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



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **804**

Semana epidemiológica 14
AÑO 2026
Desde 5/04 al 11/04
Fecha de publicación
20/04/2026

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA

MINISTERIO DE SALUD · REPÚBLICA ARGENTINA

AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Dr. Javier Gerardo MILEI

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Mario Iván LUGONES

Secretario de Gestión Sanitaria

Dr. Saúl FLORES

Subsecretaria de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas en Salud

Dra. María Susana AZURMENDI

Directora de Epidemiología

Vet. Cecilia GONZALEZ LEBRERO

Sobre la autoría del boletín

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

Dengue y otras arbovirosis
Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores.
Informe de vigilancia genómica y determinación de genotipo de virus Chikungunya (CHIKV): Cintia Fabbri, Victoria Luppo, Cintia Barulli, Mariel Feroci, Gabriela Bravo, Gabriela Delgado, Marcelo Ovejero, María Cristina Álvarez López, Eliana Rosales y María Alejandra Morales (INEVH y Laboratorios Jurisdiccionales de Salta, Tucumán, Santiago del Estero, CABA y San Luis)
El Servicio Meteorológico Nacional.

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).

Informe especial: Vigilancia ambiental de Poliovirus y Enterovirus en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA)
De INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán: Servicio de Neurovirosis: Cristina Lema, Lucia Fernandez, Daniela Girard, Eduardo Illán; Servicio de Hepatitis Virales: Paula Vazquez, Yanina Miranda Arias; Servicio de Gastroenteritis Virales: Cristian Barrios Mathieur; Departamento de Virología: Juan A. Stupka; Departamento de Epidemiología: Carlos Giovacchini; Dirección: Daniel M. Cisterna.

De AySA SA: Laboratorio Central: Alejandro Branca, Paula Mayon, Lorena Coronel y Gilda Chiera; Gerencia de Calidad: Javier de Bruno, Vanesa Carbone, Sebastián Alcantara; Dirección: Verónica Borro.

Lesiones por mordedura de perro
Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Epidemiología.

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

La lesión por mordedura de perro es un evento de notificación obligatoria que se registra desde mayo de 2023. Foto tomada de banco de imágenes libre de derechos.

Cómo citar este boletín

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2026). Boletín Epidemiológico Nacional N°804, SE 14.

I. Editorial del BEN 797

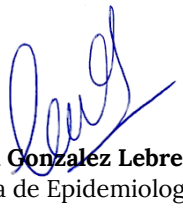
A lo largo de este año, el Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) ha continuado afirmándose El Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) se consolida como un espacio donde la vigilancia en salud se produce y se difunde de manera articulada, a partir de un trabajo sostenido entre equipos nacionales y jurisdiccionales.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

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

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

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

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



Vet. Cecilia González Lebrero
Directora de Epidemiología



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

II. Sobre este BEN

En esta edición del Boletín Epidemiológico Nacional se presenta, como es habitual, la actualización de la tabla de eventos priorizados, buscando fortalecer la lectura sistemática y comparable de los eventos bajo seguimiento.

Entre los eventos priorizados, se incluye la actualización de la vigilancia de infecciones respiratorias agudas, con la situación regional de influenza y otros virus respiratorios, la síntesis de la información nacional destacada, la vigilancia centinela en UMA de ETI y en la Red Argentina de Vigilancia Centinela de IRAG, la subtipificación y caracterización genómica de influenza, y las recomendaciones para equipos de salud y población. Asimismo, se presenta la actualización de dengue y otros arbovirus, con la situación regional, la estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada 2025-2026, la situación de dengue en Argentina, la vigilancia de fiebre chikungunya y el seguimiento de encefalitis arbovirales y otros arbovirus.

Como informe especial, esta edición incorpora un nuevo informe de la serie sobre vigilancia de aguas residuales en el Área Metropolitana de Buenos Aires, desarrollado en el marco del trabajo conjunto entre el INEI-ANLIS y AySA. El documento presenta los fundamentos, objetivos, diseño, sitios y período de muestreo, procesamiento de muestras y caracterización virológica, junto con resultados sobre detección de enterovirus no polio por planta depuradora y por mes, e identificación por secuenciación. Se trata de una línea de trabajo relevante para fortalecer capacidades de vigilancia complementarias, sensibles y oportunas, capaces de aportar información estratégica sobre la circulación viral en la población.

En la sección de actualizaciones periódicas, se incluye el informe epidemiológico sobre lesiones por mordedura de perro, que recupera los antecedentes y la implementación de esta vigilancia, describe las jurisdicciones y establecimientos participantes, analiza la situación epidemiológica de las lesiones leves y moderadas en Argentina durante 2023-2025 e incorpora recomendaciones para el equipo de salud, medidas preventivas, acciones ante casos y contactos, definiciones de caso y lineamientos de vigilancia epidemiológica.

Finalmente, el BEN 814 incluye alertas y comunicaciones internacionales sobre sarampión e influenza aviar A(H10N2), destacados de boletines jurisdiccionales de Buenos Aires, Salta, Santa Fe, Tierra del Fuego y Tucumán, y herramientas para la vigilancia, entre ellas el listado de modificaciones en codificaciones auxiliares del SNVS 2.0, la novena edición de las herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud y el curso de vigilancia y notificación de dengue.

Contenido

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

TABLA DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS **9**
III. Actualización de la tabla de eventos priorizados **10**
III.1. Fundamentación 10
III.2. Metodología de análisis 10
III.2.A. Sobre la construcción de la tabla 10
III.2.B. Clasificación de la situación epidemiológica 10
III.2.C. Visualización de los casos según semanas epidemiológicas 2022-2026 11
III.2.D. Notas generales sobre la presentación de los eventos 11
III.3. Utilidad para la vigilancia epidemiológica 11

EVENTOS PRIORIZADOS **13**
IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas **14**
IV.1. Nota Metodológica 14
IV.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 14
IV.3. Síntesis de la información nacional destacada 14
IV.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados 15
IV.4.A. Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI 15
IV.4.B. Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave -IRAG 18
IV.5. Subtipificación y caracterización genómica de Influenza en el Laboratorio Nacional de Referencia 21
IV.5.A. Antecedentes de secuenciacion genomica de influenza a(h3n2) 2025-2026 21
IV.5.B. Vigilancia genómica de influenza desde se1 hasta se12, año 2026 22
IV.6. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas 26
IV.6.A. Recomendaciones para equipos de salud 26
IV.7. Vigilancia epidemiológica 26
IV.8. Recomendaciones para la población 28
IV.9. Vacunación antigripal 28
IV.10. Tratamiento antiviral 29
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus **31**
V.1. Situación regional 31
V.2. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue - Período 2025 - 2026 32
V.2.A. Nota metodológica 32
V.3. Situación de dengue en Argentina 34
V.3.A. temporada 2025/2026 34
V.3.B. Distribución espacial de los casos de dengue durante la temporada 35
V.3.C. Casos Probables 36
V.3.D. Caracterización clínica de los casos de dengue 37
V.3.E. Consideraciones para la vigilancia por laboratorio 37
V.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina 38
V.4.A. Caracterización clínica de los casos de chikungunya 41
V.5. Situación epidemiología de otros Arbovirus en Argentina 42
V.5.A. Encefalitis arbovirales 42

INFORMES ESPECIALES **46**
VI. Vigilancia ambiental de Poliovirus y Enterovirus en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) **47**
VI.1. Sobre la serie de informes de vigilancia en aguas residuales en el marco del trabajo INEI-AYSA 47
VI.2. Enterovirus y su relevancia en salud pública 48
VI.3. Vigilancia ambiental de Poliovirus y Enterovirus en aguas residuales. 48
VI.4. Objetivos 49
VI.4.A. Objetivo general 49
VI.4.B. Objetivos especificos 49
VI.5. Materiales y métodos 49
VI.5.A. diseño de la vigilancia ambiental y sitios de muestreo 49
VI.5.B. período de muestreo 50
VI.5.C. procesamiento de las muestras 50
VI.5.D. detección y caracterización virológica 50
VI.6. Resultados 51

VI.6.A. Distribución de Muestras por planta 51
VI.6.B. Detección acumulada de Enterovirus No Polio: cultivo viral y PCR. 51
VI.6.C. Detección acumulada de Enterovirus No Polio por planta depuradora 53
VI.6.D. Detección EVNP por planta depuradora y mes 54
VI.6.E. Identificación por secuenciación de los EVNP detectados 55
VI.6.F. Distribución de los tipos de Enterovirus No Polio por planta depuradora y mes 56
VI.7. Conclusiones 56

ACTUALIZACIONES PERIODICAS 58
VII. Lesiones por mordedura de perro - Informe epidemiológico 59
VII.1. Introducción 59
VII.2. Sobre la implementación de la vigilancia de las lesiones por mordedura de perro 59
VII.2.A. Antecedentes 59
VII.2.B. Jurisdicciones y establecimientos participantes 60
VII.2.C. Total de notificaciones en el período de implementación 61
VII.3. Situación de Lesiones leves y moderadas por mordedura de perro en Argentina 62
VII.3.A. Nota metodológica 62
VII.3.B. Situación Epidemiológica (2023-2025) 62
VII.4. Recomendaciones para el equipo de salud 67
VII.4.A. Medidas preventivas 67
VII.4.B. Medidas ante casos y contactos 68
VII.5. Vigilancia epidemiológica 68
VII.5.A. Definiciones de caso 68

ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES 69
VIII. Introducción 70
VIII.1. Sarampión - Situación epidemiológica mundial y regional 70
VIII.1.A. Canadá 70
VIII.1.B. Costa rica 71
VIII.1.C. Estados Unidos de América 71
VIII.1.D. México3F 72
VIII.1.E. perú3F 73
VIII.2. Influenza Aviar A(H0N2) – Italia 74

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES 76
IX. Boletines Jurisdiccionales 77
IX.1. Buenos Aires: Coqueluche 77
IX.2. Salta: Chikungunya 78
IX.3. Santa Fe: Coqueluche 79
IX.4. Tierra del Fuego: Varicela 80
IX.5. Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años 81

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA 82
X. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 83
XI. Herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud. 9° Edición 84
XII. Curso Vigilancia y notificación de Dengue 85

TABLA DE **EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA** SELECCIONADOS

III. Actualización de la tabla de eventos priorizados

III.1. Fundamentación

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

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

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

III.2. Metodología de análisis

III.2.A. SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE LA TABLA

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

Para cada evento se presentan los siguientes indicadores:

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

III.2.B. CLASIFICACIÓN DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

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

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

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

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

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

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

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

III.2.C. VISUALIZACIÓN DE LOS CASOS SEGÚN SEMANAS EPIDEMIOLÓGICAS 2022-2026

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

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

III.2.D. NOTAS GENERALES SOBRE LA PRESENTACIÓN DE LOS EVENTOS

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

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

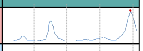
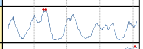
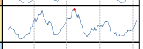
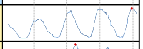
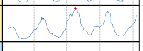
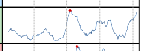
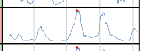
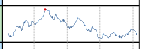
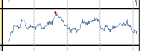
III.3. Utilidad para la vigilancia epidemiológica

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

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

A continuación, se presenta la tabla completa.

Tabla 1. Situación de Eventos de Notificación Obligatoria (ENO) seleccionados. Argentina. SE 1 a 14 de 2026.

Grupo	Evento	Mediana Acumulado 2022-2025	Acumulado 2026 SE14	En lo que va del año, el evento se encuentra...	En las últimas 4 semanas el evento se encuentra...	Tendencia 2022-2026
Enfermedades prevenibles por vacunas	Coqueluche (tos convulsa)	28	258	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	2	1	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	0	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Meningitis - Meningoencefalitis	182	204	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Poliomielitis - PAF <15 y otros casos sosp. de polio	0	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Enf. trans. por vectores	Chagas agudo vectorial	0	1	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Enf. trans. por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	26	1	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	50	63	En aumento	Dentro de lo esp.	
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	3597	5358	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	153	131	Dentro de lo esp.	En aumento	
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	69	62	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo)	3	5	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Cisticercosis	2	3	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Escorpionismo o Alacranismo	2229	2751	En aumento	Dentro de lo esp.	
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	283	355	En aumento	Dentro de lo esp.	
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	20	15	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	4	6	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Brucelosis	26	21	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Hantavirosis	19	32	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Leptospirosis	56	100	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Psitacosis	48	31	Por debajo de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
Grupo	**Evento**	**Mediana Acumulado 2022-2025**	**Acumulado 2026 SE14**	**En lo que va del año, el evento se encuentra...**	**En las últimas 4 semanas el evento se encuentra...**	**Tendencia 2022-2026**
ETMI - Enfermedades del niño	Chagas agudo congénito	11	5	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Sífilis Congénita	184	234	En aumento	Por debajo de lo esp.	
	Hepatitis B - Exp. a la transm. Vertical	0	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en embarazadas	305	286	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Sífilis en embarazadas	1905	2947	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Hepatitis B en embarazadas	11	4	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Hepatitis virales	Hepatitis A	8	31	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Hepatitis B	126	136	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Hepatitis C	251	290	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Hepatitis E	1	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Infecc. de trans. Sexual	Sífilis en población general	5954	11750	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
Infecc. resp. Agudas	Legionelosis	8	8	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentos	350	327	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	4	4	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Expos. a Plaguicidas de uso agrícola	4	2	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Expos. a Plaguicidas de uso doméstico	9	14	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Expos. a Plomo	2	2	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Expos. a Monóxido de Carbono	72	192	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	1809	3001	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Intento de Suicidio con resultado mortal	75	144	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
Otros eventos de imp. p/ la Salud Pública	Viruela símica (mpox)	36	53	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	1885	2368	En aumento	Dentro de lo esp.	

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

EVENTOS **PRIORIZADOS**

IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

IV.1. Nota Metodológica

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

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

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

La actividad de la influenza en el hemisferio norte de las Américas disminuyó en comparación con la semana epidemiológica (SE) anterior. Sin embargo, persiste una actividad sostenida, impulsada por el aumento de la circulación de la influenza B en América del Norte, donde la influenza B ha sustituido a la influenza A como virus predominante en las últimas cuatro semanas. En el resto de la región, la actividad de la influenza varía entre las subregiones, oscilando entre niveles bajos y epidémicos, siendo la influenza A(H3N2) el virus predominante. En general, la circulación del virus respiratorio sincitial (VRS) se ha mantenido estable durante los últimos dos meses, con una positividad del 2%. La circulación del SARS-CoV-2 disminuyó, alcanzando una positividad del 3,7%. La circulación de otros virus respiratorios (OVR) continúa aumentando, alcanzando una positividad regional del 3,2%, impulsada principalmente por los coronavirus estacionales.

IV.3. Síntesis de la información nacional destacada

En la SE13 de 2026, la vigilancia clínica notificó 152.988 casos de ETI, 21.289 casos de neumonía y 13.057 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 registró un bajo número de detecciones hasta la SE 12, observándose 49 casos en las SE 13 y 14. En 2026 no se registraron detecciones de VSR. SARS-CoV-2 muestra un ascenso leve y sostenido desde la SE34/2025, acentuado en las semanas 43 a 45/2025, con descenso en las semanas posteriores.

En las UC-IRAG, se registraron más de 11.000 internaciones en 2025, con detecciones de los tres virus priorizados y un ligero aumento de IRAG asociada a SARS-CoV-2 entre semanas 35 y 47. En las 14 primeras SE de 2026 se registraron 1123 internaciones, con 15 detecciones de SARS-CoV-2, 57 de Influenza y 18 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. En 2026, las detecciones de influenza se mantuvieron estables hasta la SE9, desde la SE 10 se registra un aumento, tanto en el número de casos, como en el porcentaje de

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

positividad. Con respecto a las detecciones de VSR, presentan un promedio de 24 casos semanales en las últimas 4 semanas. En relación con SARS-CoV-2, se observó un aumento gradual de las detecciones a partir de la SE34 de 2025, acentuado entre las SE42 y SE46, seguido de un descenso posterior.

Durante la SE13/2026, se registra circulación de virus respiratorios, principalmente Influenza, seguido de VSR, SARS-CoV-2, parainfluenza y adenovirus.

En personas internadas, en la SE14/2026, se notificaron 9 hospitalizaciones con diagnóstico de SARS-CoV-2, 22 con diagnóstico de influenza y 19 con VSR. En esta semana, se registró un fallecido con diagnóstico de SARS-CoV-2.

Entre la SE 1/2025 y la SE 13/2026, el Laboratorio Nacional de Referencia recibió 210 muestras positivas para Influenza A(H3N2) provenientes de 23 jurisdicciones y pudo realizar la secuenciación genómica de 174, de las cuales –en términos acumulados- 136 (78%) correspondieron al subclado J.2.4.1 (K), 28 (16%) al subclado J.2.3; y el resto a los subclados J.2.4, J.2 y J.2.2. Los casos fueron detectados a partir de distintas estrategias de vigilancia de infecciones respiratorias agudas, tanto universal como centinela, e incluyeron casos ambulatorios e internados.

IV.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados

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

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

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

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

Durante 2025, en los establecimientos UMA se analizaron 6.078 muestras para la detección de SARS-CoV-2 mediante técnica molecular, de las cuales 457 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 7,52%. A partir de la SE34 se observa un ligero incremento en el número de casos y en el porcentaje de positividad, con un ascenso más marcado en las SE41 a 45, período en el cual se alcanzaron los valores más elevados de positividad, con un máximo en la SE45 (26,4%). En la SE 14 de 2026, no se confirmaron casos entre 127 muestras analizadas por PCR.

Con relación a **Influenza**, el porcentaje de positividad presentó un ascenso desde SE16 de 2024, superando el 50% en las SE 21 y 22, en relación con el aumento estacional de casos de

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

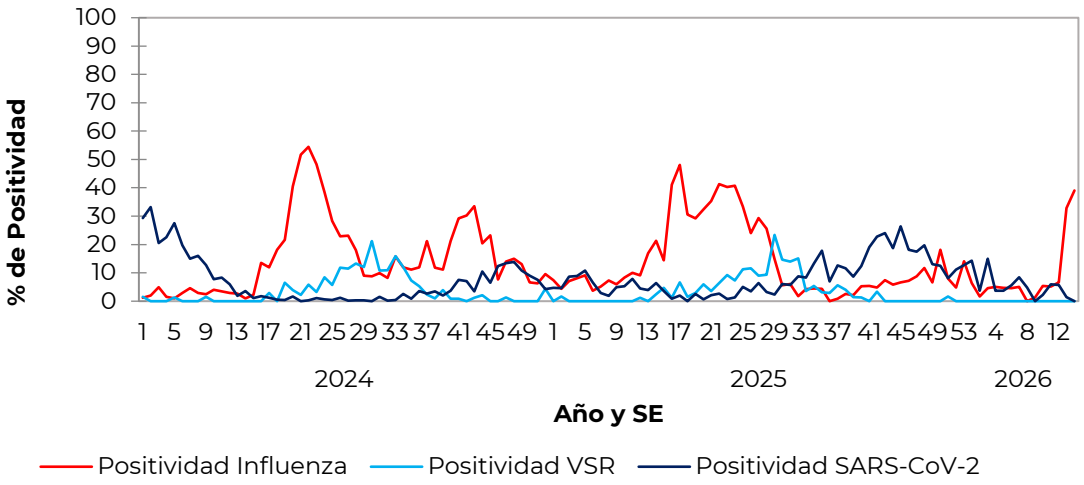
influenza A/H3N2 (ver gráfico 2). Posteriormente, si bien registró un descenso, la positividad permaneció en valores elevados, con oscilaciones, asociados a la circulación de influenza B, alcanzando una positividad máxima de 33,55% en SE43.

En 2025, se registraron 1022 detecciones entre 5.727 muestras estudiadas, con una positividad acumulada de 17,85%. A partir de la SE11, se verificó una tendencia ascendente tanto de las detecciones como del porcentaje de positividad, a expensas de las detecciones de influenza A sin subtipificar y del subtipo A (H1N1). Estos indicadores alcanzaron valores más elevados entre las SE22 y SE25, seguidos de un descenso sostenido. Hacia el final del periodo, se registró un leve incremento en las detecciones y en la positividad, con predominio de influenza B/linaje Victoria, observándose en las últimas semanas un mayor número de detecciones de influenza A; no obstante, los valores se mantuvieron bajos. En las SE 13 y 14 de 2026 se notificaron 49 casos de influenza entre las 137 muestras estudiadas en UMA.

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

En 2025 se registraron 195 muestras positivas dentro de las 4.165 muestras estudiadas, con un porcentaje de positividad acumulado de 4,68%. En UMA se registró un ascenso de las detecciones y positividad de muestras estudiadas para VSR, que se mantuvo por encima del 9% entre las SE25 y 32, con oscilaciones, y alcanzó el máximo en SE29, con tendencia descendente las siguientes semanas. En las primeras 14 SE de 2026, no se notificaron detecciones de VSR entre las 720 muestras estudiadas.

Gráfico 1. Porcentaje de positividad de muestras estudiadas por técnica molecular para SARS-CoV-2, influenza y VSR, por SE. Estrategia UMA. SE1/2024 a SE14/2026. Argentina.



