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



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **810**

Semana epidemiológica 20
AÑO 2026
Desde 24/05 al 30/05
Fecha de publicación
1/06/2026

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA

MINISTERIO DE SALUD
REPÚBLICA ARGENTINA

AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Dr. Javier Gerardo MILEI

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Mario Iván LUGONES

Secretario de Gestión Sanitaria

Dr. Saúl FLORES

Subsecretaria de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas en Salud

Dra. María Susana AZURMENDI

Directora de Epidemiología

Vet. Cecilia GONZALEZ LEBRERO

Sobre la autoría del boletín

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

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

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

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

Informe especial Vigilancia ambiental de los virus de la Hepatitis A y E en aguas residuales del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA)
Del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán": Servicio de Hepatitis Virales: Paula A. Vazquez, Yanina Miranda Arias, Nancy R. Altabert, María Laura Minassian; Servicio de Gastroenteritis Virales: Karina A. Gomes, Cristian Barrios Mathieur; Departamento de Virología: Juan A. Stupka; Departamento de Epidemiología: Carlos M. Giovacchini; Fernanda Martin Aragón. Dirección INEI: Daniel M. Cisterna.
De AySA: Laboratorio Central: Alejandro Branca, Paula Mayon, Lorena Coronel y Gilda Chiera; Gerencia de Calidad: Javier de Bruno, Vanesa Carbone, Sebastián Alcantara; Dirección: Verónica Borro.

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

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

Agradecimientos

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

Imagen de tapa

Además de las acciones de prevención para la formación de criaderos del *Aedes aegypti*, también es importante prevenir las picaduras del mosquito. Para ello: Utilizar repelentes ambientales como tabletas (interior) y espirales (exterior). Foto tomada de banco de imágenes del Ministerio de Salud de La Nación.

Cómo citar este boletín

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2026). Boletín Epidemiológico Nacional N°810, SE 20.

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 una actualización de la situación sanitaria nacional a la SE actual, integrando eventos priorizados, actualizaciones periódicas, alertas epidemiológicas nacionales e internacionales, boletines jurisdiccionales y herramientas para el fortalecimiento de la vigilancia.

El boletín inicia con la actualización de la tabla de eventos de notificación obligatoria seleccionados, orientada a consolidar una lectura más sistemática, comparable y oportuna de los eventos priorizados. Esta sección refuerza su utilidad como herramienta de análisis y retroalimentación para los distintos niveles del sistema de vigilancia.

Dentro de los eventos priorizados, se incluyen las actualizaciones sobre dengue y otros arbovirus, con información sobre la situación regional, la estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada 2025-2026 y la situación de dengue, fiebre chikungunya y otros arbovirus en Argentina. Asimismo, se presenta la actualización de infecciones respiratorias agudas, que reúne información de vigilancia epidemiológica y laboratorial, datos de caracterización genómica de influenza, y recomendaciones para la prevención, el control, la vacunación antigripal y el tratamiento antiviral.

La edición incluye además un informe especial. Los resultados de la vigilancia ambiental de los virus de la hepatitis A y E en aguas residuales del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), aportando evidencia sobre el potencial de esta estrategia para complementar la vigilancia epidemiológica.

A su vez, en la Actualización periódica de eventos, se continúa presentado la situación actualizada de hantavirosis, con información sobre la situación nacional y el seguimiento de un brote internacional asociado a un crucero.

En la sección de alertas y comunicaciones internacionales se actualiza la situación epidemiológica del sarampión en distintos países de la región y se presenta información sobre la enfermedad por virus del Ébola causada por el virus Bundibugyo en la República Democrática del Congo. La edición se completa con contenidos destacados de boletines jurisdiccionales, información sobre la Reunión Bienal de la Red de Programas de Epidemiología de Campo de América del Sur (REDSUR), actualizaciones en codificaciones auxiliares del SNVS 2.0 y recursos destinados al fortalecimiento de las capacidades de vigilancia.

En conjunto, este BEN ofrece información actualizada para el seguimiento de eventos de notificación obligatoria, la retroalimentación de los equipos de vigilancia y el acompañamiento de los procesos de análisis y toma de decisiones en salud pública.

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 dengue y otros arbovirus **14**
IV.1. Situación regional 14
IV.2. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026 15
IV.2.A. Nota metodológica 15
IV.3. Situación de dengue en Argentina 17
IV.3.A. Temporada 2025/2026 17
IV.3.B. Distribución espacial de los casos de dengue durante la temporada. 18
IV.3.C. Casos Probables 18
IV.3.D. Caracterización clínica de los casos de dengue 19
IV.3.E. Consideraciones para la vigilancia por laboratorio 19
IV.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina 20
IV.4.A. Caracterización clínica de los casos de chikungunya. 23
IV.5. Situación epidemiología de otros Arbovirus en Argentina 24
IV.5.A. Encefalitis arbovirales 24
IV.5.B. Otros arbovirus 26
V. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas **29**
V.1. Nota Metodológica 29
V.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 29
V.3. Síntesis de la información nacional destacada 29
V.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados 30
V.4.A. Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI 30
V.4.B. Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave -IRAG 33
V.1. Subtipificación y caracterización genómica de Influenza en el Laboratorio Nacional de Referencia 36
V.1.A. Nota metodológica 36
V.1.B. SECUENCIACION GENOMICA DE INFLUENZA A(h3n2) 2025-2026 36
V.1.C. caracaterización de casos de influenza recibidos en el lnr desde se1 a se 18/2026. 38
V.2. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas 42
V.2.A. Recomendaciones para equipos de salud 42
V.3. Vigilancia epidemiológica 42
V.4. Recomendaciones para la población 44
V.5. Vacunación antigripal 44
V.6. Tratamiento antiviral 45

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS **47**
VI. Hantavirosis – Actualización informe epidemiológico **48**
VI.1. Introducción 48
VI.2. Situación epidemiológica nacional 49
VI.2.A. Nota metodológica 49
VI.2.B. situación epidemiológica 49
VI.2.C. Sobre las acciones del ministerio de salud de la nación 59
VI.3. Situación internacional: Brote relacionado con un crucero 60
VI.3.A. EPIDEMIOLOGÍA 60
VI.3.B. Acciones desarrolladas alrededor del brote de Hantavirosis en buque internacional. 60

INFORMES ESPECIALES **62**

VII. Vigilancia ambiental de los virus de la Hepatitis A y E en aguas residuales del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) **63**

VII.1. La vigilancia ambiental a través de aguas residuales 63
VII.2. Vigilancia de los virus de la hepatitis A y E en aguas residuales 64
VII.3. Nota Metodológica 64
VII.4. Resultados 66
VII.4.A. Positividad acumulada de HAV y HEV por planta depuradora 66
VII.4.B. Detección temporal de HAV y HEV por mes 68
VII.4.C. Detección de HAV y HEV por planta depuradora y por mes 69
VII.4.D. Caracterización molecular de los virus detectados 70
VII.5. Conclusiones 70

ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES **72**

VIII. Introducción **73**

VIII.1. Sarampión - Situación epidemiológica regional 74
VIII.1.A. Canadá 74
VIII.1.B. Estados Unidos de América 74
VIII.1.C. GuatemalA 75
VIII.1.D. México3F 75
VIII.1.E. perú3F 76
VIII.2. Enfermedad por el virus del Ébola causada por el virus Bundibugyo - República Democrática del Congo 78

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES **81**

IX. Boletines Jurisdiccionales **82**

IX.1. Buenos Aires: Infecciones respiratorias agudas (IRA) 82
IX.2. Salta: Chinkungunya 83
IX.3. Santa Fe: Psitacosis 84
IX.4. Tierra del Fuego: Varicela 85
IX.5. Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años 86

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA **87**

X. Reunión Bienal de la Red de Programas de Epidemiología de Campo de América del Sur (REDSUR) **88**
XI. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 **90**
XII. Herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud. 9° Edición **91**
XIII. Curso Vigilancia y notificación de Dengue **92**

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.

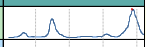
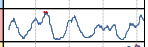
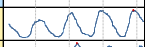
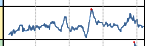
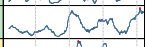
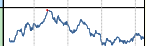
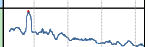
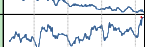
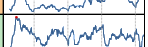
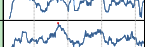
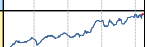
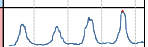
III.3. Utilidad para la vigilancia epidemiológica

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 20 de 2026.

Grupo	Evento	Mediana Acumulado 2022-2025	Acumulado 2026 SE20	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)	74	297	Por encima de lo esp.	Por debajo 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	278	304	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Poliomielitis - PAF <15 y otros sosp. de polio.	0	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Enf. trans. por vectores	Chagas agudo vectorial	0	2	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Enf. trans. por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	32	10	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	64	81	En aumento	Por encima de lo esp.	
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	5420	7890	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	191	163	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	87	84	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo)	4	5	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Cisticercosis	3	4	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Escorpionismo o Alacranismo	2735	3439	En aumento	Dentro de lo esp.	
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	361	470	En aumento	Dentro de lo esp.	
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	25	19	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	5	7	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Brucelosis	47	46	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Hantavirosis	28	44	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Leptospirosis	78	127	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Psitacosis	65	61	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
Grupo	**Evento**	**Mediana Acumulado 2022-2025**	**Acumulado 2026 SE20**	**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	16	11	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Sífilis Congénita	306	362	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Hepatitis B - Expuesto a la trans. vertical	0	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en embarazadas	526	467	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Sífilis en embarazadas	3122	4177	En aumento	Por debajo de lo esp.	
	Hepatitis B en embarazadas	18	4	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Hepatitis virales	Hepatitis A	17	44	Por encima de lo esp.	En aumento	
	Hepatitis B	203	237	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Hepatitis C	399	433	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Hepatitis E	2	4	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Infecc. de trans. sexual	Sífilis en población general	9810	17702	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
Infecc. Resp. agudas	Legionelosis	11	11	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	505	494	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	7	7	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Plag. de uso agrícola	4	3	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intoxicación/Exposición a Plag. de uso doméstico	15	25	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intoxicación/Exposición a Plomo	4	2	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Monóxido de Carbono	198	389	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	2739	4680	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Intento de Suicidio con resultado mortal	132	208	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	3522	3922	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	

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

EVENTOS **PRIORIZADOS**

IV. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

IV.1. Situación regional

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)[1] y el ARBO-portal[2] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 28/05/2026 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la semana epidemiológica (SE) 20 de 2026 se notificaron 850.783 casos de dengue, de los cuales 197.719 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa una disminución del 84% respecto a la misma semana de 2025. Asimismo, se reportaron 153 fallecimientos. En cuanto a chikungunya, se reportaron un total de 78.686 casos. De ellos, 28.627 fueron confirmados por laboratorio, lo que implica una disminución del 64% respecto de los confirmados en la misma semana de 2025. Se registraron 27 fallecimientos para este evento. Respecto al zika, hasta la SE 17, se registraron 4.626 casos, de los cuales 251 fueron confirmados. En comparación con la misma semana epidemiológica de 2025, los casos confirmados registraron una disminución del 77%. No se registraron fallecimientos para este evento. En relación con Oropouche, hasta la SE 15/2026 se confirmaron 10 casos por laboratorio, en comparación con los 9.477 casos reportados en el mismo período de 2025, sin registrarse defunciones para el año en curso.

Bolivia: hasta la SE 19/2026, se han reportado un total de 49.152 casos de dengue, de los cuales 517 fueron confirmados por laboratorio. Estos últimos presentan una disminución del 53% respecto a la misma semana del año anterior. Se registró un fallecimiento para este evento. En cuanto a chikungunya, se notificaron 39.501 casos, de los cuales 10.628 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa una cantidad de casos 15 veces superior a la registrada para la misma semana epidemiológica de 2025, con 7 fallecimientos asociados. Asimismo, se notificaron 1.395 casos de zika; no obstante, no se confirmaron casos por laboratorio para este evento.

Paraguay: hasta la SE 19/2026 se registraron un total de 8.002 casos de dengue, sin fallecimientos asociados. De ellos, 203 casos fueron confirmados por laboratorio, lo que implica un 81% menos que en la misma semana de 2025. Respecto de chikungunya, se notificaron 15 casos confirmados por laboratorio, un valor similar al registrado para la misma semana de 2025, sin fallecimientos reportados. En cuanto al zika, no se notificaron casos para el año en curso.

Perú: hasta la SE 19/2026 se reportaron un total de 22.148 casos de dengue, de los cuales 15.344 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa una disminución del 37% respecto a la misma semana del año anterior. Se registraron 25 fallecimientos para este evento. Con relación a chikungunya, hasta la SE 18/2026 se notificaron 5 casos; no obstante, no se registraron casos confirmados por laboratorio, situación similar a la observada el año anterior. Respecto al zika, hasta la SE 18/2026 se notificaron 12 casos, sin confirmación por laboratorio para este evento.

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

[2] 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[3].

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

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

IV.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).

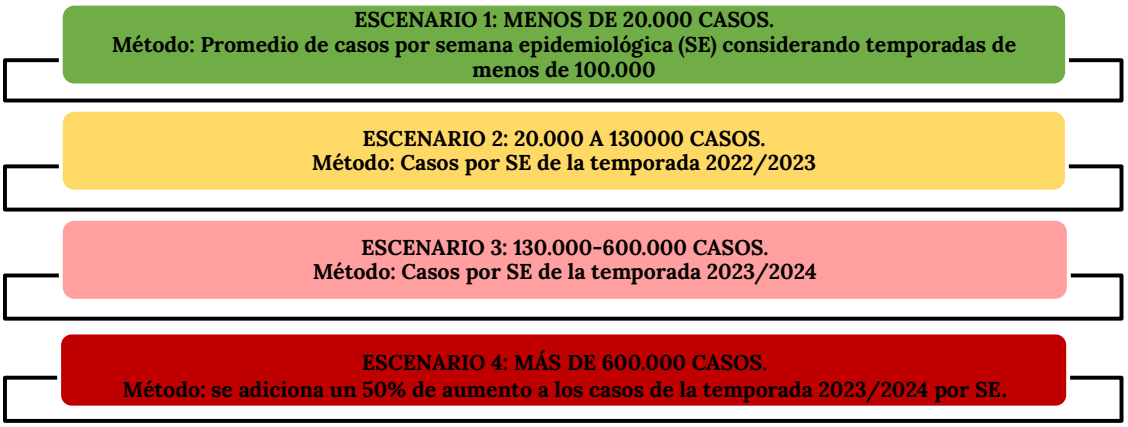
- **Escenario 1 (<20.000 casos):** se calculó a partir del promedio de casos semanales correspondientes a temporadas históricas con más de 1000 y menos de 100.000 casos de dengue, lo que refleja períodos de baja circulación viral y brotes de alcance limitado.
- **Escenario 2 (20.000 a 130.000 casos):**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

[3] 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.

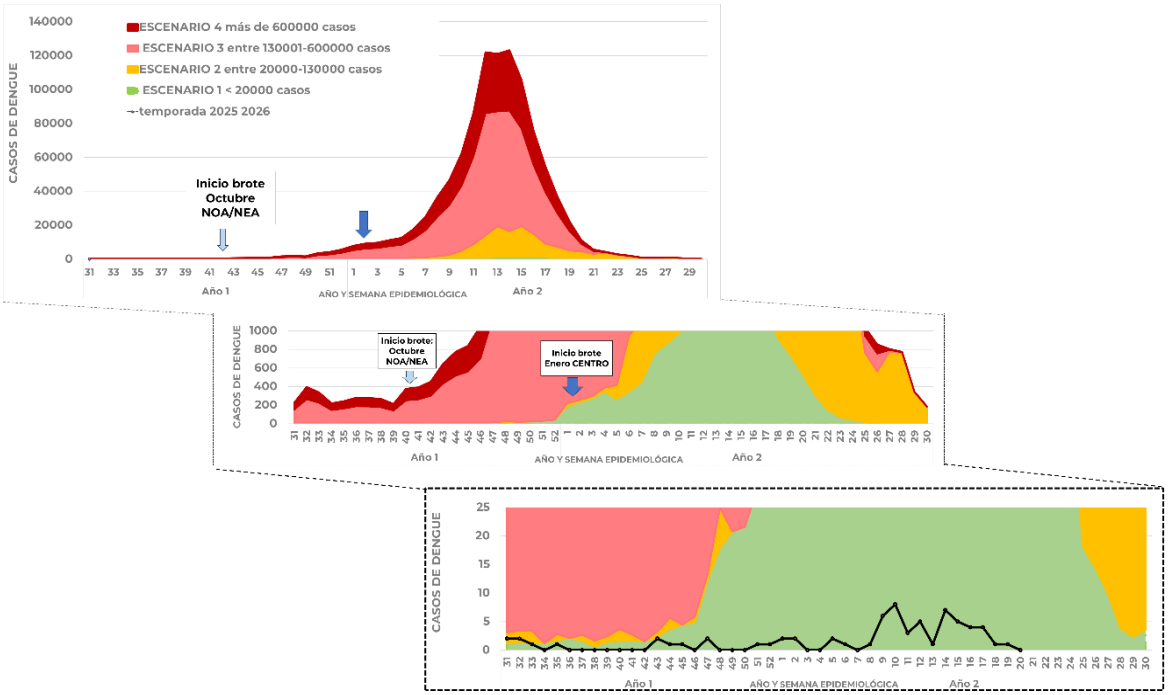
En el último gráfico (detalle en zoom) se presentan los casos de la temporada 2025-2026 y su representación en el modelo de escenarios estimados. Estos registros iniciales permiten dimensionar el inicio de la temporada y anticipar su evolución en comparación con temporadas previas. Por el momento, la 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=66). 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)

IV.3. Situación de dengue en Argentina

IV.3.A. TEMPORADA 2025/2026

De acuerdo con la fecha mínima[4], desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) **26.042** casos sospechosos de dengue, de los cuales **66** fueron confirmados por laboratorio detectándose la circulación de DENV 1, 2 y 3. El **59%** corresponden a casos **sin** antecedente de viaje (Tabla 1)

Según la fecha de apertura del evento (fecha de notificación al SNVS 2.0), en la SE 20/2026 se notificaron **419** casos sospechosos sin casos confirmados. Es importante destacar que estos eventos pueden corresponder a semanas epidemiológicas previas en relación con la fecha de inicio de síntomas, de consulta o de toma de muestra.

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE20/2026. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Serotipos detectados	Con lab. negativo	Sosp. (sin laboratorio)	Total notificados	Total casos de dengue
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.					
Buenos Aires	11	60	5	10	DENV-1, 2	1382	380	1848	16
CABA	21	25	9	3	DENV-1, 2, 3	444	195	697	30
Córdoba	3	34	2	0	DENV-2	2634	131	2804	5
Entre Ríos	0	4	4	1	DENV-3	322	6	337	4
Santa Fe	0	27	2	2	DENV-3	1246	74	1351	2
Total Centro	**35**	**150**	**22**	**16**		**6028**	**786**	**7037**	**57**
Mendoza	0	0	2	1	DENV-3	136	3	142	2
San Juan	0	0	0	0		42	0	42	0
San Luis	0	0	0	0		82	18	100	0
Total Cuyo	**0**	**0**	**2**	**1**		**260**	**21**	**284**	**2**
Chaco	0	9	0	0		971	7	987	0
Corrientes	0	1	0	0	DENV-1	152	40	193	0
Formosa	2	3	1	0	DENV-2	5020	40	5066	3
Misiones	0	4	1	0		806	1	812	1
Total NEA	**2**	**17**	**2**	**0**		**6949**	**88**	**7058**	**4**
Catamarca	1	6	0	0	DENV-2	467	4	478	1
Jujuy	1	3	1	0		1358	51	1414	2
La Rioja	0	6	0	0		251	3	260	0
Salta	0	32	0	0		2956	1130	4118	0
S. del Estero	0	8	0	0		288	549	845	0
Tucumán	0	113	0	1		4137	102	4353	0
Total NOA	**2**	**168**	**1**	**1**		**9457**	**1839**	**11468**	**3**
Chubut	0	0	0	0		15	2	17	0
La Pampa	0	0	0	2		85	9	96	0
Neuquén	0	0	0	0		26	3	29	0
Río Negro	0	0	0	0		4	0	4	0
Santa Cruz	0	0	0	0		31	3	34	0
T. del Fuego	0	0	0	0		15	0	15	0
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**2**		**176**	**17**	**195**	**0**
Total País	**39**	**335**	**27**	**20**	**DENV-1,2,3**	**22870**	**2751**	**26042**	**66**

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).

[4]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).

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

- **Tres** casos autóctonos en **Formosa**: un caso con residencia en el departamento Pilagás y un caso en el departamento Patiño. Durante la **SE15** se notificó un nuevo caso con antecedente de viaje a Paraguay y cuyo serotipo detectado fue **DENV-2.**
- **Dieciséis** casos de la **Provincia de Buenos Aires**: once sin antecedente de viaje en **Tres de Febrero**, José C. Paz, San Isidro, Cañuelas, Morón, La Matanza, San Nicolas; cinco con antecedente de viaje a Paraguay, México, Indonesia y Brasil.
- **Treinta** casos notificados en **CABA**: Veintiún casos sin antecedente de viaje, registrándose un clúster en la Comuna 10 (Villa Real) entre la SE9-SE17. El resto de los casos tienen residencia en comuna 7, 9 y 1. Además, se notificaron nueve casos con antecedente de viaje a Brasil (DENV-3), Sri Lanka (DENV-3), Pakistán, México (DENV-3) y Venezuela.
- **Cinco** casos notificados por **Córdoba:** dos casos con antecedente de viaje a México y tres casos sin antecedente de viaje en Córdoba Capital, San Justo y Colón.
- **Un** caso notificado por **Catamarca** sin antecedente de viaje, del departamento Ancasti (DENV-2).
- **Cuatro** casos notificados por **Entre Ríos** con antecedente de viaje a Cuba, Brasil (DENV-3), República Dominicana y Colombia (DENV-3).
- **Dos** casos notificados por **Mendoza** con antecedente de viaje a México (DENV-3) y Brasil y Maldivas.
- **Dos** casos notificados por **Santa Fe** con antecedente de viaje a Maldivas (DENV-3), del departamento de San Cristóbal.
- **Dos** casos notificados por **Jujuy:** uno con antecedente de viaje a Bolivia y otro (SE19) sin antecedente de viaje aún en investigación, ambos en departamento El Carmen (Perico). En ambos se detectó **DENV-3**.
- **Un** caso notificado por **Misiones** con antecedente de viaje a República Dominicana.

IV.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.

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

La mediana de edad fue de 39 años. El grupo etario con mayor proporción de casos correspondió a personas de 45 a 65 años, seguido por los grupos de 35 a 44 años y de 25 a 34 años. El 58% de los casos notificados corresponde al sexo legal femenino.

