

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

BOLETÍN

EPIDEMIOLOGICO NACIONAL

N° 795

Semana epidemiológica 5
AÑO 2026
Desde 01/02 al 07/02
Fecha de publicación
18/02/2026

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA



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:

Botulismo del lactante

Del Ministerio de Salud de la Nación: Área de Salud Ambiental.

De la ANLIS "Carlos G. Malbrán": Servicio de Bacteriología Sanitaria y el Departamento de Epidemiología del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI).

Del INAL el Servicio de Gestión del Riesgo Departamento de Vigilancia Sanitaria y Nutricional de los Alimentos Instituto Nacional de Alimentos (ANMAT)

Coqueluche

Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles y la Dirección de Salud Perinatal, Niñez y Adolescencias (DiSPNyA).

De la ANLIS "Carlos G. Malbrán": el Departamento de Epidemiología y el Servicio de Bacteriología Clínica, ambos del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI).

Dengue y otras arbovirosis

Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores.

De la ANLIS "Carlos G. Malbrán": el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui" (INEVH).

El Servicio Meteorológico Nacional.

Hantavirus

Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores.

De la ANLIS "Carlos G. Malbrán": el Laboratorio Nacional de Referencia de Hantavirus, Servicio de Biología Molecular, Departamento de Virología del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI).

De la ANLIS "Carlos G. Malbrán": el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui" (INEVH).

Infecciones respiratorias

Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DICEI) y la Dirección Nacional de Enfermedades Transmisibles.

De la ANLIS "Carlos G. Malbrán": el Servicio de Virosis Respiratorias y el Departamento de Epidemiología, ambos del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI).

Leptospirosis

Del Ministerio de Salud de la Nación: Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores.

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Dr. Emilio Coni" (INER Coni)

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

Imagen microscópica de la bacteria *Leptospira*, puede encontrarse en aguas dulces que han sido ensuciada por la orina de animales. Puede infectarse si consume o entra en contacto con agua o suelo contaminado. Imagen de archivo de Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

Cómo citar este boletín

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2026). Boletín Epidemiológico Nacional N°795, SE 5.

I. Editorial del BEN 789

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

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

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

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

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



Vet. Cecilia González Lebrero
Directora de Epidemiología



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

II. Sobre este BEN

El BEN N.º 795 presenta, como en números previos, la información producida por las distintas estrategias de vigilancia en Argentina, a partir de los datos notificados al SNVS 2.0 por las jurisdicciones. Se mantiene el esquema editorial habitual, con una organización por secciones que facilita la lectura integrada y la comparación temporal de los eventos priorizados y de los de notificación obligatoria.

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

En Eventos Priorizados, se continúa con la actualización integrada de la vigilancia de infecciones respiratorias agudas, dengue y otros arbovirus, y hantaviriosis, manteniendo una lógica de seguimiento epidemiológico que articula componentes clínicos y de laboratorio, junto con recomendaciones y lineamientos operativos. En infecciones respiratorias agudas se incluye la síntesis de la información nacional destacada, la vigilancia clínica de ETI, neumonía y bronquiolitis, la vigilancia universal de virus respiratorios a través de la red de laboratorios y el apartado de prevención y control, incluyendo vacunación antigripal y tratamiento antiviral. En dengue y otros arbovirus se actualiza la situación regional, se incorpora la estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada 2025–2026, y se presentan la situación de dengue en el país y el seguimiento de chikungunya y otros arbovirus. En hantaviriosis se desarrolla la situación epidemiológica actual, análisis del sistema de atención y acciones ministeriales.

En Situaciones Emergentes, se presenta la actualización de coqueluche, con análisis de la situación internacional y nacional, caracterización de casos por edad y gravedad, y un apartado específico de coberturas de vacunación, integrando una lectura epidemiológica y programática del evento. Asimismo, se incorpora la actualización de EFE–sarampión, con la síntesis de la situación mundial y regional, la situación actual en Argentina y la descripción del último caso confirmado, junto con las acciones implementadas y las recomendaciones para la comunidad y los equipos de salud, incluyendo definiciones de caso y medidas ante casos y contactos

El BEN incorpora además dos actualizaciones periódicas de eventos, con información detallada y componentes operativos para la vigilancia. La actualización de leptospirosis presenta la situación epidemiológica de leptospirosis humana (2021–2025) y la situación actual, e integra el componente de leptospirosis canina, junto con recomendaciones para prevención y control, medidas ante casos, contactos y brotes, y definiciones y criterios para la vigilancia. Por su parte, la actualización de botulismo del lactante desarrolla la situación epidemiológica 2019–2025 y el análisis de casos confirmados, incorporando elementos operativos vinculados a la antitoxina botulínica, medidas de prevención y lineamientos para la toma, almacenamiento y envío de muestras, junto con conclusiones, definiciones de caso y acciones del Ministerio de Salud.

Finalmente, se incluyen los Destacados en boletines jurisdiccionales y, en Herramientas para vigilancia, el listado de modificaciones en codificaciones auxiliares del SNVS 2.0, como insumo para fortalecer la calidad del registro y la comparabilidad de la información.

Contenido

I. Editorial del BEN 789	5
II. Sobre este BEN	6
TABLAS DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS.....	10
III. Tablas de ENO seleccionados	11
III.1. Nota metodológica	11
III.1.A. Sobre la construcción de las tablas	11
III.1.B. Notas adicionales a tener en cuenta	12
III.2. Eventos nominales confirmados	12
III.3. Eventos nominales notificados y confirmados	14
III.4. Nota general sobre la interpretación cromática en las tablas	15
III.5. Eventos agrupados clínicos	15
III.6. Eventos agrupados laboratoriales	17
III.6.A. Sobre la construcción de esta tabla	17
EVENTOS PRIORIZADOS.....	18
IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas	19
IV.1. Nota Metodológica	19
IV.1.A. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios	19
IV.2. Síntesis de la información nacional destacada	19
IV.3. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis	20
IV.3.A. Enfermedad tipo influenza (ETI)	20
IV.3.B. Neumonía	22
IV.3.C. Bronquiolitis	23
IV.4. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios	24
IV.4.A. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Personas Internadas y Fallecidas	28
IV.5. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas	34
IV.5.A. Recomendaciones para equipos de salud	34
IV.6. Vigilancia epidemiológica	35
IV.7. Recomendaciones para la población	36
IV.8. Vacunación antigripal	36
IV.9. Tratamiento antiviral	37
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus	40
V.1. Situación regional	40
V.2. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026	41
V.2.A. Nota metodológica	41
V.3. Situación de dengue en Argentina	43
V.3.A. Inicio de temporada 2025/2026	43
V.3.B. Consideraciones para la vigilancia por laboratorio	45
V.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina	46
V.5. Situación epidemiología de otros arbovirus en Argentina	47
V.5.A. Enfermedad por virus Zika	48
V.5.B. Fiebre de Oropouche	48
V.5.C. Encefalitis de San Luis	48
V.5.D. Fiebre del Nilo Occidental	49
V.5.E. Fiebre Amarilla	49
VI. Hantaviriosis	50
VI.1. Introducción	50
VI.2. Situación epidemiológica actual	51
VI.2.A. Nota metodológica	51
VI.2.B. situación epidemiológica	51
VI.2.C. Sobre las acciones del ministerio de salud de la nación	60
VI.2.D. Conclusiones	61
SITUACIONES EMERGENTES	62
VII. Coqueluche	63

VII.1.	Introducción	63
VII.2.	Situación internacional	63
VII.3.	Situación Epidemiológica actual de Coqueluche en Argentina	64
VII.3.A.	Introducción	64
VII.3.B.	Análisis de los casos notificados y confirmados	65
VII.3.C.	Análisis según edad y gravedad	69
VII.4.	Coberturas de Vacunación	70
VII.4.A.	Coberturas para Total país	70
VII.4.B.	Coberturas según jurisdicción	72
VIII. Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE): Sarampión – actualización informe epidemiológico		75
VIII.1.	Introducción	75
VIII.2.	Situación epidemiológica mundial y regional	75
VIII.2.A.	Situación Mundial	75
VIII.2.B.	Situación Regional	76
VIII.3.	Situación actual en la Argentina	79
VIII.3.A.	Nota metodológica	79
VIII.3.B.	Notificación de casos	79
VIII.3.C.	Distribución geográfica	81
VIII.4.	Sobre el último caso confirmado	83
VIII.4.A.	Descripción del caso actual	83
VIII.4.B.	Acciones realizadas	84
VIII.5.	Recomendaciones para la comunidad	85
VIII.6.	Recomendaciones para los equipos de salud	85
VIII.7.	Vigilancia epidemiológica	85
VIII.7.A.	Definición y clasificación de caso	85
VIII.8.	Medidas de prevención	86
VIII.8.A.	VACUNACIÓN	86
VIII.9.	Medidas ante casos y contactos	87
VIII.9.A.	Medidas ante casos sospechosos y/o confirmados:	87
ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS.....		89
IX. Leptospirosis - Informe epidemiológico		90
IX.1.	Introducción	90
IX.2.	Leptospirosis humana en Argentina	91
IX.2.A.	Nota Metodológica	91
IX.2.B.	Situación Epidemiológica (2021-2025)	91
IX.2.C.	Situación Epidemiológica Actual (2026)	96
IX.3.	Leptospirosis canina en Argentina	97
IX.3.A.	Nota metodológica	97
IX.3.B.	Situación epidemiológica	98
IX.4.	Conclusiones	99
IX.5.	Sobre las acciones del Ministerio de Salud de la Nación	99
IX.6.	Recomendaciones	99
IX.7.	Medidas ante casos y contactos	100
IX.8.	Medidas ante brotes	101
IX.9.	Vigilancia Epidemiológica	102
IX.9.A.	Leptospirosis humana	102
IX.9.B.	Leptospirosis canina	103
IX.9.C.	Definiciones y clasificaciones de caso	104
X. Botulismo del lactante – Informe epidemiológico		105
X.1.	Introducción	105
X.1.A.	Descripción del evento	105
X.1.B.	Antecedentes en el país	106
X.2.	Situación epidemiológica 2019-2025	107
X.2.A.	Nota metodológica	107
X.2.B.	Caracterización de la notificación en el evento	107

X.2.C.	Análisis de casos confirmados	110
X.2.D.	Análisis grupo de edad y antecedentes clínicos y epidemiológicos	115
X.3.	Sobre la Antitoxina botulínica	115
X.3.A.	Composición del Producto Terminado	116
X.4.	Medidas de prevención	116
X.4.A.	Medidas ante casos y contactos	116
X.5.	Indicaciones para toma, almacenamiento y envío de muestras para el estudio de Botulismo del lactante	117
X.5.A.	consideraciones generales para la toma de muestra	117
X.6.	Conclusiones	118
X.7.	Vigilancia epidemiológica	118
X.7.A.	Objetivos de la vigilancia	118
X.7.B.	Definiciones y clasificaciones de caso	118
X.7.C.	Definición de brote	118
X.8.	Sobre las acciones del Ministerio de Salud	118
DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES		120
XI. Boletines Jurisdiccionales		121
XI.1.	Buenos Aires: Coqueluche	121
XI.2.	Salta – Enfermedades tipo influenza (ETI)	122
XI.3.	Santa Fe: Coqueluche	123
XI.4.	Tierra del Fuego: Diarrea aguda	124
XI.5.	Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años	125
HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA.....		126
XII. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0		127

TABLAS DE
EVENTOS DE
NOTIFICACIÓN
OBLIGATORIA
SELECCIONADOS

III. Tablas de ENO seleccionados

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

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

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

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

A continuación, presentamos las tablas de ENO seleccionados:

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

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

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

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

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

III.1. Nota metodológica

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

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

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

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

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

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

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

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

Algunas consideraciones clave sobre las tablas:

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

III.2. Eventos nominales confirmados

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

Tabla 1. Tabla de eventos nominales confirmados. SE 1-5. 2021-2026. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2021-2025 Mediana acumulados SE 1-5	2026 Acumulados SE 1-5	Diferencias 2026 con mediana 2021-2025	
				Absoluta	%
Enf. Trans. por vectores	Chagas agudo vectorial	0	0	0	N/A
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	16	25	9	56%
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	1.420	2.510	1.090	77%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	66	49	-17	-26%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	20	23	3	15%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo)	0	2	2	N/A
	Cisticercosis	1	3	2	200%
	Escorpionismo o Alacranismo	745	1.801	1.056	142%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	95	112	17	18%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi- chiní)	5	6	1	20%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	1	1	0	0%
	Brucelosis	10	14	4	40%
	Hantaviriosis	8	17	9	113%
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	2	5	3	150%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	166	171	5	3%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	4	4	0	0%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	1	1	0	0%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	4	11	7	175%
	Intoxicación/Exposición a Plomo	0	1	1	N/A
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	1.275	1.275	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	81	81	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	31	31	N/A
Pandrogos resistencia	Pandrogos resistencia en Acinetobacter spp.	0	0	0	N/A
	Pandrogos resistencia en Enterobacterales	0	2	2	N/A
	Pandrogos resistencia en Pseudomonas aeruginosa	0	0	0	N/A
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	1.544	1.672	128	8%

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

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

III.3. Eventos nominales notificados y confirmados

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

Tabla 2. Tabla de eventos nominales notificados y confirmados. SE 1-5. 2021-2026. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2021-2025 Mediana acumulados SE 1-5		2026 Acumulados SE 1-5		Diferencias 2026 con mediana 2021-2025			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enfermedades prevenibles por vacunas	Coqueluche (tos convulsa)	170	3	407	128	237	139%	125	4167%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	29	0	112	0	83	286%	0	N/A
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)		0		0		N/A	0	N/A
	Meningitis - Meningoencefalitis	241	90	286	88	45	19%	-2	-2%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomielitis	12	0	11	0	-1	-8%	0	N/A
Enfermedades Transmisibles por vectores	Dengue	1.671	95	3.475	0	1.804	108%	-95	-100%
	Encefalitis de San Luis	39	0	54	0	15	38%	0	N/A
	Fiebre amarilla humana	10	0	19	0	9	90%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	6	0	8	0	2	33%	0	N/A
	Zika	101	0	120	0	19	19%	0	N/A
Enf. trans. por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	26	4	22	2	-4	-15%	-2	-50%
Enf. zoonóticas humanas	Leptospirosis	186	8	408	51	222	119%	43	538%
	Psitacosis	60	12	134	10	74	123%	-2	-17%
ETMI - Enfermedades del niño	Chagas agudo congénito	112	7	390	7	278	248%	0	0%
	Sífilis Congénita	130	80	131	129	1	1%	49	61%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	0	0	3	0	3	N/A	0	N/A
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en emb.	177	158	343	278	166	94%	120	76%
	Sífilis en emb.	967	874	1.380	0	413	43%	-874	-100%
	Hepatitis B en emb.	8	5	6	2	-2	-25%	-3	-60%
Hepatitis virales	Hepatitis A	22	3	43	13	21	95%	10	333%
	Hepatitis B	261	69	333	56	72	28%	-13	-19%
	Hepatitis C	220	134	320	161	100	45%	27	20%
	Hepatitis E	3	0	5	0	2	67%	0	N/A
Infec. de trans. sexual	Sífilis en población general	3.176	2.524	6.361	5.384	3.185	100%	2.860	113%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	35	35	108	102	73	209%	67	191%
Otros eventos de imp. p/ la salud pública	Viruela símica (mpox)	6	1	20	5	14	233%	4	400%

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

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

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

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

III.5. Eventos agrupados clínicos

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

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

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

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

Tabla 3. Tabla de agrupados clínicos. SE 1-5. 2021-2026. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2021-2025 Mediana acumulados SE 1-5	2026 Acumulados SE 1-5	Diferencias 2026 con mediana 2021-2025	
				Absoluta	%
Enf. Trans. Por alimentos	Diarrea	88.609	51.149	-37.460	-42%
Infec. de trans. sexual	Secreción genital purulenta en varones	297	169	-128	-43%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	44	22	-22	-50%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar	3.931	1.680	-2.251	-57%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	60.084	30.508	-29.576	-49%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	3.830	1.984	-1.846	-48%
	Neumonía (sin especificar)	4.837	2.596	-2.241	-46%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	8	331	323	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	9	547	538	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	72	2.035	1.963	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	7	125	118	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	30	873	843	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	106	433	327	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	193	2.915	2.722	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	121	632	511	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	35	284	249	N/A
	Lesiones por electrocución	2	54	52	N/A
	Lesiones por atragantamiento	1	50	49	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	85	5.161	5.076	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	65	2.058	1.993	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	189	2.124	1.935	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	1	89	88	N/A
Otras lesiones en el hogar	50	1.636	1.586	N/A	

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

III.6. Eventos agrupados laboratoriales

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

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

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

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

Tabla 4. Tabla de eventos agrupados laboratoriales. SE 1-5. 2021-2026. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2021-2025 Mediana acumulados SE 1-5		2026 Acumulados SE 1-5		Diferencias 2026 con mediana 2021-2025			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	324	29	167	7	-157	-48%	-22	-76%
	Infección por Mycoplasma genitalium	82	2	31	0	-51	-62%	-2	-100%
	Infección por Mycoplasma hominis	220	21	108	22	-112	-51%	1	5%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	1.211	60	172	9	-1.039	-86%	-51	-85%
	Infección por Trichomonas vaginalis	2.254	253	859	103	-1.395	-62%	-150	-59%

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

EVENTOS **PRIORIZADOS**

IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

IV.1. Nota Metodológica

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

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

IV.1.A. SITUACIÓN REGIONAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS¹

La actividad de influenza en la Región de las Américas continúa con una tendencia al alza, principalmente relacionada con el aumento de la circulación en el hemisferio norte, con una tasa de positividad regional del 28,2%. El virus de influenza A(H3N2) sigue siendo el subtipo predominante entre las muestras subtipificadas en todas las subregiones, excepto en la subregión andina, donde predomina el virus de influenza A(H1N1)pdm09. La circulación de VSR se mantiene en niveles bajos (<1%), mientras que la positividad de SARS-CoV-2 continúa disminuyendo, alcanzando el 5,2%. Por su parte, la circulación de otros virus respiratorios (OV) ha disminuido de forma sostenida desde principios de octubre, con una positividad regional de 1,5%, siendo rinovirus y parainfluenza los detectados con mayor frecuencia.

IV.2. Síntesis de la información nacional destacada

En la SE4 de 2026, la vigilancia clínica notificó 30398 casos de ETI, 5200 casos de neumonía y 2783 casos de bronquiolitis en menores de dos años.

En la vigilancia centinela ambulatoria, influenza registra un leve incremento, con predominio de influenza B y detecciones de influenza A hacia el final de 2025 y primeras SE de 2026, mientras que VSR no presenta detecciones en las últimas semanas. SARS-CoV-2 muestra un ascenso leve y sostenido desde la SE34, acentuado en las semanas 43 a 45, con descenso en las semanas posteriores.

En las UC-IRAG, se registraron más de 11.000 internaciones en 2025, con detecciones de los tres virus priorizados y un ligero aumento de IRAG asociada a SARS-CoV-2 entre semanas 35 y 47. En las 4 primeras SE de 2026 se registraron 322 internaciones, con 9 detecciones de SARS-CoV-2, 7 de Influenza y 2 de VSR.

La vigilancia universal por red de laboratorios mostró, en las últimas semanas de 2025, un predominio de influenza B, con detecciones de influenza A e influenza A(H3N2) hacia el final del año. Durante las primeras semanas epidemiológicas de 2026, las detecciones de influenza

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

se mantienen estables, con un leve aumento en el porcentaje de positividad. Las detecciones de VSR continúan en valores bajos. En relación con SARS-CoV-2, se observó un aumento gradual de las detecciones a partir de la SE34 de 2025, acentuado entre las SE42 y SE46, seguido de un descenso posterior.

Durante la SE4/2026, se registra circulación de virus respiratorios, principalmente SARS-CoV-2, seguido de influenza, adenovirus, VSR y parainfluenza.

En personas internadas, en la SE5/2026, se notificaron 8 hospitalizaciones con diagnóstico de influenza, 8 con diagnóstico de SARS-CoV-2 y 1 con VSR. Se registró un fallecido con diagnóstico de SARS-CoV-2 en esta semana.

La secuenciación genómica realizada por el Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS, a partir de 89 muestras de influenza A(H3N2) remitidas por la Red Nacional de Laboratorios y Unidades Centinela, permitió identificar 58 casos correspondientes al subclado K. Los casos se distribuyeron en 18 jurisdicciones del país, incluyendo la provincia de Buenos Aires (n=6), la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (n=7), Catamarca (n=3), Chubut (n=1), Córdoba (n=2), Corrientes (n=2), Entre Ríos (n=2), Formosa (n=1), La Pampa (n=1), La Rioja (n=3), Mendoza (n=9), Neuquén (n=3), Río Negro (n=1), San Juan, (n=1), Santa Cruz (n=8), Santa Fe (n=3), Tierra del Fuego (n=3), Tucumán (n=2). Los casos fueron detectados a partir de distintas estrategias de vigilancia de infecciones respiratorias agudas, tanto universal como centinela, e incluyeron casos ambulatorios e internados.

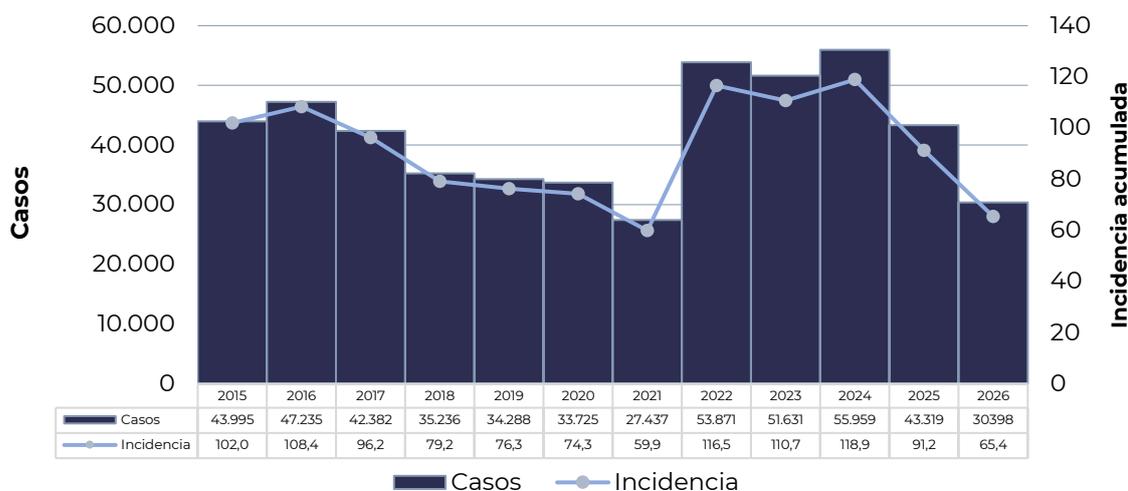
IV.3. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis

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

En las 4 primeras SE de 2026 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 30398 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 65,4 casos/ 100.000 habitantes.

Para el mismo periodo de los años 2015 – 2025, el mayor número de notificaciones de ETI se registraron en 2024, seguido por 2022. En el corriente año se registra un menor número de casos para el periodo analizado.

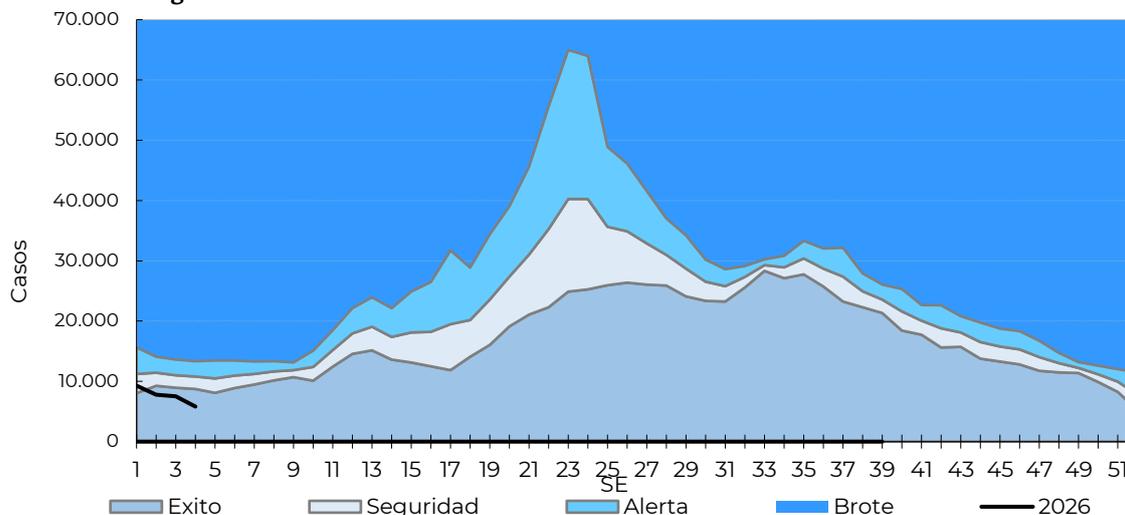
Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2026. SE4. Argentina².



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

En las primeras 4 SE de 2026, las notificaciones de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) registradas en el SNVS, correspondientes a personas de todas las edades a nivel país, se mantuvieron dentro de niveles de éxito.

Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2018-2025. SE 1 a 4 de 2026³. 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.

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

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

IV.3.B. NEUMONÍA

En las primeras 4 SE de 2026 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 5200 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 11,2 casos/ 100.000 habitantes.

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

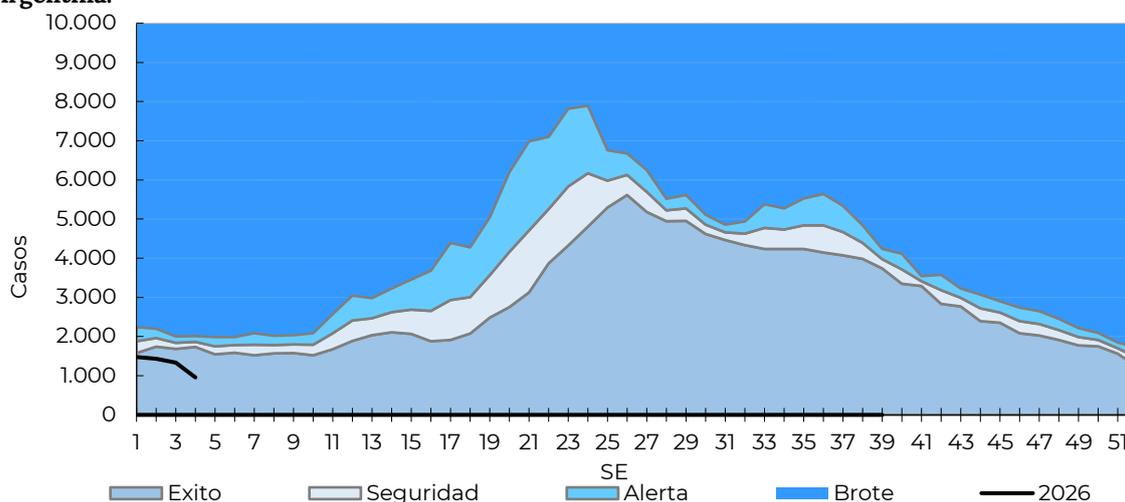
Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2015-2026. SE4. Argentina.



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 las primeras 4 SE de 2026 las notificaciones de neumonía se ubicaron dentro del rango esperado, correspondiente a la zona de éxito del corredor endémico.

Gráfico 4: Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2018-2025. SE 1-4 de 2026⁴. 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}.

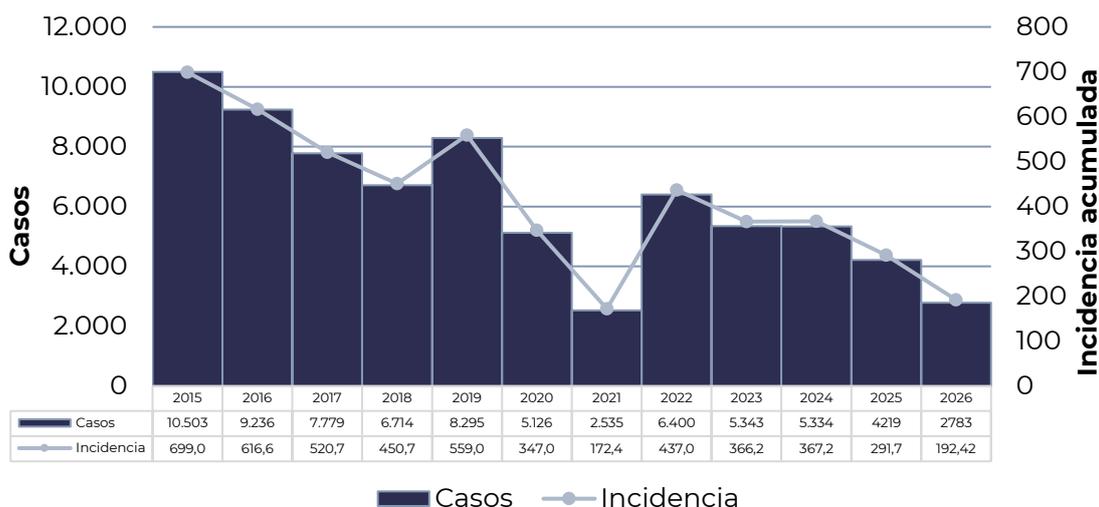
⁴ Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

IV.3.C. BRONQUIOLITIS

En las primeras 4 SE de 2026, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 2783 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 192,4 casos/100.000 habitantes.

En relación con los años previos, las notificaciones de bronquiolitis en las primeras 4 SE alcanzaron su pico en 2015, seguido de un descenso sostenido hasta 2018. En 2019, se registró un incremento respecto al año anterior, con un nuevo descenso en 2020 y 2021. Desde 2022 se presentaron oscilaciones, con un menor número de notificaciones en 2026.

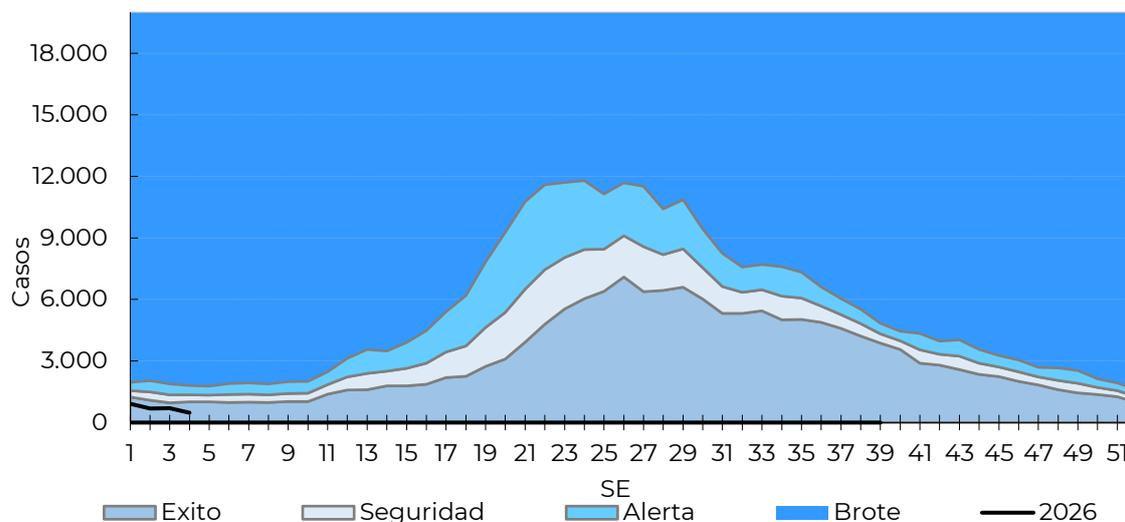
Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis en menores de 2 años por 100.000 habitantes. Años 2015-2026. SE4. Argentina.



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 las primeras 4 SE del año 2026, las notificaciones semanales de bronquiolitis se mantuvieron dentro de los límites esperados en relación con años históricos.

Gráfico 6: Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2018-2025. SE 1-4 de 2026⁵. 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 SNVS²⁰.

IV.4. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios

Durante las primeras 4 SE de 2026, el número de casos de influenza se mantiene relativamente estable, con un leve aumento en el porcentaje de positividad.

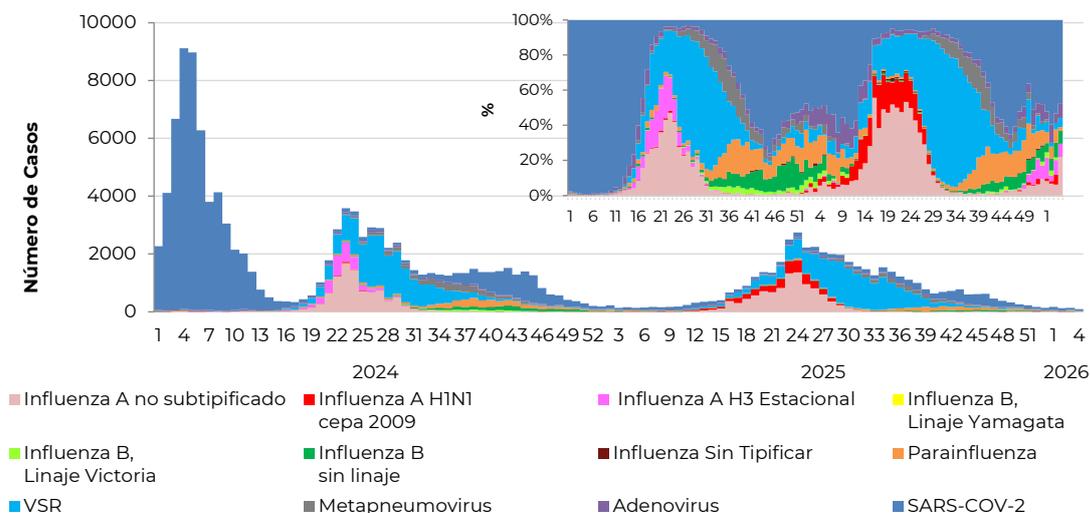
En 2025, a partir de la SE11, se observó un aumento en el número de casos de **Influenza**, con predominio de Influenza A (H1N1) y un adelanto del ascenso estacional respecto de años anteriores. En las últimas semanas del año se registró un ligero incremento de los casos, principalmente a expensas de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

En cuanto a **VSR**, durante las primeras 4 SE de 2026 los valores se mantienen bajos. En 2025, se verificó un aumento en las detecciones de VSR a partir de la SE12, con inicio de la actividad estacional desde la SE20.

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

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

Gráfico 7. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2024 a SE4/2026. Argentina.

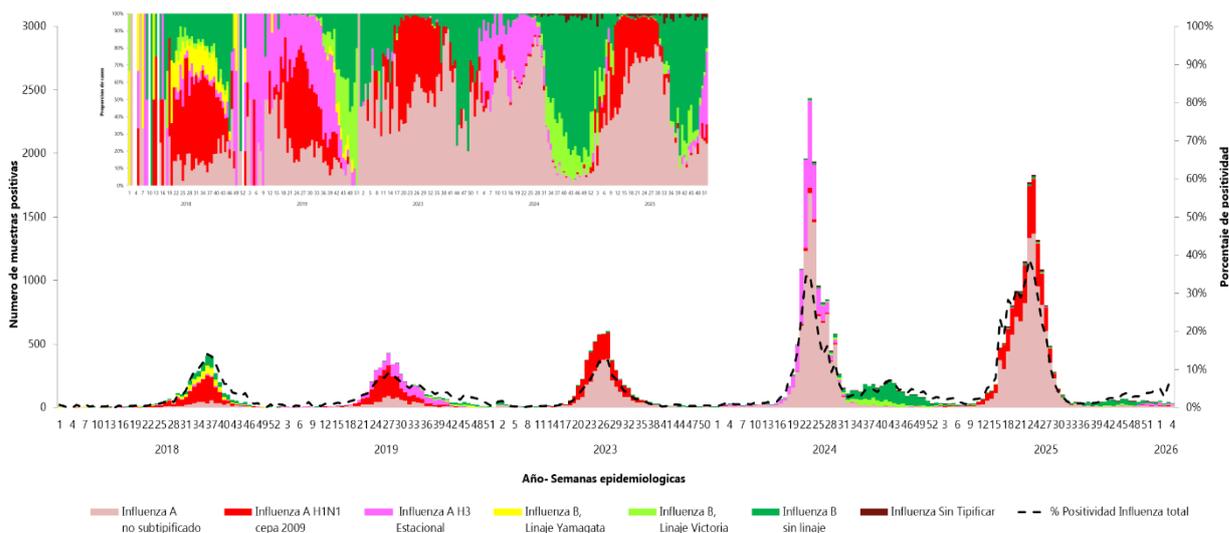


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

En las primeras 4 SE de 2026, las detecciones de influenza se mantienen en valores estables, con un ligero aumento del porcentaje de positividad. Entre la SE 3-4 se notificaron 78 detecciones de influenza.

