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



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **776**

Semana epidemiológica 39
AÑO 2025
Desde 21/09 al 27/09
Fecha de publicación
06/10/2025

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA

MINISTERIO DE SALUD · REPÚBLICA ARGENTINA

AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Dr. Javier Gerardo MILEI

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Mario Iván LUGONES

Secretario de Gestión Sanitaria

Dr. Saúl FLORES

Subsecretaria de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas en Salud

Dra. María Susana AZURMENDI

Directora de Epidemiología

Vet. Cecilia GONZALEZ LEBRERO

Sobre la autoría del boletín

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

Dengue y otros Arbovirosis
Del Ministerio de Salud de la Nación, la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmisibles.
El Servicio Meteorológico Nacional.
El Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas “Dr. Julio I. Maiztegui”, INEVH-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.

Vigilancia de Infecciones Respiratorias
Del INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”: Virus respiratorios y el Departamento de Epidemiología.

Componen la Dirección de Epidemiología: Altschuler Ailén, Amatto María Belén, Amelotti Rina Lucía, Antman Julián Gustavo Avalos Andrea Karina, Bidart María Laura, Bonifacio Carlos, Cáceres Estefanía, Caparelli Mariel, Casas Natalia, Castell Soledad, Chaves Karina Lorena, Couto Esteban, Di Pinto Ignacio, Diaz Morena, Echenique Arregui Alexia, El Ahmed Yasmin Dalal, Fernández Gabriela, Fernández María Susana, Fernández María Lorena, Gómez Lara, Gonzalez Lebrero Cecilia, Gonzalez Picasso Manuel, Guma Daniela Elena, Iglesias María Marta, Joskowicz Abril, Kurten Pérez Manuel, La Regina María Agustina, Laurora Melisa, Martín Aragón María Fernanda, Martínez Karina, Moisés María Silvina, Morgenstern Agostina, Nicolau Victoria, Núñez Sandra Fabiana, Ojeda Juan Pablo, Ormeño Mazzochi Franco, Page María Agustina, Parenti Ana Laura, Pastrana Paula, Pierre Ganchegui Guillermina, Pisarra Florencia Magalí, Plantamura Pilar, Prina Martina, Riera Sebastián, Rojas Mena María Paz, Rosin Paula, Rueda Dalila, Santoro Federico, Caruso Stefanini Margarita, Tapia Julio, Valenzuela Chantefort Lucía, Vallone Antonella, 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:

Acciones para la prevención del dengue por parte de los equipos locales de San Luis dedicados a la vigilancia Epidemiológica y control de vectores. Foto aportada por Claudia Olarte.

Cómo citar este boletín:

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°776, SE 39.

I. Editorial del BEN 770

El Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) continúa consolidando su lugar como herramienta estratégica de comunicación y gestión de la vigilancia en Argentina. Desde su relanzamiento en el BEN N.°740, el boletín se ha transformado en un espacio donde la técnica, la política y la comunicación se entrelazan de manera constante, en un intento de equilibrar estos tres aspectos con una mirada constructiva y honesta. Este ejercicio busca no solo fortalecer la toma de decisiones en salud pública, sino también aportar a un debate más amplio sobre el sentido y el alcance de la información epidemiológica.

En las primeras 31 semanas de este año hemos publicado 158 informes, distribuidos en Eventos Priorizados (81), Informes especiales (10), Situaciones emergentes (23) y Actualizaciones periódicas de eventos (44). Esta última sección, creada a partir del BEN 741 en la SE 4, marca una diferencia sustantiva en relación con el mismo período del año pasado. Mientras que durante las primeras 31 semanas epidemiológicas de 2024 se habían producido 110 informes en total, este año, como dijimos, el número asciende a 158: 48 informes más en estos siete meses de mucho trabajo. Esta diferencia no sólo expresa un incremento en la productividad editorial, sino también un esfuerzo por sostener la vigilancia con una mirada dinámica, flexible y en diálogo permanente con los equipos jurisdiccionales y con la realidad sanitaria.

El BEN no es únicamente un repositorio de datos: es una narrativa colectiva que articula fenómenos sanitarios, contextos sociales y propuestas de acción. Cada informe, cada tabla, cada actualización es parte de un entramado que busca ampliar la capacidad del sistema de vigilancia para comprender mejor los procesos en curso y anticipar respuestas más efectivas. En esa tarea, la sección de Actualización periódica de eventos se ha consolidado como una innovación clave, permitiendo seguir la evolución de problemas sanitarios con mayor sensibilidad temporal y territorial.

De este modo, el boletín se reafirma como una herramienta en tensión y en movimiento, atravesada por los desafíos de comunicar con claridad sin perder profundidad, de traducir la complejidad de los fenómenos en insumos útiles para la acción, y de sostener el equilibrio entre lo técnico, lo político y lo comunicacional. Seguimos apostando a una vigilancia robusta, integrada y participativa, convencidos de que sólo desde la construcción compartida podremos fortalecer las capacidades del sistema y mejorar la salud de nuestras comunidades.

En esa dirección, invitamos a quienes integran el sistema de vigilancia a continuar aportando ideas, sugerencias y experiencias que enriquezcan este espacio. Cada contribución suma al esfuerzo colectivo por consolidar un BEN cada vez más pertinente, transparente y comprometido con la salud pública de nuestro país.

¡Hasta la próxima!

Vet. Cecilia Gonzalez Lebrero
Directora de Epidemiología

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

II. Sobre este BEN

El Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) N° 776 presenta la información integrada proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), correspondiente al cierre de la semana epidemiológica 39 del año 2025. Este número reúne los principales indicadores de los eventos de notificación obligatoria (ENO) y una actualización ampliada sobre la vigilancia de infecciones respiratorias agudas, dengue y otros arbovirus, mpox y sarampión a nivel internacional, además de destacar la producción jurisdiccional y nuevas herramientas técnicas para la gestión de la información.

En la sección de Eventos priorizados, se actualiza la situación de la vigilancia de virus respiratorios en el país, con foco en la dinámica de circulación de influenza, virus sincicial respiratorio y SARS-CoV-2, junto con el análisis de la situación regional en el Cono Sur. En arbovirosis, se presenta la estimación de escenarios para la temporada 2025–2026, la situación de dengue en el inicio del nuevo período de vigilancia y la actualización de otros virus de interés, en el marco del fortalecimiento de la Red Nacional de Vigilancia de Arbovirus.

Dentro de la Actualización periódica de eventos, se incluye un informe sobre mpox, con información internacional, regional y nacional, y un repaso de las medidas de vigilancia, diagnóstico y manejo ante casos sospechosos o confirmados. En alertas internacionales, se detalla la situación epidemiológica del sarampión en América del Norte y en la región de las Américas, reforzando la importancia de sostener las coberturas de vacunación y la detección oportuna de casos importados.

El apartado de Boletines Jurisdiccionales destaca experiencias de distintas provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sobre vigilancia respiratoria, triquinosis, neumonía, bronquiolitis y varicela, reflejando el trabajo territorial y la articulación permanente con la Dirección de Epidemiología. Finalmente, la sección de Herramientas para la vigilancia presenta información sobre la actualización de las codificaciones auxiliares del SNVS 2.0, los lineamientos de vigilancia de STEC y la nueva edición de la guía para la implementación de salas de situación de salud.

El BEN 776 reafirma el carácter federal del sistema de vigilancia y la importancia de contar con información epidemiológica oportuna, comparable y transparente para la gestión sanitaria y la toma de decisiones en todo el país.

Contenido

I. Editorial del BEN 770 **5**
II. Sobre este BEN **6**

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

EVENTOS PRIORIZADOS **17**
IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas **18**
IV.1. Nota Metodológica 18
IV.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 18
IV.3. Síntesis de la información nacional destacada 19
IV.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados 21
IV.4.A. Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI 21
IV.4.B. Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave -IRAG 24
V. Vigilancia Genómica de SARS-CoV-2 **28**
V.1. Situación mundial 28
V.2. Situación nacional 29
VI. Vigilancia de dengue y otros arbovirus **31**
VI.1.A. Subregión Cono Sur 31
VI.2. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026. 34
VI.2.A. Nota metodológica 34
VI.3. Situación de dengue en Argentina 36
VI.3.A. Inicio de temporada 2025/2026 36
VI.4. Situación epidemiología de otros arbovirus 38

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS **40**
VII. MPOX – Actualización Informe epidemiológico **41**
VII.1. Introducción 41
VII.2. Situación internacional 41
VII.2.A. Situación en África 42
VII.2.B. Situación en las Américas38F 42
VII.3. Situación en Argentina 43
VII.4. Recomendaciones para el equipo de salud 46
VII.5. Vigilancia Epidemiológica 46
VII.5.A. Definiciones y clasificaciones de caso 47
VII.5.B. Notificación 48
VII.6. Algoritmo de diagnóstico y notificación de mpox 48
VII.7. Medidas ante casos sospechosos 49
VII.8. Medidas ante contactos 50

ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES **51**
VIII. Introducción **52**
VIII.1. Situación epidemiológica mundial y regional de sarampión 53

VIII.1.A. Canadá1F 53
VIII.1.B. Estados Unidos de América2F 53
VIII.1.C. México3F 54
VIII.1.D. Paraguay4F 55

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES 56
IX. Boletines Jurisdiccionales 57
IX.1. Buenos Aires: Triquinosis 57
IX.2. CABA: Eventos respiratorios de abordaje ambulatorio 58
IX.3. Chubut: Neumonía 59
IX.4. Salta: Bronquiolitis 60
IX.5. Santa Fe: Situación de Sars-CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios (OVR) de importancia clínica en pacientes internados 61
IX.6. Tierra del Fuego: Varicela 62
IX.7. Tucumán: Enfermedad tipo influenza (ETI) 63

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA 64
X. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 65
X.1. Información relevante: Vigilancia Epidemiológica de Síndrome Urémico Hemolítico SUH por STEC - Diarreas por STEC y Estudio de infección por STEC 66
X.2. Herramientas básicas para la implementación de salas de situación de salud 8° Edición 69

TABLAS DE **EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA** SELECCIONADOS

III. Tablas de ENO seleccionados

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

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

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

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

A continuación, presentamos las tablas de ENO seleccionados:

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

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

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

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

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

III.1. Nota metodológica

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

Las tablas se elaboran con datos basados en la fecha de notificación (o fecha de apertura del caso) en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), considerando las semanas epidemiológicas (SE) seleccionadas de los años 2020 a 2025.

Para calcular la mediana de los valores acumulados entre 2020 y 2024, 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 (2025) con años cerrados (2020-2024), 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 1-39. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-39	2025 Acumulados SE 1-39	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enfermedades Transmisibles por vectores	Chagas agudo vectorial	0	0	0	N/A
Enfermedades zoonóticas animales	Rabia animal	121	96	-25	-21%
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	7.131	13.621	6.490	91%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	204	292	88	43%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	81	103	22	27%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo o tectonismo)	5	5	0	0%
	Cisticercosis	7	8	1	14%
	Escorpionismo o Alacranismo	2.896	5.114	2.218	77%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	345	620	275	80%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chinÍ)	21	34	13	62%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	7	13	6	86%
	Brucelosis	93	98	5	5%
	Hantavirosis	44	38	-6	-14%
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	18	19	1	6%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	1.100	1.178	78	7%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	12	23	11	92%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	3	21	18	600%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	9	38	29	322%
	Intoxicación/Exposición a Plomo	6	1	-5	-83%
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	8.460	8.460	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	561	561	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	448	448	N/A
Pandrogo resistencia	Pandrogo resistencia en Acinetobacter spp.	0	0	0	N/A
	Pandrogo resistencia en Enterobacterales	0	2	2	N/A
	Pandrogo resistencia en Pseudomonas aeruginosa	0	1	1	N/A
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	10.151	13.167	3.016	30%

Nota: La asignación de la semana epidemiológica a los casos de tuberculosis que se notifican a través del SNVS se realiza, a partir de este reporte, utilizando la fecha de carga. En las tablas de los informes previos, se asignó a los casos la semana epidemiológica de la fecha de diagnóstico del caso que no necesariamente coincide con la fecha de carga cuando la carga se realiza posteriormente.
Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud y el Área de Análisis de Información e Investigación de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0.

III.3. Eventos nominales notificados y confirmados

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

Tabla 2. Tabla de eventos nominales notificados y confirmados. SE 1-39. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-39		2025 Acumulados SE 1-39		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enfermedades prevenibles por vacunas	Coqueluche (tos convulsa)	3.182	142	2.656	226	-526	-17%	84	59%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	828	2	6.016	35	5.188	627%	33	1650%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	828	2	6.016	35	5.188	627%	33	1650%
	Meningitis - Meningoencefalitis	1.767	688	2.077	682	310	18%	-6	-1%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomielitis	93	0	78	0	-15	-16%	0	N/A
Enfermedades Transmisibles por vectores	Dengue	92.365	58.295	60.180	16.728	-32.185	-35%	-41.567	-71%
	Encefalitis de San Luis	246	1	380	0	134	54%	-1	-100%
	Fiebre amarilla humana	105	0	136	0	31	30%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	39	0	89	0	50	128%	0	N/A
	Zika	1.455	0	823	0	-632	-43%	0	N/A
Enf. Transmitidas por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	736	329	465	204	-271	-37%	-125	-38%
Enfermedades zoonóticas humanas	Leptospirosis	1.809	47	1.744	148	-65	-4%	101	215%
	Psitacosis	199	32	532	99	334	168%	67	209%
ETMI - Enfermedades del niño	Chagas agudo congénito	1.080	51	1.353	36	273	25%	-15	-29%
	Sífilis Congénita	2.141	825	770	758	-1.371	-64%	-67	-8%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	5	0	7	0	2	40%	0	N/A
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en embarazadas	1.901	1.797	1.382	1.179	-519	-27%	-618	-34%
	Sífilis en embarazadas	8.380	7.411	8.932	8.227	552	7%	816	11%
	Hepatitis B en embarazadas	70	50	97	36	27	39%	-14	-28%
Hepatitis virales	Hepatitis A	120	27	194	101	74	62%	74	274%
	Hepatitis B	2.259	528	2.652	560	393	17%	32	6%
	Hepatitis C	1.904	1.151	1.976	1.133	72	4%	-18	-2%
	Hepatitis E	41	5	44	4	3	7%	-1	-20%
Infecciones de transmisión sexual	Sífilis en población general	25.014	19.907	39.927	34.129	14.913	60%	14.222	71%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	1.212	1.152	1.875	1.790	663	55%	638	55%
Otros eventos de importancia para la salud pública	Viruela símica (mpox)	351	72	271	114	-80	-23%	42	58%

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. 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 1-39. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-39	2025 Acumulados SE 1-39	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enfermedades Transmitidas por alimentos	Diarrea	538.082	541.694	3.612	1%
Infecciones de transmisión sexual	Secreción genital purulenta en varones	1.292	1.673	381	29%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios	893	623	-270	-30%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar	103.253	75.118	-28.135	-27%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	945.604	934.148	-11.456	-1%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	64.143	58.772	-5.371	-8%
	Neumonía (sin especificar)	73.372	61.461	-11.911	-16%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	1	4.849	4.848	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	4	2.956	2.952	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	18	21.199	21.181	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	1	1.295	1.294	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	8	5.291	5.283	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	3	4.567	4.564	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	84	27.387	27.303	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	13	5.287	5.274	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	8	2.133	2.125	N/A
	Lesiones por electrocución	0	533	533	N/A
	Lesiones por atragantamiento	0	679	679	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	5	61.113	61.108	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	2	20.635	20.633	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	7	28.372	28.365	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	0	373	373	N/A
	Otras lesiones en el hogar	24	21.024	21.000	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.5. Eventos agrupados laboratoriales

III.5.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 1-39. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-39		2025 Acumulados SE 1-39		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	3.491	193	2.737	161	-754	-22%	-32	-17%
	Infección por Mycoplasma genitalium	571	17	384	11	-187	-33%	-6	-35%
	Infección por Mycoplasma hominis	2.168	207	2.115	287	-53	-2%	80	39%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	12.119	336	5.624	365	-6.495	-54%	29	9%
	Infección por Trichomonas vaginalis	19.859	2.046	17.041	1.869	-2.818	-14%	-177	-9%

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

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

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

Situación Regional: La actividad de influenza en las Américas se mantiene baja. A nivel regional, la circulación de VSR muestra una tendencia descendente, mientras que SARS-CoV-2 presenta un incremento en las últimas semanas epidemiológicas (SE), alcanzando una positividad del 7.7%. En América del Norte, la actividad de influenza permanece en niveles interestacionales. La circulación de VSR se mantiene baja y estable, mientras que SARS-CoV-2 muestra un aumento, con una positividad del 9%. En el Caribe, la circulación de influenza disminuye, con una positividad del 6%, predominando el subtipo A(H1N1)pdm09. La actividad de VSR también desciende, alcanzando una positividad del 3.9%, al igual que SARSCoV-2, que baja a 9.2%. En Centroamérica, la actividad de influenza aumenta levemente, con una positividad del 6.4%. SARSCoV-2 muestra una disminución esta semana (5.2% de positividad), mientras que VSR también desciende, con una positividad del 14%. En la subregión andina, la actividad de influenza A disminuye a 5% de positividad. VSR presenta una leve reducción esta semana (8.7% de positividad), mientras que SARS-CoV-2 aumenta en comparación con la semana anterior, alcanzando una positividad del 9.8%. En Brasil y el Cono Sur, la actividad de influenza muestra un leve aumento (3.6% de positividad). La circulación de VSR disminuye respecto a la SE previa, con una positividad del 7.2%, mientras que SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos, aunque con tendencia ascendente (5.6% de positividad). La circulación de otros virus respiratorios (OVR) se mantiene elevada y con tendencia al alza a nivel regional, destacando la subregión de Brasil y el Cono Sur por la detección de Rinovirus, Parainfluenza y Metapneumovirus.