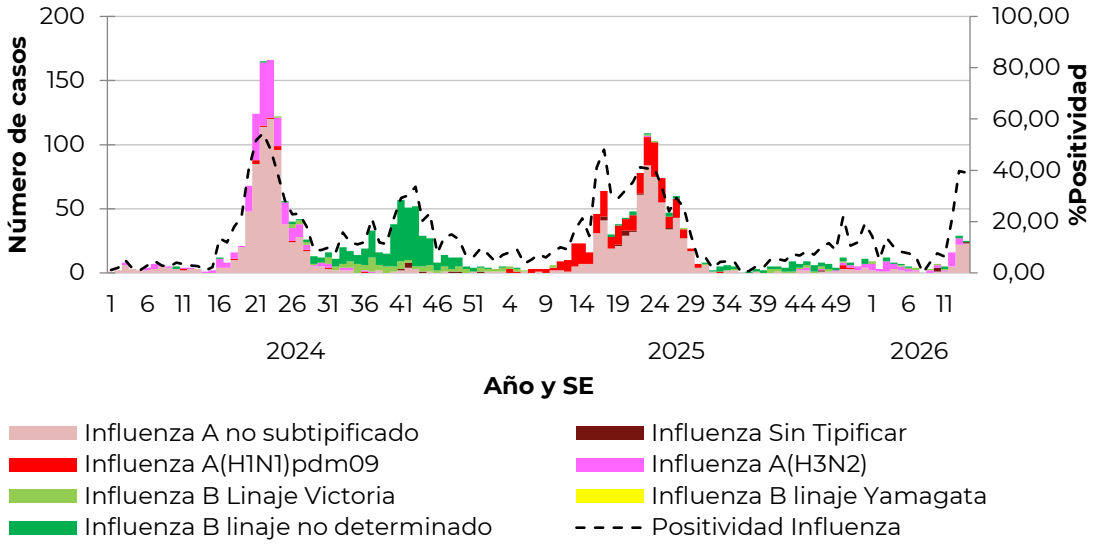
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

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

influenza A. En el 2025 se detectaron predominantemente casos de influenza A, específicamente influenza A (H1N1). Se detectó un menor número de casos de Influenza B, linaje Victoria.

En las primeras 14 SE de 2026, se detectaron 109 casos de infuenza A, 46 casos con subtipificación que corresponde a A(H3N2). En cuanto a influenza B, se detectaron 20 casos, dentro de los cuales se detectó linaje Victoria en 9 de ellos.

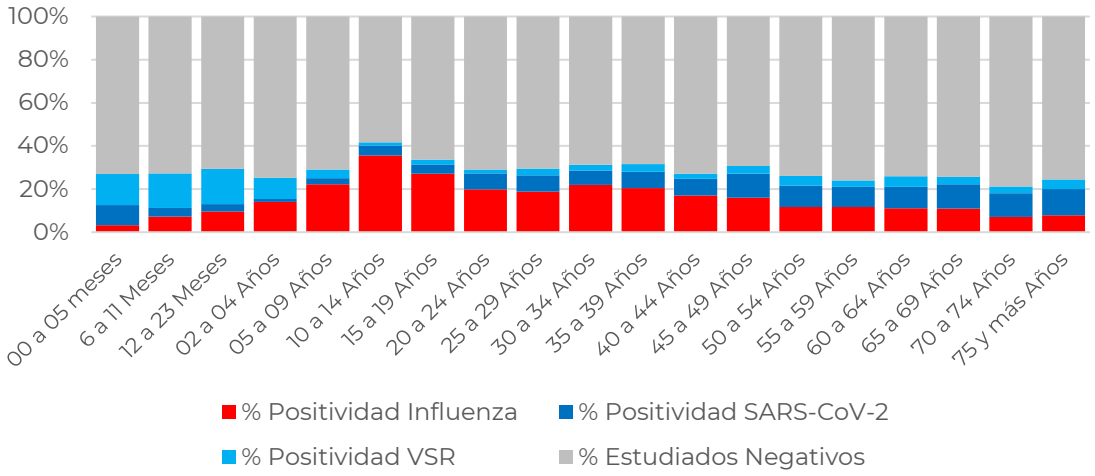
Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2024 a SE14/2026. Estrategia UMA. Argentina.



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

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

Gráfico 3. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados. SE1/2024 a SE14/2026. Estrategia UMA. Argentina[3].



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

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

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

Definiciones de caso Vigentes

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

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

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

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

En lactantes menores de 6 meses también considerar:

- Apnea (cese temporal de la respiración por cualquier causa), o

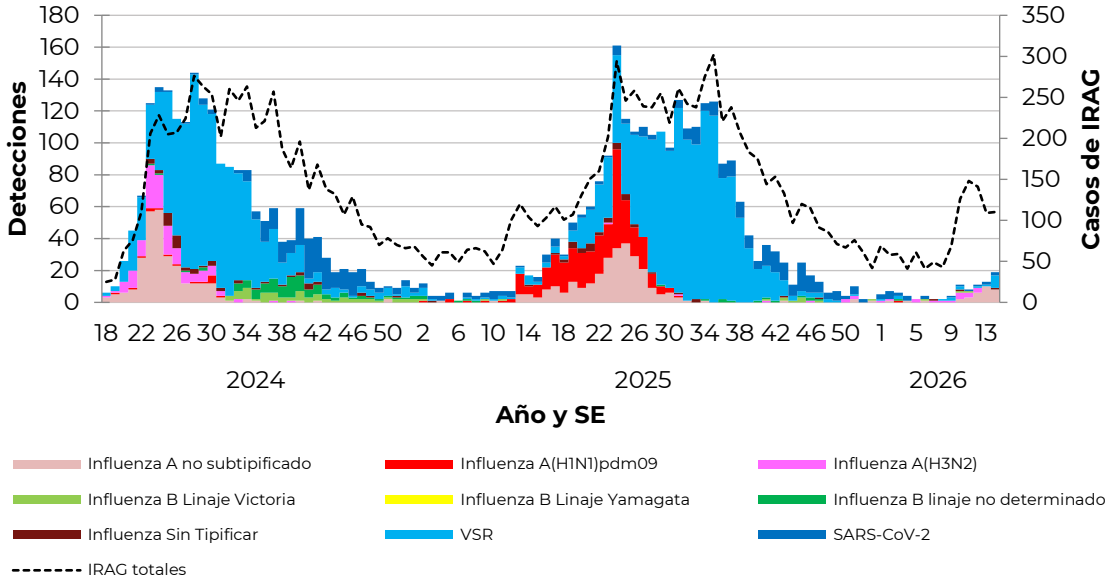
[3] Solo se incluyen casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de ETI en UMA.
[4] Para más información sobre la estrategia de vigilancia centinela de IRAG, consultar Guia Operativa Vigilancia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

- Sepsis (fiebre/hipotermia[7] y shock[8] y gravemente enfermo sin causa aparente)

En las 14 primeras SE de 2026 se registraron de manera nominal un total de 1123 internaciones con diagnóstico de IRAG y 475 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida en la Red Argentina de UC-IRAG[9].

La curva de casos de IRAG presentó tendencia ascendente entre las SE 18 y 28 de 2024, asociada al aumento estacional de casos de influenza A/H3N2 y, posteriormente, al ascenso de casos de VSR, permaneciendo por encima de los 200 casos semanales de IRAG entre las SE24 y 37. En 2025, las notificaciones de IRAG experimentaron un aumento desde la SE12, alcanzando su máximo en la SE35. En las primeras 14 SE de 2026 los casos de IRAG se mantuvieron estables hasta la SE 10, con un ligero aumento en las últimas semanas (un promedio de 126,8 casos semanales en las últimas 5 semanas).

Gráfico 4. Casos totales de IRAG y detecciones de Influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y VSR, y por SE. Estrategia UC IRAG. SE18/2024 a SE14/2026. Argentina



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

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

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

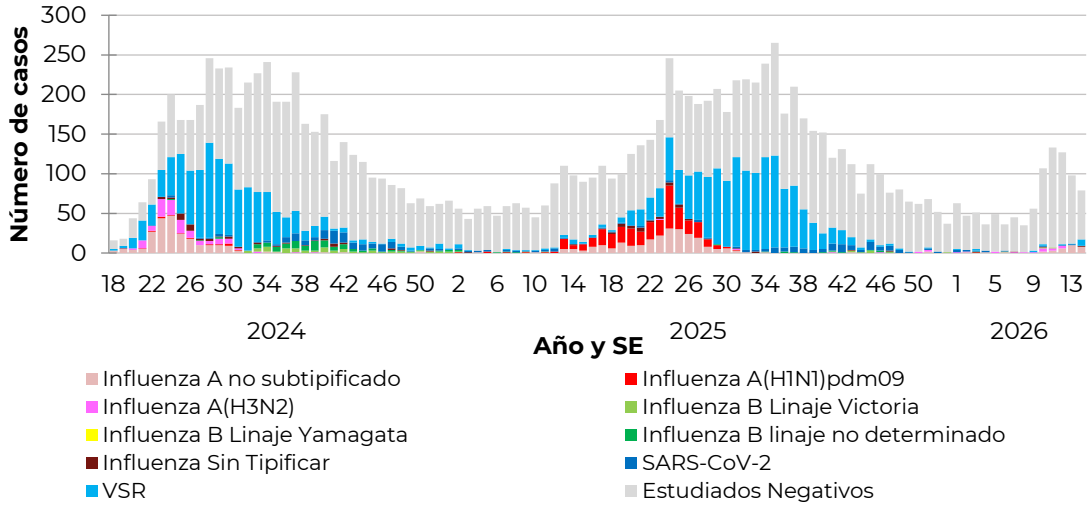
[7] La fiebre se define como una temperatura ≥37,5 C. La hipotermia se define como una temperatura
[8] El shock se define por letargo, respiración rápida, piel fría, llenado capilar prolongado y pulso rápido y débil.
[9] Para el presente análisis se considera la semana epidemiológica de la fecha de internación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

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

En las 14 primeras semanas de 2026, se detectaron 57 casos de influenza A, de los cuales 50 cuentan con subtipificación, siendo 17 de ellos A(H3N2) y 1 A(H1N1). Con respecto a influenza B, se registraron 4 casos, de los cuales 3 corresponden a linaje Victoria.

En cuanto a IRAG con diagnóstico de **VSR**, desde SE18/2024 se registró tendencia ascendente tanto de casos como del porcentaje de positividad, que alcanzaron valores máximos en SE28/2024, con descenso posterior, permaneciendo estable y en valores bajos desde SE41/2024. A partir de la SE20/2025 se registró un nuevo ascenso de las detecciones de VSR entre los casos de IRAG. Las detecciones alcanzaron su valor máximo en la semana 31, manteniéndose en valores elevados durante las semanas siguientes y mostrando una tendencia descendente a partir de la SE36, con valores bajos en las últimas semanas de 2025 y con 18 casos en las primeras 14 SE de 2026.

Gráfico 5. Casos de IRAG estudiados por técnica molecular para virus SARS-CoV-2, influenza y VSR según resultado, por SE. SE18/2024 a SE14/2026. Estrategia UC IRAG. Argentina [10].



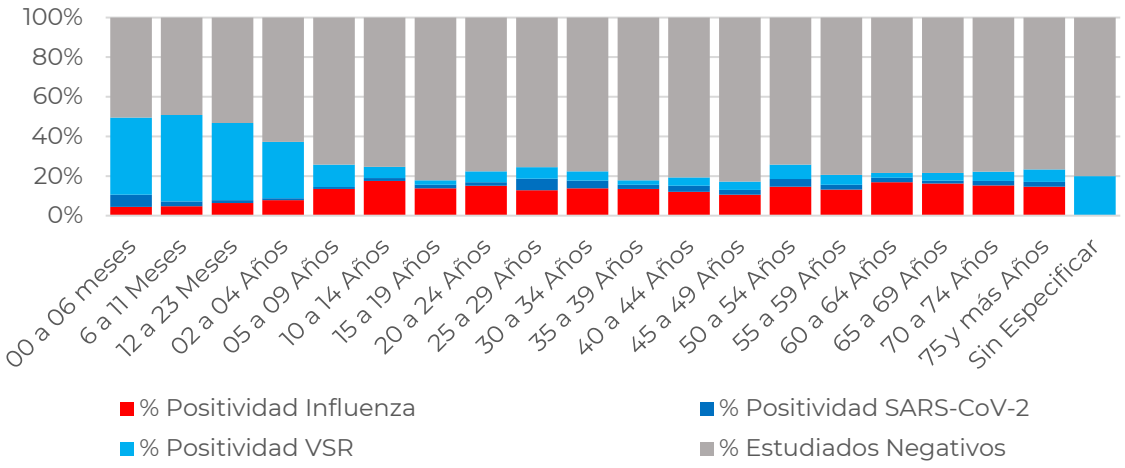
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0]

En las últimas 4 semanas, entre 437 casos de IRAG estudiados por técnica molecular para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron: 2 casos de SARS-CoV-2, 35 casos de influenza y 10 de VSR. Los restantes 390 casos resultaron negativos para los agentes etiológicos priorizados.

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

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

Gráfico 6. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados, en casos de IRAG. SE18/2024 a SE14/2026. Estrategia UC IRAG. Argentina[11]



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

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

IV.5.A. ANTECEDENTES DE SECUENCIACION GENOMICA DE INFLUENZA A(H3N2) 2025-2026

Entre la SE 1/2025 y la SE 13/2026, el Laboratorio Nacional de Referencia recibió 210 muestras positivas para Influenza A(H3N2) provenientes de 23 jurisdicciones y pudo realizar la secuenciación genómica de 174, de las cuales –en términos acumulados- 136 (78%) correspondieron al subclado J.2.4.1 (K), 28 (16%) al subclado J.2.3; y el resto a los subclados J.2.4, J.2 y J.2.2.

Entre los casos secuenciados de Influenza A(H3N2), el subclado J.2.4.1 (K) predominó tanto en el 2025 como en lo que va del 2026, distribuido de manera heterogénea entre las regiones. Mientras que en el 2025 las regiones Sur (45%) y Centro (39%) registraron la mayor cantidad de casos de este subclado, en 2026 se concentró en el NOA (42%) y en el Centro (33%). Por otro lado, el 82% de los casos del subclado J.2.3 (23) ocurrieron en el 2025, mayoritariamente en la región Sur.

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

Tabla 1. Casos de Influenza A(H3N2) secuenciados por el LNR por subclado según jurisdicción de residencia. Argentina. SE 1/2025 a SE 13/2026 (N = 174).

Jurisdicción	2025					2026					Total general
	Subclado Influenza A(H3N2)					Influenza A(H3N2)					
	J.2	J.2.2	J.2.3	J.2.4	J.2.4.1/K	J.2	J.2.2	J.2.3	J.2.4	J.2.4.1/K	
Centro	**1**	**0**	**3**	**0**	**13**	**0**	**0**	**0**	**6**	**34**	**57**
Buenos Aires	0	0	1	0	4	0	0	0	5	15	25
CABA	1	0	1	0	3	0	0	0	1	15	21
Córdoba	0	0	1	0	2	0	0	0	0	1	4
Entre Ríos	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
Santa Fe	0	0	0	0	2	0	0	0	0	3	5
Cuyo	**0**	**1**	**3**	**0**	**2**	**0**	**0**	**0**	**0**	**16**	**22**
Mendoza	0	1	3	0	2	0	0	0	0	13	19
San Juan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
San Luis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
NEA	**1**	**0**	**0**	**0**	**2**	**0**	**0**	**1**	**0**	**7**	**11**
Chaco	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3
Corrientes	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	3
Formosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5
Misiones											
NOA	**0**	**0**	**1**	**0**	**1**	**0**	**0**	**1**	**0**	**43**	**46**
Catamarca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5
Jujuy	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5	6
La Rioja	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	4
Salta	0	0	0	0	0	0	0	1	0	20	21
Santiago del Estero	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tucumán	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	10
Sur	**1**	**0**	**16**	**0**	**15**	**0**	**0**	**3**	**0**	**3**	**38**
Chubut	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	3
La Pampa	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Neuquén	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3
Río Negro	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	3
Santa Cruz	1	0	5	0	6	0	0	3	0	2	17
Tierra del Fuego	0	0	7	0	3	0	0	0	0	1	11
Total general	3	1	23	0	33	0	0	5	6	103	174

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. VIGILANCIA GENÓMICA DE INFLUENZA DESDE SE1 HASTA SE12, AÑO 2026

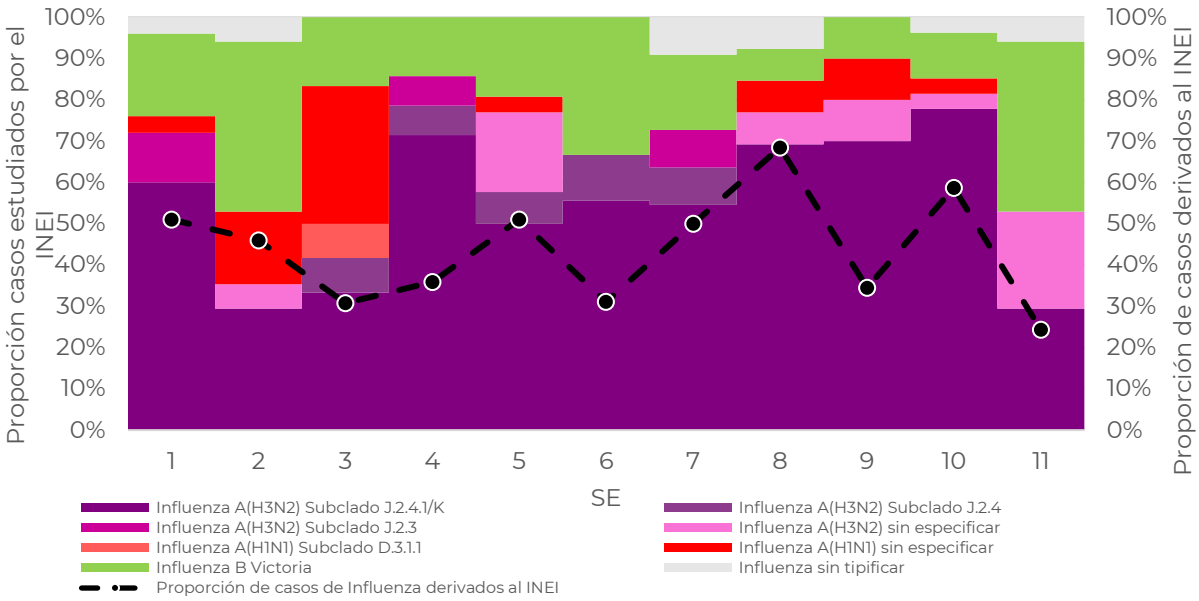
Desde la **SE1/2026 hasta la SE13/2026**, el LNR recibió 196 muestras positivas para Influenza (34% de lo que se había registrado en el SNVS), de los cuales 152 correspondieron a Influenza A (77,6%) -13 A(H1N1), 139 A(H3N2)-, 38 (19,4%) a Influenza B linaje Victoria y 6 a Influenza sin tipificar.

Se realizó la caracterización genómica de 114 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), con 103 casos (90%), seguido del subclado J.2.4 (6) y J.2.3 (5). El caso de Influenza A(H1N1) correspondió al subclado D.3.1.1.

Entre la SE1/2026 a la SE 11/2026, las muestras derivadas al LNR representaron aproximadamente entre el 70% y el 30% de los casos de Influenza notificados en el SNVS 2.0.

Se observa un predominio de Influenza A (H3N2) en lo que va del 2026, específicamente del subclado J.2.4.1/K que concentra en promedio el 50% de los casos en todas las semanas. Sin embargo, la circulación de Influenza A(H1N1) y sobre todo de Influenza B Victoria ha sido persistente en lo que va del año.

Gráfico 1. Distribución temporal de subtipos y subclados de Influenza recibidos por el LNR, según SE por Fecha de Toma de Muestra (FTM). Argentina. SE1 a SE13, Año 2026[12].



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 la mayor cantidad de casos Influenza se registran en el NOA y en el Centro. En todas las regiones se detecta mayoritariamente Influenza A, específicamente Influenza A(H3N2) subclado J.2.4.1 (K). El único caso secuenciado de Influenza A(H1N1) subclado D.3.1.1 se identificó en el NEA (Formosa). Por otro lado, Influenza B Victoria se detectó en todas las regiones, menos en el Sur.

[12] El gráfico toma como referencia temporal la Fecha de Toma de muestra, por lo cual se excluyen las últimas dos semanas por el sesgo de registro producto de los tiempos del proceso de consulta, notificación, derivación y análisis.

Tabla 2. Casos de Influenza estudiados por el LNR por tipo, subtipo y caracterización genómica, según jurisdicción. Argentina. SE1 a SE13, Año 2026 (N = 196).