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

Gráfico 8. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y porcentaje de positividad, por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE4/2026. Argentina.

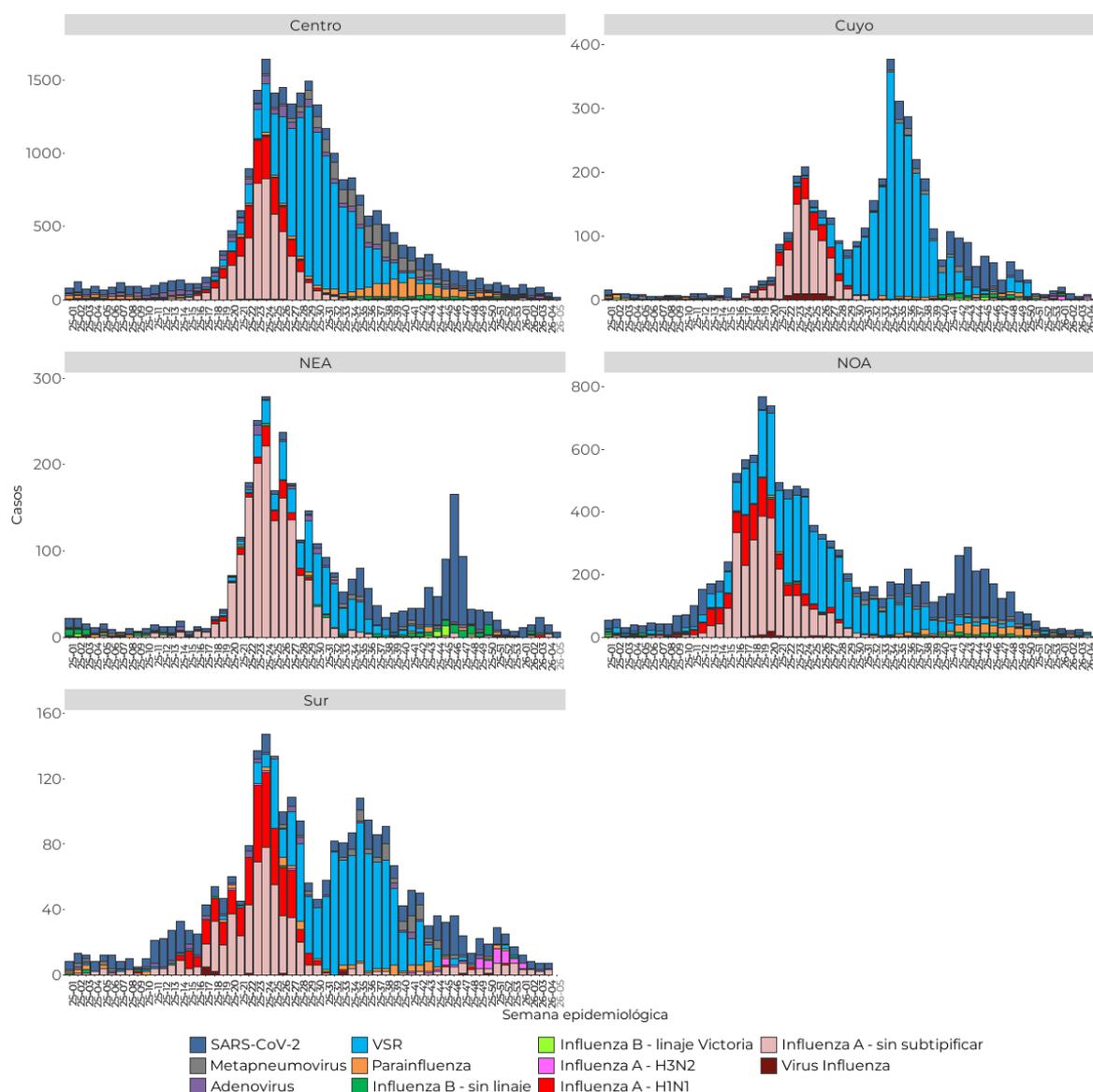


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

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

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

Gráfico 9. Distribución de influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica, por región. SE01/2025 a SE4/2026. Argentina.



Fuente: elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

En cuanto a a **SARS-CoV-2**, en las primeras 4 SE de 2026, las detecciones se mantienen en valores bajos.

Durante 2025, los casos también se mantuvieron en valores bajos a lo largo del año, si bien se registró un ligero aumento a partir de la SE34, que se acentuó entre las SE42 y SE47.

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

En relación con el **VSR**, durante las primeras 4 SE de 2026, las detecciones se mantienen en niveles bajos. Entre las SE3 y SE4 de 2026 se notificaron 10 casos.

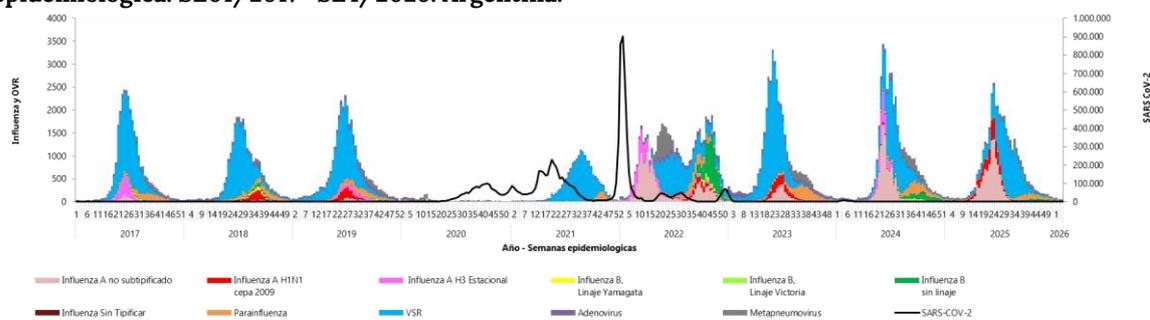
Durante 2025, se registró un ascenso de las detecciones a partir de la SE12, con inicio de la actividad estacional desde la SE20. El pico se observó entre las SE29 y SE30, seguido de una tendencia descendente.

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

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

Durante la SE 4/2026 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: SARS-CoV-2, influenza, adenovirus, VSR y parainfluenza.

Gráfico 10. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE4/2026. Argentina.



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

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

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

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

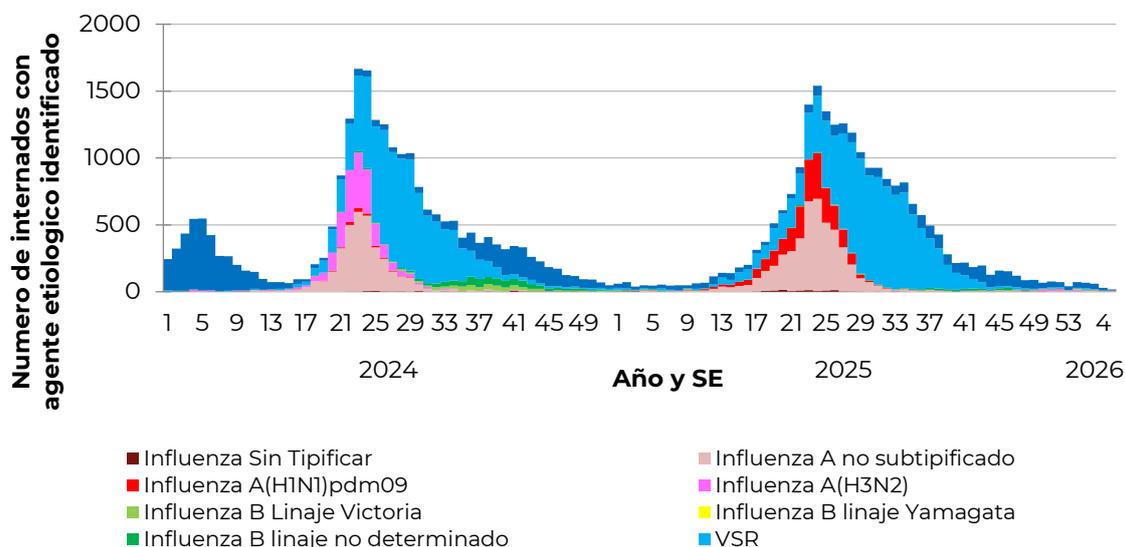
En las primeras 5 SE de 2026 se notificaron 151 casos de SARS-CoV-2 en personas internadas, cifra que resulta un 2,6% inferior a la registrada en igual período de 2025. Los casos de SARS-CoV-2 en hospitalizados presentaron un ascenso entre las SE 34 a 42 de 2024, seguido de una disminución posterior y de valores bajos con algunas oscilaciones en 2025. En las SE 4 y 5 de 2026 se registraron 27 casos hospitalizados con este diagnóstico.

Adicionalmente, en cuanto a los casos de **influenza**, en las 5 SE de 2026 se registraron un total de 77 detecciones en hospitalizados. A partir de la SE12/2025, se verificó un ascenso sostenido en el número de casos, que alcanzaron el máximo en SE24/2025, con tendencia descendente en las detecciones entre hospitalizados en las siguientes semanas. En las SE 4 y 5 de 2026, se detectaron 17 casos positivos para influenza en internados.

Entre los 77 casos de influenza notificados durante 2026, se registran predominantemente detecciones de influenza A (n= 51), con menor detección de influenza B (n= 26). De los casos de influenza A, 24 cuentan con subtipificación, correspondiendo 6 a influenza A (H1N1) pdm09 y 18 a influenza A (H3N2). En relación con influenza B, 10 casos corresponden al linaje Victoria y el resto no cuentan con identificación de linaje.

Respecto a **VSR**, en lo que va de 2026, se notificaron 16 casos hospitalizados positivos para VSR. Durante 2024, a partir de la SE16 se registró un ascenso de las detecciones semanales de VSR, que alcanzaron su máximo en SE26, con un menor número de notificaciones en las siguientes semanas. En 2025 los casos de VSR comenzaron su tendencia asendente en la SE 12.

Gráfico 11. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. Argentina. SE1/2024 a SE5/2026.

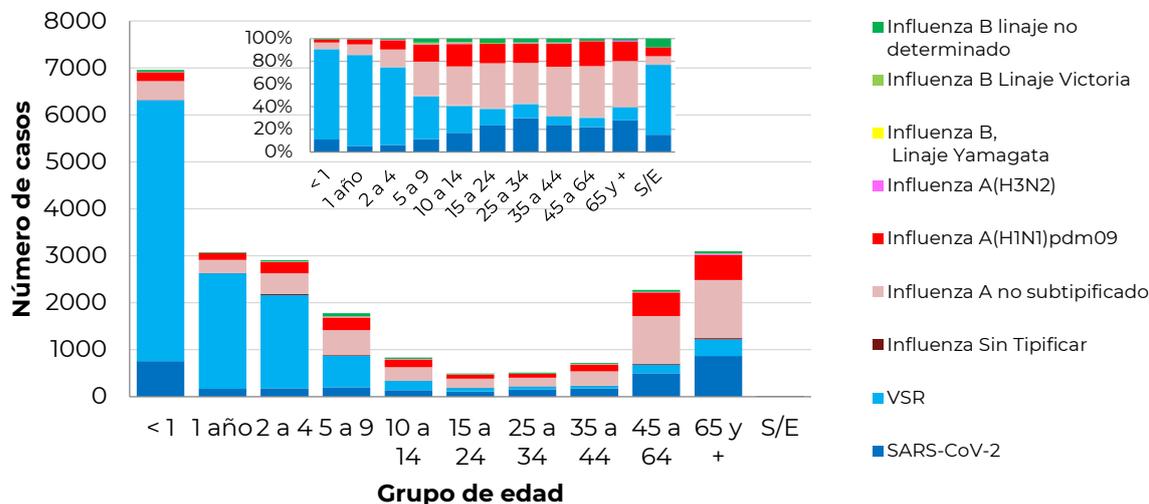


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

Con respecto a la distribución por grupos de edad de las detecciones acumuladas en personas hospitalizadas, desde SE1/2025 hasta SE05/2026, el mayor número de casos positivos para VSR se registró en menores de 5 años, particularmente en los niños menores de 1 año. Respecto a las detecciones positivas para influenza, las mismas predominaron en adultos mayores y

personas de 45 a 64 años, seguido por el grupo de 5 a 9 años. Además, se registran detecciones de SARS-CoV-2 en todos los grupos de edad, principalmente en adultos mayores, y menores de 1 año.

Gráfico 12. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta y relativa de agentes identificados por grupos de edad acumulados. Argentina. SE 1/2025 a SE5/2026.



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

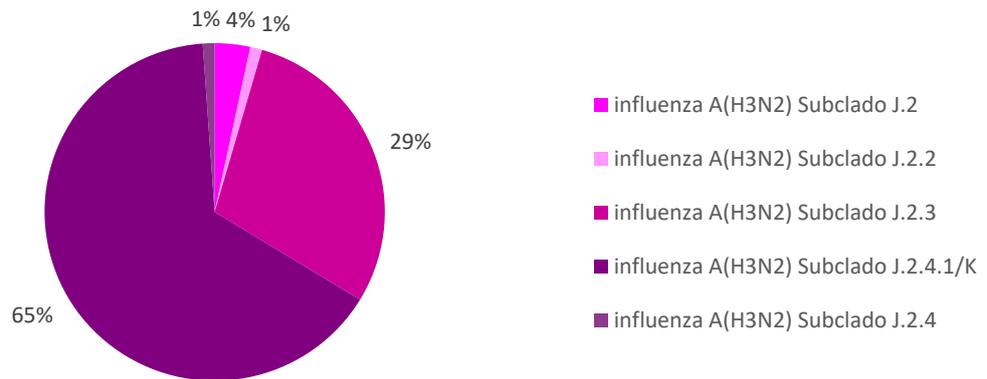
En 2025, se registraron 220 fallecidos con diagnóstico de influenza, sin registro de fallecimientos en las primeras 5 SE de 2026⁶. Respecto a SARS-CoV-2, se registra 1 fallecimiento con este diagnóstico en la última SE.

I.1. Caracterización genómica de Influenza A (H3N2)

Entre las SE 1/2025 y la SE 6/2026, el Laboratorio Nacional de Referencia recibió muestras positivas para Influenza A(H3N2) provenientes de 22 jurisdicciones. De ellas pudo realizarse la secuenciación genómica de 89 casos, de los cuales 58 correspondieron al subclado J.2.4.1 (K), 26 al subclado J.2.3, 3 al subclado J.2, 1 al subclado J.2.2 y 1 al subclado J.2.4 (Ver Gráfico 1).

⁶ Para la distribución temporal de los casos fallecidos con diagnóstico de influenza, se considera la fecha mínima entre fecha de inicio de síntomas, fecha de consulta, fecha de toma de muestra y fecha de apertura.

Gráfico 13. Distribución de subclados de Influenza A(H3N2). Argentina. SE 1/2025 a SE 6/2026 (n=89)



Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

Los casos correspondientes al subclado J.2.4.1 (K) se distribuyeron en las 5 regiones del país, concentrándose mayoritariamente en el Centro y en el Sur. Hasta el momento, se detectaron casos de este subclado en 18 jurisdicciones (Ver Tabla 1). En la SE 6 se identificó el primer caso de subclado J.2.4.1 (K) en Formosa.

Tabla 1. Casos de Influenza A(H3N2) secuenciados por el LNR por subclado según jurisdicción de residencia. Argentina. SE 1/2025 a SE 6/2026

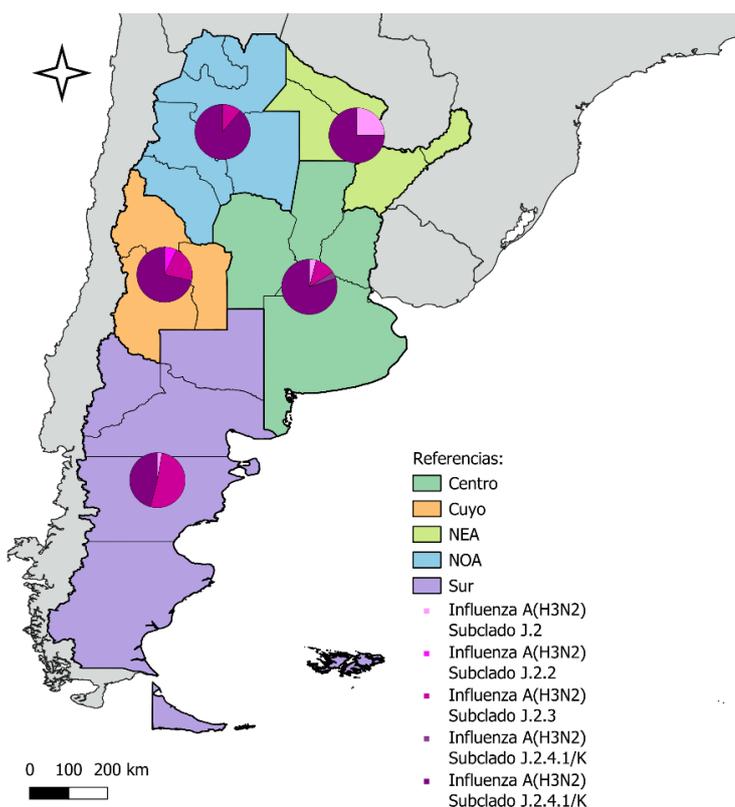
Jurisdicción	Influenza A(H3N2) Subclado J.2	Influenza A(H3N2) Subclado J.2.2	Influenza A(H3N2) Subclado J.2.3	Influenza A(H3N2) Subclado J.2.4.1/K	Influenza A(H3N2) Subclado J.2.4	Total general
Región Centro	1	0	3	20	1	25
Buenos Aires	0	0	1	6	1	8
CABA	1	0	1	7	0	9
Córdoba	0	0	1	2	0	3
Entre Ríos	0	0	0	2	0	2
Santa Fe	0	0	0	3	0	3
Región Cuyo	0	1	3	10	0	14
Mendoza	0	1	3	9	0	13
San Juan	0	0	0	1	0	1
San Luis	0	0	0	0	0	0
Región NEA	1	0	0	3	0	4
Chaco	1	0	0	0	0	1
Corrientes	0	0	0	2	0	2
Formosa	0	0	0	1	0	1
Misiones						
Región NOA	0	0	1	8	0	9
Catamarca	0	0	0	3	0	3
Jujuy	0	0	1	0	0	1
La Rioja	0	0	0	3	0	3
Salta*	0	0	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	0	0	0	0	0
Tucumán	0	0	0	2	0	2
Región Sur	1	0	19	17	0	37
Chubut	0	0	2	1	0	3
La Pampa	0	0	0	1	0	1
Neuquén	0	0	0	3	0	3
Río Negro	0	0	2	1	0	3
Santa Cruz	1	0	8	8	0	17
Tierra del Fuego	0	0	7	3	0	10
Total país	3	1	26	58	1	89

Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

*La provincia de Salta derivó un caso de Influenza A(H3N2) que no pudo ser secuenciado por baja carga viral.

En los casos acumulados prevalece el subclado K en todas las regiones, a excepción del Sur en donde se detectó en mayor proporción el subclado J.2.3 (Mapa 1).

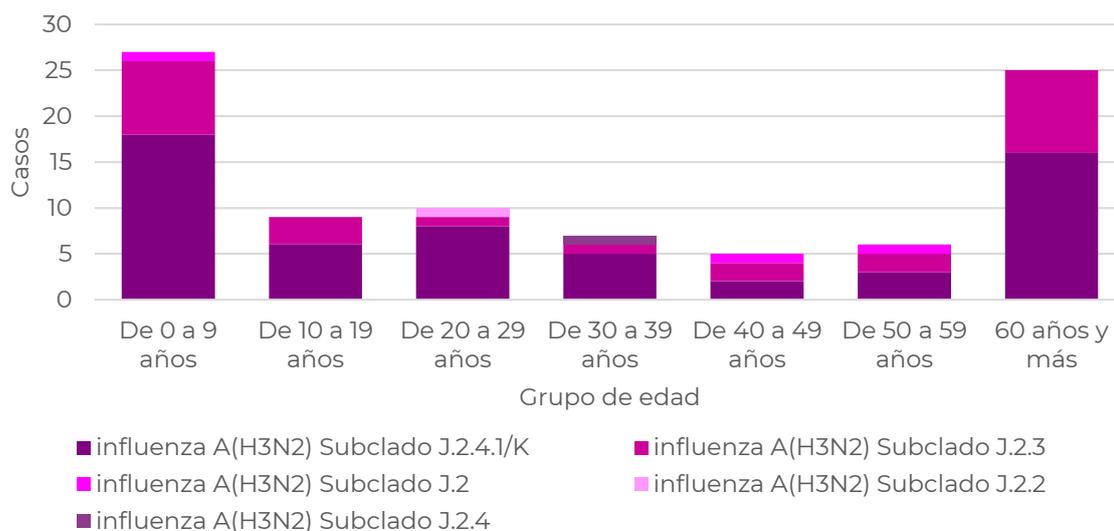
Mapa 1. Casos de Influenza A(H3N2) secuenciados por el LNR por subclado según Región de residencia: distribución porcentual. Argentina. SE 1/2025 a SE 6/2026 (n=89)



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

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

Gráfico 14. Casos de Influenza A(H3N2) secuenciados por subclado J.2.4.1 (K) según grupo de edad. Argentina. SE 1/2025 a SE 6/2026 (n=89)



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

Solo 10 de los 58 casos pertenecientes al subclado K consignan antecedentes de viaje reciente al exterior (Europa, Estados Unidos, el Caribe y Brasil) y 4 habían viajado recientemente a otra provincia distinta a su lugar de residencia (1 a Córdoba, 2 a Tierra del Fuego y 1 a La Rioja); los restantes no refieren antecedentes de viajes recientes.

Tabla 2. Casos de Influenza A(H3N2) por vacunación antigripal 2025 según subclado detectado. Argentina. SE 1/2025 a SE 6/2026.

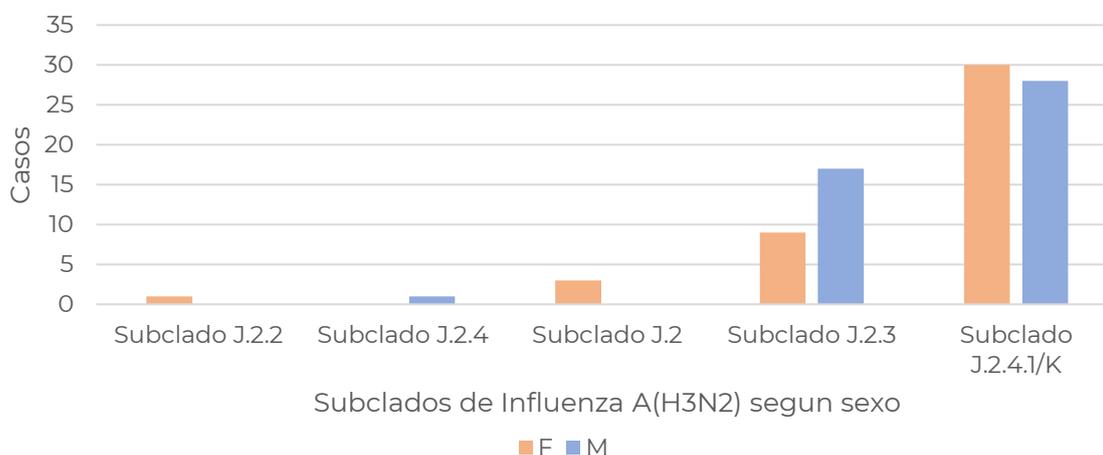
Subclado Influenza A(H3N2)	Vacunación			Total general
	NO	SI	Porcentaje de Vacunados	
Subclado J.2	3		0,0	3
Subclado J.2.2		1	100,0	1
Subclado J.2.3	20	6	23,1	26
Subclado J.2.4	1			1
Subclado J.2.4.1/K	42	16	27,6	58
Total general	66	23	25,8	89

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

En cuanto a los antecedentes de vacunación se destaca que el 74% de los casos caracterizados no estaban vacunados y que entre los casos identificados como subclado K el 26% contaba con vacunación antigripal (Ver Tabla 2).

Respecto a la división por sexo, el 52% de los casos con secuenciación de Influenza A(H3N2) son de sexo masculino (Ver Gráfico 3).

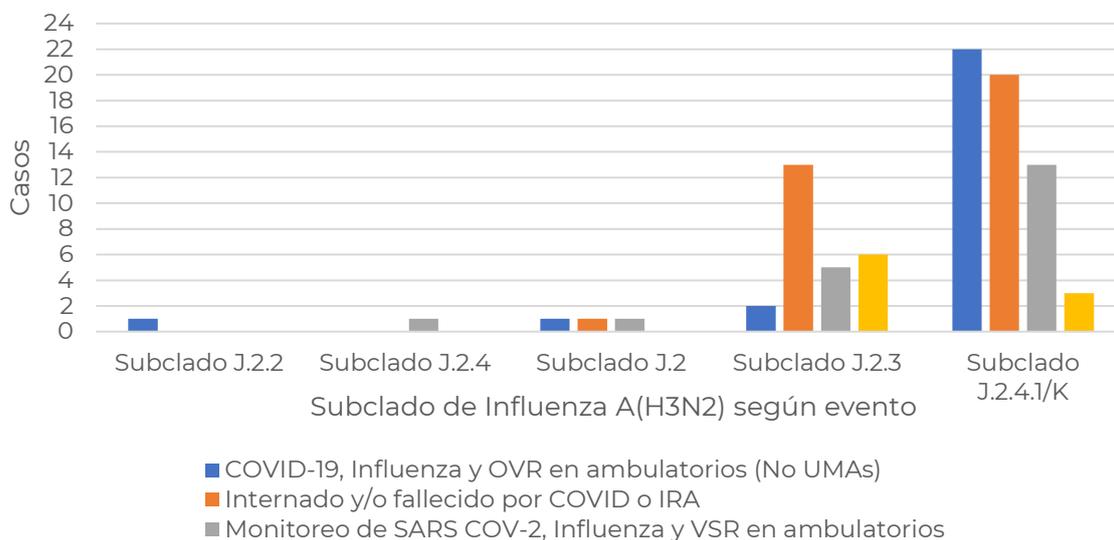
Gráfico 15. Casos de Influenza A(H3N2) por subclado detectado según sexo. Argentina. SE 1/2025 a SE 6/2026 (n=89).



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

Respecto a la distribución de los casos secuenciados entre los eventos/estrategias de vigilancia, 34⁷ casos fueron notificados al evento universal “Internado y/o fallecido por COVID o IRA”, 9 por UC-IRAG (total internados 43); 26 en el evento universal de Ambulatorios (No UMA) y 20 en Unidades de Monitoreo Ambulatorio (UMA). En cuanto a los casos detectados del subclado K se identificaron en los 4 eventos (23 en internados y 35 en ambulatorios).

Gráfico 16. Casos de influenza A(H3N2) por subclado detectado según evento. Argentina. SE 1/2025 a SE 6/2026 (n=89)



Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS²⁰.

IV.5. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas

IV.5.A. RECOMENDACIONES PARA EQUIPOS DE SALUD

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

⁷ En base a una nueva revisión de todos los casos secuenciados de H3N2, se reclasificó un caso como ambulatorio.

IV.6. Vigilancia epidemiológica

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

En este marco, se recomienda:

- Fortalecer la vigilancia de la Enfermedad Tipo Influenza (ETI), a través del monitoreo y la evaluación de la oportunidad y regularidad de la notificación de los establecimientos que realizan la misma.
- Fortalecer las Unidades Centinela de IRAG y las Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI, garantizando el correcto muestreo y notificación de los casos.
- 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 subtipificación y eventual derivación para estudios genómicos.
- Identificar y notificar en forma oportuna de eventos respiratorios inusuales.

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

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

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

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

Definiciones:

Enfermedad Tipo Influenza (ETI): Persona de cualquier edad con infección respiratoria aguda con fiebre mayor o igual a 38°C, tos e inicio de los síntomas dentro de los 10 días sin otra etiología definida.

Infección respiratoria aguda grave (IRAG): Persona de cualquier edad con infección respiratoria aguda con fiebre mayor o igual a 38°C, tos e inicio del cuadro en los 10 días precedentes y requerimiento de hospitalización por criterio clínico sin otra etiología definida.

Eventos respiratorios inusuales definidos por los siguientes criterios:

- Cambios abruptos, imprevistos en la tendencia de infección respiratoria aguda observada en la vigilancia de rutina de nivel local y no asociados a las variantes virales que circulan habitualmente.
- En contexto de un patrón inesperado de infección respiratoria aguda (aumento en la mortalidad, cambios en el grupo de edad asociado a un caso severo de Influenza, o un cambio en el patrón clínico asociado a Influenza u otro virus respiratorio).
- Infección respiratoria en personas en contacto con aves, porcinos u otros animales enfermos o muertos asociados a una epizootia sospechada o confirmada de virus respiratorios.
- Casos de infección por un subtipo de virus Influenza o variante de otros virus respiratorios que no estén circulando en humanos.

- Cambios persistentes en la respuesta al tratamiento o en el desenlace en casos severos de infección respiratoria.
- Infección respiratoria aguda grave en trabajadores de la salud que atienden a pacientes con infecciones respiratorias y pruebas de laboratorio que no permiten identificar el agente etiológico.
- En clústeres de IRAG o neumonía: dos o más casos en miembros de la misma familia, del ámbito laboral o ámbitos sociales, y pruebas de laboratorio que no permiten identificar el agente etiológico.
- Viajeros provenientes de áreas en las cuales se registraron casos de nuevo virus Influenza u otro virus respiratorio.

Los lineamientos vigentes para la vigilancia epidemiológica, organización de servicios de salud, prevención y control de las infecciones respiratorias agudas virales están disponibles en: **Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control 2024.**

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevencion_y_control_ira-2024.pdf.

IV.7. Recomendaciones para la población

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

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

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

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

IV.8. Vacunación antigripal

La vacunación antigripal incorporada al Calendario Nacional de vacunación a partir del año 2011 tiene como objetivo reducir las complicaciones, hospitalizaciones, muertes y secuelas de la

infección por virus influenza en los grupos poblacionales de alto riesgo para el desarrollo de enfermedad complicada.

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

Población objetivo para vacunación antigripal:

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

* Las condiciones clínicas que aumentan el riesgo de formas graves de influenza incluyen enfermedades respiratorias y cardíacas crónicas, inmunodeficiencias, enfermedades oncohematológicas, trasplantes, diabetes, obesidad mórbida, insuficiencia renal crónica, y otras condiciones específicas. Para mayor información Consultar en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/guia_rapida_antigripal_2025_17_32025.pdf.

IV.9. Tratamiento antiviral

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

Diversos estudios han evidenciado que en pacientes ambulatorios con alto riesgo de complicaciones, su uso se asocia a una reducción en la duración de los síntomas y en la incidencia de complicaciones.^{8,9}

En pacientes hospitalizados con influenza grave, se ha documentado una disminución en la duración de la hospitalización y en el riesgo de mortalidad, especialmente cuando el tratamiento se inicia dentro de las primeras 48 horas del inicio de los síntomas, aunque también se observan beneficios cuando se inicia más tardíamente en casos graves o progresivos.^{10,11} 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.

⁸ 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.

⁹ 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.

¹⁰ 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.

¹¹ 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.

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

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

V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

V.1. Situación regional

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)¹² y el ARBO-portal¹³ de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 12/02/2026 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la SE 5/2026 se reportaron 133.075 casos de dengue, de los cuales 21.671 fueron confirmados por laboratorio. Estos últimos, representaron un 89% menos que en la misma semana de 2025, con 8 fallecimientos registrados. En cuanto a chikungunya, se reportaron un total de 8.502 casos, sin fallecimientos registrados. De ellos, 1.990 fueron confirmados, lo que implica una disminución del 90% respecto de los confirmados en la misma semana de 2025. Respecto al zika, hasta la SE 4/2026 se registraron 239 casos, con 9 casos confirmados, una disminución del 96% con respecto a los casos confirmados de la misma semana del año anterior. En relación con Oropouche, hasta la SE 52/2025 se confirmaron 11.988 casos, un 13% menos que en 2024, con cinco defunciones por este evento.

Bolivia: hasta la SE 3/2026, se han reportado un total de 4.067 casos de dengue, de los cuales 35 fueron confirmados por laboratorio. Estos últimos presentan una disminución del 85% respecto a la misma semana del año anterior. No se registraron fallecimientos para este evento. En cuanto a chikungunya, se reportaron un total de 984 casos, todos ellos confirmados por laboratorio, lo que representa una cifra 18 veces superior a lo registrado a la misma semana de 2025. No se registran fallecimientos para este evento. Asimismo, se notificaron 58 casos de zika; no obstante, no se confirmaron casos por laboratorio para este evento.

Paraguay: hasta la SE 5/2026 se registraron un total de 2.960 casos de dengue, sin fallecimientos asociados. De ellos, 26 casos fueron confirmados por laboratorio, lo que implica un 90% menos que en la misma semana de 2025. Respecto de chikungunya, se notificaron dos casos confirmados por laboratorio; mientras que en la misma semana de 2025 no se habían registrado casos confirmados. En cuanto al zika, no se notificaron casos para el año en curso.

Perú: hasta la SE 4/2026 se reportaron un total de 3.535 casos de dengue, con un fallecimiento registrado. De ellos, 970 fueron confirmados por laboratorio, representando una disminución del 80% en los casos confirmados respecto a la misma SE del año anterior. Con relación a chikungunya, hasta la SE 52/2025 se notificaron 24 casos, sin casos confirmados por laboratorio. Respecto al zika, hasta la SE 52/2025, se notificaron 2 casos, sin registrarse casos confirmados por laboratorio. En relación con Oropouche, hasta la SE 38/2025 se confirmaron 330 casos, un 69% menos que a la misma semana de 2024.

Entre finales del 2025 e inicios del 2026, se ha observado un aumento sostenido de casos de chikungunya en países y territorios de la Región de las Américas, así como la reanudación de la transmisión autóctona en áreas que no registraban la circulación del virus desde hace varios

¹² Organización Panamericana de la Salud. Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA). Disponible en: [PAHO/WHO Data - Topics](#)

¹³ Organización Panamericana de la Salud. ARBO-portal: Oropouche. Disponible en: [Enfermedad por virus Oropouche - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#)

años. En este contexto, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) emitió una alerta epidemiológica sobre Chikungunya. Se documentó una circulación importante en las regiones centro-oeste y sudeste de Brasil y sur de Bolivia¹⁴. En cuanto a Oropouche, en 2025 se notificaron casos autóctonos en países de la Región como Brasil y Perú.

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 en Bolivia, DEN-1 y DEN-2 en Paraguay y de los cuatro serotipos en Brasil (DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4). Respecto a Zika, solo se registran casos confirmados en Brasil con una tendencia descendente respecto al año anterior.

