entre el 7 de enero y el 13 de marzo del 2026, se han confirmado 23 casos, con 3 defunciones. Los datos de estos casos se están incorporando actualmente al SINAN.

En **Chile**, desde la SE 1 y hasta la SE 53 del 2025, se han confirmado 3.387 casos de tosferina, incluyendo 6 defunciones. La tasa de incidencia acumulada fue de 17 casos por 100.000 habitantes. Se han notificado casos en todas las regiones del país, observándose mayores tasas de incidencia en las regiones del centro-sur del país. Se destacan región de Los Lagos, con una tasa de 52 por 100.000 habitantes, seguida por Biobío (38 por 100.000) y la Región Metropolitana (17 por 100.000). El resto de las regiones presentaron tasas similares o inferiores a la nacional. Los grupos de edad más afectados fueron los menores de 1 a 4 años, con el 33% de los casos (n= 1.111 casos), seguido por el grupo de 5 a 9 años, con el 28% (n= 956 casos). La tasa específica más alta correspondió al grupo etario de los menores de 1 año con 129 casos por 100.000 habitantes. En relación con la caracterización de los casos, el 55% corresponde a mujeres.

Desde la SE 1 hasta la SE 10 del 2026, se han confirmado 1.063 casos de tosferina, incluyendo una defunción, con una tasa de incidencia acumulada de cinco casos por 100.000 habitantes. Se han notificado casos en todas las regiones exceptuando la región de Arica, observándose mayores tasas en las regiones del sur del país. Destacan la región del Biobío con tasa de incidencia de 14 por 100.000 habitantes, seguido de la región de Aysén (11 por 100.000) y la región de la Araucanía (8 por 100.000). Los grupos de edad más afectados fueron los menores de 1 a 4 años, con el 40% de los casos (n= 423 casos), seguido por el grupo de 20 a 59 años, con el 19% (n= 205 casos). La mayor tasa de incidencia específica por grupo etario la tienen los menores de 1 año con 69,8 casos por 100.000 habitantes. En relación con la caracterización de los casos, el 54% corresponde a mujeres.

En **Colombia**, desde la SE 1 hasta la SE 53 del 2025 se reportaron 1.178 casos confirmados de tosferina incluyendo 27 defunciones (información preliminar). Para el 2025 se registra una incidencia nacional de 2,22 casos por cada 100.000 habitantes, siendo el 2025 el año con mayor número de casos reportados en Colombia desde el 2017. De los departamentos y distritos con casos confirmados de tosferina, los que concentran el mayor número son Bogotá, D.C. (n= 321 casos, incluyendo seis defunciones) y Antioquia (n= 299 casos, incluyendo ocho defunciones) con incidencias de 4,04 y 4,32 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. El grupo de edad más afectado es el de los menores de un año (n= 449 casos) con el 38,1%, seguido del grupo de 1 a 4 años (n= 209 casos) con el 17,7%. La distribución por sexo muestra que la mayor proporción de casos corresponde a mujeres con 51,8% (n= 610 casos).

Durante el 2025 se notificaron 143 casos confirmados de tosferina incluyendo 12 defunciones en población indígena, los casos se distribuyeron en 35 municipios de 14 entidades territoriales, siendo Urrao (Antioquia) el municipio con mayor número de casos (n= 27), seguido de Tierralta (Córdoba) (n= 19 casos) y Bagadó (Chocó) (n= 16) (8, 9). En 2026, desde SE 1 hasta la SE 9 se notificaron 190 casos confirmados de tosferina, la incidencia nacional de tosferina es de 0,36 casos por cada 100.000 habitantes. El mayor número de casos se registró en Antioquia con una incidencia de 0,55 casos por 100.000 habitantes (n= 38 casos) y Bogotá, D.C con 0,33 por 100.000 habitantes (n= 26 casos). Los grupos de edad más afectados son los menores de 1 año, con el 47% de los casos (n= 90 casos), seguido por el grupo de 1 a 4 años, con el 27% (n= 51 casos). En relación con la caracterización de los casos, el 54% corresponde a mujeres (n= 102 casos) y el 46% a hombres (n= 88 casos).