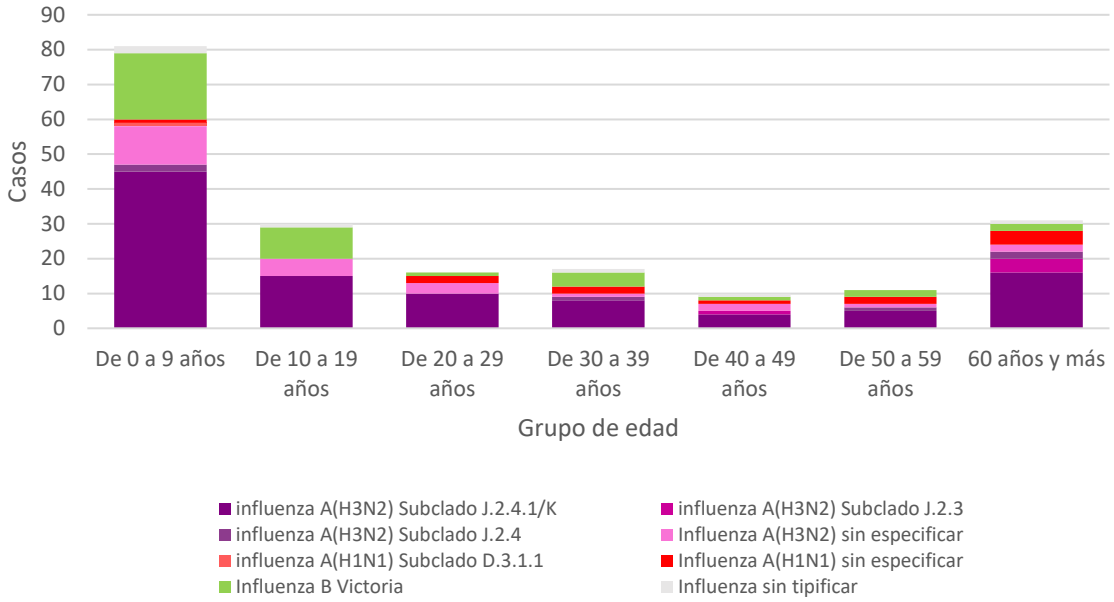
Jurisdicción	Influenza A						Influenza B	Influenza sin subtipificar	Total general
	Influenza A(H3N2)				Influenza A(H1N1)				
	Subclado J.2.3	Subclado J.2.4.1/K	Subclado J.2.4	Sin especificar	Subclado D.3.1.1	Sin especificar	Victoria		
Centro	**0**	**35**	**6**	**9**	**0**	**5**	**16**	**1**	**72**
Buenos Aires	0	16	5	4	0	1	7	0	33
CABA	0	15	1	4	0	3	2	1	26
Córdoba	0	1	0	1	0	0	2	0	4
Entre Ríos	0	0	0	0	0	0	3	0	3
Santa Fe	0	3	0	0	0	1	2	0	6
Cuyo	**0**	**16**	**0**	**5**	**0**	**0**	**6**	**0**	**27**
Mendoza	0	13	0	4	0	0	3	0	20
San Juan	0	2	0	1	0	0	2	0	5
San Luis[13]	0	1	0	0	0	0	1	0	2
NEA	**1**	**7**	**0**	**1**	**1**	**3**	**1**	**0**	**14**
Chaco	1	1	0	0	0	0	0	0	2
Corrientes	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Formosa	0	5	0	1	1	3	1	0	11
Misiones				0		0	0	0	0
NOA	**1**	**42**	**0**	**10**	**0**	**3**	**15**	**4**	**75**
Catamarca	0	5	0	0	0	1	2	0	8
Jujuy	0	5	0	0	0	0	0	2	7
La Rioja	0	3	0	0	0	0	0	0	3
Salta	1	19	0	1	0	2	5	0	28
Santiago del Estero	0	0	0	1	0	0	5	1	7
Tucumán	0	10	0	8	0	0	3	1	22
Sur	**3**	**3**	**0**	**0**	**0**	**1**	**0**	**1**	**8**
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	1	0	1	2
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	3	2	0	0	0	0	0	0	5
Tierra del Fuego	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Total general	5	103	6	25	1	12	38	6	196

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

Respecto a la distribución etaria de los casos de Influenza, los menores de 10 años concentran el 41% de los casos, seguidos por el grupo etario de 60 años y más (16%), y por el de 10 a 19 años (15%). En todos los grupos se mantiene el predominio de Influenza A(H3N2), específicamente subclado J.2.4.1/4. Se destaca la detección de Influenza B Victoria en todos los grupos etarios, concentrándose el 50% de los casos en los menores de 10 años.

[13] Fe de erratas: En el Boletín Epidemiológico Nacional N° 802 se ha asignado incorrectamente el caso de Influenza A(H3N2) subclado J.2.4.1/K de San Luis, a CABA, jurisdicción designada por el RENAPER como provincia de residencia.

Gráfico 2. Casos de Influenza estudiados por el LNR por tipo, subtipo y caracterización genómica según grupo de edad. Argentina. SE1 a SE13, Año 2026 (N = 196)



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 de Influenza el 76% no estaban vacunados. Tanto en los casos de Influenza A como Influenza B, el promedio de vacunados es del 24%. Entre los casos subtipificados, Influenza A(H1N1) presenta el mayor porcentaje de vacunación (38%).

Tabla 3. Casos de Influenza estudiados por el LNR, por vacunación antigripal 2025/2026 según tipo, subtipo y caracterización genómica. Argentina. SE1 a SE13, Año 2026 (N = 196).

Influenza	Vacunación			Total general
	NO	SI	Porcentaje de Vacunados	
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	77	26	25%	103
Influenza A(H3N2) sin especificar	19	6	24%	25
Influenza A(H1N1) Subclado D.3.1.1	1		0%	1
Influenza A(H1N1) sin especificar	7	5	42%	12
Influenza B Victoria	29	9	24%	38
Influenza sin tipificar	5	1	17%	6
Total general	148	48	24%	196

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 de Influenza correspondieron a personas del sexo masculino, y la distribución se mantienen en los subtipos y subclados estudiados por el LNR.

Respecto al evento/estrategia de vigilancia, 82 casos fueron notificados al evento universal "Internado y/o fallecido por COVID o IRA", 26 por UC-IRAG (total internados 108); 59 en el evento universal de Ambulatorios (NO UMA) y 29 en Unidades de Monitoreo Ambulatorio (UMA) (total ambulatorios 88).

Tabla 4. Casos de Influenza estudiados por el LNR, por subclado según evento. SE 1 a SE 13, Año 2026 (N=196).

Influenza	COVID-19, Influenza y OVR en ambulatorios (No UMAs)	Internado y/o fallecido por COVID o IRA	Monitoreo de SARS COV-2, Influenza y VSR en ambulatorios	Unidad Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave (UC-IRAG)	Total general
Influenza A(H3N2) Subclado J.2.3	1		2	2	5
Influenza A(H3N2) Subclado J.2.4	3	2	1		6
Influenza A(H3N2) Subclado J.2.4.1/K	34	42	15	12	103
Influenza A(H3N2) sin especificar	10	8	2	5	25
influenza A(H1N1) Subclado D.3.1.1	1				1
Influenza A(H1N1) sin especificar	7	4	0	1	12
Influenza B Victoria	2	23	9	4	38
Influenza sin tipificar	1	3	0	2	6
Total general	59	82	29	26	196

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 derivación para estudios genómicos.
- Identificar y notificar en forma oportuna de eventos respiratorios inusuales.

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

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

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

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

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

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

IV.8. Recomendaciones para la población

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

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

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

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

IV.9. Vacunación antigripal

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

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

Población objetivo para vacunación antigripal:

- Personal de salud.
- Personas embarazadas: en cada embarazo y en cualquier trimestre

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

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

IV.10. Tratamiento antiviral

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

Diversos estudios han evidenciado que en pacientes ambulatorios con alto riesgo de complicaciones, su uso se asocia a una reducción en la duración de los síntomas y en la incidencia de complicaciones.[14],[15] 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.[16],[17] En Argentina, durante el año 2024, el

[14] 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.

[15] 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.

[16] 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.

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

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

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

Indicaciones de tratamiento antiviral

Manejo de Influenza estacional

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

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

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

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

V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

V.1. Situación regional

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)[18] y el ARBO-portal[19] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de Arbovirus actualizada al 16/04/2026 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la semana epidemiológica (SE) 14 de 2026 se notificaron 540.925 casos de dengue, de los cuales 108.602 fueron confirmados por laboratorio. En comparación con la misma semana epidemiológica de 2025, los casos confirmados registraron una disminución del 87%. Asimismo, se reportaron 80 fallecimientos. En cuanto a chikungunya, hasta la SE 14/2026 se reportaron un total de 42.979 casos. De ellos, 15.576 fueron confirmados, lo que implica una disminución del 73% respecto de los confirmados en la misma semana de 2025. Se registraron 16 fallecimientos para este evento. Respecto al zika, hasta la SE 14/2026 se registraron 3.405 casos notificados, de los cuales 193 fueron confirmados. En comparación con la misma semana epidemiológica de 2025, los casos confirmados registraron una disminución del 79%. 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 12/2026, se han reportado un total de 36.007 casos de dengue, de los cuales 328 fueron confirmados por laboratorio. Estos últimos presentan una disminución del 60% respecto a la misma semana del año anterior. Se registró 1 fallecimiento para este evento. En cuanto a chikungunya, se reportaron 23.145 casos, de los cuales 7.817 fueron confirmados por laboratorio y 7 fallecieron. A la misma semana del año anterior se habían confirmado 45 casos, sin fallecimientos asociados. Asimismo, se notificaron 1.168 casos de zika; no obstante, no se confirmaron casos por laboratorio para este evento.

Paraguay: hasta la SE 14/2026 se registraron un total de 6.460 casos de dengue, sin fallecimientos asociados. De ellos, 130 casos fueron confirmados por laboratorio, lo que implica un 83% menos que en la misma semana de 2025. Respecto de chikungunya, hasta la SE 14/2026, se notificaron 9 casos confirmados por laboratorio, sin fallecimientos registrados, mientras que en la misma semana de 2025 se registraron 3 casos confirmados. En cuanto al zika, no se notificaron casos para el año en curso.

Perú: hasta la SE 13/2026 se reportaron un total de 13.588 casos de dengue, de los cuales 6.750 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa una disminución del 56% respecto a la misma semana del año anterior. Se registraron 14 fallecimientos para este evento. Con relación a chikungunya, hasta la SE 13/2026 se notificaron 5 casos; no obstante, no se registraron casos confirmados por laboratorio, situación similar a la observada el año anterior. Respecto al zika, se notificaron 6 casos, sin confirmación por laboratorio. En relación con Oropouche, no se registraron actualizaciones para el año en curso; el último dato disponible corresponde a la SE 38/2025, en la que se confirmaron 330 casos, un 69% menos que en la misma semana de 2024.

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

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

Entre finales del 2025 e inicios del 2026, se ha observado un aumento sostenido de casos de chikungunya en países y territorios de la Región de las Américas, así como la reanudación de la transmisión autóctona en áreas que no registraban la circulación del virus desde hace varios años. En este contexto, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) emitió una alerta epidemiológica. Se documentó una circulación importante en las regiones centro-oeste y sudeste de Brasil y sur de Bolivia[20].

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). En cuanto a Oropouche y Zika, entre los países mencionados, únicamente Brasil registró casos confirmados.

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

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).

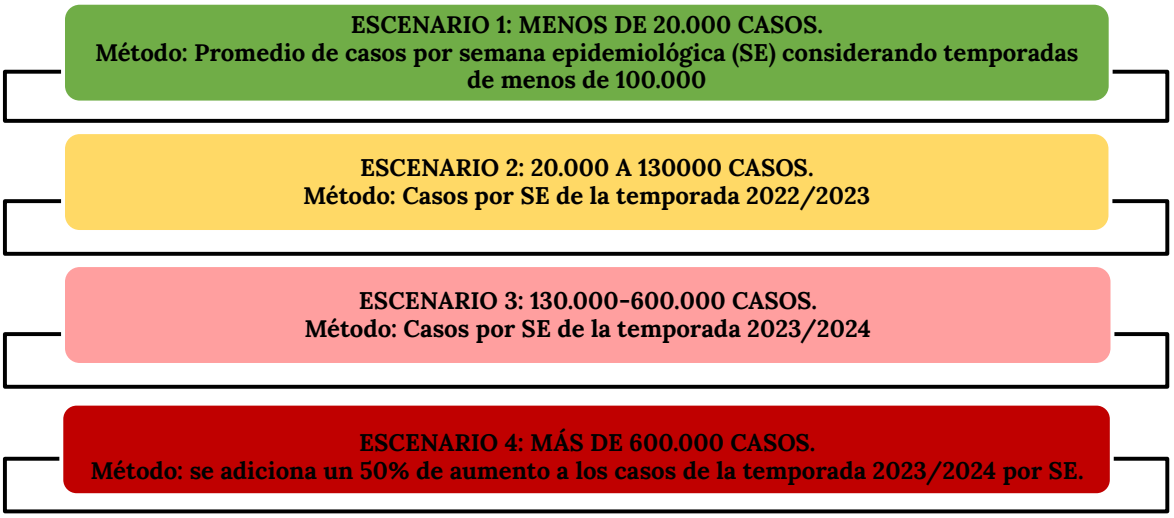
- **Escenario 1 (<20.000 casos):** se calculó a partir del promedio de casos semanales correspondientes a temporadas históricas con más de 1000 y menos de 100.000 casos de dengue, lo que refleja períodos de baja circulación viral y brotes de alcance limitado.
- **Escenario 2 (20.000 a 130.000 casos):** 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.

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

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

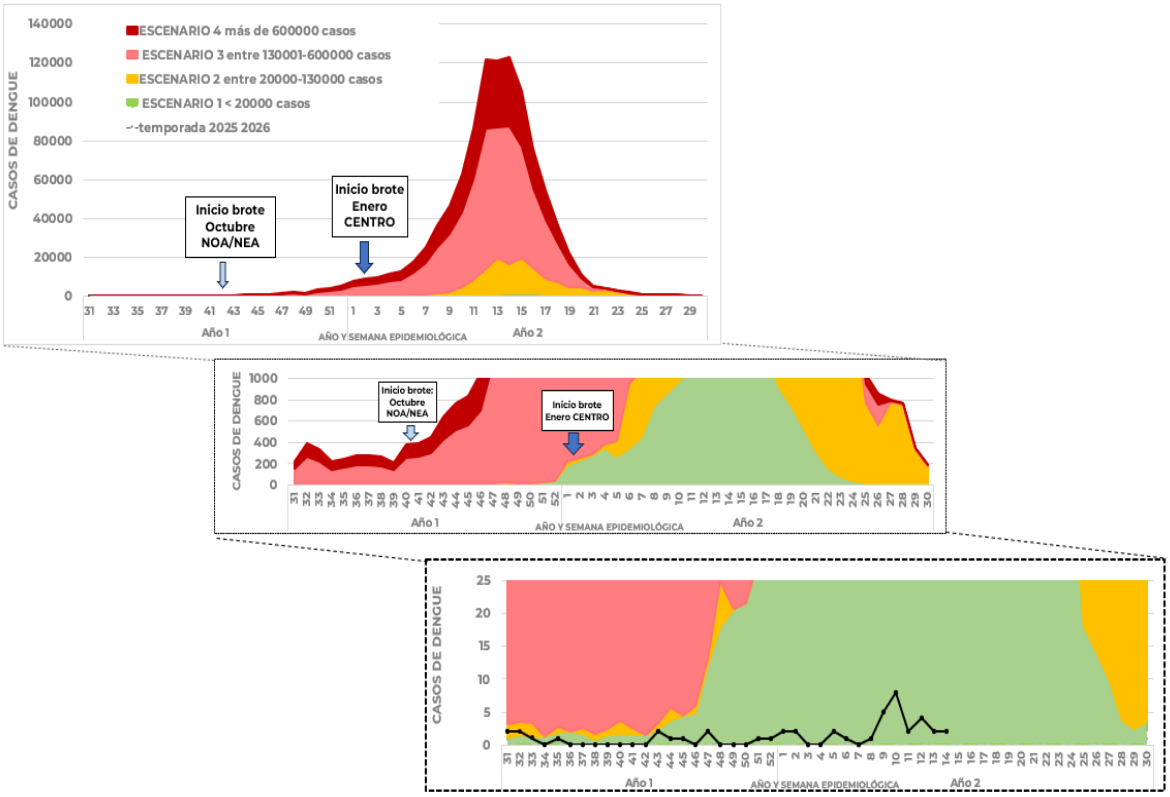
En el último gráfico (detalle en zoom) se presentan los casos de la temporada 2025-2026 y su representación en el modelo de escenarios estimados. Estos registros iniciales permiten dimensionar el inicio de la temporada y anticipar su evolución en comparación con temporadas previas. Por el momento, la 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=45). Argentina.



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

V.3. Situación de dengue en Argentina

V.3.A. TEMPORADA 2025/2026

De acuerdo con la fecha mínima[21], desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) **18988** casos sospechosos de dengue, de los cuales **45** fueron confirmados por laboratorio detectándose la circulación de DENV 1, 2 y 3. El **55,6%** corresponden a casos **sin** antecedente de viaje (Tabla 1)

Según la fecha de apertura del evento (fecha de notificación al SNVS 2.0), en la SE 14/2026 se notificaron **1424** casos sospechosos y **cinco** casos confirmados de dengue; estos últimos correspondientes a las jurisdicciones de Buenos Aires, CABA y Salta, con fechas de inicio de síntomas comprendidas entre las SE10 y SE14[22].Es importante destacar que estos eventos pueden corresponder a semanas epidemiológicas previas en relación con la fecha de inicio de síntomas, de consulta o de toma de muestra.

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

[22] **San Luis**: El caso inicialmente clasificado como confirmado y publicado en la edición anterior (N.º 803, SE13/2026) fue reclasificado como caso sospechoso no conclusivo, en virtud de tratarse de un falso positivo. Se realizaron determinaciones complementarias (PCR en muestra temprana e IgM en segunda muestra), ambas con resultados negativos. No obstante, el evento continúa en estudio en el laboratorio nacional de referencia, INEVH-Maiztegui.

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE14/2026. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Serotipos detectados	Con lab. negativo	Sosp. (sin lab.)	Total notificados	Total casos de dengue
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.					
Buenos Aires	9	56	5	6	DENV-1 DENV-2	1218	340	1634	14
CABA	11	23	6	3	DENV-1 DENV-2 DENV-3	369	173	585	17
Córdoba	2	36	2	1	DENV-2	2359	116	2516	4
Entre Ríos	0	3	4	1	DENV-3	292	7	307	4
Santa Fe	0	25	1	2	DENV-3	1120	75	1223	1
Total Centro	**22**	**143**	**18**	**13**		**5358**	**711**	**6265**	**40**
Mendoza	0	0	1	1	DENV-3	125	5	132	1
San Juan	0	0	0	0		42	0	42	0
San Luis	0	0	0	0		76	14	90	0
Total Cuyo	**0**	**0**	**1**	**1**		**243**	**19**	**264**	**1**
Chaco	0	8	0	0		882	11	901	0
Corrientes	0	2	0	0		141	31	174	0
Formosa	2	3	0	0	DENV-2	4209	41	4255	2
Misiones	0	3	0	0		562	0	565	0
Total NEA	**2**	**16**	**0**	**0**		**5794**	**83**	**5895**	**2**
Catamarca	1	5	0	0	DENV-2	387	5	398	1
Jujuy	0	11	0	0		760	71	842	0
La Rioja	0	5	0	0		227	3	235	0
Salta	0	22	1	0		1593	581	2197	1
S. del Estero	0	5	0	0		200	276	481	0
Tucumán	0	68	0	1		2049	127	2245	0
Total NOA	**1**	**116**	**1**	**1**		**5216**	**1063**	**6398**	**2**
Chubut	0	0	0	0		13	3	16	0
La Pampa	0	0	0	1		71	11	83	0
Neuquén	0	0	0	0		24	2	26	0
Río Negro	0	0	0	0		4	0	4	0
Santa Cruz	0	0	0	0		25	3	28	0
T. del Fuego	0	0	0	0		9	0	9	0
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**1**		**146**	**19**	**166**	**0**
Total País	**25**	**275**	**20**	**16**	**DEN-1,2,3**	**16757**	**1895**	**18988**	**45**

Sin antecedente de viaje: autóctonos y en investigación

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

V.3.B. DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LOS CASOS DE DENGUE DURANTE LA TEMPORADA

- **Dos** casos autóctonos en **Formosa**: un caso con residencia en el departamento Pilagás y un caso en el departamento Patiño.

- **Catorce** casos de la **Provincia de Buenos Aires**: nueve sin antecedente de viaje en Tres de Febrero, San Isidro, Cañuelas, Morón, La Matanza, San Nicolas; cinco con antecedente de viaje a Paraguay, México, Indonesia y Brasil.
- **Diecisiete** casos notificados en **CABA**: Once casos sin antecedente de viaje y seis con antecedente de viaje: cinco con antecedente internacional a Brasil, Sri Lanka (DENV-3), Pakistán, México (DENV-3) y Venezuela y, uno con antecedente de viaje a la provincia de Buenos Aires.
- **Cuatro** casos notificados por **Córdoba:** dos casos con antecedente de viaje a México y dos casos sin antecedente de viaje en Córdoba Capital.
- **Un** caso notificado por **Catamarca** sin antecedente de viaje, del departamento Ancasti (DENV-2).
- **Cuatro** casos notificados por **Entre Ríos** con antecedente de viaje a Cuba, Brasil (**DENV**-3), República Dominicana y Colombia (DENV-3).
- **Un** caso notificado por **Mendoza** con antecedente de viaje a México (DENV-3)
- **Un** caso notificado por **Santa Fe** con antecedente de viaje a Maldivas (DENV-3), del departamento de San Cristóbal.
- **Un** caso notificado por **Salta** con antecedente de viaje a Provincia de Buenos Aires (**SE14**).

V.3.C. CASOS PROBABLES

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

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

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

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

además, que recientemente se ha detectado la reintroducción de CHIKV en el territorio nacional.

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

La mediana de edad fue de 43 años. El grupo etario con mayor proporción de casos correspondió a personas de 45 a 65 años, seguido por los grupos de 35 a 44 años y de 25 a 34 años. El 57% de los casos notificados corresponde al sexo legal femenino.

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

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

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

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

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

En los casos con sintomatología compatible de dengue pero que cuentan con antecedentes de vacunación dentro de los 30 días inclusive de la última dosis de vacuna, no deben realizarse estudios de diagnóstico etiológico, a excepción de los casos graves o fatales. En caso de FIS más allá de los 30 días de la última dosis de vacuna se puede realizar diagnóstico etiológico SÓLO a través de métodos directos dentro de los 6 días de la fecha de inicio de síntomas (FIS <6 días) y preferentemente, por métodos moleculares. Los métodos indirectos

basados en serología para la detección de anticuerpos IgM e IgG con resultados positivos no permiten diferenciar infección por virus dengue o respuesta inmune vacunal en este contexto. Si no es posible realizar el diagnóstico en la jurisdicción deberán arbitrarse los medios dispuestos a través de la red nacional de laboratorios de dengue y otros Arbovirus para lograr el diagnóstico de laboratorio que permita reconocer la situación epidemiológica de la localidad.

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

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

V.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina

Durante la temporada en curso se notificaron **6518** casos sospechosos de Fiebre Chikungunya, de los cuales **837** corresponden a casos confirmados y probables. Los casos notificados con antecedente de viaje son importados de **Bolivia**, Brasil, Paraguay y Cuba. En la provincia de Salta se identificaron los primeros casos sin antecedente de viaje, en el contexto de la ocurrencia de casos importados con antecedente de viaje a Bolivia, confirmando la presencia de transmisión local. Durante la SE14 se notificaron **268** casos nuevos de Fiebre Chikungunya, en comparación con la SE13.

