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



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **780**

Semana epidemiológica 43
AÑO 2025
Desde 19/10 al 25/10
Fecha de publicación
3/11/2025

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA

AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Dr. Javier Gerardo MILEI

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Mario Iván LUGONES

Secretario de Gestión Sanitaria

Dr. Saúl FLORES

Subsecretaria de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas en Salud

Dra. María Susana AZURMENDI

Directora de Epidemiología

Vet. Cecilia GONZALEZ LEBRERO

Sobre la autoría del boletín

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

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”.

Informe epidemiológico Mpox
Del Ministerio de Salud de la Nación, la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

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, Appeceix Ailen Lihuel, Avalos Andrea Karina, Bertaccini Dario Gabriel, Bidart María Laura, Bonifacio Carlos, Cáceres Estefanía, Caparelli Mariel, Caruso Stefanini Margarita, Casal Javier, Casas Natalia, Castell Soledad, Chantefort Lucía, Chaves Karina Lorena, Couto Esteban, Di Pinto Ignacio, Diaz Morena, Echenique Arregui Alexia, El Ahmed Yasmin Dalal, Faedo María Guadalupe , Fernández Gabriela, Fernández María Susana, Fernández María Lorena, Gómez Lara, González Lebrero Cecilia, González Picasso Manuel, Gonzalez Scheffer María Sol, Iglesias María Marta, Joskowicz Abril, Kurten Pérez Manuel, La Regina María Agustina, Laurora Melisa, Martín Aragón María Fernanda, Martínez Karina, Moisés María Silvina, Morgenstern Agostina, Nicolau Victoria, Núñez Sandra Fabiana, Ojeda Juan Pablo, Ormeño Mazzochi Franco, Page María Agustina, Palero Mariano, 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, Souto Catalina Sofía, Tapia Julio, Vallone Antonella, Villasanti Johanna, Voto Carla y Wainziger Tamara.

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

Agradecimientos:

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

Imagen de tapa:

Para prevenir enfermedades respiratorias tales como la gripe, la bronquiolitis, la bronquitis y la neumonía, entre otras, es importante que vos y tu familia tengan las vacunas del Calendario Nacional de Vacunación al día. Imagen tomada de banco de imágenes libre de derechos.

Cómo citar este boletín:

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°780, SE 43.

I. Nuevo Editorial

A lo largo de estos meses, el Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) ha seguido afirmándose como un espacio donde la vigilancia en salud se piensa, se comunica y se ejerce de manera colectiva. Cada edición refleja el esfuerzo cotidiano de equipos nacionales y jurisdiccionales que transforman los datos en información útil, y la información en acciones. El boletín no es solo una publicación: es un ejercicio de construcción continua del sistema de vigilancia, que integra la mirada técnica con la gestión, la comunicación y el análisis.

En las primeras 42 semanas de 2025, se publicaron 218 informes, distribuidos en las secciones *Eventos Priorizados* (123), *Informes Especiales* (12), *Situaciones Emergentes* (23) y *Actualizaciones Periódicas de Eventos* (60). Esta última sección, incorporada desde el BEN 741, consolidó un modo de trabajo que combina la sistematicidad del seguimiento con la flexibilidad del análisis. En comparación con el mismo período del año anterior, cuando se habían elaborado 158 informes, el incremento de 60 informes adicionales no solo refleja un aumento en la productividad editorial, sino también una consolidación de los mecanismos de respuesta y de la articulación entre Nación y las jurisdicciones.

En los 60 informes de Actualización Periódica de Eventos, se caracterizaron 32 eventos diferentes, mostrando la amplitud de situaciones que integran la vigilancia de la salud a nivel nacional. Dos eventos fueron actualizados seis veces, otros dos cuatro veces, cuatro eventos tres veces, y otros cuatro en dos ocasiones, mientras que los 20 restantes se presentaron una única vez. Este ejercicio de seguimiento periódico permitió captar la evolución de cada problema con mayor sensibilidad temporal y territorial, favoreciendo la detección temprana de cambios en los patrones epidemiológicos. Además, muchos de estos eventos fueron llevados y trabajados en la Sala de Situación Nacional, donde se revisó la información y debatieron los hallazgos desde una perspectiva integral, fortaleciendo la interpretación colectiva y la toma de decisiones conjuntas.

El crecimiento del BEN no puede medirse solo en cantidad de informes, sino en la calidad del intercambio que propicia. Cada número es el resultado de una red que aprende y se adapta, que sostiene la vigilancia en contextos cambiantes y que apuesta por la transparencia como principio rector. La integración de fuentes, la periodicidad de los análisis y el diálogo entre disciplinas y niveles de gestión continúan siendo los pilares sobre los cuales se construye este espacio.