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

V.2.A. NOTA METODOLÓGICA

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

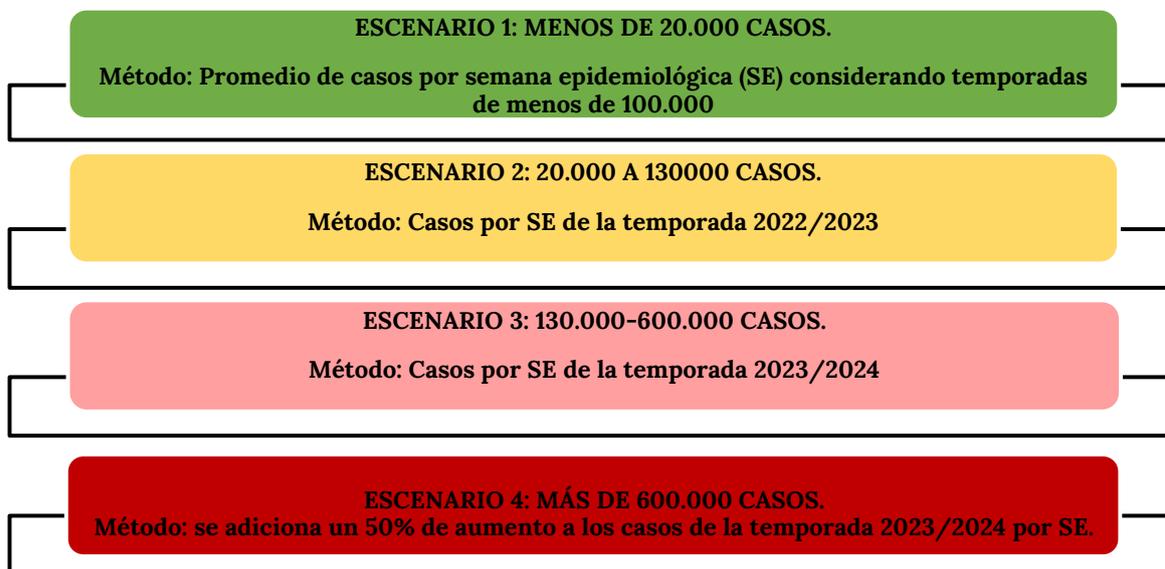
- **Escenario 1 (<20.000 casos):** se calculó a partir del promedio de casos semanales correspondientes a temporadas históricas con más de 1000 y menos de 100.000 casos de dengue, lo que refleja períodos de baja circulación viral y brotes de alcance limitado.
- **Escenario 2 (20.000 a 130.000 casos):**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

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

¹⁴ 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>

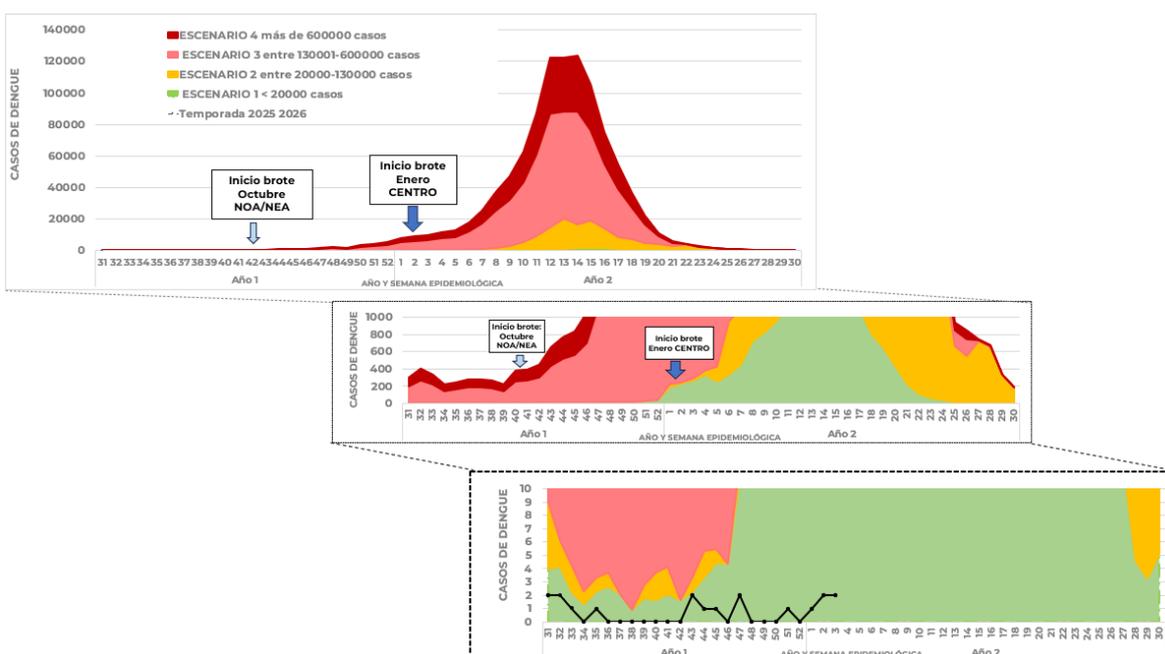
En el último gráfico (detalle en zoom) se presentan los casos de la temporada 2025-2026 y su representación en el modelo de escenarios estimados. Entre las SE31/2025 y SE5/2026 se notificaron 18 casos confirmados de dengue, de los cuales 13 fueron importados. Estos registros iniciales permiten dimensionar el inicio de la temporada y anticipar su evolución en comparación con temporadas previas. Por el momento, la situación se mantiene en un **escenario de bajo riesgo** (Gráfico 2)

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



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

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



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

V.3. Situación de dengue en Argentina

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

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

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

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

El análisis temporal de los casos notificados para el período comprendido entre los años 2022 y 2025, evidencia que, para la SE5/2026, se observa un descenso sostenido en el número de casos en comparación con los máximos alcanzados durante las epidemias de 2023 y 2024.

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

De acuerdo con la fecha mínima¹⁵, desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) **10926** casos sospechosos de dengue, de los cuales **18** fueron confirmados por laboratorio detectándose la circulación de DENV 1, 2 y 3. El 72% corresponden a casos con antecedente de viaje (Tabla 1):

- **Dos** casos autóctonos en **Formosa**: un caso con residencia en el departamento Pilagás (SE31) y un caso en el departamento Patiño (SE32).
- **Siete** casos de la **Provincia de Buenos Aires**: tres sin antecedente de viaje -Tres de Febrero (SE31), San Isidro (SE43), Cañuelas (SE 51)- y cuatro con antecedente de viaje a Paraguay (SE35), México (SE44), Indonesia (SE47) y Brasil (SE2).

¹⁵Fecha 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).

- **Cinco** casos notificados en **CABA** con antecedente de viaje a Brasil (SE32), Sri Lanka (SE35), Pakistán (SE45), México (SE47) y Venezuela (SE1). En los casos provenientes de México y Sri Lanka, se identificaron el serotipo **DENV-3**.
- **Dos** casos notificados por **Entre Ríos** con antecedente de viaje a Cuba (SE43) y Brasil (SE53). En el último caso reportado, se detectó **DENV-3**.
- **Un** caso notificado por **Mendoza** con antecedente de viaje a México (SE1), detectándose **DENV-3**.
- **Un** caso notificado por **Córdoba** con antecedente de viaje a México (SE2). Se identificó el serotipo **DENV-2**.

Según la fecha de apertura del evento (fecha de notificación al SNVS 2.0), durante la SE5/2026 se notificaron **610** casos sospechosos de dengue. Es importante destacar que estos eventos pueden corresponder a semanas epidemiológicas previas en relación con la fecha de inicio de síntomas, de consulta o de toma de muestra.

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE5/2026. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Serotipos detectados	Con laboratorio negativo	Sospechosos (sin laboratorio)	Total notificados	Total casos de dengue
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.					
Buenos Aires	3	31	4	4	DENV-1/DENV-2	827	228	1097	7
CABA	0	8	5	0	DENV-1/DENV-3	221	99	333	5
Córdoba	0	25	1	1	DENV-2	1475	91	1593	1
Entre Ríos	0	2	2	1	DENV-3	217	11	233	2
Santa Fe	0	20	0	2		808	75	905	0
Total Centro	3	86	12	8		3548	504	4161	15
Mendoza	0	1	1	1	DENV-3	94	2	99	1
San Juan	0	1	0	0		30	0	31	0
San Luis	0	0	0	0		43	9	52	0
Total Cuyo	0	2	1	1		167	11	182	1
Chaco	0	4	0	0		662	11	677	0
Corrientes	0	5	0	0		94	13	112	0
Formosa	2	1	0	0	DENV-2	3307	1	3311	2
Misiones	0	2	0	0		308	3	313	0
Total NEA	2	12	0	0		4371	28	4413	2
Catamarca	0	2	0	0		170	1	173	0
Jujuy	0	2	0	0		234	2	238	0
La Rioja	0	2	0	0		127	3	132	0
Salta	0	4	0	0		418	41	463	0
Santiago del Estero	0	0	0	0		69	38	107	0
Tucumán	0	43	0	1		847	42	933	0
Total NOA	0	53	0	1		1865	127	2046	0
Chubut	0	0	0	0		10	1	11	0
La Pampa	0	0	0	0		60	7	67	0
Neuquén	0	0	0	0		21	0	21	0
Río Negro	0	0	0	0		2	0	2	0
Santa Cruz	0	0	0	0		18	1	19	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0		4	0	4	0
Total Sur	0	0	0	0		115	9	124	0
Total País	5	153	13	10		10066	679	10926	18

Sin antecedente de viaje: autóctonos y en investigación

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

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

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

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

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

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

Se debe sostener la derivación de un porcentaje de muestras positivas y negativas en todas las fases del plan al Centro Nacional de referencia para corroboración, complementación de metodologías, y caracterización virológica y genómica de los agentes virales.

Particularmente en el período de alerta temprano y luego de un período Inter epidémico resulta de relevancia determinar si los arbovirus que se están detectando corresponden a nuevas introducciones en el territorio o corresponde a circulación sostenida de los agentes virales previamente caracterizados.

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

V.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina

Durante la temporada en curso se notificaron **1624** casos sospechosos de fiebre chikungunya, sin registrarse hasta el momento casos autóctonos confirmados. Se notificaron casos importados, que incluyeron 4 casos confirmados (CABA, Buenos Aires y Córdoba) y 5 casos probables (Buenos Aires, Entre Ríos y Salta), todos con antecedente de viaje a Bolivia, Brasil, Paraguay y Cuba. En las últimas dos semanas epidemiológicas, se notificaron 2 casos probables sin antecedente de viaje en Salta, con presunto antecedente de viaje a Bolivia. Estos casos se encuentran en investigación epidemiológica para la determinación de su clasificación final. La ocurrencia de casos importados refuerza la necesidad de sostener la vigilancia epidemiológica y la sensibilidad de los sistemas de detección, en un contexto de circulación viral regional y condiciones favorables para la transmisión vectorial.

Tabla 2. Chikungunya: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE5/2026. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Total Sospechosos de F. Chikungunya	Total casos de F. Chikungunya
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.		
Buenos Aires	0	0	1	2	40	3
CABA	0	0	1	0	7	1
Córdoba	0	0	2	0	1042	2
Entre Ríos	0	0	0	1	32	1
Santa Fe	0	0	0	0	60	0
Total Centro	0	0	4	3	1181	8
Mendoza	0	0	0	0	16	0
San Juan	0	0	0	0	2	0
San Luis	0	0	0	0	7	0
Total Cuyo	0	0	0	0	25	0
Chaco	0	1	0	0	132	1
Corrientes	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	0	0	0	0	0
Misiones	0	0	0	0	26	0
Total NEA	0	1	0	0	158	0
Catamarca	0	0	0	0	1	0
Jujuy	0	0	0	0	40	0
La Rioja	0	0	0	0	8	0
Salta	0	1	0	2	147	2
Santiago del Estero	0	0	0	0	5	0
Tucumán	0	0	0	0	55	0
Total NOA	0	1	0	2	256	2
Chubut	0	0	0	0	1	0
La Pampa	0	0	0	0	1	0
Neuquén	0	0	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	1	0
Santa Cruz	0	0	0	0	1	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0
Total Sur	0	0	0	0	4	0
Total País	0	2	4	5	1624	11

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

V.5. Situación epidemiología de otros arbovirus en Argentina

En la siguiente tabla, se presenta la situación epidemiológica de, enfermedad por virus Zika, fiebre de Oropouche, encefalitis de San Luis y fiebre amarilla correspondientes a la nueva temporada 2025-2026 (SE31/2025 a SE5/2026).

Tabla 3. Número de muestras estudiadas y positivas sin antecedente de viaje para otros Arbovirus. SE31/2025 a SE5/2026. Argentina.

Evento	Enfermedad por virus Zika		Fiebre de Oropouche		Encefalitis de San Luis		Fiebre del Nilo Occidental		Fiebre amarilla	
	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est
Buenos Aires	0	27	0	40	1	25	0	16	0	9
CABA	0	1	0	4	0	1	0	0	0	0
Córdoba	0	24	0	45	2	206	0	3	0	1
Entre Ríos	0	1	0	8	0	8	0	2	0	1
Santa Fe	0	23	0	23	1	17	0	13	0	6
Total Centro	0	76	0	120	4	257	0	34	0	17
Mendoza	0	2	0	7	0	1	0	0	0	0
San Juan	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0
San Luis	0	4	0	2	0	6	0	5	0	0
Total Cuyo	0	6	0	9	1	11	0	5	0	0
Chaco	0	94	0	24	0	0	0	0	0	2
Corrientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	0	0	22	0	0	0	0	0	0
Misiones	0	20	0	3	0	0	0	3	0	6
Total NEA	0	114	0	49	0	0	0	3	0	8
Catamarca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	21	0	31	0	1	0	17	0	0
La Rioja	0	7	0	6	0	1	0	0	0	7
Salta	0	101	0	71	0	0	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	5	0	1	0	4	0	1	0	0
Tucumán	0	8	0	16	0	0	0	0	0	4
Total NOA	0	142	0	125	0	6	0	18	0	11
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Sur	0	0	0	1	0	2	0	1	0	0
Total País	0	338	0	304	5	276	0	61	0	36

Pos: positivas / Est: estudiadas

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

V.5.A. ENFERMEDAD POR VIRUS ZIKA

En Argentina, la transmisión autóctona del virus Zika fue notificada por primera vez en 2016, con el último brote registrado en 2018. Desde entonces, no se han confirmado nuevos casos en el país. Durante la temporada actual se investigaron **338** casos sospechosos, todos con resultados negativos. En la actualidad no se evidencia circulación viral activa; no obstante, se sostiene una vigilancia epidemiológica continua y fortalecida, orientada a la detección temprana de casos sospechosos y a la identificación oportuna de una eventual reintroducción del virus.

V.5.B. FIEBRE DE OROPOUCHE

La vigilancia de la fiebre de Oropouche se basa actualmente en el estudio por laboratorio de una proporción de casos negativos para dengue y en personas con antecedente de viaje a zonas donde se registra transmisión durante la temporada en curso. Hasta el momento, se investigaron **304** casos, sin registrarse resultados positivos.

V.5.C. ENCEFALITIS DE SAN LUIS

En la temporada actual se notificaron **276** casos sospechosos de encefalitis de San Luis. Tras la realización de una serie de determinaciones en el Laboratorio Nacional de Referencia INEVH "Dr. Julio I. Maiztegui", se confirmó un caso en la provincia de Córdoba, correspondiente al

departamento Ischilín, localidad de Deán Funes. Asimismo, cuatro casos fueron clasificados como probables en las jurisdicciones de Buenos Aires, Córdoba, San Juan y Santa Fe, los cuales continúan bajo investigación epidemiológica y virológica para la definición de su clasificación final. Se mantiene una vigilancia epidemiológica intensificada, especialmente ante cuadros compatibles con meningoencefalitis viral, con el objetivo de detectar oportunamente una eventual introducción del virus.

V.5.D. FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL

Durante la presente temporada se investigaron **61** casos sospechosos de fiebre del Nilo Occidental en el país, sin registrarse casos confirmados autóctonos hasta la fecha. En la SE 37/2025 se confirmó un caso correspondiente a una persona con residencia en Kansas, Estados Unidos, que inició síntomas compatibles durante su paso por Argentina y fue atendida en la provincia de Buenos Aires. El caso fue confirmado por el Laboratorio Nacional de Referencia INEVH “Dr. Julio I. Maiztegui” y no presentó antecedente epidemiológico compatible con adquisición local, refiriendo exposición previa en su país de residencia en zonas con presencia de mosquitos durante actividades al aire libre.

V.5.E. FIEBRE AMARILLA

Durante la temporada en curso se notificaron **36** casos sospechosos de fiebre amarilla, sin registrarse hasta el momento casos confirmados. Los últimos casos confirmados en el país ocurrieron en 2018, cuando se registraron siete casos asociados a antecedente de viaje a Brasil, todos en personas no vacunadas. Se sostiene la vigilancia epidemiológica activa y la estrategia de prevención mediante vacunación en las áreas con recomendación vigente.

VI. Hantavirosis

VI.1. Introducción

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

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

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

En respuesta a estos desafíos sanitarios, las normas de vigilancia fueron revisadas y actualizadas¹⁶ con el objetivo de optimizar los criterios diagnósticos, fortalecer las estrategias de detección temprana y respuesta ante brotes, y mejorar la calidad de la información notificada al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

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

¹⁶ https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/circular_vigilancia-hantavirus-16052025.pdf

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, resultan fundamentales para dimensionar el comportamiento del evento, fortalecer los sistemas de vigilancia y consolidar las capacidades de respuesta ante este tipo de emergencias.

VI.2. Situación epidemiológica actual

VI.2.A. NOTA METODOLÓGICA

El análisis de la información se realiza por la caracterización epidemiológica del evento nominal “Hantavirus”. 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 2025¹⁷, o una clasificación manual correspondiente a confirmado. Los casos se presentan según la jurisdicción de residencia consignada en el SNVS 2.0, en ausencia de este dato, se utiliza la jurisdicción de carga. La fecha mínima se construye según orden de priorización con la fecha de inicio de síntomas (FIS), la fecha de consulta, toma de muestra, y, por último, fecha de apertura del caso, en caso de no contar con ninguna de las anteriores.

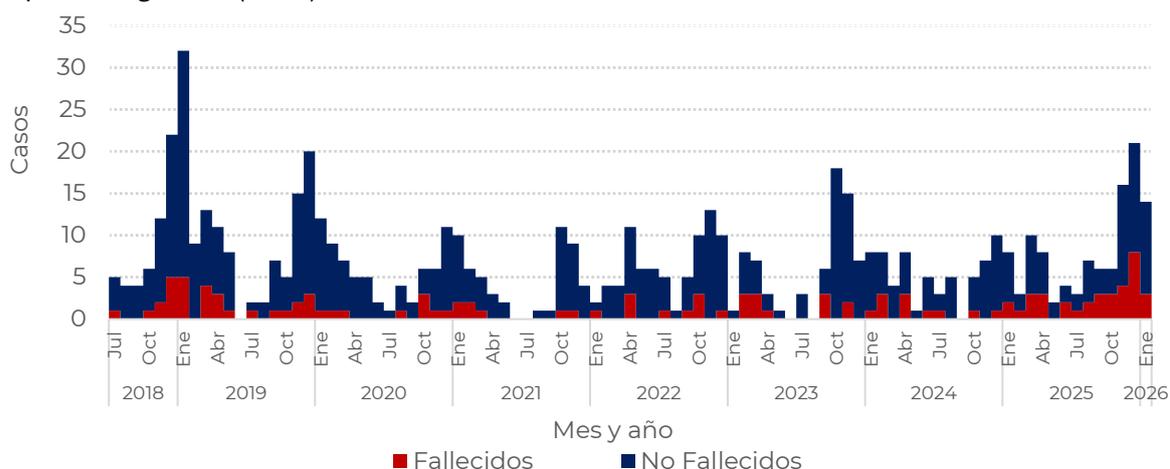
VI.2.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

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

Caracterización según temporalidad y regiones del país

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

¹⁷ 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 05/2026, Argentina. (N=617)

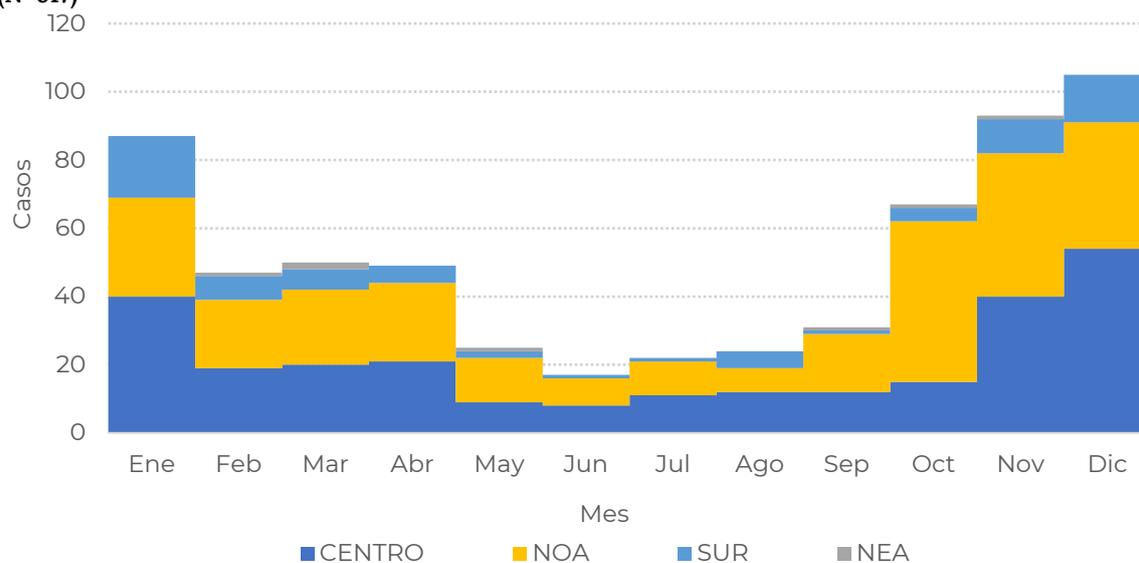
Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

En el presente análisis, respecto del BEN anterior, se notificó 1 caso nuevo de hantavirosis en la Provincia de Buenos Aires, correspondiente al mes de noviembre de 2025, por lo que el total de casos hasta la última semana analizada es de 617 para todo el período. En lo que va del año 2026, a la fecha, se han notificado 14 nuevos casos, 3 de los cuales fallecieron.

Se puede observar, (a excepción de la temporada en curso) que para todas las temporadas del período analizado, durante los meses de octubre a noviembre se acumulan, en promedio, el 54% de los casos confirmados de cada temporada, con un mínimo de 46% (30) casos acumulados para la temporada 2024-2025 y un máximo de 59% (72) para la temporada 2018-2019. Por otra parte, para los meses de febrero a mayo, el promedio de casos confirmados respecto del total por temporada es de 32%. Respecto de la temporada actual, se observa una tendencia creciente de casos confirmados de julio a diciembre del 2025, con una presunta desaceleración de casos confirmados para el mes de enero, la cual deberá interpretarse teniendo en cuenta las posibles actualizaciones retrospectivas en la cantidad de casos confirmados conforme avance la temporada.

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

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

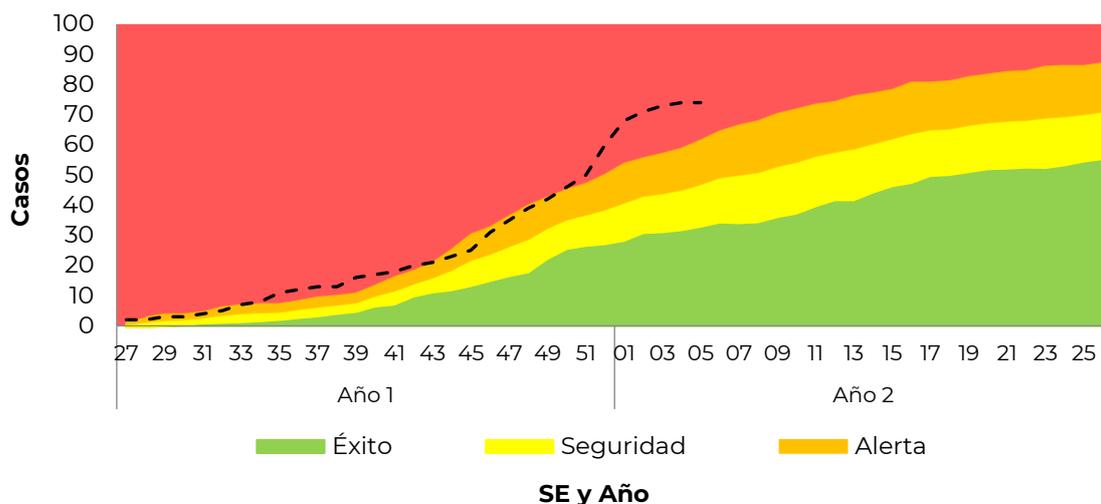
Gráfico 2. Hantavirus: Casos acumulados según mes y región. SE 27/2018 a SE 05/2026, Argentina. (N=617)

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

En la curva histórica de casos mensuales, se observa que el 81% de los casos se concentran entre los meses de octubre a abril. Este patrón se verifica en las 3 regiones que concentran la mayor carga de la enfermedad (NOA, Sur y Centro) con la particularidad de que en el NOA el incremento estacional se inicia de manera más temprana, siendo sus meses con mayor cantidad de casos octubre y noviembre; mientras que, para el resto de las regiones, son diciembre y enero.

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

Gráfico 3. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE 27/2025 a SE 05/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025)*. Argentina. (N=74)



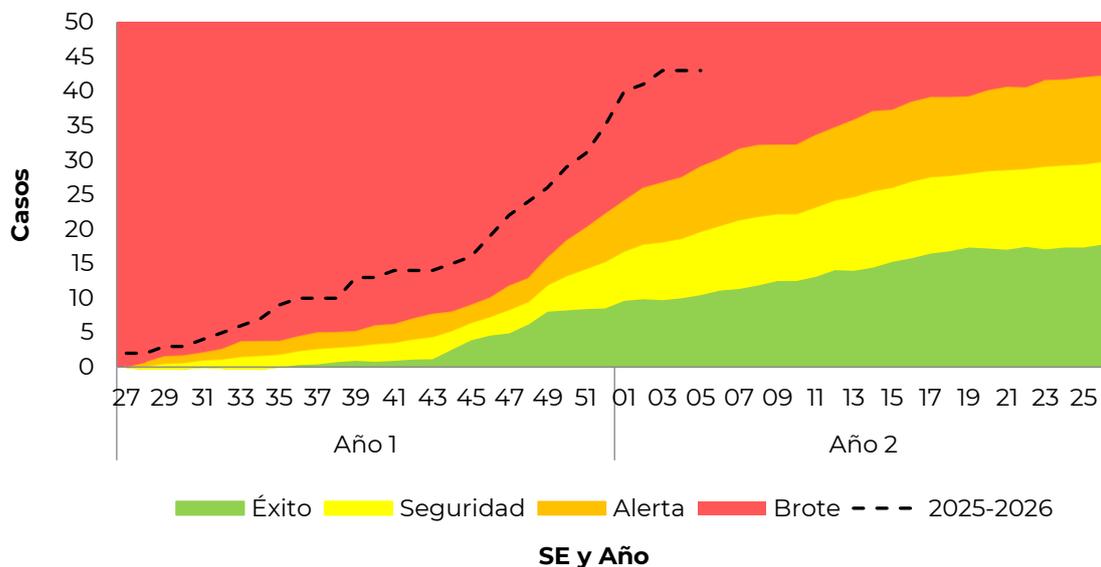
Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

*Tanto para el total país como para los corredores regionales, se excluyeron del período comparativo los casos de la temporada 2018-2019 por ser una temporada de brote.

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

Región Centro

Gráfico 4. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE 27/2025 a SE 05/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región Centro. (N=43)

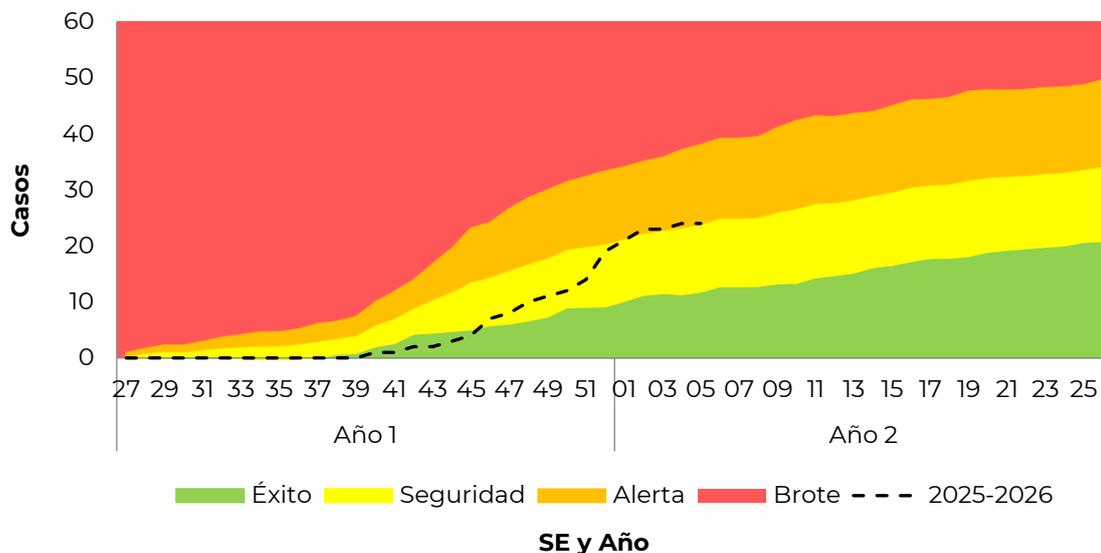


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

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

Región NOA

Gráfico 5. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE 27/2025 a SE 05/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región NOA. (N=24)

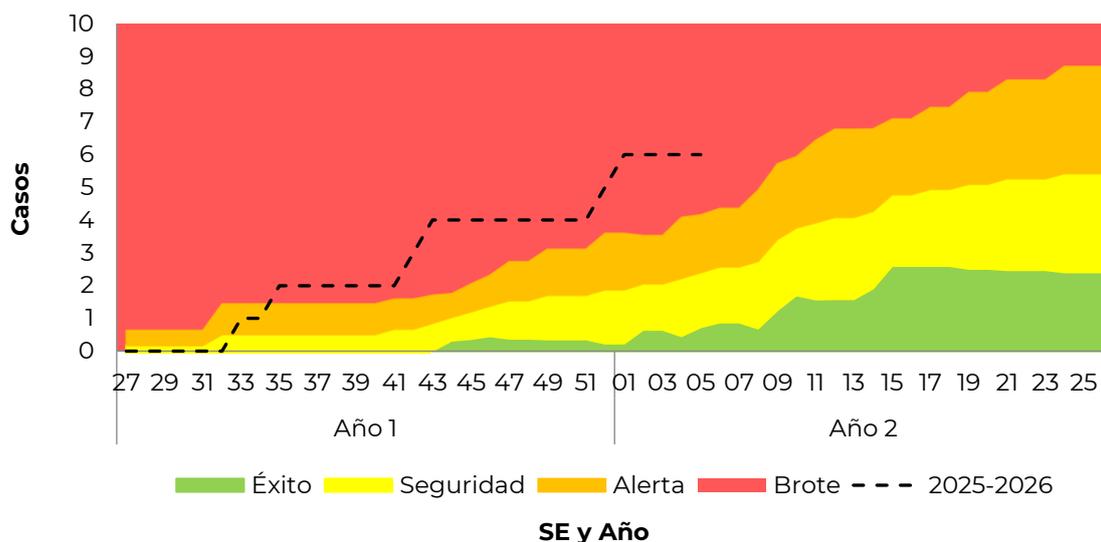


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

En lo que respecta a la región del NOA, se presentaron casos en las jurisdicciones de Salta y Jujuy, con un número de eventos que se encuentra mayormente dentro del canal o banda de seguridad para el período comprendido entre julio del año 2025 y enero de 2026. La situación actual de hantavirosis está entrando en la zona de alerta.

Región Sur

Gráfico 6. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE 27/2025 a SE 05/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región Sur. (N=6)



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

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

2025 y enero del 2026. Durante el corriente año, hasta la fecha, solo se ha notificado un caso confirmado de hantavirrosis en la región sur.

Presentación de datos a nivel sub-nacional

En cuanto a la situación nacional de hantavirrosis, se presentan la siguiente tabla. (tabla 1), correspondiente a los casos y tasas de incidencia en el período equivalente al transcurrido para la temporada actual (SE 27 de un año a SE 5 del año siguiente) para los años 2019 a 2026.

Tabla 1. Hantavirrosis: Casos confirmados y tasa cada 100.000 habitantes según jurisdicción y región, por temporada. Argentina, 2019 a 2026 (SE 27 a 5). (N=338)

Temporada	2019-2020 (hasta SE2)		2020-2021 (hasta SE2)		2021-2022 (hasta SE2)		2022-2023 (hasta SE2)		2023-2024 (hasta SE2)		2024-2025 (hasta SE2)		2025-2026 (hasta SE2)	
	N	Tasa												
Buenos Aires	19	0,11	14	0,08	7	0,04	8	0,04	4	0,02	14	0,08	31	0,17
Entre Ríos	2	0,14	4	0,29	1	0,07	3	0,21	2	0,14	4	0,28	5	0,34
Santa Fe	9	0,26	6	0,17	4	0,11	4	0,11	4	0,11	7	0,19	7	0,19
Centro	30	0,10	24	0,08	12	0,04	15	0,05	10	0,03	25	0,08	43	0,14
Chaco	1	0,08	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Formosa	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,16
Misiones	1	0,08	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
NEA	2	0,05	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,02
Jujuy	8	1,04	5	0,65	5	0,64	7	0,88	7	0,88	4	0,50	4	0,49
Salta	22	1,55	8	0,56	9	0,62	20	1,36	33	2,22	9	0,60	20	1,32
Tucuman	0	0,00	0	0,00	2	0,12	2	0,11	3	0,17	0	0,00	0	0,00
NOA	30	0,53	13	0,23	16	0,28	29	0,50	43	0,73	13	0,22	24	0,40
Chubut	0	0,00	3	0,48	1	0,16	2	0,31	0	0,00	0	0,00	1	0,15
Neuquen	1	0,15	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,29	0	0,00	1	0,14
Río Negro	1	0,13	2	0,27	0	0,00	0	0,00	1	0,13	1	0,13	4	0,50
Sur	2	0,07	5	0,17	1	0,03	2	0,07	3	0,10	1	0,03	6	0,19
Total País	64	0,14	42	0,09	29	0,06	46	0,10	56	0,12	39	0,08	74	0,16

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 enero de 2026, hasta la SE actual, se notificaron un total de 14 casos de hantavirrosis ubicados en las provincias de Buenos Aires (7), Entre Ríos (1), Río Negro (1) y Salta (5).

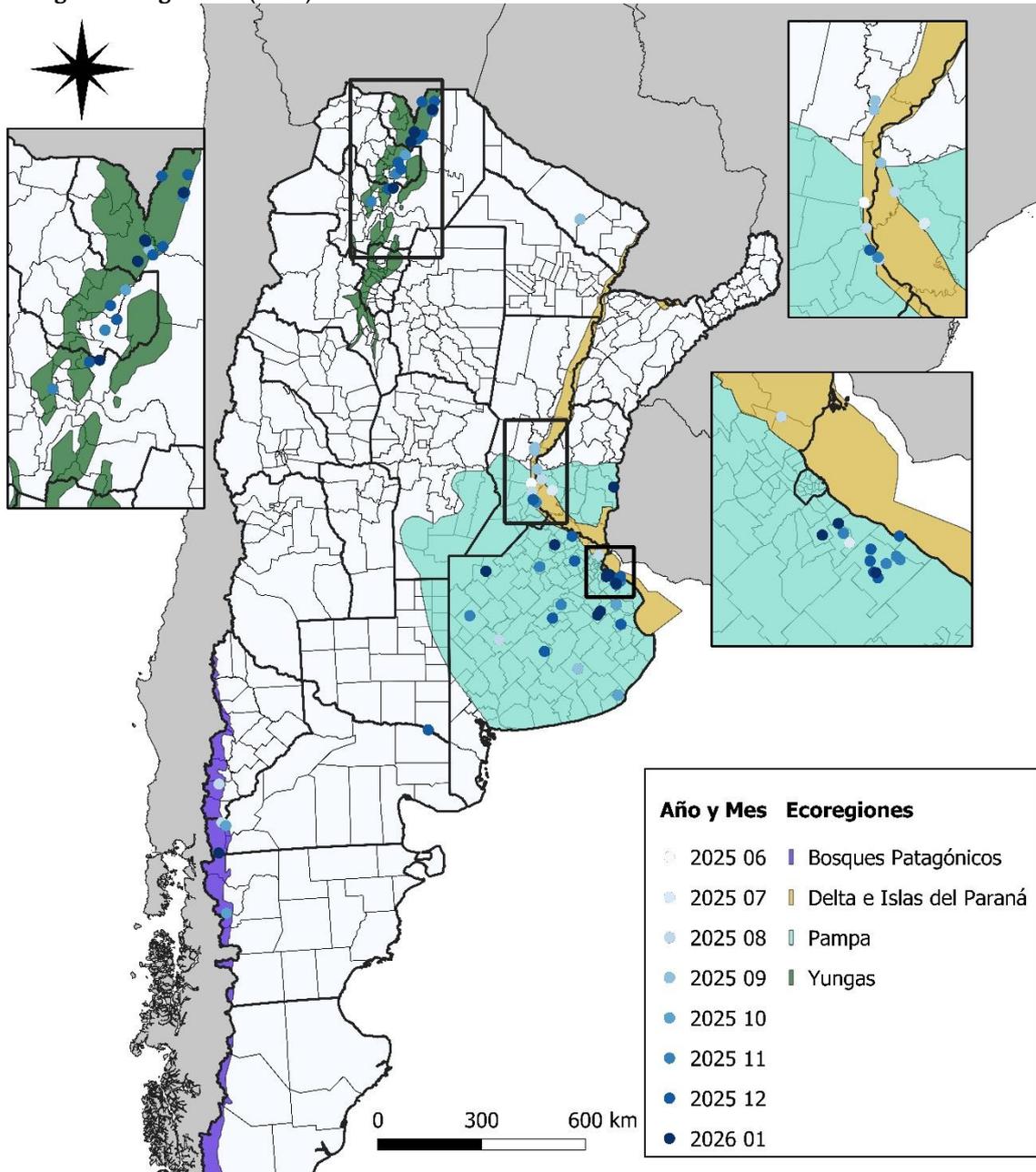
Teniendo en cuenta las temporadas previas (desde la SE 27 del 2019), la incidencia a nivel nacional para la temporada actual es la que presenta la tasa más elevada, 0,16 cada 100.000 habitantes, la cual supera en un 64% a la tasa promedio para el periodo 2019-2025.