De los 66 casos confirmados de dengue, 57 cuentan con información completa con respecto a la evolución clínica. Diez casos (15%) requirieron hospitalización, sin necesidad de ingreso a cuidados intensivos; uno de ellos fue clasificado como dengue con signos de alarma (B2) en la SE 16. Se trató de un caso de 50 años, con residencia en Villa Real (CABA), confirmado por laboratorio mediante detección de DENV-2, permaneció un día en unidad de cuidados intermedios y luego fue dado de alta. En el 63% de los casos que requirieron internación (n=7) se determinó el serotipo DENV-2. No se han notificado casos graves ni fallecimientos.

IV.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.

IV.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina

Durante la temporada en curso se notificaron **12.184** casos sospechosos de Fiebre Chikungunya, de los cuales 2547 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.

Si se compara la SE20 con la SE 19, se notificaron 160 casos de Fiebre Chikungunya de los cuales **43** casos corresponden a la SE20 por fecha mínima[5]. 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.

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 SE20/2026. Argentina.

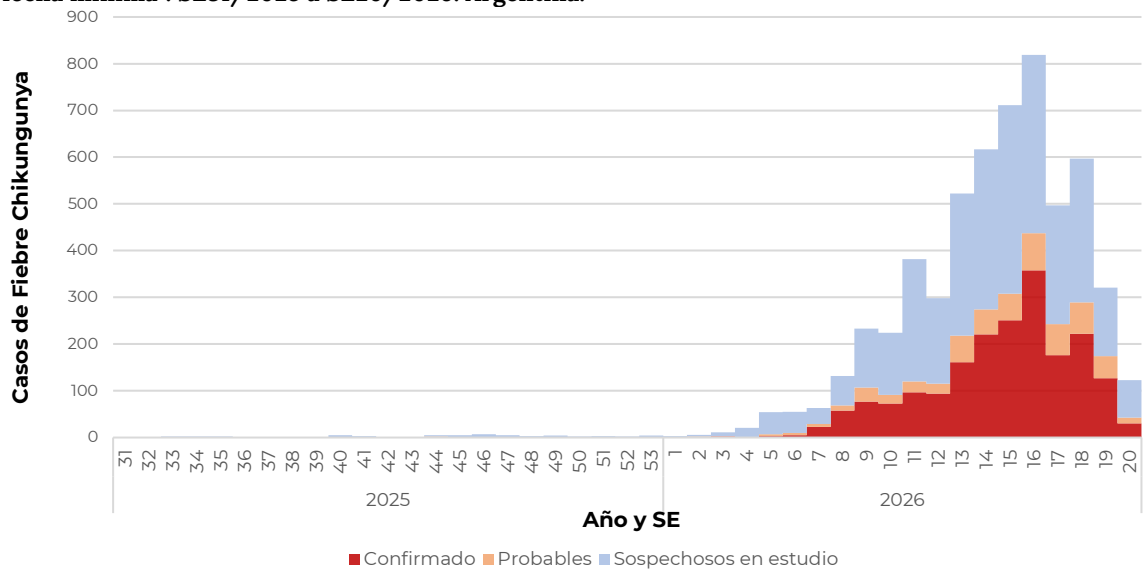
Jurisdicción	Sin antecedente de viaje		Con antecedente de viaje		Con laboratorio negativo	Sosp. (sin laboratorio)	Sosp. en estudio	Total notificados	Total casos de Chikungunya
	Conf. labo.	Prob.	Conf. labo.	Prob.					
Buenos Aires	12	22	6	6	140	15	16	217	46
CABA	5	1	4	3	14	9	6	42	13
Córdoba	27	5	2	2	1860	8	15	1919	36
Entre Ríos	5	0	0	0	33	2	5	45	5
Santa Fe	0	0	0	1	286	5	2	294	1
Total Centro	**49**	**28**	**12**	**12**	**2333**	**39**	**44**	**2517**	**101**
Mendoza	0	0	0	0	23	0	1	24	0
San Juan	0	0	0	0	2	0	0	2	0
San Luis	0	0	2	0	16	0	0	18	2
Total Cuyo	**0**	**0**	**2**	**0**	**41**	**0**	**1**	**44**	**2**
Chaco	0	2	0	0	214	0	0	216	2
Corrientes	0	0	0	0	2	0	1	3	0
Formosa	0	0	0	0	160	0	1	161	0
Misiones	0	0	0	0	59	2	0	61	0
Total NEA	**0**	**2**	**0**	**0**	**435**	**2**	**2**	**441**	**2**
Catamarca	13	11	0	0	214	0	31	269	24
Jujuy	121	72	3	1	813	115	7	1132	197
La Rioja	0	0	0	0	72	0	1	73	0
Salta	932	274	107	16	376	1472	691	3868	1329
S. del Estero	185	45	0	0	117	133	11	491	230
Tucumán	560	101	0	0	168	85	2415	3329	661
Total NOA	**1811**	**503**	**110**	**17**	**1760**	**1805**	**3156**	**9162**	**2441**
Chubut	0	0	0	0	2	0	0	2	0
La Pampa	0	0	0	0	4	0	0	4	0
Neuquén	0	0	0	1	0	2	1	4	1
Río Negro	0	0	0	0	2	0	0	2	0
Santa Cruz	0	0	0	0	4	0	1	5	0
T. del Fuego	0	0	0	0	0	0	3	3	0
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**1**	**12**	**2**	**5**	**20**	**1**
Total País	**1860**	**533**	**124**	**30**	**4581**	**1848**	**3208**	**12184**	**2547**

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

[5]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).

El análisis integrado de la curva temporal y la distribución por jurisdicción muestra una dinámica en aumento de Fiebre Chikungunya en Argentina, con un incremento franco de las notificaciones a partir de las primeras semanas epidemiológicas de 2026 **(Ver gráfico 3).** En el gráfico se observa una aceleración sostenida de los casos hasta la SE16, 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. Luego del pico de casos en la SE16 (N=430), se observa un descenso progresivo, tanto de casos confirmados como probables y en estudio. Se observan además 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[6]. SE31/2025 a SE20/2026. Argentina.

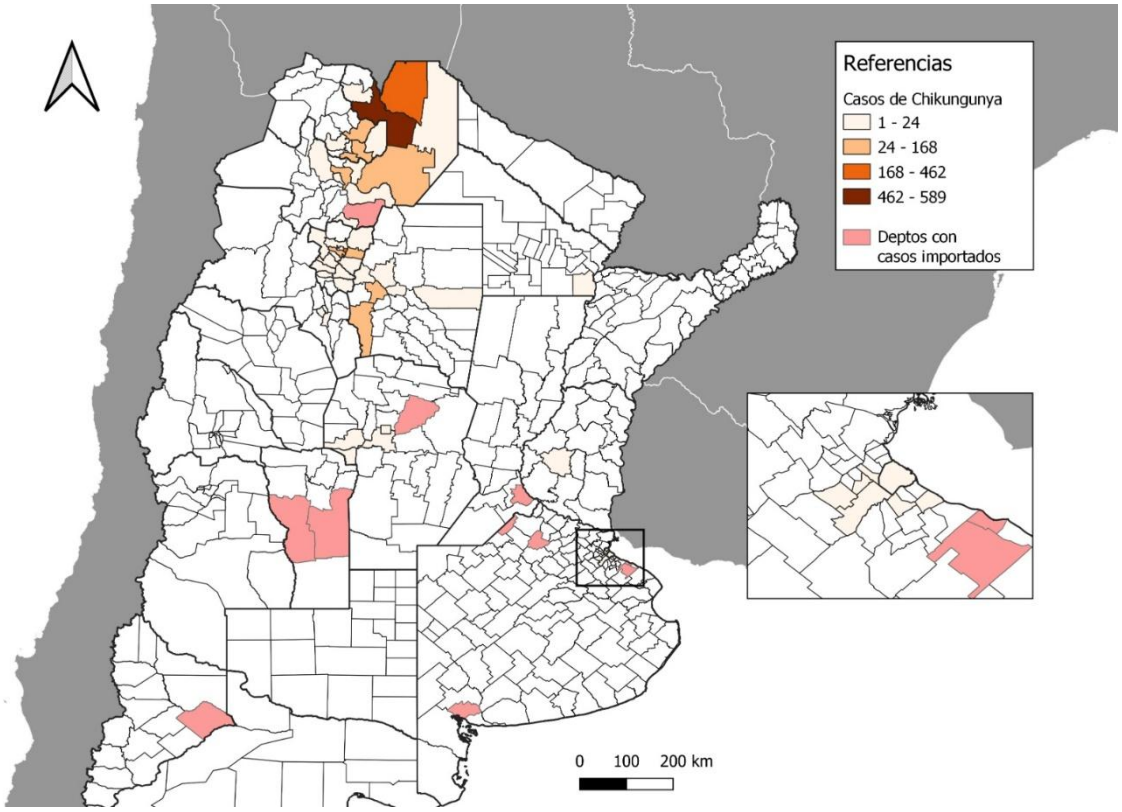


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

En cuanto a la distribución espacial, la mayor carga de enfermedad se concentra en la región **NOA** (n=2441; 96% del total) con predominio en **Salta, Tucumán y Jujuy**, donde se consolidan los principales focos de transmisión. En paralelo, se registran brotes en otras jurisdicciones como Catamarca (Capital), Santiago del Estero (Capital) y Buenos Aires (Lomas de Zamora, Merlo, Quilmes) junto con la detección de los primeros casos en CABA y Córdoba (**Ver mapa 1**), lo que evidencia la expansión reciente del evento fuera de las áreas inicialmente afectadas.

[6]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 SE20/2026. 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).

IV.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 **25 a 34** años y de 35 a 44 años. El 54% de los casos corresponde a sexo legal femenino.

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

Del total de casos, 1566 cuentan con información sobre requerimiento de internación (si/no), de los cuales el 10% (n=155) requirió hospitalización.

Asimismo, se notificaron cinco casos graves de Fiebre Chikungunya, incluidos dos fallecidos.

Uno de los casos graves correspondió a una mujer de 33 años, residente en Salta Capital, que presentó encefalitis asociada a infección por CHIKV con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica. Evolucionó favorablemente y fue externada sin secuelas. Otro caso grave correspondió a una lactante de 4 meses, residente del departamento Choya, Santiago del Estero, que cursó un cuadro de fiebre y exantema maculopapular pruriginoso, con posterior deterioro clínico y requerimiento de cuidados intensivos y asistencia respiratoria mecánica; evolucionó favorablemente y se encuentra de alta médica sin secuelas. Durante la SE19, se notificó un caso grave confirmado de CHIKV en un paciente de 81 años, residente en San Miguel de Tucumán, con antecedentes de hipertensión arterial, que presentó fiebre, cefalea, mialgias, artralgias y oligoanuria, requiriendo internación. El diagnóstico se confirmó mediante RT-PCR positiva para CHIKV.

Respecto de los fallecidos, uno correspondió a un adulto de 68 años, residente en Embarcación, Salta, con inicio de síntomas el 27 de marzo, que evolucionó con fiebre, cefalea, náuseas, diarrea, mialgias y artralgias intensas, presentando posteriormente compromiso respiratorio asociado a neumonía por *Streptococcus pneumoniae*. Falleció el 4 de abril en un establecimiento de mayor complejidad de San Ramón de la Nueva Orán.

El segundo fallecido correspondió a un paciente masculino de 34 años, residente en Aguaray, departamento General José de San Martín, Salta, con antecedente de diabetes descompensada, que inició síntomas el 29 de abril con fiebre, artralgias, mialgias, cefalea y exantema maculopapular pruriginoso. Requirió internación y posterior ingreso a cuidados intensivos, evolucionando con shock séptico e insuficiencia respiratoria, y falleciendo el 10 de mayo. Los estudios de laboratorio evidenciaron IgM positiva para CHIKV.

IV.5. Situación epidemiología de otros Arbovirus en Argentina

IV.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 **446** 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 **seis** casos de Encefalitis de San Luis: 5 en Provincia de Buenos Aires y 1 en Entre Ríos.

Confirmados y probables Flavivirus sin especificar

Para el mismo período, se notificaron **14** 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.

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.

Los casos corresponden a las jurisdicciones: **Buenos Aires**, Córdoba, Santa Fe, Entre Ríos y Jujuy.

Casos de Encefalitis en Provincia de Buenos Aires

Durante la SE19, se confirmaron 2 nuevos casos de Encefalitis de San Luis, que previamente habían sido notificados como *confirmados flavivirus sin especificar* y, luego de las determinaciones finales, se confirmó el diagnóstico.

En total, hay 5 casos confirmados de Encefalitis de San Luis y 7 casos confirmados/2 probables flavivirus sin especificar. Los **14** casos residen en: **Tres de Febrero, La Plata, Florencio Varela, Lobos, Cañuelas, Brandsen, Bragado, Arrecifes, 25 de Mayo y Ezeiza**[7]. Los casos iniciaron con síntomas entre SE3 y SE15 (fines de enero y principio de abril). La mediana de edad de 16 años (rango: 0–61 años) y sin diferencia entre sexos. Seis 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.

Fiebre del Nilo Occidental

Durante la presente temporada se investigaron **118** 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.

En la siguiente tabla, se presenta la situación epidemiológica de las Encefalitis Arbovirales correspondientes a la nueva temporada 2025-2026 (SE31/2025 a SE20/2026).

Tabla 4. Número de muestras estudiadas y positivas con y sin antecedente de viaje para Encefalitis Arbovirales. SE31/2025 a SE20/2026. Argentina.

Encefalitis por Arbovirus						
Evento	Encefalitis de San Luis		Fiebre del Nilo		Flavivirus s/e	
Jurisdicción	Confirmado	Estudiados	Confirmado	Estudiados	Probable	Confirmado
Buenos Aires	5	47	1	38	2	7
CABA	0	6	0	4	0	0
Córdoba	0	319	0	6	1	1
Entre Ríos	1	15	0	5	0	0
Santa Fe	0	23	0	16	2	0
Total Centro	**6**	**410**	**1**	**69**	**5**	**8**
Mendoza	0	2	0	0	0	0
San Juan	0	4	0	0	0	0
San Luis	0	7	0	6	0	0
Total Cuyo	**0**	**13**	**0**	**6**	**0**	**0**
Chaco	0	0	0	0	0	0
Corrientes	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	0	0	0	0	0
Misiones	0	1	0	4	0	0
Total NEA	**0**	**1**	**0**	**4**	**0**	**0**
Catamarca	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	8	0	31	1	0
La Rioja	0	2	0	0	0	0
Salta	0	1	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	7	0	3	0	0
Tucumán	0	1	0	4	0	0
Total NOA	**0**	**19**	**0**	**38**	**1**	**0**
Chubut	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	2	0	1	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	1	0	0	0	0
Total Sur	**0**	**3**	**0**	**1**	**0**	**0**
Total País	**6**	**446**	**1**	**118**	**6**	**8**

Pos: positivas / Est: estudiadas

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

IV.5.B. OTROS ARBOVIRUS

En la siguiente tabla, se presenta la situación epidemiológica de otros Arbovirus: Fiebre de Oropouche, Enfermedad por Virus Zika y Fiebre Amarilla correspondientes a la nueva temporada 2025-2026 (SE31/2025 a SE20/2026).

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 SE20/2026. Argentina.

Evento	Fiebre de Oropouche		Enfermedad por virus Zika		Fiebre amarilla	
Jurisdicción	Positivos	Estudiados	Positivos	Estudiados	Positivos	Estudiados
Buenos Aires	0	97	0	47	0	15
CABA	0	11	0	6	0	0
Córdoba	0	103	0	64	0	1
Entre Ríos	0	9	0	3	0	2
Santa Fe	0	174	0	40	0	10
Total Centro	**0**	**394**	**0**	**160**	**0**	**28**
Mendoza	0	26	0	3	0	0
San Juan	0	0	0	1	0	0
San Luis	0	5	0	10	0	0
Total Cuyo	**0**	**31**	**0**	**14**	**0**	**0**
Chaco	0	87	0	157	0	2
Corrientes	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	29	0	38	0	0
Misiones	0	4	0	49	0	8
Total NEA	**0**	**120**	**0**	**244**	**0**	**10**
Catamarca	0	2	0	0	0	0
Jujuy	0	35	0	132	0	0
La Rioja	0	10	0	47	0	9
Salta	0	270	0	953	0	0
Santiago del Estero	0	4	0	213	0	1
Tucumán	0	217	0	23	0	72
Total NOA	**0**	**538**	**0**	**1368**	**0**	**82**
Chubut	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	1	0	0
Río Negro	0	1	0	0	0	0
Santa Cruz	0	3	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	1	0	0	0	0
Total Sur	**0**	**5**	**0**	**1**	**0**	**0**
Total País	**0**	**1088**	**0**	**1787**	**0**	**120**

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 **1088** 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 **1787** 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 **120** 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.

V. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

V.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.

V.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios[8]

En la SE 17 de 2026, la actividad de virus respiratorios en la Región de las Américas consolida el patrón de transición estacional inter-hemisférica ya observado en las semanas previas, con divergencia cada vez más marcada entre hemisferios. América del Norte, el Caribe y Centroamérica continúan su descenso post-pico hacia la línea de base interestacional, mientras Brasil y el Cono Sur intensifican su tendencia ascendente de inicio de temporada, siendo Argentina el país que muestra el ascenso más marcado de la región durante el periodo de reporte. La Subregión Andina muestra señales mixtas con descenso agregado, pero divergencia creciente entre los diferentes países, y un repunte temprano notable de VRS. A(H3N2) se mantiene como el subtipo predominante en la mayoría de las subregiones del Hemisferio Sur, mientras que en América del Norte continúa el predominio de influenza B que ha caracterizado el fin de temporada 2025–2026. El SARS-CoV-2 mantiene su descenso generalizado sin señal de resurgimiento en ninguna subregión. De igual manera, la carga de IRAG y ETI desciende en el Hemisferio Norte, mientras los indicadores empiezan a indicar un incremento en el Cono Sur.

V.3. Síntesis de la información nacional destacada

En relación a la vigilancia de eventos clínicos, los casos de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) y neumonía presentan un ascenso en las últimas semanas, que alcanzaron niveles de brote en SE11. Las bronquiolitis en menores de 2 años permanecen en niveles esperados.

En la vigilancia centinela ambulatoria (Unidades de Monitoreo Ambulatorio de Virus Respiratorios - UMA), durante 2026 se observa a partir de la SE12 un incremento en el número de casos de influenza y en el porcentaje de positividad, con 31,6% de las muestras positivas en la SE19. En relación con SARS-CoV-2, en las últimas semanas los casos se mantienen en niveles bajos, luego del ascenso registrado durante 2025. Respecto del VSR, se registran detecciones aisladas, con 3 casos positivos identificados en lo que va de 2026.

En relación con la vigilancia centinela de casos hospitalizados por infección respiratoria aguda grave (UC-IRAG), en las primeras 18 SE de 2026 se registraron 2.243 internaciones, con tendencia ascendente a partir de la SE11, en coincidencia temporal con el aumento de casos positivos de influenza A(H3N2). En las últimas cuatro semanas analizadas se observó

[8] 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

un predominio de detecciones de influenza, con 185 casos positivos entre los 870 casos de IRAG estudiados, seguida en frecuencia por VSR (n=28) y SARS-CoV-2 (n=1).

En 2026, las detecciones de influenza se mantuvieron estables hasta la SE9. A partir de la SE 10 se registra un aumento, tanto en el número de casos, como en el porcentaje de positividad. Predomina A(H3N2), que comenzó su circulación en las últimas SE de 2025. Las detecciones de VSR continúan en valores bajos. En relación con SARS-CoV-2, se observó un aumento gradual de las detecciones a partir de la SE34 de 2025, acentuado entre las SE42 y SE46, seguido de un descenso posterior, continuando en niveles bajos en lo que va de 2026.

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

Entre las personas internadas, predominan las detecciones de influenza, con un incremento tanto en el número de casos como en el porcentaje de positividad desde la SE 12. Las detecciones de SARS-CoV-2 se mantienen estables, mientras que las de VSR muestran un leve aumento a partir de la SE 13. En la presente semana no se registraron fallecimientos con diagnóstico de SARS-CoV-2. En lo que va del año, se notificaron 10 fallecimientos con diagnóstico de influenza.

V.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados

V.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.[9]

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

Durante 2025, en los establecimientos UMA se detectaron 467 casos de **SARS-CoV-2** en 6.078 muestras analizadas mediante técnica molecular. A partir de la SE34 se observó un ligero incremento en el número de casos y en el porcentaje de positividad, alcanzando el valor máximo en la SE45 (26,4%). En lo que va de 2026, tras el incremento registrado durante 2025, las detecciones de este virus se mantienen en niveles bajos, con 1 caso positivo en la última semana analizada, entre las 65 muestras procesadas.

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

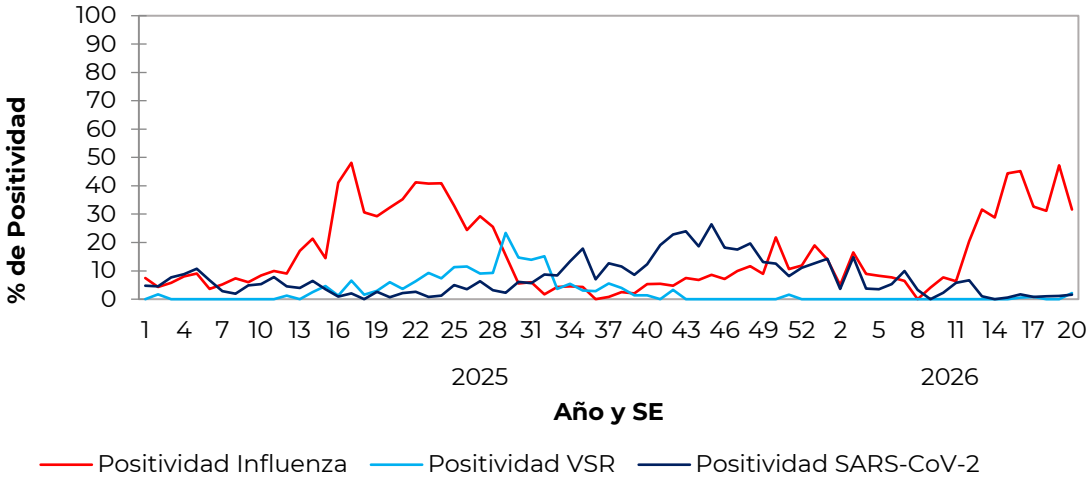
En lo que va de 2026, se observa un incremento tanto en el número de casos como en el porcentaje de positividad en la vigilancia ambulatoria a partir de la SE12, a expensas de

[9] 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 sin subtipificar y del subtipo A (H3N2). En las SE19 y 20 de 2026 se notificaron 84 casos de influenza entre las 203 muestras estudiadas en UMA. El porcentaje de positividad en la última semana analizada fue de 31,5%.