En esta nueva etapa, reafirmamos el compromiso de seguir produciendo un boletín cada vez más pertinente, accesible y participativo. La vigilancia es, ante todo, una práctica colectiva que se fortalece en el intercambio, la confianza y la continuidad. El BEN 780 es una nueva muestra de ese trabajo compartido, que busca no solo informar, sino también acompañar, interpretar y fortalecer la salud pública del 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.º 780, correspondiente a la Semana Epidemiológica 43 de 2025, presenta una nueva edición en la que se consolidan los principales ejes de la vigilancia nacional y se amplía el seguimiento de los eventos priorizados en el país. Esta edición incluye el nuevo editorial, que ofrece una mirada renovada sobre la evolución del boletín como herramienta colectiva de gestión y comunicación de la vigilancia, destacando la importancia del trabajo sostenido entre los equipos nacionales y jurisdiccionales, así como la consolidación de la sección de Actualización Periódica de Eventos, que en lo que va del año ha permitido caracterizar 32 eventos diferentes y fortalecer la articulación con la Sala de Situación Nacional.

En la sección de tablas de eventos de notificación obligatoria seleccionados, se presenta la actualización correspondiente a la SE 43, con su nota metodológica y los detalles de construcción, validación y análisis. En eventos priorizados, se incluye la vigilancia de infecciones respiratorias agudas, con la síntesis regional de influenza y otros virus respiratorios, y la descripción de la situación nacional según las distintas estrategias de vigilancia —clínica, centinela y universal—.

Asimismo, se presenta una actualización periódica de eventos centrada en Mpox, con información internacional y nacional, las recomendaciones para el equipo de salud y los lineamientos vigentes para la vigilancia, notificación y diagnóstico. En el apartado de alertas epidemiológicas internacionales, se destacan los informes sobre la situación mundial y regional de sarampión y los casos de viruela símica del clado 1b detectados en Europa.

El boletín incluye también una nueva entrega de la sección Destacados en Boletines Jurisdiccionales, con aportes de CABA, Neuquén, Salta, Santa Fe, Tierra del Fuego y Tucumán, y un apartado final con herramientas para la vigilancia, donde se presentan las modificaciones recientes en codificaciones auxiliares del SNVS 2.0 y la nueva edición de las Herramientas básicas para la implementación de salas de situación de salud.

De este modo, el BEN 780 continúa fortaleciendo su función como instrumento técnico y comunicacional al servicio del sistema de vigilancia, ofreciendo información actualizada, contextualizada y construida de manera participativa, con el compromiso de sostener una mirada federal, transparente y en permanente diálogo con la realidad sanitaria del país.

Contenido

I. Nuevo Editorial **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

EVENTOS PRIORIZADOS **17**
IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas **18**
IV.1. Nota Metodológica 18
IV.2. Síntesis de la situación regional de influenza y otros virus respiratorios 18
IV.3. Síntesis de la información nacional destacada según estrategia 18
IV.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados 19
IV.4.A. Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI 19
IV.4.B. Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave -IRAG 22
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus **26**
V.1.A. Subregión Cono Sur 26
V.2. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026. 29
V.3. Situación de dengue en Argentina 29
V.3.A. Inicio de temporada 2025/2026 29
V.4. Situación epidemiología de otros arbovirus 32

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS **34**
VI. MPOX – Actualización Informe epidemiológico **35**
VI.1. Introducción 35
VI.2. Situación internacional 35
VI.2.A. Situación en África 36
VI.2.B. Situación en las Américas 36
VI.3. Situación en Argentina 37
VI.4. Recomendaciones para el equipo de salud 40
VI.5. Vigilancia Epidemiológica 40
VI.5.A. Definiciones y clasificaciones de caso 41
VI.5.B. Notificación 42
VI.6. Algoritmo de diagnóstico y notificación de mpox 42
VI.7. Medidas ante casos sospechosos 43
VI.8. Medidas ante contactos 44

ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES **45**
VII. Introducción **46**
VII.1. Situación epidemiológica mundial y regional de sarampión 47
VII.1.A. Canadá 47
VII.1.B. Estados Unidos de América 47
VII.1.C. México 48
VII.1.D. Paraguay 49
VII.1.E. Peru 49

VII.2. Transmisión local de casos de viruela símica del clado 1b detectada en la UE/EEE - Europa