En **Ecuador**, desde la SE 1 y hasta la SE 53 del 2025, se han notificado un total de 2.798 casos de tosferina, incluyendo 50 defunciones. La tasa de incidencia acumulada de 14,1 por 100.000 habitantes. El mayor número de casos confirmados se registró en la provincia de Manabí (n= 928 casos, incluyendo cuatro defunciones), seguida por Pichincha (n= 461 casos, incluyendo 8 defunciones) y Guayas (n= 376 casos, incluyendo 27 defunciones). El grupo de edad más afectado fue el de los menores de un año (n= 945 casos, incluyendo 32 defunciones) con el 34%, seguido del grupo de 1 a 4 años (n= 548 casos) con el 19%. La distribución por sexo muestra que la mayor proporción de casos corresponde a mujeres con 51% (n= 1.422 casos).

Desde la SE 1 hasta la SE 10 del 2026, se han notificado 55 casos confirmados de tosferina. El mayor número de casos confirmados se registra en la provincia de Morona Santiago (n= 18 casos), seguida por Pichincha (n= 11 casos) y Manabí (n= 9 casos). El grupo de edad más afectado fueron los menores de un año (n= 33 casos, con el 60%), seguido del grupo de 1 a 4 años (n= 6 casos) con el 11%. La distribución por sexo muestra que la mayor proporción de casos corresponde a hombres con 56% (n= 31 casos).

En los **Estados Unidos de América**, con base en datos provisionales, entre la SE 1 y la SE 53 del 2025, se notificaron 28.783 casos confirmados y probables de tosferina, incluyendo 16 defunciones. La actividad de la tosferina aumentó significativamente, registrándose el mayor número de casos desde 2012 (n= 43.321 casos acumulados hasta la SE 53 de 2025). Los casos alcanzaron su pico a nivel nacional en noviembre de 2024 y se mantuvieron elevados durante 2025 en comparación con los datos previos a la pandemia de COVID-19. Los estados con el mayor número de casos confirmados y probables de tosferina en 2025 fueron Washington (n= 2.127 casos), Texas (n= 1.805 casos), California (n= 1.703 casos) y Oregón (n= 1.560 casos). Los grupos de edad más afectados son los de 11 a 19 años, con el 27% de los casos (n= 7.729 casos), y los de 1 a 6 años (n= 7.523 casos), con el 26 %. Las defunciones se registraron principalmente en niños menores de 1 año (n= 10 defunciones).

Desde la SE 1 hasta la SE 10 del 2026, se han notificado 2.355 casos confirmados de tosferina, incluyendo una defunción. Los estados con el mayor número de casos confirmados y probables de tosferina durante la SE 1 a la SE 10 de 2026 fueron California (n= 261 casos), Texas (n= 181 casos), Ohio (n= 159 casos) y Florida (n= 150 casos). Los grupos de edad más afectados fueron los de 1 a 6 años, que representaron el 29% de los casos (n= 672), seguidos por los de 11 a 19 años, que representaron el 23% (n= 533).

En **Honduras**, desde la SE 1 y hasta la SE 53 del 2025, se notificaron un total de 114 casos confirmados de tosferina, incluyendo siete defunciones, con una tasa de incidencia acumulada de 1,14 casos por 100.000 habitantes. El mayor número de casos confirmados se registró en las regiones sanitarias de Cortés (n= 23 casos), seguida por el Distrito Central (n= 22 casos), la Metropolitana de San Pedro Sula (n= 20 casos), Atlántida (n= 13 casos), Colón (n= 8 casos), El Paraíso (n= 7 casos) y Yoro (n= 6 casos). El grupo de edad más afectado fue el de los menores de un año con 76 casos, lo que representa el 67% de todos los casos, dentro de este grupo el 38% (n= 29 casos) fueron menores de 2 meses; el segundo grupo de edad fue el de los mayores de 5 años con el 24% del total de casos (n= 28 casos). La distribución por sexo muestra que la mayor proporción de casos corresponde al sexo femenino con 54.3% (n= 62 casos) (16). Desde la SE 1 a la SE 10 del 2026, se han confirmado 86 casos de tosferina, incluyendo nueve defunciones, con una tasa de incidencia acumulada de 0,84 casos por 100.000 habitantes. La mayoría de los casos se han notificado casos en las regiones sanitarias Metropolitana de San Pedro Sula (n= 16 casos), Distrito Central (n= 15 casos), Cortés (n= 13 casos), Yoro (n= 11 casos) y Comayagua (n= 6 casos). Los grupos de edad más afectados son los menores de un año con el 74% de los casos (n= 64 casos), seguido por el grupo de 1 a 4 años, con el 14% (n= 12 casos). En relación con la caracterización de los casos, el 57% (n= 49 casos) corresponde a mujeres.