América del Norte: La actividad de influenza se mantiene baja y estable en la subregión, con una positividad de 0.7%. La mayoría de los casos de SARI positivos se han asociado con influenza y SARS-CoV-2. La circulación de VSR continúa siendo baja y estable en todos los países. En contraste, la actividad de SARS-CoV-2 muestra una tendencia ascendente en la subregión, con una positividad del 9%. Al analizar la actividad de influenza por país, México, Canadá y Estados Unidos mantienen niveles interestacionales. En cuanto a SARS-CoV-2, se observa una tendencia al aumento en Estados Unidos (7.8%) y Canadá (9%), mientras que en México la positividad alcanza el 7.9%, presentando una tendencia descendente.

Caribe: La actividad de influenza, impulsada principalmente por el subtipo A(H1N1)pdm09, disminuyó en la última semana epidemiológica (SE), con una positividad subregional del 6%. La

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

circulación de VSR también descendió respecto a la SE anterior, con una positividad del 3.9%. Por su parte, la actividad de SARS-CoV-2 continúa en descenso, alcanzando una positividad subregional del 9.2%. Los casos de SARI muestran una tendencia a la disminución, asociados principalmente a influenza. En contraste, los casos de ILI presentan un leve incremento, también vinculados mayoritariamente a influenza. Al analizar por país, se observa que la actividad de influenza permanece en niveles epidémicos en Haití y Belice, mientras que en Jamaica y República Dominicana se mantiene en niveles interestacionales. En Cuba, la actividad aumentó respecto a la SE anterior, con una positividad del 6.4%. Barbados, Guyana, las Islas Caimán y San Vicente y las Granadinas reportan niveles bajos de circulación. En cuanto a VSR, la circulación disminuye en Cuba, República Dominicana y Santa Lucía en comparación con la SE anterior. En Barbados, Belice, Haití, Surinam y San Vicente y las Granadinas se mantiene baja, mientras que en Guyana y las Islas Caimán se observa un aumento. Respecto a SARS-CoV-2, la actividad disminuyó en Belice, República Dominicana, Santa Lucía y las Islas Caimán durante la última SE. Haití mantiene una circulación baja y estable desde hace varias semanas. Barbados presenta niveles elevados, aunque con tendencia a la disminución, con una positividad del 24.5%. En San Vicente y las Granadinas, la actividad aumentó en la última semana, alcanzando una positividad del 21.4%. Surinam y Cuba también reportan un incremento en la circulación, mientras que Guyana se mantiene sin cambios respecto a la SE anterior, con una positividad del 1.2%.

Centroamérica: La actividad de influenza aumenta su circulación en la subregión con una positividad del 6.4%, caracterizada por la circulación de influenza B/Victoria, que representan la mayoría de los casos notificados de ILI. La circulación del VSR se mantiene elevada, con tendencia a la disminución, y una positividad del 13.8% que se ve reflejado en la detección de casos SARI. La actividad de SARS-CoV-2 disminuye levemente esta semana, alcanzando una positividad de 5.2%.

Países Andinos: La actividad de influenza disminuye respecto de la SE previa, con una positividad del 5%, asociada principalmente con la circulación de A(H1N1)pdm09. La circulación de VSR disminuye, presentando una positividad de 8.7%. La actividad de SARS-CoV-2 aumenta alcanzando una positividad del 9.8%. Los casos de SARI asociados con influenza, así como de VSR muestran una tendencia descendente. Para los casos ILI se observa una disminución asociada principalmente a la detección de influenza.

Brasil y Cono Sur: La actividad de influenza en la subregión, asociada a influenza A, aumenta esta SE, con una positividad de 3.6%. La circulación del VSR continúa disminuyendo, indicando una positividad del 7.2%. La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos, sin embargo, comienza a mostrar una tendencia al ascenso con una positividad del 5.6%. La detección de casos SARI ha mostrado una tendencia descendente constante en las últimas semanas, asociada principalmente a SARS-CoV-2 e influenza.

IV.3. Síntesis de la información nacional destacada

Vigilancia Clínica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis

- Entre la semana epidemiológica 1 y 38 de 2025 se notificaron 936.110 casos de ETI, 130.999 casos de Neumonía y 124.388 casos de Bronquiolitis en menores de dos años. Las notificaciones de ETI y neumonía presentan tendencia ascendente entre las SE11 y 24, ubicándose en niveles elevados en relación con años previos. Las notificaciones de ETI se

encuentran en niveles de brote entre las SE12 y 18, mientras que en neumonía se puede observaron niveles de brote en las SE12 y 14. Los casos de bronquiolitis presentaron un ascenso que alcanzó niveles de seguridad entre SE29 y 34.

Vigilancia Centinela de Virus Respiratorios Priorizados

Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI:

- En cuanto a las notificaciones de **influenza** en ambulatorios, desde la SE12 se verificó un ascenso tanto del porcentaje de positividad como de las detecciones, con predominio de influenza A/H1N1, alcanzando los mayores niveles entre las SE 22 y 25. En las últimas semanas se observó un descenso, tanto en el número de casos como en el porcentaje de positividad. En este sentido, en las últimas dos semanas (SE38 y 39) se registraron 3 casos de influenza entre 157 muestras estudiadas.

- Para **VSR**, se registraron 3 casos positivos entre las 126 muestras analizadas en las últimas dos semanas (SE 38 y 39). En las últimas semanas se verifica un ascenso del porcentaje de positividad de VSR en UMA, que se mantuvo por encima del 10% entre las SE25 y 32, con oscilaciones, y alcanzó el máximo en SE29.

- Con relación a **SARS-CoV-2**, luego del último ascenso de casos registrado durante 2024, las detecciones en UMA permanecen en valores bajos y estables. En las últimas dos semanas (38 y 39/2025) se notificaron 17 casos positivos para SARS COV 2 entre las 161 muestras estudiadas por PCR.

Unidades Centinela de IRAG (Infección Respiratoria Aguda Grave):

- En la **Red Argentina de UC-IRAG**, entre la SE1 y SE39 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 6286 internaciones con diagnóstico de IRAG y 2957 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida.

- Las notificaciones de infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) mostraron un aumento a partir de la SE12, acompañado de un aumento en las detecciones de virus influenza, principalmente el subtipo A(H1N1). El mayor número de casos de IRAG con diagnóstico de influenza se registró entre las SE23 y SE27, seguido de una disminución en las semanas posteriores, con predominio de influenza B en las últimas SE. Además, desde la SE20 se verifica un aumento en las detecciones de VSR y, a partir de la SE35, un leve incremento de IRAG con diagnóstico de SARS-CoV-2.

- En las últimas 4 semanas, entre los 720 casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 2 codetecciones de SARS-CoV-2 y VSR, 3 detecciones de influenza, 24 casos de SARS-CoV-2 y 204 casos de VSR.[2]

[2] Se consideran estudiados aquellos casos de IRAG con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de IRAG. Para más información, consultar la *Guía Operativa de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)*, en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia-uc-irag-vff.pdf

Vigilancia universal a través de la red de laboratorios de virus respiratorios

- Desde la SE11 se observó un incremento en el número de casos de **Influenza**, con predominio de Influenza A (H1N1), con un adelanto en el ascenso de casos en relación con lo observado en años anteriores. El mayor número de notificaciones se observó entre las SE22 y 26, con más de 1.000 detecciones semanales. En las últimas dos semanas (SE37 y 38) se registraron un total de 70 detecciones de influenza.

- Con respecto a **VSR**, se comienza a verificar la aparición de positividad para este virus desde la SE12 y se constata el inicio de la actividad estacional en SE20 y 860 detecciones en las últimas 2 SE (37 y 38).

- Durante 2024, se registraron dos ascensos en el número de casos de COVID-19, el primero de ellos entre las SE 1 y 12, y, el segundo ascenso entre las SE29 y 51, de menor magnitud que el previo. Durante las primeras 38 semanas de 2025 los casos se mantienen en valores bajos, si bien se registra un ligero ascenso en las detecciones a partir de la SE34.

- Durante la SE38/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: VSR, SARS-CoV-2, metapneumovirus, parainfluenza, Influenza y adenovirus.

Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Internados y/o Fallecidos

- Con respecto a las detecciones de influenza, desde SE 12 se registró un ascenso de los casos en personas internadas. El mayor número de casos se observó entre las SE22 y 26. En las últimas 2 SE (38 y 39) se detectaron 16 casos. Durante el año 2025 se registraron al momento 207 fallecidos con este diagnóstico.

- Con relación a VSR, las detecciones en hospitalizados presentan un aumento desde la SE12, con un ligero descenso en las últimas semanas. En las SE 38 y 39 se registraron 327 personas internadas con este diagnóstico.

- Asimismo, en cuanto a los casos de COVID-19, las detecciones de SARS-CoV-2 en personas internadas permanecen en valores bajos. En la SE 39/2025 se registraron 32 casos positivos internados. No se registraron fallecimientos en la última semana.

IV.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados

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

Las Unidades de Monitoreo Ambulatorio de Virus Respiratorios (UMA) son dispositivos de vigilancia centinela que permiten el monitoreo de la circulación de SARS-CoV-2, Influenza y VSR en casos leves ambulatorios. El objetivo de las UMA es describir la tendencia de las consultas ambulatorias por casos de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), así como la proporción atribuible a SARS-CoV-2, Influenza y VSR durante todas las semanas epidemiológicas del año en las 24 jurisdicciones del país.[3]

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

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

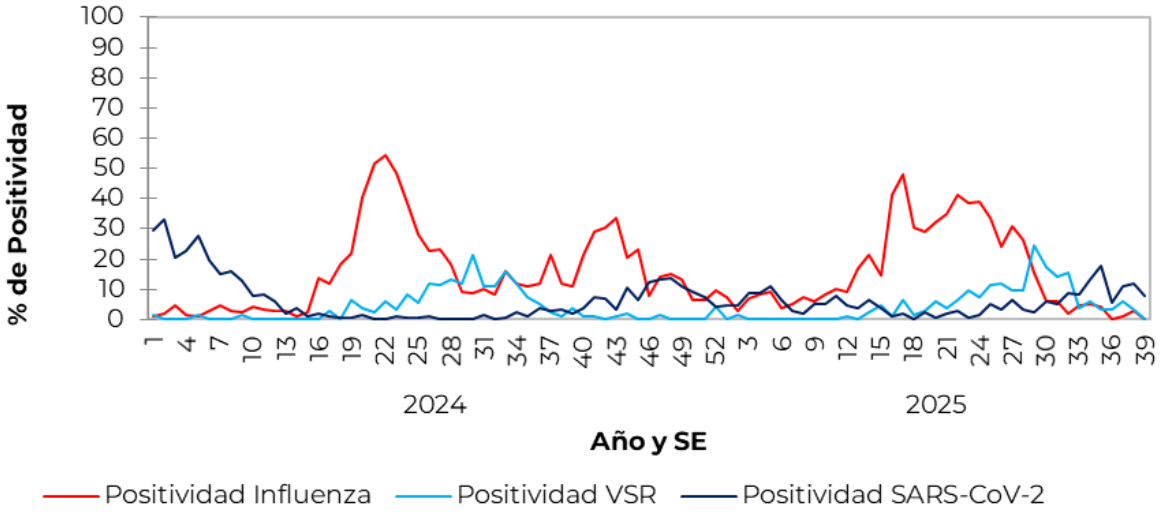
Durante el año 2024, el porcentaje de positividad para **SARS-CoV-2**, se mantuvo por encima del 10% entre las SE1 a 9, relacionado con el ascenso de casos registrado entre las SE1 y 12. Luego del máximo alcanzado en SE2 (33,19%), el porcentaje de positividad presentó tendencia descendente y se mantuvo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

En las primeras 39 semanas de 2025 en establecimientos UMA, se analizaron 4.884 muestras para SARS-CoV-2 por técnica molecular, de las cuales 247 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 5,06%. Además, en las últimas dos semanas analizadas (SE38 y 39), se registraron 17 casos confirmados de SARS-COV-2 entre las 161 muestras estudiadas por PCR.

Con relación a **Influenza**, el porcentaje de positividad presentó un ascenso desde SE16 de 2024, superando el 50% en las SE 21 y 22, en relación con el aumento estacional de casos de influenza A/H3N2 (ver gráfico 2). Posteriormente, si bien registró un descenso, permaneció en valores elevados, con oscilaciones, asociados a la circulación de influenza B, alcanzando una positividad máxima de 33,55% en SE43. En las primeras 39 semanas de 2025, se registraron 933 detecciones entre 4.498 muestras estudiadas, con una positividad acumulada de 20,74%. A partir de la SE11, se verificó una tendencia ascendente tanto de las detecciones como del porcentaje de positividad, alcanzando los mayores niveles entre las SE 22 y 25, con un descenso posterior. En este sentido, en las SE38 y 39/2025 se notificaron 3 casos de influenza entre las 157 muestras estudiadas en UMA.

En cuanto a **VSR**, se verifica un ascenso de las detecciones a partir de la SE19 de 2024, con aproximadamente el 73% de los casos registrados entre las SE24 y SE34, y un menor número de detecciones semanales desde SE35. Con relación a este ascenso de casos, la positividad en UMA permaneció por encima del 10% entre las SE 26 y 34. Entre las SE1 y 39 de 2025, de las 3.218 muestras estudiadas, 189 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 5,87%. En las últimas semanas se verifica un ascenso del porcentaje de positividad de VSR en UMA, que se mantuvo por encima del 10% entre las SE25 y 32, con oscilaciones, y alcanzó el máximo en SE29. En las últimas dos semanas analizadas, SE38 y 39, se notificaron 3 casos de VSR entre las 126 muestras estudiadas.