En lo que respecta a la temporada actual, a nivel regional, la tasa más elevada se corresponde con la región del NOA (0,4 casos confirmados cada 100.000 habitantes). La cuál tuvo 24 casos confirmados hasta el momento, donde el 83% se concentran en Salta. A nivel jurisdiccional, esta provincia posee la tasa de incidencia más elevada (1,32), siendo más del doble que Río Negro (0,5) y Jujuy (0,49). A su vez, es casi 4 veces mayor que la de Entre Ríos (0,34), la cuarta provincia con mayor incidencia a nivel país.

En el mapa 1, se georreferencia la distribución de los 58 casos de hantavirus desde la SE 27/2025 hasta la SE 05/2026.

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

Mapa 1. Hantavirrosis: Casos confirmados desde SE 27/2025 a SE 05/2026, según semana de ocurrencia y ecorregiones. Argentina. (N=74)



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

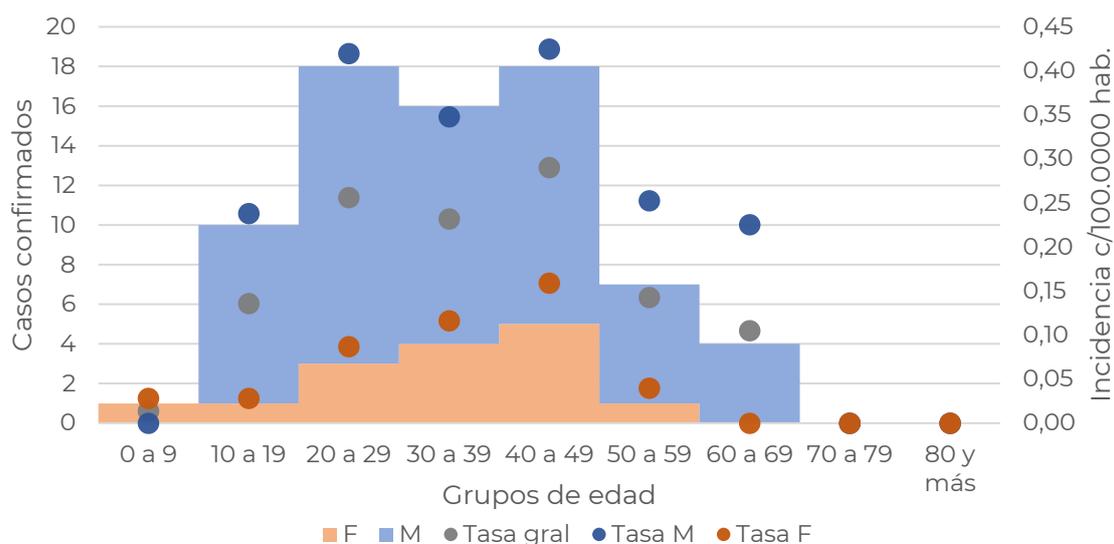
La distribución de los casos de hantavirus se asocia con la del reservorio, aunque las distribuciones de los roedores en general son más extensas y se puede considerar como la máxima área endémica potencial. El Mapa 1 identifica las ecorregiones principalmente

vinculadas a los casos. En el NOA, los casos corresponden a departamentos ubicados en las Yungas (verde), donde se observa que la mayor cantidad de casos corresponde a los meses recientes. En la región Sur, los casos se localizan en los Bosques Patagónicos a excepción de uno que corresponde a la provincia de Río Negro, localizándose en noreste de la provincia; los casos fueron notificados en julio, octubre y enero 2026. En la región Centro, la mayor concentración se vincula al bosque en galería del Delta e Islas del Paraná dónde la presentación de casos corresponde mayormente a los meses de junio a diciembre de 2025. Esta área incluye los humedales de Samborombón y áreas aledañas a La Plata, donde se concentran la mayor cantidad de casos de los últimos meses. Por otra parte, se notificaron casos del interior de la provincia de Buenos Aires que se asocian a la ecorregión Pampeana y un caso en la región chaqueña (Formosa), con casos durante toda la temporada. Esta distribución requiere confirmación mediante trabajo de campo orientado a la búsqueda y caracterización de reservorios en cada foco, y se complementa con vigilancia genómica para validar la vinculación entre casos, reservorios y circulación viral.

Caracterización según grupos de edad

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

Gráfico 7. Hantavirosis: casos confirmados y tasas cada 100.000 habitantes, según sexo y edad. Argentina, SE 27/2025 a SE 05/2026. (N=74)



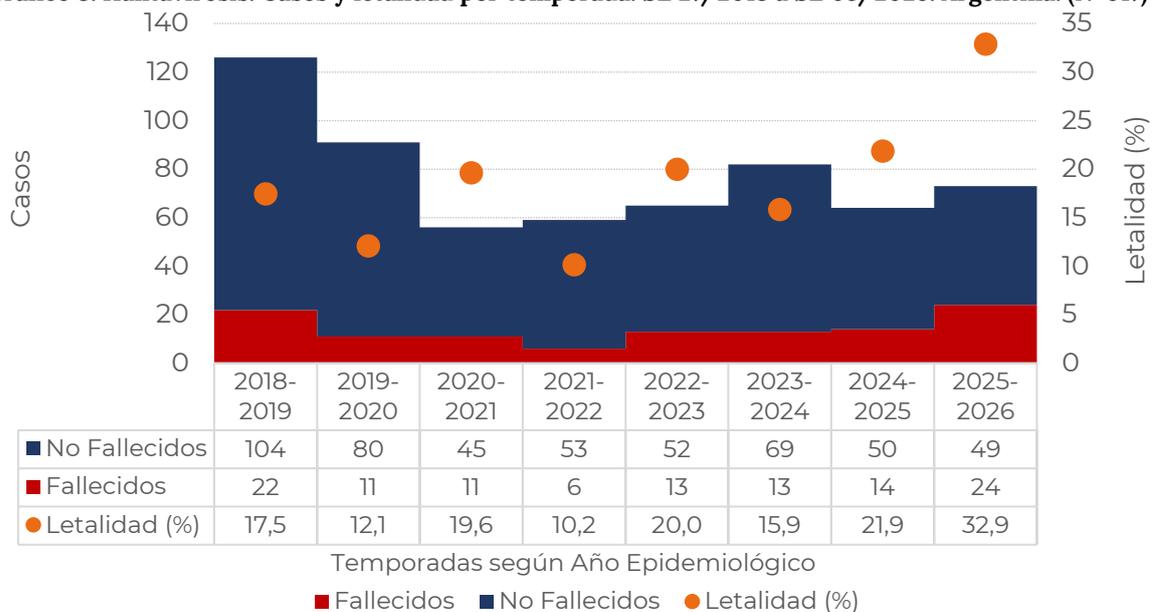
Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

A nivel país, la mediana de edad para los casos confirmados de la temporada en curso es de 34 años, concentrándose el 70% (52) de los casos entre los 20 y los 49 años, contando estos grupos con las mayores tasas de incidencia cada 100.000 habitantes en el período.

En cuanto a la distribución de los casos por sexo, el 80% (59) de los casos confirmados para la temporada actual se corresponde con el sexo masculino. Para todos los grupos etarios, se observa una predominancia de los casos masculinos por sobre los femeninos, a excepción del grupo etario de 0 a 9 años cuyo único caso confirmado se corresponde con el sexo femenino.

Caracterización de la mortalidad

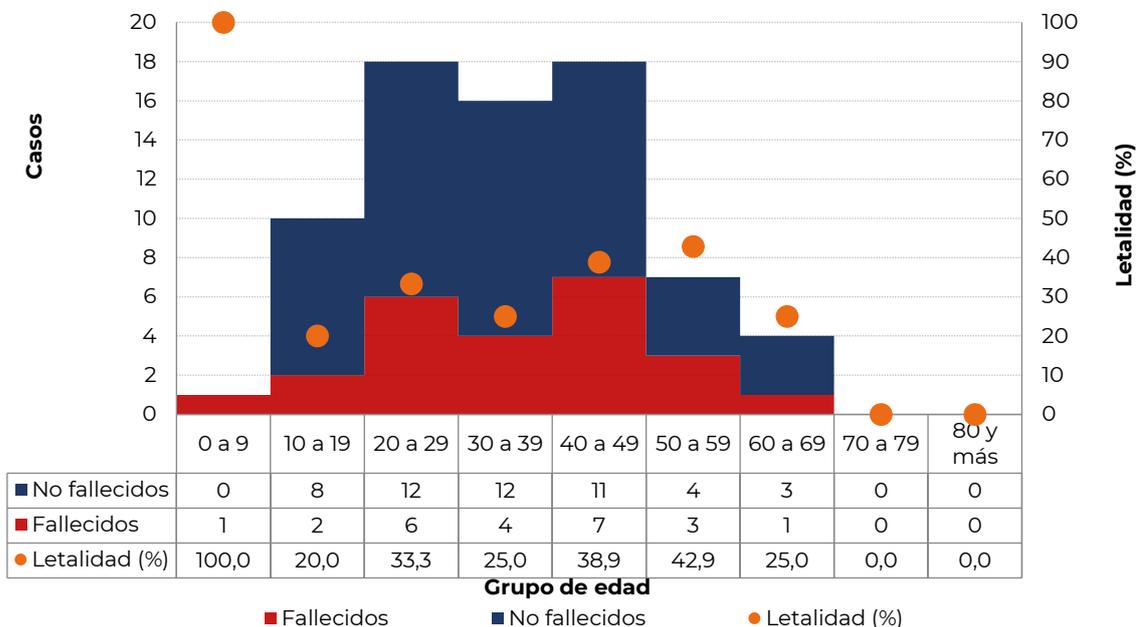
Para dar cuenta de la letalidad y cantidad de fallecidos por temporada desde la SE 27 del año 2018, se presenta el siguiente gráfico.

Gráfico 8. Hantavirosis: Casos y letalidad por temporada. SE 27/2018 a SE 05/2026. Argentina. (N=617)

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

Entre la SE 27/2025 y SE 05/2026 se notificaron 24 casos fallecidos, con una letalidad del 32,9%, la más elevada respecto de las temporadas previas.

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

Gráfico 9. Hantavirosis: Casos y letalidad por grupo etario. SE 27/2025 a SE 05/2026. Argentina. (N=74)

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

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

Para dar cuenta de la situación jurisdiccional, regional y nacional de los casos fallecidos de hantavirus, se presentan dos tablas. Una de ellas (tabla 3), correspondiente a los fallecidos y tasas de mortalidad en el período equivalente al transcurrido para la temporada actual (SE 27 de un año a SE 5 del año siguiente) para los años 2019 a 2026 y otra (Tabla 4) con los casos históricos fallecidos de 2019 a 2025.

Tabla 3. Hantavirus: Casos fallecidos y tasa de mortalidad por 1.000.000 habitantes según jurisdicción y región, por temporada. Argentina, 2019 a 2026 (SE 27 a 05). (N=62)

Año epidemiológico	2019 - 2020 (SE27 a SE 02)		2020 - 2021 (SE27 a SE02)		2021 - 2022 (SE27 a SE02)		2022 - 2023 (SE27 a SE02)		2023 - 2024 (SE27 a SE02)		2024 - 2025 (SE27 a SE02)		2025 - 2026 (SE27 a SE02)	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Buenos Aires	2	0,11	2	0,11	0	0,00	1	0,06	0	0,00	2	0,11	12	0,65
Entre Ríos	1	0,33	1	0,32	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,69	1	0,69
Santa Fe	2	0,53	2	0,53	1	0,26	1	0,28	2	0,55	0	0,00	1	0,27
Centro	5	0,17	5	0,02	1	0,03	2	0,07	2	0,07	3	0,10	14	0,46
Jujuy	2	2,61	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Salta	2	1,41	2	1,40	0	0,00	3	2,04	3	2,02	2	1,33	8	5,27
Tucumán	0	0,00	0	0,00	1	0,58	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
NOA	4	0,71	2	0,35	1	0,17	3	0,51	3	0,51	2	0,34	8	1,33
Chubut	0	0,00	1	1,60	1	1,58	1	1,55	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Neuquén	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,41
Río Negro	0	0,00	1	1,33	0	0,00	0	0,00	1	1,28	0	0,00	1	1,25
Sur	0	0,00	2	0,68	1	0,33	1	0,33	1	0,32	0	0,00	2	0,63
Total País	9	0,20	9	0,20	3	0,07	6	0,13	6	0,13	5	0,11	24	0,50

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

Nota: Se muestra sólo las jurisdicciones con casos

A nivel nacional, la tasa de mortalidad de la temporada actual (SE 27/2025 a SE 05/2026) es casi 4 veces mayor respecto al periodo anterior (0,11) y la más alta de todo el periodo analizado (SE 27/2019 a SE 05/2026) con un total de 24 fallecidos. Asimismo, para el mismo período, la región del NOA presenta la mayor tasa de mortalidad (1,33), ubicándose todos los casos fallecidos de la región (8) en la provincia de Salta la cual, además, es la que mayor mortalidad presenta entre todas las jurisdicciones (5,27). Sin embargo, la provincia que más fallecidos presenta es la provincia de Buenos Aires, con un total de 12, representando el 50% del total de fallecidos de la presente temporada.

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

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

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

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

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

En el mismo sentido, se realizó una capacitación para fortalecer la atención médica. Conversatorio 2025: Pensar en Hantavirus Andes (https://www.youtube.com/watch?v=xpUR_WDoMPE&list=PLwad1oRGFEgBZpMLjUEzMow5rpQURJnBP&index=40) y un spot de recomendaciones para equipos de salud (https://www.youtube.com/watch?v=-HiAyk4Q4A0&list=PLwad1oRGFEgCJjrj_K6adm-5rytQL1qAJ&index=2)

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

VI.2.D. CONCLUSIONES

El periodo comprendido entre SE 27/2025 y SE 05/2026 presentó una proporción mayor de casos en la zona Centro (58%), seguida por la región NOA (33%) y la región Sur (8%). Asimismo, se observó un aumento en la letalidad global. En el grupo etario de menores de 20 años se identificaron 11 casos confirmados, tres de los cuales se consignaron como fallecidos. Teniendo en cuenta la estacionalidad, es importante intensificar la sospecha de hantaviriosis en zonas endémicas y que sea incorporado en el interrogatorio de ruina durante todo el año, pero aún más entre los meses de septiembre y abril, considerándola entre los diagnósticos diferenciales de otros síndromes febriles agudos inespecíficos. Ante la sospecha clínica de hantaviriosis se sugiere realizar estudios diagnósticos confirmatorios a la mayor brevedad posible y hospitalizar; el diagnóstico precoz y la atención oportuna podrían mejorar la sobrevida de los pacientes. La mayor letalidad registrada en el período podría estar relacionada a la subnotificación de casos leves, aunque continúan en investigación otras causas. Se proseguirá con el análisis epidemiológico mientras transcurre la temporada. Se recomienda fortalecer tanto la vigilancia epidemiológica como la sospecha clínica, el testeo y el tratamiento oportuno de los casos con sintomatología compatible, teniendo en cuenta las regiones prevalentes y la temporalidad, así como indagando en los antecedentes epidemiológicos compatibles.

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

Circular “Actualización de normas para la vigilancia de hantaviriosis - Mayo 2025”, disponible en el siguiente link:

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

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

La ficha clínica epidemiológica para derivación y el Instructivo de envío de muestras para diagnóstico se encuentran disponible en el siguiente link:

<https://www.argentina.gob.ar/hantavirus-0>

SITUACIONES **EMERGENTES**

VII. Coqueluche

VII.1. Introducción

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

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

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

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

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

VII.2. Situación internacional¹⁸

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

¹⁸ Extraído de: Organización Panamericana de la Salud. 2025. Actualización epidemiológica Tosferina (coqueluche) en la Región de las Américas. 8 de diciembre del 2025.

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

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

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

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

VII.3.Situación Epidemiológica actual de Coqueluche en Argentina

VII.3.A. INTRODUCCIÓN

Durante el año 2025 se notificaron 6.819 casos sospechosos de coqueluche, de los cuales 1.202 fueron confirmados, constituyendo el año con el mayor número de casos y la mayor tasa de incidencia desde el año 2020. El aumento comenzó a partir de la SE 27 y se mantuvo un número elevado de casos en las semanas posteriores. Este incremento resulta relevante para dimensionar la situación epidemiológica actual, dado que en 2025 el aumento de casos se observó de manera heterogénea en distintas jurisdicciones. Además, se registraron 11 fallecimientos, todos en menores de 2 años.

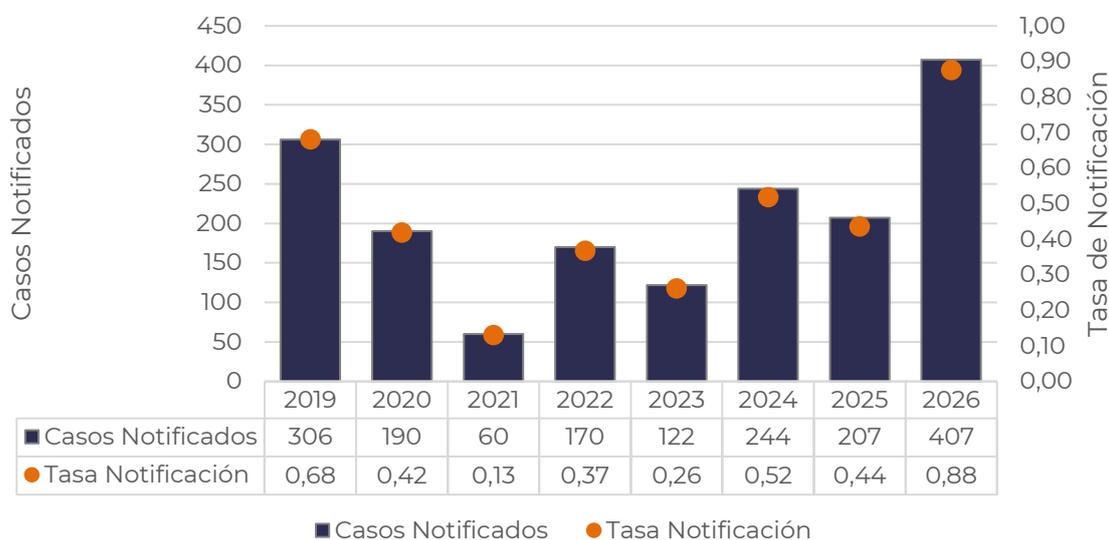
En la 5 primeras SE de 2026 se notificaron un total de 407 casos con sospecha de coqueluche, de los cuales 128 fueron confirmados. En 121 de éstos se contó con confirmación de laboratorio¹⁹, identificándose *B. pertussis* en el 81,7% (n=82). 1 caso correspondió a *B. parapertussis* y 38 casos permanecen sin identificación de especie (*Bordetella* sp.).

Los 128 casos confirmados superan las cifras registradas para el mismo período desde 2019, en línea con el ascenso observado durante 2025. La incidencia acumulada en las SE 1-5 es de 0,28 casos por cada 100.000 habitantes, siendo también la más alta para la SE5 desde 2019. No se registraron fallecimientos en estas primeras semanas.

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

La tasa de notificación hasta la SE5 para el período 2019-2025 fue variable, registrando un valor mínimo en 2021. La mayor tasa de incidencia y el mayor número de notificaciones se observa en 2026, con 0,88 casos cada 100.000 habitantes, seguido por 2019, con 0,68 casos notificados cada 100.000 habitantes.

Gráfico 1. Casos notificados y tasa de notificación cada 100.00 hab. de casos con sospecha de coqueluche según año. Argentina. SE 1 a 5. Años 2019-2026.



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

En las SE 1-5 de 2026, las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche se concentraron principalmente en establecimientos de CABA (n=148) provincia de Buenos Aires (n= 100), Córdoba (n= 63), Santa Fe (n=24), Mendoza (n=21) y Salta (n=19). En las 13 provincias restantes que notificaron casos sospechosos, se notificaron menos de 10 casos.²⁰

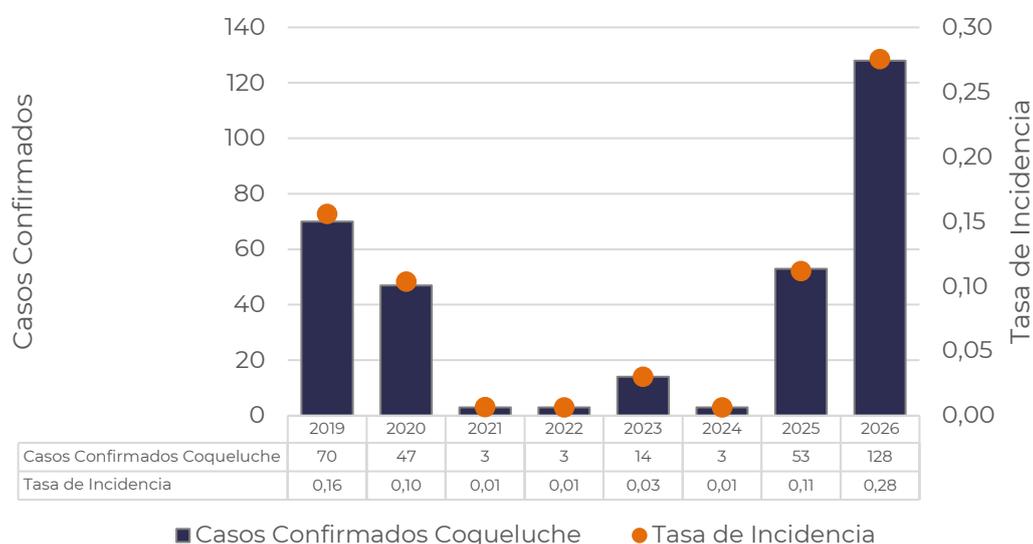
Del total de notificados, se confirmaron 128 casos, lo que representa una tasa de incidencia de 0,28 casos por cada 100.000 habitantes. Si se analiza el período 2019-2026 hasta la SE5, se observa una tendencia descendente de la incidencia entre 2019 y 2022. En 2023 se observó un

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

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

aumento, para luego volver a descender en 2024. Posteriormente, la incidencia aumentó de manera progresiva hasta el año en curso, en el cual se registra la tasa más elevada del período²¹.

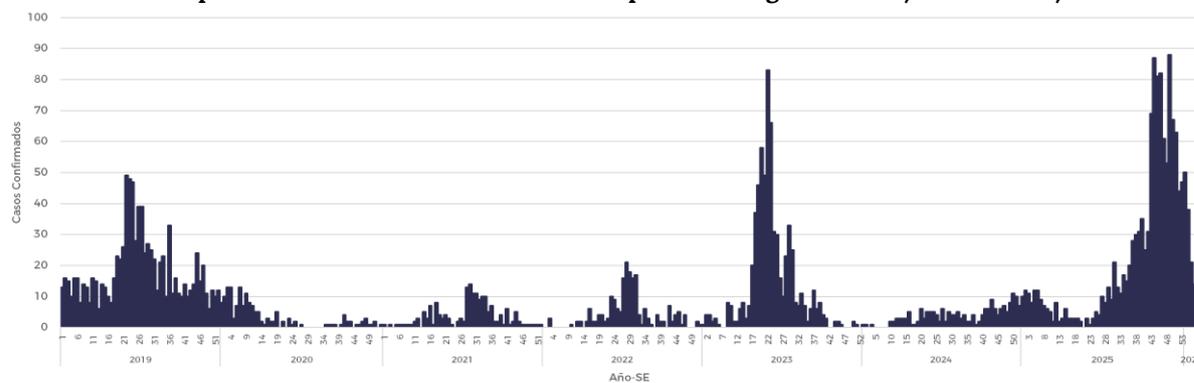
Gráfico 2. Casos confirmados y tasa de incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año. Argentina. SE 1-5. Años 2019-2026.



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

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

Gráfico 3. Curva epidémica de casos confirmados de coqueluche. Argentina. SE1/2019 a SE05/2026.



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

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

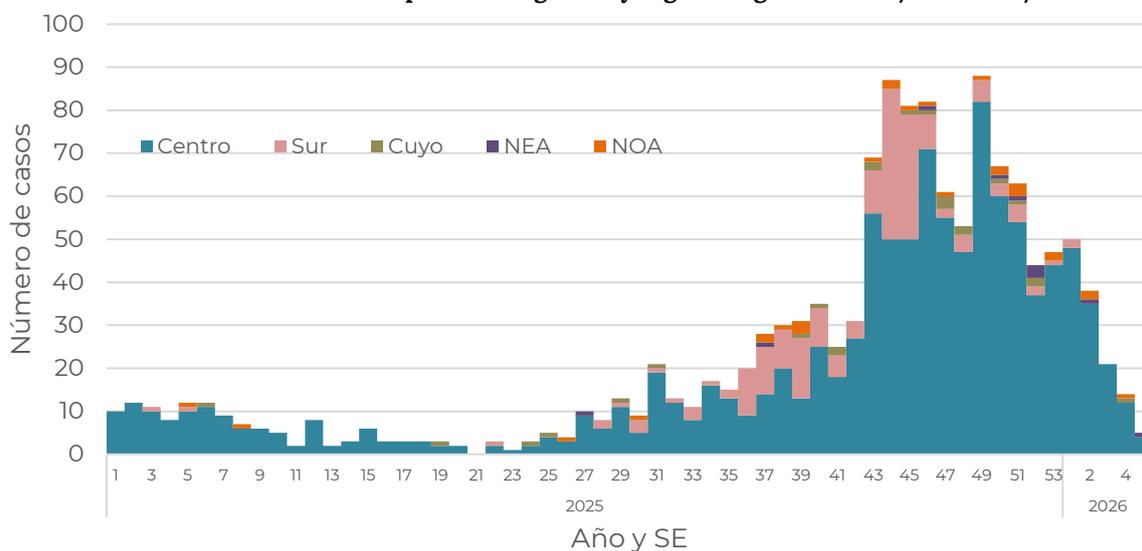
Posteriormente, a partir de la SE 27/2025, se verifica un nuevo ascenso, inicialmente asociado al brote en Ushuaia (Tierra del Fuego) y al aumento de casos confirmados en la Región Centro.

²¹ En el año 2023, se registró el mayor número de casos con sospecha y confirmados post pandemia, a expensas fundamentalmente de las notificaciones de la provincia de Salta que aportó más del 85% de casos confirmados de B. pertussis, sin registrarse el mismo patrón en el resto del país.

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

El mayor número de casos confirmados del año se observó en las SE 44 y 49 de 2025 (n=87 y 89, respectivamente). En las últimas 4 semanas los casos presentan una tendencia a la disminución²².

Gráfico 4. Casos confirmados de coqueluche según SE y región. Argentina. SE 1/2025-SE5/2026.

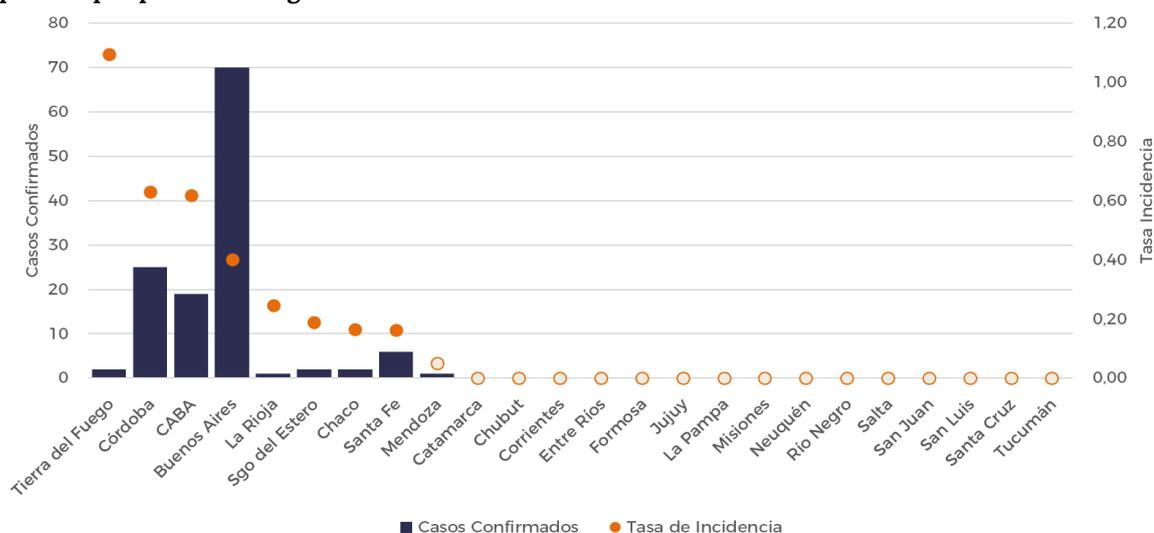


Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Durante 2025, los casos confirmados se distribuyeron en 22 jurisdicciones del país. La mayor concentración se observó en la Región Centro (n=964), con predominio de notificaciones en residentes de la provincia de Buenos Aires (n=661) y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (n=124). En la Región Sur se confirmaron 183 casos, principalmente vinculados al brote en Tierra del Fuego. En las primeras 5 semanas de 2026 los casos confirmados se registraron en 9 jurisdicciones: Buenos Aires (n=70), Córdoba (n=25), CABA (n=19), Santa Fe (n=6), Tierra del Fuego (n=2) Santiago del Estero (n=2), Chaco (n=2), La Rioja (n=1) y Mendoza (n=1).

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

²² Es importante tener en cuenta que esta tendencia podrá ser verificada en las próximas semanas, entendiéndose que puede ser producto de un retraso en la notificación.

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

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

La mayor incidencia acumulada se registró en Tierra del Fuego con 1,09 casos cada 100.000 habitantes, valor 1,7 veces superior al de Córdoba, que ocupa el segundo lugar con una IA de 0,63 casos por 100.000 habitantes. En tercer lugar, se ubica la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (0,62 casos cada 100.000 habitantes) y la provincia de Buenos Aires, que, si bien concentra el mayor número absoluto de casos, presenta una tasa de 0,40 casos por 100.000 habitantes.

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

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

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

Jurisdicciones	Casos Confirmados						
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Buenos Aires	216	49	45	58	47	73	661
CABA	21	11	0	3	2	53	124
Catamarca	6	0	0	11	2	0	0
Chaco	5	3	0	2	0	0	4
Chubut	12	6	3	1	2	0	12
Córdoba	192	31	37	5	81	11	80
Corrientes	2	0	0	1	0	0	0
Entre Ríos	42	1	1	0	1	2	10
Formosa	2	2	0	1	0	0	2
Jujuy	2	0	3	0	2	0	1
La Pampa	8	0	0	0	0	0	4
La Rioja	1	0	0	0	25	1	3
Mendoza	241	12	17	13	25	1	18
Misiones	10	1	5	5	9	1	2
Neuquén	1	1	0	0	2	0	9
Río Negro	5	1	0	0	1	1	14
Salta	146	23	68	93	423	43	3
San Juan	3	1	0	0	0	0	4
San Luis	8	5	1	0	0	0	1
Santa Cruz	0	1	0	0	0	0	5
Santa Fe	14	5	0	7	43	5	89
S del Estero	2	0	0	0	0	0	10
T del Fuego	7	2	0	0	0	0	139
Tucumán	7	4	1	0	2	0	7
Total Nacional	953	159	181	200	667	191	1202

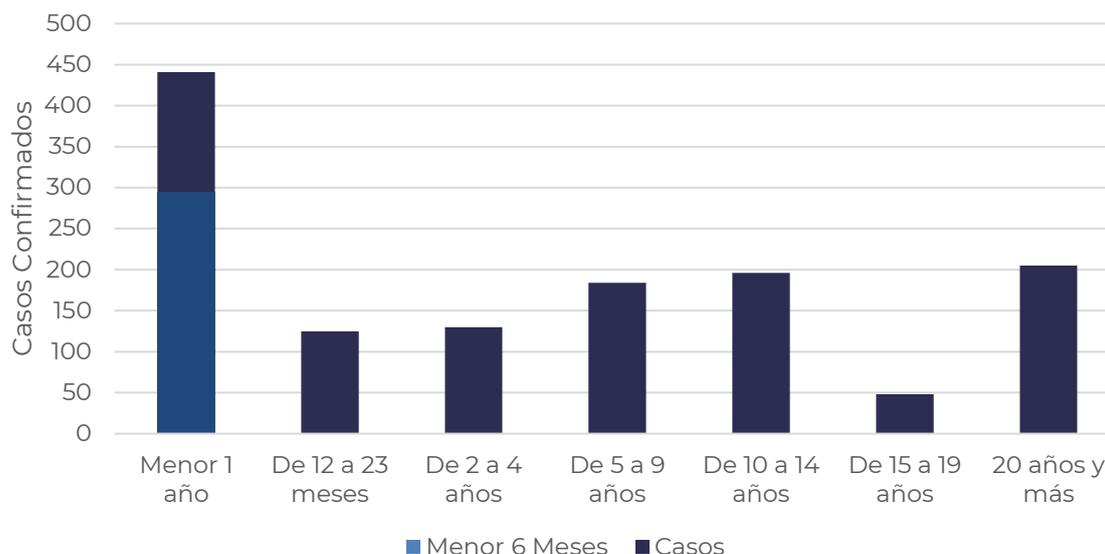
Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Si bien 23 jurisdicciones presentaron casos de coqueluche en 2025, el incremento observado respecto de los años anteriores se concentró en Tierra del Fuego, Buenos Aires, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba. Asimismo, se destaca lo ya señalado para 2023, cuando se registró el mayor número de casos confirmados post pandemia, a expensas fundamentalmente de las notificaciones de la provincia de Salta que aportó más del 85% de casos confirmados de *B. pertussis*. Otras provincias como Mendoza, Córdoba o Santa Fe registraron para este año un aumento de casos de coqueluche, pero con un patrón diferente, e identificación predominante de casos de *B. paraptussis* (los casos de Provincia de Buenos Aires si correspondieron predominantemente a *B.pertussis* y para La Rioja no se cuenta con identificación de especie).

VII.3.C. ANÁLISIS SEGÚN EDAD Y GRAVEDAD

En el siguiente gráfico se presentan los casos confirmados en 2025 y las 5 primeras semanas de 2026 a nivel nacional, según grupo de edad.

Gráfico 6. Casos confirmados de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por grupos de edad. Argentina. SE1/2025 a SE5/2026.



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

El mayor número de casos se observó en el grupo de 0 a 5 años, con predominio en los menores de 1 año, que concentraron el 33,2% de los casos confirmados en el período analizado (n=441), especialmente en el subgrupo de menores de 6 meses (n=295). El número de casos en el grupo de 20 años y más presentaron un aumento, vinculado al brote en Tierra del Fuego del año 2025.