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

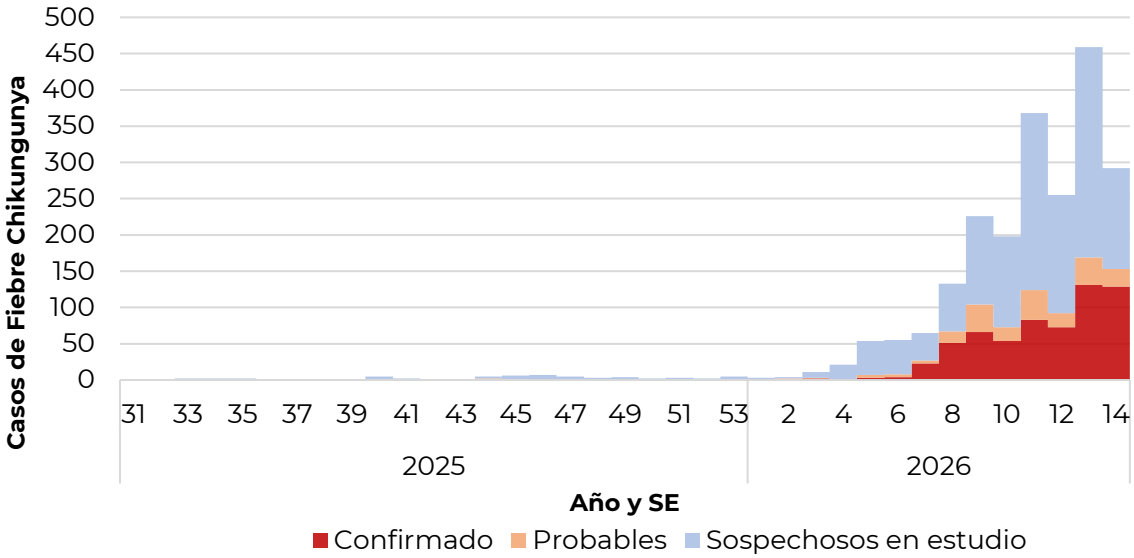
Tabla 2. Fiebre Chikungunya: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE14/2026. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Con lab. negativo	Sosp. (sin laboratorio)	Sosp. en estudio	Total notificados	Total casos de Chikungunya
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.					
Buenos Aires	6	14	5	3	100	16	10	154	28
CABA	3	0	3	1	9	3	4	23	7
Córdoba	12	0	2	0	1685	6	6	1711	14
Entre Ríos	0	2	0	0	29	1	3	35	2
Santa Fe	0	0	0	1	226	5	2	234	1
Total Centro	**21**	**16**	**10**	**5**	**2049**	**31**	**25**	**2157**	**52**
Mendoza	0	0	0	0	20	1	2	23	0
San Juan	0	0	0	0	2	0	0	2	0
San Luis	0	0	2	0	13	0	0	15	2
Total Cuyo	**0**	**0**	**2**	**0**	**35**	**1**	**2**	**40**	**2**
Chaco	0	1	0	0	178	1	0	180	1
Corrientes	0	0	0	0	2	0	1	3	0
Formosa	0	0	0	0	1	0	0	1	0
Misiones	0	0	0	0	43	2	0	45	0
Total NEA	**0**	**1**	**0**	**0**	**224**	**3**	**1**	**229**	**1**
Catamarca	9	8	0	0	141	0	31	189	17
Jujuy	52	26	1	1	359	81	7	527	80
La Rioja	0	0	0	0	48	0	1	49	0
Salta	302	120	58	14	123	884	424	1925	494
S. del Estero	36	11	0	0	74	41	6	168	47
Tucumán	134	10	0	0	168	42	868	1222	144
Total NOA	**533**	**175**	**59**	**15**	**913**	**1048**	**1337**	**4080**	**782**
Chubut	0	0	0	0	1	0	0	1	0
La Pampa	0	0	0	0	1	0	0	1	0
Neuquén	0	0	0	0	0	2	0	2	0
Río Negro	0	0	0	0	1	0	0	1	0
Santa Cruz	0	0	0	0	4	1	0	5	0
T. del Fuego	0	0	0	0	0	0	2	2	0
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**0**	**7**	**3**	**2**	**12**	**0**
Total País	**554**	**192**	**71**	**20**	**3228**	**1086**	**1367**	**6518**	**837**

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

El análisis integrado de la curva temporal y la distribución por jurisdicción muestra una dinámica en aumento de Fiebre Chikungunya en Argentina, con un incremento marcado de las notificaciones a partir de las primeras semanas epidemiológicas de 2026 **(Ver gráfico 3).** En el gráfico se observa una aceleración sostenida de los casos, tanto a expensas del aumento de confirmados como de probables, acompañada por un incremento de los casos en estudio, lo que da cuenta de un escenario de intensificación de la transmisión junto con una mayor detección. La tendencia evidencia un ascenso pronunciado hasta las semanas más recientes, con leves fluctuaciones que pueden explicarse por retrasos en la notificación al SNVS 2.0.

Gráfico 3. Fiebre Chikungunya: Casos confirmados y probables por semana epidemiológica según fecha mínima[23]. SE31/2025 a SE14/2026. Argentina.

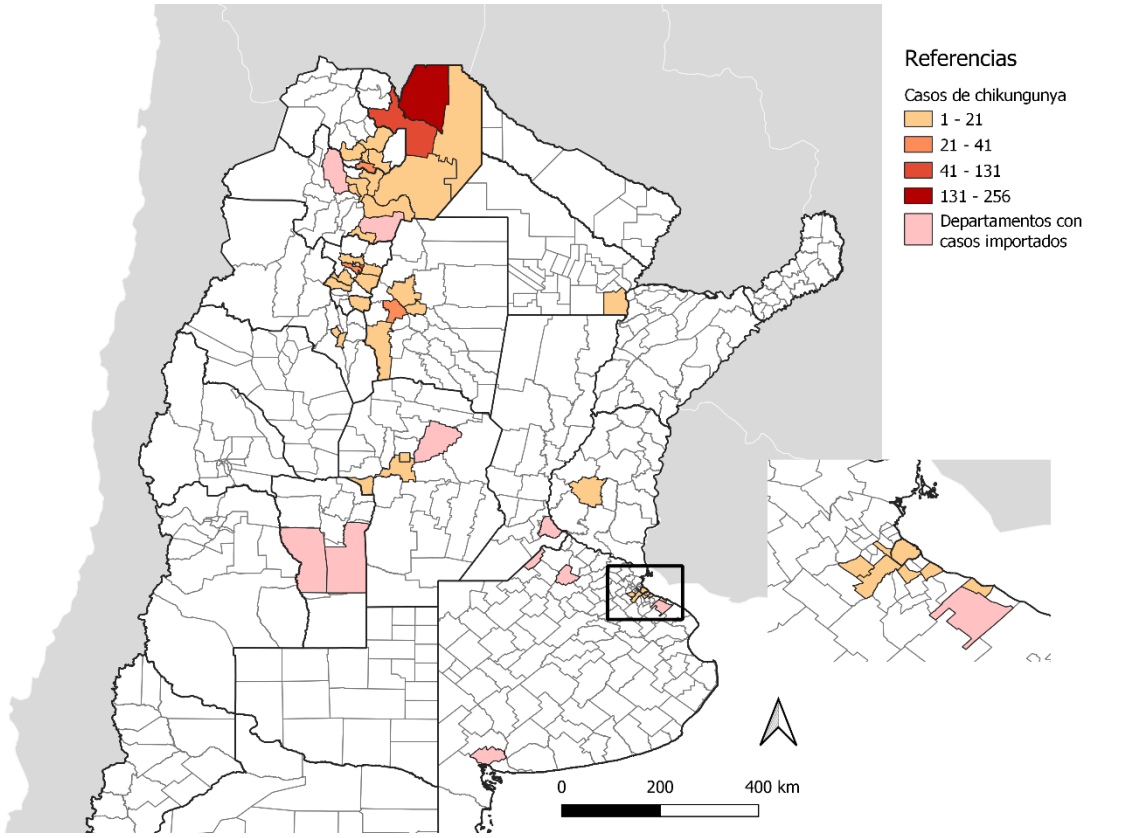


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

En cuanto a la distribución espacial, la mayor carga de enfermedad se concentra en la región **NOA** (n=782; 93% del total) con predominio en **Salta, Tucumán y Jujuy**, donde se consolidan los principales focos de transmisión. En paralelo, durante las últimas semanas se registraron brotes en otras jurisdicciones como Catamarca, Santiago del Estero y Buenos Aires, junto con la detección de los primeros casos en CABA y Córdoba (**Ver mapa** 1), lo que evidencia la expansión reciente del evento fuera de las áreas inicialmente afectadas.

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

Mapa 2. Fiebre Chikungunya: Casos confirmados y probables por departamento a nivel nacional. SE1 a SE14/2026. Argentina.



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

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

La mediana de edad fue de 33 años. El grupo etario con mayor proporción de casos correspondió a personas de **45 a 65 años**, seguido por los grupos de **35 a 44 años** y de 25 a 34 años. El 55% de los casos corresponde a sexo legal femenino.

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

Del total de casos, 532 cuentan con información sobre requerimiento de internación, de los cuales el 11% (n=57) requirió hospitalización. Asimismo, se notificó un caso grave y un caso fatal, ambos correspondientes a la provincia de Salta.

El caso grave corresponde a una mujer de 33 años, residente en Salta Capital, que cursa una encefalitis asociada a la infección por virus chikungunya, con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica. Continúa internada.

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

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 **378** casos sospechosos de encefalitis de San Luis. Tras la realización de una serie de determinaciones en el Laboratorio Nacional de Referencia INEVH "Dr. Julio I. Maiztegui", se confirmaron **dos** casos de Encefalitis de San Luis en Provincia de Buenos Aires, en las localidades **Florencio Varela y Bragado.**

Fiebre del Nilo Occidental

Durante la presente temporada se investigaron **97** 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 **15** casos clasificados como encefalitis confirmadas o probables por **flavivirus**, sin especificación aún del agente involucrado. Esta clasificación se utiliza cuando los estudios de laboratorio permiten confirmar o inferir la infección por un virus perteneciente al género Flavivirus, pero que todavía no ha sido posible determinar con precisión cuál es el agente etiológico específico (por ejemplo, dengue, virus del Nilo Occidental, virus de la encefalitis de San Luis u otros).

Esto puede ocurrir debido a reacciones serológicas cruzadas entre flavivirus, limitaciones en la disponibilidad u oportunidad de las muestras, o porque los estudios virológicos se encuentran aún en curso.

Las jurisdicciones con casos notificados son Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe y Jujuy. De los **15** casos, **10** corresponden a la provincia de **Buenos Aires** (8 confirmados y 2 probable), con residencia en **La Plata, 25 de Mayo, Brandsen, Arrecifes, Cañuelas, Lobos y Ezeiza**[24]. Los primeros casos fueron detectados a fines de febrero; no obstante, en el análisis retrospectivo se identificó que las fechas de inicio de síntomas se encontraban comprendidas entre las SE3

[24] Los casos que en ediciones anteriores figuraban como correspondientes a Bragado y Florencio Varela han sido reclasificados y confirmados como encefalitis de San Luis.

y SE9. La mediana de edad de 24 años (rango: 0–61 años) y sin diferencia entre sexos. Cuatro casos requirieron internación en unidad de terapia intensiva, sin registrarse fallecimientos hasta la fecha.Todos los eventos continúan bajo investigación epidemiológica y virológica para la definición de su clasificación final.

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

En la siguiente tabla, se presenta la situación epidemiológica de las Encefalitis Arbovirales: Encefalitis de San Luis y Fiebre del Nilo correspondientes a la nueva temporada 2025-2026 (SE31/2025 a SE14/2026).

Tabla 4. Número de muestras estudiadas y positivas con y sin antecedente de viaje para Encefalitis Arbovirales. SE31/2025 a SE14/2026. Argentina.

Encefalitis por Arbovirus						
Evento	Encefalitis de San Luis		Fiebre del Nilo		Flavivirus s/e	
Jurisdicción	Confirmado	Est	Confirmado	Est	Probable	Confirmado
Buenos Aires	2	38	1	30	2	8
CABA	0	1	0	0	0	0
Córdoba	0	277	0	5	1	1
Entre Ríos	0	10	0	3	1	0
Santa Fe	0	20	0	15	1	0
Total Centro	**2**	**346**	**1**	**53**	**5**	**9**
Mendoza	0	2	0	0	0	0
San Juan	0	4	0	0	0	0
San Luis	0	7	0	6	0	0
Total Cuyo	**0**	**13**	**0**	**6**	**0**	**0**
Chaco	0	0	0	0	0	0
Corrientes	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	0	0	0	0	0
Misiones	0	1	0	4	0	0
Total NEA	**0**	**1**	**0**	**4**	**0**	**0**
Catamarca	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	6	0	29	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	2	0	0
Total NOA	**0**	**15**	**0**	**33**	**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	1	0	0	0	0
Total Sur	**0**	**3**	**0**	**1**	**0**	**0**
Total País	**2**	**378**	**1**	**97**	**6**	**9**

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).

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 SE14/2026).

Tabla 5. Número de muestras estudiadas y positivas con y sin antecedente de viaje para: Fiebre de Oropouche, Enfermedad por Virus Zika y Fiebre Amarilla. SE31/2025 a SE14/2026. Argentina.

Evento	Fiebre de Oropouche		Enfermedad por virus Zika		Fiebre amarilla	
Jurisdicción	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est
Buenos Aires	0	75	0	42	0	12
CABA	0	8	0	5	0	0
Córdoba	0	82	0	52	0	1
Entre Ríos	0	9	0	2	0	1
Santa Fe	0	136	0	35	0	9
Total Centro	**0**	**310**	**0**	**136**	**0**	**23**
Mendoza	0	19	0	4	0	0
San Juan	0	0	0	1	0	0
San Luis	0	4	0	9	0	0
Total Cuyo	**0**	**23**	**0**	**14**	**0**	**0**
Chaco	0	28	0	130	0	2
Corrientes	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	26	0	0	0	0
Misiones	0	3	0	39	0	8
Total NEA	**0**	**57**	**0**	**169**	**0**	**10**
Catamarca	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	33	0	97	0	0
La Rioja	0	9	0	23	0	9
Salta	0	188	0	487	0	0
Santiago del Estero	0	2	0	99	0	0
Tucumán	0	172	0	20	0	24
Total NOA	**0**	**404**	**0**	**726**	**0**	**33**
Chubut	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	1	0	0
Río Negro	0	1	0	0	0	0
Santa Cruz	0	2	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	1	0	0	0	0
Total Sur	**0**	**4**	**0**	**1**	**0**	**0**
Total País	**0**	**798**	**0**	**1046**	**0**	**66**

Pos: positivas / Est: estudiadas

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

Fiebre de Oropouche

La vigilancia de la fiebre de Oropouche se basa actualmente en el estudio por laboratorio de una proporción de casos negativos para dengue y en personas con antecedente de viaje a zonas donde se registra transmisión durante la temporada en curso. Hasta el momento, se investigaron **798** 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 **1046** 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 **66** 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.

INFORMES **ESPECIALES**

VI. Vigilancia ambiental de Poliovirus y Enterovirus en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA)

VI.1. Sobre la serie de informes de vigilancia en aguas residuales en el marco del trabajo INEI-AYSA

La vigilancia epidemiológica basada en aguas residuales se ha consolidado en los últimos años como una herramienta innovadora y complementaria a los sistemas tradicionales de notificación. Permite identificar brotes de enfermedades endémicas, predecir el aumento de casos, reconocer la circulación de patógenos en eliminación, o identificar la circulación de patógenos emergentes en un lugar y tiempo determinados, reconociendo zonas con mayor riesgo. Forma parte de la preparación ante situaciones epidémicas y pandémicas, complementando la vigilancia epidemiológica tradicional basada en estudio de muestras clínicas.

La pandemia de COVID-19 renovó el interés en la epidemiología basada en aguas residuales identificando con éxito las variantes circulantes en los diferentes momentos. Este enfoque ya había sido aplicado con éxito para monitorear la circulación de poliovirus en el marco de la Iniciativa Mundial para la Erradicación de la Poliomielitis.

La detección viral en aguas residuales permite abarcar a poblaciones numerosas mediante un único análisis, incorpora a individuos asintomáticos o presintomáticos, y brinda señales tempranas sobre la evolución de epidemias, complementando los indicadores convencionales de salud y aportando información complementaria al sistema de vigilancia tradicional.

Numerosos estudios demostraron que la concentración de ARN viral en aguas residuales reflejaba, e incluso precedía, las tendencias en los casos notificados y en las hospitalizaciones por COVID-19. A diferencia de los sistemas basados en la detección de casos clínicos, cuyos resultados pueden verse afectados por cambios en las estrategias diagnósticas o en el acceso a las pruebas, la vigilancia ambiental en aguas residuales permite monitorear la circulación viral en la comunidad.

Este enfoque ha demostrado utilidad para la vigilancia Poliovirus (PV) y Enterovirus (EVNP); del virus de la hepatitis A (HAV); del virus de la hepatitis E (HEV), así como para el monitoreo de agentes etiológicos asociados a gastroenteritis aguda, como norovirus (NoV), rotavirus (RV) y adenovirus entéricos (AdV-F).

Estos hallazgos ponen de manifiesto el valor de esta estrategia como indicador sensible y costo-efectivo de la circulación viral comunitaria. No obstante, persisten desafíos vinculados con la representatividad de la población con acceso a red cloacal y con la falta de estandarización de metodologías de concentración y detección viral. Pese a estas limitaciones, los avances recientes en virología ambiental permiten vislumbrar un escenario promisorio para la integración de esta estrategia en los sistemas nacionales de vigilancia epidemiológica.

En este marco, el INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán” y Agua y Saneamientos Argentinos S.A. (AySA), -en un trabajo colaborativo interinstitucional- implementaron en el año 2021 esta vigilancia en plantas depuradoras de afluentes cloacales ubicadas en diversos puntos del

conurbano bonaerense y que sirven a distintos partidos de Buenos Aires y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Este informe es el segundo –tras el publicado en el BEN N°799- de una serie que abordará los diferentes patógenos virales incluidos en la vigilancia desde su la implementación.

En esta ocasión, se informan los resultados de la vigilancia ambiental de poliovirus/enterovirus en aguas residuales del AMBA.

VI.2. Enterovirus y su relevancia en salud pública

Los Enterovirus se transmiten principalmente por vía fecal–oral e incluyen al Poliovirus y a los Enterovirus No Polio (EVNP). El Poliovirus puede producir parálisis fláccida aguda y es objeto de un programa mundial de erradicación basado en la vacunación. Los EVNP circulan frecuentemente en la población y, aunque la mayoría de las infecciones son leves o asintomáticas, algunos pueden asociarse a infecciones del sistema nervioso central (por ejemplo, meningitis). En la vigilancia ambiental, la detección de EVNP actúa como un indicador de la sensibilidad del sistema para identificar virus circulantes en la población.

VI.3. Vigilancia ambiental de Poliovirus y Enterovirus en aguas residuales.

La vigilancia ambiental mediante el análisis de afluentes cloacales constituye una herramienta complementaria clave en el marco de la Iniciativa Mundial para la Erradicación de la Poliomielitis (GPEI). Este enfoque se basa en la detección de virus excretados por individuos infectados, incluidos aquellos que cursan infecciones asintomáticas, y permite evaluar la circulación viral a nivel poblacional de manera independiente de la notificación de casos clínicos (OMS, 2023). En el escenario actual de la erradicación, la detección de poliovirus circulantes derivados de la vacuna (cVDPV), con capacidad de producir brotes, continúa constituyendo un desafío prioritario, aun en países sin circulación clínica detectada (GPEI, 2026).

En este contexto, la vigilancia ambiental de poliovirus y enterovirus en aguas residuales cumple un rol complementario a la vigilancia de la parálisis flácida aguda (PFA), considerada el estándar para la vigilancia de casos de poliomielitis. El monitoreo de afluentes cloacales contribuye a identificar la transmisión residual de poliovirus, particularmente en situaciones donde la vigilancia clínica presenta limitaciones o cuando el virus circula entre personas infectadas sin manifestaciones neurológicas.

En esta fase final de la erradicación, la vigilancia ambiental aporta evidencia crítica para la certificación del estado libre de polio, dado que la ausencia de detección de poliovirus en el ambiente adquiere un valor central como indicador de interrupción de la transmisión (OMS/GPLN, 2015). Esta estrategia ha resultado especialmente relevante durante la transición global del uso de la vacuna antipoliomielítica oral (OPV) hacia la vacuna antipoliomielítica inactivada (IPV), que estableció el cese progresivo del uso de OPV a nivel mundial.

Si bien la vigilancia de la PFA continúa siendo el pilar fundamental de la vigilancia de la poliomielitis, la vigilancia ambiental resulta particularmente útil en poblaciones seleccionadas, donde pueden existir brechas en la detección clínica, condiciones sanitarias que favorezcan la transmisión fecal–oral o riesgo de importación de poliovirus asociado a movimientos poblacionales y a coberturas de vacunación subóptimas. Debido a las

limitaciones inherentes a esta metodología y a la necesidad de recursos específicos, su implementación debe ser estratégica y focalizada.

En este marco, la vigilancia ambiental en aguas residuales no solo permite la detección de Poliovirus, sino que también aporta información relevante sobre la circulación de los Enterovirus No Polio (EVNP) de importancia para la salud pública, los cuales se excretan principalmente por la vía fecal–oral. La detección de estos virus, que circulan con frecuencia en la población y pueden asociarse a brotes epidémicos, constituye además un indicador indirecto de la sensibilidad del sistema de vigilancia ambiental.

El presente trabajo describe la implementación y los resultados de un sistema de vigilancia ambiental de Poliovirus y Enterovirus en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), basado en el análisis de afluentes cloacales provenientes de plantas depuradoras seleccionadas.

Este informe integra una serie de estudios de vigilancia ambiental orientados a distintos patógenos virales, cuyos resultados aportan evidencia epidemiológica de valor para el seguimiento de la circulación viral en la población y el fortalecimiento de las estrategias de prevención y control en el contexto de la erradicación de la poliomielitis.