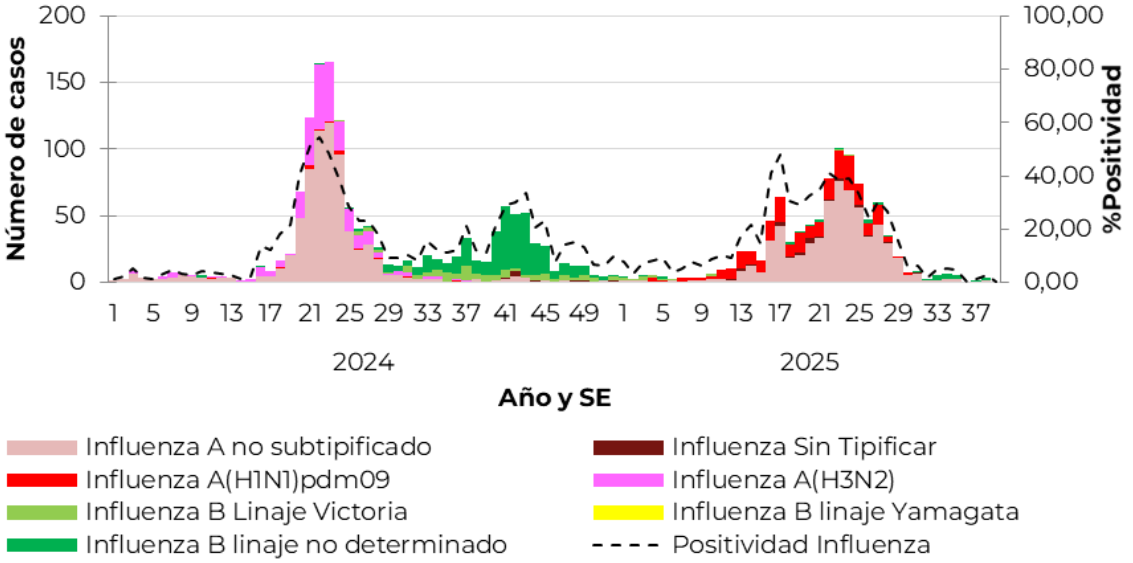
Gráfico 1. Porcentaje de positividad de muestras estudiadas por técnica molecular para SARS-CoV-2, influenza y VSR, por SE. Estrategia UMA. SE1/2024 a SE39/2025



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

Aun cuando desde el inicio de 2024 se notificaron casos de influenza durante todas las semanas del año, entre las SE 16 y 28 de 2024 se verifica un aumento estacional en las detecciones, con el mayor número de casos notificados entre las SE21 y SE24. Como se mencionó previamente, este ascenso estuvo asociado a la detección de Influenza A, con predominio del subtipo A(H3N2). A partir de la SE31, y concomitantemente con el descenso de casos de Influenza A, se observó un ligero ascenso en la detección de casos de Influenza B/Linaje Victoria. En las 39 semanas transcurridas de 2025 se detectan predominantemente casos de influenza A (n= 863), con un menor número de detecciones de influenza B (n=47). Entre los casos de influenza A, 248 detecciones corresponden a influenza A (H1N1), el resto permanece sin subtipificar. Además, se detectó el linaje Victoria en 14 de los casos de influenza B (las detecciones restantes permanecen sin identificación de linaje). Se registran 23 casos de influenza que permanecen sin tipificar en lo que va del año.

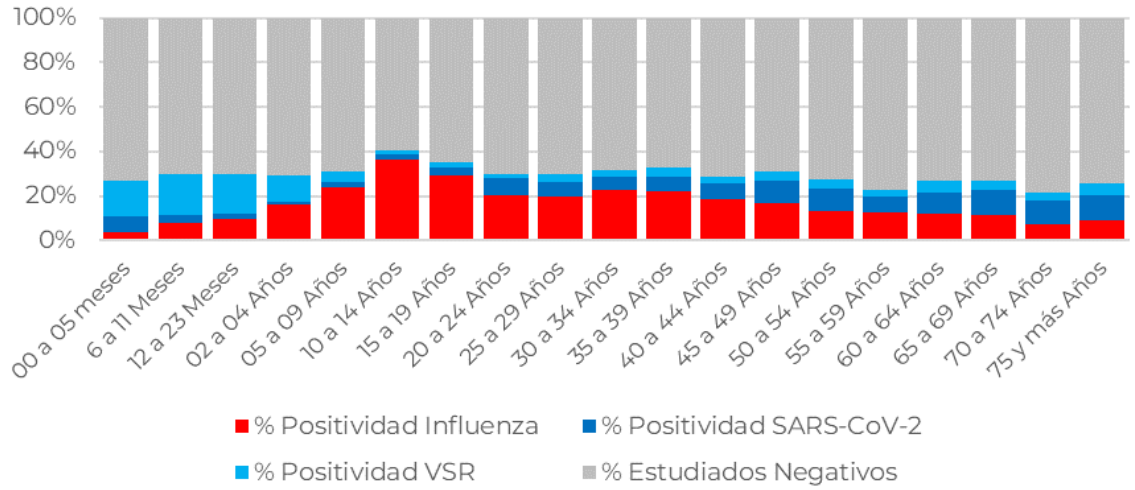
Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2024 a SE39/2025. Estrategia UMA. Argentina.



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

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

Gráfico 3. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados. SE1/2024 a SE39/2025. Estrategia UMA. Argentina[4].



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

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

Como parte del proceso de fortalecimiento y expansión de la Red Argentina de Vigilancia Centinela de IRAG, a partir de la SE18 de 2024, se adaptó la notificación nominal y agrupada de casos de IRAG para dar respuesta a los objetivos de esta vigilancia. Además, se incorporó la notificación de casos de IRAG extendida, que busca mejorar la integración del VSR a la vigilancia de virus respiratorios. A la fecha de publicación de este Boletín, 41 establecimientos del país participan de la estrategia, con representación de todas las regiones del país.[5]

Definiciones de caso Vigentes

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

- Fiebre referida o constatada >= 38°C; y
- Tos; y - Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico[6].

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

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

- Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico[7].

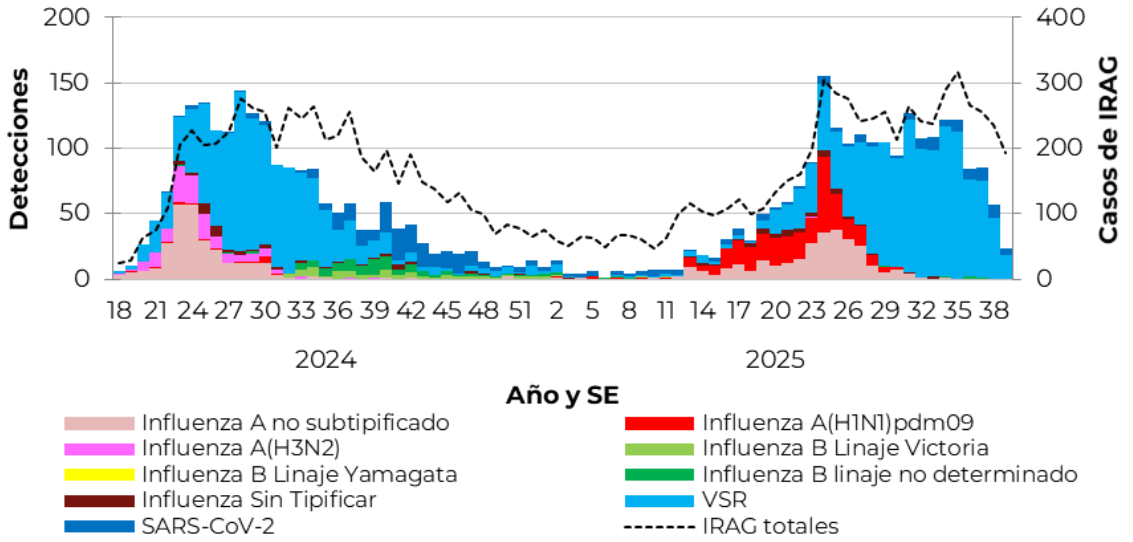
En lactantes menores de 6 meses también considerar:

- Apnea (cese temporal de la respiración por cualquier causa), o
- Sepsis (fiebre/hipotermia[8] y shock[9] y gravemente enfermo sin causa aparente)

Entre la SE1 de 2025 y la SE39 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 6286 internaciones con diagnóstico de IRAG y 2957 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida en la Red Argentina de UC-IRAG[10].

La curva de casos de IRAG presentó tendencia ascendente entre las SE 18 y 28 de 2024, asociada al aumento estacional de casos de influenza A/H3N2 y, posteriormente, al ascenso de casos de VSR, permaneciendo por encima de los 200 casos semanales de IRAG entre las SE24 y 37. En 2025, las notificaciones de IRAG experimentan un aumento desde la SE12. En las últimas semanas los casos de IRAG se mantienen en niveles elevados, con un promedio de 238 casos semanales en las últimas 4 semanas.

Gráfico 4: Casos totales de IRAG y detecciones de Influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y VSR, y por SE. Estrategia UC IRAG. SE18/2024 a 39/2025.



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]

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

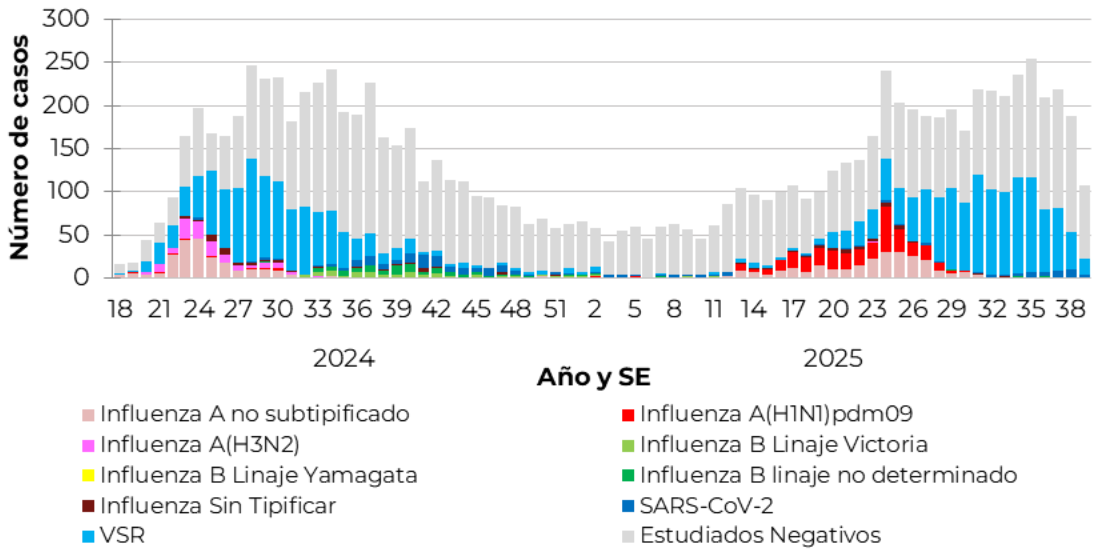
En relación con los casos de IRAG por **SARS-CoV-2,** si bien los casos se mantuvieron en niveles bajos desde SE18 de 2024, se registró un ligero ascenso desde SE36 de 2024, que alcanzó su máximo en SE 41 y 42 con descenso posterior.

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

En lo que va de 2025, se verificó un ascenso de detecciones de influenza desde la SE13, alcanzando los valores máximos entre las SE 23 y 27, con un descenso posterior. Los casos corresponden predominantemente a influenza A, con un total de 595 detecciones en lo que va de 2025, y un menor número de casos de influenza B (n=17). Con relación a los casos de Influenza A, se registraron 310 detecciones de H1N1 y 1 detección de H3N2 (el resto permanece sin subtipificar) y, entre los casos de influenza B, se registraron 5 detecciones del linaje Victoria. Además, 43 detecciones de influenza permanecen sin tipificar a la fecha.

En cuanto a IRAG con diagnóstico de **VSR**, desde SE18/2024 se registró tendencia ascendente tanto de casos como del porcentaje de positividad, que alcanzaron valores máximos en SE28/2024, con descenso posterior, permaneciendo estable y en valores bajos desde SE41/2024. A partir de la SE20/2025 se registra un nuevo ascenso de las detecciones de VSR entre los casos de IRAG, con tendencia descendente en las últimas semanas (promedio de 53 casos semanales en las últimas 4 semanas).

Gráfico 5: Casos de IRAG estudiados por técnica molecular para virus SARS-CoV-2, influenza y VSR según resultado, por SE. SE18/2024 a 39/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina [11].



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

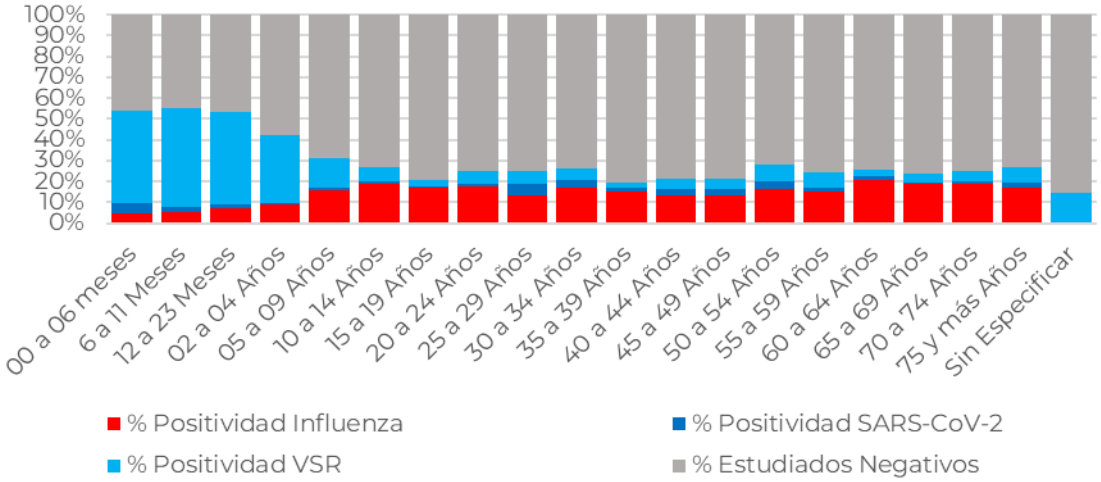
En las últimas 4 semanas, entre 720 casos de IRAG estudiados por técnica molecular para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron: 2 codetecciones de SARS-

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

CoV-2 y VSR, 3 detecciones de influenza, 24 casos de SARS-CoV-2 y 204 casos de VSR. Los restantes 487 casos resultaron negativos para estos agentes etiológicos.

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

Gráfico 6. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados, en casos de IRAG. SE18/2024 a 39/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina[12].



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]

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

V. Vigilancia Genómica de SARS-CoV-2

V.1. Situación mundial

Actualmente, la clasificación de la OMS incluye una variante de interés (VOI), JN.1, y cinco variantes bajo monitoreo (VUM): KP.3.1.1, XEC, LP.8.1, NB.1.8.1 y XFG[13],[14],[15] .

A nivel mundial, JN.1 representó el 15,3 % de las secuencias en la semana 22 de 2025, con una tendencia ascendente respecto a las semanas anteriores. La última evaluación de riesgo de JN.1 se publicó el 15 de abril de 2024, con una evaluación general de bajo riesgo para la salud pública a nivel mundial basada en la evidencia disponible [16].

Las 5 variantes bajo monitoreo enumeradas son todos linajes descendientes de JN.1. Entre ellas, NB.1.8.1, designada como VUM el 23 de mayo de 2025, presentó en la SE22/2025 una proporción de 24,9 %, con una tendencia al leve descenso a nivel global, permaneciendo como la variante de SARS-CoV-2 más frecuentemente reportada. De acuerdo a la evaluación de riesgo publicada, el riesgo adicional para la salud pública asociado a NB.1.8.1 se considera bajo a nivel global, de acuerdo con la evidencia disponible[17].

XFG, la VUM más recientemente designada, fue reportada al 22 de junio por 38 países. Entre las SE19 y 22 presentó un incremento significativo en la proporción global, pasando del 7,4 % al 22,7%. El ascenso en las proporciones de esta variante se registró en las tres regiones que comparten secuencias consistentemente a la plataforma GISAID: Región Pacífico Oriental, Región de las Américas y Región Europea.

Según la evaluación de riesgo a nivel mundial publicada el 25 de junio de 2025, considerando la evidencia disponible, el riesgo adicional para la salud pública se considera bajo[18]. **Si bien algunos países del Sudeste Asiático, que presentan las mayores proporciones de XFG, reportaron aumentos en casos y hospitalizaciones, no hay informes que sugieran que la gravedad de la enfermedad asociada sea mayor en comparación con otras variantes circulantes.**

En relación a las demás VUM, LP.8.1 mostró una leve disminución en su proporción global (39,0 % en la SE17 y 22,6 % en la SE22). XEC, la variante de SARS-CoV-2 previamente más frecuente, disminuyó en prevalencia, representando el 5,2% de las secuencias en la semana 22 de 2025 frente al 11,0 % en la semana 19 de 2025. Las otras variantes bajo monitoreo siguen con tendencias descendentes a nivel global.

Las tasas decrecientes de pruebas y secuenciación a nivel mundial hacen que sea cada vez más difícil estimar el impacto de la gravedad de las variantes emergentes del SARS-CoV-2.