En **México**, desde la SE 1 y hasta la SE 53 del 2025, se reportaron 1.596 casos confirmados de tosferina incluyendo 72 defunciones. Los casos se registraron en 31 entidades federales del país. La incidencia acumulada fue de 1,2 casos por cada 100.000 habitantes. Los casos reportados durante 2025 superan las cifras registradas en los últimos diez años en el país. Las entidades federales con el mayor número de casos confirmados fueron Ciudad de México (n= 155 casos, incluyendo diez defunciones), Chihuahua (n= 149 casos, incluyendo siete defunciones), Nuevo León (n= 141 casos, incluyendo siete defunciones) y Aguascalientes (n= 102 casos, incluyendo dos defunciones). El grupo de edad más afectado fue el de los menores de un año (n= 777 casos) con el 48,6%, seguido del grupo de 1 a 4 años (n= 232 casos) con el 14,5%. La distribución por sexo muestra que la mayor proporción de casos corresponde a mujeres con 57,5% (n= 918 casos). Del total de defunciones registradas en 2025, el 96% corresponden a casos en menores de 1 año sin antecedente de vacunación (n= 69 casos), de estos 61 casos corresponden a menores de 6 meses.

Desde la SE 1 a la SE 10 del 2026, se han confirmado 50 casos de tosferina, incluyendo dos defunciones, con una tasa de incidencia acumulada de 0,03 casos por 100.000 habitantes. Las entidades federales con el mayor número de casos confirmados son Chihuahua (n= 12 casos), Coahuila (n= 8 casos) y Chiapas (n= 7 casos). El grupo edad más afectado fue el de menores de un año (n= 29 casos) con el 58%, seguido del grupo de 1 a 4 años (n= 7 casos) con el 14%. La distribución por sexo muestra que la mayor proporción de casos corresponde a hombres con 52% (n= 26 casos).

En **Panamá**, entre la SE 1 y hasta la SE 53 de 2025, se notificaron 52 casos confirmados de tosferina, incluyendo dos defunciones. Del total de casos confirmados, 51 fueron confirmados por laboratorio y un caso por nexo epidemiológico. La incidencia acumulada es de 1,14 casos por cada 100.000 habitantes. Los casos se registraron en siete provincias y una comarca. Las provincias y comarcas con casos confirmados son Ngäbe Buglé (n= 18 casos, incluyendo una defunción), Panamá (n= 22 casos, incluyendo una defunción), Panamá Oeste (n= 4 casos), Colón (n= 3 casos), Herrera (n= 2 casos), Los Santos (n= 1 caso), Chiriquí (n= 1 caso) y Coclé (n= 1 caso). Según el grupo de edad el más afectado corresponde a niños menores de un año (n= 12 casos) con el 23,1%, seguido del grupo de 1 a 4 años (n= 10 casos) y 5-14 años (n= 10 casos) con el 19% respectivamente. La distribución por sexo muestra que la mayor proporción de casos corresponde a mujeres con 65,4%.

Desde la SE 1 a la SE 10 del 2026, se han confirmado 20 casos de tosferina, incluyendo una defunción. Con una tasa de incidencia acumulada de 0,43 casos por 100.000 habitantes. Se han notificado casos en las provincias y comarcas de Ngäbe Buglé (n=10 casos), Panamá (n= 3 casos), Panamá Oeste (n= 3 casos), Chiriquí (n= 2 casos), y Colón (n= 2 casos). Los grupos de edad más afectados son los menores de un año, con el 35% de los casos (n= 7 casos), seguido por el grupo de 1 a 4 años, con el 20 % (n= 4 casos). En relación a la caracterización de los casos, el 60 % corresponde a hombres (n= 12 casos).