VI.4. Objetivos

VI.4.A. OBJETIVO GENERAL

Describir los resultados de la vigilancia ambiental de Poliovirus y Enterovirus No Polio en muestras de afluentes cloacales del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) durante el periodo 2022-2025, y aportar evidencia epidemiológica para el seguimiento del estado libre de poliomielitis.

VI.4.B. OBJETIVOS ESPECIFICOS

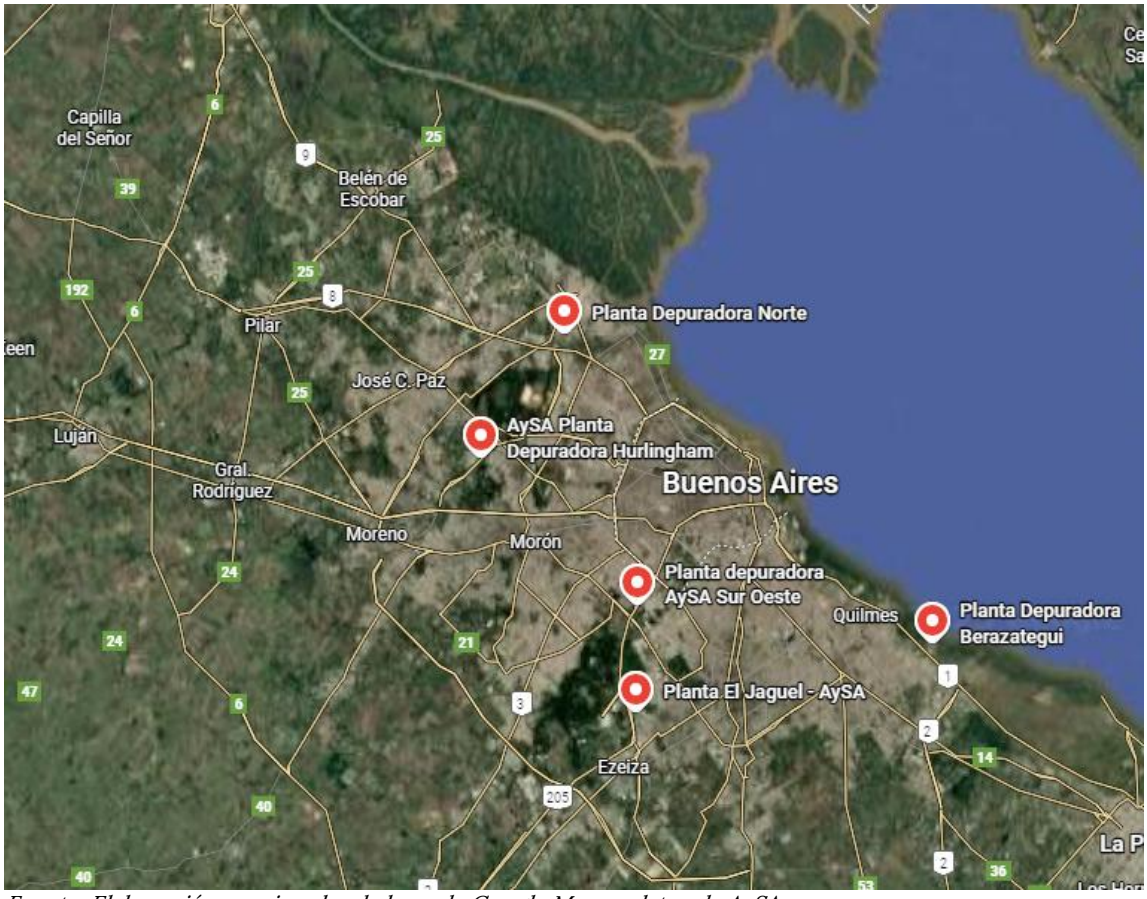
- Describir los resultados de la vigilancia ambiental de Poliovirus como complemento de la vigilancia convencional de la PAF, aportando evidencia para el seguimiento del estatus de país libre de poliomielitis.
- Detectar y monitorear la circulación de los EVNP en afluentes cloacales, como indicador de circulación viral poblacional.
- Identificar la diversidad de tipos de Enterovirus circulantes, incluyendo la detección de cepas de potencial relevancia para la salud pública (por ejemplo, Echovirus 30, entre otros).
- Aportar evidencia epidemiológica para el seguimiento del estado libre de polio y el fortalecimiento de las estrategias de prevención y control.

VI.5. Materiales y métodos

VI.5.A. DISEÑO DE LA VIGILANCIA AMBIENTAL Y SITIOS DE MUESTREO

Desde noviembre de 2022–a noviembre de 2025 se procesaron muestras de afluentes cloacales provenientes de cinco plantas depuradoras de AySA ubicadas en el AMBA: Planta Depuradora Norte (PDN), Sur Oeste (SO), Berazategui (BC), Hurlingham (HUR) y El Jagüel (JAG) (Mapa 1).
Estas plantas conforman la red de vigilancia ambiental de Poliovirus y Enterovirus desarrollada en conjunto entre AYSA y el Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI).

Figura 1. Plantas de tratamiento de afluentes cloacales que forman parte de la red de vigilancia ambiental del AMBA AYSA-INEI.



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Google Maps y datos de AySA.

VI.5.B. PERÍODO DE MUESTREO

Se recibieron muestras en forma continua de PDN, SO y BC entre noviembre de 2022 y noviembre de 2025. HUR se incorporó en abril de 2024 y JAG en mayo de 2024, ambas hasta noviembre de 2025. En agosto de 2024 por problemas técnicos, en el Servicio de Neurovirosis no se recibieron muestras de PDN y HUR. Las diferencias en el período de incorporación de cada planta a la red de vigilancia determinaron variaciones en el número total de muestras analizadas por sitio.

VI.5.C. PROCESAMIENTO DE LAS MUESTRAS

Las muestras de afluentes cloacales fueron remitidas por AySA al INEI–ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" para su análisis. En el Departamento de Virología, las muestras fueron sometidas a un proceso de concentración mediante polietilenglicol (PEG 6000). Posteriormente, en el Servicio de Neurovirosis, se recibió 1 ml del concentrado y se efectuó un filtrado con membrana de 0,2 μ m, previo al análisis virológico.

VI.5.D. DETECCIÓN Y CARACTERIZACIÓN VIROLÓGICA

La detección de Poliovirus y Enterovirus se realizó mediante cultivo viral en líneas celulares RD y L20B, siguiendo un protocolo similar al propuesto por la Red Global de Laboratorios de Poliovirus (GPLN). La principal adaptación del procedimiento consistió en el ajuste en la cantidad de frascos inoculados, debido al menor volumen de muestra disponible para el procesamiento.

Las muestras que presentaron efecto citopático (ECP) compatible con Poliovirus o Enterovirus fueron analizadas mediante PCR en tiempo real específica para Poliovirus, y posteriormente mediante PCR específica para Enterovirus.

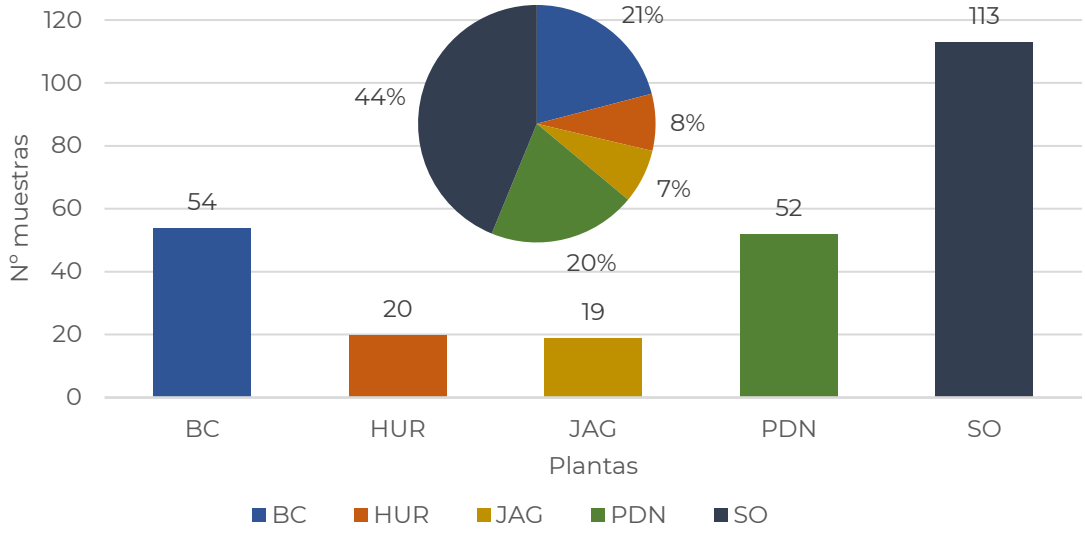
La identificación final de los Enterovirus detectados se realizó por secuenciación del gen VP1, utilizando el método de secuenciación convencional de Sanger, lo que permitió determinar la especie y el tipo viral circulante.

VI.6. Resultados

VI.6.A. DISTRIBUCIÓN DE MUESTRAS POR PLANTA

Se analizaron 258 muestras de afluentes cloacales recolectadas en cinco plantas depuradoras del AMBA (2022–2025) (Figura 1). Predominaron SO (113), BC (54) y PDN (52), con muestreo a lo largo de todo el período. HUR (20) y JAG (19) aportaron menos muestras por incorporarse a la red a partir de 2024; esta diferencia debe considerarse al comparar proporciones de detección entre plantas.

Gráfico 1. Distribución de muestras recibidas según planta depuradora. (N=258)



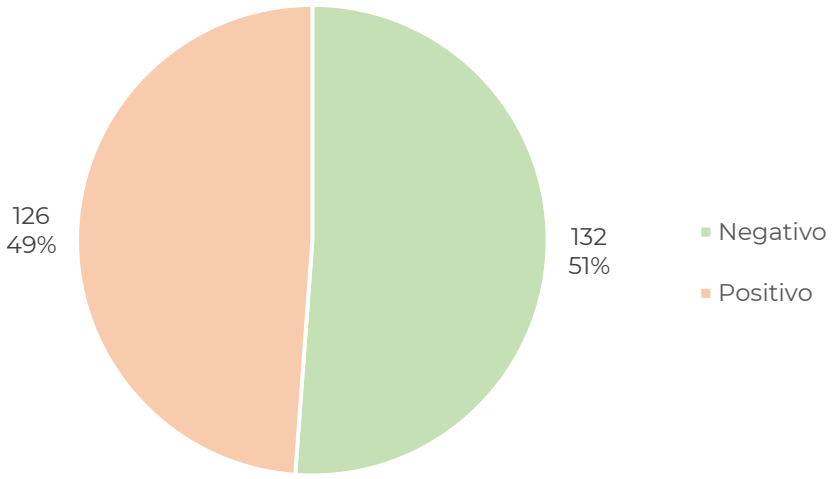
Fuente: elaboración propia a partir de la base de datos ambiental del Servicio de Neurovirosis. INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán.

Referencias: Planta Depuradora Norte (PDN), Sur Oeste (SO), Berazategui (BC), Hurlingham (HUR) y El Jagüel (JAG).

VI.6.B. DETECCIÓN ACUMULADA DE ENTEROVIRUS NO POLIO: CULTIVO VIRAL Y PCR.

La detección de Poliovirus y Enterovirus No Polio se evaluó en las 258 muestras mediante cultivo celular y PCR. **No se detectó poliovirus en ninguna muestra.** Se identificaron 126 muestras positivas para enterovirus (49%) y 132 negativas (51%) (Figura 2).

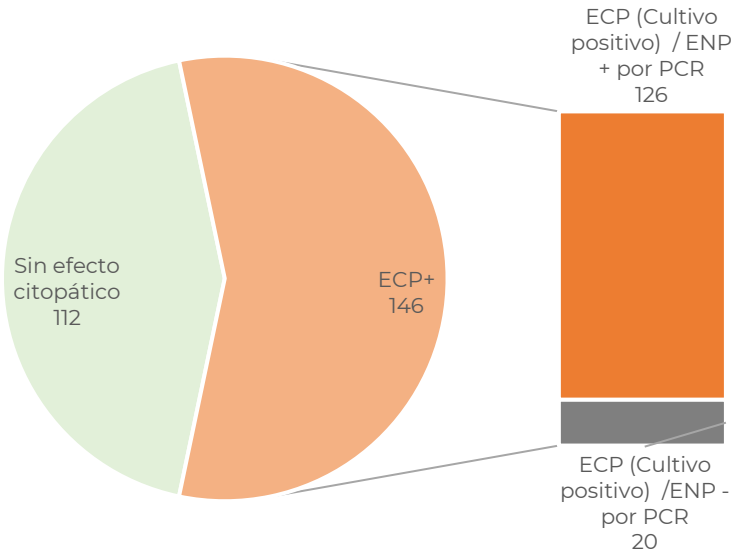
Gráfico 2. Resultados de la detección de Enterovirus No Polio muestras analizadas (N=258).



Fuente: elaboración propia a partir de la base de datos ambiental del Servicio de Neurovirosis. INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán

En el cultivo, 146/258 muestras (57%) presentaron ECP, mientras que 112/258 (43%) no lo presentaron. Entre las 146 con ECP, la PCR específica para Poliovirus descartó su presencia en todos los casos y confirmó EVNP en 126 (86%); los 20 restantes (14%) fueron negativas para EVNP (Figura 3).

Gráfico 3. Muestras estudiadas por cultivo y resultados de PCR en las muestras con cultivo positivo (con ECP). Muestras analizadas (N=258).



Fuente: elaboración propia a partir de la base de datos ambiental del Servicio de Neurovirosis. INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán

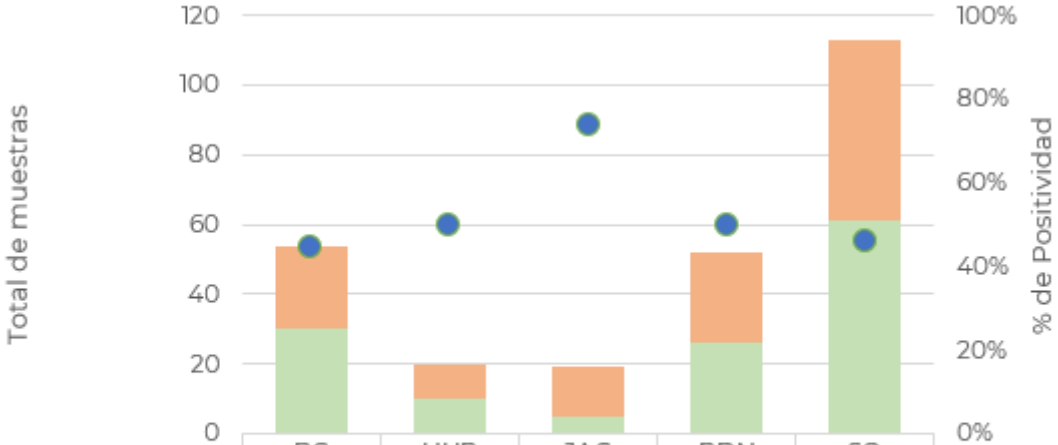
En 3/20 muestras con ECP y PCR negativa para EVNP se detectó adenovirus; los 17 restantes podrían corresponder a otros virus capaces de replicar en células RD, cuya identificación excede los objetivos del estudio y queda pendiente para futuras investigaciones.

VI.6.C. DETECCIÓN ACUMULADA DE ENTEROVIRUS NO POLIO POR PLANTA DEPURADORA

Se detectaron EVNP en las cinco plantas incluidas en la vigilancia, con porcentajes de positividad entre 44% y 74% (Gráfico 4).

Las plantas HUR y JAG presentaron diferencias en los porcentajes de positividad, siendo JAG la que mostró el valor más alto, mientras que HUR presentó valores similares a los observados en plantas con seguimiento continuo.
Estos resultados deben interpretarse con cautela, considerando el menor número de muestras y el período de muestreo más acotado en estas plantas. En conjunto, la detección de EVNP en todas las plantas confirma una circulación generalizada en los afluentes cloacales del AMBA.

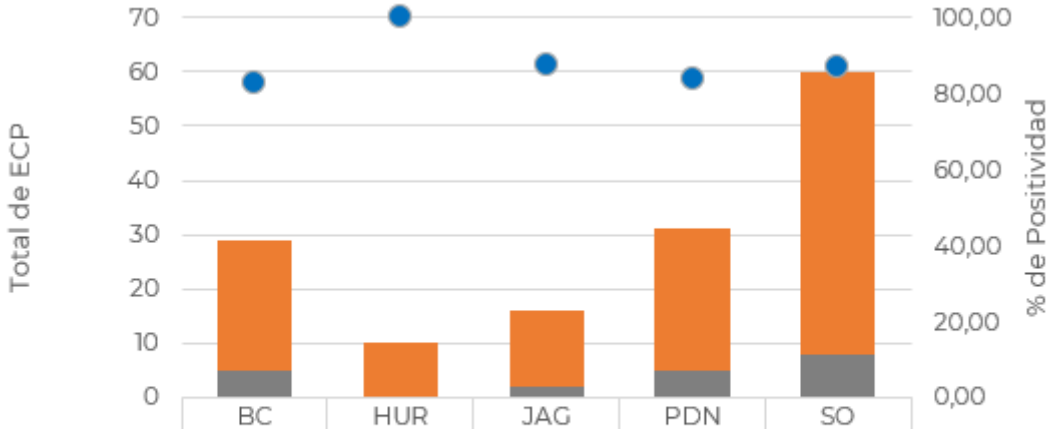
Gráfico 4. a) Resultado acumulado del cultivo viral por planta depuradora.



	BC	HUR	JAG	PDN	SO
Positivo	24	10	14	26	52
Negativo	30	10	5	26	61
% de positividad	44%	50%	74%	50%	46%

Fuente: elaboración propia a partir de la base de datos ambiental del Servicio de Neurovirosis. INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"

Gráfico 5. Resultado acumulado de la detección de EVNP por PCR en muestras con cultivo positivo, por planta depuradora.



	BC	HUR	JAG	PDN	SO
Positivo	24	10	14	26	52
Negativo	5		2	5	8
% Positivos	82,76	100,00	87,50	83,87	86,67

Fuente: elaboración propia a partir de la base de datos ambiental del Servicio de Neurovirosis. INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"

VI.6.D. DETECCIÓN EVNP POR PLANTA DEPURADORA Y MES

Para el período febrero de 2024–noviembre de 2025 (22 meses), se detectaron EVNP en 19 meses (86%), evidenciando una circulación sostenida en los afluentes cloacales del AMBA (Gráfico 6). No se registró detección en abril y julio de 2024 ni en octubre de 2025.

En el análisis por planta, JAG presentó el mayor porcentaje de detección y SO el menor, en concordancia con los resultados acumulados del período completo de estudio.

A partir de septiembre de 2024 se observó detección sostenida en cuatro de las cinco plantas, con excepción de BC. Cabe señalar que, desde ese período, se incrementó el volumen inoculado en cultivo, lo que podría haber aumentado la sensibilidad del método; por lo tanto, el aumento observado no necesariamente refleja un incremento real de la circulación viral. No se evidenció un patrón estacional definido, dado que se detectaron EVNP tanto en meses cálidos como fríos, lo que evidencia la circulación ininterrumpida a pesar de la estacionalidad de los casos clínicos.

Gráfico 6. Distribución mensual de la detección de EVNP por planta depuradora.

		2024											2025										
Localidad	Planta	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Berazategui	BC																						
San Fernando	PDN																						
La Matanza	SO																						
Hurlingham	HUR																						
Esteban Echeverría	JAG																						

Referencia	
	Cultivo negativo
	ECP

Fuente: elaboración propia a partir de la base de datos ambiental del Servicio de Neurovirosis. INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"

VI.6.E. IDENTIFICACIÓN POR SECUENCIACIÓN DE LOS EVNP DETECTADOS

La secuenciación del gen VP1 permitió identificar 12 tipos de EVNP en las 126 muestras positivas, pertenecientes predominantemente a la especie B (98%), con detección esporádica de especies A y C. Los tipos más frecuentes fueron E11 (24%) y E7 (21%), seguidos por CBV5 y CBV3 (13% cada uno); el resto se detectó en menor proporción (Tabla 1).

Los tipos E11 y E7 se identificaron en todas las plantas, indicando amplia distribución geográfica. E6 también mostró un patrón de dispersión similar. En contraste, algunos Coxsackievirus B presentaron una distribución más acotada, compatible con episodios de circulación epidémica.

En el análisis mensual (Figura 6b), durante 2024 predominaron E11, CBV5 y E6, mientras que en 2025 se observó un predominio de E7. En este período se detectaron cinco tipos, en contraste con los 12 identificados en el total del estudio, lo que refleja menor diversidad en el análisis temporal mensual.

La detección de múltiples tipos de EVNP refleja la circulación diversa y frecuente de estos virus en los afluentes cloacales del AMBA.

Al analizar la distribución de los tipos virales por planta depuradora, SO presentó la mayor diversidad, seguida por BC y PDN, mientras que JAG y HUR mostraron una menor diversidad. Estas diferencias podrían estar asociadas al menor número de muestras analizadas y al período de muestreo más acotado en estas plantas.

Tabla 1: Enterovirus No Polio identificados por secuenciación según planta depuradora.
Echovirus 11 (E11), Echovirus 7 (E7), Coxsackievirus B5 (CBV5), Coxsackievirus B3 (CBV3), Echovirus 6 (E6), Echovirus 13 (E13), Coxsackievirus B2 (CBV2), Echovirus 3 (E3), Coxsackievirus B4 (CBV4), Echovirus 30 (E30), Enterovirus 76 (EV-76), Coxsackievirus A21 (CAV21), Enterovirus Especie B (EV-B) y Enterovirus No Polio (EVNP).