---

[13] COVID-19 epidemiological update – 12 de marzo de 2025. Disponible en https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports

[14] OMS- Tracking SARS-CoV-2 variants-. https://www.who.int/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants

[15] Tomado de: https://www.who.int/publications/m/item/updated-working-definitions-and-primary-actions-for--sars-cov-2-variants

[16] Updated Risk Evaluation of JN.1, 15 April 2024. Tomado de https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/15042024_jn1_ure.pdf?sfvrsn=8bd19a5c_7

[17] WHO TAG-VE Risk Evaluation for SARS-CoV-2 Variant Under NB.1.8.1 https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/epp/tracking-sars-cov-2/23052025_nb.1.8.1_ire.pdf

[18] Initial Risk Evaluation of XFG, 25 June 2025. Tomado de: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/epp/tracking-sars-cov-2/25062025_xfg_ire.pdf?sfvrsn=260a9981_4

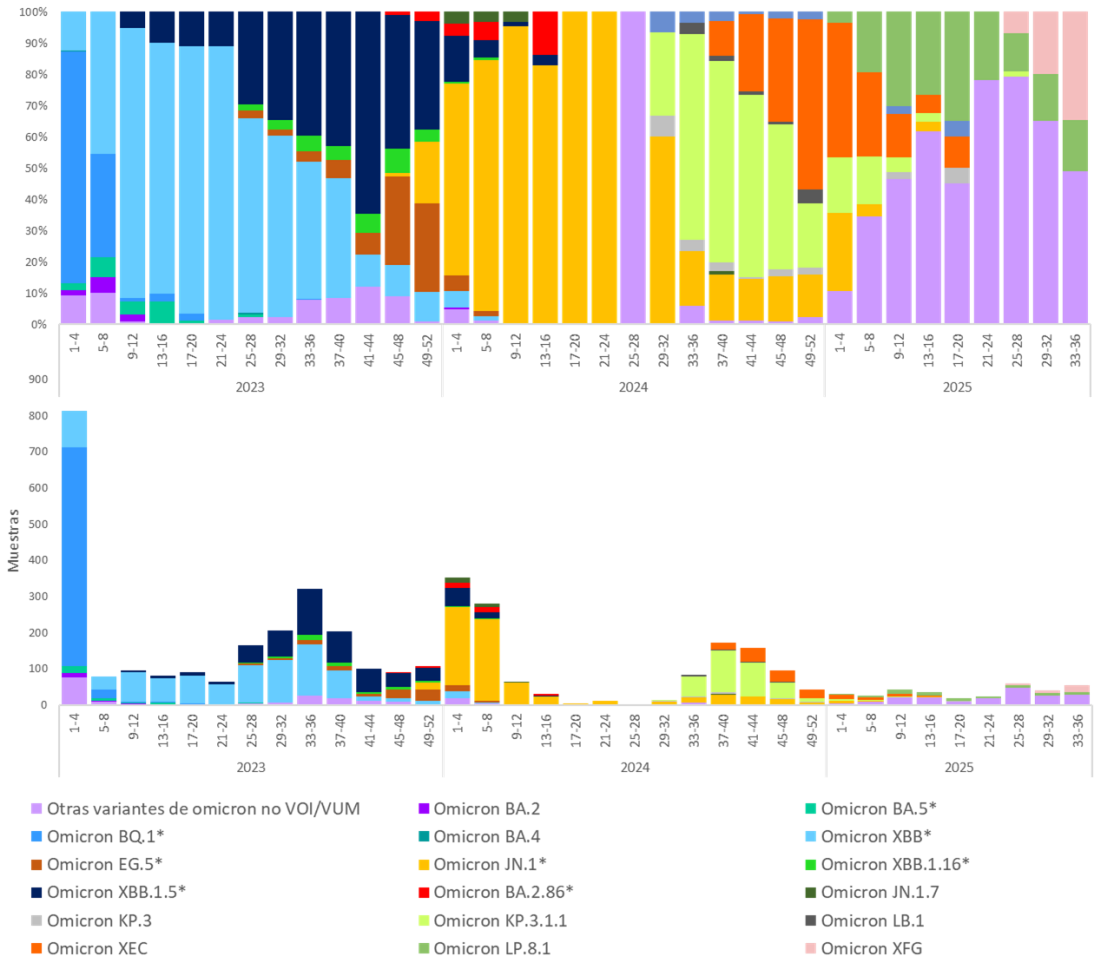
Actualmente no se han reportado datos de laboratorio o informes epidemiológicos que indiquen cualquier asociación entre VOI/VUM y una mayor gravedad de la enfermedad.

V.2. Situación nacional

En Argentina, la situación actual de variantes de SARS-CoV-2 se caracteriza por una circulación exclusiva de la variante Ómicron. En relación a esta, se verifica un predominio de las variantes de Omicron no VOI/VUM. En cuanto a las variantes de Omicron VOI/VUM, se detectaron casos de XFG y LP.8.1.

Durante el periodo de 8 semanas comprendidas entre la SE29 y 36 de 2025, se notificaron al SNVS 95 muestras analizadas por secuenciación genómica de SARS-CoV-2, de las cuales XFG se identificó en un 28,42% (n=27), seguida de LP.8.1 en un 15,79% (n= 15). Las restantes muestras secuenciadas, correspondieron a otras variantes de Omicron (no VOI, ni VUM).

Gráfico 1: Distribución absoluta y relativa de variantes identificadas según fecha de toma de muestra por cuatrisemanas. SE01/2023- SE36/2025. Total país[19].



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

Durante el período mencionado (SE29 a SE36), de acuerdo a la información disponible hasta el momento, el Laboratorio Nacional de Referencia de SARS-CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios —Servicio Virosis Respiratorias del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"— realizó la

[19] Datos sujetos a modificaciones en base a la información actualizada registrada por las Jurisdicciones.

secuenciación de 119 virus detectados a partir de muestras recolectadas por los laboratorios integrantes de la Red Nacional de Virus Respiratorios, provenientes de 16 jurisdicciones: Buenos Aires, CABA, Catamarca, Chaco, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, Formosa, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Neuquén, San Juan, Santa Fe, Tierra del Fuego y Tucumán. A partir de las secuencias obtenidas, se observó que el 54,8% (n=57) correspondió a variantes no clasificadas como VOI/VUM, seguido por el linaje recombinante XFG con un 30% (n=31) y LP.8.1* con un 14,4% (n=15)[20].

Notificación de Variantes de Interés al Sistema Nacional de Vigilancia SNVS2.0

La Variante de Interés (VOI) y las 5 Variantes bajo monitoreo (VUM) se encuentran incorporadas a las categorías en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, dentro del listado de resultados de laboratorio en el **Evento "Vigilancia genómica de SARS-CoV-2":**

- Omicron JN.1*
- Omicron KP.3.1.1 (VUM)
- Omicron XEC (VUM)
- Omicron LP.8.1 (VUM)
- Omicron NB.1.8.1 (VUM)
- Omicron XFG (VUM)

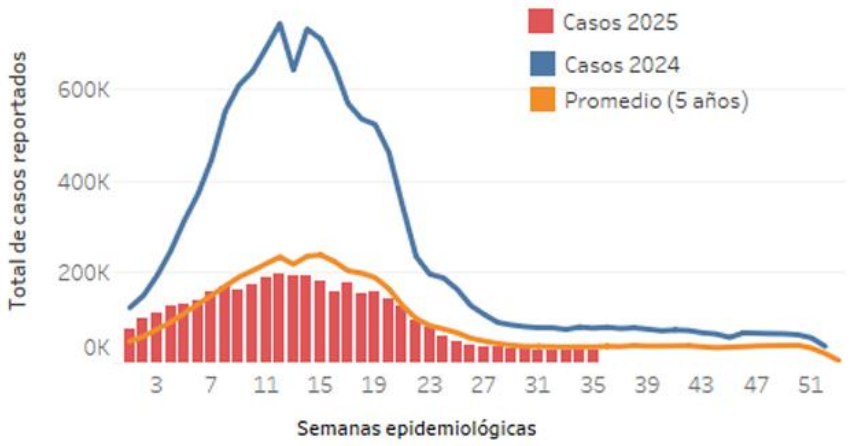
[20] Algunas muestras procesadas en el Laboratorio Nacional de Referencia no se encuentran registradas en el SNVS al momento del cierre de este informe, debido a que aún está pendiente su derivación desde los establecimientos de origen.

VI. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

Para describir la situación regional se reproduce a continuación parte del documento Informe de la situación epidemiológica del dengue en las Américas actualizado el 26 de septiembre.

A la semana epidemiológica (SE) 36 del 2025, se reportan en la Región de las Américas un total de 3,814,835 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 375 casos por 100,000 hab.). Esta cifra representa una disminución de 68% en comparación con el mismo periodo del 2024 y 10% con respecto al promedio de los últimos 5 años. El gráfico 1 muestra la tendencia de los casos sospechosos de dengue a la SE 36.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 36 en 2025, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Región de las Américas.



Fuente: Plataforma de Información en Salud de las Américas. Datos epidemiológicos enviados a la OPS por los Ministerios e Institutos de Salud de países y territorios de las Américas

De los 3,814,835 casos de dengue reportados en las Américas, 1,527,118 casos (40%) fueron confirmados por laboratorio y 6,198 (0.2%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 1,936 muertes por dengue, para una letalidad del 0.051%.

14 países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 36. Estos países registran en conjunto 25,843 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 36.

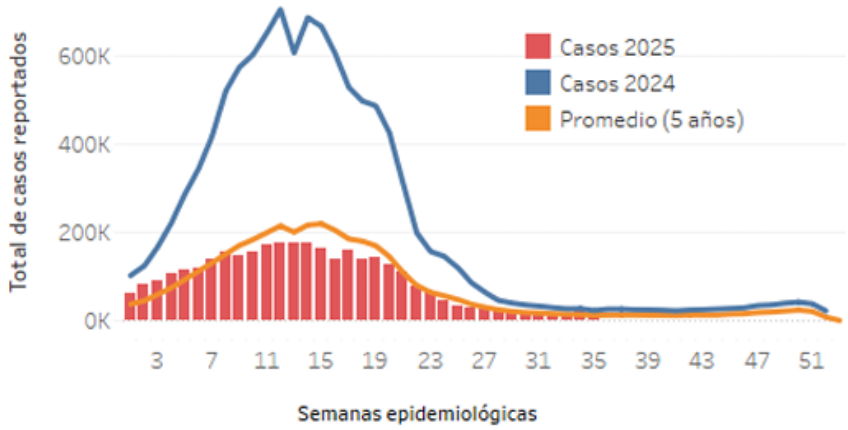
Del total de casos registrados en la SE 36, 59 fueron clasificados como dengue grave (0.2%), y se reportaron 20 muertes. para una letalidad de 0.077%.

15 países han reportado la circulación de serotipos de dengue en las Américas. Brasil, Costa Rica, El Salvador, México, Panamá, Puerto Rico con circulación simultánea de DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4.

VI.1.A. SUBREGIÓN CONO SUR

Se notifican 17,281 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 36. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 68% en comparación con el mismo periodo del 2024 y 7% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

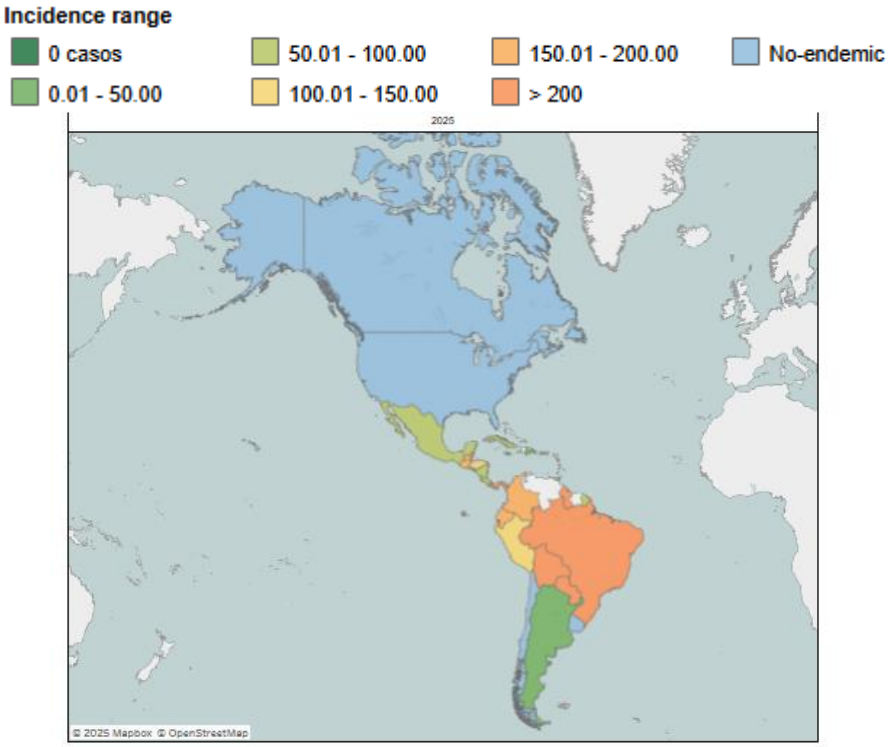
Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 36, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.



Fuente: Plataforma de Información en Salud de las Américas. Datos epidemiológicos enviados a la OPS por los Ministerios e Institutos de Salud de países y territorios de las Américas

En el mapa 1 se observa la incidencia acumulada de casos de dengue para el año 2025 en la región de las Américas, siendo Brasil el país que aporta el mayor número de casos.

Mapa 1. Dengue: Incidencia de casos cada 100.000 habitantes por en la Región de las Américas. Año 2025.



Fuente: Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA) de la Organización Panamericana de Salud. Datos reportados por Ministerios e institutos de Salud de los países y territorios de la región.[21]
NOTA METODOLOGICA:
1. Números de casos reportados de fiebre por dengue. Incluye todos los casos de dengue: sospechosos, probables, confirmados, no-grave, grave y muertes.
2. Población: total de habitantes para ese País o Territorio según las proyecciones de Naciones Unidas.

[21] https://www3.paho.org/data/index.php/en/mnu-topics/indicadores-dengue-en/dengue-nacional-en/254-dengue-incidencia-en.html

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)[22] y el ARBO-portal[23] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 2/10/2025 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la SE 39/2025 se han reportado 3.401.498 casos de dengue, con 1.657 fallecimientos asociados, lo que implica una reducción del 66% respecto del mismo período de 2024. En cuanto a chikungunya, se notificaron 224.609, un 44% menos que lo informado para la misma semana del año anterior, con 112 muertes por este evento. Respecto al zika, hasta la SE 38/2025 se han registrado 20.776 casos, lo que representa una disminución del 47% en comparación con 2024, sin fallecimientos reportados. En relación con Oropouche, hasta la SE 36/2025, se confirmaron 11.969 casos, un 45% más que en igual período del año pasado, con 5 defunciones por este evento.

Bolivia: hasta la SE 37/2025, se han reportado 30.387 casos de dengue, con 3 fallecimientos asociados, lo que representa una disminución del 40% en comparación con el mismo período de 2024. En cuanto a chikungunya, se registraron 5.372 casos, un aumento de 13 veces el valor del año previo, con 4 defunciones por este evento. Asimismo, se notificaron 965 casos de zika, cuatro veces más de lo notificado durante el mismo período de 2024. No obstante, a la fecha no se han confirmado casos por laboratorio para este evento. En lo que respecta a Oropouche, durante 2025 no se han registrado casos.

Paraguay: hasta la SE 37/2025, se han reportado 23.889 casos de dengue y un fallecimiento asociado, un 92% menos respecto a la misma semana de 2024. En relación con chikungunya, se notificaron 50 casos, lo que representa una disminución del 98% respecto al año anterior, sin registrarse defunciones asociadas. Sin embargo, los casos confirmados por laboratorio mostraron un incremento del 41%. Respecto al zika, no se han registrado casos mientras que al mismo período de 2024 se habían notificado 6 casos.

Perú: hasta la SE 38/2025, se han notificado 35.444 casos de dengue, un 86% menos que el mismo periodo de 2024, con 50 fallecimientos registrados. Con relación a chikungunya, se notificaron 79 casos, similar al valor del año previo, sin defunciones para este evento. Respecto al zika, se han notificado 7 casos, similar al año anterior. No obstante, a la fecha no se han confirmado casos por laboratorio para este evento. En relación con Oropouche, hasta la SE 38/2025 se confirmaron 330 casos, un 96% menos que a la misma semana de 2024.

Durante el año en curso, se ha registrado una disminución de los casos de dengue en todos los países mencionados. Respecto a la circulación de serotipos del virus del dengue, Bolivia presenta circulación de DEN-1 y DEN-2; mientras que Perú y Paraguay de DEN-1, DEN-2 y DEN-3. En tanto, Brasil reporta la circulación de los cuatro serotipos (DEN-1, DEN-2, DEN-3 y DEN-4).