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES **52**

VIII. Boletines Jurisdiccionales **53**

VIII.1. CABA: Animales mordedores 53

VIII.2. Neuquén: Bronquiolitis 54

VIII.3. Salta: Enfermedades respiratorias 55

VIII.4. Santa Fe: Enfermedades respiratorias 56

VIII.5. Tierra del Fuego: Diarreas 57

VIII.6. Tucumán: Neumonía 58

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA **59**

IX. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 **60**

X. Herramientas básicas para la implementación de salas de situación de salud 8° Edición **61**

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 1-43. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-43	2025 Acumulados SE 1-43	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. trans. por vectores	Chagas agudo vectorial	0	0	0	N/A
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	126	110	-16	-13%
	Accidente potencialmente rábico (APR)	8.090	15.835	7.745	96%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	210	304	94	45%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	82	117	35	43%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo)	7	5	-2	-29%
	Cisticercosis	9	9	0	0%
	Escorpionismo o Alacranismo	3.300	5.776	2.476	75%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	382	667	285	75%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chinÍ)	24	37	13	54%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	8	14	6	75%
	Brucelosis	97	111	14	14%
	Hantavirosis	46	38	-8	-17%
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	18	24	6	33%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	1.263	1.294	31	2%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	13	24	11	85%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	5	21	16	320%
	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	9.588	9.588	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	610	610	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	482	482	N/A
Pandrogo resistencia	Pandrogo resistencia en Acinetobacter spp.	0	0	0	N/A
	Pandrogo resistencia en Enterobacterales	0	1	1	N/A
	Pandrogo resistencia en Pseudomonas aeruginosa	0	1	1	N/A
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	11.343	14.651	3.308	29%

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 1-43. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-43		2025 Acumulados SE 1-43		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enfermedades prevenibles por vacunas	Coqueluche (tos convulsa)	3.866	167	3.725	407	-141	-4%	240	144%
	Enf. Febril Exantemática-EFE **(Sarampión)**	509	2	3.130	35	2.621	515%	33	1650%
	Enf. Febril Exantemática-EFE **(Rubéola)**		0		0		N/A	0	N/A
	Meningitis - Meningoencefalitis	2.033	758	2.301	748	268	13%	-10	-1%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomielitis	105	0	89	0	-16	-15%	0	N/A
Enfermedades transmisibles por vectores	Dengue	92.595	58.309	61.474	18.312	-31.121	-34%	-39.997	-69%
	Encefalitis de San Luis	274	1	418	0	144	53%	-1	-100%
	Fiebre amarilla humana	106	0	142	0	36	34%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	46	0	97	1	51	111%	1	N/A
	Zika	1.462	0	880	0	-582	-40%	0	N/A
Enf. trans. por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	780	341	532	250	-248	-32%	-91	-27%
Enf. zoonóticas humanas	Leptospirosis	1.915	49	1.931	182	16	1%	133	271%
	Psitacosis	194	32	520	99	326	168%	67	209%
ETMI - Enfermedades del niño	Chagas agudo congénito	1.247	59	1.486	41	239	19%	-18	-31%
	Sífilis Congénita	2.321	935	840	827	-1.481	-64%	-108	-12%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	5	0	7	0	2	40%	0	N/A
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en emb.	2.054	1.910	1.539	1.297	-515	-25%	-613	-32%
	Sífilis en emb.	9.419	8.224	9.932	9.100	513	5%	876	11%
	Hepatitis B en emb.	84	54	107	42	23	27%	-12	-22%
Hepatitis virales	Hepatitis A	123	28	205	105	82	67%	77	275%
	Hepatitis B	2.513	585	2.959	641	446	18%	56	10%
	Hepatitis C	2.155	1.243	2.216	1.287	61	3%	44	4%
	Hepatitis E	48	6	49	5	1	2%	-1	-17%
Infecc. de trans. sexual	Sífilis en población general	28.177	22.635	44.389	37.991	16.212	58%	15.356	68%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	1.254	1.193	1.962	1.877	708	56%	684	57%
Otros eventos de imp. p/ la salud pública	Viruela símica (mpox)	370	85	319	133	-51	-14%	48	56%

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 1-42. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-43	2025 Acumulados SE 1-43	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Trans. por alimentos	Diarrea	610.920	601.824	-9.096	-1%
Infecc. de trans. sexual	Secreción genital purulenta en varones	1.409	1.921	512	36%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	942	650	-292	-31%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar	111.627	83.980	-27.647	-25%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	1.027.148	1.033.771	6.623	1%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	70.285	66.003	-4.282	-6%
	Neumonía (sin especificar)	80.183	67.667	-12.516	-16%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	2	5.445	5.443	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	9	3.436	3.427	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	29	24.096	24.067	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	1	1.487	1.486	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	12	5.961	5.949	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	4	5.013	5.009	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	89	31.075	30.986	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	13	5.887	5.874	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	8	2.352	2.344	N/A
	Lesiones por electrocución	1	577	576	N/A
	Lesiones por atragantamiento	0	882	882	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	25	69.677	69.652	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	8	23.218	23.210	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	7	31.793	31.786	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	0	405	405	N/A
	Otras lesiones en el hogar	75	22.840	22.765	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