En cuanto al **VSR**, durante 2025 se registraron 195 muestras positivas entre las 4.165 muestras estudiadas, con un porcentaje de positividad acumulado de 4,68%. En la vigilancia UMA se observó un incremento en las detecciones y en el porcentaje de positividad, que alcanzó su valor máximo en la SE29, seguido de una tendencia descendente en las semanas posteriores. En lo que va de 2026, las detecciones se registran de manera aislada, con 3 casos positivos de VSR entre las 1.518 muestras estudiadas.

Gráfico 1. Porcentaje de positividad de muestras estudiadas por técnica molecular para SARS-CoV-2, influenza y VSR, por SE. Estrategia UMA. SE1/2025 a SE20/2026. Argentina.

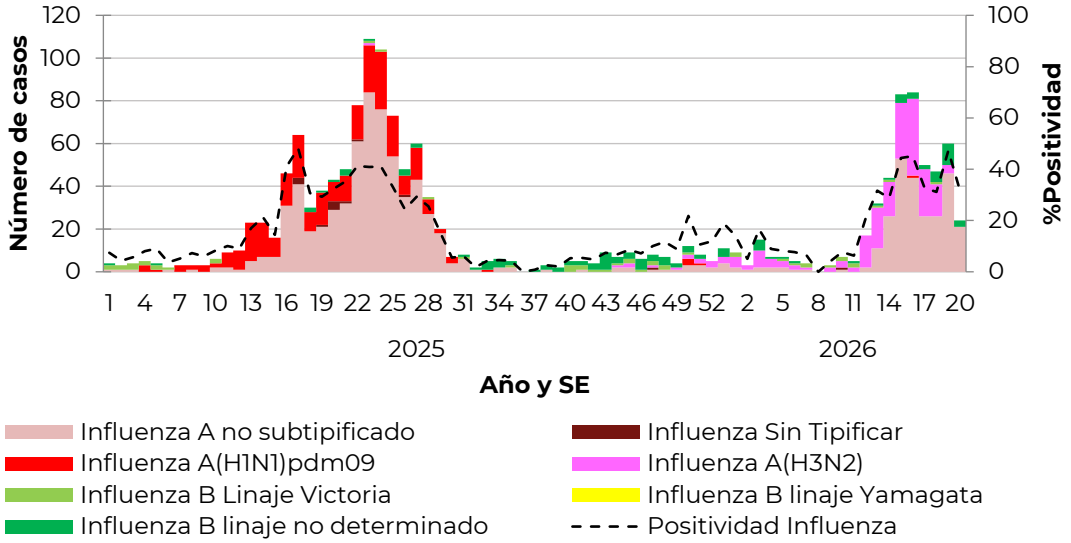


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

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

En las primeras 20 SE de 2026, se detectaron 453 casos de infuenza A. Entre estos, 185 casos con subtipificación corresponden a A(H3N2) y 1 corresponde a A(H1N1). En cuanto a influenza B, se detectaron 52 casos, dentro de los cuales se detectó linaje Victoria en 14 de ellos.

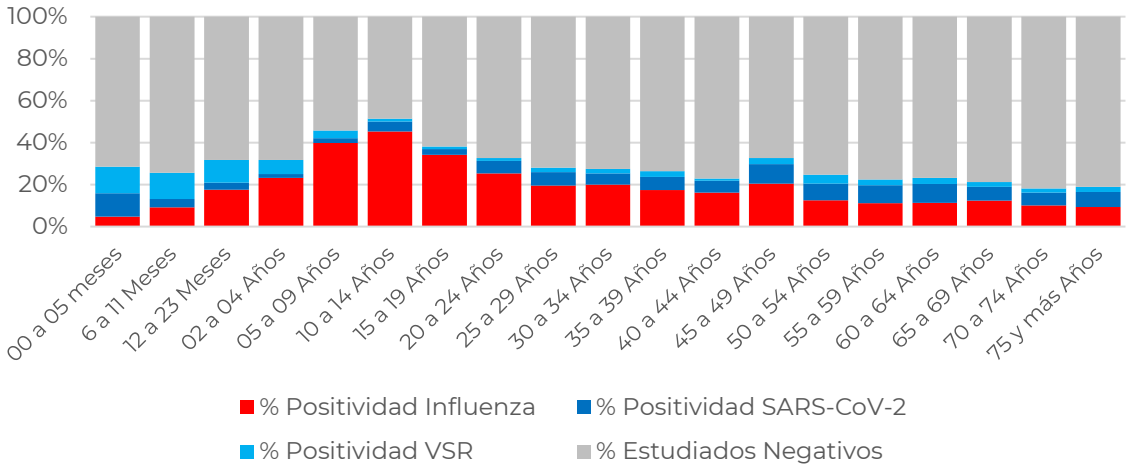
Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2025 a SE20/2026. Estrategia UMA. Argentina.



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

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

Gráfico 3. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados. SE1/2025 a SE20/2026. Estrategia UMA. 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 SNVS2.0

[10] 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.

V.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. [11]

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[12].

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[13].

En lactantes menores de 6 meses también considerar:

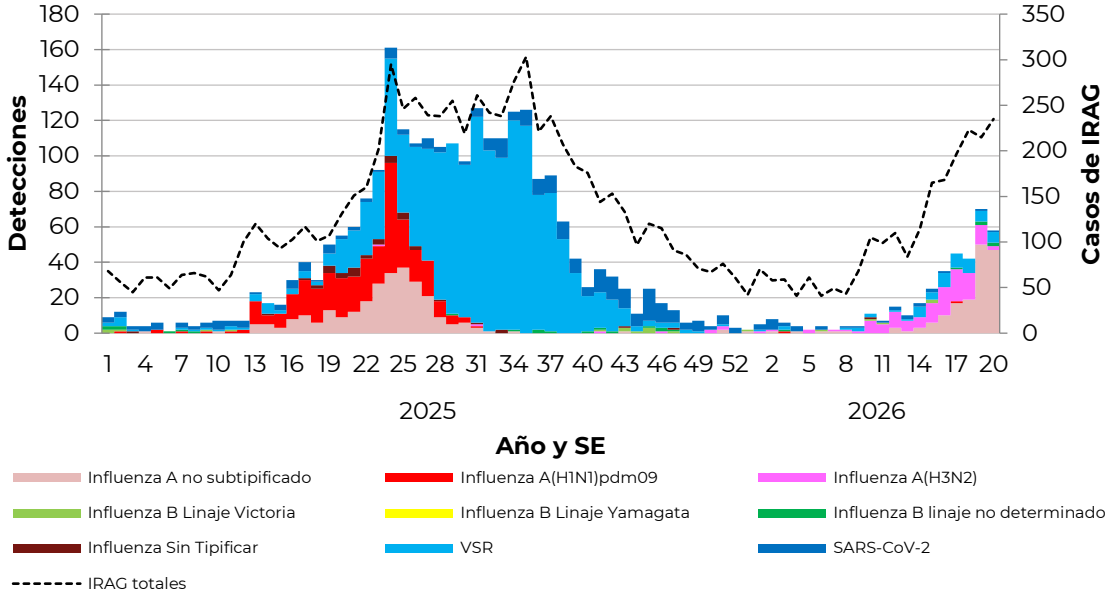
- Apnea (cese temporal de la respiración por cualquier causa), o
- Sepsis (fiebre/hipotermia[14] y shock[15] y gravemente enfermo sin causa aparente)

En las 20 primeras SE de 2026 se registraron de manera nominal un total 2.243 internaciones con diagnóstico de IRAG y 834 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida en la Red Argentina de UC-IRAG[16].

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

[11] 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
[12] Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplados en la definición de caso.
[13] Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplado en la definición de caso
[14] La fiebre se define como una temperatura ≥37,5 C. La hipotermia se define como una temperatura
[15] El shock se define por letargo, respiración rápida, piel fría, llenado capilar prolongado y pulso rápido y débil.
[16] Para el presente análisis se considera la semana epidemiológica de la fecha de internación registrada o, en su defecto, la primera entre fecha de notificación del caso o fallecimiento.

Gráfico 4. Casos totales de IRAG y detecciones de Influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y VSR, y por SE. Estrategia UC IRAG. SE1/2025 a SE20/2026. Argentina



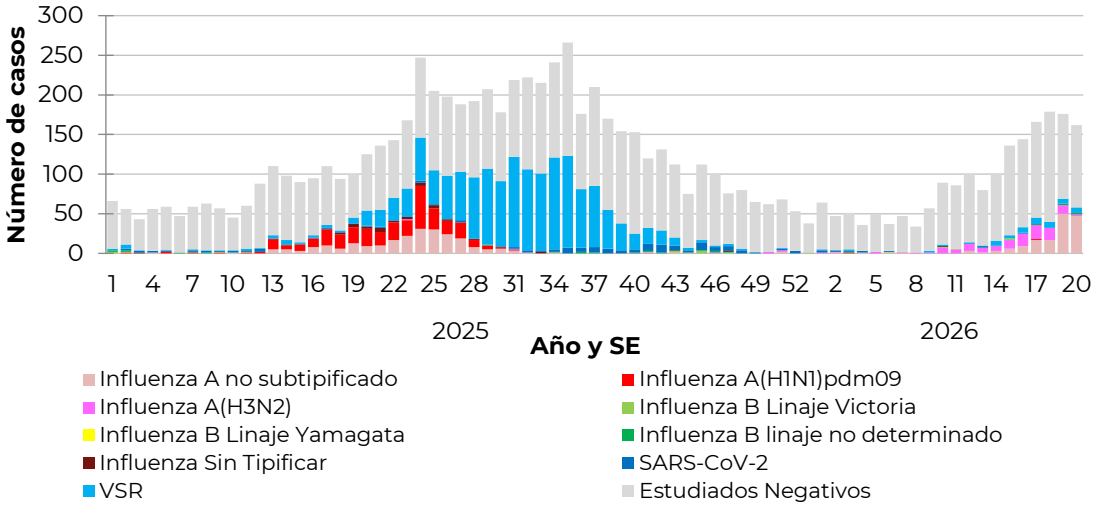
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0]

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

Aun cuando se registraron IRAG con diagnóstico de **Influenza** durante todas las semanas de 2025, se observó un incremento en las detecciones a partir de la SE13, alcanzando valores más elevados entre las SE23 y SE27, seguido de un descenso posterior. Los casos correspondieron predominantemente a influenza A, con mayor detección de H1N1 y en menor medida H3N2. Además, se detectaron en menor número casos de influenza B/linaje Victoria. En las 20 primeras semanas de 2026, se detectaron 288 casos de influenza. Se tipificaron 276 casos de influenza A, y de éstos 115 cuentan con subtipificación: 113 correspondieron a A(H3N2) y 2 a A(H1N1). Con respecto a influenza B, se registraron 11 casos, de los cuales 5 corresponden a linaje Victoria, mientras que los restantes permanecen sin identificación de linaje.

En cuanto a los casos de IRAG con diagnóstico de VSR, durante 2025 se observó un incremento a partir de la SE20, con un máximo en la SE31. Posteriormente, las detecciones se mantuvieron elevadas durante varias semanas y comenzaron a descender desde la SE36, alcanzando niveles bajos hacia el final del año. En las 20 semanas trasncurridas del año 2026, si bien los casos permanecen en niveles bajos, se registran 56 casos acumulados de IRAG con detección de VSR y un ligero aumento de casos positivos en las últimas semanas.

Gráfico 5. Casos de IRAG estudiados por técnica molecular para virus SARS-CoV-2, influenza y VSR según resultado, por SE. SE1/2025 a SE20/2026. Estrategia UC IRAG. Argentina [17].



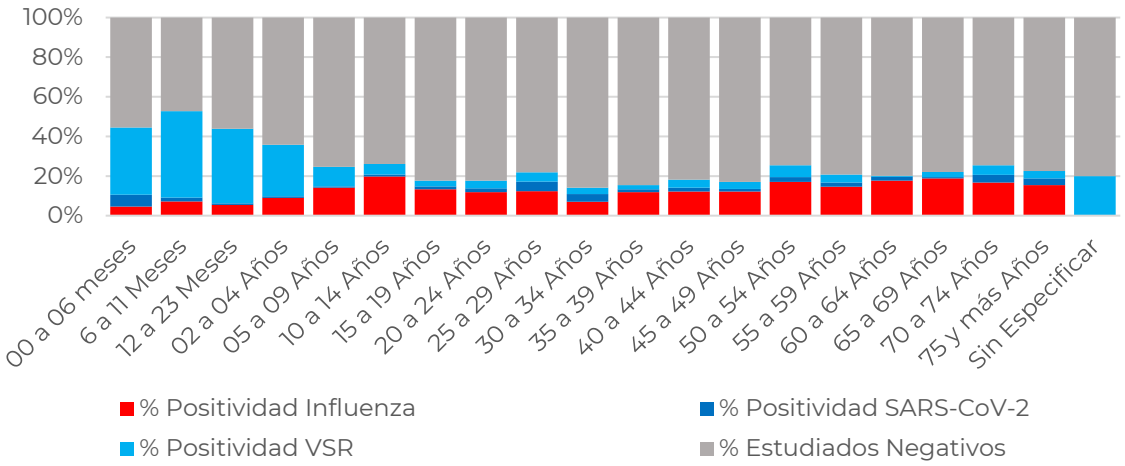
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0]

En las últimas 4 semanas, entre 683 casos de IRAG estudiados por técnica molecular para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron: 183 casos de influenza, 28 casos de VSR, y 1 caso de SARS-CoV-2. Los restantes 471 casos resultaron negativos para los agentes etiológicos priorizados.

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

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

Gráfico 6. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados, en casos de IRAG. SE1/2025 a SE20/2026. Estrategia UC IRAG. Argentina[18]



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

V.1.A. NOTA METODOLÓGICA

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

La secuenciación genómica se realizó en el 100% de los casos hasta la SE13 y comenzó a hacerse por muestreo a partir de la SE14. A partir del informe de SE16, se incorpora la caracterización genómica de los casos de Influenza B, de acuerdo con el esquema de muestreo implementado. En el presente informe se caracterizaron los casos con fecha de toma de muestra hasta la semana epidemiológica 18 completando lo informado en el BEN N°309.

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

A continuación, se describe, para el período SE1 a SE18 de 2026 la distribución por tipo y subtipo de casos recibidos en el LNR con fecha de toma de muestra en el año epidemiológico 2026 y los resultados de secuenciación del muestreo aplicado.

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

V.1.B. SECUENCIACION GENOMICA DE INFLUENZA A(H3N2) 2025-2026

Entre la SE 1/2025 y la SE 18/2026, el Laboratorio Nacional de Referencia secuenció 252 muestras positivas para Influenza A(H3N2) provenientes de 23 jurisdicciones, de las cuales

[18] 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.

211 (84%) correspondieron al subclado J.2.4.1/(K), 28 (12%) al subclado J.2.3; y el resto a los subclados J.2.4, J.2 y J.2.2.

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

Tabla 1. Casos de Influenza A(H3N2) secuenciados por el LNR por subclado según jurisdicción de residencia. Argentina. SE 1/2025 a SE 18/2026 (N = 252).

Jurisdicción	2025					2026					Total
	J.2	J.2.2	J.2.3	J.2.4	J.2.4.1/K	J.2	J.2.2	J.2.3	J.2.4	J.2.4.1/K	
Buenos Aires	0	0	1	0	4	0	0	0	5	25	35
CABA	1	0	1	0	3	0	0	0	1	28	34
Córdoba	0	0	1	0	2	0	0	0	0	1	4
Entre Ríos	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	3
Santa Fe	0	0	0	0	2	0	0	0	0	8	10
Centro	**1**	**0**	**3**	**0**	**13**	**0**	**0**	**0**	**6**	**63**	**86**
Mendoza	0	1	3	0	2	0	0	0	0	17	23
San Juan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
San Luis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Cuyo	**0**	**1**	**3**	**0**	**2**	**0**	**0**	**0**	**0**	**21**	**27**
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	8	8
Misiones											
NEA	**1**	**0**	**0**	**0**	**2**	**0**	**0**	**1**	**0**	**10**	**14**
Catamarca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5
Jujuy	0	0	1	0	0	0	0	0	3	11	15
La Rioja	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	4
Salta	0	0	0	0	0	0	0	1	0	27	28
Santiago del Estero	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tucumán	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28	28
NOA	**0**	**0**	**1**	**0**	**1**	**0**	**0**	**1**	**3**	**74**	**80**
Chubut	0	0	2	0	1	0	0	0	0	1	4
La Pampa	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	3
Neuquén	0	0	0	0	3	0	0	0	0	3	6
Río Negro	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	3
Santa Cruz	1	0	5	0	6	0	0	3	0	2	17
Tierra del Fuego	0	0	7	0	3	0	0	0	0	2	12
Sur	**1**	**0**	**16**	**0**	**15**	**0**	**0**	**3**	**0**	**10**	**45**
Total	**3**	**1**	**23**	**0**	**33**	**0**	**0**	**5**	**9**	**178**	**252**

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

V.1.C. CARACATERIZACIÓN DE CASOS DE INFLUENZA RECIBIDOS EN EL LNR DESDE SE1 A SE 18/2026.

En términos acumulados hasta el 27/05/2026 el Laboratorio Nacional de Referencia recibió, había recibido764 muestras positivas para Influenza con fecha de toma de muestra entre la SE 1/2026 hasta la SE 18/2026, de las cuales 762 pudieron ser tipificadas y subtipificadas. Entre las muestras tipificadas, el 91% correspondió a Influenza A y el 9% a Influenza B. Dentro de las muestras de Influenza A, el 98% correspondió al subtipo A(H3N2) y el 2% al subtipo A(H1N1).

En el análisis regional se verifica que todas las regiones derivaron muestras positivas de Influenza al LNR (NOA, 46%; Centro, 33%; Cuyo, 12%, Sur, 6%; y NEA, 3%).

En todas las regiones se registra el mismo patrón en cuanto a distribución de tipos y subtipos: Influenza A (entre 86% y 96% de los casos según región) y dentro de Influenza A. el subtipo H3N2 representó entre el 83% y el 100% según la región. Los casos derivados de Influenza B oscilaron entre 4% y 14% de los casos según la región.

Tabla 2. Casos de Influenza estudiados por el LNR por tipo, subtipo y caracterización genómica, según jurisdicción. Argentina. SE1 a SE18, Año 2026 (N = 764).

Jurisdicción	Influenza A							Influenza B					Influenza sp	Total
	Influenza A(H3N2)				Influenza A(H1N1)		Sin subtip.	Victoria						
	Subclado J.2.3	Subclado J.2.4.1/K	Subclado J.2.4	Sin esp.	Subclado D.3.1.1	Sin esp.		Subclado C.3.1	Subclado C.5.1	Subclado C.5.6	Subclado C.5.6.1	Sin esp.		
Buenos Aires	0	25	5	60	0	1	2	0	1	0	1	8	0	103
CABA	0	28	1	47	0	3	1	0	0	0	0	3	1	84
Córdoba	0	1	0	10	1	1	0	2	0	2	0	2	0	19
Entre Ríos	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	4
Santa Fe	0	8	0	33	0	1	0	0	0	0	1	2	0	45
Centro	**0**	**63**	**6**	**150**	**1**	**6**	**3**	**2**	**1**	**2**	**2**	**18**	**1**	**255**
Mendoza	0	17	0	59	0	0	0	0	0	0	0	10	0	86
San Juan	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	5
San Luis	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
Cuyo	**0**	**21**	**0**	**60**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**13**	**0**	**94**
Chaco	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Corrientes	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Formosa	0	8	0	9	1	3	0	0	0	0	0	1	0	22
Misiones														
NEA	**1**	**10**	**0**	**9**	**1**	**3**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**1**	**0**	**25**
Catamarca	0	5	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	8
Jujuy	0	11	3	95	0	0	1	0	0	0	0	0	0	110
La Rioja	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Salta	1	27	0	75	0	2	2	0	2	0	0	9	0	118
Santiago del Estero	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	7	1	10
Tucumán	0	28	0	65	0	0	0	0	0	1	0	4	0	98
NOA	**1**	**74**	**3**	**237**	**0**	**3**	**3**	**0**	**2**	**1**	**0**	**22**	**1**	**347**
Chubut	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
La Pampa	0	2	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
Neuquén	0	3	0	8	0	1	1	0	0	0	0	1	0	14
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	3	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Tierra del Fuego	0	2	0	9	0	0	1	0	0	0	0	0	0	12
Sur	**3**	**10**	**0**	**25**	**0**	**1**	**2**	**0**	**0**	**0**	**0**	**2**	**0**	**43**
Total general	**5**	**178**	**9**	**481**	**2**	**13**	**8**	**2**	**3**	**3**	**2**	**56**	**2**	**764**

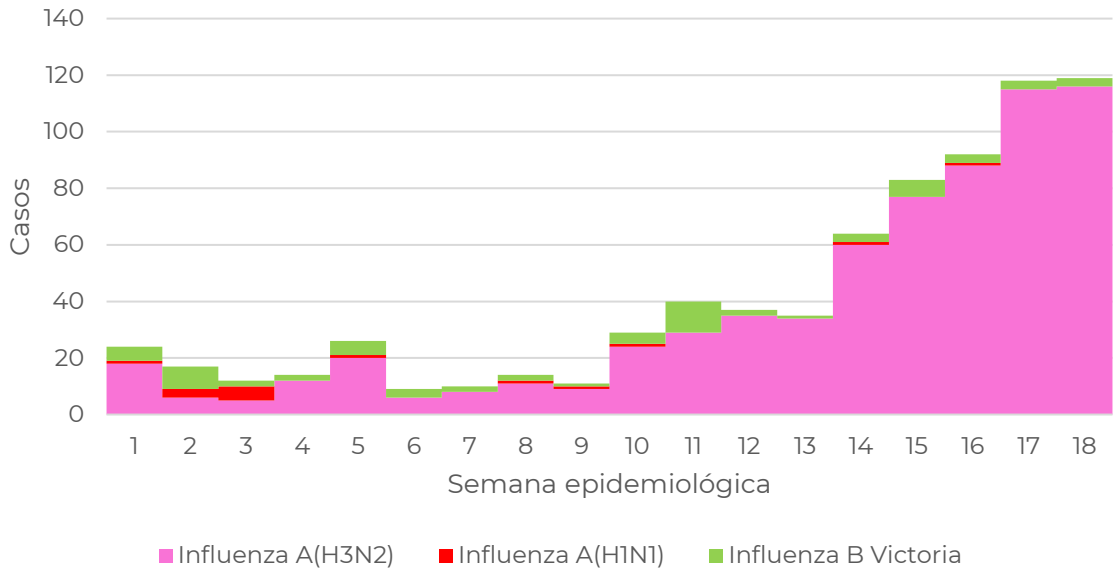
Fuente: Elaboración del Servicio Virosis Respiratorias y el Departamento de Epidemiología del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

En relación con la dimensión temporal, se registraron casos de Influenza con fecha de toma de muestra en todas las semanas analizadas, sin embargo, se observa un incremento sostenido en la magnitud de los casos recibidos en el LNR a lo largo del período: mientras

que en las primeras 9 semanas el promedio fue de 16 casos semanales, entre las SE10 y SE13 fue de 36 y la SE15 a la SE1, 103 con una tendencia en ascenso.