En **Paraguay**, entre la SE 1 y la SE 53 del año 2025, se notificaron 83 casos confirmados de tosferina, incluyendo siete defunciones. Del total, 78 casos fueron confirmados por laboratorio y cinco por nexo epidemiológico. La incidencia acumulada fue de 1,29 casos por 100.000 habitantes. Los casos reportados durante 2025 superaron las cifras registradas en el país desde el año 2018. Se confirmaron casos en 12 departamentos y en Asunción. El mayor número de casos confirmados se registró en Central (n= 39 casos, incluyendo dos defunciones), seguido por Asunción (n= 13 casos), Alto Paraná (n= 10 casos), Paraguarí (n= 3 casos), San Pedro Norte (n= 3 casos, incluyendo una defunción), Itapúa (n=3), Boquerón (n=2 casos), Misiones (n= 2 casos), Presidente Hayes (n= 2 casos), Guairá (n= 2 casos), Caaguazú (n= 2 casos), Amambay (n= 1 caso), y Concepción (n= 1 caso). El grupo de edad más afectado fue el de menores de 1 año, que concentró el 51% de los casos (n= 42 casos), incluyendo la totalidad de las defunciones (n= 7

casos). Le siguió el grupo de 1 a 4 años, con 15 casos. La distribución fue equitativa en cuanto al sexo.

En 2026, desde la SE 1 hasta la SE 10, se han confirmado 16 casos de tosferina, sin registro de defunciones hasta el cierre del período. La tasa de incidencia acumulada a nivel país fue de 0,25 casos por 100.000 habitantes. Los casos se distribuyen en cuatro departamentos y en Asunción. En Central (n= 10 casos), Alto Paraná (n= 3 casos), Caaguazú (n= 1 caso), Presidente Hayes (n= 1 caso) y Asunción (n= 1 caso). Por grupo de edad, se registraron siete casos en menores de un año y seis en niños de un año. En cuanto a la caracterización demográfica, el 56% de los casos correspondió al sexo femenino (n= 9 casos).

En **Perú**, entre la SE 1 y hasta la SE 53 del 2025, se notificaron 4.632 casos confirmados de tosferina, incluyendo 76 defunciones confirmadas. La incidencia acumulada es de 13,62 casos por cada 100.000 habitantes. Los casos reportados durante 2025 superan las cifras registradas desde el 2013 en el país. Los casos se registraron en 24 departamentos del país, con un mayor número de notificaciones en los departamentos de Loreto (n= 3.707 casos, incluyendo 57 defunciones), Lima (n= 227 casos, incluyendo siete defunciones), Puno (n= 129 casos, incluyendo una defunción), Cusco (n= 77 casos, incluyendo tres defunciones), Arequipa (n= 66 casos, incluyendo una defunción), Lambayeque (n= 64 casos) y Cajamarca (n= 53 casos, incluyendo dos defunciones). Los casos registrados en el departamento de Loreto corresponden principalmente a un brote en comunidades indígenas en la provincia del Datem del Marañón. La distribución por grupos de edad a nivel nacional muestra que el 28,7% (n= 1.331 casos) corresponde al grupo de 1 a 4 años, el 28,6% (n= 1.326 casos) al grupo de 5 a 11 años y el 14,8% (n= 686 casos) a menores de un año. Del total de casos, el 51,4% (n= 2.382) ocurrieron en mujeres.

Entre la SE 1 y SE 10 del 2026 se han notificado 278 casos confirmados, incluyendo nueve defunciones, con una incidencia acumulada en el periodo de 0,8 casos por cada 100.000 habitantes. Los casos se registraron en 21 departamentos del país, con un mayor número de notificaciones en los departamentos de Lima (n= 64 casos, incluyendo una defunción), Puno (n= 34 casos, incluyendo una defunción), Lambayeque (n= 28 casos, incluyendo una defunción), Arequipa (n= 26 casos), Loreto (n= 22 casos), La Libertad (n= 20 casos, incluyendo dos defunciones) y San Martín (n= 17 casos, incluyendo dos defunciones). La distribución por grupos de edad a nivel nacional muestra que el grupo más afectado fue el de menores de un año, con 41% (n= 114 casos), seguido por el grupo de 1 a 4 años con el 22,3% (n= 62 casos), y el de 5 a 11 años, con el 18,3% (n= 51 casos). Del total de casos, el 56,8% (n= 158) correspondió a mujeres.