La Organización Panamericana de la Salud emitió una alerta epidemiológica sobre Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas[24], debido a que en 2025 se han reportado brotes de

[22] Organización Panamericana de la Salud. Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA). Disponible en: https://www3.paho.org/data/index.php/en/mnu-topics.html
[23] Organización Panamericana de la Salud. ARBO-portal: Oropouche. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/enfermedad-por-virus-oropouche
[24] Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica: Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas – 28 de agosto de 2025. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-chikungunya-oropouche-region-americas-28-agosto-2025

chikungunya en varias regiones del mundo. En las Américas, distintos países notificaron un incremento de casos, especialmente Bolivia donde se registró un aumento muy superior al observado en 2024. Asimismo, se continúan notificando casos autóctonos de Oropouche en países de la Región como Brasil y Perú.

Con respecto al virus del Zika, se registra una disminución de casos en Brasil, sin casos confirmados por laboratorio en el resto de los países citados.

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

VI.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 3).

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

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

En el último gráfico (detalle en zoom) se proyectan los casos de la temporada 2025-2026 en los diferentes escenarios. Entre las SE31 y SE39 se notificaron 6 casos confirmados de dengue, de los cuales 3 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 4)

Gráfico 3. Modelo de estimación de escenarios epidemiológicos. Año 2025. Argentina.

ESCENARIO 1: MENOS DE 20.000 CASOS.

Método: Promedio de casos por semana epidemiológica (SE) considerando temporadas de menos de 100.000

ESCENARIO 2: 20.000 A 130000 CASOS.

Método: Casos por SE de la temporada 2022/2023

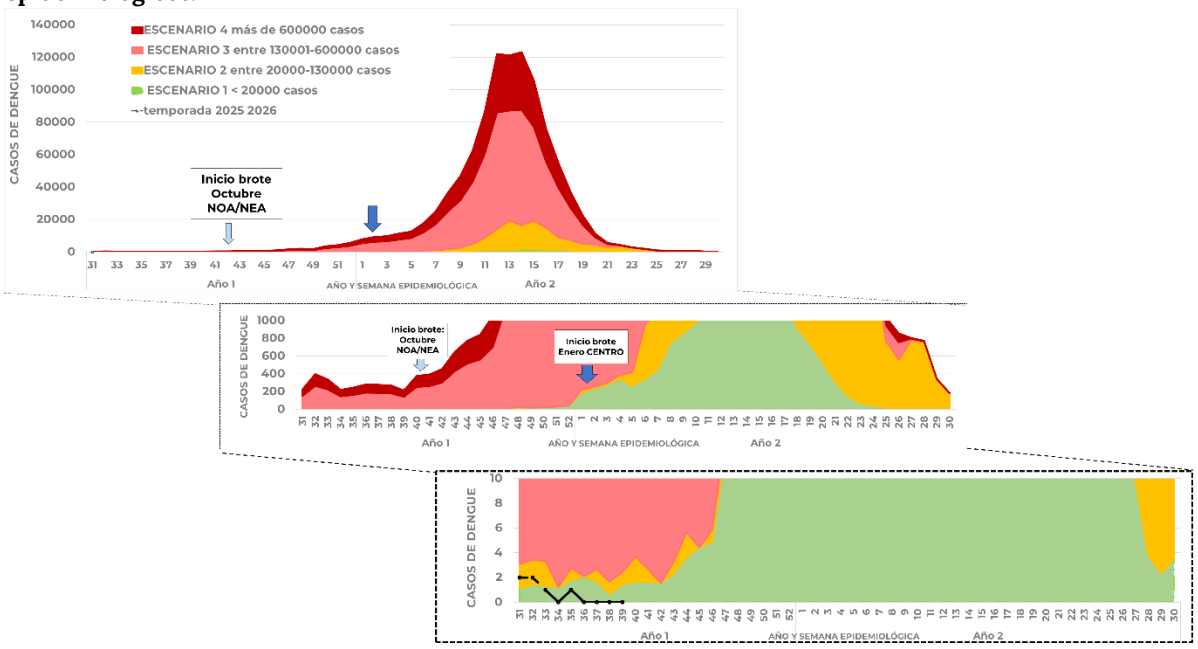
ESCENARIO 3: 130.000-600.000 CASOS.

Método: Casos por SE de la temporada 2023/2024

ESCENARIO 4: MÁS DE 600.000 CASOS.
Método: se adiciona un 50% de aumento a los casos de la temporada 2023/2024 por SE.

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 4. Proyección de la temporada 2025-2026 en modelo de estimación de escenarios epidemiológicos.



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

VI.3. Situación de dengue en Argentina

VI.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.

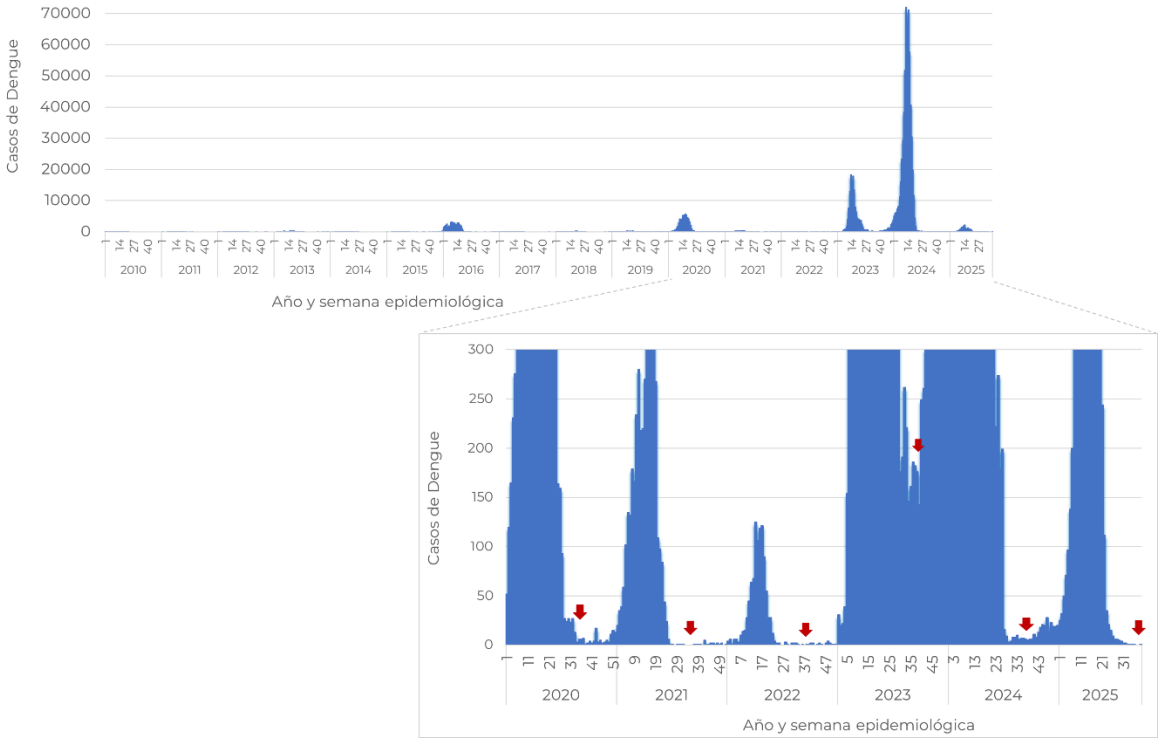
La definición operativa de temporada permite estructurar la vigilancia en un marco temporal en consonancia con la dinámica de transmisión, facilitando el análisis comparativo entre períodos y la planificación de las acciones de prevención y control. En este sentido, la temporada de dengue en Argentina 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 SE39/2025, 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.

Gráfico 5. Dengue: Casos de dengue[25] según semana epidemiológica. Años 2010-2025 y detalle 2020-2025 con referencia (flecha roja) a la SE 39. 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)

De acuerdo con la fecha mínima[26], desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 1377 casos sospechosos de dengue, de los cuales 6 fueron confirmados por laboratorio: dos casos autóctonos en Formosa, un caso con residencia en el departamento Pilagás (SE31) y un caso en el departamento Patiño (SE32), un caso que aún se encuentra en investigación en Provincia de Buenos Aires (Tres de Febrero), dos casos con antecedente de viaje a Brasil y Sri Lanka notificados en CABA y un caso con antecedente de viaje a Paraguay notificado por Provincia de Buenos Aires (Escobar) (Tabla 1).

Según la fecha de apertura del evento (fecha de notificación al SNVS 2.0), durante la SE39/2025 se notificaron 282 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.

[25]Incluye casos de dengue autóctonos e importados. La ubicación en las semanas epidemiológicas se realizó por la fecha más cercana al comienzo de la enfermedad disponible o "fecha mínima" (orden de jerarquía: 1) fecha de inicio de síntomas, 2) fecha de consulta, 3) fecha de toma de muestra, y 4) fecha de notificación).
[26] Fecha mínima: fecha más cercana al comienzo de la enfermedad disponible (orden de jerarquía: 1. fecha de inicio de síntomas, 2. fecha de consulta, 3. fecha de toma de muestra, y 4. fecha de notificación).

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE39/2025. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Con laboratorio negativo	Sospechosos (sin laboratorio)	Total notificados
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.			
Buenos Aires	1	2	1	2	74	23	103
CABA	0	2	2	0	26	9	39
Córdoba	0	3	0	0	85	1	89
Entre Ríos	0	0	0	0	5	0	5
Santa Fe	0	0	0	0	66	12	78
Total Centro	**1**	**7**	**3**	**2**	**256**	**45**	**314**
Mendoza	0	0	0	0	6	0	6
San Juan	0	0	0	0	4	0	4
San Luis	0	0	0	0	3	1	4
Total Cuyo	**0**	**0**	**0**	**0**	**13**	**1**	**14**
Chaco	0	3	0	0	84	2	89
Corrientes	0	0	0	0	1	2	3
Formosa	2	3	0	0	712	2	719
Misiones	0	0	0	0	34	0	34
Total NEA	**2**	**6**	**0**	**0**	**831**	**6**	**845**
Catamarca	0	0	0	0	16	0	16
Jujuy	0	0	0	0	23	3	26
La Rioja	0	0	0	0	4	0	4
Salta	0	0	0	0	38	7	45
Santiago del Estero	0	0	0	0	16	1	17
Tucumán	0	3	0	1	66	8	78
Total NOA	**0**	**3**	**0**	**1**	**163**	**19**	**186**
Chubut	0	0	0	0	2	0	2
La Pampa	0	0	0	0	8	1	9
Neuquén	0	0	0	0	3	0	3
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	2	0	2
Tierra del Fuego	0	0	0	0	2	0	2
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**0**	**17**	**1**	**18**
Total País	**3**	**16**	**3**	**3**	**1280**	**72**	**1377**

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).

VI.4. Situación epidemiología de otros arbovirus

En la siguiente tabla, se presenta la situación epidemiológica de Fiebre Chikungunya, enfermedad por virus Zika, fiebre de Oropouche, encefalitis de San Luis y fiebre amarilla correspondientes a la nueva temporada 2025-2026 (SE31/2025 a SE39/2025).

La vigilancia de Oropouche se basa actualmente en el estudio por laboratorio de una proporción de casos negativos para dengue y estudios en personas con antecedentes de viaje a zonas donde se está registrando transmisión; desde el inicio de la vigilancia de Oropouche, se han investigado hasta el momento 51 casos y ninguno ha tenido resultado positivo.

Tabla 2. Número de muestras estudiadas y positivas sin antecedente de viaje para Otros arbovirus. SE31/2025 a SE39/2025. Argentina.

Evento	Fiebre Chikungunya		Enfermedad por virus Zika		Fiebre de Oropouche		Encefalitis de San Luis		Fiebre del Nilo Occidental		Fiebre amarilla	
Jurisdicción	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est
Buenos Aires	0	1	0	2	0	4	0	2	1	4	0	2
CABA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Córdoba	0	7	0	9	0	4	0	51	0	0	0	0
Entre Ríos	0	1	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0
Santa Fe	0	12	0	11	0	11	0	7	0	6	0	2
Total Centro	**0**	**21**	**0**	**22**	**0**	**20**	**0**	**62**	**1**	**10**	**0**	**4**
Mendoza	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
San Juan	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
San Luis	0	1	0	1	0	2	0	2	0	2	0	0
Total Cuyo	**0**	**2**	**0**	**2**	**0**	**2**	**0**	**4**	**0**	**2**	**0**	**0**
Chaco	0	10	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
Corrientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Misiones	0	4	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Total NEA	**0**	**14**	**0**	**5**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Catamarca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	1	0	1	0	1	0	0	0	12	0	0
La Rioja	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Salta	0	4	0	4	0	27	0	0	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Tucumán	0	3	0	3	0	1	0	0	0	0	0	1
Total NOA	**0**	**8**	**0**	**8**	**0**	**29**	**0**	**1**	**0**	**12**	**0**	**1**
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**2**	**0**	**1**	**0**	**0**
Total País	**0**	**45**	**0**	**37**	**0**	**51**	**0**	**69**	**1**	**25**	**0**	**5**

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).

Con respecto al caso positivo del evento Fiebre del Nilo Occidental, corresponde a un caso con residencia en Kansas, USA, que inicia con síntomas compatibles en su paso por Argentina y fue atendido en la Buenos Aires. Fue confirmado por el Laboratorio Nacional de Referencia, Instituto Nacional de Infecciones Virales Humanas- INEVH MAIZTEGUI. Como antecedentes epidemiológicos se conoció que había estado cazando en su país en zonas con presencia de mosquitos.

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

VII. MPOX – Actualización Informe epidemiológico

VII.1. Introducción

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

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

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

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

El Manual se encuentra en el siguiente link;

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

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

VII.2. Situación internacional[27]

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

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

[27] Disponible en: mpx_global

El Clado IIa se ha detectado principalmente en especies animales, con solo un número limitado de casos humanos. Sin embargo, recientemente se ha notificado un número creciente de casos en varios países de África Occidental. El Clado IIb ha estado circulando de manera sostenida en humanos desde al menos 2016 y ha provocado el brote multipaís en curso desde 2022 hasta la actualidad.

Respecto del **Clado Ib**, en las últimas 6 semanas fueron detectados casos confirmados con transmisión comunitaria en **República Democrática del Congo, Uganda, Burundi, Kenia, Congo, Zambia, Tanzania, Sudán del Sur, Malawi y Mozambique**, y casos relacionados con viajes a zonas endémicas en **Reino Unido, Alemania, Tailandia, Australia, Irlanda, Canadá, Japón, Senegal y España.**

VII.2.A. SITUACIÓN EN ÁFRICA

En los últimos doce meses, hasta el 21 de septiembre de 2025, 28 países notificaron 43.951 casos confirmados, incluidas 188 muertes. Los tres países con más casos son la República Democrática del Congo (22.132 casos), Uganda (8.078) y Sierra Leona (5.308).

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

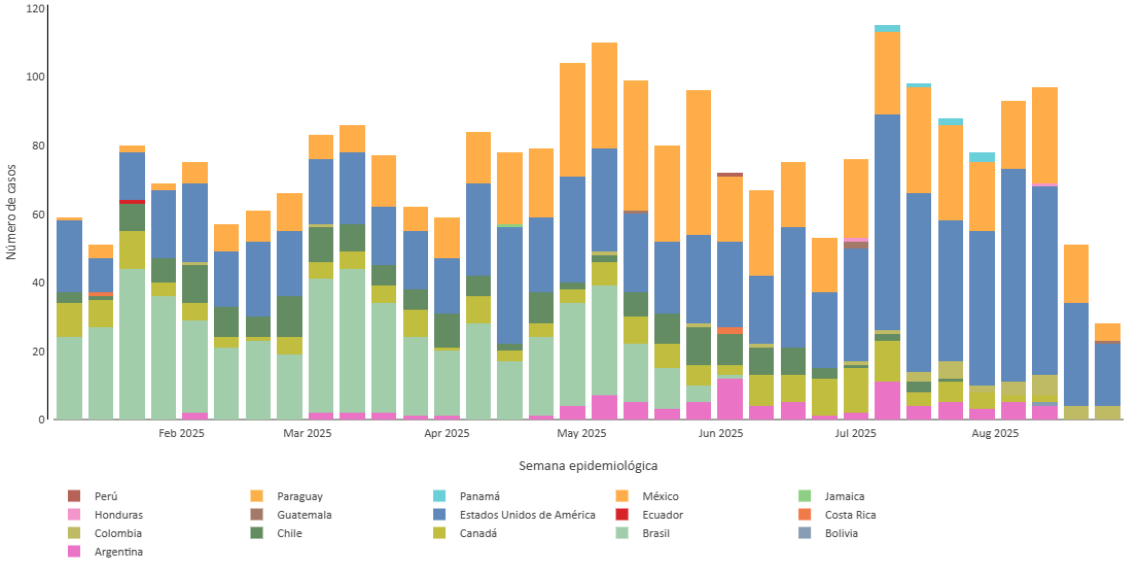
VII.2.B. SITUACIÓN EN LAS AMÉRICAS[28]

Respecto de la situación regional, según la última actualización epidemiológica de la Organización Panamericana de la Salud, entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 35 de 2025 fueron notificados en la Región de las Américas 2.606 casos de mpox, con tres defunciones.