En cuanto a la distribución por tipo y subtipo viral, se detectó Influenza A(H3N2) en forma prevalente en todas las semanas del año, con mayor predominio en las últimas semanas; e, Influenza B, en baja proporción. Los casos de Influenza A(H1N1) se dieron en forma esporádica en diferentes semanas del año.

Gráfico 1. Casos de Influenza recibidos por el LNR por semana de toma de muestra según tipo y subtipo de virus. Argentina. SE1 a SE18, Año 2026[19]

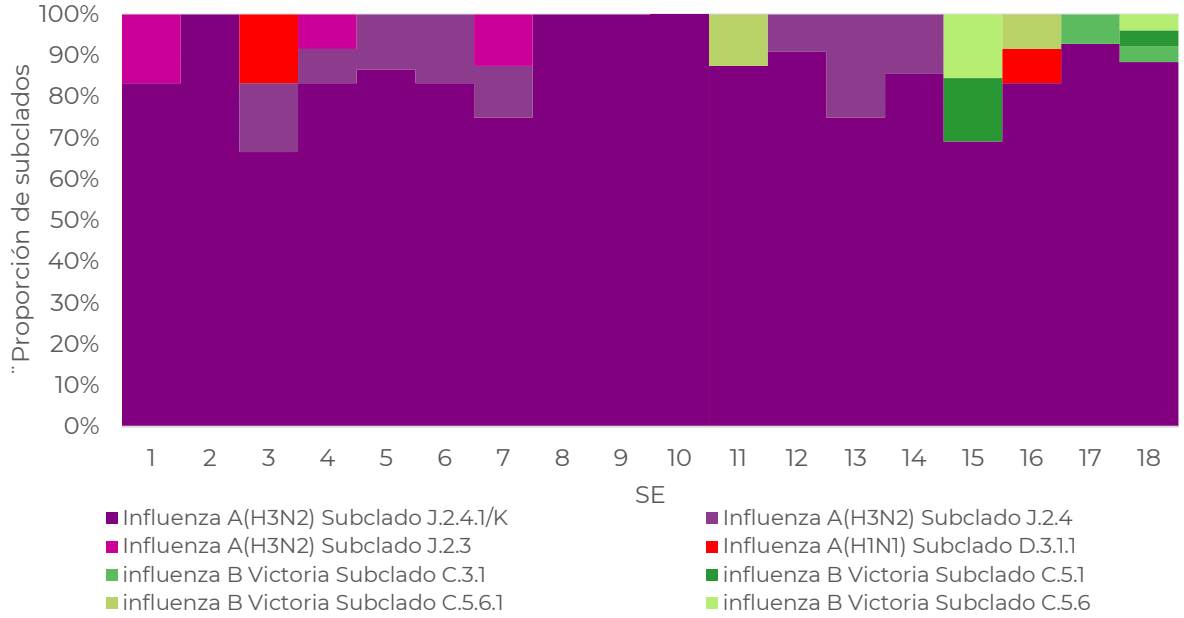


Fuente: Elaboración del Servicio Virosis Respiratorias y el Departamento de Epidemiología del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

Se realizó la caracterización genómica de 204 casos de Influenza, 194 de Influenza A(H3N2), 2 de Influenza A(H1N1) y 10 de Influenza B Victoria. Entre los casos de Influenza A(H3N2), el subclado prevalente fue J.2.4.1/(K) (92%)-, seguido del subclado J.2.4 (5%) y J.2.3 (3%). Los dos casos secuenciados de Influenza A(H1N1) correspondieron al subclado D.3.1.1. En cuanto a Influenza B Victoria se identificó una heterogeneidad de subclados: C.3.1 (3), C.5.1 (3), C.5.6 (2) y C.5.6.1.

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

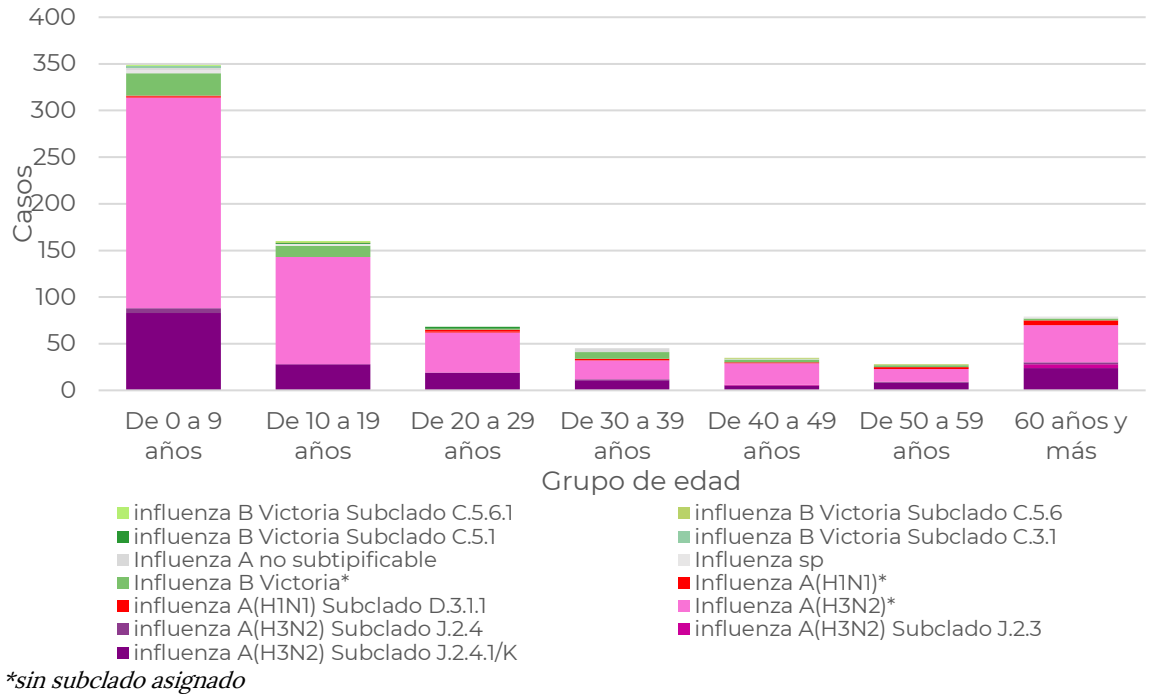
Gráfico 2. Distribución proporcional de Casos de Influenza por semana de toma de muestra según subclado identificado. SE1 a SE18. Año 2026.



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

Respecto a la distribución etaria de los casos de Influenza recibidos en el LNR, los menores de 10 años concentraron el 46% de los casos; dentro de este grupo, el 30% correspondió a menores de 2 años. Le siguieron los grupos etarios de 10 a 19 (21%) y 60 años y más (10%). En todos los grupos se mantuvo en términos acumulados el predominio de Influenza A(H3N2), específicamente el subclado J.2.4.1/(K). Se detectó Influenza B Victoria en un bajo número de casos en todos los grupos etarios, concentrándose el 68% en los menores de 20 años.

Gráfico 3. Casos de Influenza estudiados por el LNR por tipo, subtipo y caracterización genómica según grupo de edad. Argentina. SE1 a SE18, Año 2026 (N =764)



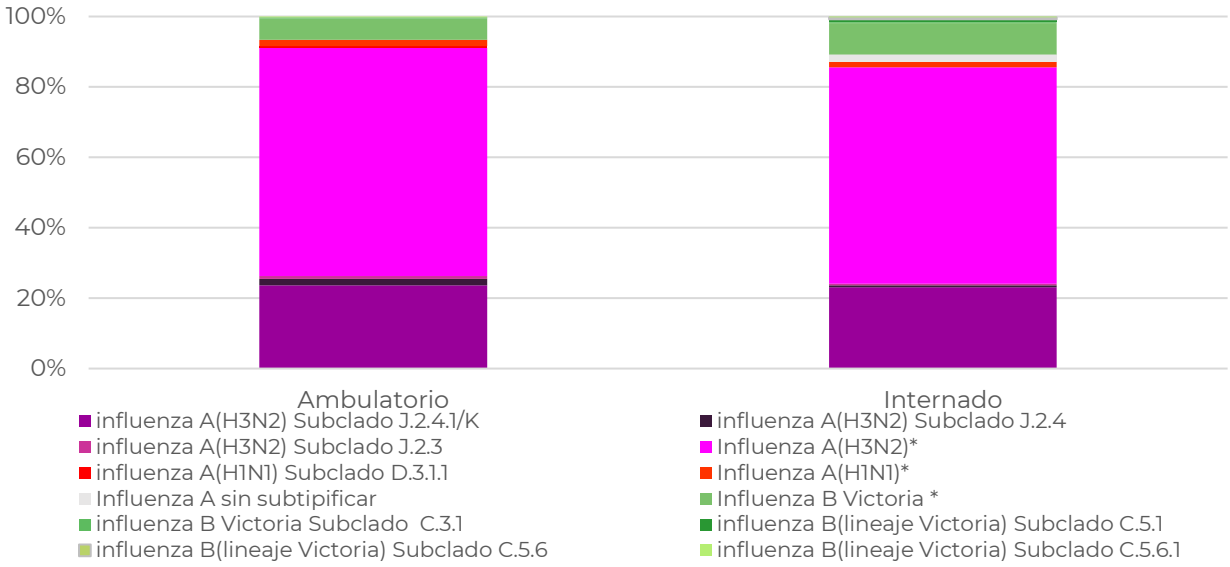
**sin subclado asignado*

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

En la distribución porcentual de los virus influenza según condición de atención, se observó un predominio de Influenza A(H3N2) tanto en pacientes ambulatorios como internados (alrededor del 90% de todos los casos derivados). En ambos grupos, el subclado predominante fue Influenza A(H3N2) J.2.4.1/(K).

Entre los pacientes ambulatorios, se registró una proporción del 7% de Influenza B Victoria mientras que en internados representó el 11% de los casos que llegaron al LNR. En muy baja proporción se registraron también casos de Influenza A(H1N1) tanto entre pacientes ambulatorios como internados.

Gráfico 4. Distribución proporcional de tipos subtipos y subclados según condición clínica de los casos. SE1 a SE18, Año 2026.



**sin subclado asignado*

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

V.2. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas

V.2.A. RECOMENDACIONES PARA EQUIPOS DE SALUD

En el contexto de aumento de casos de influenza, con predominio de detección en el país de casos de influenza A(H3N2) y particularmente del 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.

V.3. 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.

V.4. 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.

V.5. 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.

V.6. 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.[20],[21] En pacientes hospitalizados con influenza grave, se ha documentado una disminución en la duración de la hospitalización y en el riesgo de

[20] 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.

[21] 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.

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.[22],[23] En Argentina, durante el año 2024, el Laboratorio Nacional de Referencia no ha detectado un aumento de cepas resistentes a este antiviral entre los virus en circulación.

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

Indicaciones de tratamiento antiviral

Manejo de Influenza estacional

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

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

[22] 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.
[23] 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.

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE **EVENTOS**

VI. Hantavirosis – Actualización informe epidemiológico

VI.1. Introducción

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

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

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

En respuesta a estos desafíos sanitarios, las normas de vigilancia fueron revisadas y actualizadas[24] con el objetivo de optimizar los criterios diagnósticos, fortalecer las estrategias de detección temprana y respuesta ante brotes, y mejorar la calidad de la información notificada al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

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

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

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

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

VI.2. Situación epidemiológica nacional

VI.2.A. NOTA METODOLÓGICA

El análisis de la información se realiza por la caracterización epidemiológica del evento nominal "Hantavirosis". Se consideran como casos confirmados aquellos que cuentan con resultados de laboratorio detectable o reactivo, según la última definición de caso consensuada publicada en la Circular de Vigilancia de Mayo 2025[25], o una clasificación manual correspondiente a confirmado.

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

VI.2.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

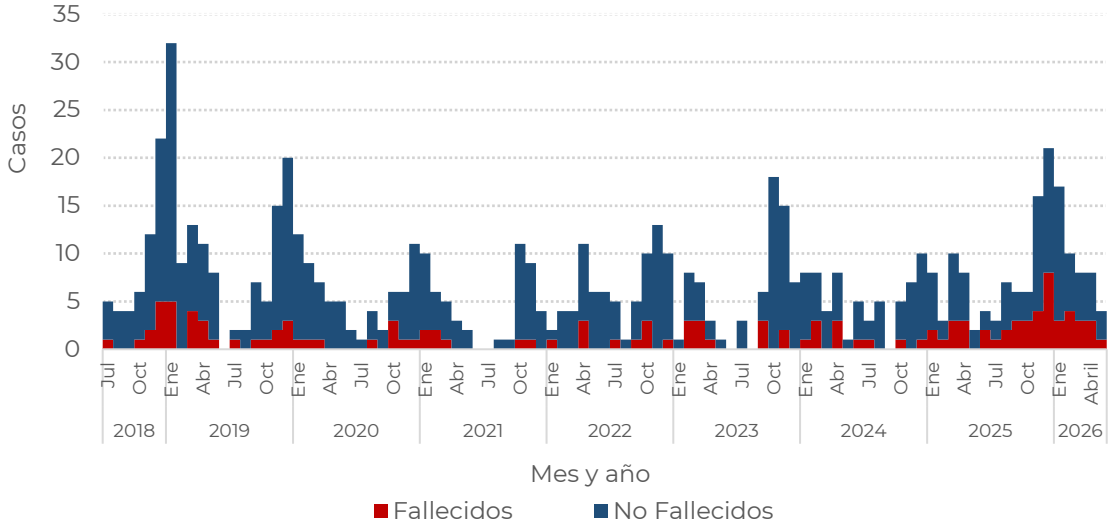
La situación epidemiológica actual se caracterizó a partir de la comparación de temporadas, es decir los períodos comprendidos entre los meses julio de un año y junio del siguiente (Por ej. SE 27/2018- SE 26/2019) para, de esta manera, poder contrastar el aumento de casos en períodos estivales entre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

Caracterización según temporalidad y regiones del país

A continuación, se presentan los casos confirmados según mes, año y condición de egreso desde la temporada 2018-2019 (SE 27/2018 a SE 26/2019) a la semana SE 20/2026. Debe considerarse que la temporada 2018-2019 incluye el brote de transmisión interhumana ocurrido en Epuyén, Chubut, por lo que concentra un mayor número de casos confirmados (126).

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

Gráfico 1. Hantavirosis: Casos confirmados por mes, año y condición de egreso. SE 27/2018 a SE 20/2026, Argentina. (N=650)

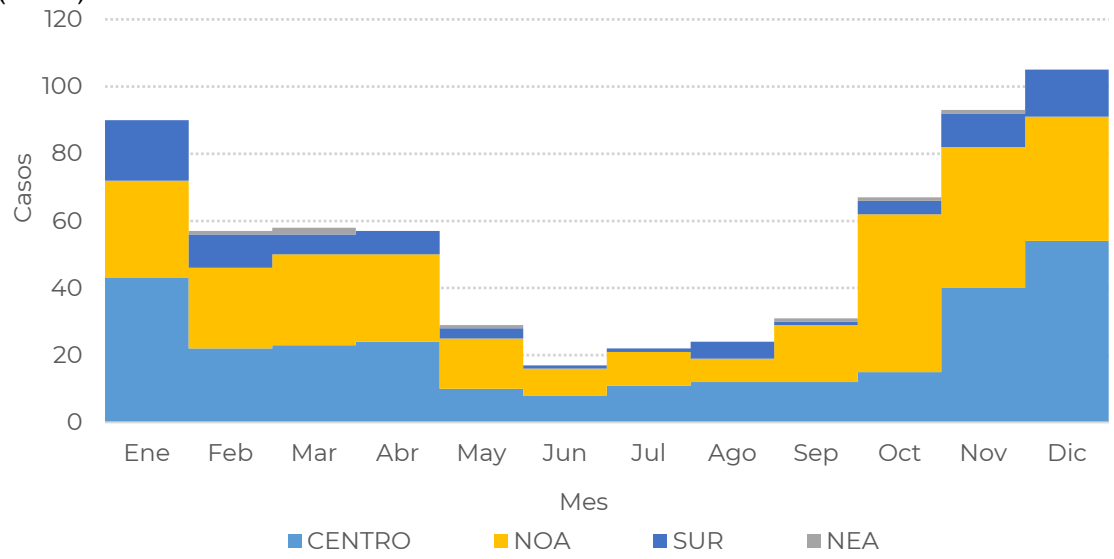


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

En el presente análisis, desde la SE 19 —publicada en el BEN N° 809— se identificaron 2 casos de Hantavirus. De los cuales 1 corresponde a la provincia de Salta y 1 caso que resultó fallecido, correspondiente a la localidad de Arrecifes, provincia de Buenos Aires. De esta forma, la totalidad de casos confirmados durante el 2026 asciende a 47.

En el período analizado se acumularon 650 casos confirmados. Entre los meses de octubre y enero es donde se acumula el 56% de los casos confirmados. En la temporada en curso, los meses de noviembre (n=16), diciembre (21) y enero (17) presentaron la mayor cantidad de casos al compararlos con los mismos meses de las temporadas previas analizadas, sin considerar el brote de transmisión interhumana. Asimismo, sin considerar la temporada actual, los casos ocurridos en los meses de febrero a mayo representaron el 35% del total.

Gráfico 2. Hantavirosis: Casos acumulados según mes y región. SE 27/2018 a SE 20/2026, Argentina. (N=650)

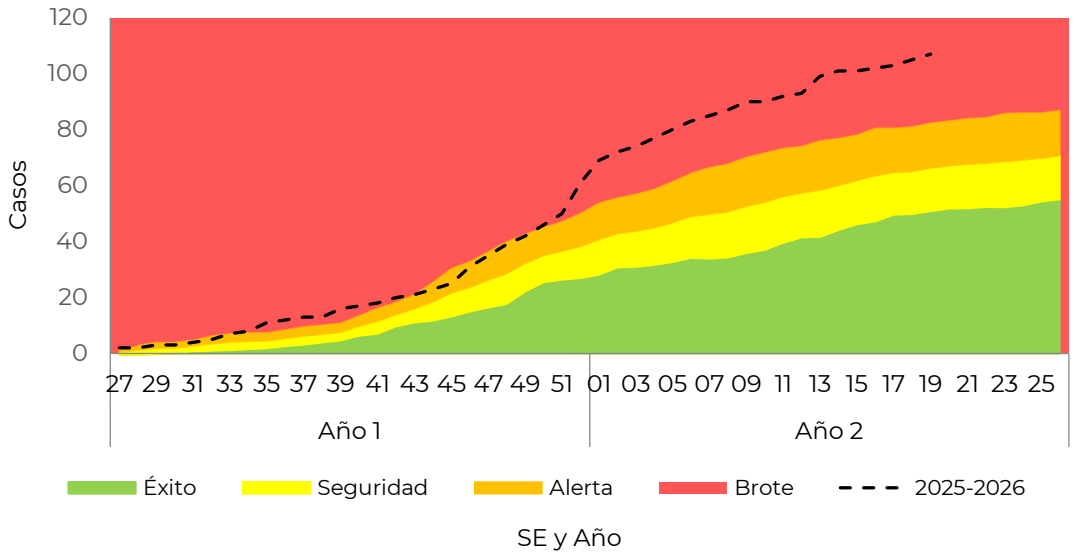


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

Este patrón estacional se observa en las tres regiones que concentran la mayor carga de la enfermedad (NOA, Sur y Centro). A excepción de la presente temporada, en el NOA ocurre el incremento estacional de forma más temprana, donde los meses con mayor cantidad de casos son octubre y noviembre; para el resto de las regiones son diciembre y enero.

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

Gráfico 3. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE 27/2025 a SE 20/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Argentina. (N=107)

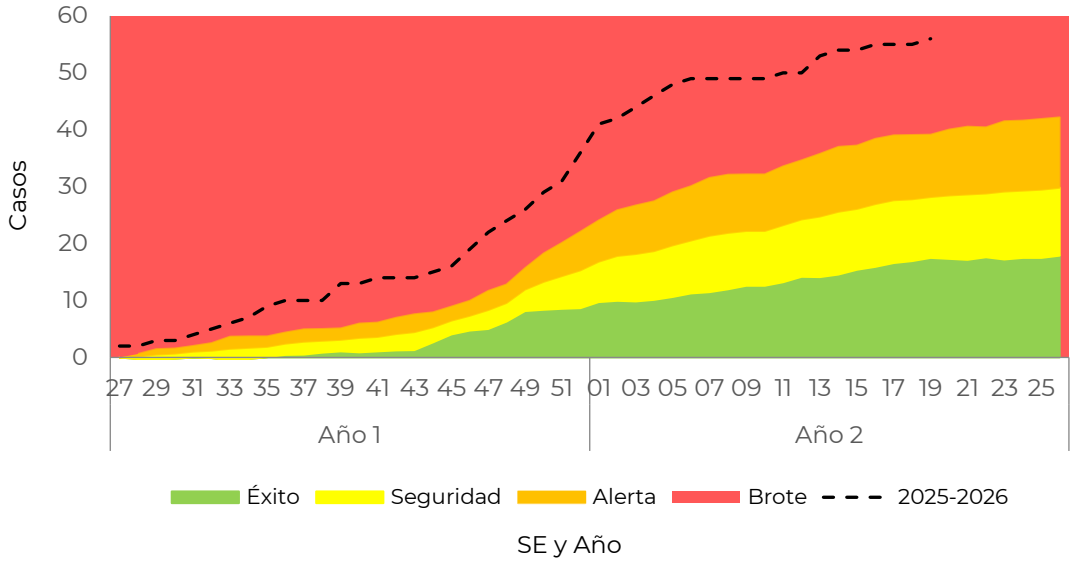


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.
**Tanto para el total país como para los corredores regionales, se excluyeron del período comparativo los casos de la temporada 2018-2019 por ser una temporada de brote.*

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

Región Centro

Gráfico 4. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE 27/2025 a SE 20/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región Centro. (N=56)

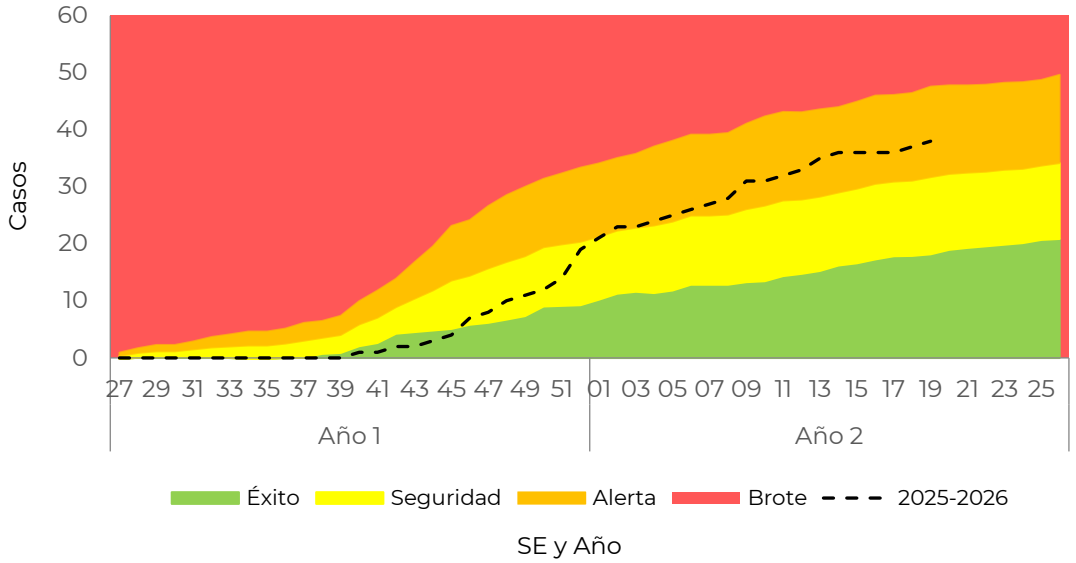


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

En la región Centro, los casos acumulados de la temporada 2025-2026 se mantuvieron durante todo el período por encima del umbral de brote. El principal incremento se concentró entre las SE 45 de 2025 y la SE 05 de 2026, seguido de una meseta (sin casos entre las SE 07 y 10 de 2026 y un aumento leve hacia las SE 13-20. Los casos se notificaron en Buenos Aires, Entre Ríos y Santa Fe.