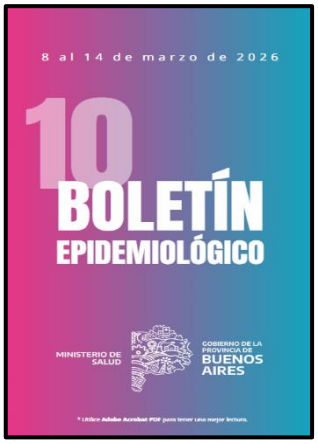
Fuente: *https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-tosferina-coqueluche-region-americas-25-marzo-2026*

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

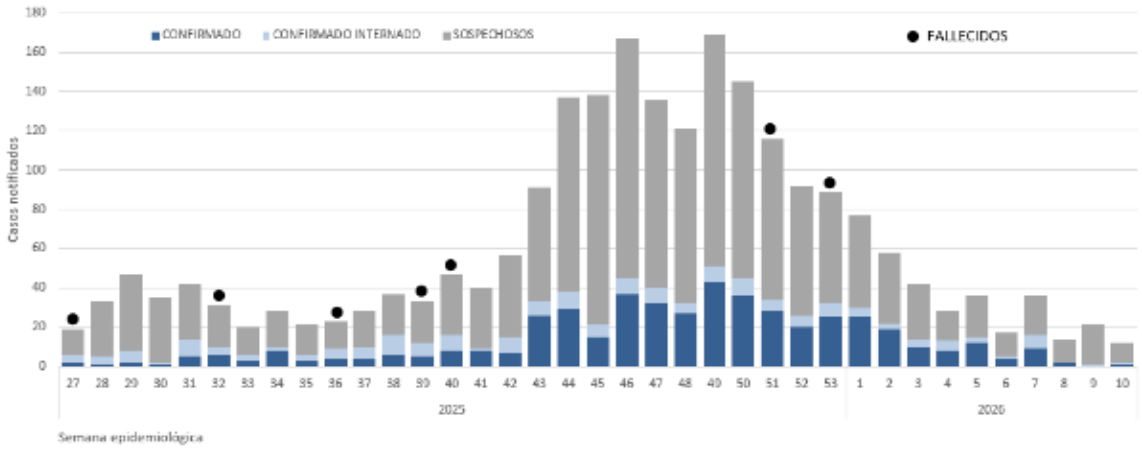
XII. Boletines Jurisdiccionales

XII.1. Buenos Aires: Coqueluche

Durante el año 2025 y hasta la semana epidemiológica (SE) 10 de 2026 (14 de marzo), se notificaron 2.658 casos sospechosos de coqueluche, de los cuales 745 fueron confirmados, mientras que el resto permanece como sospechoso.



Casos notificados según clasificación y casos fallecidos, por SE de inicio de síntomas. PBA. Años 2025 (cerrado) – 2026 (hasta SE 10). n=2.658



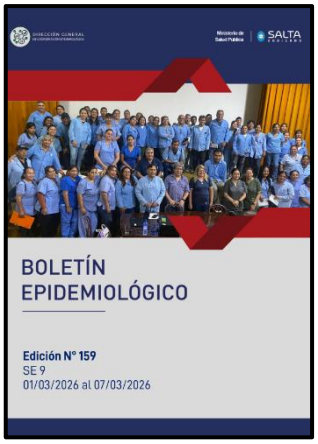
Fuente. SNVS 2.0. Programa de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes. Ministerio de Salud de la PBA.