Tipos EV	Plantas					Totales por tipo EV	% por tipo EV
	BC	HUR	JAG	PDN	SO		
E11	4	4	5	8	9	30	24%
E7	6	4	4	5	7	26	21%
CBV5	3		3	4	7	17	13%
CBV3	5				11	16	13%
E6	2	1	2	1	5	11	9%
E13	1			7		8	6%
CBV2					5	5	4%
E3	2				2	4	3%
CBV4				1	3	4	3%
E30					1	1	1%
EV76					1	1	1%
CAV21					1	1	1%
EV-B	1					1	1%
EVNP		1				1	1%
Total general	**24**	**10**	**14**	**26**	**52**	**126**	**100%**

Fuente: elaboración propia a partir de la base de datos ambiental del Servicio de Neurovirosis. INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"

VI.6.F. DISTRIBUCIÓN DE LOS TIPOS DE ENTEROVIRUS NO POLIO POR PLANTA DEPURADORA Y MES

La distribución de los tipos de EVNP por planta depuradora y mes, correspondiente al período febrero de 2024–noviembre de 2025, se presenta en el Gráfico 7.

En BC, durante 2024 se detectaron principalmente E11, E3 y CBV5, mientras que en 2025 se observó un predominio de E7. En PDN, en 2024 se identificó exclusivamente E11, y en 2025 se detectaron E13 en una única oportunidad y posteriormente E7.

En SO, durante 2024 se identificaron CBV5, E11 y E6, y en 2025 se incorporó E7, ampliando la diversidad viral. En HUR, en 2024 se detectaron E11 y E6 de forma esporádica, mientras que en 2025 se observó exclusivamente E7. Finalmente, en JAG, durante 2024 se identificaron CBV5, E11 y E6, y en 2025 se detectó E7.

En conjunto, durante 2024 se observó una mayor diversidad de tipos, mientras que en 2025 predominó E7 en la mayoría de las plantas, en concordancia con el análisis temporal global.

Cabe destacar que, en este período de 22 meses, se detectaron cinco tipos virales, en contraste con los doce tipos identificados a lo largo de los tres años completos de estudio, lo que refleja una menor diversidad viral en el análisis temporal mensual, posiblemente asociada a la periodicidad del muestreo.

Gráfico 7. Distribución de tipos de EVNP detectados por planta depuradora y mes, entre febrero de 2024 y noviembre de 2025.

	Planta	2024											2025										
Localidad		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Berazategui	BC	E11	E3					CB5								E7	E7	E7	E7		E7		
San Fernando	PDN					E11				E11		E11	E11	E7		E11	E13	E7	E7	E7			E7
La Matanza	SO								CB5	E11	E6			CB5		E7/E6	E7	E7	E7	E11	E7		E11/E6
Hurlingham	HUR					E11			E11	E6	E11	E11				E7	E7	E7			E7		
Esteban Echeverría	JAG				E11				CB5		E6	CB5	E11	CB5	E7	E11	E7	E7	E11	E6	E7		E11

Referencia	
	Cultivo negativo
	ECP
XX	Tipo de EV

Fuente: elaboración propia a partir de la base de datos ambiental del Servicio de Neurovirosis. INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"

VI.7. Conclusiones

Durante el período 2022–2025 no se detectó Poliovirus en los afluentes cloacales del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Estos resultados son consistentes con los datos de la vigilancia de la parálisis aguda flácida (PAF) en Argentina durante el mismo período, en la cual se analizaron muestras fecales correspondientes a aproximadamente 400 casos sin detección de Poliovirus. En conjunto, los hallazgos refuerzan la evidencia de país libre de polio.

La ausencia de detección de Poliovirus Sabin vacunal resulta esperable, considerando que Argentina implementa desde junio de 2020 un esquema completo de vacunación con vacuna antipoliomielítica inactivada (IPV). No obstante, el país continúa con riesgo de reintroducción, debido a las coberturas subóptimas de vacunación (OPS) y a que en países limítrofes aún utilizan vacuna oral Sabin, lo que subraya la importancia de mantener sistemas de vigilancia sensibles y sostenibles.

La vigilancia en aguas residuales aportó información sobre la circulación viral en la población a partir de la excreción fecal, independientemente de la presencia de síntomas clínicos. Dado

que la gran mayoría de las infecciones por Poliovirus y Enterovirus No Polio cursan de forma no paralítica o asintomática, esta estrategia complementa la vigilancia clínica basada en muestras de pacientes sintomáticos y hospitalizados, permitiendo una evaluación más integral de la circulación viral.

La detección frecuente de Enterovirus No Polio en todas las plantas depuradoras incluidas en el estudio refleja una circulación sostenida y diversa de estos virus en la población del AMBA. La positividad observada (49%) resulta esperable en este tipo de muestras y refuerza la sensibilidad del sistema de vigilancia ambiental, aportando mayor confiabilidad a la ausencia de detección de Poliovirus.

La identificación de 12 tipos diferentes de Enterovirus No Polio evidencia la diversidad viral circulante, con la presencia de tipos ampliamente distribuidos y endémicos, como Echovirus 11, Echovirus 7 y Echovirus 6, así como otros asociados a patrones de circulación epidémica, como Echovirus 30, agente frecuentemente implicado en brotes de meningitis viral. Estos hallazgos son concordantes con antecedentes epidemiológicos nacionales y con la información disponible a partir de muestras clínicas, aun considerando las limitaciones inherentes a este tipo de vigilancia.

La detección de virus viables mediante cultivo celular confirma que la excreción viral en afluentes cloacales ocurre con partículas infectivas, y la utilización de líneas celulares RD y L20B, concordante con los protocolos de la Red Global de Laboratorios de Poliovirus (GPLN), otorga solidez y comparabilidad a los resultados obtenidos, en el marco de la vigilancia orientada a la erradicación de la poliomielitis.

En conjunto, los resultados reflejan que la vigilancia ambiental proporciona información epidemiológica relevante para el seguimiento de la circulación de Poliovirus y Enterovirus No Polio en la población. La integración de la vigilancia ambiental con la vigilancia epidemiológica convencional aporta evidencia complementaria para la toma de decisiones oportunas en las estrategias de prevención y control, y respalda su incorporación como herramienta complementaria dentro del sistema de vigilancia epidemiológica.

La continuidad y eventual ampliación de este sistema de vigilancia, en el marco de las funciones del Centro Regional de Referencia para Poliovirus del Servicio de Neurovirosis, Departamento de Virología del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas INEI-ANLIS-Dr. Carlos G. Malbrán, resulta fundamental para fortalecer la detección temprana y el monitoreo de la circulación viral, particularmente en regiones con bajas coberturas de vacunación o mayor riesgo de reintroducción de Poliovirus.

ACTUALIZACIONES **PERIODICAS**

VII. Lesiones por mordedura de perro - Informe epidemiológico

VII.1. Introducción

Las lesiones por mordedura de perro constituyen un evento de relevancia para la salud pública por el daño físico, psicológico y social que pueden generar, además del riesgo de transmisión de enfermedades zoonóticas como la rabia. Estas agresiones representan la forma más frecuente de ataque de un animal al ser humano, con variabilidad en su gravedad, desde excoriaciones leves hasta politraumatismos que requieren internación y atención especializada.

El incremento de la población canina, la tenencia irresponsable y la urbanización sin regulación adecuada han contribuido a la diversificación de los vínculos entre personas y animales, generando contextos de riesgo en ámbitos domiciliarios, comunitarios y públicos.

La vigilancia epidemiológica de este evento permite estimar su magnitud, identificar las poblaciones más expuestas, caracterizar las circunstancias en las que ocurren las agresiones y fortalecer las estrategias de prevención, abordaje intersectorial y atención integral de las personas lesionadas.

Dado el carácter no intencional del evento, la multiplicidad de factores involucrados y la complejidad del problema, los datos presentados pueden estar sujetos a revisión. No obstante, son fundamentales para dimensionar su comportamiento y mejorar las acciones de respuesta sanitaria y comunitaria.

VII.2. Sobre la implementación de la vigilancia de las lesiones por mordedura de perro

VII.2.A. ANTECEDENTES

Las lesiones graves y las lesiones leves y moderadas por mordedura de perro son un evento de notificación obligatoria en la República Argentina, conforme a lo establecido por la Ley N°15.465 y la Resolución N.° 2827/2022 del Ministerio de Salud de la Nación.

Según lo estipulado en el Manual de Normas y Procedimientos para la Vigilancia y el Control de los Eventos de Notificación Obligatoria, la vigilancia de las Lesiones Graves que requieren internación debe notificarse al SNVS 2.0 bajo modalidad individual inmediata, incluyendo datos clínicos y epidemiológicos. La notificación de las lesiones leves y moderadas por mordedura de perro, de manejo ambulatorio, debe realizarse bajo modalidad agrupada.

En mayo de 2023 se implementa formalmente la notificación obligatoria de Lesiones por mordedura de perro al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS 2.0).

Los objetivos de la vigilancia epidemiológica de estos eventos son:

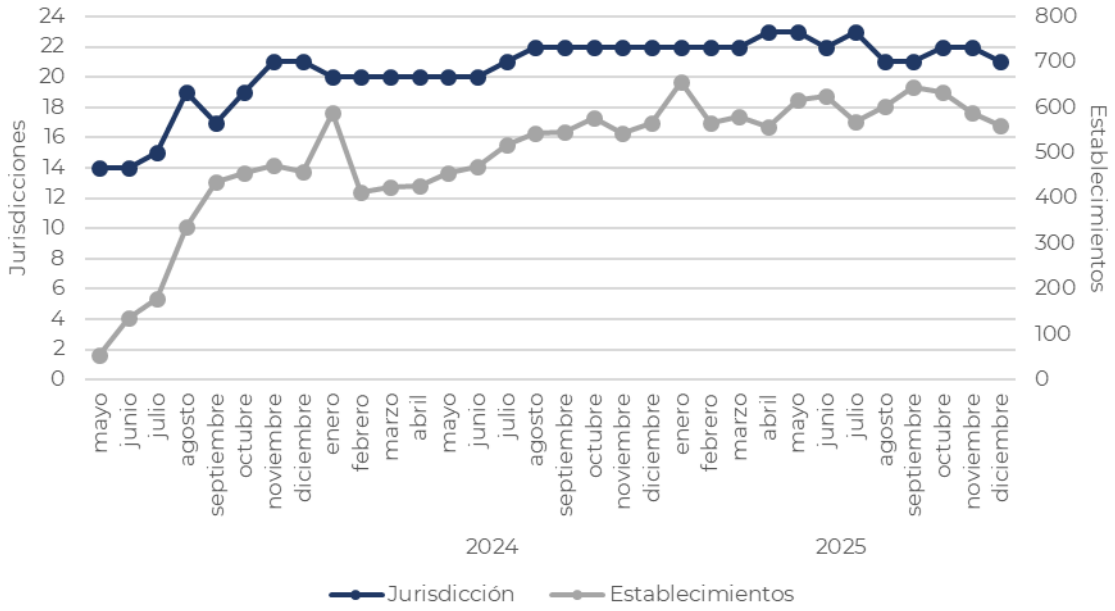
- Estimar la magnitud del evento e identificar a poblaciones afectadas.
- Caracterizar epidemiológicamente los casos graves y muertes como consecuencia de las lesiones por mordedura de perro.
- Caracterizar al agente agresor y las circunstancias en las que se da la agresión.

- Identificar las poblaciones o grupos de riesgo para fortalecer las actividades de control y prevención.
- Gestionar la información para llevar adelante las acciones de seguimiento para las personas que presenten lesiones por mordeduras de perro y el agente agresor.

VII.2.B. JURISDICCIONES Y ESTABLECIMIENTOS PARTICIPANTES

A continuación, se presenta la evolución mensual de las jurisdicciones y de los establecimientos que notificaron lesiones por mordedura de perro al SNVS 2.0 desde su incorporación como evento de notificación obligatoria en mayo de 2023

Gráfico 1. Evolución mensual de jurisdicciones y establecimientos que notificaron lesiones por mordedura de perro. Argentina, mayo 2023 a diciembre 2025. *



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).
**Nota: para el cálculo de los meses se utilizaron las variables "fecha de registro" (evento agrupado) y "fecha de apertura" (evento nominal).*

En mayo de 2023, 14 jurisdicciones realizaron notificaciones. Desde entonces, se observó un aumento en la incorporación de jurisdicciones notificantes, que alcanzó 21 en noviembre de 2023 y un máximo de 23 en abril de 2025. Durante 2024 y 2025, la cantidad de jurisdicciones notificantes se mantuvo relativamente estable, con leves oscilaciones mensuales. Considerando el total anual de jurisdicciones con al menos una notificación, se observaron 22 tanto en 2023 como en 2024.

En relación con los establecimientos notificadores, desde la implementación de la vigilancia se observó una tendencia general ascendente, aunque con fluctuaciones mensuales. El mayor número de establecimientos se registró en enero de 2025, con 657 efectores notificantes. Durante 2025, el promedio mensual fue de 599 establecimientos, lo que representa un incremento del 19% respecto del promedio registrado en 2024, que fue de 505.

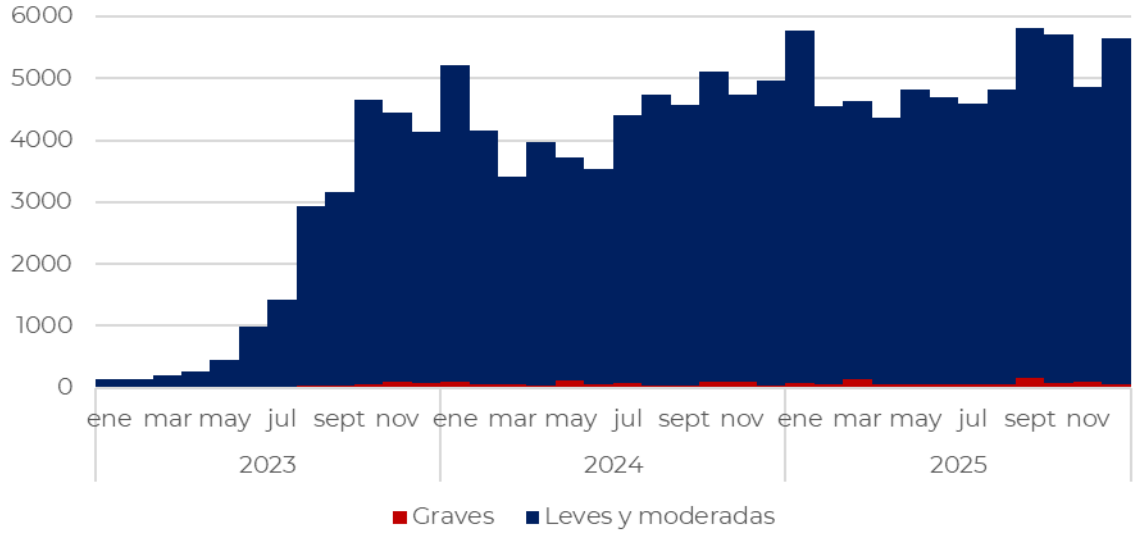
En conjunto, estos resultados muestran una expansión progresiva de la red de vigilancia, expresada en la incorporación de más jurisdicciones y establecimientos a la notificación del evento. A su vez, la relativa estabilidad observada durante 2024 y 2025 sugiere una consolidación de la participación de los efectores y de la cobertura territorial de la vigilancia.

En este contexto, resulta importante continuar fortaleciendo las estrategias de implementación, monitoreo y evaluación del evento en el SNVS 2.0.

VII.2.C. TOTAL DE NOTIFICACIONES EN EL PERÍODO DE IMPLEMENTACIÓN

En el siguiente gráfico se presenta la evolución de las notificaciones de lesiones por mordedura de perro, tanto en modalidad nominal como agrupada, para el período comprendido entre enero de 2023 y diciembre de 2025. Si bien la estrategia de vigilancia comenzó a implementarse formalmente en mayo de 2023, para el análisis se consideraron las notificaciones realizadas desde enero de ese año.

Gráfico 2. Evolución mensual de casos notificados de lesiones por mordedura de perro. Enero 2023 – diciembre 2025. Argentina. (n=135.715)



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).
**Nota: Para la construcción de la serie temporal se utilizaron las variables "fecha de registro" en los eventos agrupados y "fecha de apertura" en el evento nominal.*

Durante el período 2023-2025 se notificaron 135.715 casos. Del total, el 17% (22.933) correspondió a 2023, año de inicio de la implementación de la vigilancia del evento; el 39% (52.506) a 2024; y el 44% (60.277) a 2025.

A partir de la segunda mitad de 2023 se observó un incremento marcado en el número mensual de notificaciones, en concordancia con el proceso de incorporación progresiva del evento a la vigilancia regular. Durante 2024, la serie se mantuvo en valores elevados, con oscilaciones mensuales, mientras que en 2025 se registró un nuevo aumento, con varios meses por encima de los observados en el año previo. El valor mensual más alto del período se observó en septiembre de 2025, con 5.822 casos notificados.

En toda la serie, las notificaciones estuvieron constituidas predominantemente por lesiones leves y moderadas, mientras que las lesiones graves representaron una proporción reducida y relativamente estable. Del total de casos notificados entre 2023 y 2025, el 1,5% (2.065) correspondió a lesiones graves por mordedura de perro.

En conjunto, la evolución observada muestra una tendencia ascendente en las notificaciones a lo largo del período analizado, compatible con un proceso de consolidación de la vigilancia y de fortalecimiento de la capacidad de registro por parte de los efectores de salud.

VII.3.Situación de Lesiones leves y moderadas por mordedura de perro en Argentina

VII.3.A. NOTA METODOLÓGICA

Para el análisis de las notificaciones agrupadas, se utilizó el Grupo de eventos “Lesiones por mordedura de perro (ambulatorios)” que contiene los siguientes eventos: “Lesiones por mordedura de perro sin especificar”, “Lesiones por perro desconocido en vía pública u otros espacios” y “Lesiones por mordedura de perro en la vivienda” del SNVS 2.0. Para determinar el año, se utilizó la fecha de ocurrencia del evento, presente en todos los casos notificados. En cuanto a la procedencia de los casos, se utilizó la variable “Provincia de carga" que nos permitió consignar la región correspondiente.

Para el cálculo de las tasas de incidencia se utilizaron las proyecciones de población por sexo y grupo de edad elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), correspondientes al período intercensal basado en el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Estas proyecciones permiten una comparación homogénea de las notificaciones entre años y regiones.

Se realizó un análisis de los datos contenidos en el SNVS 2.0, de la notificación agrupada, entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2025 con información actualizada hasta el día 2 de marzo de 2026.

VII.3.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA (2023-2025)

Entre enero de 2023 y diciembre de 2025 se notificaron un total de 137.281 casos de lesiones leves y moderadas por mordedura de perro en el país, al SNVS 2.0.

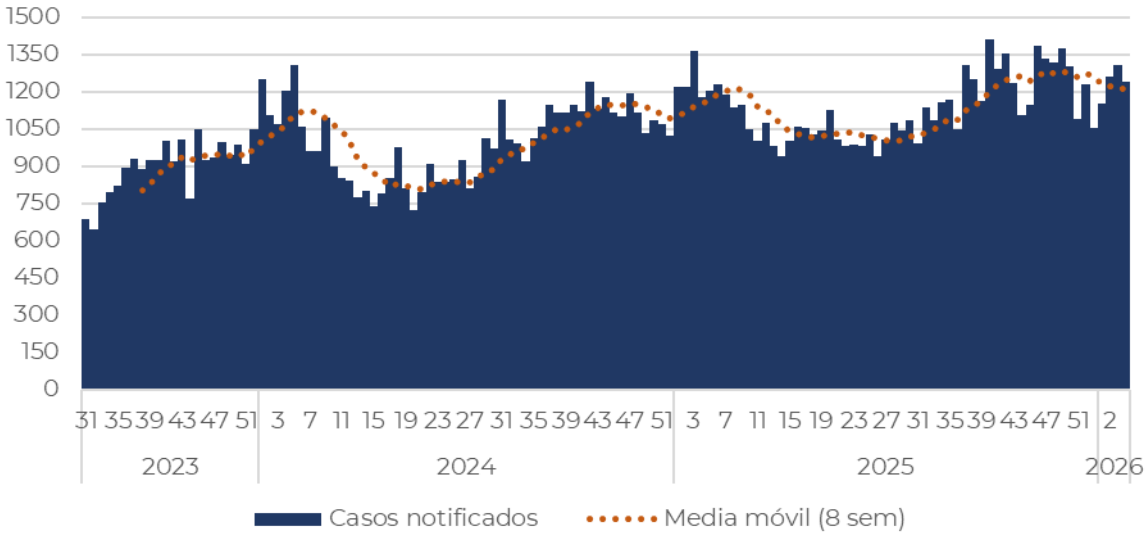
En 2025 se notificaron un total de 60.352 casos, valor que representa más de 2 veces las notificaciones del 2023 (24.958) y un 16% más que en 2024 (51.971). Este aumento podría explicarse tanto por una mayor captación de los casos como por el fortalecimiento progresivo de la implementación de la estrategia de vigilancia en las distintas jurisdicciones del país, como se relata en el apartado anterior.

Evolución temporal de los casos notificados

En el siguiente gráfico se presenta la evolución semanal de los casos notificados de lesiones leves y moderadas por mordedura de perro en Argentina. Con el fin de facilitar la interpretación de la serie, el análisis se inicia a partir de la SE 31/2023, ya que en las semanas previas se observa un menor volumen de notificaciones, en el contexto de la implementación inicial de la estrategia iniciada en mayo de ese año.

Desde entonces, se registra un incremento sostenido en la notificación, con valores superiores a 600 casos semanales. Dado que se trata de un evento de notificación agrupada, se incluyeron los casos notificados hasta la SE 04/2026, contemplando el retraso en la notificación característico de esta modalidad.

Gráfico 3. Casos de lesiones leves y moderadas por mordedura de perro por semana epidemiológica. Argentina, SE 31/2023 a 04/2026. (n= 137.051)



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

Al considerar los casos registrados entre las SE 01 y 09 y entre las SE 35 y 52/53 de 2024 y 2025, se observa que las notificaciones se mantuvieron por encima del promedio semanal anual de cada año (1.106 y 1.139 casos, respectivamente), con leves oscilaciones entre semanas. Estos períodos coinciden con meses de temperaturas más elevadas en gran parte del país, por lo que el comportamiento observado podría ser compatible con un componente estacional en la ocurrencia de las lesiones.