Región NOA

Gráfico 5. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE 27/2025 a SE 20/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región NOA. (N=38)



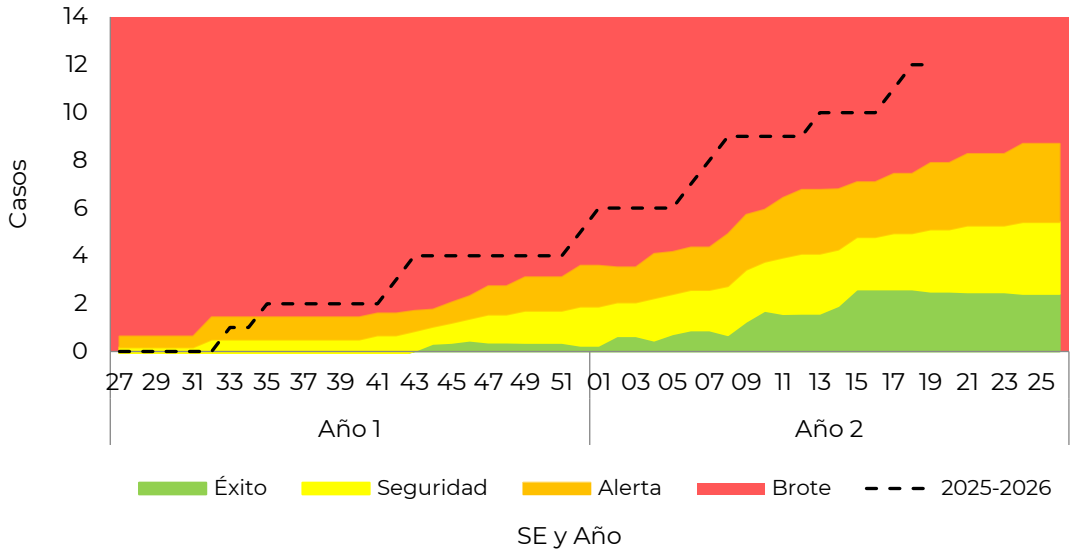
Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

En el NOA, la curva acumulada de la temporada 2025-2026 se mantuvo sin casos hasta la SE 39 de 2025, dentro del umbral de éxito. Luego presentó un ascenso inicial entre las SE 41 y

45, ingresando al área de seguridad, seguido de un incremento más marcado entre la SE 45 de 2025 y la SE 01 de 2026. Desde entonces, la curva presenta un aumento continuo, ubicada en zona de alerta, sin alcanzar el umbral de brote. Los casos se concentraron exclusivamente en Salta y Jujuy.

Región Sur

Gráfico 6. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE 27/2025 a SE 20/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región Sur. (N=12)



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

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

Presentación de datos a nivel sub-nacional

En cuanto a la situación nacional de hantavirosis, se presentan en la siguiente tabla los casos y tasas de incidencia en el período equivalente al transcurrido para la temporada actual (SE 27 de un año a SE 20 del año siguiente) para los años 2019 a 2026.

Tabla 1. Hantavirosis: Casos confirmados y tasa cada 100.000 habitantes según jurisdicción y región, por temporada. Argentina, 2019 a 2026 (SE27 a SE20). (N=503)

Temporada	2019-2020 (hasta SE20)		2020-2021 (hasta SE20)		2021-2022 (hasta SE20)		2022-2023 (hasta SE20)		2023-2024 (hasta SE20)		2024-2025 (hasta SE20)		2025-2026 (hasta SE20)	
Jurisdicción	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Buenos Aires	27	0,15	16	0,09	15	0,08	14	0,08	8	0,04	21	0,11	44	0,24
Entre Rios	3	0,22	4	0,29	3	0,21	3	0,21	2	0,14	6	0,42	5	0,34
Santa Fe	13	0,37	6	0,17	5	0,14	6	0,17	6	0,17	10	0,27	7	0,19
Centro	43	0,15	26	0,09	23	0,08	23	0,08	16	0,05	37	0,12	56	0,18
Chaco	1	0,08	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,16	0	0,00
Formosa	1	0,17	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,16
Misiones	1	0,08	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
NEA	3	0,07	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,05	1	0,02
Jujuy	13	1,70	8	1,03	11	1,40	9	1,14	12	1,50	5	0,62	7	0,86
Salta	27	1,91	13	0,91	13	0,90	24	1,63	38	2,56	12	0,80	31	2,04
Tucumán	0	0,00	0	0,00	2	0,12	2	0,11	3	0,17	1	0,06	0	0,00
NOA	40	0,71	21	0,37	26	0,45	35	0,60	53	0,90	18	0,30	38	0,63
Chubut	0	0,00	5	0,80	3	0,47	3	0,47	1	0,15	0	0,00	5	0,74
Neuquén	1	0,15	1	0,15	0	0,00	1	0,15	3	0,43	1	0,14	1	0,14
Rio Negro	1	0,13	2	0,27	0	0,00	2	0,26	3	0,38	3	0,38	6	0,75
Sur	2	0,07	8	0,27	3	0,10	6	0,20	7	0,23	4	0,13	12	0,38
Total País	88	**0,19**	55	**0,12**	52	**0,11**	64	**0,14**	76	**0,16**	61	**0,13**	107	**0,22**

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

En la temporada 2025-2026 hasta la SE 20 se notificaron un total de 107 casos de hantavirosis localizados en su mayoría en las provincias de Buenos Aires (44 casos), Salta (31), Santa Fe (7), Jujuy (7), Rio Negro (6), Entre Ríos (5) y Chubut (5).

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

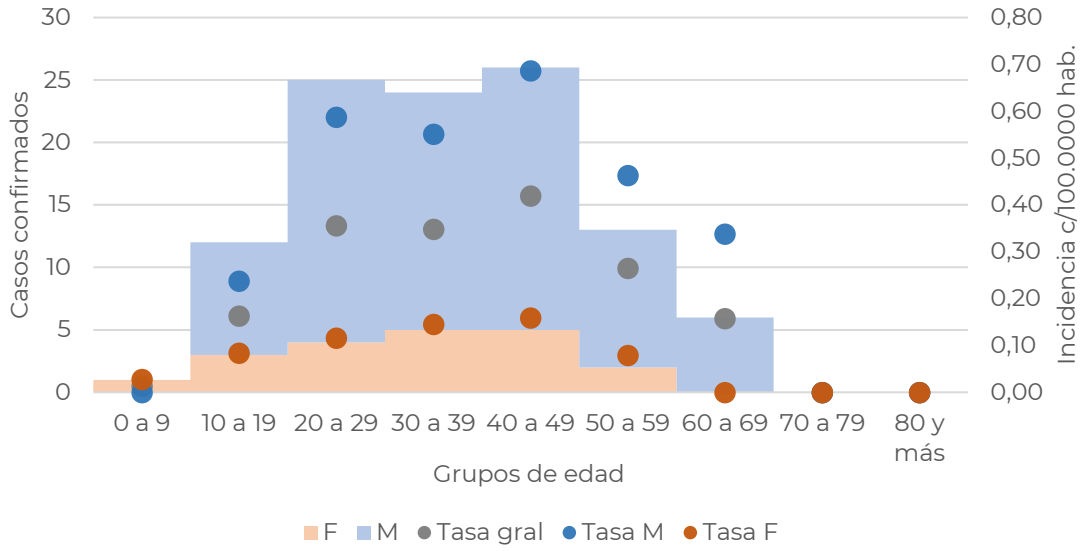
A nivel regional, en la actual temporada, la tasa de incidencia más elevada corresponde a la región del NOA (0,63 casos por 100.000 habitantes), donde se notificaron 38 casos confirmados. El 81% de los casos de la región se concentraron en Salta. Esta presenta la incidencia más elevada del país, con 2,04 casos por 100.000 habitantes, aunque aún por debajo del valor máximo registrado en la provincia durante la temporada 2023-2024, de 2,56 casos por 100.000 habitantes. Asimismo, Río Negro y Buenos Aires alcanzan en la temporada actual sus valores máximos del período, con incidencias de 0,75 y 0,24 casos por 100.000 habitantes, respectivamente.

En el BEN 799 SE9[26], es posible consultar la incidencia histórica de cada temporada por provincia de los 1451 casos de hantavirosis notificados desde la SE 27/2009, junto a su distribución espacial por provincia. La descripción de los casos históricos permite caracterizar riesgos diferenciales asociados a patrones temporales, a los diferentes espacios y a la dinámica de los reservorios, así como a los patrones de exposición vinculados con las actividades desarrolladas por las personas y sus condiciones de vida.

Caracterización según grupos de edad

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

Gráfico 7. Hantavirosis: casos confirmados y tasas cada 100.000 habitantes, según sexo y edad. Argentina, SE 27/2025 a SE20/2026. (N=107)



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

A nivel país, la mediana de edad para los casos confirmados en la temporada en curso es de 36 años, concentrándose el 70% (75) de los casos entre los 20 y los 49 años, contando estos grupos con las mayores tasas de incidencia cada 100.000 habitantes en el período.

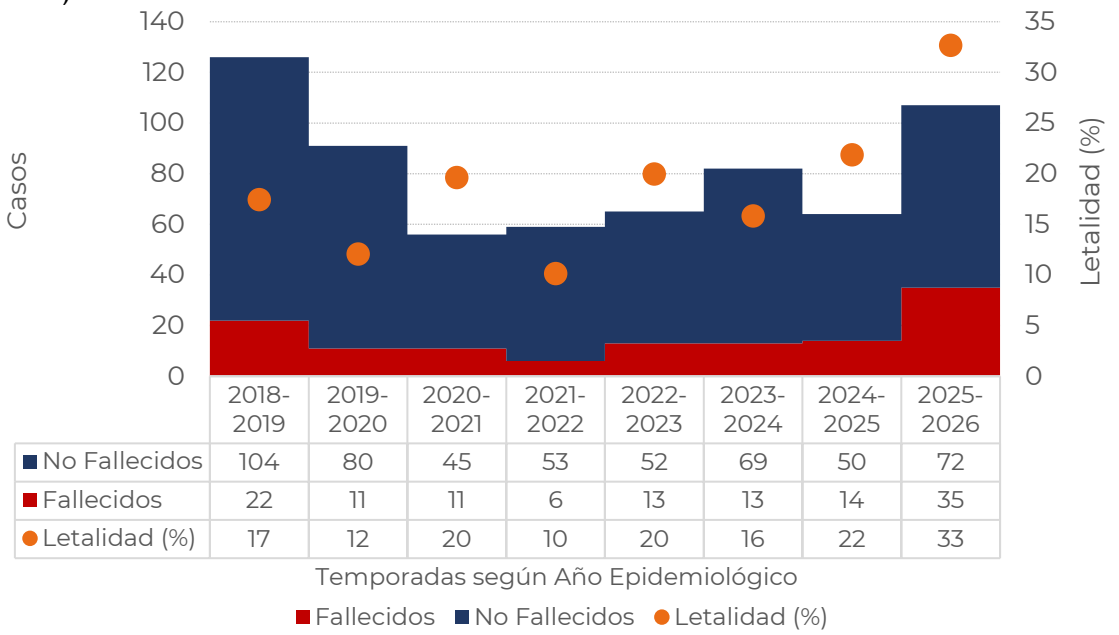
En cuanto a la distribución de los casos por sexo, el 81% (87) de los casos confirmados para la temporada actual se corresponde con el sexo masculino. Para todos los grupos etarios, se observa una predominancia de los casos masculinos por sobre los femeninos, a excepción del grupo etario de 0 a 9 años cuyo único caso confirmado se corresponde con el sexo femenino.

Caracterización de la mortalidad

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

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

Gráfico 8. Hantavirosis: Casos y letalidad por temporada. SE 27/2018 a SE 20/2026. Argentina. (N=650)

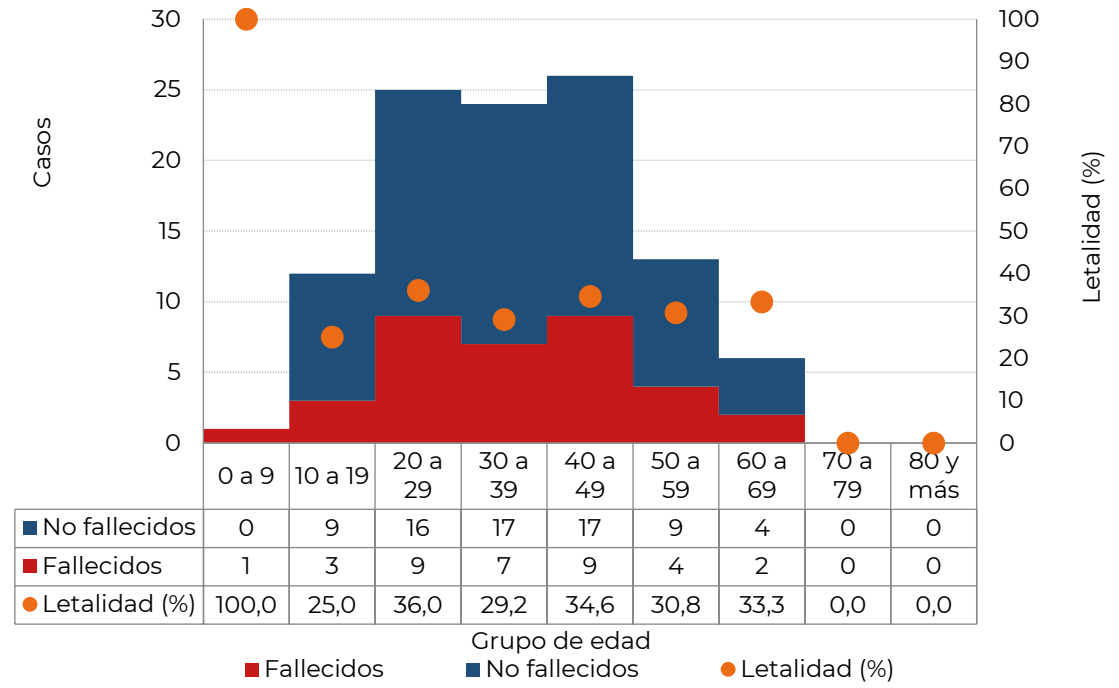


	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025	2025-2026
No Fallecidos	104	80	45	53	52	69	50	72
Fallecidos	22	11	11	6	13	13	14	35
Letalidad (%)	17	12	20	10	20	16	22	33

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

En la temporada actual hasta la SE20/2026 se notificaron 35 casos fallecidos, con una letalidad del 32,7%, más elevada respecto de las temporadas previas. Por otro lado, se elaboró el siguiente material para darle mayor especificidad a las personas fallecidas en la temporada actual y contadas de forma más general en la anterior. Aquí fueron divididas por sexo y grupo etario.

Gráfico 9. Hantavirosis: Casos y letalidad por grupo etario. SE 27/2025 a SE 20/2026. Argentina. (N=107)



	0 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 y más
No fallecidos	0	9	16	17	17	9	4	0	0
Fallecidos	1	3	9	7	9	4	2	0	0
Letalidad (%)	100,0	25,0	36,0	29,2	34,6	30,8	33,3	0,0	0,0

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

La mediana de edad de los casos fallecidos para la temporada actual es de 36 años. Excluyendo a los menores de 10 años, cuyo único caso notificado falleció, los grupos con mayor letalidad corresponden a los de 20 a 29 (36%), 40 a 49 (34,6%) y 60 a 69 (33,3%). A partir de los 70 años no se notificaron casos confirmados.

Para dar cuenta de la situación jurisdiccional, regional y nacional de los casos fallecidos de hantavirosis, se presenta una tabla (Tabla 2), correspondiente a los fallecidos y tasas de mortalidad en el período equivalente al transcurrido para la temporada actual para los años 2019 a 2026.

Tabla 2. Hantavirosis: Casos fallecidos y tasa de mortalidad por 1.000.000 habitantes según jurisdicción y región, por temporada. Argentina, 2019 a 2026 (SE 27 a 20). (N=100)

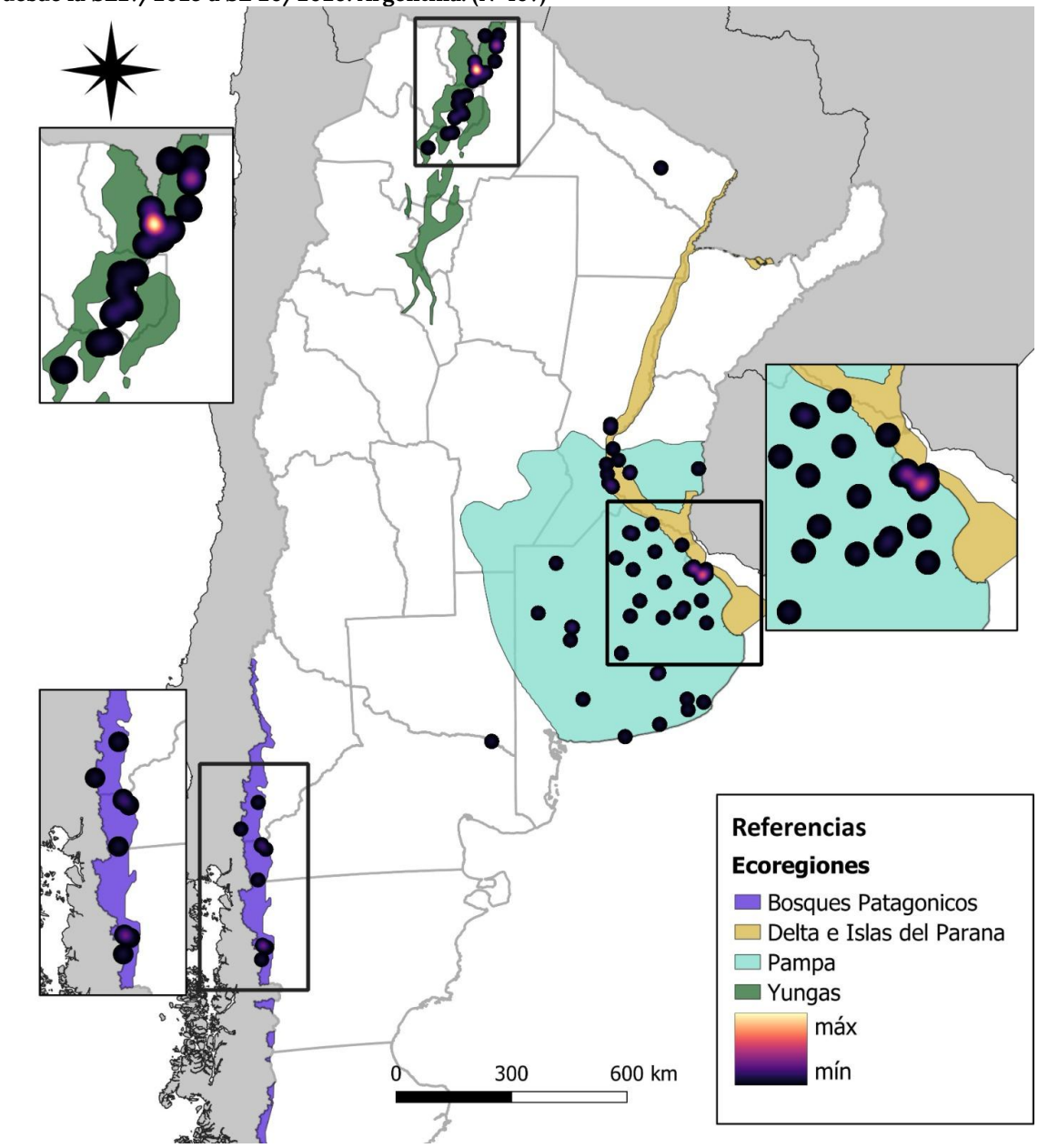
Año epidemiológico	2019 -2020 (SE27 a SE20)		2020 -2021 (SE27 a SE20)		2021 - 2022 (SE27 a SE20)		2022 - 2023 (SE27 a SE20)		2023 - 2024 (SE27 a SE20)		2024 - 2025 (SE27 a SE20)		2025 - 2026 (SE27 a SE20)	
Jurisdicción	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Buenos Aires	2	0,11	2	0,11	1	0,06	4	0,22	2	0,11	3	0,16	18	0,98
Entre Ríos	1	0,33	1	0,32	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	1,39	1	0,69
Santa Fe	3	0,80	2	0,53	1	0,26	2	0,56	3	0,83	1	0,27	1	0,27
Centro	**6**	**0,21**	**5**	**0,02**	**2**	**0,07**	**6**	**0,20**	**5**	**0,17**	**6**	**0,20**	**20**	**0,65**
Jujuy	2	2,61	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Salta	2	1,41	2	1,40	1	0,69	4	2,72	4	2,69	2	1,33	11	7,25
Tucumán	0	0,00	0	0,00	1	0,58	0	0,00	0	0,00	1	0,56	0	0,00
NOA	**4**	**0,71**	**2**	**0,35**	**2**	**0,35**	**4**	**0,69**	**4**	**0,68**	**3**	**0,50**	**11**	**1,83**
Chubut	0	0,00	2	3,20	2	3,15	1	1,55	1	1,53	0	0,00	1	1,48
Neuquén	0	0,00	1	1,50	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,43	1	1,41
Río Negro	0	0,00	1	1,33	0	0,00	2	2,59	2	2,56	2	2,53	2	2,51
Sur	**0**	**0,00**	**4**	**1,36**	**2**	**0,67**	**3**	**0,99**	**3**	**0,97**	**3**	**0,96**	**4**	**1,26**
Total País	**10**	**0,22**	**11**	**0,24**	**6**	**0,13**	**13**	**0,28**	**12**	**0,26**	**12**	**0,25**	**35**	**0,73**

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

A nivel nacional, la tasa de mortalidad de la temporada actual (0,73 casos fallecidos por 1.000.000 hab.) es casi 3 veces mayor respecto a la temporada anterior hasta las SE20 (0,25 casos fallecidos por 1.000.000 hab.) y la más alta de todo el periodo analizado con un total de 35 fallecidos. Para el mismo período, la región del NOA presenta la mayor tasa de mortalidad (1,83 casos fallecidos por 1.000.000 hab.). La totalidad de los fallecimientos observados en la región (11 casos) corresponden a la provincia de Salta que, además, es la que mayor mortalidad presenta entre todas las jurisdicciones (7,25 casos fallecidos por 1.000.000 hab.). Sin embargo, la provincia que más fallecidos presenta es la provincia de Buenos Aires, con un total de 18 (0,98 casos fallecidos por 1.000.000 hab.), representando el 51% del total de fallecidos de la temporada en curso.