Para más información:

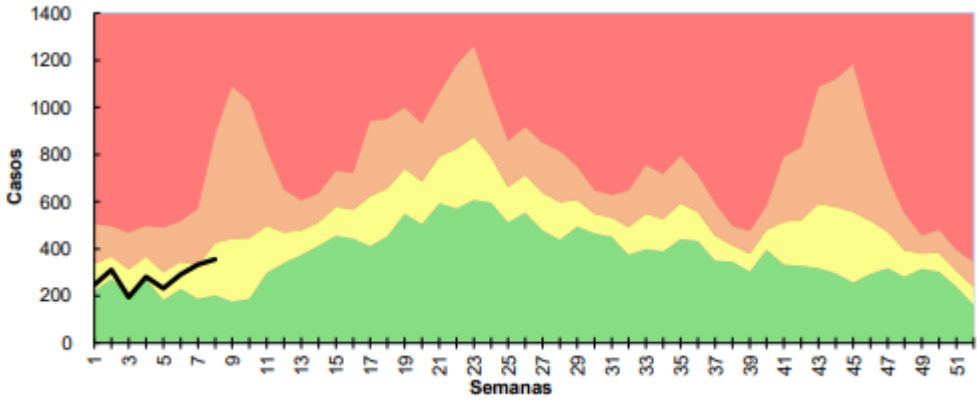
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

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

En las notificaciones de casos de ETI se observa, un ascenso de casos con respecto a la semana anterior, el corredor endémico permanece en la zona de seguridad. En la semana 8 se confirmaron 355 casos.



Corredor endémico semanal de enfermedad tipo influenza (eti) – años: 2018 a 2024. Se 8 de 2026. Provincia de salta. (n=2.244)



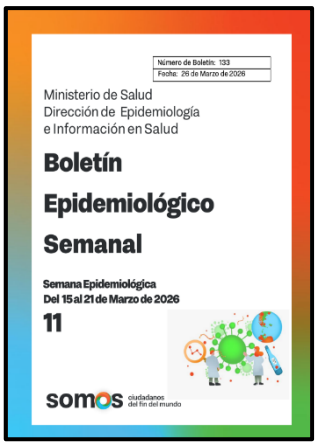
Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). (*) Nota: Los datos presentados en este grafico actualizan y corrigen los publicados anteriormente, debido a la carga constante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

Para más información:

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

XII.3.Tierra del Fuego: Respiratorias

Hasta la semana epidemiológica (SE) 11en 2026 se notificaron 764 casos de diarrea aguda en SNVS 2.0 en la modalidad agrupadas. Con respecto al mismo período del año 2025, se observa una disminución del 33 .7 % de los casos registrados a nivel provincial.



Diarreas agrupadas 2025 y 2026

	SE 11 / Año 2025	SE 11 / Año 2026	% Variación interanual
Río Grande	569	326	⬇ -42,7
Tolhuin	60	25	⬇ -58,3
Ushuaia	761	652	⬇ -14,3
Tierra del Fuego	1390	1003	⬇ -27,8

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

Para más información:

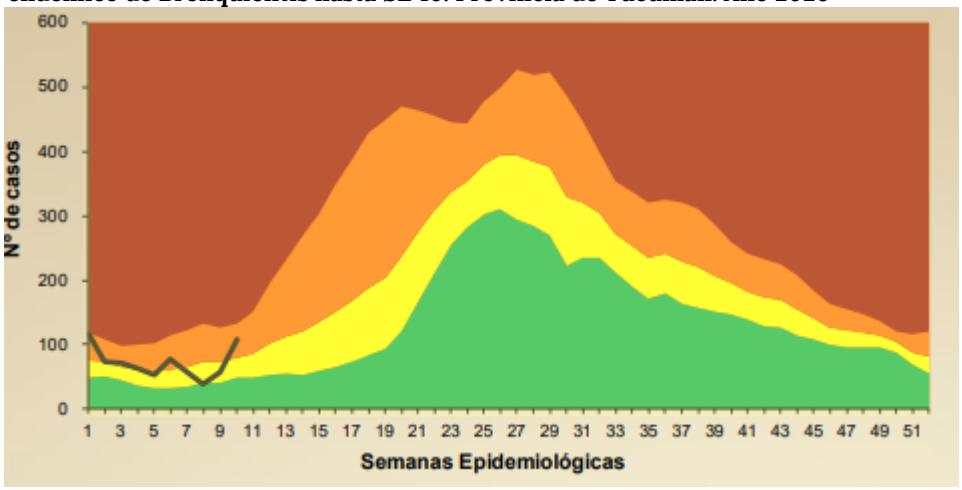
https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/

XII.4. Tucumán: Bronquiolitis de menores 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 10 se notificaron 109 casos.