A su vez, durante 2025 se registraron los valores semanales más altos de toda la serie, especialmente en el segundo semestre, lo que sugiere no solo una mayor notificación sino también una consolidación de la vigilancia del evento.

En 2026, hasta la SE 04, se notificaron 4.962 casos de lesiones leves y moderadas por mordedura de perro. Este valor fue similar al registrado en igual período de 2025, cuando se notificaron 4.986 casos. En comparación con el mismo período de 2024, en el que se registraron 4.628 casos, se observa un aumento del 7%. No obstante, la interpretación de las semanas más recientes debe realizarse con cautela, dado el retraso esperado en la carga de eventos de notificación agrupada.

Distribución geográfica y tasas de notificación

En la siguiente tabla se presentan las notificaciones y las tasas cada 100.000 habitantes de lesiones leves y moderadas por mordedura de perro, agrupadas por región y para el total del país, correspondientes a los años 2024 y 2025.

Tabla 1. Casos y tasas cada 100.000 habitantes de lesiones leves y moderadas por mordedura de perro según región y año de ocurrencia. Argentina, SE 01/2024 a 53/2025. (n=112.323)

Región	2024				2025			
	Casos	Tasas	Estab. Notif.	Razón Casos/ estab.	Casos	Tasas	Estab. Notif.	Razón Casos/ estab.
Centro	24.471	80,8	540	45,3	29.668	97,3	589	50,4
Cuyo	5.780	169,2	229	25,2	5.666	164,3	234	24,2
NEA	1.139	26,2	66	17,3	1.847	42,2	87	21,2
NOA	13.047	237,2	277	47,1	15.797	284,2	310	51,0
Sur	7.534	242,8	231	32,6	7.374	234,4	224	32,9
Total País	**51.971**	**111,4**	**1.343**	**38,7**	**60.352**	**128,3**	**1.440**	**41,9**

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

A nivel nacional, las notificaciones aumentaron entre ambos años, con una tasa que pasó de 111,4 por 100.000 habitantes en 2024 a 128,3 en 2025, lo que representa un incremento del 15%. Este aumento se produjo junto con una mayor participación de establecimientos notificantes, que pasaron de 1.343 en 2024 a 1.440 en 2025 (7%). A su vez, la razón de casos por establecimiento también aumentó de 38,7 a 41,9 (7,6%), lo que sugiere que el incremento observado no respondió únicamente a una ampliación de la red notificadora, sino también a una mayor carga de notificación por efector.

En 2024, las tasas más elevadas se observaron en la región Sur (242,8 por 100.000 habitantes) y en el NOA (237,2), ambas por encima de la tasa nacional. En 2025, estas dos regiones continuaron presentando las tasas más altas del país, aunque se modificó su orden relativo: el NOA pasó al primer lugar, con una tasa de 284,2 por 100.000 habitantes, lo que representó un aumento del 20% respecto del año anterior, mientras que la región Sur observó una tasa de 234,4, con un descenso del 3%.

En cuanto a la relación entre casos notificados y establecimientos notificadores, el NOA presentó en 2025 una de las mayores razones de casos por establecimiento notificador, con 51 casos por efector y 310 establecimientos participantes. Este valor representa un aumento del 8,3% respecto de 2024, cuando la razón fue de 47,1. En la región Sur, si bien la tasa también fue elevada, la razón de casos por establecimiento fue considerablemente menor, con 32,9 casos por efector y 224 establecimientos notificantes en 2025. En comparación con 2024, cuando esta razón fue de 32,6, la variación fue de 0,9%, lo que muestra un comportamiento prácticamente estable.

La región de Cuyo presentó tasas relativamente estables entre ambos años, con 169,2 por 100.000 habitantes en 2024 y 164,3 en 2025, lo que representa una variación negativa del 3%. En ambos años, estos valores se ubicaron por encima de la tasa nacional. En cuanto a los establecimientos notificantes, pasaron de 229 en 2024 a 234 en 2025, mientras que la razón de casos por establecimiento descendió de 25,2 a 24,2, con una reducción del 4%.

La región Centro, por su parte, presentó la segunda tasa más baja en los dos años analizados, aunque concentró la mayor cantidad absoluta de casos notificados. Su tasa pasó de 80,8 por 100.000 habitantes en 2024 a 97,3 en 2025, lo que implicó un aumento del 20%.

con 540 en 2024 y 589 en 2025. La razón de casos por establecimiento pasó de 45,3 a 50,4, con un incremento del 11%, lo que indica una mayor carga de notificación por efector.

Finalmente, la región NEA, presentó las tasas más bajas del período, con 26,2 por 100.000 habitantes en 2024 y 42,2 en 2025, manteniéndose por debajo de la tasa nacional en ambos años. Sin embargo, fue la región que mostró la mayor variación porcentual entre 2024 y 2025, con un aumento del 61%, aunque partiendo de valores absolutos y tasas significativamente menores que los observados en las demás regiones. En cuanto a los establecimientos notificantes, pasaron de 173 en 2024 a 190 en 2025. A su vez, la razón de casos por establecimiento aumentó de 17,3 a 21,2, lo que representa un incremento del 22,5%.

Distribución de los casos por tipo de exposición y localización

A continuación, se presentan los casos y las tasas cada 100.000 habitantes de lesiones leves y moderadas por mordedura de perro según tipo de exposición para el período 2024-2025 en Argentina.

Tabla 4. Casos y tasas cada 100.000 habitantes de lesiones leves y moderadas por mordedura de perro según tipo de exposición. Argentina, SE 01/2024-53/2025. (n= 112.323)

Tipo de exposición	2024		2025		Variación %
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	
Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	2.299	4,88	3.518	7,41	52%
Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	7.518	15,97	8.215	17,30	8%
Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	5.632	11,97	6.573	13,85	16%
Lesiones por mordedura de perro sin especificar	36.522	77,59	42.046	88,57	14%
Total general	**51.971**	**110,42**	**60.352**	**127,13**	**15%**

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

A nivel nacional, la tasa de notificación de lesiones leves y moderadas por mordedura de perro aumentó un 15%, al pasar de 110,42 casos por 100.000 habitantes en 2024 a 127,13 en 2025.

Tanto en 2024 como en 2025, la mayor proporción de notificaciones correspondió a las lesiones por mordedura de perro sin especificar el tipo de exposición, con tasas de 77,59 por 100.000 habitantes en 2024 y 88,57 en 2025, lo que representa un aumento del 14% entre ambos años. Esta categoría concentró la mayor carga de notificación del período, lo que indica que una proporción importante de los casos fue notificada sin información suficiente para distinguir el ámbito o las características de la exposición.

En segundo lugar, se ubicaron las lesiones ocasionadas por perro desconocido en la vía pública u otros espacios, con tasas de 15,97 y 17,30 por 100.000 habitantes, respectivamente. Esta categoría fue la que presentó la menor variación porcentual del período, con un incremento del 8%, lo que muestra un comportamiento relativamente estable entre ambos años.

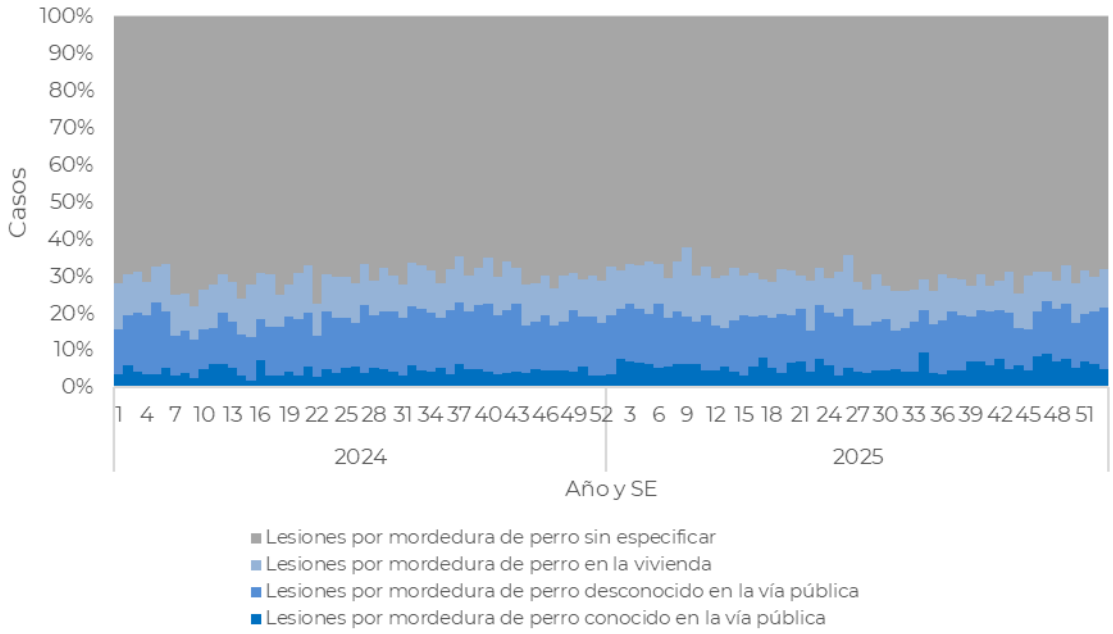
Le siguieron las lesiones por mordedura de perro en la vivienda, con tasas de 11,97 por 100.000 habitantes en 2024 y 13,85 en 2025, lo que implicó un aumento del 16%. Finalmente, las tasas más bajas correspondieron a las lesiones ocasionadas por perro conocido en la vía pública u otros espacios, con 4,88 por 100.000 habitantes en 2024 y 7,41 en 2025. No obstante,

esta categoría mostró la mayor variación porcentual del período analizado, con un incremento del 52% entre ambos años.

En conjunto, estos resultados muestran que, si bien todas las categorías aumentaron entre 2024 y 2025, la persistencia de un elevado volumen de notificaciones sin especificación del tipo de exposición limita una caracterización más precisa de las circunstancias en que ocurren las lesiones. En este sentido, fortalecer la calidad del registro resulta central para mejorar la capacidad analítica de la vigilancia y orientar con mayor precisión las estrategias de prevención.

Para complementar el análisis de las lesiones leves y moderadas según tipo de exposición, a continuación, se presenta la evolución semanal de las notificaciones por categoría para el período 2024-2025.

Gráfico 4. Casos de lesiones leves y moderadas por mordedura de perro por semana epidemiológica y tipo de evento. Argentina, SE 01/2024 a 53/2025. (n=112.323)



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

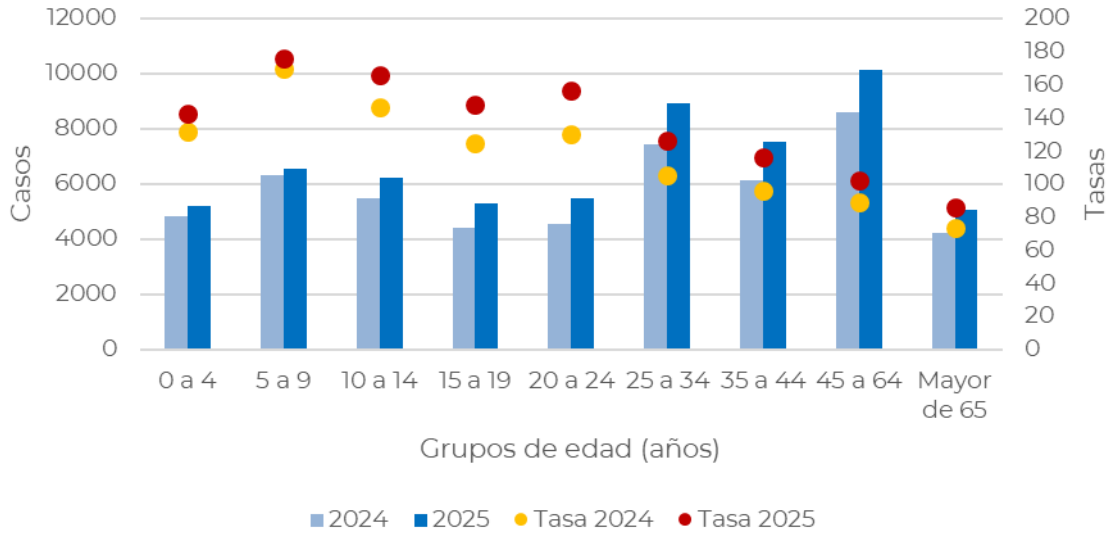
De acuerdo con la clasificación de los casos, durante los dos años analizados predominó de manera sostenida la notificación en el evento "Lesiones por mordedura de perro sin especificar", que concentró 78.568 casos, equivalentes al 70% del total registrado en el país. En segundo lugar, se ubicó el evento "Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública", con 15.733 casos (14%), seguido por "Lesiones por mordedura de perro en la vivienda", con 12.205 casos (11%). Finalmente, el menor volumen de notificaciones correspondió a "Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública", con 5.817 casos, que representaron el 5% del total.

A lo largo de la serie semanal, esta distribución se mantuvo sin cambios sustantivos en el orden de frecuencia de las categorías, aún en un contexto de incremento general de las notificaciones. En este sentido, el aumento observado durante 2024 y 2025 estuvo explicado principalmente por el crecimiento de los registros consignados como "sin especificar", mientras que las restantes categorías acompañaron esa tendencia con magnitudes considerablemente menores. Esta composición de la serie debe ser tenida en cuenta al interpretar la evolución temporal del evento por tipo de exposición.

Análisis según grupos de edad

En el siguiente gráfico se presenta la distribución de los casos y de las tasas cada 100.000 habitantes de lesiones leves y moderadas por mordedura de perro, según grupos de edad, para el período 2024-2025 en Argentina.

Gráfico 5. Casos y tasas cada 100.000 habitantes de lesiones leves y moderadas por mordedura de perro por grupo etario. Argentina, 2024-2025. (n= 112.323)



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

Se observa que, en todos los grupos etarios, las tasas correspondientes a 2025 fueron superiores a las registradas en 2024. No obstante, la distribución por edad mantuvo un patrón similar en ambos años, con tasas más elevadas en los grupos de edad pediátrica y un descenso progresivo a medida que aumenta la edad.

Las tasas más altas se concentraron en la población menor de 15 años. En ambos años, el grupo de 5 a 9 años presentó la mayor tasa por 100.000 habitantes, con 169,5 en 2024 y 176,1 en 2025, lo que representa un aumento del 4%. Le siguió el grupo de 10 a 14 años, con tasas de 146,8 y 165,6, respectivamente, que muestran un incremento del 13%. En tercer lugar, se ubicó el grupo de 0 a 4 años, con tasas de 131,6 en 2024 y 142,8 en 2025, lo que implicó un aumento del 9%.

VII.4. Recomendaciones para el equipo de salud

VII.4.A. MEDIDAS PREVENTIVAS

- Educación a la comunidad en relación a la vinculación y tenencia responsable de animales.
- Identificación de los animales y vinculación con sus dueños.
- Control poblacional quirúrgico.
- Identificar grupos de riesgo y realizar tareas específicas de capacitación y prevención.
- Captura de animales en situación de calle articulado con mecanismos de adopción por tenedores responsables por parte de Áreas de Zoonosis.

VII.4.B. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

Coordinar las acciones de seguimiento de la persona lesionada y del agente agresor.

VII.5. Vigilancia epidemiológica

VII.5.A. DEFINICIONES DE CASO

Toda persona que presenta una lesión por mordedura de perro en cualquier parte del cuerpo.

A esta definición general de caso se le aplica una clasificación que va a determinar la modalidad de notificación:

- Deberán notificarse todas las lesiones leves y moderadas en la modalidad numérica semanal, del componente de vigilancia clínica.
- Deberán notificarse en la modalidad nominal toda lesión por mordedura de perro grave (que requiera internación).

Se clasifica a la lesión, al momento del primer examen médico, según el tipo de servicio provisto en:

- Leve a moderada: toda lesión por mordedura de perro, tratada de manera ambulatoria.
- Grave: toda lesión por mordedura de perro que requiera internación hospitalaria.

Ficha de notificación:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/20230515_ficha_epidemiologica_lesiones_por_mordedura_de_perro_1742024.pdf

ALERTAS Y COMUNICACIONES **INTERNACIONALES**

VIII. 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).

VIII.1. Sarampión - Situación epidemiológica mundial y regional

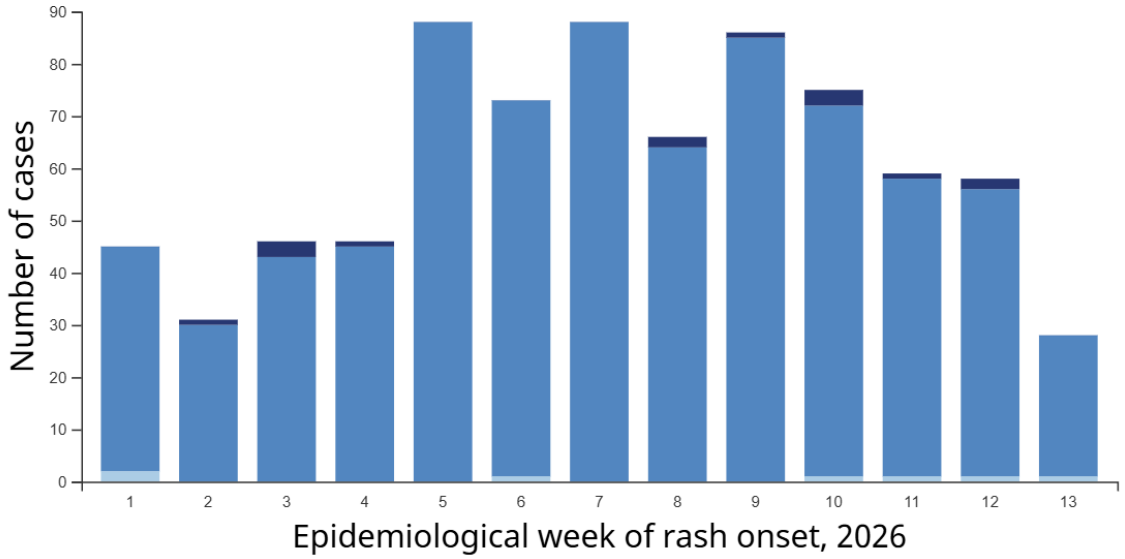
VIII.1.A. CANADÁ[25]

En 2026, se han notificado un total de 789 casos de sarampión (724 confirmados, 65 probables) en 7 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Escocia, Ontario, Quebec y Saskatchewan), hasta el 4 de abril del 2026.

En la semana 13 (del 29 marzo al 4 de abril del 2026), se notificaron 56 nuevos casos de sarampión (53 confirmados y 3 probables).

[25] 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=789)



VIII.1.B. COSTA RICA[26]

El miércoles 15 de abril del 2026 el Ministerio de Salud de Costa Rica informó sobre el cuarto caso de sarampión importado en el país, cuyos resultados fueron emitidos por la CCSS y confirmados por el laboratorio del Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA).

Se trata de un masculino de 35 años de nacionalidad costarricense, vecino de Cartago, con historial de viaje reciente a Guatemala y que está evolucionando satisfactoriamente, sin presentar complicaciones.

El personal del Ministerio de Salud y la CCSS abordó el caso, realizando las acciones epidemiológicas respectivas y brindando las recomendaciones a los familiares y contactos directos.

En Costa Rica el último caso endémico de sarampión se registró en 1999. En este 2026 se han registrado un total de tres casos importados o asociados a la importación, uno en Pérez Zeledón, otro caso en Pococí de Limón y un tercer caso en Coronado.

VIII.1.C. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA[27]

Al 16 de abril de 2026, se notificaron 1.748 casos confirmados de sarampión en los Estados Unidos durante 2026. De estos, 1.738 casos fueron reportados por 33 jurisdicciones: Alaska, Arizona, California, Colorado, Florida, Georgia, Idaho, Illinois, Kentucky, Maine, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Missouri, Montana, 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 10 casos de sarampión en visitantes internacionales a los Estados Unidos.

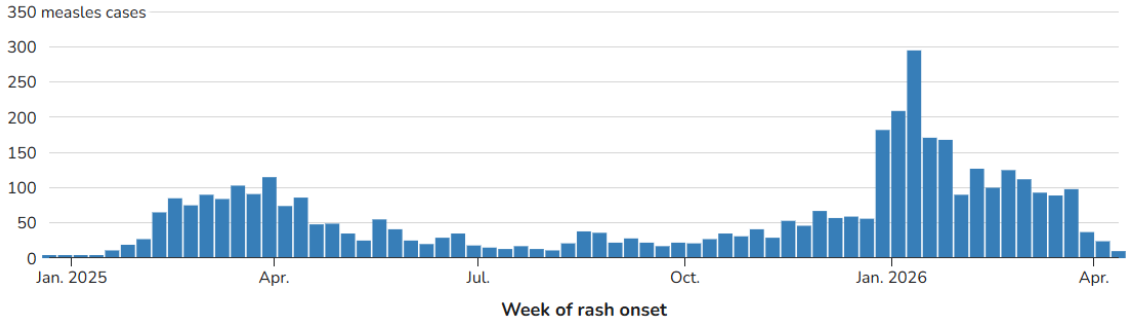
[26] https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/67-noticias-2026/2410-salud-confirma-un-cuarto-caso-de-sarampion-sin-complicaciones
[27] https://www.cdc.gov/measles/data-research/

Se han notificado 19 nuevos brotes en 2026, y el 94% de los casos confirmados (1.637 de 1.748) están asociados a brotes (388 correspondientes a brotes en 2026 y 1.249 a brotes que comenzaron en 2025).

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

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

Figura 1. Casos semanales de sarampión según la fecha de inicio del exantema. 2025-2026 (hasta 16/04/26).