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

Mapa 1. Hantavirosis: Distribución espacial de casos e intensidad de incidencia según ecorregiones desde la SE27/2025 a SE 20/2026. Argentina. (N=107)



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

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

composición de las poblaciones de roedores en períodos de mayor abundancia e identificar los ambientes asociados a las especies reservorio.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(https://www.youtube.com/watch?v=-HiAyk4Q4A0&list=PLwad1oRGFEgCJjrq_K6adm-5rytQL1qAJ&index=2)

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

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

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

VI.3.A. EPIDEMIOLOGÍA

Al 26 de mayo, se notificaron un total de 13 casos (once confirmados y dos probables), incluidas tres muertes (dos confirmadas y una probable). Cinco de estos casos presentaron síntomas durante la repatriación. Todos los casos confirmados por laboratorio corresponden a infección por virus Andes. A su vez, todos eran pasajeros del MV Hondius.

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

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

El Ministerio de Salud de la Nación continúa trabajando en las investigaciones epidemiológicas dentro del territorio nacional para determinar el posible origen del contagio. Asimismo, se sostiene contacto permanente con las provincias a fin de colaborar en el relevamiento y estudio epidemiológico de campo en relación a los casos 1 y 2.

Investigación ambiental en Tierra del Fuego y Mendoza

Se encuentra a la espera de los resultados de laboratorio correspondientes al análisis de muestras de sangre y tejidos obtenidas de los animales capturados en Ushuaia en la semana del 18 de mayo.

En relación con la provincia de Mendoza, el INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán” realizará la semana del 8 de junio operativos de captura y análisis de roedores en el sur de la provincia, área donde el caso índice realizó actividades turísticas.

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

Circular "Actualización de normas para la vigilancia de hantavirosis - Mayo 2025", disponible en el siguiente link: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/circular_vigilancia-hantavirus-16052025.pdf

La Ficha de Notificación e Investigación Epidemiológica se encuentra disponible en el siguiente link: https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/fichas (Síndrome Febril Agudo Inespecífico)

La ficha clínica epidemiológica para derivación y el Instructivo de envío de muestras para diagnóstico se encuentran disponible en el siguiente link: https://www.argentina.gob.ar/hantavirus-0

INFORMES
ESPECIALES

VII. Vigilancia ambiental de los virus de la Hepatitis A y E en aguas residuales del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA)

VII.1. La vigilancia ambiental a través de aguas residuales

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 el 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[27].

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.

Por estas razones, en marzo de 2021 la Comisión Europea recomendó a los Estados Miembros implementar sistemas de vigilancia de aguas residuales para SARS-CoV-2, priorizando grandes centros urbanos con más de 150.000 habitantes[28] .

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 del virus de la hepatitis A (HAV) y del virus de la hepatitis E (HEV), así como para el monitoreo de agentes 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

[27] Organización Mundial de la Salud (OMS). Field guidance for the implementation of environmental surveillance for poliovirus and other enteroviruses. OMS; 2023.
[28] Comisión Europea. Recomendación (UE) 2021/472 de la Comisión, de 17 de marzo de 2021, sobre un enfoque común para establecer una vigilancia sistemática del SARS-CoV-2 y sus variantes en las aguas residuales de la UE. Diario Oficial de la Unión Europea. 2021;L 98:3–4.

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, comenzaron en el año 2021 la implementación de esta vigilancia en diferentes plantas depuradoras de residuos cloacales ubicadas en diferentes puntos del conurbano bonaerense y que sirven a diferentes partidos de Buenos Aires y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Este informe es el tercero –tras los publicados en los BEN N°804 y 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 virus de la hepatitis A y E en aguas residuales del AMBA.

VII.2.Vigilancia de los virus de la hepatitis A y E en aguas residuales

Los virus de la hepatitis A y E (HAV y HEV) son una de las principales causas de hepatitis aguda en humanos. Ambos son virus entéricos de transmisión fecal-oral, generalmente asociados al consumo de agua o alimentos contaminados, y presentan patrones epidemiológicos, vías de transmisión y características clínicas similares, aunque no idénticas. Mientras que la incidencia de hepatitis A ha disminuido en países con mejoras en las condiciones sanitarias y la implementación de programas de vacunación, la infección por HEV se reconoce actualmente como un patógeno emergente y subdiagnosticado.

En Argentina, la hepatitis A es una enfermedad inmunoprevenible, incorporada al Calendario Nacional de Vacunación desde el año 2005. Como consecuencia de la disminución de la circulación viral, los adultos constituyen actualmente el principal grupo susceptible. En contraste, la infección por HEV presenta características epidemiológicas particulares: no se incluye sistemáticamente en el diagnóstico de hepatitis aguda, una proporción importante de las infecciones cursa de manera asintomática y, en el caso del genotipo 3, puede transmitirse de forma zoonótica.

La elevada eliminación de partículas virales en heces, junto con su estabilidad físico-química, facilita su detección en aguas residuales. Estas matrices permiten identificar los virus presentes y analizar sus características genéticas, aportando información relevante sobre su circulación en la población. En este contexto, el presente informe describe la detección de HAV y HEV en aguas residuales del Área Metropolitana de Buenos Aires.

VII.3.Nota Metodológica

Durante el período comprendido entre diciembre de 2022 y septiembre de 2025 se procesaron muestras de agua residuales provenientes de cinco plantas depuradoras de de AySA ubicadas en el AMBA: Planta Depuradora Norte, Planta Depuradora Hurlingham, Planta Depuradora Sudoeste, Planta Depuradora El Jagüel, Planta Depuradora Berazategui (Mapa 1).

Mapa 1. Plantas de tratamiento de aguas residuales que forman parte de la red de vigilancia ambiental del AMBA AySA-INEI.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de AySA.

Los períodos específicos en los que se recibieron muestras de cada planta fueron los siguientes:

- Planta Depuradora Norte, Planta Sudoeste, Planta Depuradora Berazategui: entre diciembre de 2022 y septiembre de 2025.
- Planta Depuradora Hurlingham: entre abril de 2024 y septiembre de 2025.
- Planta Depuradora El Jagüel: entre mayo de 2024 y septiembre de 2025.

Se recolectaron muestras mensuales por planta, a excepción de la Planta Depuradora Sudoeste en la que sistemáticamente se tomaron muestras diferentes de cada uno de los dos módulos que la componen. Por este motivo, en el análisis de resultados de positividad por mes, se consideraron en total 6, discriminando Sudoeste módulo 1 y Sudoeste módulo 2 (Gráficos 3 y 4).

Las muestras fueron remitidas al Departamento de Virología del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán” para su análisis. Estas muestras fueron sometidas a un proceso de concentración mediante precipitación con PEG 6000, seguido de la extracción de ácidos nucleicos por métodos comerciales. Los extractos obtenidos fueron utilizados para la detección de HAV y HEV mediante técnicas de biología molecular como RT-qPCR y RT-nested PCR. Adicionalmente, en un subconjunto de muestras positivas se realizó la amplificación de regiones genómicas específicas seguida de secuenciación y análisis filogenético, con el objetivo de caracterizar las variantes virales detectadas.

Para el cálculo de la positividad acumulada por planta, se consideró el total de muestras recibidas para cada planta (período diciembre de 2022 - septiembre de 2025).

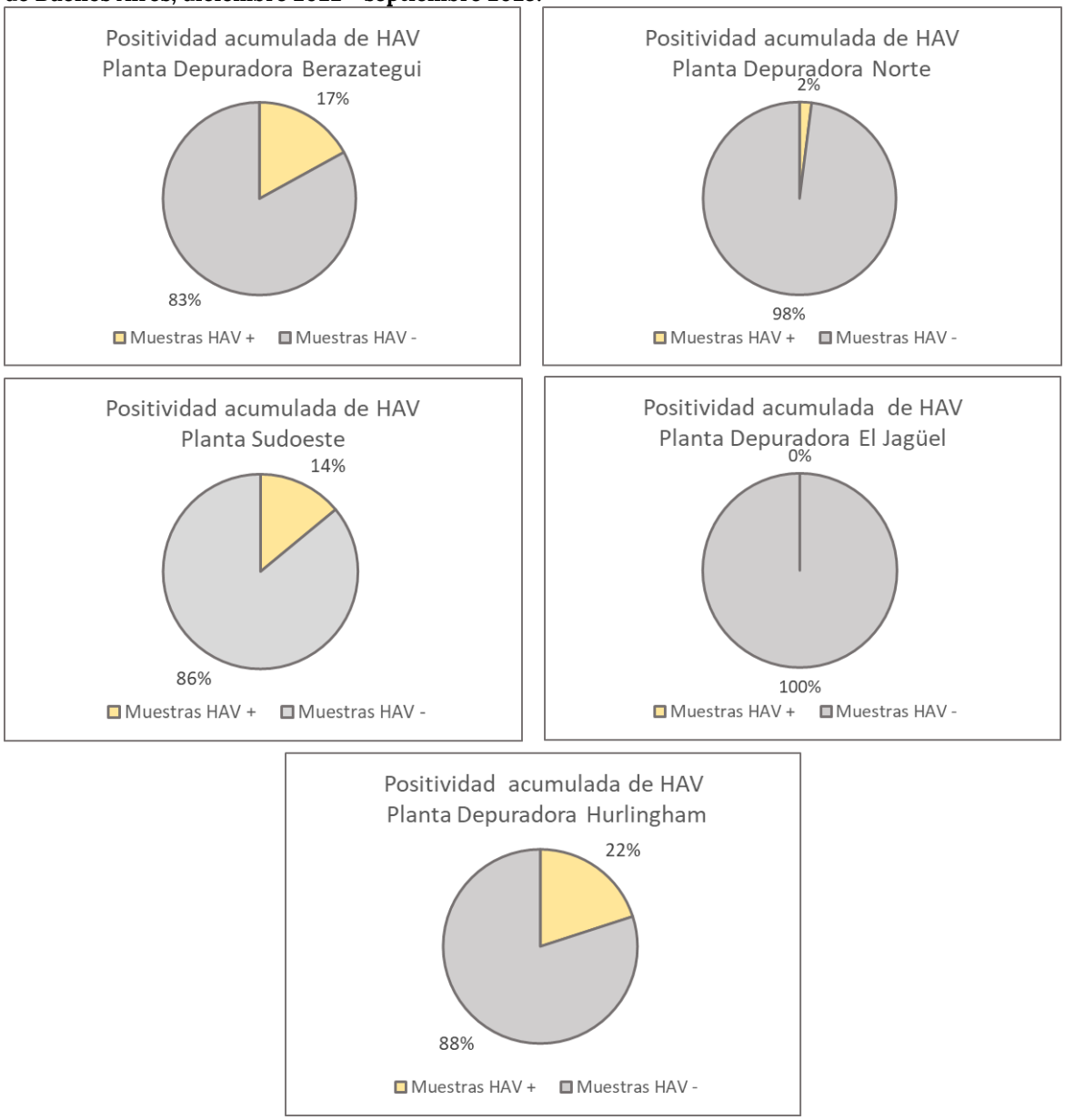
Para el análisis temporal de los resultados de las muestras de cada planta, se consideró el período comprendido entre mayo de 2024 hasta septiembre de 2025.

VII.4. Resultados

VII.4.A. POSITIVIDAD ACUMULADA DE HAV Y HEV POR PLANTA DEPURADORA

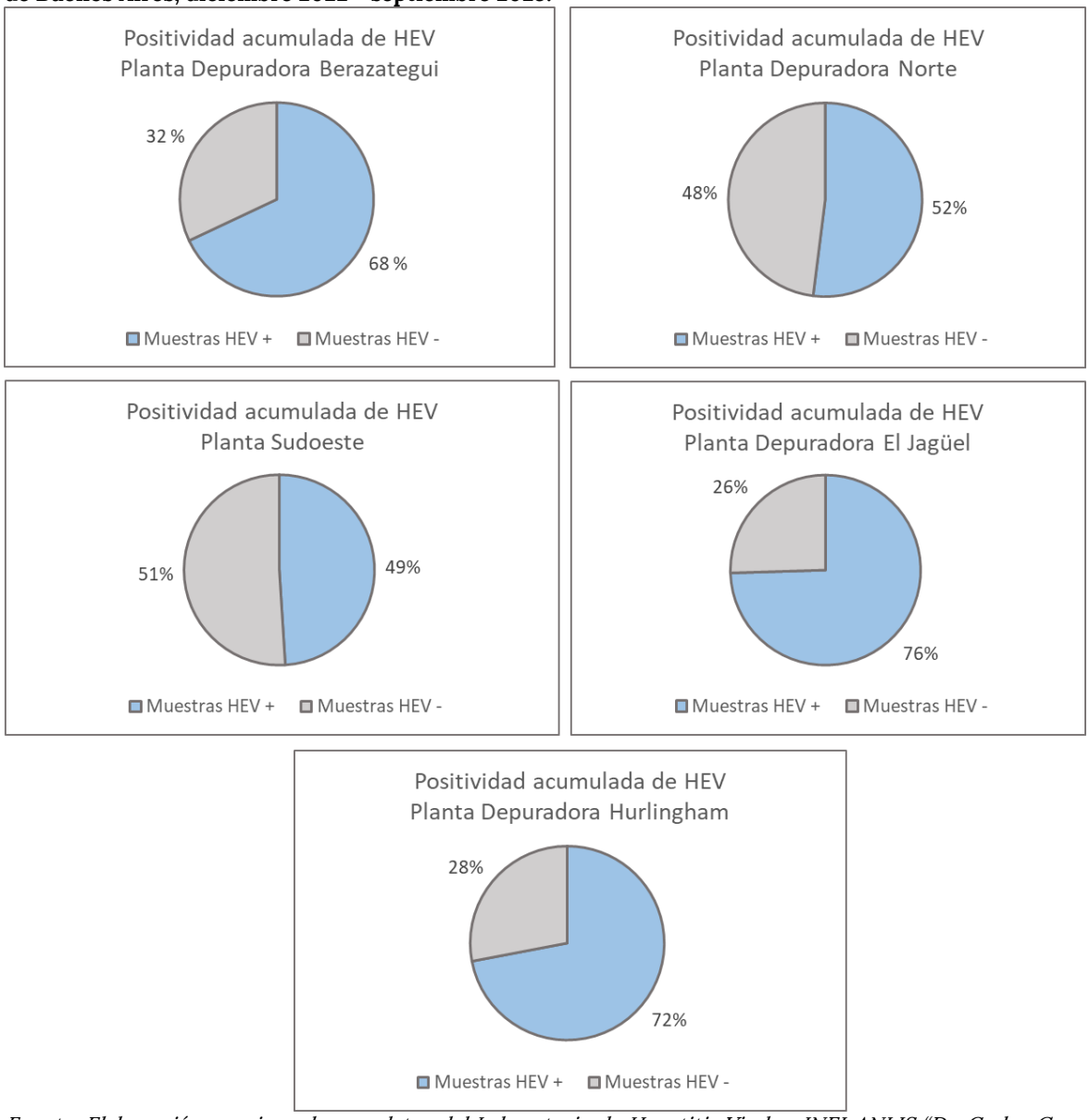
El análisis de la positividad acumulada en las plantas depuradoras evidenció diferencias en la positividad de ambos virus. Mientras que HAV mostró una detección discontinua y restringida a algunas plantas, con bajos porcentajes de positividad (mínimo de 0% en el Jagüel y máximo de 22% en Hurlingham), HEV fue detectado en todas las plantas estudiadas, con mayores porcentajes de positividad (mínimo de 49% en Planta Sudoeste y máximo de 76% en el Jagüel) (Gráficos 1 y 2).

Gráfico 1. Porcentaje de positividad acumulada de HAV por planta depuradora. Área Metropolitana de Buenos Aires, diciembre 2022 - septiembre 2025.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Laboratorio de Hepatitis Virales. INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"

Gráfico 2. Porcentaje de positividad acumulada de HEV por planta depuradora. Área Metropolitana de Buenos Aires, diciembre 2022 - septiembre 2025.



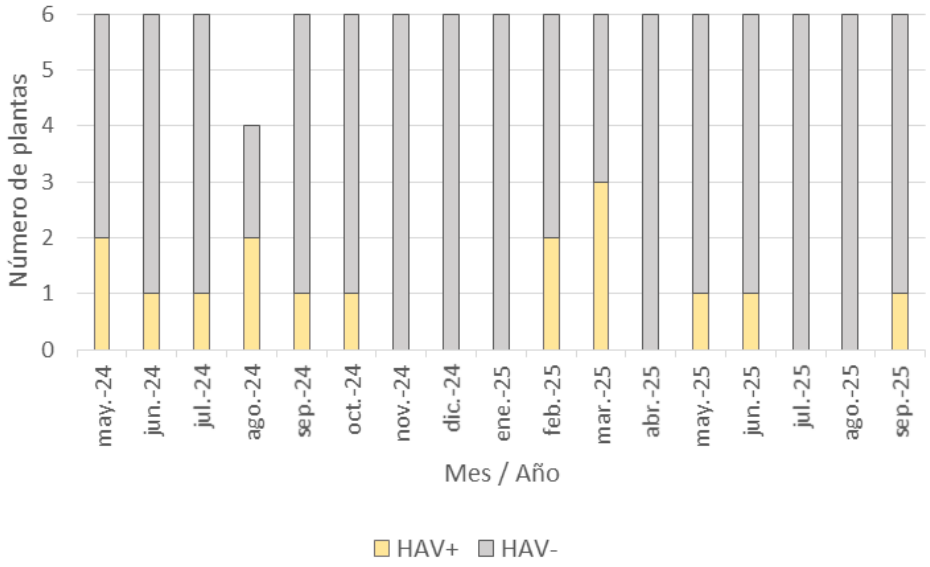
Fuente: Elaboración propia en base a datos del Laboratorio de Hepatitis Virales. INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"

VII.4.B. DETECCIÓN TEMPORAL DE HAV Y HEV POR MES

El análisis temporal de la detección mostró diferencias entre ambos virus. HAV se detectó de manera esporádica y en un menor número de plantas en algunos meses, evidenciando una circulación intermitente. En contraste, HEV se detectó en varios meses y en un mayor número de plantas depuradoras, lo que respalda la presencia de circulación sostenida del virus durante el período analizado (Gráficos 3 y 4).

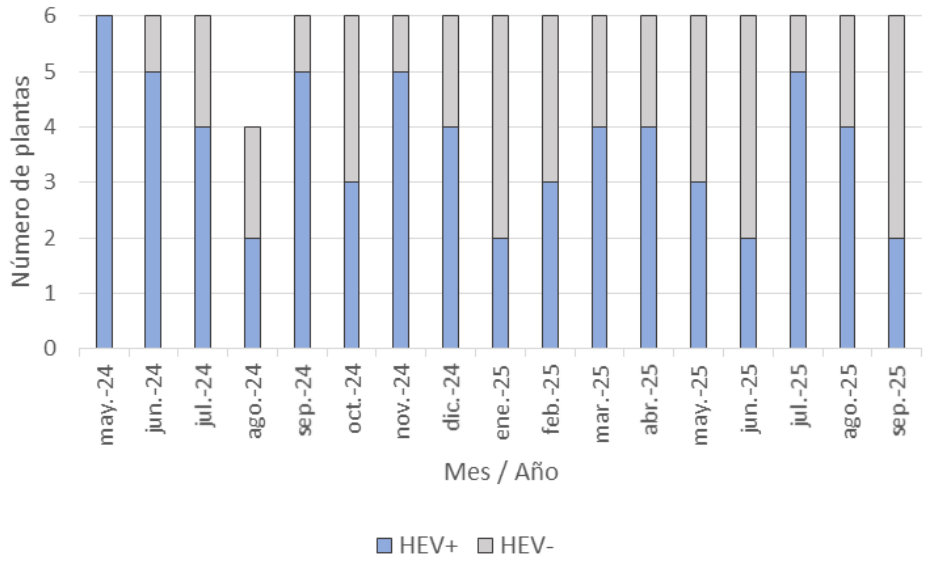
El análisis de la detección mensual de HAV y HEV no evidenció un patrón estacional claro para ninguno de los dos virus.

Gráfico 3. Detección de HAV por mes y año. Área Metropolitana de Buenos Aires, mayo 2024 – septiembre 2025.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Laboratorio de Hepatitis Virales. INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"

Gráfico 4. Detección de HEV por mes y año. Área Metropolitana de Buenos Aires, mayo 2024 – septiembre 2025.