I.1.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 1-43. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-43		2025 Acumulados SE 1-43		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	3.853	209	3.161	193	-692	-18%	-16	-8%
	Infección por Mycoplasma genitalium	634	19	410	14	-224	-35%	-5	-26%
	Infección por Mycoplasma hominis	2.389	236	2.430	315	41	2%	79	33%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	13.528	360	6.431	402	-7.097	-52%	42	12%
	Infección por Trichomonas vaginalis	22.114	2.208	19.292	2.079	-2.822	-13%	-129	-6%

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 exhibe la síntesis semanal de situación epidemiológica de infecciones respiratorias agudas, incluyendo la información 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. Síntesis de la situación regional de influenza y otros virus respiratorios[1]

En la Región de las Américas, la actividad de influenza se mantiene baja aunque con una tendencia general al aumento, mientras que el Virus Sincicial Respiratorio (VSR) muestra un descenso regional y el SARS-CoV-2 permanece estable con una positividad promedio de 8,8%. En América del Norte, la influenza sigue en niveles interestacionales con 0,9% de positividad, el VSR se mantiene bajo y el SARS-CoV-2 presenta un leve descenso (10,2%), con México mostrando un leve incremento en influenza. En el Caribe, la circulación de influenza —principalmente A(H1N1)pdm09 e influenza B— aumenta levemente (6%), con VSR también en alza (10%) y SARS-CoV-2 en descenso (2,9%), observándose niveles epidémicos de influenza en Haití, Jamaica, República Dominicana y Belice. En Centroamérica, la influenza disminuye (4,9%) predominando B/Victoria, el VSR aumenta (19,3%) y SARS-CoV-2 se mantiene estable (3,6%). En la subregión andina, se observa un incremento de influenza A(H1N1)pdm09 (5,8%), del VSR (11,8%) y del SARS-CoV-2 (8,5%), mientras que los casos de SARI por VSR descienden. En Brasil y el Cono Sur, la influenza A(H3N2) continúa en aumento (5,9%), el VSR disminuye (2,7%) y el SARS-CoV-2 se mantiene bajo pero con tendencia ascendente (5,9%), con descenso sostenido de casos SARI y aumento de casos ILI vinculados a influenza. En conjunto, la circulación de otros virus respiratorios se mantiene elevada y estable en toda la región.

IV.3. Síntesis de la información nacional destacada según estrategia

La ***vigilancia clínica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), neumonía y bronquiolitis*** muestra que los corredores epidemiológicos de los tres eventos se mantienen actualmente en zona de éxito.

En el marco de la ***vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados***, las ***Unidades de Monitoreo Ambulatorio (UMA)*** muestran en las últimas semanas un descenso en los casos y en la positividad de **influenza**, con predominio del linaje **B/Victoria**: entre las SE42 y 43 se notificaron 9 casos sobre 122 muestras estudiadas. En el mismo período, se detectó un único caso positivo de **VSR** entre 92 muestras y 23 casos de **SARS-CoV-2** entre 118 muestras analizadas por PCR.

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

En las ***Unidades Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave (UC-IRAG)***, entre las SE1 y SE43 de 2025 se notificaron 6.726 internaciones por IRAG y 3.289 por IRAG extendida. Desde la SE20 se observó un aumento de detecciones de **VSR**, con tendencia descendente en las semanas recientes, y desde la SE35 un leve incremento de IRAG con diagnóstico de **SARS-CoV-2**. En las últimas cuatro semanas, de 531 casos analizados, se identificaron 61 positivos para **VSR**, 30 para **SARS-CoV-2**, 4 para **influenza** y una codetección de **VSR** y **SARS-CoV-2**.

En la ***vigilancia universal de virus respiratorios*** mediante la red de laboratorios, durante las SE41 y 42 se notificaron 93 detecciones de **influenza** -con predominio de **influenza B-** y 180 casos de **VSR**; los niveles se mantienen bajos, aunque con leve ascenso desde la SE34. En la SE42 se constata circulación de **SARS-CoV-2**, **parainfluenza**, **VSR**, **influenza**, **metapneumovirus** y **adenovirus**.

Por último, en la ***vigilancia universal de virus respiratorios en internados y fallecidos***, durante la SE43 se detectaron 10 casos de **influenza** (212 fallecidos acumulados en 2025), 23 detecciones de **VSR** y 64 casos positivos de **SARS-CoV-2** en internados, con 4 fallecimientos por este diagnóstico en la última semana, confirmando la continuidad del monitoreo integral de la estrategia nacional de vigilancia.