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

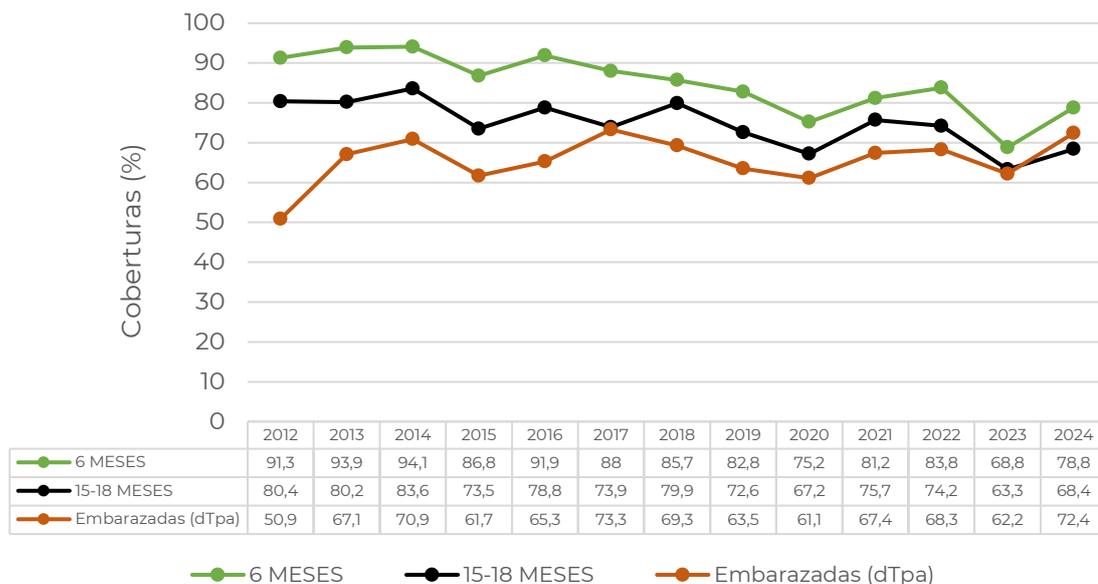
VII.4. Coberturas de Vacunación

VII.4.A. COBERTURAS PARA TOTAL PAÍS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Las coberturas parciales de 2025 al 11/02/2026, son:

- 1° dosis de Quintuple (DTP/HB + Hib) (2 meses): 83,3%
- 2° dosis de Quintuple (4 meses): 82,4%
- 3° dosis Quintuple (DTP/HB + Hib) (6 meses): 77,8%

Ref Quintuple (DTP/HB + Hib) (15 -18 meses): 67,5%

Ref DTP (5 años): 57,8% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2019 al 13/11/25: 76,8%)

Ref dTpa (11 años): 57,5% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2013 al 13/11/25: 77,6%)

Embarazadas dTpa: 76,7%

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

VII.4.B. COBERTURAS SEGÚN JURISDICCIÓN

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

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

Jurisdicción	Quíntuple /Séxtuple (dos meses)	Quíntuple /Séxtuple (cuatro meses)	Quíntuple /sextuple (seis meses)	Refuerzo (15-18 meses)	Refuerzo (5 años)	Refuerzo (11 años)	Embarazada
Buenos Aires	70,10	69,3	66,5	59,4	44,4	45,1	64,9
CABA	84,5	85,8	74,7	39,8	44,7	35,5	52,8
Catamarca	90,7	91,4	86,5	69	65,7	71,1	85,5
Chaco	93	91,9	86,7	75,5	63,7	64,5	90,5
Chubut	93	93	87,9	78,5	60	62,6	86,6
Coba	89,50	88,6	82,8	76,8	60,2	61,5	82,9
Corrientes	92,3	88,4	79,9	62,1	50,8	49,6	90,2
Entre Ríos	92,1	90,6	85,4	79	51,8	62,1	90,5
Formosa	79,9	78,1	74,3	54,2	56	55,8	81,3
Jujuy	109,2	110,8	106,4	101,3	82,2	80,3	103,9
La Pampa	98,7	99,1	97	90,2	68	78,7	93,4
La Rioja	95,2	92,7	86,1	74	71,3	67,9	89,3
Mendoza	92,6	91,6	88,4	83,5	91,8	85,9	81
Misiones	97,30	92,3	80,8	61	65,7	65	90,6
Neuquén	96,4	94,4	91	88,1	85	84,7	92,5
Río Negro	102,3	101,6	96,6	80,1	66,2	56,9	95,5
Salta	94,7	92,5	88,7	84,3	91,6	95,2	89,6
San Juan	98,9	98,1	90	76,6	75,2	73	90,6
San Luis	95,4	93,8	91,1	93,4	82,9	80,6	91,6
Santa Cruz	96,1	93,8	91,1	79	77,7	72,7	96,2
Santa Fe	85	86,2	83,1	68,7	58,5	59,3	81
S. del Estero	93,4	90,9	82,8	68,4	54,7	62,5	87,7
T. del Fuego	101,8	105,5	98,3	103,4	73,1	74,5	99
Tucumán	87	86,4	83,4	79,4	71,6	72,5	79,4

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

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

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

Para mayor información, consultar la *Guía de vigilancia, prevención y control de Coqueluche del Ministerio de Salud de la Nación*: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/20251215->

VIII. Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE): Sarampión – actualización informe epidemiológico

VIII.1. Introducción

El sarampión es una enfermedad viral, **altamente contagiosa**, que puede presentarse en todas las edades. Su gravedad es mayor en niños menores de 5 años o desnutridos, en los cuales puede causar graves complicaciones respiratorias como neumonía y del sistema nervioso central como convulsiones, meningoencefalitis, ceguera, encefalomiелitis postinfecciosa con retraso mental grave y trastornos degenerativos tardíos que no tienen tratamiento o incluso causar la muerte.

Se transmite mediante gotas de aire de la nariz, boca, o garganta de una persona infectada. **El virus puede persistir en el aire o sobre superficies, siendo activo y contagioso por 2 horas.**

No existe ningún tratamiento antiviral específico contra el virus del sarampión, solo existen medidas de sostén clínico y de sus complicaciones. Puede prevenirse con la **vacunación**.

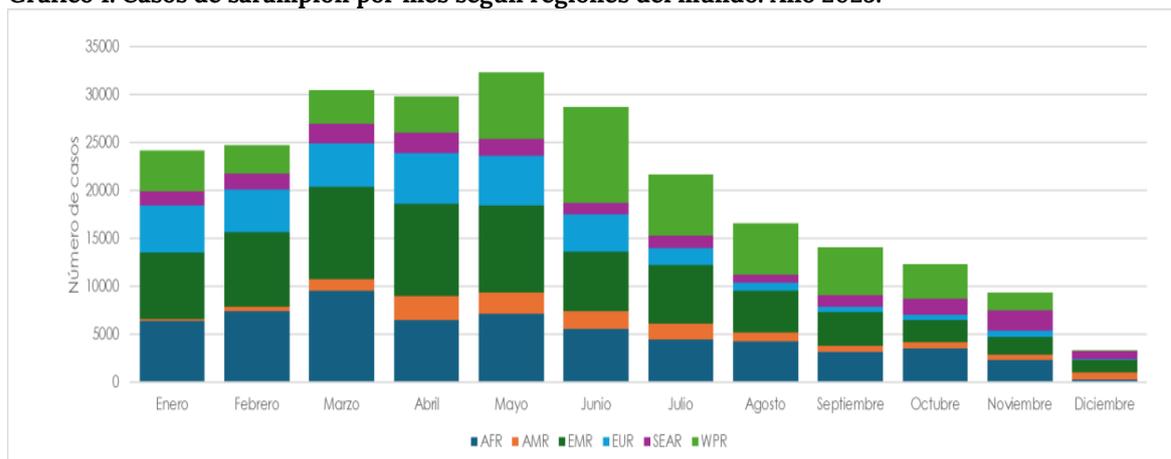
El presente informe tiene como objetivo describir la situación epidemiológica actual del evento sarampión en el país, a partir del análisis de los casos notificados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). Se busca caracterizar los casos registrados en el período reciente, identificar la circulación en nuestro país a partir de los casos importados, y brindar información útil para la toma de decisiones en materia de vigilancia, control y respuesta.

Asimismo, se presentan los principales indicadores vinculados a la oportunidad diagnóstica y sensibilidad del sistema de vigilancia, los antecedentes de vacunación y las acciones implementadas por los equipos de salud ante la detección de casos. Este informe está dirigido a los equipos técnicos de los niveles nacional, provincial y local, con el fin de fortalecer la vigilancia integrada del sarampión y contribuir a la sostenibilidad del estado de eliminación en el país.

VIII.2. Situación epidemiológica mundial y regional

VIII.2.A. SITUACIÓN MUNDIAL

De acuerdo con los datos mensuales de vigilancia de sarampión y rubéola, publicados por organismos internacionales entre enero de 2025 y enero de 2026 se notificaron 552.699 casos sospechosos de sarampión, de los cuales 247.623 (44,8%) fueron confirmados.

Gráfico 1. Casos de sarampión por mes según regiones del mundo. Año 2025.

Fuente: https://www.paho.org/sites/default/files/2026/02/2026-feb-03-phe-alerta-epi-sarampion-esfinal_1.pdf

Regiones: AFR: Región de África; AMR: Región de las Américas; EMR: Región del Mediterráneo Oriental; EUR: Región de Europa, SEAR: Región de Asia Sudoriental; WPR: Región del Pacífico Occidental.

(1) Incluye casos confirmados por laboratorio, criterios clínicos o epidemiológicos.

VIII.2.B. SITUACIÓN REGIONAL²⁴

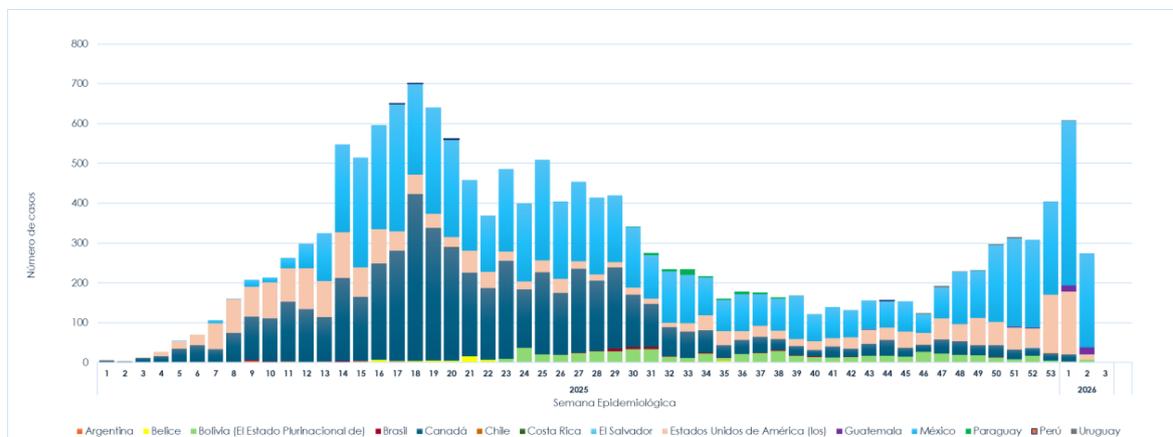
El 10 de noviembre de 2025 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) anunció que la Región de las Américas ha perdido su estatus como región libre de transmisión endémica del sarampión. Esto sucedió en el marco de la transmisión endémica del sarampión se ha restablecido en Canadá, donde el virus ha circulado durante al menos 12 meses. Como resultado, las Américas, que fue la primera región del mundo en eliminar el sarampión en dos ocasiones, ha perdido nuevamente su estatus de libre de sarampión. Todos los demás países de la región siguen manteniendo su estatus.

En 2025, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 53, en la Región de las Américas, fueron confirmados 14.891 casos de sarampión, incluyendo 29 defunciones, de las cuales 22 (73%) se han producido en población indígena. Los casos fueron notificados por Argentina (n=36 casos), Belice (n=44 casos), el Estado Plurinacional de Bolivia (n=597 casos), Brasil (n=38 casos), Canadá (n=5.436 casos, incluyendo dos defunciones), Costa Rica (n=1 caso), El Salvador (n=1 caso), los Estados Unidos de América (n=2.242 casos, incluyendo tres defunciones), Guatemala (n=1 caso), México (n=6.428 casos, incluyendo 24 defunciones), Paraguay (n=49 casos), Perú (n=5 casos) y Uruguay (n=13 casos). Este total representa un aumento de 32 veces en contraste con los 466 casos de sarampión notificados en el 2024. En comparación con el registro histórico de sarampión en la Región, el número de casos confirmados de sarampión en el año 2025 fue el más alto desde el 2019, siendo éste el año con mayor número de casos de los últimos 22 años (n=23.269). En 2026, entre la SE 1 y la SE 3, en la Región de las Américas, fueron confirmados 1.031 casos de sarampión, sin defunciones notificadas. Los casos fueron notificados por Bolivia (n=10 casos), Canadá (n=67 casos), Chile (n=1 caso), los Estados Unidos de América (n=171 casos), Guatemala (n= 41 casos), México (n=740 casos) y Uruguay (n=1 caso). Este total representa un

²⁴ https://www.paho.org/sites/default/files/2026/02/2026-feb-03-phe-alerta-epi-sarampion-esfinal_1.pdf

aumento de 45 veces en comparación con los 23 casos de sarampión notificados en el mismo periodo del 2025.

Gráfico 2. Casos confirmados* de sarampión por semana epidemiológica de inicio de exantema o de notificación y país en la Región de las Américas, 2025- 2026 (hasta la SE 3 del 2026).

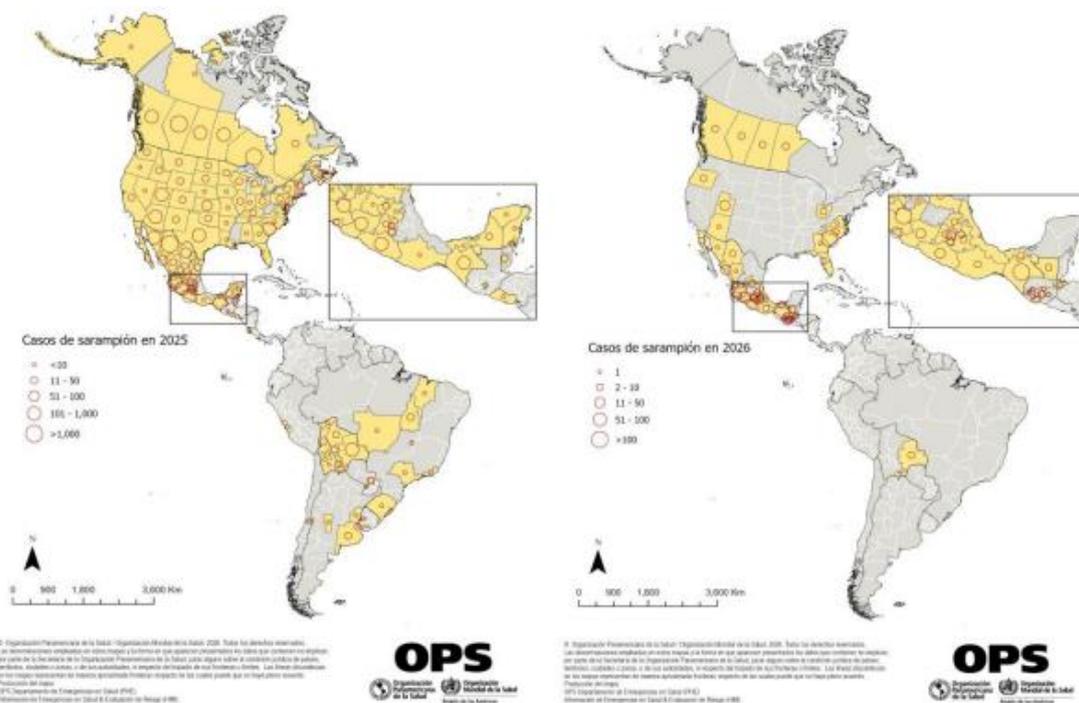


*Nota: Incluye casos confirmados y probables para Canadá.

Fuente: https://www.paho.org/sites/default/files/2026/02/2026-feb-03-phe-alerta-epi-sarampion-esfinal_1.pdf

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas del 2025 e inicios del 2026 se observa un aumento importante en el número de casos notificados.

Mapa 1. Distribución geográfica de los casos confirmados de sarampión a nivel subnacional (en amarillo) en la Región de las Américas, 2025 y 2026 (hasta la SE 2 del 2026).



Fuente: https://www.paho.org/sites/default/files/2026/02/2026-feb-03-phe-alerta-epi-sarampion-esfinal_1.pdf

A continuación se muestra la situación de algunos países de la región en el año 2025:

Bolivia

Casos Confirmados: 597

Distribución: Santa Cruz (467), La Paz (41), entre otros.

Antecedentes de Vacunación: 82% no estaban vacunados.

Incidencia Más Afectada: Niños menores de 1 año.

Brasil

Casos Confirmados: 38

Distribución: Distrito Federal y seis estados.

Antecedentes de Vacunación: 94.7% no estaban vacunados.

Canadá

Casos Confirmados: 5436 en 2025 (incluye 2 defunciones).

Distribución: Alberta (2008), Ontario (2396), entre otros.

Antecedentes de Vacunación: 89% no estaban vacunados.

Chile

Casos Confirmados: 1 (importado).

Antecedentes de Vacunación: Sin historial verificable al ingresar.

Estados Unidos

Casos Confirmados: 2,242 (incluye 3 defunciones).

Distribución: 45 jurisdicciones, con 1,994 relacionados a brotes.

Antecedentes de Vacunación: 93% no estaban vacunados.

México

Casos Confirmados: 7168 (incluye 24 defunciones).

Distribución: Más casos en Chihuahua (4495), Jalisco (1034).

Antecedentes de Vacunación: 91.2% no vacunados.

Paraguay

Casos Confirmados: 49.

Distribución: San Pedro (47) y Central (2).

Antecedentes de Vacunación: 76% no estaban vacunados.

Perú

Casos Confirmados: 5 (todos en Lima).

Antecedentes de Vacunación: Tres no vacunados, uno con historial desconocido.

Uruguay

Casos Confirmados: 13.

Distribución: Montevideo y Río Negro.

Antecedentes de Vacunación: 69,3% no vacunados.

La situación del sarampión en la región de las Américas es alarmante, con un aumento significativo en los casos en comparación con años anteriores. La baja cobertura de vacunación en muchas de las poblaciones afectadas son factores críticos que requieren atención inmediata y campañas de vacunación intensificadas para proteger a las comunidades vulnerables.

En lo que va de 2026 (SE1-SE3) fueron confirmados 1.031 casos de sarampión, sin defunciones notificadas. Los mismos están distribuidos de la siguiente manera:

Bolivia (n= 10 casos)

Canadá (n= 67 casos)

Chile (n= 1 caso)

Estados Unidos de América (n= 171 casos)

Guatemala (n= 41 casos)

México (n= 740 casos)

Uruguay (n= 1 caso)

VIII.3. Situación actual en la Argentina

A partir de un nuevo caso, contacto de un caso confirmado mientras se encontraba en el exterior, se emite una nueva Alerta Epidemiológica²⁵.

VIII.3.A. NOTA METODOLÓGICA

En Argentina, Sarampión constituye un evento de notificación obligatoria en el marco de la Ley 15.465 y la Resolución 2827/2022.

Para el presente **análisis** se utilizaron las **notificaciones nominales** correspondientes al evento Enfermedad Febril Exantemática registradas en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), del que se excluyeron los casos clasificados de forma manual como “Invalidados por Epidemiología”.

Para determinar el año de diagnóstico, se estableció una fecha final utilizando la “Fecha de inicio de síntomas”. En los casos en que esta información no estaba disponible, se tomó la “Fecha de consulta”, “Fecha de toma de muestra” y, en su defecto, la “Fecha de apertura”. En cuanto a la procedencia, se utilizó la ‘Provincia de residencia’ y en caso de que no estuviera el dato, se utilizó la “Provincia de carga”.

El análisis incluyó las notificaciones correspondientes al período comprendido entre la semana epidemiológica (SE) 01 de 2019 y la SE 06 de 2026, con información disponible hasta el 12 de febrero de 2026 para el gráfico de la curva epidemiológica. Mientras que en el resto de las tablas y gráficos se muestran los datos hasta la SE 5.

VIII.3.B. NOTIFICACIÓN DE CASOS

Uno de los indicadores para monitorear la sensibilidad y calidad de la vigilancia epidemiológica del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, es el cumplimiento de la tasa mínima anual esperada de casos sospechosos de sarampión y rubéola, fijada en al menos 2 notificaciones por cada 100.000 habitantes.

A continuación se encuentra una tabla histórica de años cerrados 2019-2025 por jurisdicción del país, donde se encuentran los casos notificados (N), confirmados (C) y la tasa de notificación (T) lograda por la jurisdicción en cada año.

Las marcas con color en las celdas indican las jurisdicciones que en ese año lograron cumplir con las tasas mínimas de notificaciones. En color rojo se muestran las que no llegaron al mínimo, mientras que las verdes lo hicieron.

²⁵ https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/alerta_sarampion_20260206_vf.pdf

Tabla 1. Distribución de casos notificados y confirmados de Sarampión por jurisdicción en Argentina. Tasa cada 100 mil habitantes. SE1 a SE50 de 2025²⁶.

Jurisdicción	2019			2020			2021			2022			2023			2024			2025		
	C	N	T	C	N	T	C	N	T	C	N	T	C	N	T	C	N	T	C	N	T
Buenos Aires	82	1840	10,6	51	928	5,3		31	0,2	1	472	2,6		87	0,5		143	0,8	21	2102	11,4
CABA	25	590	19,2	10	230	7,5		14	0,5	1	86	2,8		25	0,8	2	55	1,8	13	814	26,4
Catamarca		38	9,2		1	0,2			0,0		2	0,5		5	1,2		9	2,1		13	3,0
Chaco		113	9,5		59	4,9		18	1,5		24	2,0		53	4,3		34	2,7		48	3,8
Chubut		34	5,6		13	2,1		1	0,2		12	1,9		7	1,1		17	2,6		34	5,1
Córdoba		375	10,1	1	312	8,3		43	1,1		120	3,1		50	1,3		109	2,8		115	2,9
Corrientes		29	2,6			0,0			0,0			0,0			0,0		30	2,6		8	0,7
Entre Ríos		40	2,9		10	0,7			0,0		6	0,4		16	1,1		25	1,7	1	95	6,6
Formosa		57	9,5		10	1,7		1	0,2		7	1,1		5	0,8		4	0,6		17	2,7
Jujuy		47	6,2		18	2,3		1	0,1		1	0,1		4	0,5		1	0,1		28	3,5
La Pampa		12	3,4		3	0,8		1	0,3		3	0,8		3	0,8		15	4,1		22	5,9
La Rioja		7	1,8			0,0			0,0		2	0,5		2	0,5		3	0,7		10	2,4
Mendoza		366	18,6		106	5,3		25	1,2		78	3,8		20	1,0		90	4,4		93	4,5
Misiones		30	2,4		5	0,4			0,0		3	0,2			0,0		19	1,4		17	1,3
Neuquén		18	2,7			0,0			0,0		26	3,8		4	0,6		8	1,1		11	1,6
Río Negro		30	4,1		1	0,1			0,0		5	0,7		2	0,3	11	56	7,1		13	1,6
Salta		79	5,6		31	2,2		4	0,3		12	0,8		28	1,9	1	74	5,0		56	3,7
San Juan		34	4,4		6	0,8		1	0,1		8	1,0		3	0,4		6	0,7		18	2,2
San Luis		19	3,8		8	1,6		1	0,2		1	0,2		6	1,1		19	3,6	1	12	2,2
Santa Cruz		13	3,6		3	0,8			0,0		1	0,3		2	0,5		2	0,5		23	5,6
Santa Fe	2	171	4,9		62	1,8		7	0,2		18	0,5		9	0,2		45	1,2		64	1,7
Sgo del Estero		20	2,1		4	0,4		1	0,1		3	0,3		3	0,3		12	1,2		19	1,9
T del Fuego		15	8,9		13	7,5			0,0		5	2,7			0,0		5	2,6		7	3,6
Tucumán		27	1,6		36	2,1			0,0		12	0,7		1	0,1		43	2,4		40	2,2
Total general	109	4004	8,9	62	1859	4,1	0	149	0,3	2	907	2,0	0	335	0,7	14	824	1,8	36	3679	7,7

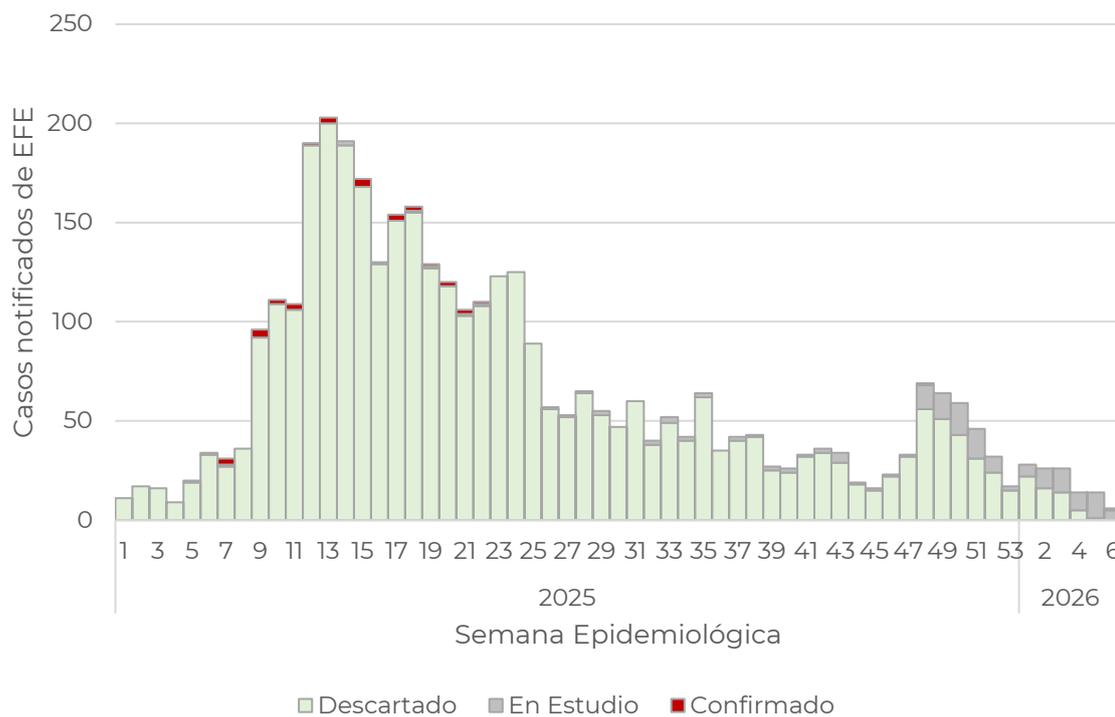
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

N=casos notificados, C=confirmados y T=tasa de notificación

El gráfico a continuación muestra la distribución de las sospechas por semana epidemiológica a nivel país de 2025 hasta la SE 6 de 2026.

²⁶ Los casos notificados corresponden a los reportados hasta la SE50, mientras que la información sobre los casos confirmados refleja la más reciente disponible al momento de la elaboración de este boletín epidemiológico.

Gráfico 3. Número de notificaciones de Enfermedad Febril Exantemática según semana epidemiológica. Argentina. SE1/53 de 2025 (n=3679) a SE6 de 2026. (n= 114).



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

Como se observa en la curva epidémica, a medida que transcurren los días desde la confirmación de los casos, disminuye la sospecha clínica y, en consecuencia, la sensibilidad del sistema de salud para detectar nuevos casos potenciales.

VIII.3.C.DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

Uno de los indicadores para monitorear la sensibilidad y calidad de la vigilancia epidemiológica del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, es el cumplimiento de la tasa mínima anual esperada de casos sospechosos de sarampión y rubéola, fijada en al menos 2 notificaciones por cada 100.000 habitantes.

En este contexto, se presenta a continuación una tabla con la distribución de notificaciones y confirmaciones por provincia, así como la tasa esperada por jurisdicción, lo cual permite analizar el grado de cumplimiento de este umbral al momento del corte del informe.

Tabla 2. Distribución de casos notificados y confirmados de Sarampión por jurisdicción en Argentina. Notificaciones mínimas esperadas de la SE1 a la SE 5 de 2025 y 2026.

Jurisdicción	2025		2026		Notificaciones mínimas esperadas a SE5
	Confirmado	Notificado	Confirmado	Notificado	
Buenos Aires		27		36	40
CABA	1	6	1	22	7
Catamarca				1	1
Chaco		1		1	3
Chubut		1		1	1
Córdoba		9		2	9
Corrientes					3
Entre Ríos		7		6	3
Formosa				1	1
Jujuy				3	2
La Pampa		1		1	1
La Rioja					1
Mendoza		14		7	4
Misiones					3
Neuquén					2
Río Negro				1	2
Salta				7	3
San Juan					2
San Luis					1
Santa Cruz		1			1
Santa Fe		2		2	8
Sgo del Estero					2
T del Fuego				1	0
Tucumán		4		6	4
Total general	1	73	1	98	102

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

Del análisis de la información notificada se identifican dos situaciones diferenciadas entre las jurisdicciones:

1. *Jurisdicciones con notificaciones por debajo del valor esperado para esta fecha (en rojo):* Tal es el caso de Buenos Aires, Chaco, Córdoba, Corrientes, La Rioja, Misiones, Neuquén, Río Negro, San Juan, San Luis, Santa Cruz, y Santiago del Estero, donde resulta clave continuar reforzando las acciones de sensibilización y detección oportuna para alcanzar los estándares establecidos.

2. *Jurisdicciones que tienen la misma cantidad o superaron la cantidad esperada de notificaciones para todo el año (en verde):* En este segundo grupo se incluye el resto de todas las jurisdicciones, que alcanzaron y superaron las notificaciones esperadas para todo el año.

Este análisis permite monitorear periódicamente el desempeño del sistema de vigilancia en las distintas jurisdicciones y orientar acciones correctivas en tiempo oportuno.

En la tabla a continuación se completa la información de la tabla anterior con las tasas cada 100 mil habitantes y notificaciones mínimas esperadas hasta la semana analizada.

Tabla 3. Distribución de casos notificados y confirmados de Sarampión, tasa cada 100 mil habitantes y notificaciones mínimas esperadas a la semana actual por jurisdicción. Argentina. SE 5 2026.

Jurisdicción	Confirmado	Notificaciones totales actuales	Tasa c/100-mil	Notificaciones mínimas esperadas actuales
Buenos Aires		36	0,2	42
CABA	1	22	0,7	7
Catamarca		1	0,2	1
Chaco		1	0,1	3
Chubut		1	0,1	2
Córdoba		2	0,1	9
Corrientes			0,0	3
Entre Ríos		6	0,4	3
Formosa		1	0,2	1
Jujuy		3	0,4	2
La Pampa		1	0,3	1
La Rioja			0,0	1
Mendoza		7	0,3	5
Misiones			0,0	3
Neuquén			0,0	2
Río Negro		1	0,1	2
Salta		7	0,5	3
San Juan			0,0	2
San Luis			0,0	1
Santa Cruz			0,0	1
Santa Fe		2	0,1	8
Santiago del Estero			0,0	2
Tierra del Fuego		1	0,5	0
Tucumán		6	0,3	4
Total	1	98	0,2	108

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

VIII.4. Sobre el último caso confirmado

VIII.4.A. DESCRIPCIÓN DEL CASO ACTUAL

El 12 de febrero de 2026, a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), se confirma un caso sospechoso de sarampión en un adulto de 29 años de edad, residente en la Ciudad de Buenos Aires.

Presenta como antecedente haber realizado un viaje a Filipinas, con fecha de regreso a la Argentina el día 28 de enero. Fue identificado como contacto de un caso de sarampión en un vuelo en el trayecto Manila a Sidney, Australia, el día 27 de enero. Este antecedente fue oportunamente comunicado por el Centro Nacional de Enlace para Argentina dependiente de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de Nación, por lo que ya se encontraba en seguimiento por parte de la Gerencia Operativa de Epidemiología del Ministerio de Salud de la CABA.

El inicio de los síntomas ocurrió el 9 de febrero, con fiebre y exantema generalizado. La primera consulta médica tuvo lugar el 10 de febrero en un establecimiento privado de CABA, sin

necesidad de internación, donde fue evaluado y se le tomaron las muestras para diagnóstico etiológico.

Se procesó la muestra de suero en un laboratorio privado donde los resultados obtenidos fueron IgM para sarampión no reactiva. Ante la sospecha clínica y el antecedente epidemiológico se realizó la derivación al Laboratorio Nacional de Referencia donde se detectó el virus en la muestra de orina por técnica de rt-PCR. Se continúa con estudios moleculares para la identificación del genotipo viral.

El paciente cuenta con antecedentes de vacuna triple viral documentada en la infancia. No se informaron comorbilidades ni factores de riesgo adicionales. Se encuentra clínicamente estable, en aislamiento domiciliario junto a su núcleo conviviente.

Durante el período de transmisibilidad participó de un evento en la localidad de Azul, provincia de Buenos Aires, donde asistieron alrededor de cien personas entre el 6 y 7 de febrero. El día 9 de febrero visitó la localidad de General Pacheco, donde se reunió con amigos y familiares.

VIII.4.B. ACCIONES REALIZADAS

Desde el momento de la comunicación por medio del CNE y luego de la información del comienzo de síntomas compatibles por parte de la jurisdicción, los equipos nacionales acompañan en la investigación epidemiológica y se encuentran a disposición para el control y seguimiento de contactos.

En un trabajo conjunto entre las direcciones nacionales de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles y Epidemiología, la dirección de Epidemiología de provincia de Buenos Aires y la Gerencia Operativa de Epidemiología de CABA se está llevando a cabo la investigación epidemiológica para la búsqueda de contactos, acciones de bloqueo y seguimiento de las personas identificadas.

Al momento de la redacción de este informe se están llevando a cabo las siguientes acciones:

Por parte de las jurisdicciones:

- Investigación epidemiológica para determinar el itinerario del caso y la identificación de contactos.
- Seguimiento de los contactos del vuelo Manila - Sidney por parte de PBA y CABA, asintomáticos a la fecha.
- Seguimiento de contactos de los diferentes eventos por parte de PBA y CABA, asintomáticos a la fecha.
- Identificación de contactos susceptibles:
 - Dos contactos de 17 meses con una dosis aplicada antes del año, fueron vacunados con la dosis 2 según nuevo calendario.
 - Contacto de 11 meses sin antecedentes de vacunación. Se indicó al pediatra de cabecera para efectivizar la inmunización.
 - Embarazadas con esquema de vacunación completo.
- Comunicaciones con las regiones sanitarias 5 y 9, para la sensibilización de los equipos en la vigilancia de Enfermedad Febril Exantemática.
- Distribución de gammaglobulina a la localidad de Azul para tener a disposición ante nuevos casos.

Al momento del cierre de este informe se había establecido comunicación con el 65% de los contactos identificados.

De parte de DICIE/DIREPI/DNCET:

- Provisión de insumos para acciones de inmunización y bloqueo.
- Coordinación con las jurisdicciones para el trabajo articulado de acuerdo con las diferentes estrategias definidas.
- Asesoramiento para el abordaje de situaciones complejas en el seguimiento de contactos.
- Ante la posibilidad de un segundo caso se desarrollan nuevas acciones para la posibilidad de asistencia de contactos del caso en la misma localidad.

VIII.5. Recomendaciones para la comunidad

Resulta fundamental garantizar el cumplimiento del esquema de vacunación contra el sarampión de acuerdo a las recomendaciones vigentes en los establecimientos con actividades educativas, deportivas, recreativas y sociales.

Las aulas y otros espacios donde se desarrollan las actividades mencionadas suponen el contacto estrecho entre niños, adolescentes y adultos, la convocatoria a reuniones y actos escolares con gran afluencia de personas y un incremento del desplazamiento de la población, constituyendo así un escenario que facilita la propagación del virus del sarampión en la comunidad.

VIII.6. Recomendaciones para los equipos de salud

Hay que tener en cuenta realizar un correcto *triage* de las personas sintomáticas que concurren a los centros asistenciales de salud para poder tomar las medidas de aislamiento respiratorio para evitar la exposición de las personas que se encuentran en ese momento y la contaminación durante 2 horas de los espacios en donde se encuentre el paciente.

VIII.7. Vigilancia epidemiológica

Los casos de Enfermedad Febril Exantemática (EFE) constituyen eventos de notificación obligatoria en el marco de la ley 15.465 y la resolución 2827/2022 del Ministerio de Salud de la Nación que actualiza las normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria.

Todo caso sospechoso de EFE deberá notificarse de forma inmediata al Sistema Nacional de vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) al grupo de eventos Enfermedad Febril Exantemática, con datos completos tanto de identificación, clínicos, epidemiológicos y por laboratorio.

VIII.7.A. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE CASO

Definición de Caso de EFE (caso sospechoso de sarampión/rubéola):

Persona de cualquier edad con fiebre (temperatura axilar $>38^{\circ}\text{C}$) y exantema, independientemente del antecedente vacunal, o bien que un personal de salud sospeche sarampión o rubéola.

Ficha de investigación de caso sospechoso de EFE (sarampión/rubéola): https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-10/ficha_de_sarampion_y_rubiola_9102023.pdf

VIII.8. Medidas de prevención

VIII.8.A. VACUNACIÓN

ADELANTAMIENTO DE SEGUNDA DOSIS DE TV A LOS 15 - 18 MESES DE VIDA

Argentina presenta riesgo de reintroducción del sarampión en forma permanente, por lo cual es clave mejorar las coberturas de vacunación en todos los grupos de edad.

Dada la actual circulación mundial, regional y nacional del sarampión, y tras una rigurosa evaluación de la evidencia científica, Argentina ha decidido continuar y fortalecer su estrategia de inmunización, indicando la segunda dosis de vacuna triple viral entre los 15 a los 18 meses de vida, en lugar de la anterior indicación al ingreso escolar, a todos los nacidos desde el 1° de julio de 2024, a partir del 1 de enero de 2026. Esta estrategia tiene como objetivo la disminución de susceptibles, con cohortes que accederán a un esquema vacunal completo a edades más tempranas.

A partir del 1 de enero del 2026, el esquema de vacunación es el siguiente:

Primera dosis: vacuna a los 12 meses de edad.

Segunda dosis: vacuna entre los 15 y 18 meses de edad nacidos desde el 1° de julio de 2024.