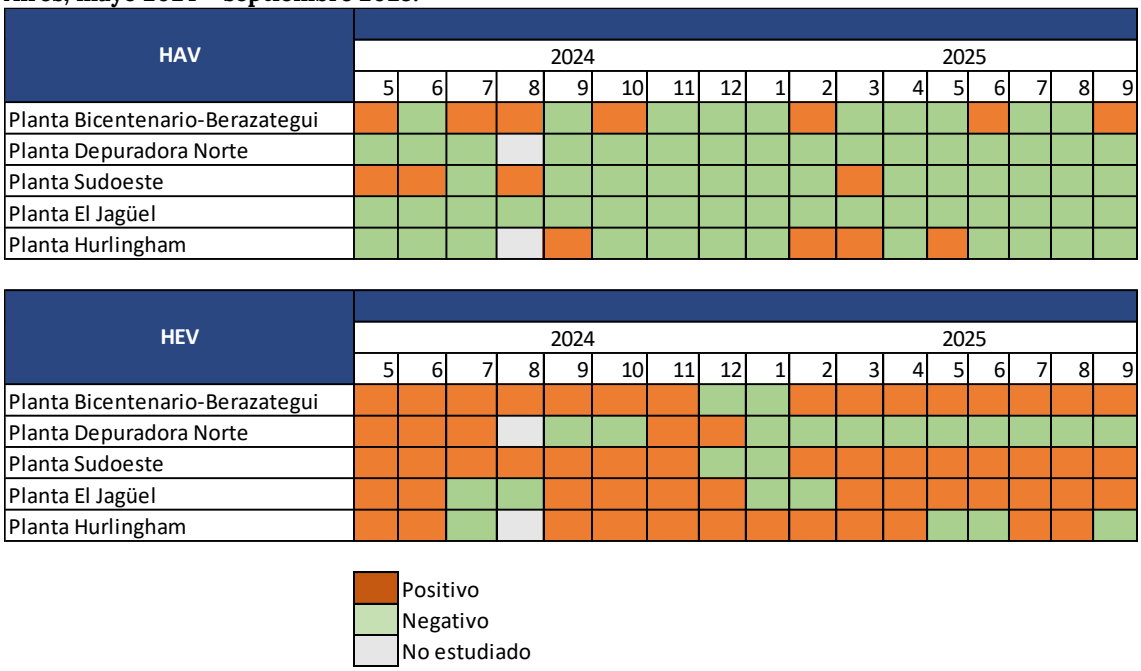


Fuente: Elaboración propia en base a datos del Laboratorio de Hepatitis Virales. INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"

VII.4.C. DETECCIÓN DE HAV Y HEV POR PLANTA DEPURADORA Y POR MES

La visualización mensual por planta depuradora evidenció detecciones esporádicas para HAV, mientras que HEV mostró detecciones más frecuentes y extendidas en las distintas plantas, lo que resulta consistente con una circulación sostenida del virus en el sistema cloacal del AMBA (Gráfico 5).

Gráfico 5. Detección de HAV y HEV por planta depuradora, mes y año. Área Metropolitana de Buenos Aires, mayo 2024 – septiembre 2025.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Laboratorio de Hepatitis Virales. INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"

VII.4.D. CARACTERIZACIÓN MOLECULAR DE LOS VIRUS DETECTADOS

En relación con HAV, el análisis filogenético de 12 secuencias obtenidas de aguas residuales (región VP1/2A) evidenció que todas las variantes correspondieron al subgenotipo IA, en concordancia con el predominio de este subgenotipo en Argentina.

Las secuencias ambientales se agruparon en un mismo clado junto con la variante europea VRD_521_2016 y con secuencias de muestras clínicas incluidas en este estudio. Estas últimas correspondieron en su mayoría a casos adultos masculinos, residentes de CABA, Buenos Aires, Mendoza, Córdoba y Santa Fe, entre los cuales se registró, en varios casos, antecedente de prácticas sexuales entre hombres (HSH). Cabe destacar que esta misma variante fue asociada a brotes en poblaciones HSH en Europa)[29].

En cuanto a HEV, el análisis filogenético de 20 secuencias ambientales, basado en un fragmento de ORF2, permitió clasificarlas dentro del genotipo 3, en concordancia con lo previamente descripto en Argentina. A su vez, la mayoría de las secuencias se agruparon dentro del clado 3.1, de acuerdo con la clasificación actualizada de HEV-3 propuesta por Nicot et al. (2021)[30], evidenciando la diversidad genética de las variantes circulantes.

VII.5. Conclusiones

Mientras que el HAV mostró detecciones menos frecuentes y restringidas a algunas plantas, el HEV fue detectado en todas las plantas depuradoras y en múltiples momentos a lo largo del período analizado.

La menor detección de HAV resulta consistente con el impacto de la introducción de la vacuna en el Calendario Nacional de Vacunación desde el año 2005, que resultó en una

[29] Para más información consignar el Boletín Epidemiológico Nacional N°801, SE 11, Año 2026
[30] Nicot F, et al. Classification of the zoonotic hepatitis E virus genotype 3 into distinct subgenotypes. Front Microbiol. 2021;11:634430. doi:10.3389/fmicb.2020.634430.

disminución drástica del número de casos registrados anualmente y con la epidemiologia de la enfermedad en centros urbanos, caracterizada por casos esporádicos en población adulta susceptible y asociada a prácticas sexuales oral-anal.

En contraste, la mayor detección de HEV sugiere una circulación más extendida de este virus en la comunidad. No obstante, la interpretación de estos hallazgos debe considerar que esta mayor detección ambiental no necesariamente se ve reflejada en la epidemiología de los casos clínicos, lo que podría explicarse por el hecho de que HEV no siempre se incluye en el diagnóstico de hepatitis aguda y que una proporción importante de las infecciones cursa de manera asintomática. Asimismo, su transmisión zoonótica podría contribuir a la detección del virus en aguas residuales, sin que esta sea necesariamente de origen exclusivamente humano.

Asimismo, la caracterización molecular permitió identificar la circulación de HEV-3 y de HAV subgenotipo IA en muestras ambientales, en concordancia con los genotipos reportados en casos clínicos en Argentina.

Estos hallazgos demuestran que la vigilancia de hepatitis A y E en aguas residuales constituye un complemento robusto de la vigilancia epidemiológica tradicional, al permitir tanto la correlación con eventos previamente identificados —como en el caso de la hepatitis A— como la detección de circulación viral no reconocida por el sistema de salud, particularmente para hepatitis E.

En conjunto, el monitoreo ambiental se consolida como una herramienta clave para fortalecer la vigilancia integrada de las hepatitis virales. Su implementación sostenida y su ampliación podrían contribuir a mejorar la detección temprana, optimizar la comprensión de las dinámicas de transmisión y orientar de manera más efectiva las estrategias de prevención y control.

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).

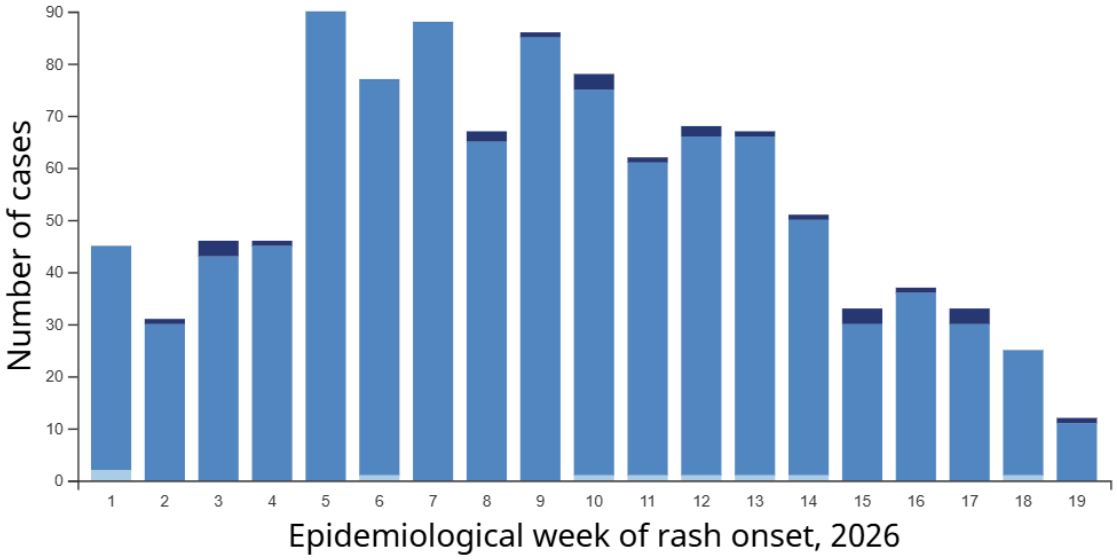
VIII.1. Sarampión - Situación epidemiológica regional

VIII.1.A. CANADÁ[31]

En 2026, se han notificado un total de 1.042 casos de sarampión (964 confirmados, 78 probables) en 7 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Escocia, Ontario, Quebec y Saskatchewan), hasta el 16 de mayo del 2026.

En la semana 19 (del 10 al 16 de mayo del 2026), se notificaron 24 nuevos casos de sarampión (23 confirmados y 1 probables).

Figura 1. Curva epidemiológica de casos de sarampión, por semana epidemiológica de inicio de la erupción y fuente de exposición, 2026 (n=1.042)



VIII.1.B. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA[32]

Al 28 de mayo de 2026, se notificaron 1.983 casos confirmados de sarampión en los Estados Unidos durante 2026. De estos, 1.974 casos fueron reportados por 40 jurisdicciones: Alaska, Arizona, California, Colorado, Distrito de Columbia, Florida, Georgia, Idaho, Illinois, Kansas, Kentucky, Luisiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Misuri, Montana, Nebraska, Nueva Jersey, Nuevo México, Ciudad de Nueva York, Estado de Nueva York, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregón, Pensilvania, Rhode Island, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, Wisconsin y Wyoming. Se notificaron 9 casos de sarampión en visitantes internacionales a los Estados Unidos.

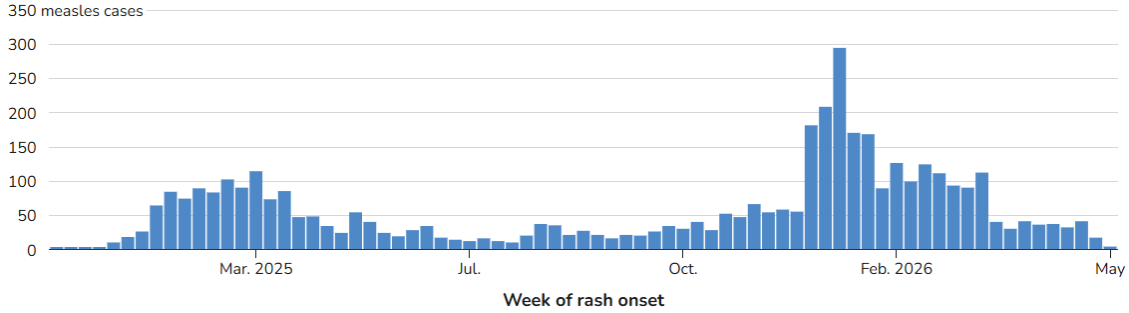
Se han notificado 30 nuevos brotes en 2026, y el 93% de los casos confirmados (1.847 de 1.983) están asociados a brotes (517 correspondientes a brotes en 2026 y 1.330 a brotes que comenzaron en 2025).

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.

[31] https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/
[32] https://www.cdc.gov/measles/data-research/

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 28/05/26).



VIII.1.C. GUATEMALA[33]

Al 27 de mayo de 2026 se han confirmado 6.562 casos de sarampión y se encuentra vigente la "Alerta roja a nivel nacional por sarampión", indicando que hay un brote activo y alto riesgo de expansión. Se registran 9.710 casos probables (por definición clínica o nexo epidemiológico).

A su vez, se han registrado un total de 15 fallecidos, en su mayoría menores de edad que no se encontraban en edad de haber podido completar su esquema de vacunación.

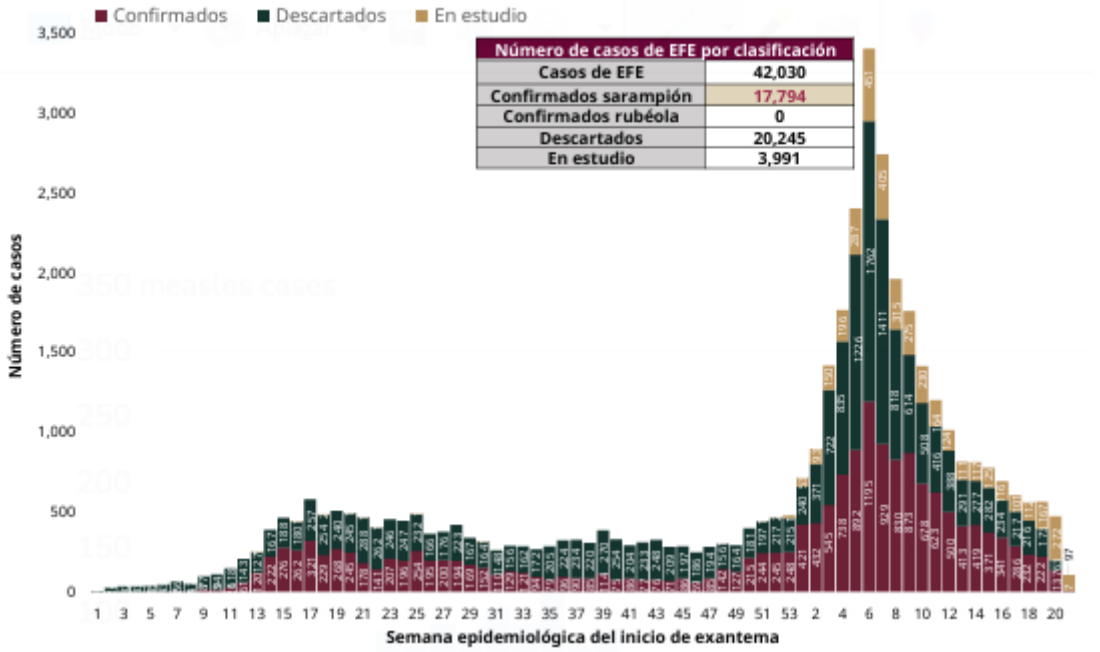
VIII.1.D. MÉXICO[34]

Al 15 de mayo, se han reportado 17.794 casos confirmados de sarampión acumulados desde el comienzo del brote. El grupo de edad más afectado es de 1 a 4 años (2.309 casos), seguido del grupo el de 25 a 29 años (2.069 casos) y por último el de 5 a 9 años (2.037 casos).

Se han reportado 41 fallecimientos a la fecha.

[33] https://saludjuntos.gt/
[34] *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[35]

Al 22/05/2026 la República del Perú cuenta con 409 casos confirmados correspondientes al año 20026. No se registran fallecimientos a la fecha.

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

Figura 1. Notificación de casos confirmados de sarampión-rubeola, 2026 (n=409)

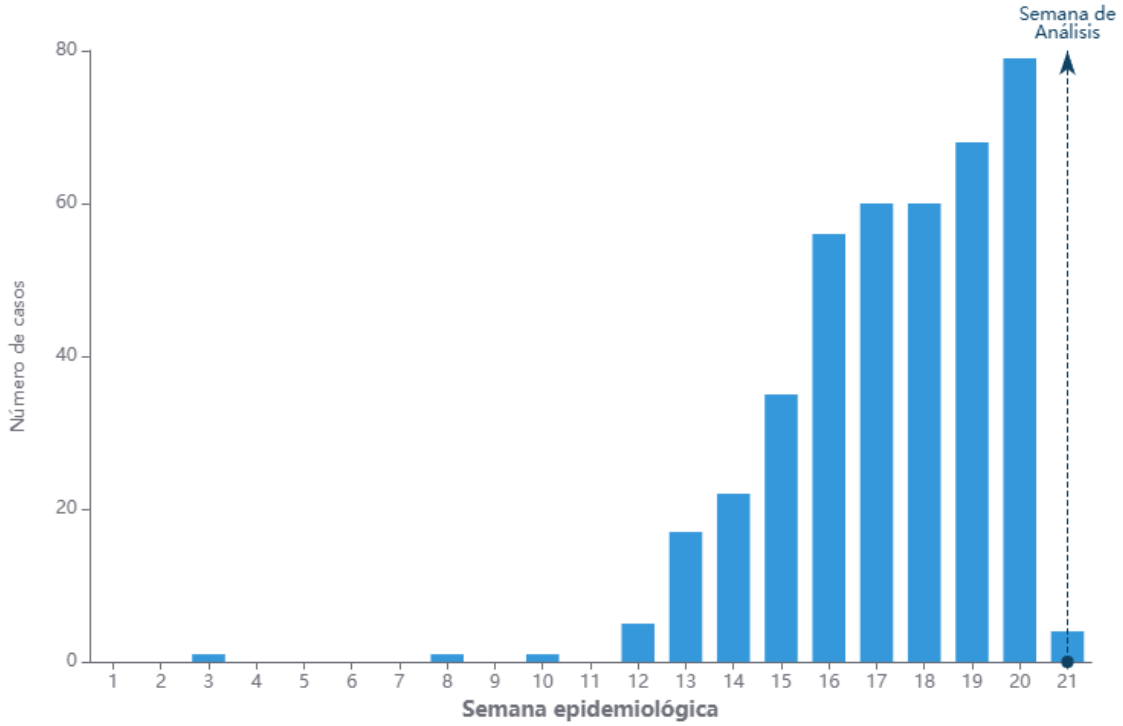
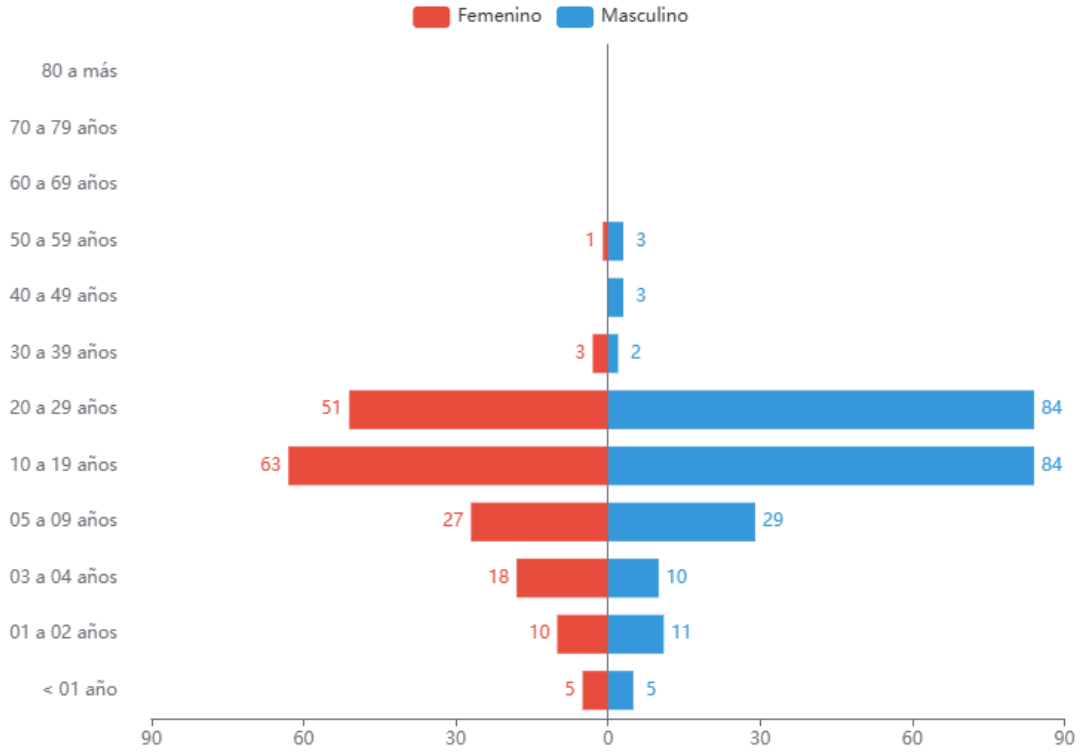


Figura 2. Distribución acumulada por sexo y grupo de edad, 2026.



VIII.2. Enfermedad por el virus del Ébola causada por el virus Bundibugyo - República Democrática del Congo

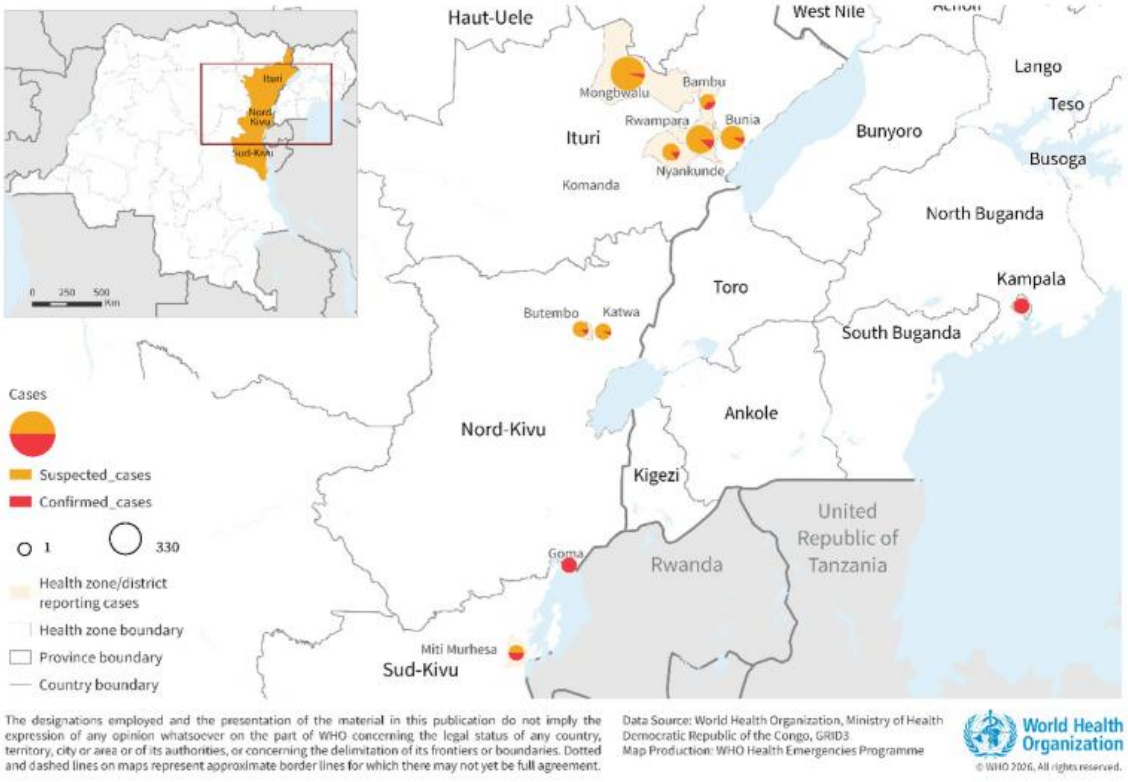
Recibido a través del CNE el 21/05/2026

El 15 de mayo de 2026, el Ministerio de Salud Pública, Higiene y Bienestar Social de la República Democrática del Congo (RDC) declaró oficialmente el 17.º brote de enfermedad por el virus del Ébola tras la confirmación por laboratorio de enfermedad por virus Bundibugyo (BVD, por sus siglas en inglés) en ocho muestras. Paralelamente, el 15 de mayo de 2026, el Ministerio de Salud de Uganda confirmó un brote de BVD tras la identificación de un caso importado desde la RDC.

El 17 de mayo de 2026, el Director General de la OMS, tras consultar a los Estados Partes donde se sabe que el evento está ocurriendo actualmente, determinó que la enfermedad por el virus del Ébola causada por el virus Bundibugyo en la RDC y Uganda constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII), según lo definido en las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional (RSI).

Desde la publicación de la última actualización Disease Outbreak News el 16 de mayo de 2026, el número de casos sospechosos y confirmados ha aumentado rápidamente en la RDC, con expansión geográfica hacia Kivu del Norte y Kivu del Sur. En total, al 21 de mayo de 2026 se notificaron 746 casos sospechosos, incluidos 176 fallecimientos entre los casos sospechosos en la RDC; y 85 casos confirmados (dos en Uganda), incluidos diez fallecimientos (uno en Uganda) (letalidad del 12%) en ambos países.