IV.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados

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

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

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

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

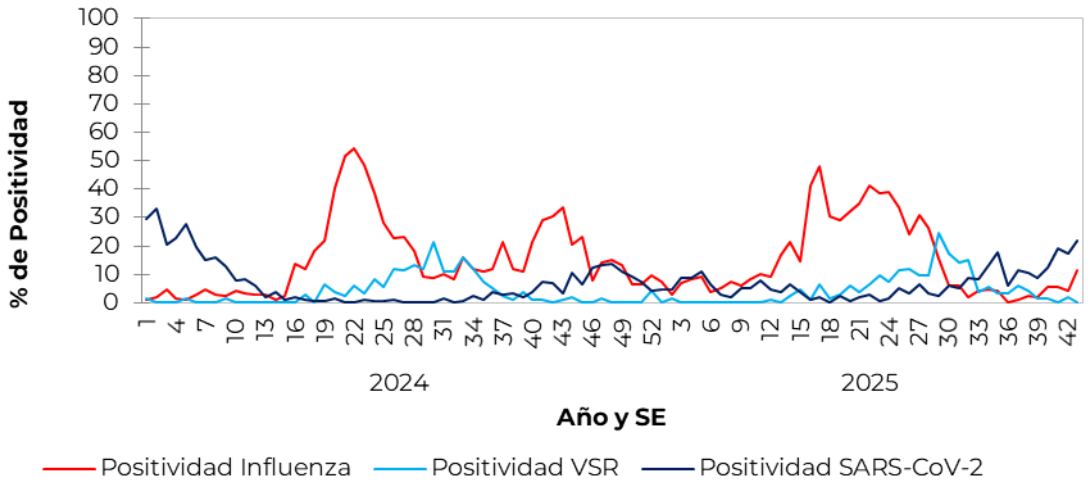
Durante las primeras 43 semanas epidemiológicas de 2025, en los establecimientos UMA se analizaron 5.237 muestras para la detección de SARS-CoV-2 mediante técnica molecular, de las cuales 303 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 5,8%. A partir de la SE34 se observa un ascenso en la positividad de SARS-CoV-2 en los casos ambulatorios, manteniéndose la mayoría de las semanas por encima del 10%. En las SE42 y SE43, se confirmaron 23 casos entre 118 muestras analizadas por PCR.

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

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 43 semanas de 2025, se registraron 954 detecciones entre 4.871 muestras estudiadas, con una positividad acumulada de 19,59%. 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 SE42 y 43/2025 se notificaron 9 casos de influenza entre las 122 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 43 de 2025, de las 3.513 muestras estudiadas, 193 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 5,49%. En UMA se registró un ascenso de las detecciones y positividad de muestras estudiadas para VSR, que se mantuvo por encima del 10% entre las SE25 y 32, con oscilaciones, y alcanzó el máximo en SE29, con tendencia descendente las siguientes semanas. En las últimas dos semanas analizadas, SE42 y 43, se notificó 1 caso de VSR entre las 92 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 SE43/2025

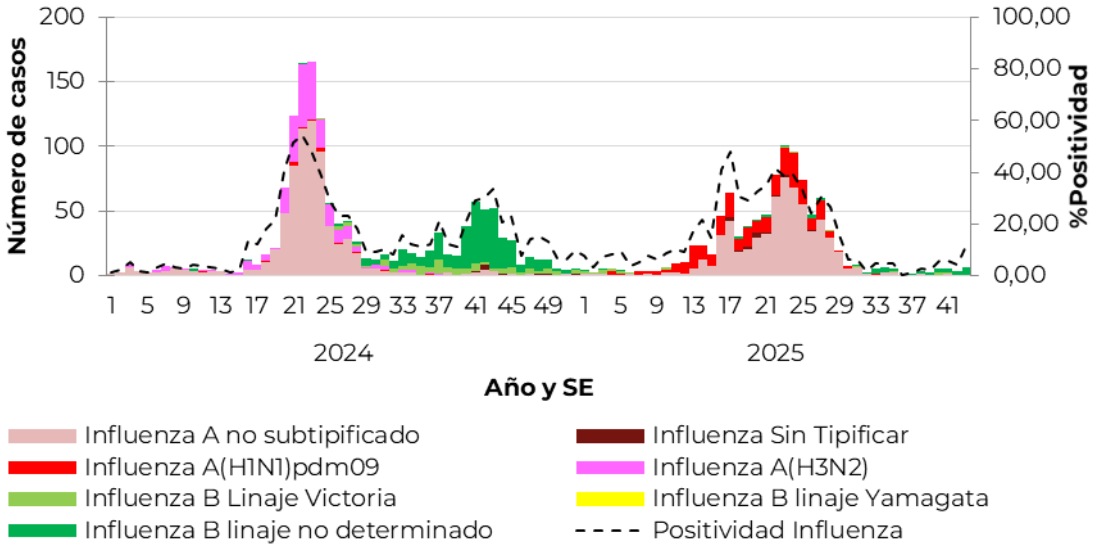


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

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 43 semanas transcurridas de 2025 se detectan predominantemente casos de influenza A (n= 871), con un menor número de detecciones de influenza B (n= 68), que predomina en las últimas SE. Entre los casos de influenza A, 263 detecciones corresponden a influenza A (H1N1), el resto permanece sin subtipificar. Además, se detectó el linaje Victoria en 21 de los casos de influenza B (las

detecciones restantes permanecen sin identificación de linaje). Se registran 15 casos de influenza que permanecen sin tipificar en lo que va del año.