Los países de la región que detectaron casos de mpox durante 2025 son los siguientes: Estados Unidos (950 casos), México (591, con 3 fallecidos), Brasil (541), Canadá (193), Chile (180), Colombia (35), Panamá (8), Paraguay (4), Guatemala (4), Costa Rica (3), Honduras (2), Perú (1), Ecuador (1), Bolivia (1) y Jamaica (1) (Gráfico 1).

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

Gráfico 1. Casos confirmados de mpox según semana epidemiológica de inicio de síntomas/notificación según país. Región de las Américas, SE1 a SE35 2025.

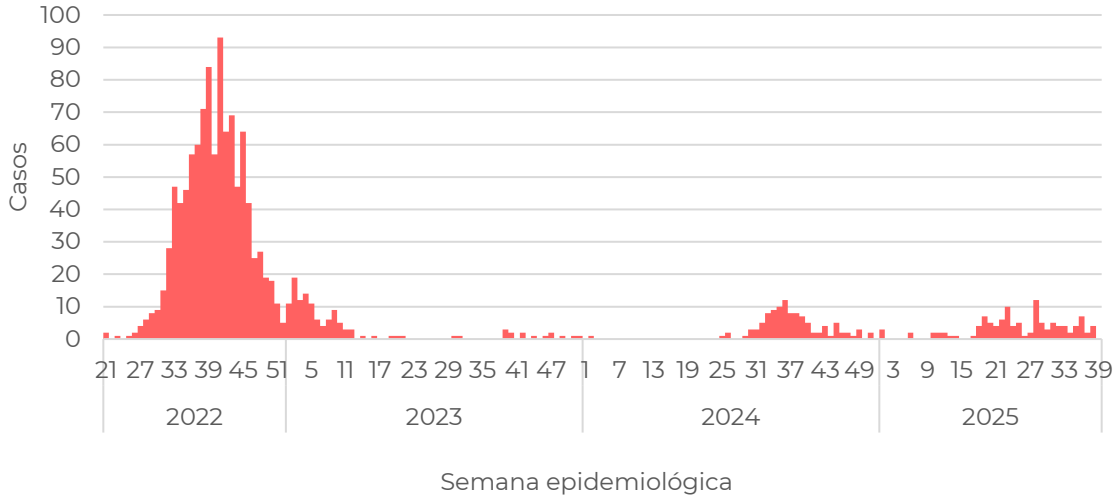


Fuente: https://shiny.paho-phe.org/mpox/

VII.3. Situación en Argentina

Durante el año 2022 (año epidémico), a partir de la SE 21, fueron notificados 1.024 casos confirmados. En 2023 se notificaron 124 casos confirmados, principalmente en la primera mitad del año, mientras que en 2024 se confirmaron 107 casos, concentrados en la segunda mitad del año. Durante el año en curso, entre las SE 1 y 39 de 2025 se han notificado 271 casos, de los cuales 114 fueron confirmados (Gráfico 2).

Gráfico 2. Casos confirmados de mpox por semana epidemiológica de fecha mínima[29]. Argentina, SE21/2022 a SE39/2025. (N=1.369)



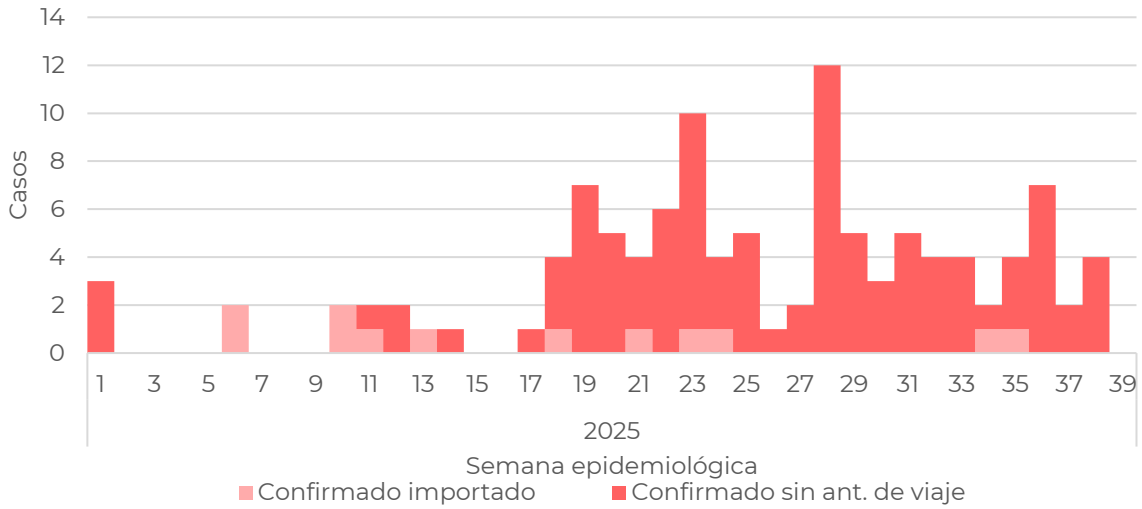
Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS2.0

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

Para mayor información sobre de los casos notificados en años previos, dirigirse a: Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 52 N° 737 y Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 52 N° 685.

Para el año en curso, se observa un aumento de casos desde la SE 18, una disminución en la SE 26 y un nuevo aumento desde la SE 28, con un pico de 12 casos en dicha semana. En las últimas semanas se confirmaron en promedio cuatro casos por semana (Gráfico 3). En la SE 38 se detectaron los dos primeros casos confirmados de la provincia de Salta. Ninguno de ellos, hasta el momento actual de la investigación epidemiológica, registra antecedente de viaje, contacto con viajeros o contacto con un caso confirmado.

Gráfico 3. Casos confirmados de mpox según antecedente de viaje por semana epidemiológica de fecha mínima. Argentina, SE1 a SE39/2025. (N=114)



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

El 93% de los casos confirmados residen en jurisdicciones de la región Centro, principalmente en CABA (61%) y Buenos Aires (28%) (Tabla 1).

En las últimas cuatro semanas se confirmaron 18 nuevos casos. Dichos casos corresponden a residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (9 casos), Buenos Aires (6), Córdoba (1) y Salta (2). De ellos, 16 corresponden a personas de sexo masculino, con una mediana de edad de 32 años.

En aquellos casos que consignan información (n=11), el principal antecedente epidemiológico son las relaciones sexuales con hombres (8 casos) y las relaciones sexuales con parejas nuevas múltiples y ocasionales (4).

Tabla 1. Casos notificados y confirmados de mpox según jurisdicción de residencia. Argentina, SE1 a SE39/2025.

Provincia	Confirmados SE 1 a 39 2025	Confirmados notificados en la última semana	Confirmados notificados en las últimas 4 semanas	Total de notificaciones 2025
Buenos Aires	32	1	6	89
CABA	69	2	9	119
Córdoba	5	1	1	16
Entre Ríos	0	0	0	1
Santa Fe	0	0	0	4
Centro	**106**	**4**	**16**	**229**
Mendoza	5	0	0	27
San Juan	0	0	0	0
San Luis	0	0	0	0
Cuyo	**5**	**0**	**0**	**27**
Chaco	0	0	0	0
Corrientes	1	0	0	2
Formosa	0	0	0	2
Misiones	0	0	0	1
NEA	**1**	**0**	**0**	**5**
Catamarca	0	0	0	0
Jujuy	0	0	0	0
La Rioja	0	0	0	0
Salta	2	0	2	6
Santiago del Estero	0	0	0	0
Tucumán	0	0	0	1
NOA	**2**	**0**	**2**	**7**
Chubut	0	0	0	1
La Pampa	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	1
Santa Cruz	0	0	0	1
Tierra del Fuego	0	0	0	0
SUR	**0**	**0**	**0**	**3**
Total PAIS	**114**	**4**	**18**	**271**

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

VII.4. Recomendaciones para el equipo de salud

- Las principales medidas para disminuir el riesgo de propagación de la enfermedad consisten en la identificación temprana de los casos, las medidas aislamiento de casos y rastreo de contactos.
- En el marco de la prevención combinada del VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual, la evaluación de una persona con sospecha o confirmación de mpox debe ser una oportunidad para ofrecer en forma sistemática servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH y otras ITS, y para articular el manejo de la mpox en las personas con diagnóstico de VIH conocido a servicios de atención de enfermedad avanzada por VIH.
- No se recomienda la vacunación masiva ni de la población general. La vigilancia epidemiológica debe intensificarse para proveer la información suficiente para identificar a las personas con mayor riesgo de infección y, por lo tanto, la prioridad si se lleva a cabo la vacunación. Actualmente la principal medida de salud pública para interrumpir la transmisión de la enfermedad es la identificación efectiva de casos, implementando medidas de control de la transmisión, aislamiento, y el rastreo de contactos para su seguimiento en caso de desarrollar clínica compatible.
- Una vigilancia epidemiológica sensible y de calidad es indispensable para lograrlo. Los equipos de salud de todo el país deben estar preparados para sospechar la enfermedad, asistir de manera adecuada a las personas afectadas -incluyendo las medidas de protección del personal de salud-, recabar la información necesaria para caracterizar epidemiológicamente los casos e implementar las medidas de aislamiento y rastreo de contactos de forma inmediata (ante la sospecha).

VII.5. Vigilancia Epidemiológica

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

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

En vistas a la potencial introducción del Clado Ib a través de viajeros infectados, resulta de suma importancia indagar al momento de realizar la entrevista epidemiológica a las personas que resulten tener síntomas compatibles con la enfermedad acerca de antecedente de viaje a África o contacto con viajeros a países donde está circulando el virus.

VII.5.A. DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES DE CASO

Caso sospechoso

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

Ó

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

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

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

Ó

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

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

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

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

Caso confirmado

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

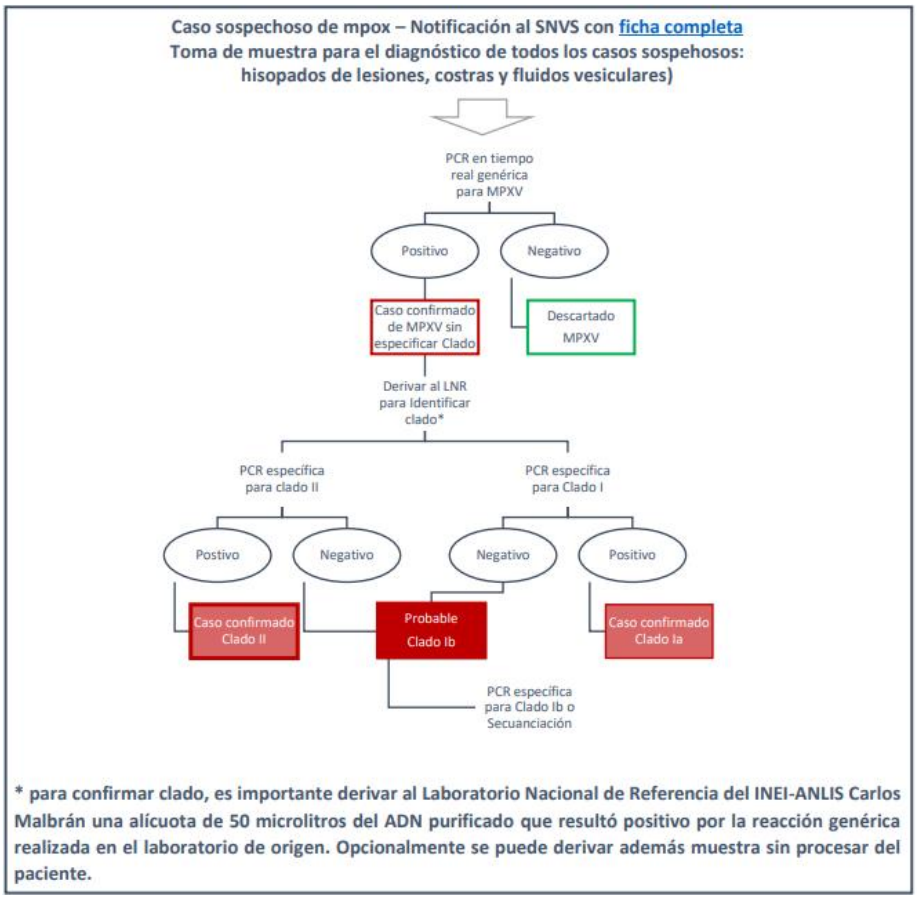
Ante la detección de un caso sospechoso se debe tomar muestras para el diagnóstico etiológico y enviarlas al laboratorio que corresponda. Las muestras deben ser manipuladas de manera segura por personal capacitado que trabaje en laboratorios debidamente equipados. Para minimizar el riesgo de transmisión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

VII.5.B. NOTIFICACIÓN

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

VII.6. Algoritmo de diagnóstico y notificación de mpox

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



VII.7. Medidas ante casos sospechosos

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

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

VII.8. Medidas ante contactos

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

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

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

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

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

Ficha de notificación:

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

Más recomendaciones e información en:

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

ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS **INTERNACIONALES**

VIII. Introducción

Esta sección de Alertas Epidemiológicas Internacionales se construye con la información recibida por el Centro Nacional de Enlace (CNE), oficina encargada de la comunicación con otros países en relación a la información sanitaria dentro del marco del Reglamento Sanitario internacional (RSI) que funciona en la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación.

La mayoría de los eventos que requieren la emisión de Alertas y Actualizaciones Epidemiológicas se refieren principalmente a agentes infecciosos, aunque también pueden estar relacionados con mercancía contaminada, contaminación de alimentos, o ser de origen químico o radionuclear, de acuerdo con las provisiones del Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005).

El propósito de las **Alertas Epidemiológicas** es informar acerca de la ocurrencia de un evento de salud pública que tiene implicaciones o que pudiera tener implicaciones para los países y territorios del mundo.

Las Actualizaciones Epidemiológicas consisten en actualizar la información sobre eventos que están ocurriendo en la población y sobre los cuales ya se alertó o informó previamente.

A continuación, se reproducen los informes de los eventos de mayor relevancia que han sido elaborados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), o por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través del punto focal del Centro Nacional de Enlace (CNE).

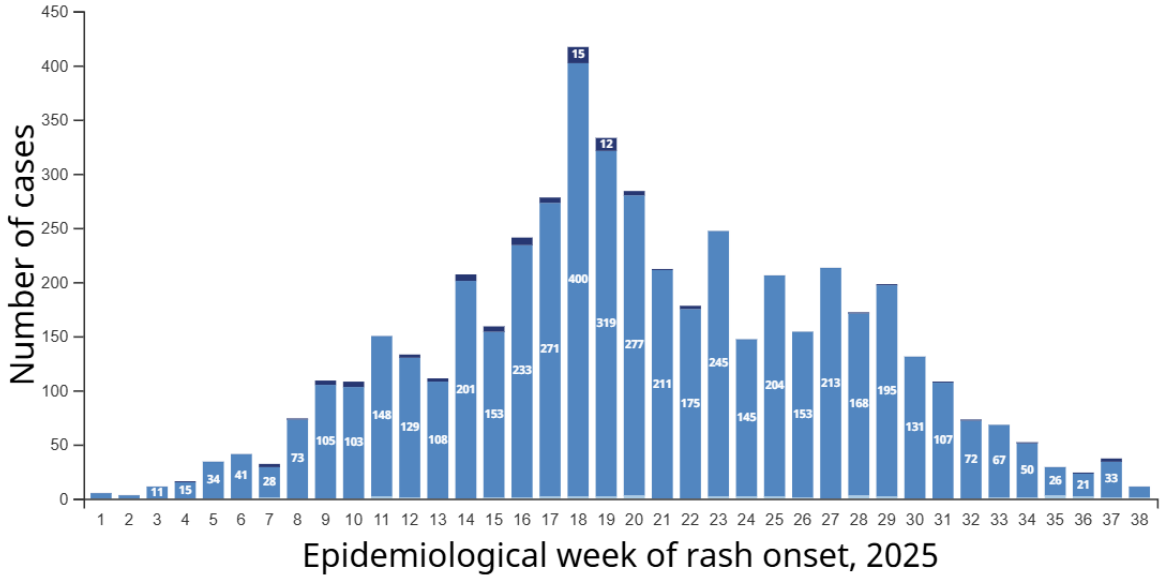
VIII.1. Situación epidemiológica mundial y regional de sarampión

VIII.1.A. CANADÁ[30]

En 2025, se han notificado un total de 5.006 casos de sarampión (4.646 confirmados, 360 probables) en 10 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Brunswick, Territorios del Noroeste, Nueva Escocia, Ontario, Isla del Príncipe Eduardo, Quebec, Saskatchewan), hasta el 20 de septiembre de 2025.