Figura 1. Distribución de casos sospechosos y confirmados de enfermedad por virus Bundibugyo en la República Democrática del Congo y Uganda, al 21 de mayo de 2026.



República Democrática del Congo

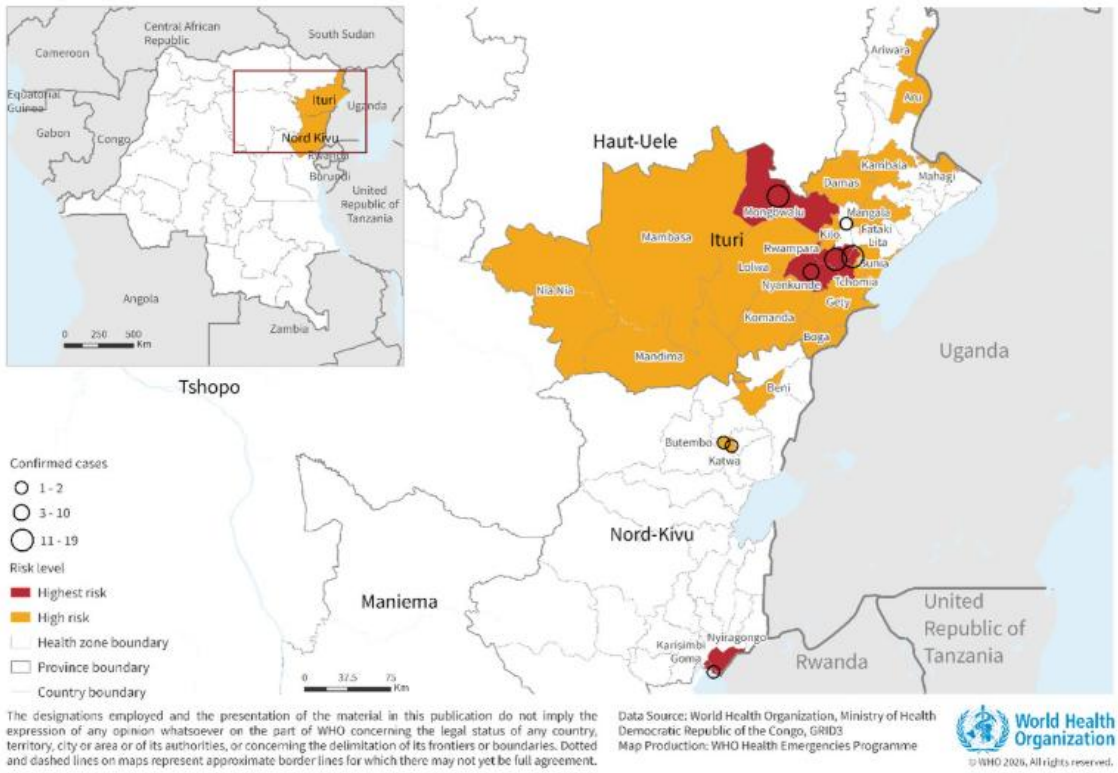
Hasta el 21 de mayo de 2026, se notificaron en la RDC un total de 83 casos confirmados, incluidos nueve fallecimientos (letalidad del 11%); y 746 casos sospechosos, incluidos 176 fallecimientos, provenientes de 15 zonas de salud (HZ, por sus siglas en inglés) en las provincias de Ituri, Kivu del Norte y Kivu del Sur. Hasta la fecha se han reportado cuatro muertes de trabajadores de la salud. Las investigaciones epidemiológicas y de laboratorio continúan en curso para reclasificar todos los casos sospechosos y fallecimientos reportados en la RDC.

Las zonas de salud más afectadas son Mongbwalu, Rwampara y Bunia, que en conjunto representan el 96% de los casos sospechosos y el 79% de los casos confirmados.

Hasta el 21 de mayo, se habían identificado 1603 contactos en la provincia de Ituri y uno de ellos pasó a ser un caso sospechoso. Sin embargo, el seguimiento continúa siendo débil debido a la inseguridad y las restricciones de movimiento. La tasa de seguimiento al 21 de mayo es del 21%. El 21 de mayo se notificaron 84 nuevas alertas y se investigaron 77, todas las cuales fueron validadas.

También se identificó como caso confirmado a un ciudadano estadounidense que trabajaba en la RDC como cirujano. Se considera que la exposición ocurrió durante un procedimiento médico realizado el 11 de mayo. El inicio de síntomas fue reportado el 16 de mayo y la confirmación de laboratorio se recibió el 20 de mayo. Actualmente, el caso se encuentra en una unidad de aislamiento de alta complejidad en Berlín, Alemania, donde recibe tratamiento.

Figura 2. Mapa de riesgo de las zonas de salud en la RDC al 21 de mayo de 2026.



Las actividades de respuesta continúan enfrentando diversos desafíos, entre ellos:

Ausencia de instalaciones estandarizadas de aislamiento y tratamiento, así como debilidad en los circuitos de tamizaje y derivación.

Implementación inconsistente de medidas de entierro seguro y digno, lo que subraya el importante riesgo de transmisión asociada a la atención de salud.

Los riesgos de transmisión transfronteriza siguen siendo elevados debido a la inseguridad, las crisis humanitarias, la alta movilidad poblacional, los focos de transmisión urbanos y semiurbanos, y las fronteras porosas, lo que requiere intensificar la vigilancia y el intercambio de información.

Una situación profundamente compleja para las comunidades afectadas, con creciente preocupación por el acceso a servicios de salud gratuitos y de apoyo, la posibilidad de garantizar entierros respetuosos y dignos, y la propagación de desinformación y rumores.

El conflicto en curso en la provincia de Ituri restringe el movimiento de los equipos de vigilancia, el despliegue de Equipos de Respuesta Rápida y el transporte de muestras de laboratorio.

Actualmente se considera que el evento se originó en la zona de salud de Mongbwalu, RDC, un área minera de alto tránsito, y que posteriormente los casos se desplazaron hacia Rwampara y Bunia en busca de atención médica. La provincia de Ituri limita con Sudán del Sur y Uganda, y la zona de salud de Bunia se encuentra a menos de 40 km de Uganda. Continúan en curso una investigación epidemiológica completa y actividades de rastreo retrospectivo.

El rol de Ituri como centro comercial y migratorio, junto con su proximidad a Uganda y Sudán del Sur, incrementa el riesgo de exportación regional y transmisión transfronteriza.

Uganda

Hasta el 20 de mayo de 2026, se notificaron en Kampala, Uganda, un total de dos casos confirmados, incluido un fallecimiento. Ambos casos fueron importados desde la RDC. El primer caso fue internado en un hospital privado el 11 de mayo y falleció el 14 de mayo. El traslado del cuerpo hacia la RDC se completó el mismo día. El segundo caso fue confirmado el 16 de mayo en Kampala, en una persona que regresaba desde la RDC y sin vínculos aparentes con el primer caso. Actualmente, el caso permanece internado en la Unidad de Aislamiento y Tratamiento de Mulago, en Uganda. Al momento del reporte, no se había identificado transmisión local en Uganda.

Hasta el 18 de mayo, se habían identificado y mantenían en seguimiento un total de 127 contactos relacionados con ambos casos confirmados importados. Entre ellos se incluyen contactos estrechos del hogar y contactos hospitalarios en los establecimientos donde los casos estuvieron internados.

Los riesgos de exposición están asociados a entornos de atención de salud y a movimientos transfronterizos. El 18 de mayo se notificaron e investigaron dieciocho alertas. Cuatro conglomerados activos de exposición transfronteriza identificados en el distrito de Ntoroko permanecen bajo investigación.

Fuente: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON603

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

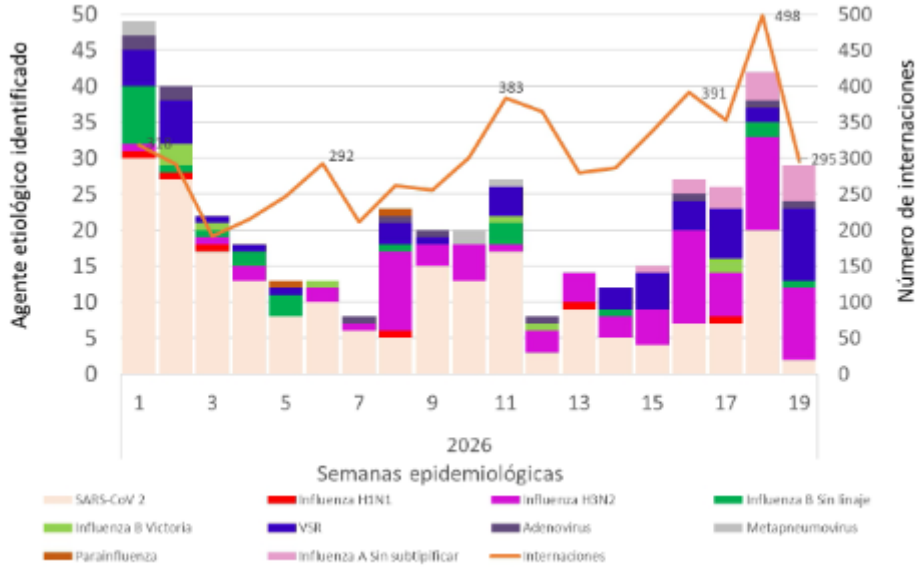
IX. Boletines Jurisdiccionales

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

En la PBA se registra desde SE 12/2026 una tendencia al aumento en las internaciones por IRA asociadas principalmente a la detección de Influenza A(H3N1 y sin subtipificar) aunque también a un nivel bajo pero estable de detecciones de VSR y SARSCoV 2.



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



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

Para más información:

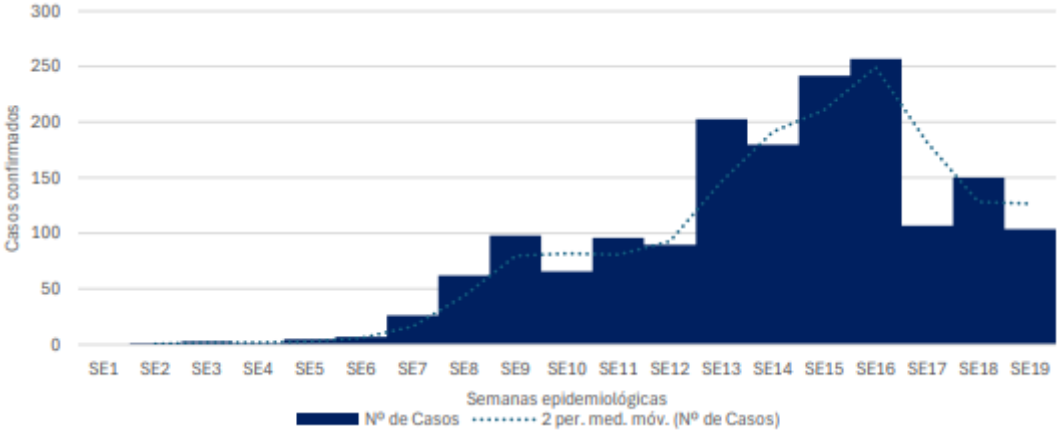
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

IX.2. Salta: Chinkungunya

En la Provincia de S alta hasta la SE 19, se notificaron 1698 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).



Casos confirmados por semana epidemiológica. (SE1 hasta SE19). Año 2026. Provincia de salta (n=1698)



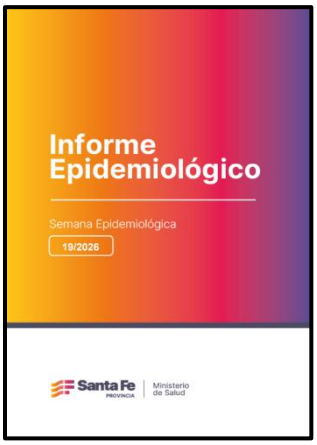
Fuente: Elaboración propia de Sala de situación la D.G.C.E. en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Para más información:

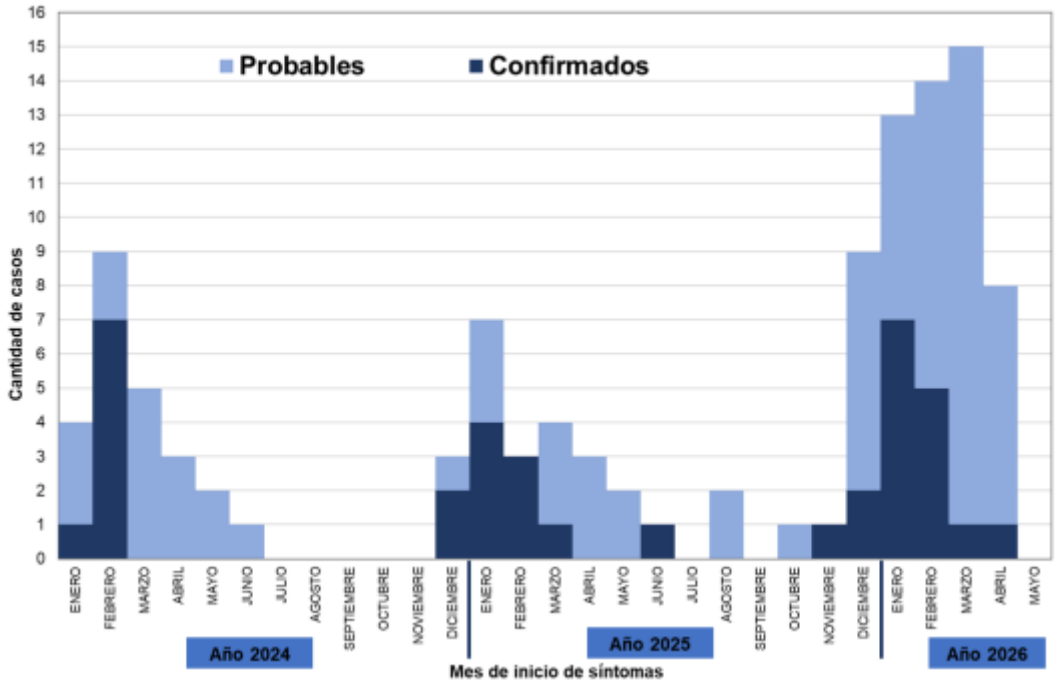
http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/

IX.3. Santa Fe: Psitacosis

En lo que va del 2026 (SE1/2026 a SE19/2026) fueron notificados 98 casos de Psitacosis, de los cuales 50 casos (51%) corresponden a casos confirmados o probables.



Distribución de casos confirmados (n= 36) y probables (n= 74) de Psitacosis según mes de inicio de síntomas. Provincia de Santa Fe. Período 2024-2026 (hasta SE19/2026). N= 11



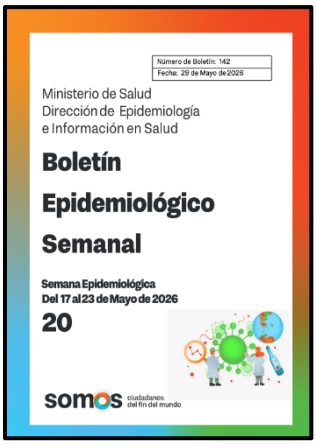
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

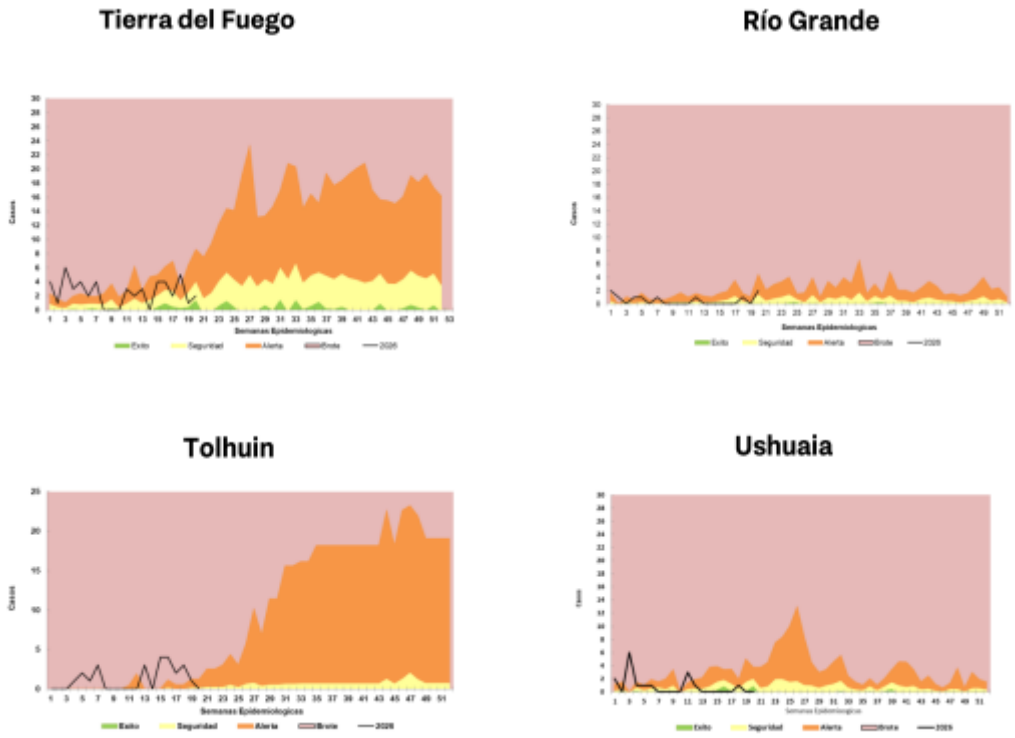
Para más información:

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 seguridad. En la semana 20 se notificaron 2 casos en Río Grande.





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:

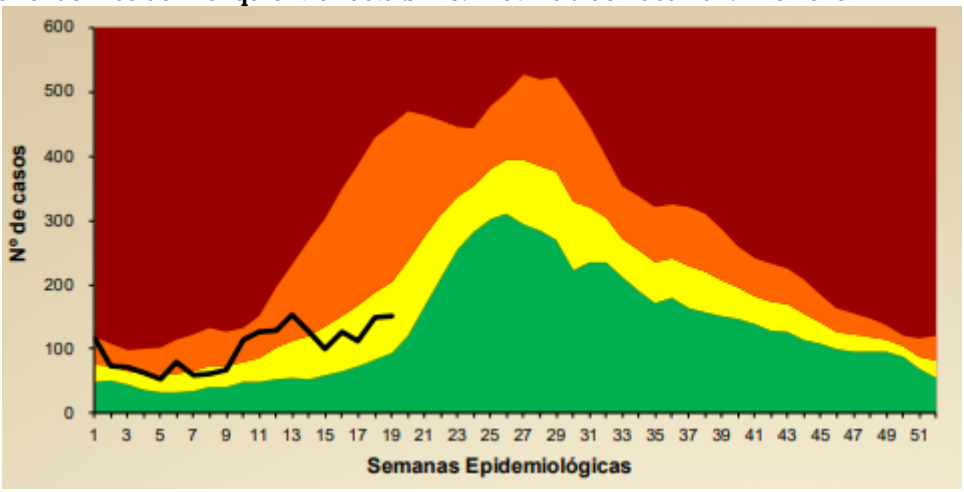
https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/

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 19 se notificaron 152 casos.



Corredor endémico de Bronquiolitis hasta SE 19. Provincia de Tucumán. Año 2026



Fuente: SNVS – Dirección de Epidemiología

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS
PARA VIGILANCIA

X. Reunión Bienal de la Red de Programas de Epidemiología de Campo de América del Sur (REDSUR)



Del 18 al 22 de mayo de 2026 se llevó a cabo en Brasilia, Brasil, el III Taller Estratégico Regional, en el marco de la Reunión Bienal de la Red de Programas de Epidemiología de Campo de América del Sur (REDSUR). El encuentro reunió a representantes de los programas de capacitación en epidemiología de campo de los países miembros, constituyéndose en un espacio clave para la definición de prioridades estratégicas, el fortalecimiento de la colaboración regional y el intercambio de experiencias orientadas al desarrollo de capacidades en salud pública.

La REDSUR articula los Programas de Capacitación en Epidemiología de Campo (Field Epidemiology Training Programs, FETP) de América del Sur con el objetivo de fortalecer una fuerza laboral competente para la vigilancia y la respuesta en salud pública, promoviendo el enfoque de Una Salud y el trabajo multidisciplinario. Actualmente, la red está integrada por Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay.

Los programas que integran la red se basan en la metodología de “aprender haciendo”, mediante entrenamientos en servicio que fortalecen las competencias necesarias para la detección, investigación y respuesta ante eventos de importancia para la salud pública. A través de la cooperación entre países, la REDSUR impulsa el intercambio de experiencias, actividades de capacitación y otras iniciativas destinadas al desarrollo de recursos humanos especializados en la región.

En Argentina, esta estrategia se implementa mediante distintos niveles de formación. En el nivel básico, se desarrolla la formación EpiAr, orientada a la adquisición de competencias fundamentales para la vigilancia y la respuesta en salud pública. En el nivel avanzado, la Residencia de Epidemiología brinda entrenamiento en servicio y fortalece las capacidades para la investigación epidemiológica, el análisis de información y la gestión de eventos de relevancia sanitaria. Ambas iniciativas se encuentran alineadas con los principios de los

programas FETP y contribuyen al desarrollo de una fuerza laboral capacitada para enfrentar los desafíos de salud pública del país.

Como parte de su visión estratégica, la REDSUR aspira a consolidarse como la red de referencia en epidemiología de campo de América del Sur, reconocida por su liderazgo, sostenibilidad y capacidad de articulación entre los países miembros y sus colaboradores, contribuyendo al fortalecimiento de los sistemas de vigilancia y respuesta de la región.

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

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

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

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

<table>
<tr><th colspan="5">MODALIDAD NOMINAL</th></tr>
<tr><th>Fecha de modificación</th><th>Nombre del evento</th><th>Solapa</th><th>Sección</th><th>Cambio realizado</th></tr>
<tr><td rowspan="4">Mayo</td><td>Esporotricosis animal</td><td>Clínica</td><td>Resultado de tratamiento</td><td>Se adiciona: “Tratamiento en curso”, “Tratamiento completo”, “Tratamiento incompleto por evento adverso” y “Tratamiento incompleto por abandono”</td></tr>
<tr><td>Efectos en la salud asociado a temperaturas extremas (frío/calor)</td><td colspan="3">Se quita el evento del “Agrupado clínica”, ya que es nominal actualmente.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Infección Respiratoria Aguda Bacteriana</td><td rowspan="2">Evento</td><td rowspan="2">Clasificación del caso</td><td>Se quita del evento: “Chlamydia psittaci *”

*se vigila en el evento Psitacosis</td></tr>
<tr><td>Se adiciona: “"Chlamydia spp."”</td></tr>
</table>

XII. 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

XIII. 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