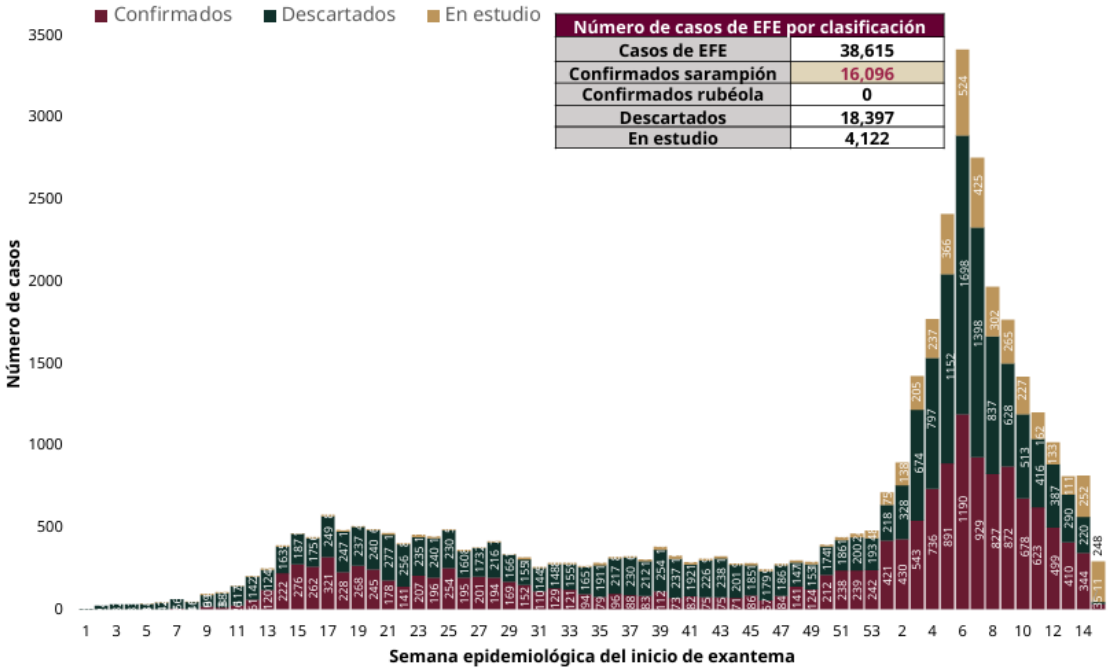
VIII.1.D. MÉXICO[28]

Al 16 de abril, se han reportado 16.096 casos confirmados de sarampión acumulados desde el comienzo del brote. El grupo de edad más afectado es de 1 a 4 años (2.084 casos), seguido del grupo el de 25 a 29 años (1.876 casos) y por último el de 5 a 9 años (1.836 casos).

Se han reportado 36 fallecimientos a la fecha.

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

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

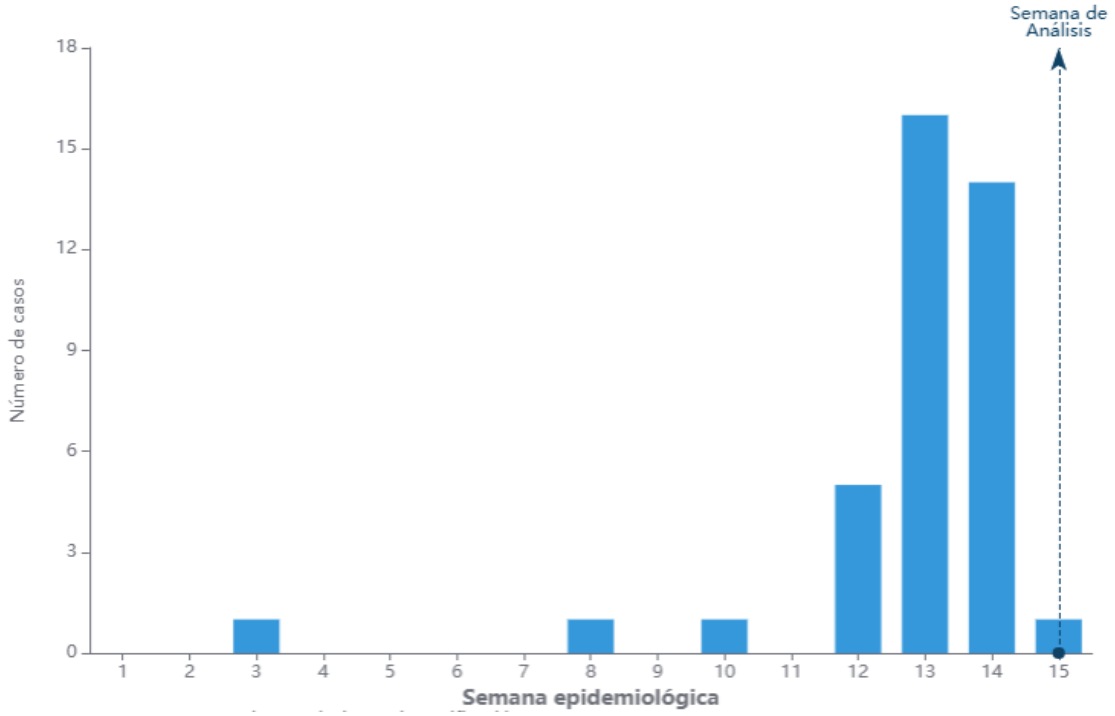


Fuente: SSA/DGE/DVEET/Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Febril Exantemática.

VIII.1.E. PERÚ[29]

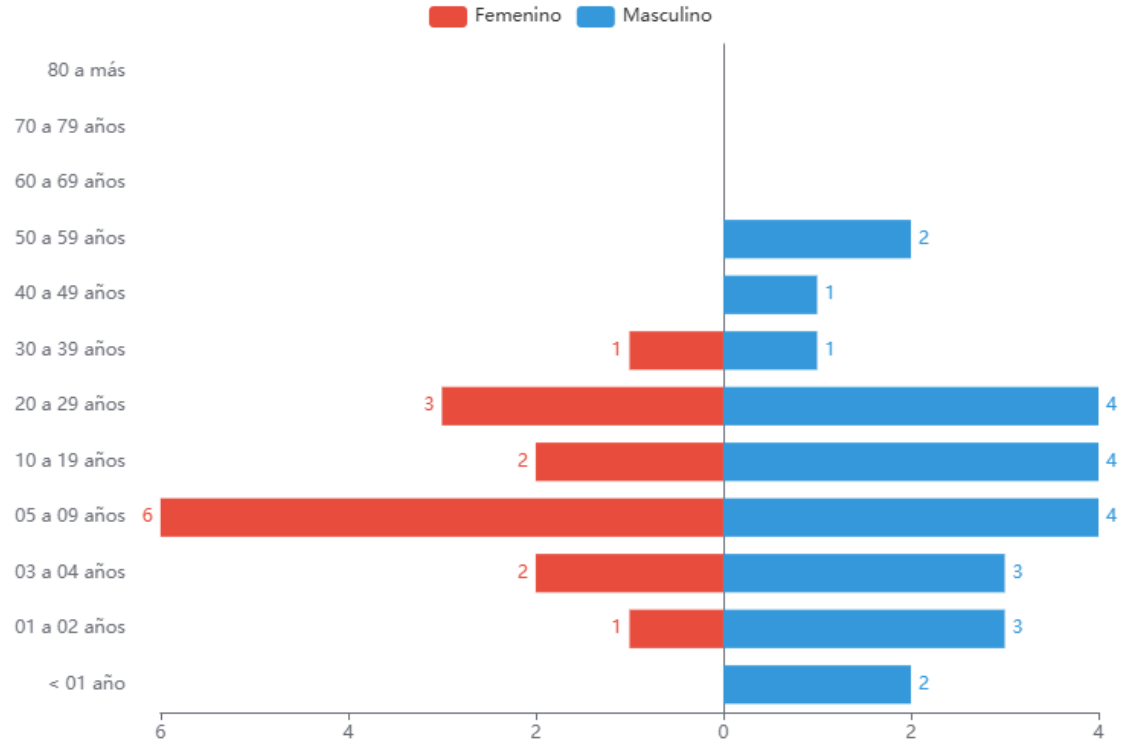
Al 16/04/2026 la República del Perú cuenta con 39 casos confirmados correspondientes al año 20026. No se registran fallecimientos a la fecha.

Figura 1. Notificación de casos confirmados de sarampión-rubeola, 2026 (n=39)



[29] https://app7.dge.gob.pe/maps2/shiny_SYR_web/

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



VIII.2. Influenza Aviar A(H0N2) – Italia

Recibido a través del CNE el 10/04/2026

El 21 de marzo de 2026, el Punto Focal Nacional del RSI para Italia notificó a la OMS la identificación de un caso humano de gripe aviar A(H9) en un hombre adulto.

El paciente había estado en Senegal durante más de seis meses y viajó a Italia a mediados de marzo. Al llegar, acudió al servicio de urgencias con fiebre y tos persistente.

El 16 de marzo se recogió una muestra de lavado broncoalveolar, que dio positivo para *Mycobacterium tuberculosis*, así como detección de un virus de influenza A no subtipificable. El paciente fue colocado en una sala de aislamiento con presión negativa y precauciones por vía aérea. Fue tratado con medicación antituberculosa y el antiviral oseltamivir. Para el 9 de abril, su estado era estable y en mejoría.

El 20 de marzo, un laboratorio regional de referencia identificó el subtipo A(H9), y el 21 de marzo, la secuenciación de nueva generación confirmó influenza A(H9N2). Los hallazgos genéticos iniciales sugieren que la infección probablemente fue adquirida a partir de una fuente aviar vinculada a Senegal. Se enviaron muestras adicionales al Centro Nacional de Influenza de Italia, donde una caracterización adicional confirmó el subtipo Influenza A(H9N2), con estrecha similitud genética con cepas previamente identificadas en aves de corral en Senegal.

No se identificó exposición directa a animales, vida silvestre ni entornos rurales. Tampoco se reportó contacto con casos humanos sintomáticos o confirmados. Las investigaciones epidemiológicas adicionales sobre la fuente de exposición continúan.

Los contactos identificados en Senegal no presentaron síntomas. Todos los contactos identificados y rastreados en Italia dieron negativo para influenza y completaron el período

de monitoreo activo para la aparición de síntomas y la cuarentena requerida por las directrices nacionales. También recibieron oseltamivir como medida preventiva.

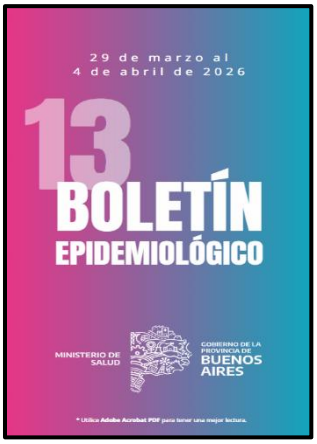
Fuente: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON597

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

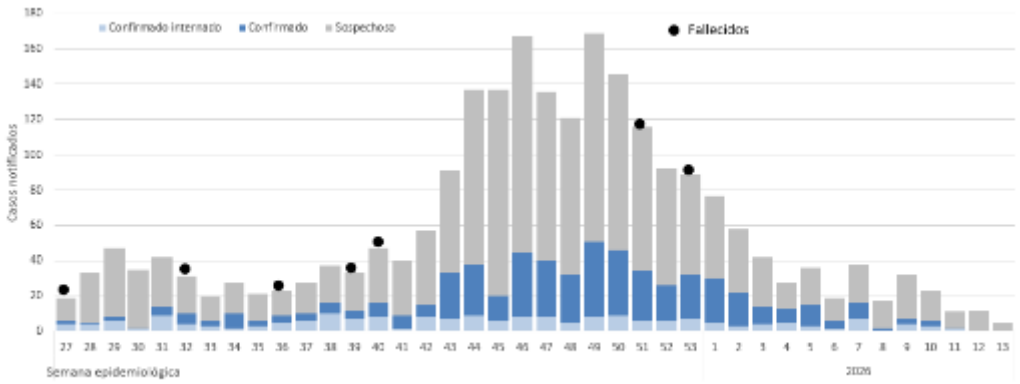
IX. Boletines Jurisdiccionales

IX.1. Buenos Aires: Coqueluche

Durante el año 2025 y hasta la semana epidemiológica (SE) 13 de 2026 (4 de abril), se notificaron 2.715 casos sospechosos de coqueluche, de los cuales 758 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 13). n=2.715



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:

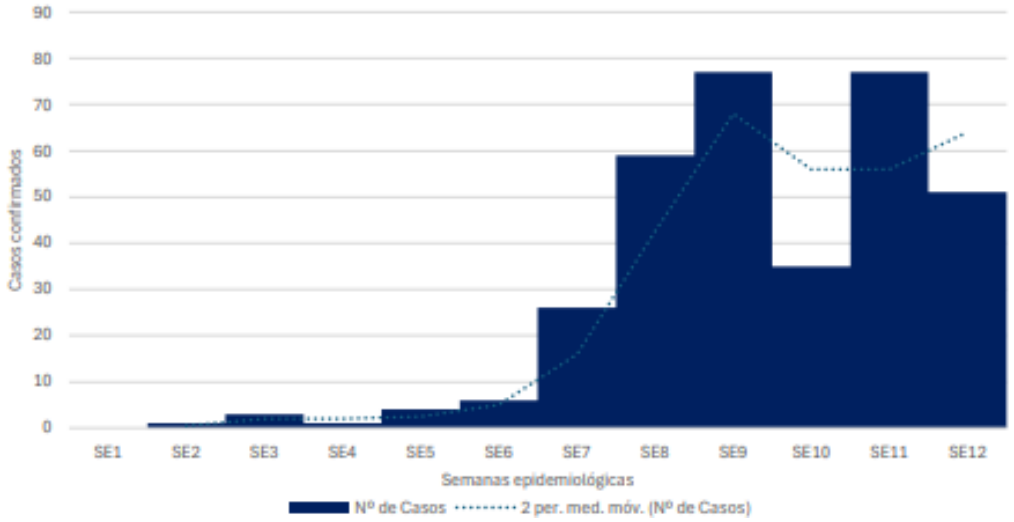
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

IX.2. Salta: Chikungunya

En la Provincia de Salta hasta la SE 12, se notificaron 339 casos confirmados tomando como referencia los resultados de las determinaciones de laboratorio para fiebre chikungunya. El primer caso se confirmó en la SE 2, varón de 16 años, residente en Rosario de la Frontera. Presentó antecedente de viaje a Santa Cruz de la Sierra (Bolivia).



Chikungunya: casos confirmados por semana epidemiológica. (se 1 hasta se 12). Año 2026. Provincia de salta (n=339).



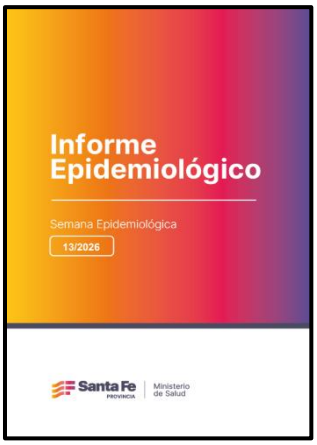
Fuente: Elaboración propia del Prog. de Sala de Situación de la D.G.C.E. en base a información proveniente de SNVS 2.0

Para más información:

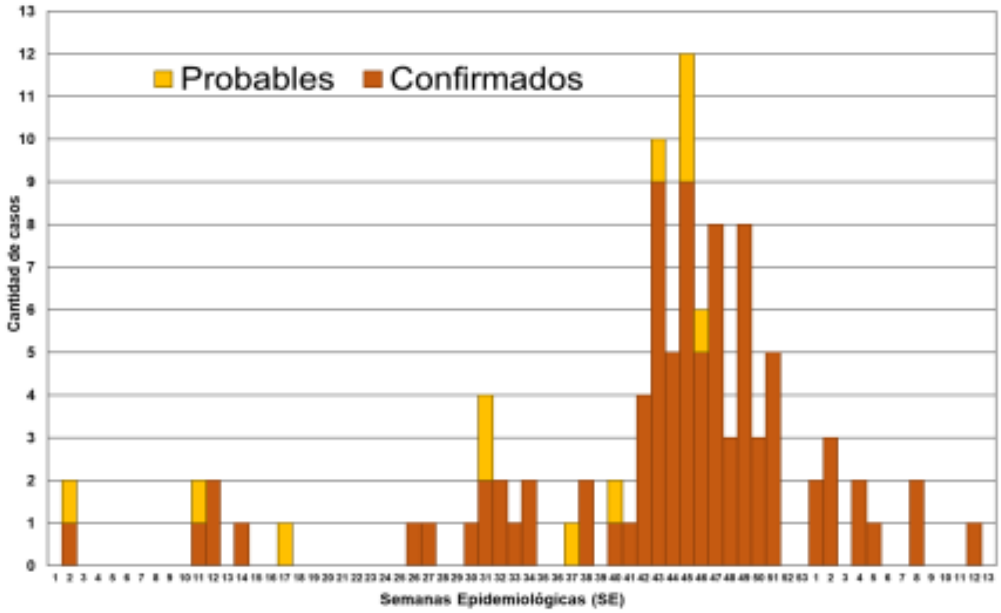
http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/

IX.3. Santa Fe: Coqueluche

Los casos confirmados en lo que va del 2026 (n= 11) corresponden a: seis casos Posneonato (29 hasta 365 días), dos casos del grupo de edad de 13 a 24 meses, dos casos de 2 a 4 años y un caso de 10 a 14 años.



Distribución de casos confirmados (n= 89) y probables (n= 12) de Coqueluche según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE 1/2025 a SE 13/2026. Período 2025-2026. N= 101.



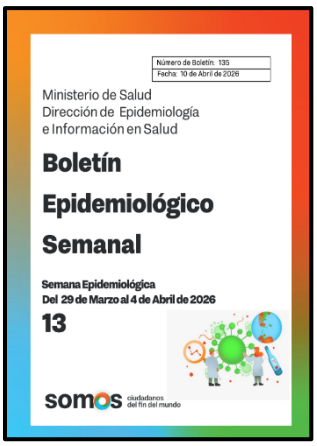
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

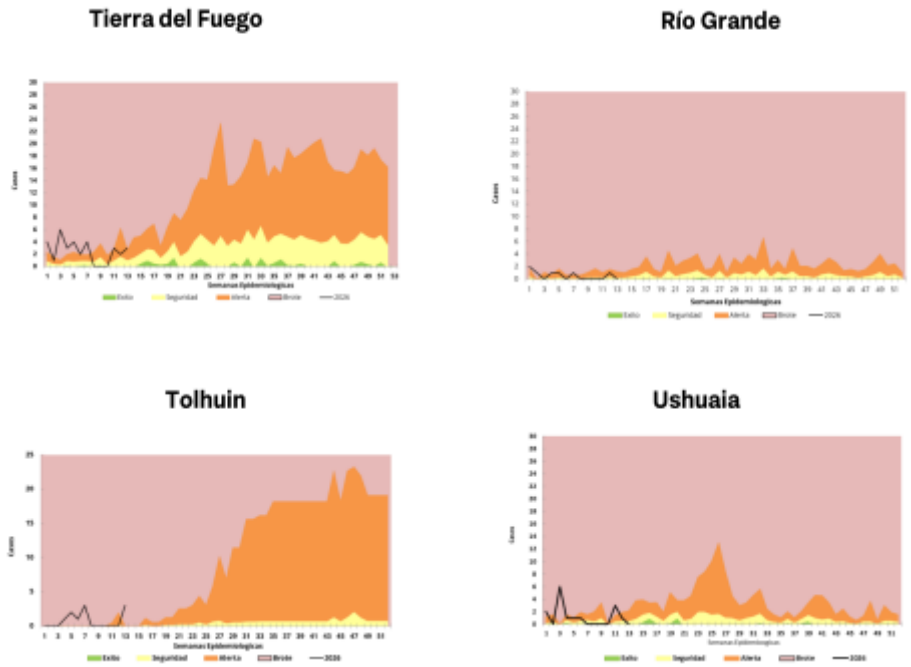
Para más información:

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

IX.4. Tierra del Fuego: Varicela

La incidencia de Varicela a nivel provincial se encuentra en zona de alerta, debido a un aumento de casos en la localidad de Tolhuin.





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

Para más información:

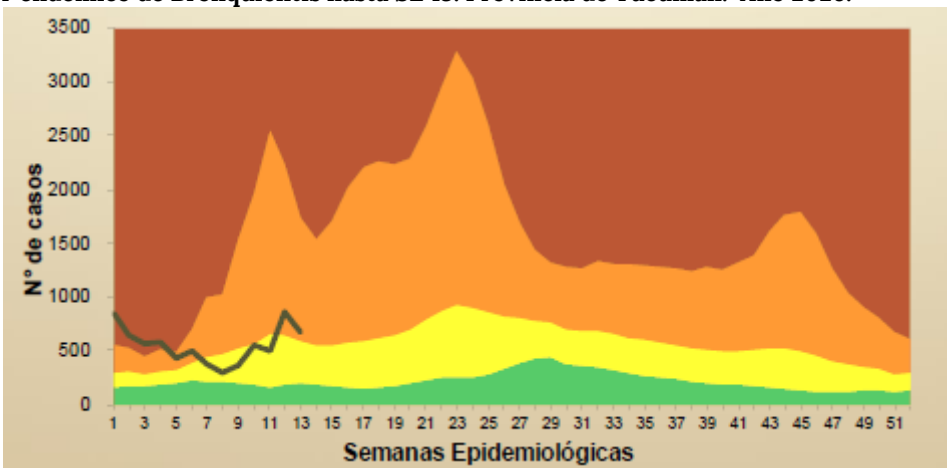
https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/

IX.5. Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años

La bronquiolitis es un síndrome clínico caracterizado por afectar la vía aérea inferior. Tiene una significativa morbilidad, afectando principalmente a niños menores de 2 años, con una mayor incidencia entre los 3 y 6 meses. En la semana 13 se notificaron 129 casos.



Corredor endémico de Bronquiolitis hasta SE 13. Provincia de Tucumán. Año 2026.



Fuente: SNVS – Dirección de Epidemiología

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS
PARA VIGILANCIA

X. 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 **abril** 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**
Abril	Listerioris	Laboratorio	Técnica	Se adiciona la técnica “FT-IR”, para la técnica “Detección de serogrupo”

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



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

Duración: 30 horas

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

XII. Curso Vigilancia y notificación de Dengue



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

Duración: 30 horas

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