Corredor endémico de Bronquiolitis hasta SE 10. Provincia de Tucumán. Año 2026



Fuente: SNVS – Dirección de Epidemiología

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS
PARA VIGILANCIA

XIII. 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 **marzo** 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**
Marzo	Botulismo alimentario y/o por heridas	Evento	Clasificación Manual	Se adicionó la opción: "Caso descartado por diagnóstico diferencial".
		Clínica	Diagnóstico referido	Se adicionaron las siguientes opciones: "Síndrome de Guillain Barré", "Meningoencefalitis", "Miopatía", "Miastenia gravis", "Parálisis por garrapata" y "Otras parálisis fláccidas".
			Signos y síntomas	Se modificó la opción: "Debilidad generalizada" por "Debilidad".
		Epidemiología	Factores de riesgo	Se adicionaron las opciones: "Consumo de alimento de fuente común con casos de botulismo alimentario", "Consumo: otros alimentos preparados", "Origen del alimento consumido: elaboración propia", "Origen del alimento consumido: comercio habilitado", "Origen del alimento consumido: venta ambulante" y "Origen del alimento consumido: venta por internet".
	Botulismo del lactante	Evento	Clasificación manual	Se adicionó la opción: "Caso descartado por diagnóstico

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	**Nombre del evento**	**Solapa**	**Sección**	**Cambio realizado**
				diferencial".
		Clínica	Diagnóstico referido	Se adicionaron las siguientes opciones: "Metabolopatías congénitas", "Enfermedad genética", "Poliomielitis", "Síndrome de Guillain Barré", "Meningoencefalitis" y "Lesiones de la médula espinal".
			Signos y síntomas	Se modificó la opción: "Llanto débil o ronco" por "Llanto débil"
			Tratamiento	Se quitó la opción "Antibiótico"
			Resultado de tratamiento	Se adicionó la opción "Tratamiento incompleto por efecto adverso"
		Epidemiología	Factores de riesgo Vigilancia activa	Se adicionaron las opciones: "Consumo de té / infusiones", "Expuesto a obra en construcción" y "Residir en zonas ventosas".
	Cisticercosis	Se configuró el evento en su totalidad		
	Coqueluche	Evento	Clasificaciones de caso	Se deshabilitó: "Caso probable", y"Caso confirmado". Se adicionó: "Caso compatible", "Caso confirmado por laboratorio" y "Caso confirmado por criterio epidemiológico".
	Dengue	Laboratorio	Determinaciones/ Técnicas	Se adicionó la técnica "Inmunoenzimático por Fluorescencia (ELFA)" a la determinación "IgM DENV" Se quitaron las siguientes opciones: "Hemorragia pulmonar", "Síndrome de Weil", "Tos", "Hemorragias", "Hematemesis", "Hemoptisis", "Melena", "Enterorragia", "Taquipnea (FR >25)", "Esputo
	Dengue en embarazadas			

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	**Nombre del evento**	**Solapa**	**Sección**	**Cambio realizado**
				hemoptoico", y "Tos seca"
	Fiebre Chikungunya	Evento	Clasificación manual	Se quitaron las opciones: "Caso confirmado por nexo epidemiológico autóctono" y " Caso confirmado por nexo epidemiológico importado"
				Se adicionó la opción: "Caso probable por nexo epidemiológico"
		Laboratorio	Determinaciones/ Técnicas	Se adicionó la técnica "Inmunoenzimático por Fluorescencia (ELFA)" a la determinación "IgM CHIKV"
	Hantavirus	Clínica	Signos y síntomas	Se adicionaron las siguientes opciones: "Compromiso hepático", "Compromiso neurológico", "Compromiso renal" y "Dificultad respiratoria".
			Tratamiento	Se adicionaron las siguientes opciones: "Ribavirina" y "ECMO"
				Se desglosaron las siguientes opciones: "Tratamiento de sostén" y "Asistencia respiratoria mecánica"
		Epidemiología	Antecedentes Epidemiológicos	Se adicionaron las siguientes opciones: "Pernocte a la intemperie", "Pernocte en refugios o cabañas que hubieran permanecido cerradas" y "Realización de actividades al aire libre (caza, pesca, camping, etc.)"
			Ocupaciones	Se adicionaron las siguientes opciones: "Recolección de leña", "Pobladores rurales", "Guardafaunas", "Miembros de las Fuerzas Armadas y Seguridad", "Trabajador de