En la semana 38 (del 14 al 20 de septiembre de 2025), se notificaron 34 nuevos casos de sarampión (27 confirmados y 7 probables) en 4 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba y Saskatchewan).

Figura 1. Curva epidemiológica de casos de sarampión, por semana epidemiológica de inicio de la erupción y fuente de exposición, 2025 (n=5.006)



VIII.1.B. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA[31]

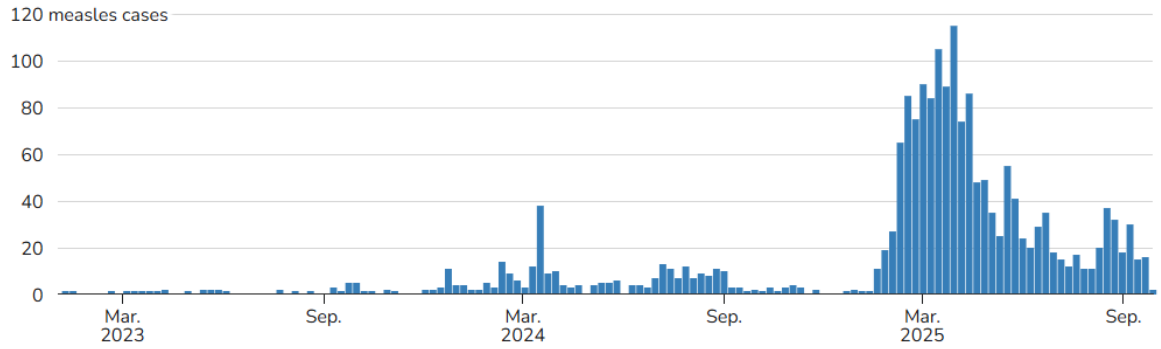
Al 30 de septiembre de 2025, se notificaron un total de 1.544 casos confirmados de sarampión. De ellos, 1.523 casos han sido confirmados en 42 jurisdicciones: Alabama, Alaska, Arkansas, Arizona, California, Colorado, Florida, Georgia, Hawái, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Luisiana, Maryland, Míchigan, Minnesota, Misuri, Montana, Nebraska, Nueva Jersey, Nuevo México, Ciudad de Nueva York, Estado de Nueva York, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregón, Pensilvania, Rhode Island, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Tennessee, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, Wisconsin y Wyoming. Un total de 21 casos confirmados de sarampión fueron de visitantes internacionales a los Estados Unidos.

En 2025 se han notificado 42 brotes, y el 86% de los casos confirmados (1.333 de 1.544) están asociados a brotes. En comparación, durante 2024 se notificaron 16 brotes y el 69% de los casos (198 de 285) estuvieron asociados a brotes.

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

En el 2025 hubo 3 muertes confirmadas por sarampión.

Figura 2. Casos semanales de sarampión según la fecha de inicio del exantema. 2023-2025 (hasta 30/09/25).

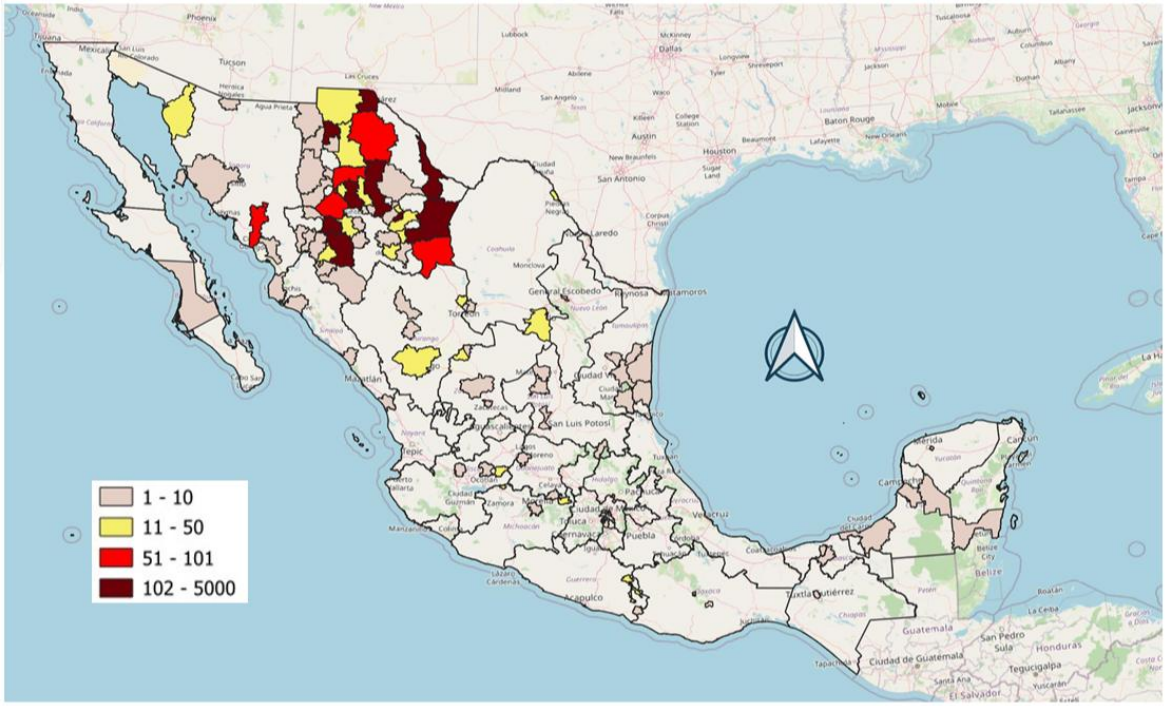


VIII.1.C. MÉXICO[32]

Al 01 de octubre, se han reportado 4.773 casos confirmados de sarampión acumulados en el 2025; en las 24 horas previas se reportaron 15 casos. Con base en la distribución de casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios, 23 estados y 107 municipios tienen casos confirmados de sarampión.

Se han reportado 21 fallecimientos.

Mapa 1. Casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios de residencia, 01 de octubre de 2025, México.



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

[32] https://www.mspbs.gov.py/portal/33936/sarampion-se-confirma-un-caso-en-central-y-se-eleva-a-44-los-afectados.html

VIII.1.D. PARAGUAY[33]

Desde el Ministerio de Salud se informa que la cifra de afectados por el virus del sarampión en Paraguay asciende a 44 casos actualmente, de los cuales 6 corresponden a casos de sarampión identificados en la última semana: cinco de ellos en zona de foco, departamento de San Pedro, y uno en el departamento Central, en el distrito de Fernando de la Mora, sin antecedente de vacunación.
La mayoría de los casos identificados de sarampión proceden del distrito de Tacuati (21), Nueva Germania (14), seguido de Santa Rosa del Aguaray (8). De acuerdo al reporte, la mayoría de los casos no contaba con antecedente de vacunación contra el sarampión.

Entre los afectados por la enfermedad se encuentran niños y adultos de entre 3 meses a 54 años. Desde el inicio del brote, 7 de los afectados requirieron hospitalización. Actualmente, todos con alta médica.

Por otra parte, se hallan actualmente en estudio 16 personas con sospecha de sarampión, procedentes de las zonas del brote, en San Pedro, y 4 de ellos de Central.

A la fecha no se reportan fallecidos.

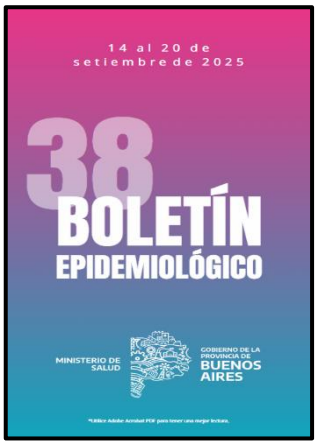
[33] *https://www.mspbs.gov.py/portal/33665/identifican-nuevos-casos-de-sarampion-en-san-pedro.html*

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

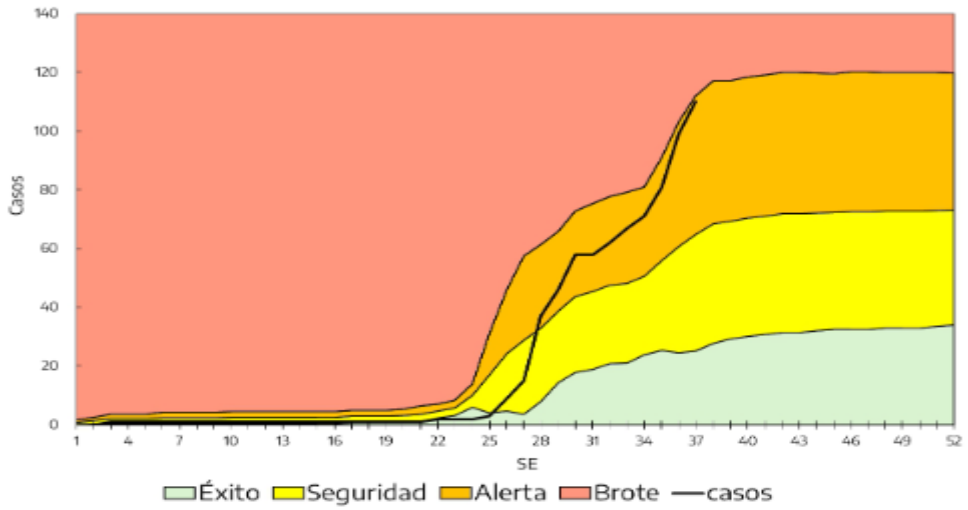
IX. Boletines Jurisdiccionales

IX.1. Buenos Aires: Triquinosis

Desde la semana epidemiológica (SE) 1 hasta la tercera semana de septiembre (SE 38), en la PBA se notificaron 177 casos sospechosos de triquinosis, de los cuales se confirmaron 110 casos, 3 descartados y 64 continúan en estudio.



Corredor endémico acumulativo de triquinosis. Años 2019 - 2025. Provincia de Buenos Aires.



** Se excluye el año 2023, debido a la ocurrencia del brote de gran extensión por consumo de productos de origen comercial.*

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

Para más información:

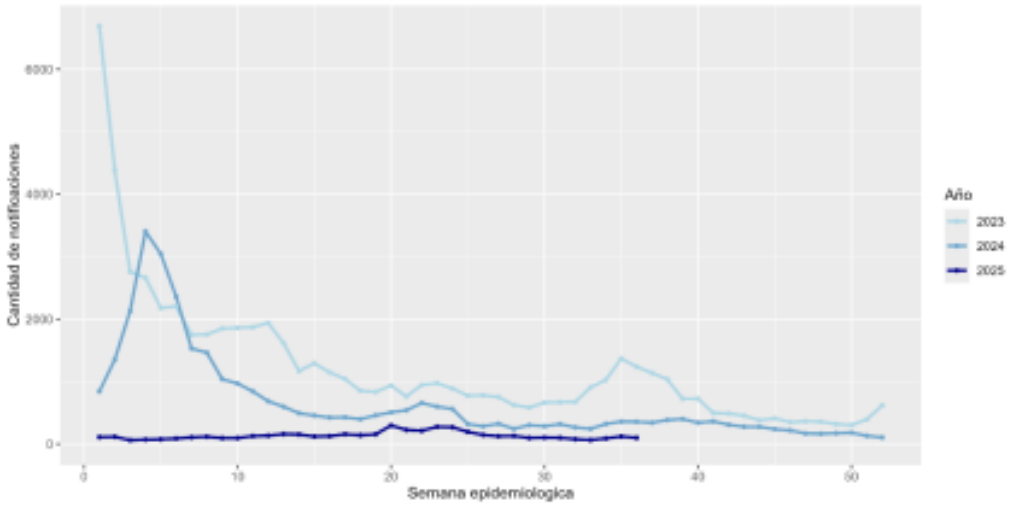
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

IX.2. CABA: Eventos respiratorios de abordaje ambulatorio

Se observa, tanto al inicio de 2023 como de 2024 un incremento de la notificación. En ambos casos estuvo asociado a la circulación de SARS – COV-2. Esta dinámica es mucho menos pronunciada en 2025. En 2025 se ha observado un incremento de las notificaciones a partir de la SE19, que luego ha tenido una disminución gradual a partir de la SE 20.



Casos notificados en SNVS de enfermedades respiratorias nominales en eventos ambulatorios. Residentes CABA. Años 2023-24-25 (N = 101236)



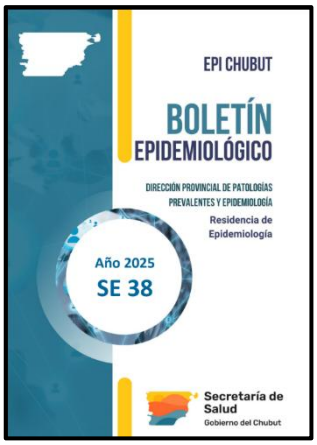
Fuente: Elaboración propia a partir de datos registrados en SNVS 2.0

Para más información:

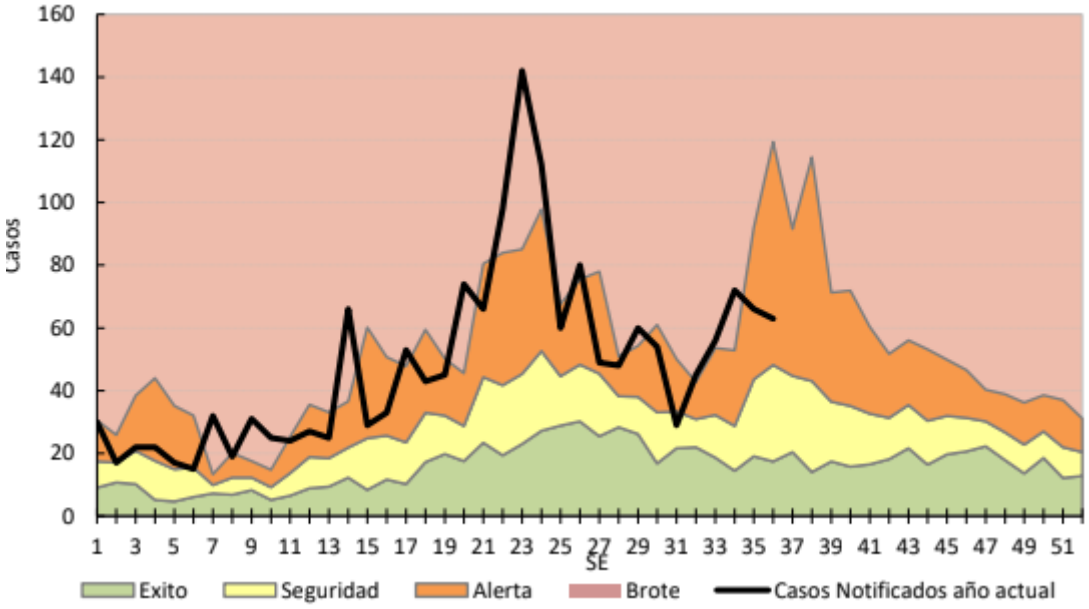
https://buenosaires.gob.ar/salud/boletines-epidemiologicos-semanales-2025

IX.3. Chubut: Neumonía

El corredor endémico de neumonía en las últimas 4 semanas del 2025 (SE 32 a SE 35) se ubica en la zona de alerta y brote.