A fin de garantizar que todos los niños completen su esquema de vacunación de 2 (dos) dosis se continuará vacunando, en el año en que cumplen 5 años de edad, a las cohortes nacidas en 2021, 2022, 2023 y en los primeros 6 meses de 2024, es decir nacidos desde el 1 de enero de 2021 hasta el 30 de junio de 2024.

- Personal de salud: Todas las personas que trabajan en el nivel asistencial, incluyendo trabajadores de mesa de entradas, limpieza, seguridad, laboratorio, planta médica y de enfermería, etc., deben acreditar dos dosis de vacuna con componente contra el sarampión aplicadas después del año de vida (doble o triple viral) o contar con serología IgG positiva para sarampión.
- Adultos: deben acreditar la aplicación de 2 dosis de vacuna con componente antisarampionoso. Las personas nacidas antes de 1965 se consideran inmunes y no necesitan vacunarse.

Recomendaciones para residentes en Argentina que viajen al exterior:

- Niños menores de 6 meses: La vacuna no está recomendada en este grupo etario, considerado el de mayor vulnerabilidad.
- Niños de 6 a 11 meses: Deben recibir una dosis de vacuna doble viral o triple viral (“dosis cero”). Esta dosis es adicional y no debe ser considerada parte del esquema regular de vacunación del CNV.
- Niños de 12 meses: Deben recibir la primera dosis correspondiente al CNV con vacuna triple viral.
- Niños de 15 meses en adelante: Deben acreditar al menos dos dosis de vacuna triple viral.
- Mayores de 5 años, adolescentes y adultos: Deben acreditar dos dosis de vacuna con componente contra el sarampión (doble o triple viral) aplicadas después del año de vida o demostrar inmunidad mediante serología IgG positiva.
- Personas embarazadas: Pueden viajar si acreditan dos dosis de vacuna con componente antisarampionoso (doble o triple viral) aplicadas después del año de vida o demostrar inmunidad mediante serología IgG positiva. Se desaconseja viajar a las embarazadas sin

antecedentes comprobables de vacunación o sin anticuerpos contra el sarampión.

Frente a la situación epidemiológica mundial se recomienda contar con esquema de vacunación adecuado antes de realizar un viaje. De no contar con las dos dosis recomendadas, la vacuna debe ser aplicada como mínimo 15 días antes del viaje. Estas indicaciones son dinámicas y podrán sufrir modificaciones de acuerdo con la situación epidemiológica. Las eventuales modificaciones serán comunicadas oportunamente

El antecedente de vacunación se deberá constatar a través del registro nominal de vacunación o por presentación del carnet de vacunación donde conste el esquema completo para sarampión y la rubéola, según Calendario Nacional de Vacunación.

*Se recomienda contar con esquema de vacunación adecuado antes de realizar un **viaje**.*

Las recomendaciones de vacunación se pueden consultar en:

<https://www.argentina.gob.ar/salud/sarampion/vas-a-viajar>

<https://www.argentina.gob.ar/salud/sarampion>

Ante el riesgo de propagación del virus en la comunidad, se propone la implementación de una campaña de vacunación dirigida a la población objetivo residente en esta región. Consultar en:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018/02/lt_vacuna_sarampion-2025.pdf

VIII.9. Medidas ante casos y contactos

VIII.9.A. MEDIDAS ANTE CASOS SOSPECHOSOS Y/O CONFIRMADOS:

- ✓ Instaurar medidas de aislamiento respiratorio: uso de barbijo para la persona con sintomatología y para acompañantes para la circulación y atención dentro de la institución.
- ✓ Disponer el aislamiento respiratorio del paciente hasta los 7 días siguientes del inicio del exantema para evitar contagios.
- ✓ Asegurar la atención de manera inmediata, evitando traslados innecesarios (evitar circular en transportes públicos y dentro de las instituciones, en caso de ser necesario salir de domicilio debe utilizar doble barbijo)
- ✓ El personal de salud a cargo de su atención deberá Utilizar barbijo de Alta eficiencia (N95); y contar con carnet de vacunación que certifique al menos 2 dosis en la vida con componente de sarampión doble viral (DV) o triple viral (SRP) o el antecedente clínico/serológico que demuestre haber padecido la enfermedad o haber sido inmunizado con vacuna.
- ✓ Informar inmediatamente a la autoridad sanitaria por el medio disponible ante la sola sospecha clínica de caso, sin esperar resultados de laboratorio.
- ✓ Confeccionar la ficha de investigación epidemiológica y reportar los datos de la misma en el SNVS 2.0, evento “Enfermedad Febril Exantemática”.
- ✓ Recolectar muestras para el diagnóstico etiológico: tomar siempre muestra de sangre sumado a una muestra de orina dentro de los 14 días posteriores a la aparición de exantema y/o hisopado o aspirado nasofaríngeo (HNF o ANF) preferentemente dentro de los 7 días de inicio del cuadro. Las muestras de HNF deben ser tomadas con hisopo de nylon, dacrón o poliéster y se deben colocar en tubo con 2 ml de medio de transporte viral o en su defecto

solución fisiológica. Las muestras se deben conservar refrigeradas hasta su derivación, que debe realizarse dentro de las 48 hs. posteriores a la toma.

Vacunación dentro de las 48 a 72 hs.

1. Contactos entre 6 y 11 meses de edad deberán recibir UNA DOSIS de vacuna triple o doble viral. Esta dosis no debe ser tenida en cuenta como parte del esquema de vacunación del calendario nacional.
 2. Contactos de 12 meses: se deberá asegurar UNA DOSIS de vacuna triple viral.
 3. Contactos de 13 meses o más (excepto personas adultas nacidas antes de 1965) se deberán asegurar DOS DOSIS de vacuna con componente anti sarampiñoso.
 4. Contactos menores de 6 meses de edad, embarazadas sin evidencia de inmunidad contra el sarampión y severamente inmunosuprimidas (independientemente del antecedente de vacunación) deberán recibir Inmunoglobulina de pool dentro de los 6 días de contacto. La inmunoglobulina se aplica por vía intramuscular, la dosis recomendada es de 0.25 ml/kg. En personas inmunocomprometidas, la dosis es de 0,5 ml/kg (dosis máxima 15 ml).
- Realizar búsquedas activas de contactos e identificar los susceptibles (menores de 1 año, personas con vacunación incompleta o sin vacunación).
 - Localización y seguimiento de los contactos: Personas que han estado expuestas a un caso confirmado por laboratorio o con vínculo epidemiológico, durante su período de transmisibilidad (4 días antes y 4 días después del inicio del exantema en el caso de sarampión, o 7 antes y 7 después en el caso de rubéola). Realizar el seguimiento de los potenciales susceptibles hasta 21 días después del inicio del exantema del caso.
 - Búsqueda de la fuente de infección: Se buscará todo posible contacto con un caso confirmado de sarampión (entre 7 y 21 días antes del inicio del exantema). Indagar posibles situaciones o lugares de exposición: guarderías, colegios, centros de trabajo, lugares de reunión, viajes, centros asistenciales (urgencias, consultas pediátricas), etc.

Ficha de notificación:

[ficha de sarampion y rubeola 1742024.pdf](#)

Alerta epidemiológica del 06 de marzo de 2025.

[alerta epidemiologica-sarampion 07032025 0.pdf](#)

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

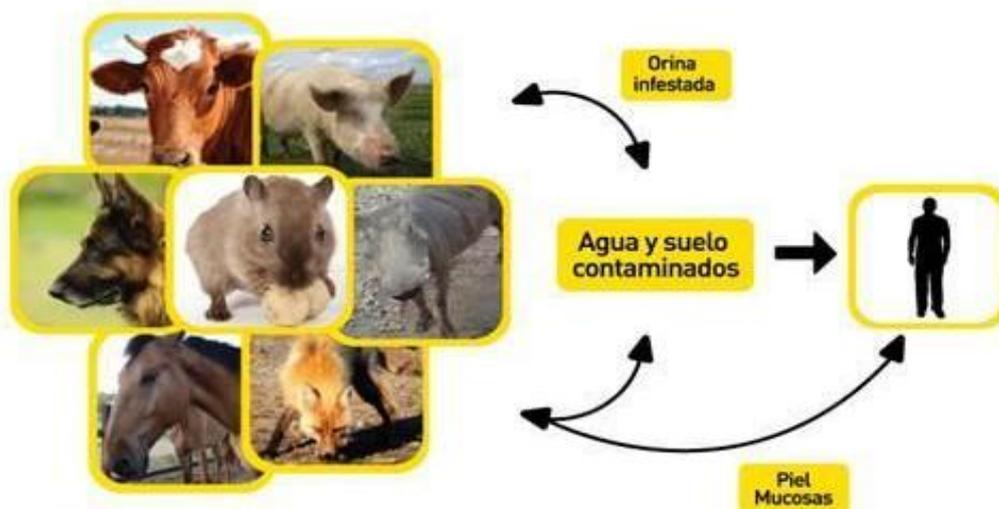
IX. Leptospirosis - Informe epidemiológico

IX.1. Introducción

La leptospirosis es una zoonosis bacteriana de amplia distribución geográfica que aparece en forma aislada o en brotes epidémicos estacionales, causada por una espiroqueta del género *Leptospira*. Constituye un problema emergente de salud pública, al afectar tanto la salud de las personas como de los animales. Más de 160 especies de animales silvestres y domésticos constituyen el reservorio y la fuente de infección de las personas, que son huéspedes accidentales. Este evento representa una de las principales problemáticas en la interfaz persona, animal y ambiente, por lo que requiere un abordaje interdisciplinario e intersectorial. La leptospirosis se puede transmitir a través del contacto con agua, barro o suelo húmedo contaminados con orina de animales infectados con leptospirosis, a través de piel macerada o mucosas (Figura 1). En áreas rurales, la transmisión se encuentra usualmente asociada con tareas de agricultura y ganadería, con un mayor riesgo durante los meses cálidos y húmedos. En zonas urbanas, en cambio, la infección se vincula a determinantes sociales estructurales como urbanización no planificada, deficiencias en el acceso a agua potable, sistemas de saneamiento y recolección de residuos, factores que favorecen la aparición de roedores aumentando la exposición humana. Estas condiciones de vulnerabilidad generan poblaciones potencialmente susceptibles.

En Argentina, el principal factor de riesgo para contraer leptospirosis es el contacto prolongado con agua y barro en las inundaciones, aunque las actividades asociadas a ocupaciones rurales o recreativas en agua también constituyen factores de riesgo. Las inundaciones incrementan la presencia de roedores con una mayor propagación de las leptospirosis al ambiente, contribuyendo a una mayor exposición de las bacterias a hospedadores animales como así también al humano. A su vez, las inundaciones pueden provocar la interrupción de los servicios de salud y daños en las redes de agua y saneamiento, con desplazamiento de poblaciones y deterioro de viviendas, lo que provoca también un mayor riesgo de infección y enfermedad.

Figura 1. Ciclo de transmisión de la leptospirosis.



Fuente: Folleto leptospirosis. Ministerio de Salud de la Nación.

<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2018-10/0000000321cnt-leptospirosis-folleto.pdf>

Las especies más involucradas son los roedores (principal reservorio), los animales de compañía, especialmente el perro, los animales de producción, como el ganado bovino y el porcino y así como también diversas especies silvestres.

Presenta cuadros clínicos variables, desde formas asintomáticas a formas graves que pueden llevar a la muerte. El período de incubación promedio es de 7 a 15 días. Se caracteriza por presentar fiebre de comienzo repentino, cefalea, mialgias intensas, inyección de las conjuntivas. Puede estar acompañado de: ictericia, insuficiencia renal, meningitis, neumonía con o sin distrés respiratorio, hemorragias, meningitis, nefropatía, neumonía en las formas graves.

Estos signos y síntomas pueden presentarse en otras enfermedades que deben tenerse en cuenta para el diagnóstico diferencial como dengue, enfermedad tipo influenza, hantavirus, mononucleosis infecciosa, Fiebre Hemorrágica Argentina, entre otras. Es importante la vigilancia de este evento en humanos y animales para elaborar estrategias de prevención y control de la enfermedad.

Los datos presentados, como en todas las actualizaciones de eventos, son parciales y están sujetos a revisión y actualización, considerando posibles ajustes en la notificación. Para mayor información sobre los casos notificados en años previos, dirigirse a: [BEN N°747, SE 10, Año 2025](#)

IX.2. Leptospirosis humana en Argentina

IX.2.A. NOTA METODOLÓGICA

En Argentina, la leptospirosis constituye un evento de notificación obligatoria en el marco de la Ley 15.465 y la Resolución 2827/2022.

Para el presente **análisis** se utilizaron las **notificaciones nominales** correspondientes al evento “Leptospirosis” registradas en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), del que se excluyeron los casos clasificados de forma manual como “Invalidados por Epidemiología”. El análisis incluyó las notificaciones correspondientes al período comprendido entre la semana epidemiológica (SE) 01 de 2021 y la SE 05 de 2026, con información disponible hasta el 7 de febrero de 2026.

Se consideraron **casos de leptospirosis** a aquellos que cumplen con los siguientes criterios: casos con detección positiva del genoma bacteriano mediante pruebas moleculares, casos con resultado reactivo en prueba de microaglutinación (MAT); casos con seroconversión en técnica MAT con o sin especificación de dilución; casos con resultado reactivo en pruebas serológicas ELISA IgM, ELISA IgG o test rápido (TR); casos sin confirmación de laboratorio pero con clasificación manual confirmada o probable.

Para determinar el año de diagnóstico, se estableció una fecha final utilizando la “Fecha de inicio de síntomas”. En los casos en que esta información no estaba disponible, se tomó la “Fecha de consulta”, “Fecha de toma de muestra” y, en su defecto, la “Fecha de apertura”. En cuanto a la procedencia, se utilizó la ‘Provincia de residencia’ y en caso que no estuviera el dato, se utilizó la “Provincia de carga”.

IX.2.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA (2021-2025)

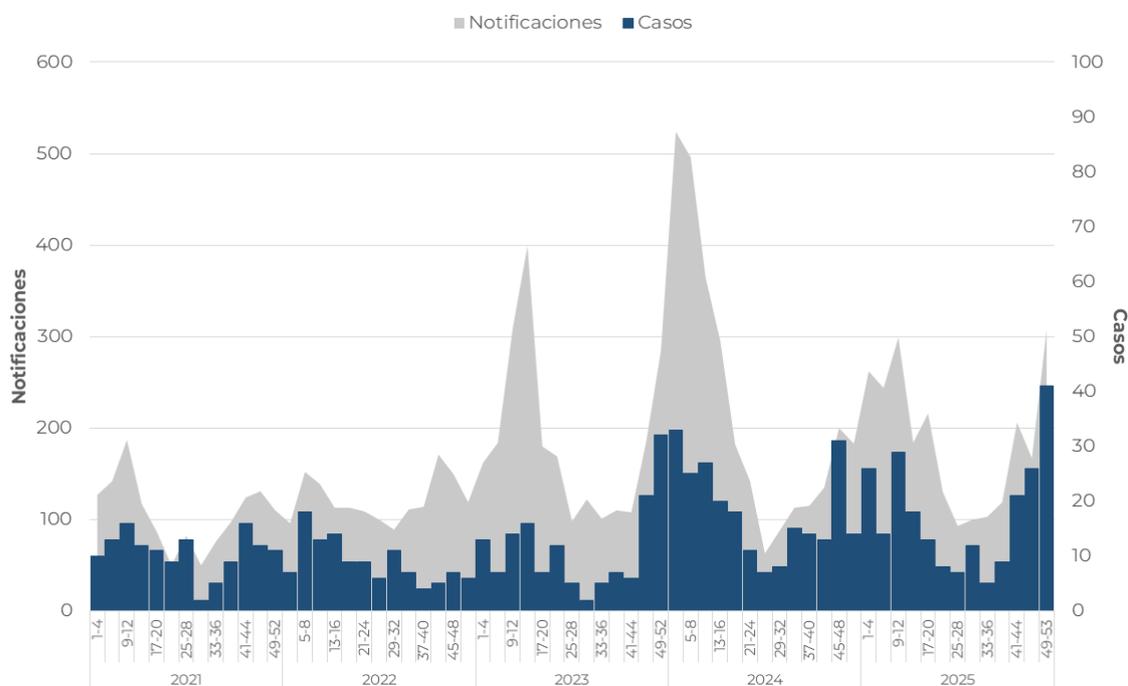
Evolución temporal de los casos

Durante el período 2021-2025, en Argentina se notificaron de forma nominal al SNVS 2.0 un total de 10.700 sospechas, de los cuales 867 son considerados casos de leptospirosis, con un promedio

anual en el período de 2.140 notificaciones, con un mínimo de 1.380 en 2021 y un máximo de 2.901 en 2024 (Gráfico 1).

A continuación, se presenta un gráfico con las notificaciones totales y los casos de leptospirosis desde el 2021 hasta el 2025.

Gráfico 1. Notificaciones y casos de leptospirosis por cuatrisesmana. Argentina. SE 01/2021 a SE 53/2025.



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

En cuanto a los casos sospechosos, se observa un incremento a partir de 2023, con un pico en 2024. Este comportamiento debe interpretarse considerando el contexto sanitario del período, dado que el dengue constituye un diagnóstico diferencial de leptospirosis.

Respecto de los casos, no se identifica un patrón estacional definido, dado que se registran durante todo el año, sin embargo, la mayor cantidad de casos se observan con mayor frecuencia en los meses más cálidos.

Distribución geográfica y tasas de notificación

La evolución de las tasas regionales de leptospirosis entre 2021 y 2025 muestra patrones estables en el territorio nacional, con una concentración sostenida de la carga en la región Centro.

A continuación, se presenta una tabla con los casos y tasas de incidencia de leptospirosis desde el 2021 hasta el 2025.

Tabla 1. Casos de leptospirosis y Tasa de incidencia c/100.000 hab. (Tasa) según jurisdicción y fecha mínima (año), SE01/2021 a SE53/2025, Argentina.

Jurisdicción	2021		2022		2023		2024		2025	
	Casos	Tasa								
Buenos Aires	23	0,13	27	0,15	44	0,24	57	0,31	95	0,52
CABA	3	0,1	0	0	5	0,16	8	0,26	3	0,1
Córdoba	7	0,18	10	0,26	11	0,28	14	0,36	7	0,18
Entre Ríos	15	1,07	10	0,71	21	1,48	42	2,93	24	1,66
Santa Fe	72	2,02	39	1,09	48	1,33	82	2,25	68	1,85
Total Centro	120	0,41	86	0,29	129	0,43	203	0,67	197	0,65
Mendoza	1	0,05	0	0	0	0	0	0	0	0
San Juan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
San Luis	0	0	1	0,19	0	0	1	0,19	1	0,19
Total Cuyo	1	0,03	1	0,03	0	0	1	0,03	1	0,03
Chaco	5	0,41	3	0,24	2	0,16	8	0,64	2	0,16
Corrientes	2	0,18	1	0,09	1	0,09	1	0,09	6	0,51
Formosa	0	0	0	0	1	0,16	1	0,16	0	0
Misiones	4	0,31	11	0,85	8	0,61	9	0,68	10	0,75
Total NEA	11	0,26	15	0,35	12	0,28	19	0,44	18	0,41
Catamarca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	0	2	0,25	1	0,13	0	0	0	0
La Rioja	1	0,25	0	0	0	0	0	0	0	0
Salta	1	0,07	0	0	1	0,07	2	0,13	0	0
S del Estero	0	0	0	0	0	0	1	0,1	0	0
Tucumán	1	0,06	2	0,12	1	0,06	5	0,28	3	0,17
Total NOA	3	0,05	4	0,07	3	0,05	8	0,13	3	0,05
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,15
La Pampa	3	0,83	7	1,92	1	0,27	1	0,27	2	0,54
Neuquén	0	0	1	0,15	0	0	2	0,29	0	0
Río Negro	1	0,13	2	0,26	2	0,26	2	0,25	2	0,25
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1,22
T. del Fuego	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Sur	4	0,13	10	0,33	3	0,1	5	0,16	10	0,32
Total País	139	0,3	116	0,25	147	0,32	236	0,5	229	0,48

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

Las tasas más elevadas de leptospirosis se observaron de forma sostenida en la **región Centro**, que superó el promedio nacional (0,3–0,5 por 100.000 hab.) en todos los años analizados. Durante el año 2025, la tasa regional fue de 0,65 casos cada 100.000 habitantes, lo que implica una leve disminución respecto del valor máximo registrado en 2024 (0,67). Este descenso estuvo asociado a una baja en las tasas de **Santa Fe** (de 2,3 a 1,9) y **Entre Ríos** (de 2,9 a 1,7), jurisdicciones que sin embargo se mantuvieron por encima del promedio nacional durante todo el periodo. La provincia de Buenos Aires continuó su tendencia ascendente y alcanzó en 2025 su valor más alto del período (0,5), duplicando la tasa registrada en 2023 (0,2).

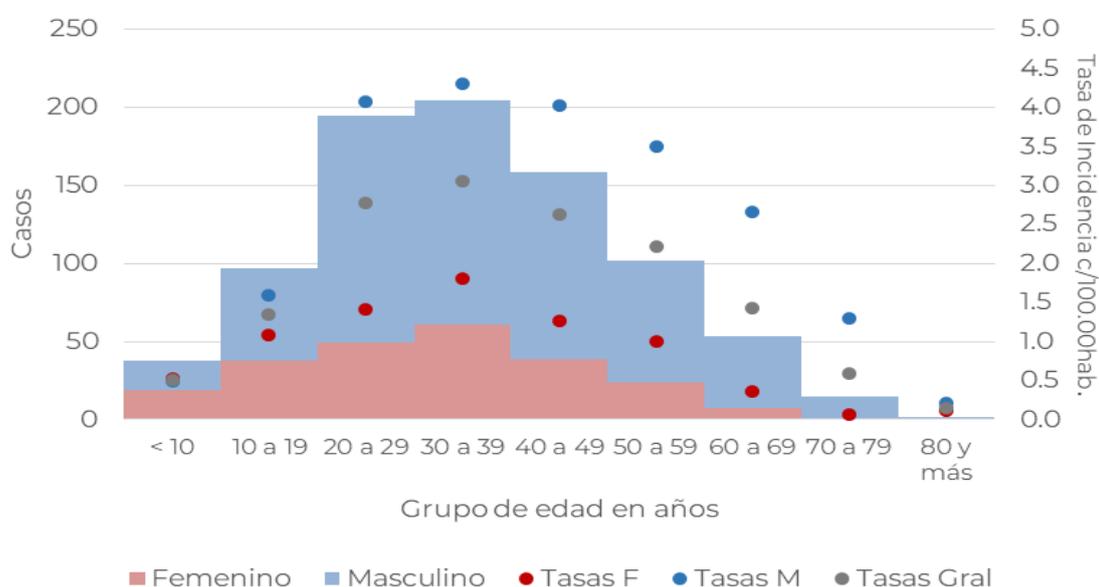
En la **región Sur**, si bien los valores absolutos se mantienen bajos en comparación con otras regiones, la tendencia general en el período 2021–2025 muestra una evolución ascendente, con tasas superiores al promedio nacional en algunos años. En 2025, se destacaron **Santa Cruz**, que presentó una tasa de 1,2 tras no haber notificado casos en los años previos, y **La Pampa**, con una tasa de 0,5, por encima del promedio nacional.

En el **Noreste argentino (NEA)**, las tasas regionales se mantuvieron estables en torno a 0,3–0,4, sin superar el promedio nacional. En 2025, **Misiones** fue la jurisdicción con el valor más alto dentro de la región (0,8), manteniéndose en niveles similares a los de años anteriores.

Análisis según sexo y edad

A continuación, se presenta un gráfico con los casos de leptospirosis desde el 2021 hasta el 2025 según sexo y grupo etario.

Gráfico 2. Casos de leptospirosis según sexo y grupo etario. SE01/2021 a SE53/2025, Argentina. (n=866*)



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

*Nota: Se excluye un caso sin dato de sexo y/o edad.

El análisis por edad y sexo muestra un perfil epidemiológico predominantemente masculino, con el 72,4 % de los casos notificados en varones. La mayor carga de enfermedad se concentró en los grupos de edad comprendidos entre los 20 y los 49 años, que en conjunto aportan el 65 % del total de casos. Dentro de este rango, los grupos de 30 a 39 años fueron los más representados, con 144 casos en varones y 61 en mujeres, seguidos por los de 20 a 29 años (146 varones y 49 mujeres) y 40 a 49 años (120 varones y 39 mujeres).

Las tasas de incidencia más elevadas se observaron en varones de 30 a 39 años, con un valor de 4,3 casos por 100.000 habitantes, seguido por los grupos de 20 a 29 años y 40 a 49 años, ambos con tasas masculinas con un valor cercano a 4 casos por 100.000. En contraste, las tasas en mujeres para los mismos grupos se mantuvieron por debajo de los 2 casos por 100.000, con un valor máximo en el grupo de 30 a 39 años (1,8).

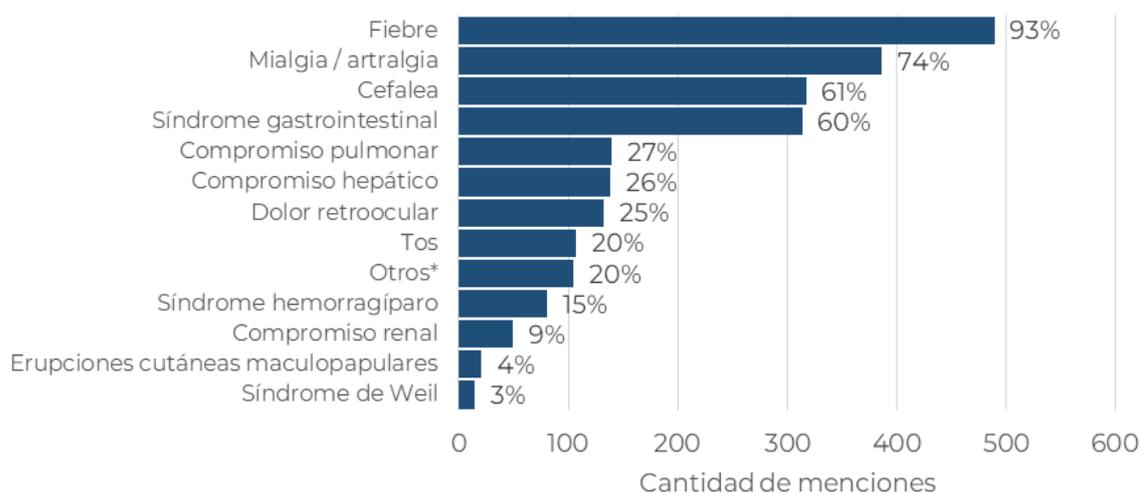
A partir de los 50 años, se observa una disminución progresiva de los casos en ambos sexos, aunque con una persistencia de tasas masculinas relativamente altas en los grupos de 50 a 59 y 60 a 69 años, que se mantienen por encima de los 2 casos por 100.000 habitantes. En los grupos de 70 años o más, tanto la cantidad de casos como las tasas disminuyen marcadamente, con valores por debajo de 1 caso por 100.000 habitantes en mujeres y apenas superiores en varones.

Este patrón sugiere una alta exposición de varones adultos jóvenes y de mediana edad, posiblemente vinculada a actividades laborales y condiciones ambientales de riesgo, como el contacto con agua contaminada o con reservorios animales. Las diferencias observadas por sexo se acentúan en los grupos de mayor edad, donde las tasas en varones superan ampliamente a las femeninas, lo que refuerza la necesidad de estrategias de prevención diferenciadas según perfil demográfico y ocupacional.

Análisis clínico-epidemiológico

Los signos y síntomas consignados para el período analizado, disponibles en 525 casos, se presentan en el gráfico correspondiente.

Gráfico 3. Principales signos y síntomas registrados en los casos de leptospirosis. SE01/2021 a SE53/2025, Argentina. (n=525)



Nota: Otros* incluye inyección conjuntival y anorexia.

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

El cuadro clínico se caracterizó predominantemente como síndrome febril agudo inespecífico (SFAI). La fiebre fue el signo más frecuente, presente en el 93 % de los casos (n=490), seguida por mialgias o artralgias en el 74 % (n=386), cefalea en el 61 % (n=318) y síntomas gastrointestinales en el 60 % (n=314), incluyendo náuseas, vómitos, diarrea y dolor abdominal. Con menor frecuencia se registraron formas con compromiso pulmonar (27 %, n=140), con manifestaciones como disnea, taquipnea, dolor torácico, neumonía u otras alteraciones respiratorias, y compromiso hepático (26 %, n=139), caracterizado por ictericia o hepatomegalia.

Durante el período analizado, el 47 % de los casos notificados (n=411) requirió internación hospitalaria, y dentro de este grupo, el 33% (n=134) fue admitido en unidades de cuidados intensivos (UCI). Asimismo, se notificaron 21 defunciones en casos con confirmación por

laboratorio, todas correspondientes a personas residentes de la región Centro. El 76 % de los fallecidos fueron de sexo masculino, con una mediana de edad de 43 años (rango: 23 a 65 años).

Respecto de los antecedentes epidemiológicos, consignados en 201 casos del período 2021–2025, la mayoría de las exposiciones estuvieron vinculadas al contacto con animales.

Gráfico 4. Posibles fuentes de infección de los casos de leptospirosis. SE01/2021 a SE53/2025, Argentina. (n=201)



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

El antecedente más frecuente fue el contacto con roedores, su orina o deposiciones (49%, n=98), seguido por el contacto con mascotas (35%, n= 71) y con ganado vacuno o porcino (25%, n= 50). También se consignaron otras situaciones de riesgo como actividades recreativas o laborales en ambientes con agua estancada o contaminada (16%, n=32), y en menor medida, el contacto con agua de cloacas o servidas (8%, n=16), la limpieza de espacios deshabitados (6%, n= 12) o situaciones de inundación (5%, n= 11).

La información disponible refuerza el rol de la exposición ambiental y zoonótica en la transmisión, y la necesidad de considerar múltiples vías de riesgo en la evaluación clínica-epidemiológica de los casos. Se enfatiza la importancia de consignar los antecedentes epidemiológicos en los casos notificados.

IX.2.C. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA ACTUAL (2026)

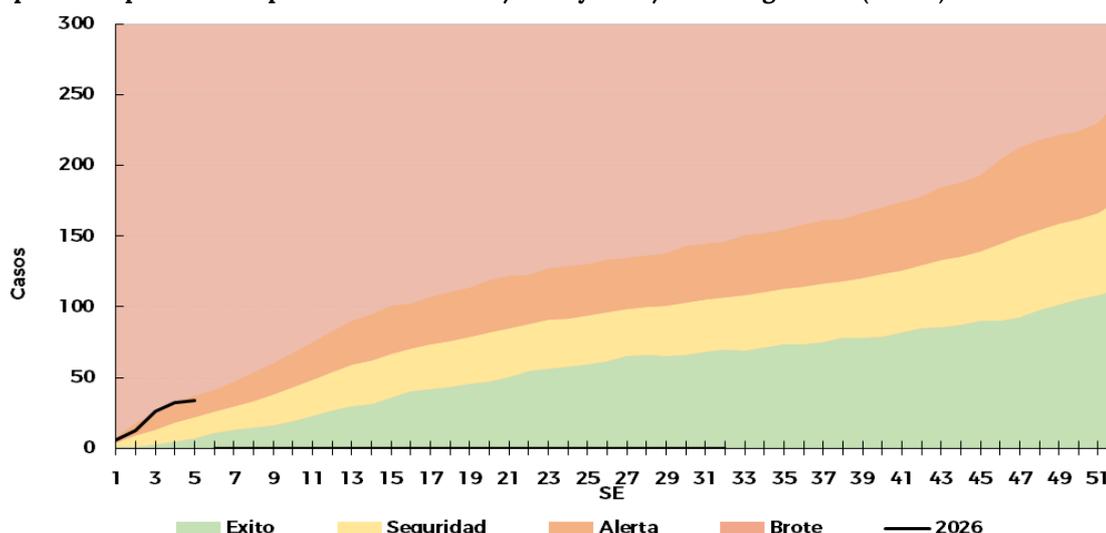
Hasta la semana epidemiológica 5 de 2026, se notificaron 310 sospechas de leptospirosis en el país, de las cuales 34 fueron clasificadas como casos: 9 confirmados por laboratorio y 25 probables. Esta cifra representa un incremento del 10% respecto del total consignado hasta la misma semana en el año 2025.

La distribución geográfica de los casos muestra una elevada concentración en la región Centro, especialmente en las provincias de Santa Fe (16 casos), Buenos Aires (9), Entre Ríos (7) y Córdoba (1). En la región NEA, se notificó un único caso, correspondiente a la provincia de Misiones. La mediana de edad de los casos es de 41 años (mínimo: 8; máximo: 61), y el 82 % corresponde a personas de sexo masculino (n=28). En el 52,9% de los casos (18) se consignó internación, de los

cuales 3 requirieron cuidados intensivos. Hasta la fecha de realización de este informe no se registraron defunciones en el año en curso.

A continuación se presenta el corredor endémico acumulado de leptospirosis, construido a partir de los datos notificados entre las semanas epidemiológicas 1 y 5 de 2026, en comparación a los del período SE01/2021 a SE53/2025. Esta herramienta permite contextualizar el comportamiento actual del evento frente a los patrones históricos, a través de la comparación de la curva de acumulación de casos del año en curso (línea negra) con las bandas percentilares construidas a partir de la mediana y los cuartiles de los últimos cinco años.

Gráfico 4. Corredor endémico acumulado de leptospirosis. Período analizado: SE01/2026 a SE05/2026 respecto del período comprendido entre SE01/2021 y SE53/2025. Argentina. (N=901)



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

El corredor se estructura en franjas de éxito, seguridad, alerta y brote, que permiten clasificar el comportamiento semanal de los casos acumulados. Al considerar los datos de 2026, se observa que la curva de acumulación se encuentra, a la semana 5, dentro del umbral de alerta. Esta situación refuerza la necesidad de sostener una vigilancia activa durante todo el año, especialmente en las jurisdicciones con mayor carga histórica y condiciones ambientales propicias para la transmisión.

IX.3. Leptospirosis canina en Argentina

IX.3.A. NOTA METODOLÓGICA

El análisis de la información correspondiente a leptospirosis canina comprende el período entre el 1 de enero de 2023 y la semana epidemiológica 5 de 2026, dado que este evento comenzó a ser objeto de vigilancia a partir de su incorporación en la actualización 2022 del Manual de Normas y Procedimientos para la Vigilancia y el Control de Eventos de Notificación Obligatoria.

Se incluyeron los datos notificados en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) hasta el día 6 de febrero de 2026. Los casos se presentan por año de notificación y por jurisdicción de residencia consignada; en los casos en que esta información no se encuentra disponible, se utilizó como criterio la jurisdicción de carga.

IX.3.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Entre la semana epidemiológica 1 de 2023 y la 53 de 2025, se registraron 1.178 notificaciones en el evento “Leptospirosis canina” del SNVS 2.0. De ese total, 341 fueron clasificados como casos confirmados, 255 como probables, 316 como descartados y 266 como sospechosos.

A continuación, se presenta una tabla con los casos de leptospirosis canina desde el 2023 hasta el 2025. Las provincias que no figuran no cuentan con notificaciones en ninguno de los años analizados

Tabla 2. Casos de leptospirosis canina según jurisdicción y fecha de notificación (año), SE01/2021 a SE53/2025, Argentina.

Jurisdicción	2023	2024	2025
	Casos	Casos	Casos
Buenos Aires	0	73	97
CABA	4	4	2
Córdoba	16	0	17
Entre Ríos	1	25	2
Santa Fe	0	0	1
Total Centro	21	102	119
San Juan	0	1	0
Total Cuyo	0	1	0
Jujuy	2	15	19
Tucumán	0	27	7
Total NOA	3	42	26
Chubut	0	0	7
La Pampa	0	0	1
Neuquén	6	5	0
Santa Cruz	0	0	8
Total Sur	6	5	16
Total País	30	150	161

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

El 71% de los casos confirmados correspondió a la región Centro, con predominio en las provincias de Buenos Aires, Entre Ríos y Córdoba. La región NOA fue la segunda en magnitud, destacándose Jujuy y Tucumán como las jurisdicciones con mayor número de casos.

Se observa una tendencia creciente en el número de casos a lo largo del período analizado, con un aumento significativo entre los años: 30 casos en 2023, 150 en 2024 y 161 en 2025. Este incremento no debe interpretarse exclusivamente como un aumento en la circulación del evento, sino como reflejo del fortalecimiento progresivo del proceso de vigilancia, a partir de la inclusión reciente del evento en el listado de notificación obligatoria. En este mismo período, la cantidad de establecimientos que notificaron casos al SNVS 2.0 pasó de 10 en 2023 a 23 en 2025, lo que da cuenta de una expansión en la capacidad instalada para la detección, diagnóstico y registro por parte de los equipos veterinarios y las autoridades jurisdiccionales. La evolución observada responde así, en gran parte, a la consolidación del circuito de vigilancia y no necesariamente a una mayor incidencia del evento.