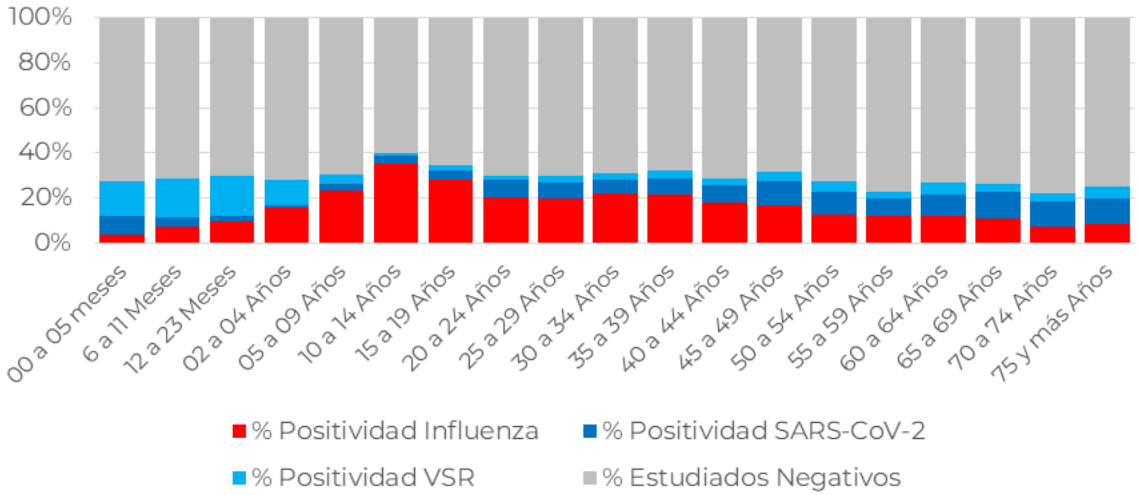
Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2024 a SE43/2025. Estrategia UMA. Argentina.



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 SNVS[2.0].

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 SE43/2025. Estrategia UMA. Argentina[3].



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

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

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

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

Definiciones de caso Vigentes

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

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

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

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

En lactantes menores de 6 meses también considerar:

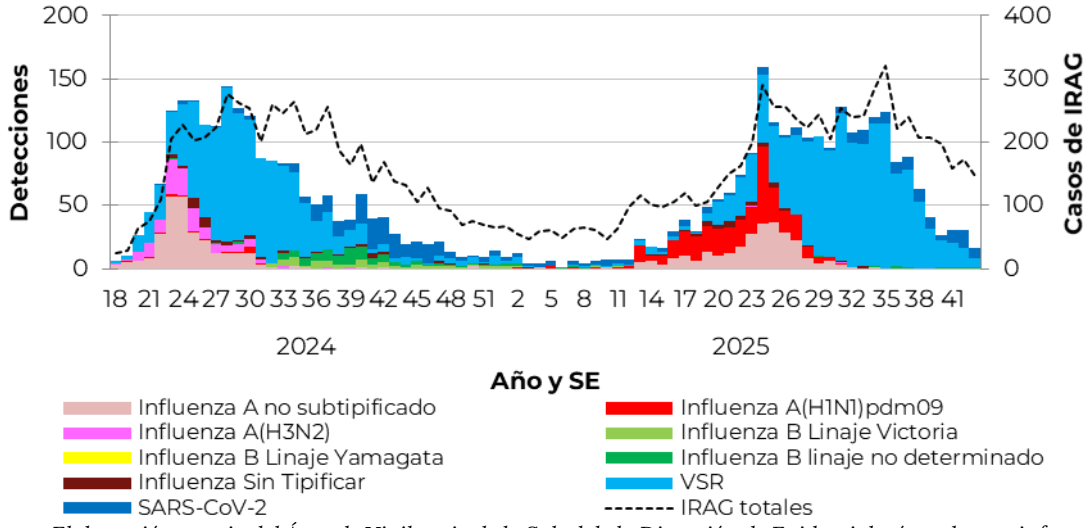
- Apnea (cese temporal de la respiración por cualquier causa), o
- Sepsis (fiebre/hipotermia[7] y shock[8] y gravemente enfermo sin causa aparente)

Entre la SE1 de 2025 y la SE43 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 6726 internaciones con diagnóstico de IRAG y 3289 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida en la Red Argentina de UC-IRAG[9].