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	**Nombre del evento**	**Solapa**	**Sección**	**Cambio realizado**
				vialidad", "Trabajador de la construcción", "Recolector de residuos" y "Recolector de frutas finas, hongos, caña de azúcar".
	Hidatidosis	Clínica	Diagnóstico referido	Se adicionaron las opciones: "Imágenes compatibles no patognomónicas" y "Imágenes patognomónicas"
	Intento de suicidio	Evento	Vigilancia activa	Se adicionaron los siguientes operativos de detección asociados a cada jurisdicción: "(SUIC) Línea tel. prov. (*Jurisdicción*)" y "(SUIC) 911 (*Jurisdicción*)".
	Meningoencefalitis	Laboratorio	Resultados	Se adicionaron las opciones "S. pneumoniae serotipo 15BC" y "S. pneumoniae no capsulado "
	Otras infecciones invasivas (bacterianas y otras)			
	Meningoencefalitis	Laboratorio	Determinaciones/ Técnicas	Se adicionó la técnica "Secuenciación de genoma completo" a la determinación "Serotipificación de S. pneumoniae"
	Otras infecciones invasivas (bacterianas y otras)			
	Leptospirosis	Clínica	Signos y síntomas	Se quitaron las siguientes opciones: "Hemorragia pulmonar", "Síndrome de Weil", "Tos", "Hemorragias", "Hematemesis", "Hemoptisis", "Melena", "Enterorragia", "Taquipnea (FR >25)", "Esputo hemoptoico", y "Tos seca"
				Se adicionó la opción: "Síndromes hemorrágicos"
			Diagnóstico referido	Se adicionó la opción: "Síndrome de Weil"
			Comorbilidades	Se adicionaron las opciones: "Cirrosis", "Diabetes", "Enfermedad hepática

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	**Nombre del evento**	**Solapa**	**Sección**	**Cambio realizado**
				previa", "Enfermedad renal crónica", "EPOC", "Persona inmunocomprometida" y "Insuficiencia cardíaca"
			Tratamiento	Se adicionaron las opciones: "Amoxicilina", "Ampicilina", "Azitromicina", "Cefotaxima", "Ceftriaxona", "Doxiciclina" y "Penicilina G sódica"
			Resultado de tratamiento	Se adicionaron las opciones: "Tratamiento en curso", "Tratamiento completo", "Tratamiento incompleto por efecto adverso" y "Tratamiento incompleto por abandono"
		Epidemiología	Antecedentes epidemiológicos	Se quitó la opción: "Contacto con roedores silvestres, su orina o deposiciones"
				Se adicionaron las opciones: "Limpieza de alcantarillas, canales o acequias" y "Contacto con basurales"
			Ocupaciones	Se quitaron las opciones: "Limpieza en canales o acequias" y "Ganadero".
				Se adicionó la opción: "Trabajador en limpieza de alcantarillados, canales o acequias"
	Psitacosis	Clínica	Signos y síntomas	Se adicionó la opción: "Disnea"
			Comorbilidades	Se adicionó la opción: "Enfermedad neurológica"
			Resultados de tratamiento	Se adicionaron los casos: "Tratamiento en curso", "Tratamiento completo", "Tratamiento incompleto por efecto adverso" y "Tratamiento incompleto por abandono"
	Triquinelosis	Clínica	Signo/Síntoma	Se quitaron las opciones: "Fotofobia", "Tumefacción

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	**Nombre del evento**	**Solapa**	**Sección**	**Cambio realizado**
				de las glándulas lagrimales" y "Conjuntivitis bilateral".
			Secuelas	Se quitaron las opciones: "Mialgias" y "Artralgias"
			Causas de fallecimiento	Se quitaron las opciones: "Insuficiencia cardíaca" y "Complicaciones neurológicas".