Corredor endémico semanal de Neumonía. Provincia de Chubut. SE 1-36 Año 2025. N=1749



Fuente: Elaboración propia de Residencia de Epidemiología HZPM en base al SNVS 2.0

Para más información:

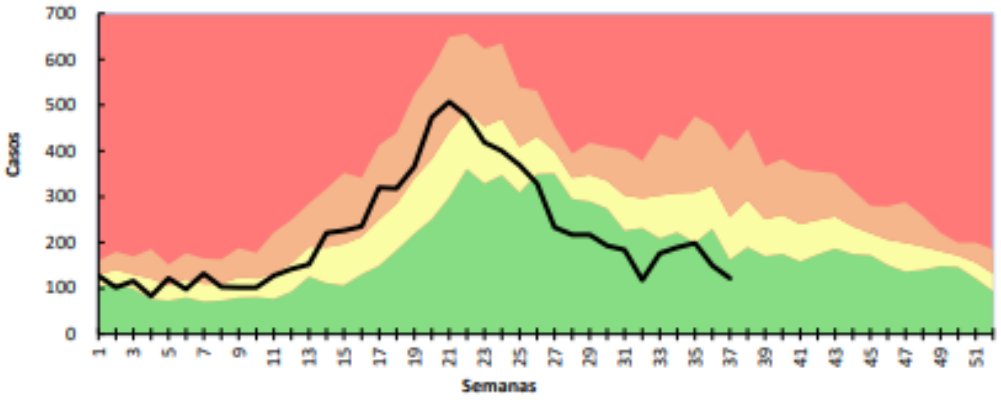
http://ministeriodesalud.chubut.gov.ar/epidemiological_releases

IX.4. Salta: Bronquiolitis

Las notificaciones de Bronquiolitis descendieron con respecto a la semana anterior, el corredor endémico continúa en zona de éxito con 122 casos en la SE 37.



Corredor endémico semanal de Bronquiolitis en menores de 2 años años: 2018 a 2024. SE 37 de 2025. provincia de salta. (n=8.167*)

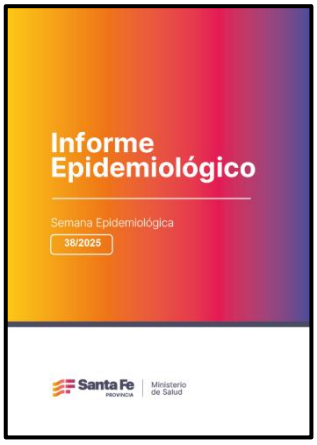


Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). (*) Nota: Los datos presentados en este grafico actualizan y corrigen los publicados anteriormente, debido a la carga constante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

Para más información:

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

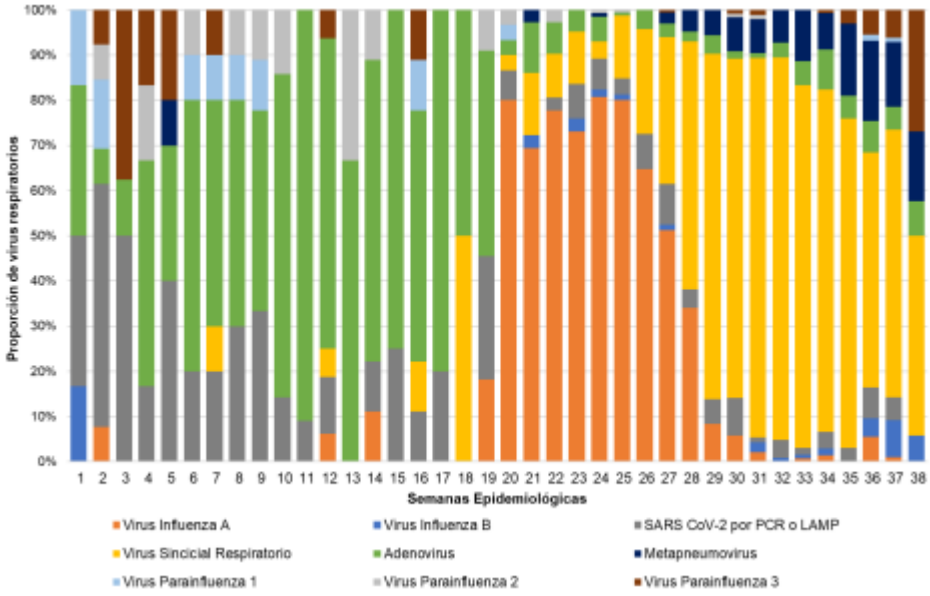
IX.5. Santa Fe: Situación de Sars-CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios (OVR) de importancia clínica en pacientes internados



Según el porcentaje de positividad se puede observar que a partir de la SE19 se incrementaron los casos de influenza A, con predominio de influenza A H1N1. Los casos positivos de Influenza B en internados, se notificaron en SE 1, SE 21, SE 23, SE 24, SE 25, SE 27, SE 31, SE 32, SE 33, SE 34, SE 36, SE 37 y SE38.

Por otro lado, se informan casos positivos de SARS CoV-2 en todas las semanas, con excepción de la SE 13, SE 18 y SE 21. Respecto al Virus Sincicial Respiratorio (VSR) se notificaron casos en forma aislada en las SE7, SE 12, SE 16 y SE 18 y de manera consecutiva desde la SE 20 hasta la SE 38, registrándose un aumento desde la SE 25. Los casos positivos de Adenovirus fueron informados desde la SE 1 hasta la SE 38

Distribución de casos positivos de Virus respiratorios en pacientes internados IRA según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE 1 a SE 38 - Año 2025.



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

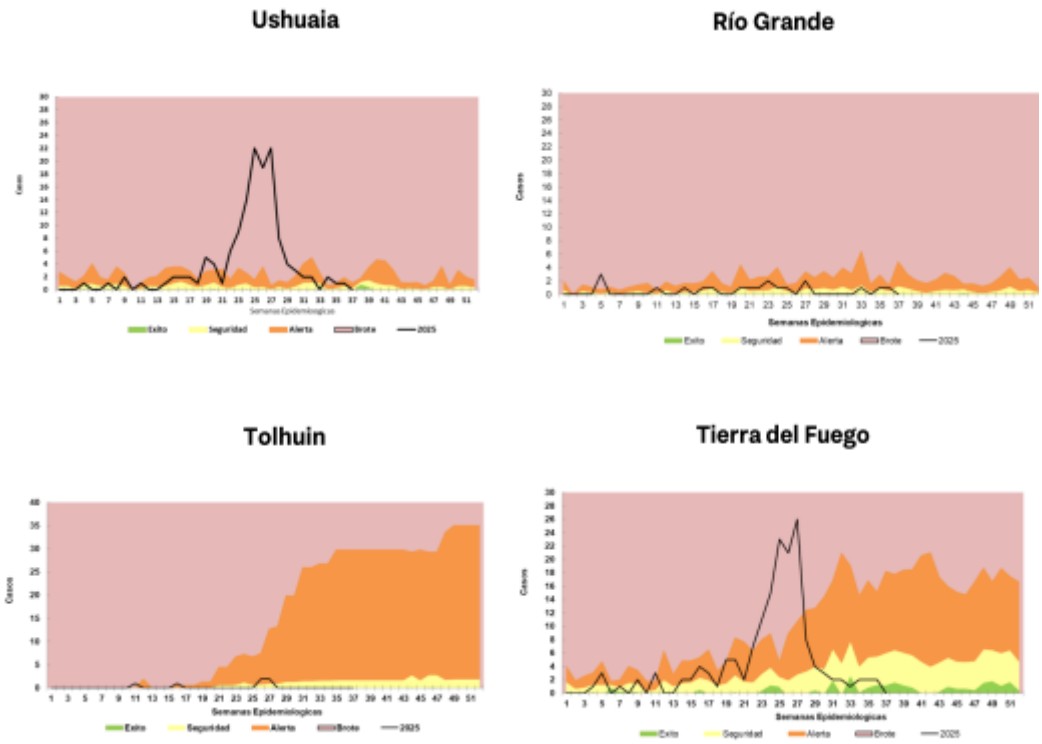
Para más información:

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

IX.6. Tierra del Fuego: Varicela

A nivel provincial, con 159 casos acumulados, la incidencia se encuentra en zona de éxito. En Ushuaia, con 134 casos acumulados, la incidencia se encuentra en zona de seguridad. Se observa un descenso de casos a partir de la SE 28. En Río Grande, con 19 casos acumulados, la incidencia se encuentra en zona de seguridad. En Tolhuin se registraron 6 casos en lo que va del año, ubicándose la incidencia en zona de seguridad.





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

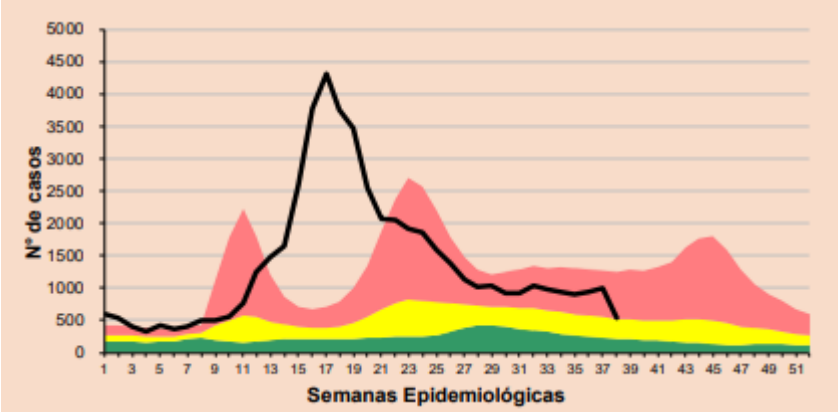
Para más información:
https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/

IX.7. Tucumán: Enfermedad tipo influenza (ETI)

Las infecciones respiratorias agudas son comúnmente causadas por influenza y otros virus respiratorios, ocurren durante todo el año con picos epidémicos. Debido a su morbilidad, se han establecido estrategias para el monitoreo permanente. En la semana epidemiológica 38 se registraron 547 casos para este evento.



Corredor endémico de ETI - SE 38. Provincia de Tucumán - Año 2025



Fuente: SNVS 2.0 – Dirección de Epidemiología

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS
PARA VIGILANCIA

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

Con el fin de mantener a los equipos técnicos de vigilancia actualizados sobre los cambios, mejoras y modificaciones en la configuración de eventos en el SNVS 2.0, en este número se publican las realizadas en **septiembre** 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 2024 remitirse al siguiente documento: Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 52 Nro 737

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	**Nombre del evento**	**Solapa**	**Sección**	**Cambio realizado**
Septiembre	Unidad Centinela de IRAG	Epid.	Vacunas	Se adiciona: "Vacunación materna para VSR en otra semana de gestación (aclarar en observaciones)"; y "Vacunación materna para VSR – se desconoce edad gestacional de aplicación.
Septiembre	SUH por STEC	Evento	Nombre	Se modifica nombre del evento a: “SUH - Síndrome Urémico Hemolítico por STEC”
Septiembre	SUH por STEC	Evento	Clasificación de caso	Clasificaciones nuevas: 1- “Caso probable de SUH por STEC” 2- “Caso de SUH por STEC confirmado por laboratorio” 3- “Caso de SUH por STEC confirmado por criterio clínico epidemiológico”
Septiembre	SUH por STEC	Evento	Clasificación de caso	Se quita clasificación: “SUH atípico” Se reemplaza por: “Caso descartado”
Septiembre	SUH por STEC	Clínica	Signos y síntomas	Se adicionan: ● “Fiebre (38 °C o más)” ● “Edemas” ● “Hematomas” ● "Irritabilidad”
Septiembre	SUH por STEC	Clínica	Comorbilidades	Se adicionan: ● “Inmunosuprimido” ● “Renal crónico” ● “Trastornos hematológicos”

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	**Nombre del evento**	**Solapa**	**Sección**	**Cambio realizado**
Septiembre	SUH por STEC	Epid.	Factores de Riesgo (FR)	Se adicionaron o se modificaron las opciones de FR a las establecidas: ● "Consumo: Carne cruda y/o insuficientemente cocida (vacuna/oveja/cabra/potro)" ● "Consumo: Preparaciones con carne picada" ● "Consumo: leche/derivados lácteos no pasteurizados o prod. artesanales" ● "Consumo: frutas/vegetales crudos o sin lavar/lavados con/ agua no segura" ● "Consumo: Alimento o jugos adquiridos en locales de comida, ferias, comedores" ● "Tomó algún nuevo medicamento (en los últimos 3 meses)" ● "Contacto con algún caso sospechoso" ● "Contacto con persona con enfermedad confirmada por laboratorio" ● "Contacto con aguas recreacionales no seguras: laguna, río, pileta, etc"
Septiembre	Diarrea aguda	Evento	Clasificación de caso	Se adiciona "Diarrea por STEC" en reemplazo de las clasificaciones que estaban configuradas en el sistema
Septiembre	Contacto asintomático - Estudio de infección por STEC	Evento	Clasificación de caso	Se adiciona "Caso asintomático de infección por STEC" en reemplazo de las clasificaciones que estaban configuradas en el sistema para la clasificación de contactos asintomáticos con criterio de confirmación por laboratorio de infección por STEC.

X.1. Información relevante: Vigilancia Epidemiológica de Síndrome Urémico Hemolítico SUH por STEC - Diarreas por STEC y Estudio de infección por STEC

En el marco del fortalecimiento de la vigilancia de enfermedades de notificación obligatoria, se promueve un cambio conceptual que pone el foco en la vigilancia de la infección por *Escherichia coli* productora de toxina Shiga (STEC), más allá del diagnóstico clínico del síndrome urémico hemolítico (SUH). Este enfoque, sostenido desde hace varios años, tiene como objetivo mejorar la detección temprana, facilitar la implementación de medidas de control y contribuir a la prevención de nuevas infecciones por STEC.

En este sentido, se propone la adopción de una nomenclatura más alineada con el objeto de vigilancia a partir de **tres eventos diferenciados:**

- **Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) por STEC**
- **Diarrea por STEC**
- **Infección asintomática por STEC**

Resumen de modificaciones respecto de la Norma vigente

SUH por STEC	Diarrea por STEC	Contacto asintomático - Estudio de infección por STEC
Cambios en la definición de caso.	Criterios para la notificación de casos de diarrea por STEC.	Cambios en la clasificación de caso.
Cambios en la clasificación de caso.	Cambios en la clasificación de caso:	-

Tabla: detalle de las modificaciones realizadas respecto de la Norma vigente

Evento	Norma anterior	Norma actualizada
SUH por STEC *Definición de caso:*	Persona de cualquier edad, que presente en forma aguda al menos dos de los siguientes criterios clínicos: ● Anemia hemolítica microangiopática ● Trombocitopenia ● Compromiso renal	Toda Persona, que presente en forma aguda compromiso renal y, al menos uno de los siguientes criterios clínicos: ● Anemia hemolítica microangiopática ● Trombocitopenia, con o sin antecedentes de diarrea previa y sin otra etiología definida.
SUH por STEC *Clasificación de caso:*	Caso confirmado de SUH clínicamente	Caso probable de SUH por STEC
SUH por STEC *Clasificación de caso con criterios de confirmación clínico - epidemiológico:*	-	Caso de SUH por STEC confirmado por criterio clínico epidemiológico (*)
SUH por STEC *Clasificación de caso con criterio de confirmación por laboratorio:*	Caso de SUH con criterio de infección por STEC O157/no-O157; Caso de SUH con detección de toxina Shiga libre en materia fecal; Caso de SUH con resultado positivo por tamizaje para O157 sin aislamiento bacteriano; Caso de SUH con aislamiento de E. coli O157 no toxigénico; Caso de SUH con detección de dos o más cepas de STEC	Caso de SUH por STEC confirmado por laboratorio (**)
SUH por STEC *Clasificación de caso de SUH por otra etiología*	SUH atípico	Caso descartado

Evento	Norma anterior	Norma actualizada
Diarrea aguda *Clasificación de caso:*	Diarrea aguda sanguinolenta por STEC O157 Diarrea aguda sanguinolenta por STEC No-O157 Diarrea aguda por STEC O157 Diarrea aguda por STEC No-O157	Diarrea por STEC (**)
Contacto asintomático - Estudio de infección por STEC	Contacto asintomático con criterio de infección por STEC O157/no-O157	Caso asintomático de infección por STEC (**)

(*) Todo caso probable de SUH por STEC con al menos uno de los siguientes criterios: i) Antecedente de diarrea previa al comienzo del SUH; ii) Contacto con un caso confirmado de infección por STEC (SUH o diarrea); iii) Exposición a fuente confirmada de infección por STEC
(**) Criterios: i) Aislamiento de STEC; ii) Detección de toxina Shiga en MF; iii) Detección de Ac anti-LPS.

A continuación, se presentan los enlaces para acceder a la circular de vigilancia y a los instrumentos asociados para la notificación e investigación de caso

1. Circular de vigilancia epidemiológica Link
2. Instructivo de Notificación Link
3. Ficha de Notificación e Investigación epidemiológica Link

X.2. Herramientas básicas para la implementación de salas de situación de salud 8° Edición



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

Duración: 30 horas

Formulario de inscripción: https://forms.gle/kT3bxwU63PRaf9m77