La curva de casos de IRAG presentó tendencia ascendente entre las SE 18 y 28 de 2024, asociada al aumento estacional de casos de influenza A/H3N2 y, posteriormente, al ascenso de casos de VSR, permaneciendo por encima de los 200 casos semanales de IRAG entre las SE24 y 37. En 2025, las notificaciones de IRAG experimentan un aumento desde la SE12. En las últimas semanas los casos de IRAG se mantienen en niveles elevados, aunque con tendencia descendente, con un promedio de 168 casos semanales en las últimas 4 semanas.

[4] Para más información sobre la estrategia de vigilancia centinela de IRAG, consultar Guia Operativa Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia-uc-irag-vff.pdf
[5] Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplados en la definición de caso.
[6] Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplado en la definición de caso
[7] La fiebre se define como una temperatura ≥37,5 C. La hipotermia se define como una temperatura
[8] El shock se define por letargo, respiración rápida, piel fría, llenado capilar prolongado y pulso rápido y débil.
[9] Para el presente análisis se considera la semana epidemiológica de la fecha de internación registrada o, en su defecto, la primera entre fecha de notificación del caso o fallecimiento.

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 43/2025



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]

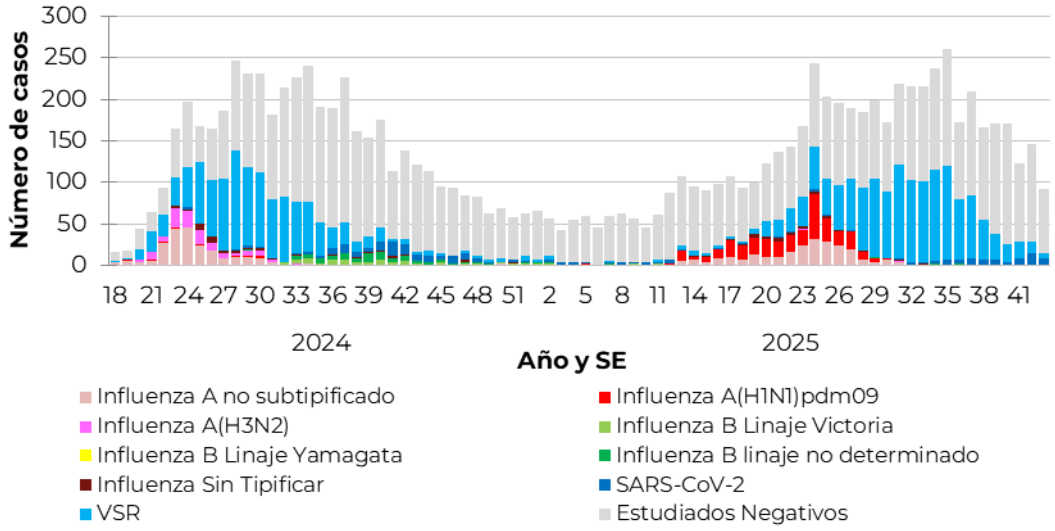
En relación con los casos de IRAG por **SARS-CoV-2,** si bien los casos se mantuvieron en niveles bajos desde SE18 de 2024, se registró un ligero ascenso desde SE36 de 2024, que alcanzó su máximo en SE 41 y 42 con descenso posterior. Durante 2025, las detecciones de SARS-CoV-2 entre los casos de IRAG se mantienen en niveles bajos, aunque a partir de la SE35, se registra un ligero incremento.

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 604 detecciones en lo que va de 2025, y un menor número de casos de influenza B (n=21). Con relación a los casos de Influenza A, se registraron 335 detecciones de H1N1 y 2 detecciones de H3N2 (el resto permanece sin subtipificar) y, entre los casos de influenza B, se registraron 5 detecciones del linaje Victoria. Además, 38 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. Las detecciones alcanzaron su valor máximo en la semana 31, manteniéndose en valores elevados durante las semanas siguientes y mostrando una tendencia descendente a partir de la SE36, con un promedio de 16 casos semanales en las últimas cuatro 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 43/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina [10].