En lo que va del año 2026, hasta la semana epidemiológica 5, se notificaron 23 casos de leptospirosis canina, de los cuales 4 fueron confirmados, 3 probables, 8 sospechosos y 8 descartados.

IX.4. Conclusiones

Entre 2021 y 2025, la leptospirosis presentó circulación sostenida en el país, con un aumento progresivo de las notificaciones a partir de 2023 y un pico de casos en 2024–2025. Este comportamiento podría reflejar tanto una mayor exposición poblacional a factores de riesgo ambientales y zoonóticos, como una mejora en la vigilancia y la notificación del evento. La tendencia registrada en las primeras semanas de 2026 ubica al evento en zona de alerta, según el análisis del corredor endémico.

Se observó una mayor ocurrencia en los meses cálidos de primavera y verano, en concordancia con condiciones ambientales que favorecen la supervivencia del agente y la interacción con los reservorios.

La ocurrencia de defunciones en casos confirmados indica que la leptospirosis continúa siendo una enfermedad potencialmente grave, lo que refuerza la necesidad de sospecha clínica temprana, diagnóstico oportuno, acceso al tratamiento adecuado y capacitación permanente del equipo de salud.

IX.5. Sobre las acciones del Ministerio de Salud de la Nación

Desde su rol de rectoría, la cartera sanitaria nacional coordina las acciones de prevención, vigilancia y control de la leptospirosis humana y canina. Las acciones implican orientar, estandarizar, asesorar y articular con las jurisdicciones provinciales, municipales y con otros organismos para una respuesta integral.

Se brinda soporte técnico a las áreas de salud jurisdiccionales para el manejo de casos, la interpretación de datos, la implementación de estrategias de vigilancia y las medidas de control del foco. También se asesora en la interpretación de criterios de las definiciones de casos y técnicas diagnósticas, permitiendo homogeneizar la respuesta en todas las jurisdicciones.

El Ministerio coordina, a través del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Dr. Emilio Coni” ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”, la Red Nacional de Laboratorios para el diagnóstico de leptospirosis humana y el procesamiento de muestras, lo que es clave para confirmación, vigilancia y caracterización de los casos.

Se promueve la notificación obligatoria de leptospirosis humana y canina al SNVS 2.0, como herramienta esencial para conocer la situación epidemiológica y tomar decisiones basadas en evidencia.

A su vez, coordina acciones con otros organismos y sectores, como el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) y Subsecretaría de Ambiente de la Nación, cuando los casos de leptospirosis humana están relacionados con animales de producción (principalmente bovinos y cerdos) o animales silvestres, para implementar medidas con un abordaje integrado que reduzcan los riesgos de exposición y transmisión.

IX.6. Recomendaciones

- Educación a la población respecto a los modos de transmisión y a la necesidad de que se evite contacto con aguas y superficies que puedan estar contaminadas.

- Protección adecuada a los trabajadores en riesgo ocupacional con botas y guantes.
- Control de roedores en domicilio y peridomicilio. Mantener alejados a los roedores colocando alimentos, agua y basura en recipientes cerrados.
- Identificación de áreas o suelos contaminados y, de ser posible, drenaje de las aguas.
- Evitar la acumulación de agua en domicilios y peridomicilio.
- Eliminar la basura y acondicionar escombros, leña, de manera de evitar que sean refugios de roedores.
- Ante la aparición de abortos en el ganado, notificar y consultar al médico veterinario
- Quimioprofilaxis: La recomendación es indicar profilaxis a aquellas personas solo con indicación médica evaluando el riesgo. NO se recomienda en embarazadas ni menores de 8 años.
- Se debe dar pautas de alarma para consulta y tratamiento temprano.
- Vacunación contra leptospirosis en caninos (monodosis o séxtuple).

IX.7. Medidas ante casos y contactos

En personas

- Identificar fuente probable para localizar otros expuestos.
- Dar pautas de alarma para consulta precoz ante síntomas o signos compatibles de personas expuestas a la misma fuente (no existe transmisión interhumana).
- Tratamiento antibiótico: se recomienda para leptospirosis en personas mayores de 12 años: doxiciclina oral 100 mg. de dos veces al día durante una semana. También se pueden administrar por vía oral amoxicilina (500 mg/día durante 1 semana a 10 días) o ampicilina (500-750 mg/día durante 1 semana a 10 días)

Leptospirosis grave: penicilina G (penicilina G sódica; a una dosis de 1,5 millones de U/6 h) por vía intravenosa una semana.

Se recomienda que los niños y las mujeres embarazadas eviten el consumo de doxiciclina. Se debe administrar amoxicilina y azitromicina a niños menores de 12 años y mujeres embarazadas en lugar de doxiciclina²⁷.

En caninos:

- Tratamiento de los casos confirmados para evitar la eliminación de *Leptospira* spp. por orina. Se debe instaurar el tratamiento antimicrobiano específico, además sintomático. Los antibióticos recomendados son:
 1. Betalactámicos: Ideales para la fase de septicemia. No eliminan el estado de portador renal, (por lo que se recomienda asociarlo a aminoglucósidos)
 - a) Penicilina G procaínica: 40.000 UI/kg cada 12 a 24 horas, por vía SC o IM durante 15 días

²⁷ Petakh P, Behzadi P, Oksenykh V, Kamyshnyi O. Current treatment options for leptospirosis: a mini-review. *Front Microbiol.* 2024 Apr 25;15:1403765. doi: 10.3389/fmicb.2024.1403765. PMID: 38725681; PMCID: PMC11081000.

b) Penicilina G benzatínica: 100.000 UI/kg cada 48 a 72 horas, por vía IM durante 15 días,

c) Amoxicilina: 20 a 40 mg/kg cada 8 a 12 horas, por vía SC, IM o vía oral durante 15 días.

2. Aminoglucósidos: Especialmente para eliminar leptospiras enquistadas, por lo que se utilizan por el sinergismo con betalactámicos. Estreptomina o dihidroestreptomina: 10 mg/kg cada 12 horas durante 3 días.

3. Tetraciclinas: Elimina la leptospiremia, la leptospiruria y el estado de portador renal. Doxiciclina: 5 a 10 mg/kg cada 12 o 24 horas respectivamente, por vía oral durante 21 días.

- Aislamiento para evitar la exposición de otros animales o personas.
- Examen clínico y serológico de los animales expuestos.
- Extremar medidas de antisepsia en el entorno (desinfección con lavandina).
- Protección individual en personal expuesto como veterinarios, tutores o proteccionistas de animales (guantes, botas, ropa impermeable).
- Derivación del entorno familiar a un Hospital de referencia. Se sugiere consulta médica ante inicio de síntomas (no está indicado quimioprofilaxis en estos casos en las personas)

IX.8. Medidas ante brotes

- Identificar la fuente de infección, tales como basurales, criaderos de animales, zonas anegadas u orillas de ríos u arroyos contaminados, con el fin de eliminar la fuente de infección o restringir su uso. Asimismo, investigar posibles exposiciones de origen ocupacional.
- Se recomienda indicar profilaxis a aquellas personas que:
 1. Permanecen en áreas de anegamiento o inundación.
 2. Realizan tareas de desmalezamiento y limpieza en áreas inundadas o anegadas.
 3. Regresan a domicilio y tareas de limpieza luego de una inundación.
 - Se indica doxiciclina en dosis de 200 mg (2 comprimidos) por semana para mayores de 12 años
 - Entre 8 y 12 años la dosis es 100 mg (1 comprimido) por semana
 - SOLO se repetirá a la semana si permanecen las condiciones de riesgo
 - NO se recomienda a embarazadas ni menores de 8 años. En aquellas personas que no pueden recibir doxiciclina se debe dar pautas de alarma para consulta y tratamiento temprano.
- En caninos:

De aplicación poblacional en perros susceptibles expuestos debido a factores climáticos no previstos como inundaciones, a ambientes potencialmente contaminados con Leptospiras, en donde no hay tiempo de aplicar esquemas de vacunación preventivos. Previa evaluación de los riesgos de los animales como (portador/eliminador) y potencial transmisor de la infección para los humanos, se sugiere realizar quimioprofilaxis con doxiciclina a la población canina expuesta a inundaciones.

Dosificación de la Doxiciclina:

- Perros chicos: 50 mg/totales por semana.
 - Perros medianos: 100 mg/totales por semana.
 - Perros grandes: 150 mg/totales por semana.
- Hasta 2 a 3 semanas después de que las aguas hayan bajado.

Se recomendará administrar el fármaco con alimentos, para reducir el riesgo de trastornos esofágicos.

Durante lluvias intensas, la orina de animales infectados puede contaminar el suelo y el agua y enfermar a las personas y otros animales. Los casos de leptospirosis pueden aumentar después de inundaciones si las personas y animales tienen contacto directo con agua contaminada.

- Después de una inundación, hacer que el agua sea segura para beber hirviendo o usando un tratamiento químico como pastillas potabilizadoras o dos gotitas de lavandina por litro de agua.
- Cubrir los cortes o rasguños con vendajes impermeables u otros cobertores que impidan el paso del agua.
- Evitar exponerse, bañarse ni tragar agua de inundación ni ninguna fuente de agua dulce potencialmente contaminada.
- Usar ropa y zapatos protectores impermeables cerca del agua o del suelo que puedan estar contaminados con orina animal.

IX.9. Vigilancia Epidemiológica

La leptospirosis constituye un evento de notificación obligatoria en los términos de la Ley Nacional 15465 y la Resolución 2827/2022. Se vigila en personas y en caninos.

IX.9.A. LEPTOSPIROSIS HUMANA

Objetivos de la vigilancia

Elaborar estrategias de prevención y control para controlar la enfermedad.

Notificación

La leptospirosis en humanos se vigila bajo el evento “Leptospirosis” con una modalidad individual y periodicidad inmediata. La estrategia de notificación es universal clínica, de laboratorio e investigación epidemiológica. Los brotes se notifican mediante el formulario de notificación de brotes.

Definiciones y clasificaciones de caso

Caso sospechoso: enfermo febril agudo, con cefalea, mialgia, en ausencia de síntomas en vías aéreas superiores y con epidemiología compatible, seguido o no de ictericia, meningitis, nefropatía, neumonía, hemorragias.

Se consideran antecedentes epidemiológicos compatibles, en los 30 días anteriores, al inicio de los síntomas, siendo su tiempo de evolución en promedio de 7 a 15 días, cualquiera de las siguientes actividades:

- Actividades en ambientes urbanos vinculadas a recolección de residuos, clasificación de material para reciclaje, limpieza en canales o acequias o trabajo en alcantarillas, trabajo de huertas, albañilería o en frigorífico.

- Actividades en ambientes rurales como manejo de animales, agricultura en áreas anegadas, pesca, o cualquier otra actividad, laboral o recreativa en ambientes acuáticos naturales.
- Haber estado en zonas afectadas por inundaciones.

Caso Sospechoso – Resultado No Conclusivo: todo caso sospechoso estudiado por laboratorio por cualquier técnica, con resultado negativo en una única muestra de hasta 10 días de evolución desde el inicio de los síntomas.

Caso probable: todo caso sospechoso sumado a uno o más de los siguientes:

- a) Un resultado reactivo para estudios realizados por las siguientes pruebas de tamizaje: Macroaglutinación (Antígeno TR) y/o ELISA.
- b) Un resultado reactivo para la prueba de referencia: microaglutinación (MAT) con título menor a 200 en una única muestra.

Caso confirmado: todo caso sospechoso o probable sumado a:

- a) En una única muestra, una o más de las siguientes:
 1. MAT (microaglutinación) positiva a un título mayor o igual a 200
 2. Aislamiento bacteriano
 3. Detección de genoma bacteriano por PCR
- b) Seroconversión a la MAT, en dos o más muestras, preferentemente con más de 10 días de evolución:
 1. 1er muestra negativa y 2da positiva o
 2. 1ra y 2da muestras positivas con diferencia de al menos 2 títulos entre ellas (directa o inversa).

Caso descartado: todo paciente con uno o más de los siguientes criterios:

- Dos muestras en las que NO se observa seroconversión a la MAT (2da muestra con más de 10 días desde fecha de inicio de síntomas)
- Resultado NO reactivo para ELISA en muestras de más de 10 días de inicio de síntomas.
- MAT negativa en muestra única de más de 10 días de evolución desde el inicio de síntomas.
- Diagnóstico laboratorial confirmatorio para otra enfermedad febril.

IX.9.B. LEPTOSPIROSIS CANINA

Objetivos de la vigilancia

Incorporar la detección de leptospirosis en caninos a las estrategias de prevención y control de la enfermedad. A los perros se los considera centinelas para la detección temprana de esta bacteria, lo que indica un ambiente contaminado con el riesgo de contagio a personas y otros animales.

Notificación

La leptospirosis en caninos se vigila bajo el evento “Leptospirosis canina” con una modalidad individual y periodicidad inmediata. La estrategia de notificación es universal, clínica veterinaria, de laboratorio e investigación epidemiológica. Los brotes se notifican mediante el

formulario de notificación de brotes. Asimismo, se notifican las muestras estudiadas con una modalidad agrupada y de frecuencia semanal (componente de Laboratorio) bajo los eventos “Leptospirosis (VA)” y “Leptospirosis canina - Estudios poblacionales” pertenecientes al grupo de evento “Vigilancia animal” donde se notifican las muestras caninas estudiadas y positivas para leptospirosis.

IX.9.C. DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES DE CASO

Caso Sospechoso: canino con signopatología (síndrome febril agudo, ictericia, vómitos, nefropatía (IRA), mialgias, hemorragias, astenia) y epidemiología compatible con leptospirosis. Los antecedentes epidemiológicos sugestivos son: exposición a inundaciones, temporada de lluvias, barro, basurales o contacto con aguas estancadas (pozos, arroyos, lagos o ríos) y/o contacto con animales enfermos o roedores, animales sin antecedentes de vacunación previa.

Caso Probable: caso sospechoso con un resultado reactivo para la prueba de referencia: microaglutinación (MAT) con título menor o igual a 1/400 en una única muestra, ya sea a uno o más serogrupos, sin antecedentes de vacunación vigente.

Caso Confirmado: Caso sospechoso o probable con:

- a) Una única muestra sometida a diagnóstico de MAT (microaglutinación), que resulte positiva a un título mayor o igual a 1/800 frente a uno o más serogrupos, sin antecedentes de haber recibido vacunación en los últimos 6 meses; ó
- b) Seroconversión a la MAT: la 1ra muestra negativa y la 2da positiva o 1ra y 2da muestra positivas con diferencia de al menos 2 títulos entre ellas. Ambas muestras se toman con un intervalo de 15 días entre cada una; ó
- c) Aislamiento bacteriano; ó
- d) Detección de genoma bacteriano por PCR

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

[MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE VIGILANCIA Y CONTROL DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA, 2022](#)

Fichas de notificación:

[FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CASO DE LEPTOSPIROSIS HUMANA](#)

[FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CASO DE LEPTOSPIROSIS CANINA](#)

Guía para el equipo de salud - Leptospirosis, disponible en:

[GUIA PARA EL EQUIPO DE SALUD DE LEPTOSPIROSIS, 2014](#)

X. Botulismo del lactante – Informe epidemiológico

X.1. Introducción

X.1.A. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

El botulismo del lactante es una enfermedad bacteriana neuroparalítica aguda y reversible, en la cual *Clostridium botulinum* coloniza el epitelio intestinal y produce *in situ* la toxina botulínica. Esta es absorbida al torrente sanguíneo y provoca el bloqueo de la liberación de acetilcolina en la unión neuromuscular y en el sistema nervioso autónomo. La gravedad clínica varía desde hipotonía leve hasta parálisis flácida súbita con riesgo de muerte. Los casos graves pueden requerir ARM, y se estima que entre el 3% y el 5% de los niños fallecidos con diagnóstico de síndrome de muerte súbita podrían tener como etiología subyacente el botulismo del lactante²⁸.

Aproximadamente el 98% de los casos se presenta en lactantes de entre 1 y 6 meses de edad, aunque se han notificado casos desde la primera semana de vida hasta los 12 meses. En muy raras ocasiones puede ocurrir en niños mayores (aunque es menos frecuente) si ingieren esporas de *Clostridium botulinum*, que germinan y liberan toxinas en su intestino, causando debilidad muscular progresiva, estreñimiento (primer signo), llanto débil, succión deficiente y problemas respiratorios graves. Si bien en la mayoría de los casos la intoxicación suele ser leve y de evolución benigna, sin secuelas, en determinadas situaciones puede evolucionar a formas graves que requieren hospitalización y asistencia respiratoria mecánica (ARM), con letalidad elevada en ausencia de diagnóstico y tratamiento oportunos.

Las esporas de *C. botulinum* se encuentran ampliamente distribuidas en el suelo y en los sedimentos acuáticos de todo el mundo. De los posibles alimentos que se han tratado de vincular con el botulismo infantil (miel, jarabe de maíz, preparados deshidratados para lactantes, cereales, infusiones de especies vegetales, etc.), la miel es el que con mayor frecuencia aparece como responsable en los casos en los que se logra identificar la fuente. No obstante, en la mayoría de las ocasiones no es posible esclarecer el origen de las esporas responsables de la enfermedad. Muchos investigadores han señalado la importancia de las condiciones ambientales que rodean al niño y que facilitan su exposición a las esporas de *C. botulinum*, citándose como factores de riesgo el contacto con polvo o tierra en domicilios ubicados en zonas rurales donde se llevan a cabo actividades agrícolas y ganaderas, así como en áreas urbanas con abundantes zonas en construcción que implican movimientos de tierra, o cuando se realizan obras de edificación en los inmuebles. Se considera que la mínima dosis infectiva de esporas de *C. botulinum* está comprendida entre 10 y 100 esporas. Los datos epidemiológicos actuales permiten considerar que el riesgo de padecer la enfermedad es bajo en los niños menores de 12 meses si se evita el consumo de miel y/o infusiones de especies vegetales.

Las esporas, en el intestino grueso, pasan a formas vegetativas y liberan neurotoxinas que actúan a nivel de la unión neuromuscular impidiendo la liberación del neurotransmisor acetilcolina. Las toxinas botulínicas son neurotóxicas que bloquean la liberación del neurotransmisor acetilcolina en la unión neuromuscular generando una **parálisis flácida aguda, simétrica y descendente**. En primer lugar, afecta los pares craneales y luego desciende simétricamente a los músculos del tórax y las extremidades produciendo insuficiencia

²⁸ Haas, A. I., et al. (2012). Guía de prevención, diagnóstico, tratamiento y vigilancia epidemiológica del botulismo del lactante (1.ª ed.). Programa Nacional de Prevención y Control de las Intoxicaciones, Ministerio de Salud de la Nación.

respiratoria por parálisis del diafragma y los músculos intercostales, y con oclusión de las vías aéreas superiores. Se desconoce el período de incubación del botulismo del lactante por la dificultad de precisar con exactitud el momento de ingesta de las esporas.

Los signos y síntomas no son producidos por la bacteria en sí, sino por la toxina que esta produce. En el botulismo del lactante, es fundamental considerar como diagnóstico diferencial la tríada clínica característica:

- ✓ Constipación
- ✓ Hipotonía
- ✓ Reflejo fotomotor lento

La presentación clínica puede iniciar con constipación, seguido de una progresión de debilidad muscular, hipotonía y dificultad en la succión y progresar hacia una parálisis muscular flácida, simétrica, progresiva y descendente de distinta intensidad que afecta los pares craneales y la musculatura proximal y requerir asistencia respiratoria mecánica. Dada la ausencia de fiebre y la presentación de síntomas como llanto débil y ptosis, el cuadro puede confundirse inicialmente con sepsis, meningitis o trastornos neuromusculares como el síndrome de Guillain-Barré, miastenia gravis y otras neuropatías, síndrome de Reye, Werdnig Hoffman, poliomielitis, meningitis, lesiones de la médula espinal, parálisis por garrapata (Rickettsiosis) y otras parálisis flácidas por lo que es crucial distinguirlo para iniciar precozmente el tratamiento con inmunoglobulina botulínica (StatPearls, 2023)(Arnon, 2004).

El botulismo infantil se ha detectado en muchos países, aunque los niveles de notificación han sido muy variables. La ausencia de casos suele atribuirse más a dificultad y desconocimiento en el diagnóstico y sistema de notificaciones que a la inexistencia de la enfermedad.

Se ha descrito en adultos una forma de botulismo similar al infantil, que se presentaría vinculada a infecciones gastrointestinales, tratamientos prolongados con antibióticos y cirugía intestinal (Chia et al., 1986) (Freedman et al., 1986) (Griffin et al., 1997).

X.1.B. ANTECEDENTES EN EL PAÍS

En Argentina, entre 1982 y 2011 se notificaron 659 casos de botulismo del lactante. En el período más reciente con información consolidada (2016–2018), se notificaron 63 casos en 2016 (38 casos confirmados), 54 en 2017 (16 confirmados) y 66 en 2018 (40 confirmados), con un promedio anual de 61 notificaciones y 31 confirmaciones. En todos los casos confirmados se identificó *Clostridium botulinum* serotipo A, a excepción de un único caso correspondiente al año 2006, en el que se detectó el serotipo B.

Históricamente, la mayoría de los casos notificados correspondieron a residentes de zonas rurales de las provincias de Neuquén, La Pampa, San Luis, Mendoza, Río Negro y el sur de la provincia de Buenos Aires. Estas jurisdicciones, consideradas áreas endémicas por la persistencia y frecuencia de notificaciones, presentan condiciones ambientales particulares — baja pluviosidad y fuertes vientos— que podrían favorecer una mayor presencia y dispersión de esporas en el ambiente, incrementando así la probabilidad de exposición por vía digestiva en lactantes.

X.2. Situación epidemiológica 2019-2025

X.2.A. NOTA METODOLÓGICA

En Argentina, el “Botulismo del lactante” constituye un evento de notificación obligatoria en el marco de la Ley 15.465 y la Resolución 2827/2022.

Se realizó un análisis de los datos nominales contenidos en el Sistema Nacional de Vigilancia (SNVS 2.0), del evento “Botulismo del Lactante”. El periodo analizado es entre el 1 de enero de 2019 y 31 de diciembre de 2025 con información notificada hasta el día 26 de enero de 2026.

Para el análisis de las notificaciones nominales del evento se excluyeron aquellos casos clasificados de forma manual como “Invalidados por Epidemiología”.

Se consideraron casos confirmados aquellos con confirmación, definida por la identificación de *Clostridium botulinum* o por la identificación de toxina botulínica y su serotipo a partir de muestras de suero, contenido intestinal o materia fecal. Asimismo, se consideraron “casos clínicamente compatibles con intervención específica”, los casos con síntomas que hubieran recibido tratamiento específico y haber tenido o no antecedente de consumo de miel. Se consideraron casos descartados aquellos con un diagnóstico diferencial compatible con el cuadro clínico. Finalmente, se contabilizaron como casos sospechosos aquellos que no cumplieran con los criterios previamente descritos.

Se adicionaron para el análisis 14 notificaciones de Botulismo alimentario y/o por heridas correspondientes a notificaciones con edad al momento del diagnóstico menor de 1 año (0 años).

Para determinar el año de diagnóstico, se estableció una fecha final (“Fecha mínima”) utilizando la “Fecha de inicio de síntomas”. En los casos en que esta información no estaba disponible, se tomó la “Fecha de consulta” y, en su defecto, la “Fecha de apertura”. En cuanto a la procedencia, se utilizó la ‘Provincia de carga’ como aproximación operativa para ubicar el sitio probable de ocurrencia del evento y en caso de que no estuviera el dato, se utilizó la “Provincia de clínica”.

La clasificación por grupo de edad se realizó a partir del cálculo de la edad en días, semanas y meses, considerando la diferencia entre la “Fecha de nacimiento” y la “Fecha mínima” registrada en el SNVS 2.0. En función de este cálculo, los casos se agruparon por edad en: neonato (≤ 28 días), posneonato (29–365 días), 13–24 meses y 2–4 años de edad. Asimismo, para algunos análisis, los casos fueron agrupados según grupos de edad en semanas.

Para el cálculo de las tasas de incidencia se utilizaron las proyecciones de población edad simple elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), correspondientes al período intercensal basado en el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

X.2.B. CARACTERIZACIÓN DE LA NOTIFICACIÓN EN EL EVENTO

Durante el período 2019-2025, en Argentina se **notificaron** de forma nominal al SNVS 2.0 en el evento de “Botulismo del Lactante”, un total de 446 casos, con un promedio anual en el período de 64 notificaciones, con un mínimo de 55 en 2020 y 2021 y un máximo de 74 en 2022.

Tabla 1. Casos notificados de botulismo del lactante según clasificación y año de ocurrencia. Argentina, 2019–2025 (SE 1-52). (N=446)

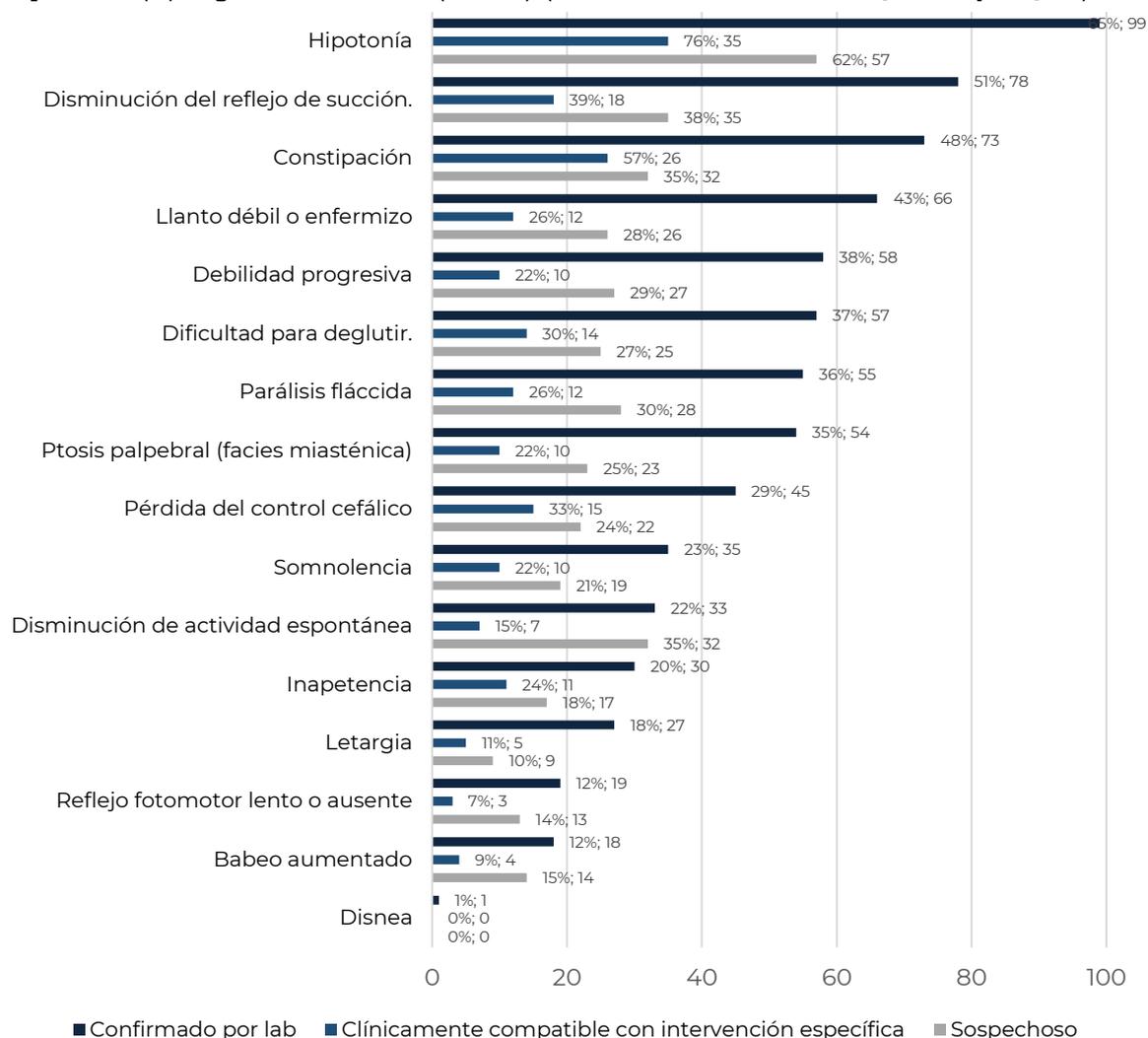
Clasificación	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total País	% Total
Confirmados por laboratorio	27	16	21	33	37	33	44	211	47
Clínicamente compatible con intervención específica	5	1	13	12	8	5	5	49	11
Descartados por diagnóstico diferencial	2	1	1	6	7	6	5	28	6
Sospechosos	36	37	20	23	13	16	13	158	35
Total País	70	55	55	74	65	60	67	446	100

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

Del total de 446 casos notificados en el período analizado, 211 (47%) fueron confirmados por laboratorio. Asimismo, se identificaron 49 (11%) casos clínicamente compatibles con intervención específica, definidos por la consignación de signos y síntomas y tratamiento específico para botulismo del lactante. De las 186 notificaciones restantes, 158 (85%) correspondieron a casos sospechosos y 28 (15%) a casos descartados al confirmarse diagnósticos diferenciales distintos del evento bajo vigilancia. Entre los diagnósticos consignados se incluyeron enfermedades genéticas, Síndrome de Guillain-Barré, diagnósticos confirmados para virus respiratorios, Meningoencefalitis y otros diagnósticos como Rabdomyosarcoma cervical, Hiponatremia dilucional y Rickettsiosis.

Caracterización clínica

En relación con la consignación de la información de signos y síntomas, del total de notificaciones excluyendo los casos descartados por diagnóstico diferencial (n=418), se consignó el dato en 291 registros (70%). En el siguiente gráfico, se presenta el detalle de los datos.

Gráfico 1. Signos y síntomas de botulismo del lactante en casos confirmados, compatibles por clínica y sospechosos (%). Argentina, 2019–2025 (SE 1-52). (N_{Total}=291; n_{Conf Lab}=153, n_{Clin Compatible}=46 y n_{Sosp}=92)

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

Entre los casos confirmados (153/211 -72%-) los signos y síntomas más frecuentemente registrados fueron hipotonía (65%), disminución del reflejo de succión (51%) y constipación (48%). En menor proporción se consignaron llanto débil o enfermizo (43%), debilidad progresiva (38%), dificultad para deglutir (37%), y parálisis flácida (36%).

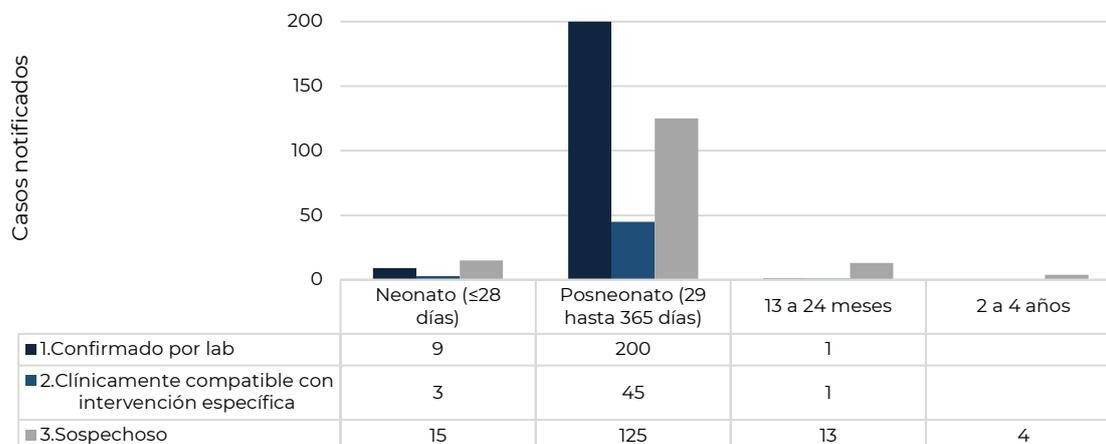
En los casos sospechosos (92/158 -58%-), los signos y síntomas más frecuentemente registrados fueron similares a los observados en los casos confirmados. Tanto en los casos sospechosos como en los casos clínicamente compatibles con intervención específica (n=46), las manifestaciones más reportadas fueron hipotonía, disminución del reflejo de succión y constipación.

Caracterización según grupo de edad

En la distribución de los casos notificados según grupo etario y clasificación (excluidos los descartados por diagnóstico diferencial), el 89% correspondió a posneonatos (n=370), evidenciando que el primer año de vida constituye el período de mayor riesgo. En este grupo se notificaron 200 casos (54%) confirmados, 45 (12%) clínicamente compatibles con intervención

específica y 125 (34%) sospechosos. El 11% restante se distribuyó entre neonatos (≤ 28 días) (6%), niños de 13 a 24 meses (4%) y de 2 a 4 años (1%).

Gráfico 2. Casos notificados de botulismo del lactante según clasificación y grupo de edad: Neonatos (hasta 28 días), Posneonatos (de 29 hasta 365 días), De 13 a 24 meses y De 2 a 4 años. Argentina, 2019–2025 (SE 1-52). (N_{Total}=418; n_{Neonatos}=27; n_{Posneonatos}=370, n_{13 a 24m}=15 y n_{2 a 4a}=4)



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

Con excepción del grupo de 2 a 4 años, en el resto de los grupos etarios se notificaron casos que posteriormente fueron confirmados.

En el grupo de 13 a 24 meses, se registraron 15 notificaciones de casos, de los cuales, uno se confirmó, otro caso fue clínicamente compatible con intervención específica y los demás clasificados como casos sospechosos. En relación a la edad, al momento de la sospecha, el promedio de meses fue de 16 meses.

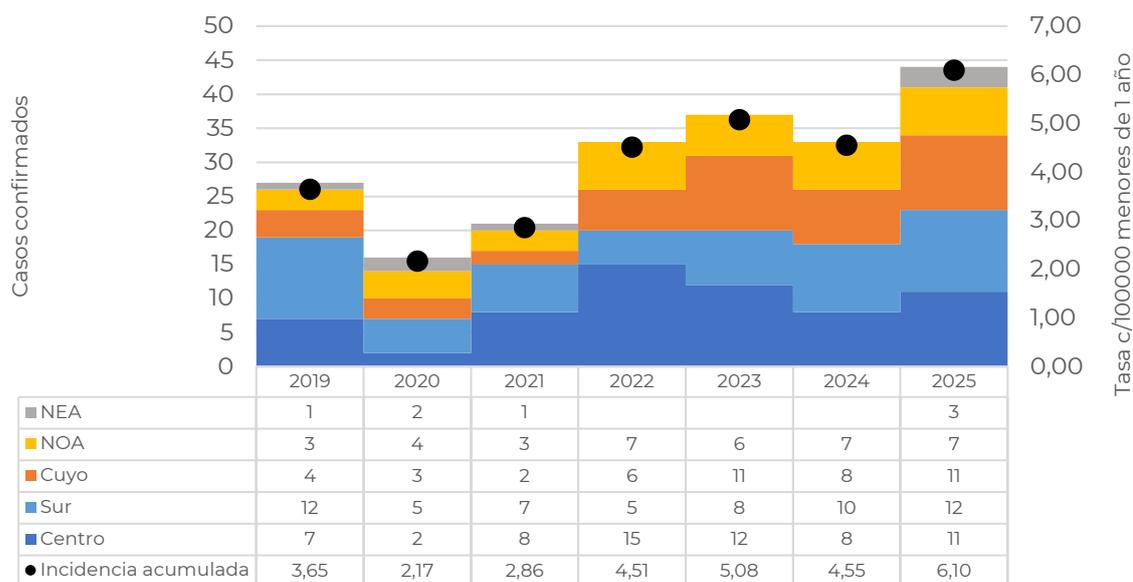
En el grupo de 2 a 4 años, sólo se registraron casos sospechosos (1%; n=4), sin confirmaciones. Respecto de la edad al momento del diagnóstico, todos tenían 2 años. Sólo un caso tenía consignado antecedente de exposición ambiental y consumo de miel.

Posiblemente en la mayoría de los casos de los grupos de edad de 13 a 24 meses como de 2 a 4 años la sospecha estuvo vinculada al estudio de diagnósticos diferenciales de origen genético o metabólico, asociado al síndrome de Guillain-Barré (SGB), Meningitis, otras parálisis flácidas, inclusive parálisis por garrapatas.

X.2.C. ANÁLISIS DE CASOS CONFIRMADOS

Evolución temporal de los casos

A continuación, se presenta el gráfico con la situación de los casos y la incidencia acumulada por región y año para el periodo 2019–2025.

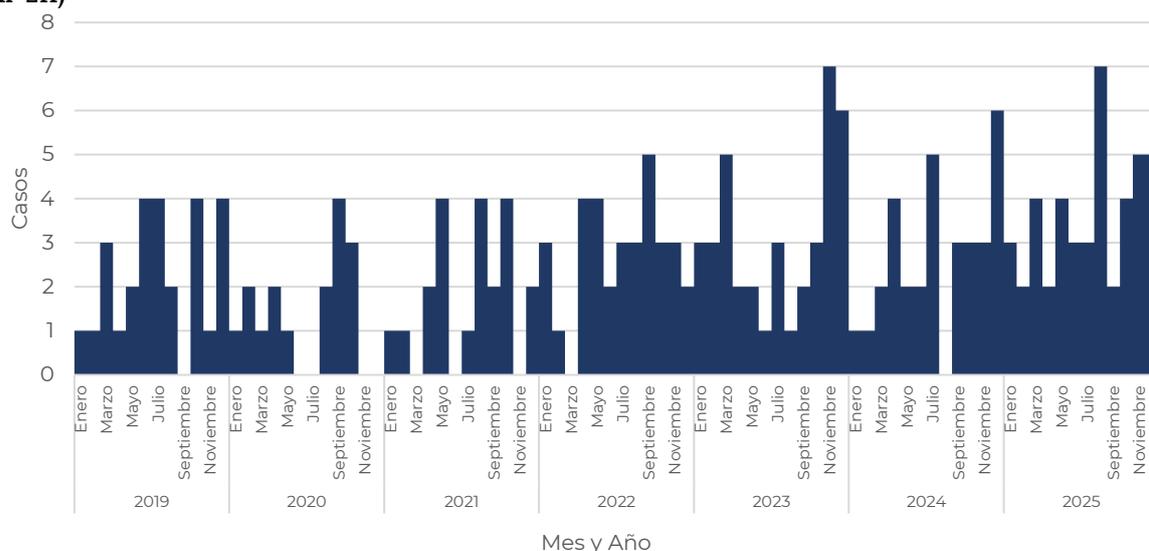
Gráfico 3. Casos e incidencia acumulada (cada 100.000 menores de 1 año) de botulismo del lactante según año y región. Argentina. Periodo 2019-2025 (SE1-52). (N=211)

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 la serie temporal de casos confirmados para el período 2019–2025, se observa que el menor número de casos se notificó en 2020, con 16 casos, seguido de 2021, con 21 casos. A partir de 2021, se evidencia una tendencia general al aumento, con valores crecientes en los años subsiguientes. En 2025 se observa el mayor número de casos confirmados del período analizado, con 44 casos, superando el promedio anual del período, estimado en 30 casos.

El incremento de los casos confirmados se acompaña de un aumento de la incidencia acumulada, alcanzando su valor máximo en 2025 (6,1 casos por 100.000 menores de 1 año de edad).

En el siguiente gráfico se presentan los casos confirmados según mes y año, para indagar la estacionalidad y la tendencia del evento en el período analizado.

Gráfico 4. Casos confirmados de botulismo del lactante por mes y año. Argentina, 2019-2025 (SE 1-52). (n=211)

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 términos generales, se observa un bajo número de casos confirmados por mes a lo largo de todo el período analizado, con un promedio de 3 casos mensuales (rango: 0 a 8 casos confirmados por mes). Se notificó al menos un caso confirmado en el 88% de los meses del período (74 de 84 meses), lo que evidencia una notificación sostenida en el tiempo.

Se identificaron dos picos de mayor notificación, ambos con 7 casos confirmados: uno en noviembre de 2023 y otro en agosto de 2025. El pico observado en noviembre de 2023 incluyó casos distribuidos en tres regiones del país (Cuyo: 4; Centro: 2; Sur: 1), mientras que el de agosto de 2025 se distribuyó en cuatro de las cinco regiones (Cuyo: 2; Sur: 2; NOA: 2; Centro: 1).

No se identifica un patrón estacional definido en la ocurrencia de los casos.

Caracterización por Laboratorio

Durante el período analizado, se estudiaron por laboratorio 311 casos notificados, de los cuales se confirmaron 211 (68%). En 207 casos (99%) confirmados se identificó toxina botulínica tipo A, detectada en las siguientes muestras consignadas en el SNVS 2.0: 86% materia fecal (n=178), 6% suero (n=13) y 8% contenido intestinal (n=16). Asimismo, se identificó toxina botulínica tipo B en 2 casos, ambos a partir de muestras de materia fecal, y toxina botulínica sin determinación de serotipo en 2 casos, también en muestras de materia fecal.

Distribución geográfica de casos confirmados e incidencia acumulada

A nivel nacional, la incidencia acumulada varió entre 2,31 y 6,65 casos por 100.000 menores de 1 año de edad, según el año considerado.

Tabla 2. Casos confirmados e incidencia acumulada (cada 100.000 menores de 1 año) de botulismo del lactante según región de carga y año de ocurrencia. Argentina, 2019–2025 (SE 1-52). (N=211)

Región	2019		2020		2021		2022		2023		2024		2025	
	Conf.	Tasa	Conf.	Tasa										
Centro	7	1,53	2	0,44	8	1,77	15	3,33	12	2,68	8	1,79	11	2,48
Cuyo	4	7,28	3	5,48	2	3,66	6	11,02	11	20,26	8	14,78	11	20,41
NEA	1	1,28	2	2,57	1	1,3	0	0	0	0	0	0	3	4
NOA	3	2,93	4	3,91	3	2,94	7	6,88	6	5,91	7	6,93	7	6,96
Sur	12	24,95	5	10,41	7	14,57	5	10,4	8	16,62	10	20,77	12	24,92
Total País	27	3,65	16	2,17	21	2,86	33	4,51	37	5,08	33	4,55	44	6,1

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

Nota: Se encuentra resaltado con un gradiente en escala ascendente de color el valor de las tasas por región.

En el análisis regional del período 2019-2025, el 80% de los casos confirmados, se concentraron en las regiones Centro, Sur y Cuyo, con proporciones similares: 30% (n=63), 28% (n=59) y 21% (n=45), respectivamente.

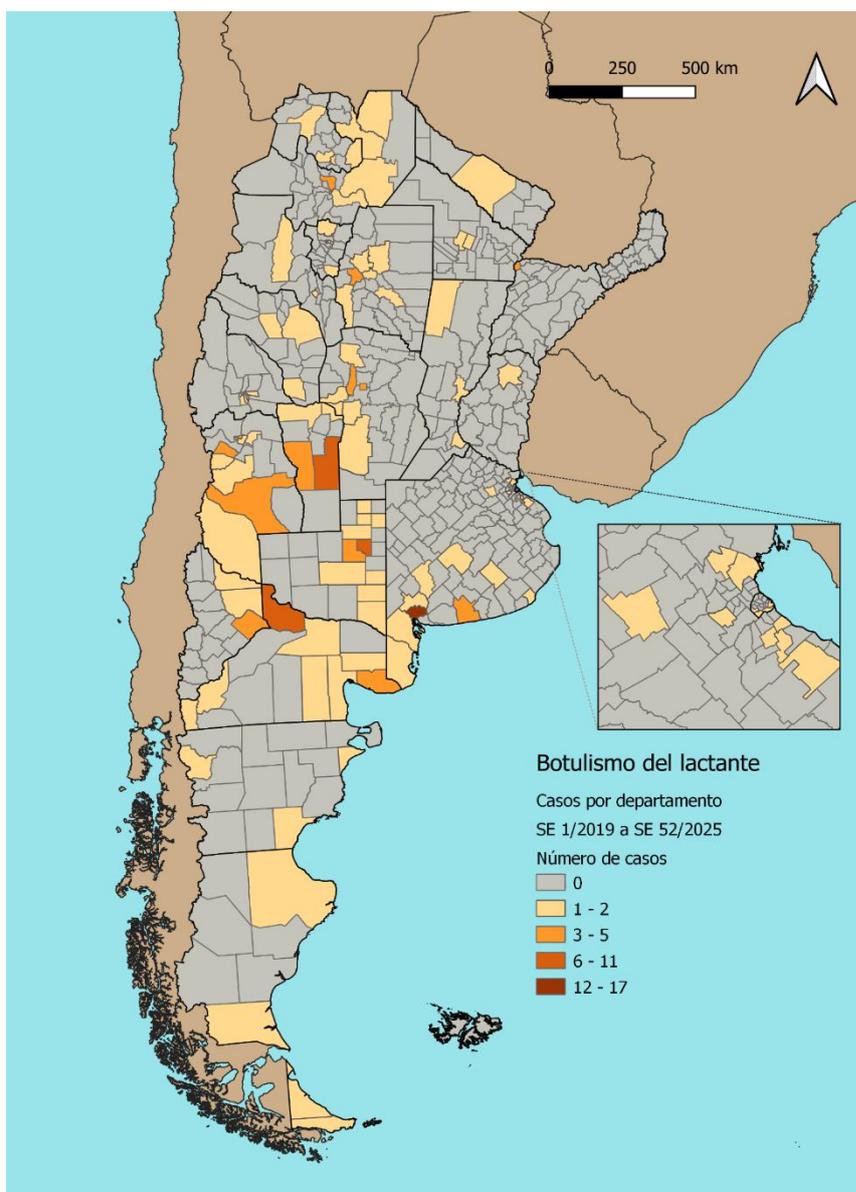
En relación con la incidencia acumulada, la región Centro se mantuvo de manera sostenida por debajo del promedio nacional a lo largo de todo el período analizado, con una tasa promedio de 2 casos cada 100.000 menores de 1 año, en comparación con la tasa nacional de 4,13 por 100.000 menores de 1 año. El rango de la tasa de incidencia en la región osciló entre 0,44 y 3,33 casos por 100.000 menores de 1 año.

En contraste, las regiones de Cuyo y Sur presentaron las incidencias acumuladas más elevadas del período, superando el promedio nacional en todos los años analizados y mostrando fluctuaciones interanuales más marcadas. En la región de Cuyo, la incidencia acumulada promedio para el período 2019–2025 fue de 11,84 casos por 100.000 menores de 1 año, con un rango que varió desde 3,66 en 2020 hasta 20,41 en 2025 (Tabla 2). Por otra parte, en la región Sur se observó una incidencia acumulada promedio de 17,52 casos por 100.000 menores de 1 año, la más elevada en comparación con el resto de las regiones del país, y aproximadamente cuatro veces superior a la tasa promedio nacional. Se observó una amplitud de variación de la tasa de incidencia de 14,55 casos por 100.000 menores de 1 año (10,40–24,95).

Las regiones NOA y NEA presentaron, durante el período 2019–2025, un bajo número de casos confirmados, con un promedio anual de 5 y 1 casos, respectivamente. En ambas regiones, las tasas de incidencia acumulada se mantuvieron generalmente inferiores o cercanas al promedio nacional, con variaciones interanuales leves. En términos de incidencia, el promedio fue de 5,21 casos cada 100.000 menores de 1 año en la región NOA y de 1,31 casos cada 100.000 menores de 1 año en la región NEA.

La distribución de los casos confirmados según departamento de residencia para el período desde SE 1 de 2019 a SE 52 de 2025 se presenta en el siguiente mapa:

Mapa 1. Casos confirmados de botulismo del lactante según departamento de residencia. Argentina, 2019–2025 (SE 1-52). (n=259)



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

Para el periodo de 2019 a 2025, la mayor concentración de casos por departamento se registró en Buenos Aires, La Pampa, Río Negro, San Luis y Mendoza, destacándose Bahía Blanca, Buenos Aires (17), General Pedertera, San Luis (11) y Capital, La Pampa (9) como los departamentos con mayor número de casos. (Mapa 1)

En cuanto al número de casos confirmados por provincia, aquellas con más de cinco casos confirmados durante el período analizado, en orden descendente, fueron: Buenos Aires (39), La Pampa (25), Río Negro (20), San Luis (19), Mendoza (19), Córdoba (14), Salta (11), Santiago del Estero (9), San Juan (8) y Neuquén (7).

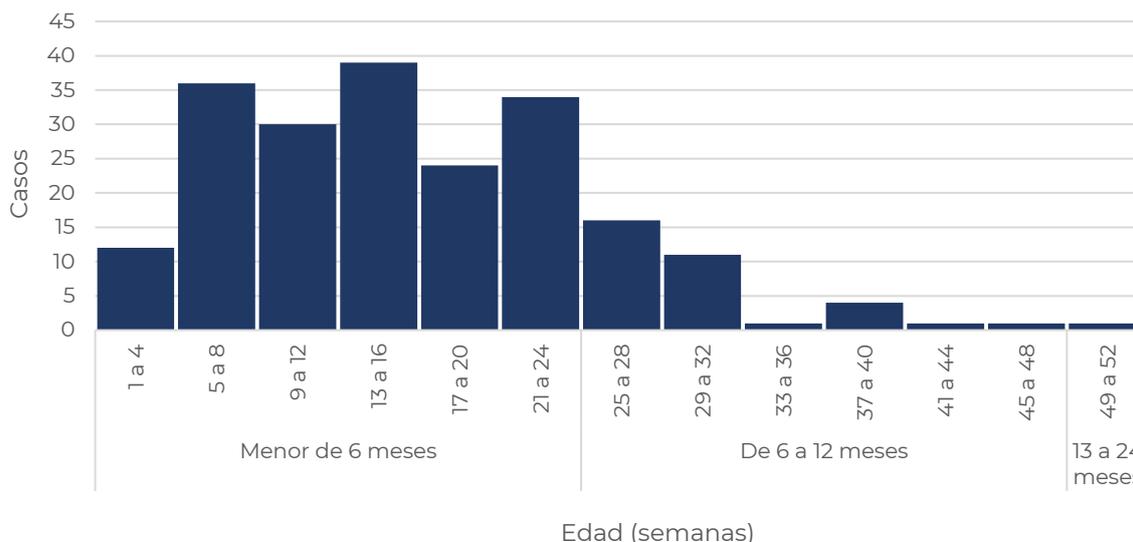
En relación con Neuquén, y a diferencia de los antecedentes históricos —en los que la mayoría de los casos notificados correspondían a residentes de zonas rurales de Buenos Aires, La Pampa, Río Negro, San Luis y Mendoza—, durante el período analizado esta provincia se ubicó con un

menor número de casos confirmados en comparación con otras jurisdicciones del país, como Córdoba de la región Centro y Salta y Santiago del Estero de la región NOA.

X.2.D. ANÁLISIS GRUPO DE EDAD Y ANTECEDENTES CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS

Entre la SE1 de 2019 y la SE 52 de 2025, del total de casos confirmados, el 93% (n=197) correspondió a posneonatos, es decir, lactantes de entre 29 y 365 días de vida; el 6% (n=12) fueron neonatos (≤ 28 días), y el 1% restante (n=1) correspondió a un niño de entre 13 y 24 meses.

Gráfico 5. Casos confirmados de botulismo del lactante según edad. Argentina, 2019–2025 (SE 1-52). (n=210)



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

Dentro del grupo de posneonatos, el 77% (163) correspondió a lactantes menores de 6 meses, con edades comprendidas entre las 5 y las 24 semanas. La edad promedio fue de 17 semanas. Esta distribución etaria coincide con la bibliografía internacional consultada.

Para el periodo analizado, entre los casos confirmados, se consignó la administración de inmunoglobulina botulínica en el 43% (n=91). El 89% (n=187) requirió internación, y dentro de este grupo el 58% (n=108) requirió cuidados intensivos.

Respecto de la evolución clínica, no se registraron fallecimientos entre los casos confirmados durante el período analizado.

X.3. Sobre la Antitoxina botulínica

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección de Epidemiología, garantiza la provisión federal de la antitoxina botulínica bivalente (AB) de origen equino. Esta estrategia sanitaria se basa en:

- **Distribución Federal:** mantenimiento de un stock mínimo en las jurisdicciones para emergencias inmediatas.
- **Stock Estratégico Central:** reserva centralizada para dar respuesta a brotes familiares o comunitarios de botulismo alimentario que excedan la capacidad local y para la reposición de insumos utilizados.

X.3.A. COMPOSICIÓN DEL PRODUCTO TERMINADO**Ficha Técnica: Antitoxina Botulínica Bivalente (A-B)**

Especificación	Detalle
Producto	Suero antitoxina botulínica tipo A-B (origen equino)
Presentación	Frasco ampolla de 10 ml
Concentración	Variable según lote de producción (consultar rótulo del producto). Los valores nominales de referencia suelen aproximarse a 500 UI/ml para antitoxina A y 500 UI/ml para antitoxina B
Producción	Instituto Biológico "Dr. Tomás Perón", Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
Conservación	Refrigeración entre 2 a 8 °C. No congelar

X.4. Medidas de prevención

-No debe darse a niños menores de 1 año miel ni infusiones a base de hierbas, pues son dos fuentes identificadas del microorganismo.

-Promover medidas de higiene domiciliaria y peridomiciliaria para evitar o minimizar la contaminación con tierra o polvo ambiental, especialmente en zonas áridas, con bajas precipitaciones y humedad ambiental, y ventosas.

-El amamantamiento podría retardar el inicio de la enfermedad y/o favorecer la presentación de casos de menor gravedad.

X.4.A. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

a) La atención al paciente debe ser inmediata. Puede requerir internación en unidad de cuidados intensivos y asistencia respiratoria mecánica.

b) Las muestras para el diagnóstico de laboratorio deben recogerse antes de la administración del suero antibotulínico (en caso de que se administre) y se deberá enviar el resumen de historia clínica.

c) Notificación inmediata del profesional que asiste al paciente, y del laboratorio que recibe muestra de caso sospechoso (Clínica, Laboratorio Clínico), al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud y al vigilante epidemiológico o responsable de esta área en el servicio de salud, quienes serán los responsables de que se concluya la investigación epidemiológica.

d) Ante la sospecha de botulismo, se requiere realizar el diagnóstico diferencial con otras patologías: La disfunción neurológica plantea la mayor dificultad diagnóstica con: Síndrome de G. Barré, Síndrome de E. Lambert, Poliomiélitis, y otros. También con otras intoxicaciones alimentarias de diferentes orígenes.

X.5. Indicaciones para toma, almacenamiento y envío de muestras para el estudio de Botulismo del lactante

X.5.A. CONSIDERACIONES GENERALES PARA LA TOMA DE MUESTRA

Contactar e informar del envío a los responsables del laboratorio. Para mayor información comunicarse al Servicio de Bacteriología Sanitaria (011) 3751-8000 int. 8122. o por mail a la Tec. Alicia Raquel Rodríguez, coordinadora del Área de Botulismo: arodriguez@anlis.gob.ar y al Dr. Diego Ruggeri, jefe del Laboratorio Nacional de Referencia: druggeri@anlis.gob.ar.

Muestras:

Tipo de muestra	Cantidad	Observaciones
Materia fecal	Cantidad suficiente (5 gr o más) En tubo o frasco estéril.	Muestra ideal: materia fecal. En caso de no poder obtener material fecal se solicita lavado rectal concentrado, es decir con un <u>mínimo</u> de solución fisiológica estéril. En caso de enviar hisopado rectal (NO es lo adecuado) el hisopo NO debe ser de plástico HUECO porque no se puede producir anaerobiosis. Las muestras deben ser transportadas en frascos o tubos estériles, sin medio de transporte ni conservantes. Refrigerado.
Suero	1,5 a 3 ml.	Refrigerado Enviar de forma urgente Es importante respetar la cantidad de muestra

La imposibilidad de obtener la muestra de materia fecal NO DEBE DEMORAR el envío de la muestra de suero. La misma puede ser remitida posteriormente.

Conservación y condiciones de transporte

Conservación y condiciones de transporte

- Las muestras deben conservarse refrigeradas a 2–8 °C desde la recolección hasta su envío. Se debe evitar la congelación y descongelación reiterada.
 - El embalaje debe cumplir el sistema de triple envase (SISTEG)
 - Envase primario: tubo o frasco estéril, hermético.
 - Envase secundario: resistente e impermeable.
 - Envase externo: caja rígida etiquetada con los datos del remitente, dirección del laboratorio de destino y rótulos de riesgo biológico.
 - Envío al Laboratorio Nacional de Referencia:
- Identificar en la encomienda: **Dr. Diego Ruggeri - LNR-Bacteriología Sanitaria INEI-ANLIS “Dr. C. G. Malbrán”**

- Las muestras deben ser remitidas a: Av. Vélez Sarsfield 563 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Servicio de Bacteriología Sanitaria, Tel: 3751-8000 int. 8122.
- **Resaltar “Entrega Urgente”.**
- También pueden comunicarse a la Dirección Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación.

X.6. Conclusiones

El botulismo del lactante representa un evento de importancia en salud pública debido a la gravedad del cuadro clínico y a la necesidad de un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, que incluye la administración de inmunoglobulina y eventualmente de cuidados intensivos.

Durante el período analizado, si bien se observa una tendencia general al aumento, la serie presenta una variabilidad interanual significativa, consistente con la dinámica esperable en eventos de baja frecuencia y notificación esporádica.

El año 2025 concentró el mayor número de casos confirmados y la incidencia acumulada más elevada del período, lo que subraya la necesidad de mantener una vigilancia sostenida y fortalecer las estrategias de prevención, especialmente en zonas con antecedentes epidemiológicos.

X.7. Vigilancia epidemiológica

X.7.A. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA

Es una enfermedad neuromuscular potencialmente letal, tratable, por lo que la vigilancia es necesaria para el tratamiento temprano de los casos lo que reduce la letalidad.

X.7.B. DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES DE CASO

Caso sospechoso: todo niño menor de un año que presente hipotonía con disminución de la fuerza muscular o constipación de 3 o más días y uno o más de los siguientes signos: reflejo fotomotor lento, oftalmoplejía externa, estrabismo, ptosis palpebral; llanto ronco o débil; disminución del reflejo de succión y deglución (disfagia, babeo, dificultad para alimentarse); disminución del reflejo nauseoso y del reflejo tusígeno; pérdida de la sonrisa social, facies inexpresiva; letargo; indiferencia.

Caso confirmado: caso sospechoso con identificación de *C. botulinum* en materia fecal o identificación de toxina botulínica en materia fecal o suero.

X.7.C. DEFINICIÓN DE BROTE

No se conocen casos de brotes o epidemias de botulismo del lactante.

X.8. Sobre las acciones del Ministerio de Salud

En el marco de la rectoría del Ministerio de Salud de la Nación sobre la respuesta sanitaria frente a eventos de notificación obligatoria que requieren intervenciones urgentes, desde el Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología, en diálogo con las jurisdicciones, se desarrolla una vigilancia activa del botulismo del lactante con un esquema de seguimiento y coordinación permanente. Desde el nivel nacional se realiza el monitoreo cotidiano de los casos y de las notificaciones ingresadas en el SNVS 2.0, complementado con seguimiento telefónico

diario cuando corresponde, a fin de sostener una lectura en tiempo real de la situación y orientar las acciones necesarias para garantizar la oportunidad diagnóstica y terapéutica.

En articulación estrecha con las/los referentes de epidemiología de las jurisdicciones, se sostiene una comunicación continua para acompañar la investigación y el manejo de cada evento notificado, fortalecer el circuito de notificación y asegurar que los casos tengan acceso oportuno al tratamiento específico. En ese marco, una dimensión central de la respuesta es la gestión nacional del insumo terapéutico: se monitorea de manera activa la disponibilidad de stock, se anticipan necesidades según la evolución de las notificaciones y se coordinan, cuando resulta necesario, mecanismos de redistribución para evitar demoras y asegurar cobertura en todo el territorio.

Este abordaje busca sostener una respuesta integrada, oportuna y federal, asegurando continuidad en el acceso al tratamiento, fortaleciendo la coordinación interjurisdiccional y reduciendo el riesgo de complicaciones asociadas a retrasos en el proceso de atención, diagnóstico y tratamiento.

Ficha de notificación:

<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2021-11/ficha-botulismo.pdf>

Guía de Guía de Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Vigilancia Epidemiológica del Botulismo del Lactante

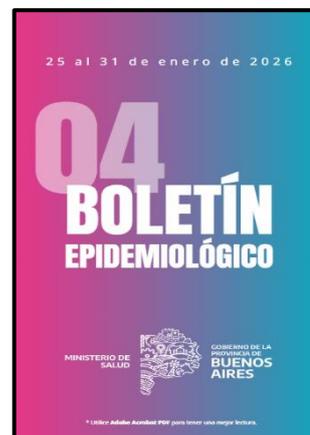
<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2020-10/09-2012-guia-botulismo-lactante.pdf>

DESTACADOS EN
BOLETINES
JURISDICCIONALES

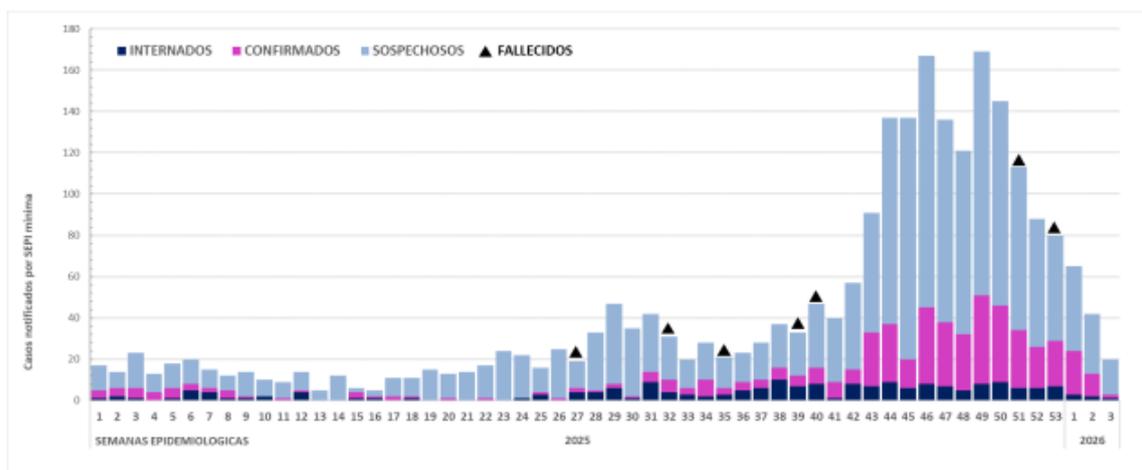
XI. Boletines Jurisdiccionales

XI.1. Buenos Aires: Coqueluche

Durante el año 2025 y hasta la semana epidemiológica (SE) 3 de 2026 (24 de enero), se notificaron 2.428 casos sospechosos de coqueluche, de los cuales 659 fueron confirmados, mientras que el resto permanece como sospechoso.



Casos notificados según clasificación y casos fallecidos, por SE de inicio de síntomas. PBA. Años 2025 (cerrado) - 2026 (hasta SE 3). n=2.428



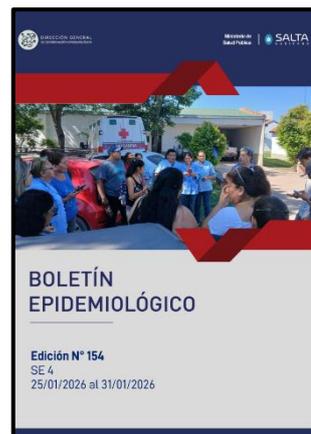
Fuente: SNVS 2.0. Programa de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes. Ministerio de Salud de la PBA.

Para más información:

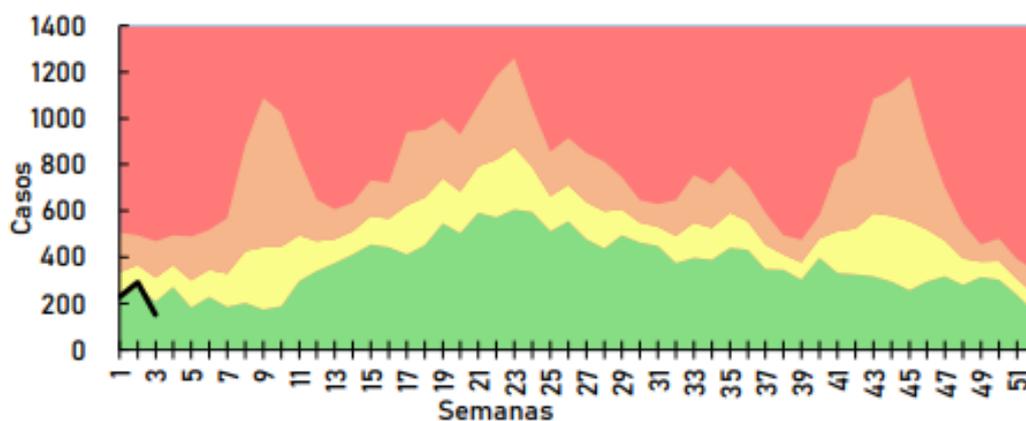
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

XI.2. Salta – Enfermedades tipo influenza (ETI)

En las notificaciones de casos de ETI se observa, un ascenso de casos con respecto a la semana anterior, el corredor endémico ingreso en zona de seguridad. En la semana 3 se registraron 152 casos de ETI.



Corredor endémico semanal de enfermedad tipo influenza (ETI) – años: 2018 a 2024. Se 3 de 2026. Provincia de salta. (n=672)



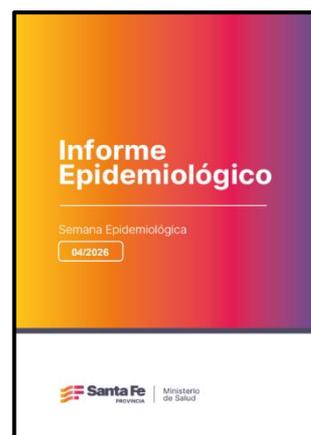
Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) y registro de casos y tasas “Anuario estadístico Provincia de Salta, periodo 2010-2018”

Para más información:

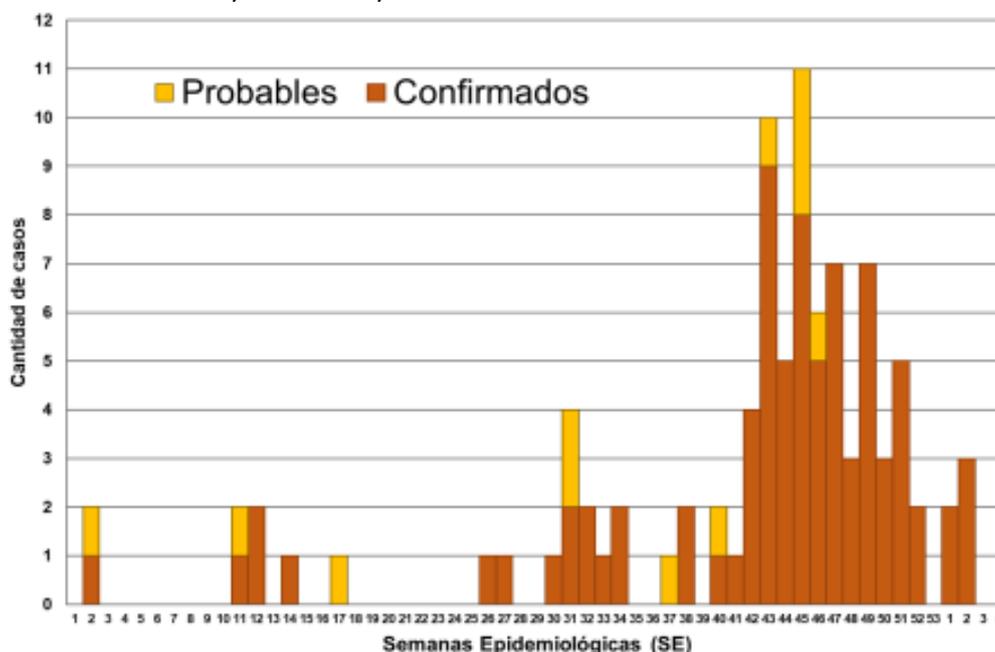
<http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/>

XI.3. Santa Fe: Coqueluche

En lo que va del 2026 (SE3), se notificaron un total de 17 casos con sospecha de coqueluche, de los cuales 5 fueron confirmados y ninguno fue clasificado como probable. Los casos confirmados fueron cuatro del departamento Rosario y uno del departamento La Capital.



Distribución de casos confirmados (n= 82) y probables (n= 12) según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE 1/2025 a SE 4/2026. Período 2025-2026. N= 94.



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

Para más información:

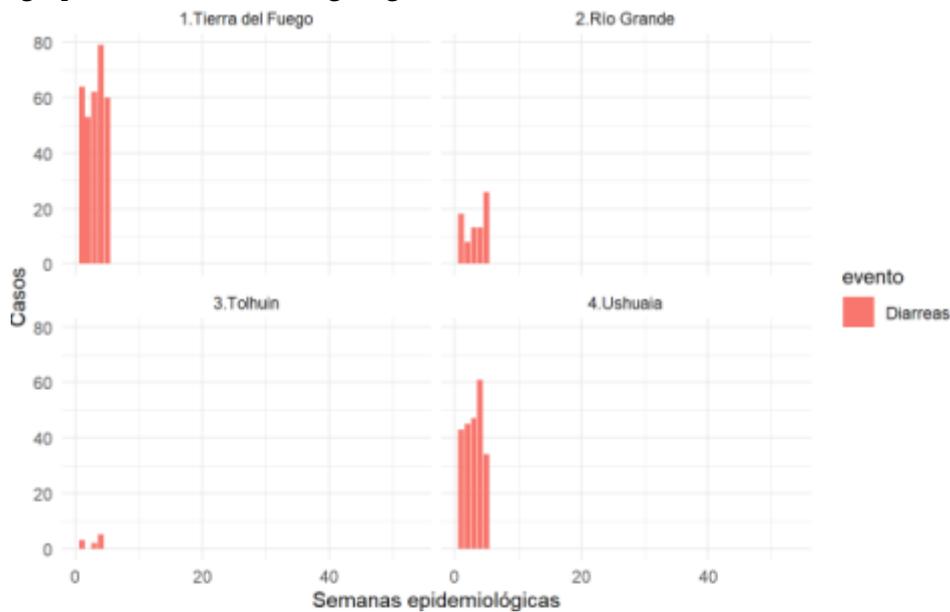
<https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/%28subtema%29/93802>

XI.4. Tierra del Fuego: Diarrea aguda

Hasta la semana epidemiológica (SE) 5 en 2026 se notificaron 328 casos de diarrea aguda en el SNVS 2.0 en la modalidad agrupadas.



Diarreas agrupadas en Tierra del Fuego según localidad. SE 5 – Año 2026



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

Para más información:

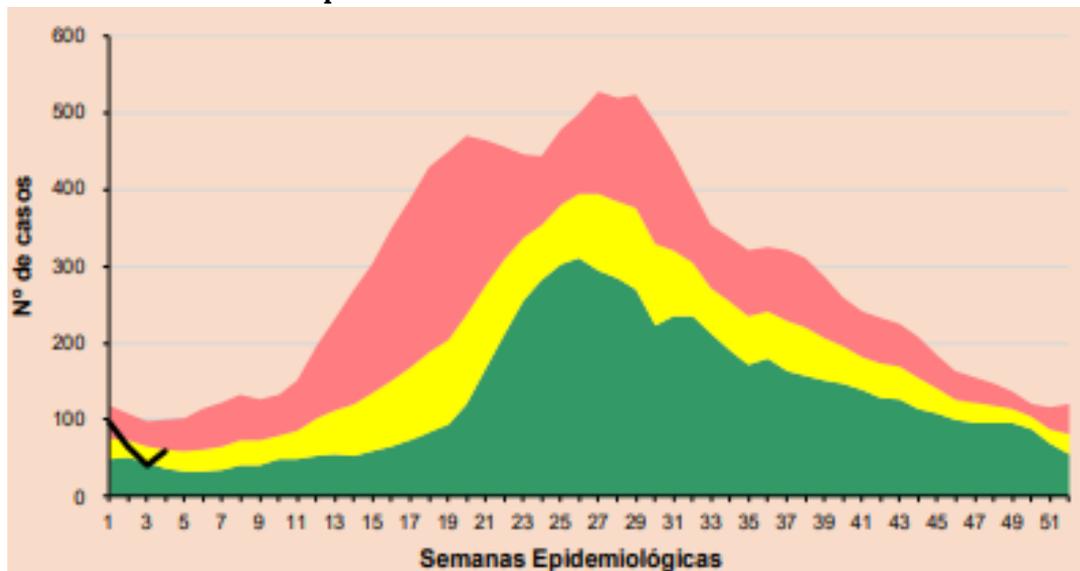
<https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/>

XI.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 4 se notificaron 60 casos.



Corredor endémico de Bronquiolitis SE 4 de 2026. Provincia de Tucumán.



Fuente: SNVS – Dirección de Epidemiología

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA

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

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

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

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

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

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

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