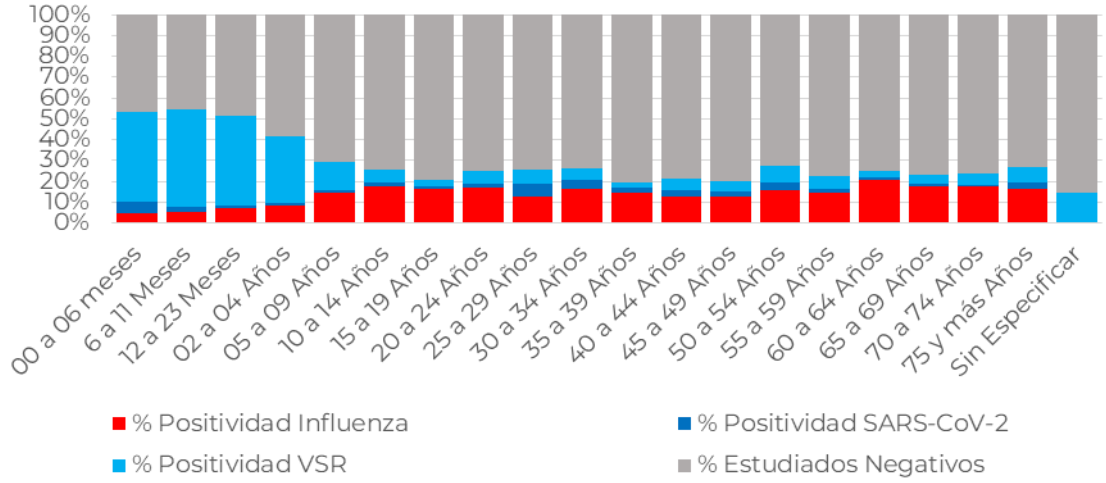
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0

En las últimas 4 semanas, entre 531 casos de IRAG estudiados por técnica molecular para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron: 1 codetección de SARS-CoV-2 y VSR, 61 casos de VSR, 30 casos de SARS-CoV-2 y 4 casos de influenza. Los restantes 435 casos resultaron negativos para los agentes etiológicos priorizados.

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

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

Gráfico 6. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados, en casos de IRAG. SE18/2024 a 43/2025. 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]

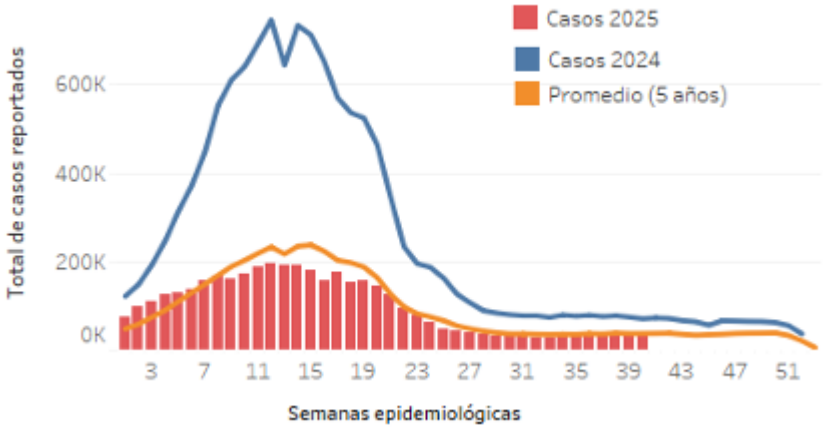
[11] Solo se incluyen casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de de IRAG.

V. 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 27 de octubre.

A la semana epidemiológica (SE) 40 del 2025, se reportan en la Región de las Américas un total de 3,974,271 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 391 casos por 100,000 hab.). Esta cifra representa una disminución de 68% en comparación con el mismo periodo del 2024 y 9% con respecto al promedio de los últimos 5 años. El gráfico 1 muestra la tendencia de los casos sospechosos de dengue a la SE 40.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 40 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 3,974,271 casos de dengue reportados en las Américas, 1,567,052 casos (39%) fueron confirmados por laboratorio y 6,568 (0.2%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 1,994 muertes por dengue, para una letalidad del 0.050%.

18 países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 40. Estos países registran en conjunto 33,245 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 40.

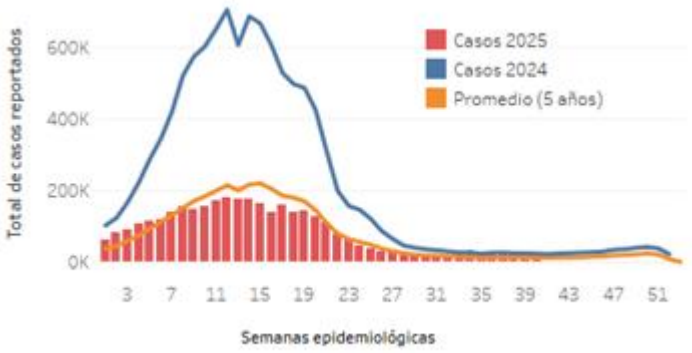
Del total de casos registrados en la SE 40, 43 fueron clasificados como dengue grave (0.2%), y se reportaron 5 muertes. para una letalidad de 0.015%.

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.

V.1.A. SUBREGIÓN CONO SUR

Se notifican 25,250 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 40. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 67% en comparación con el mismo periodo del 2024 y 5% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

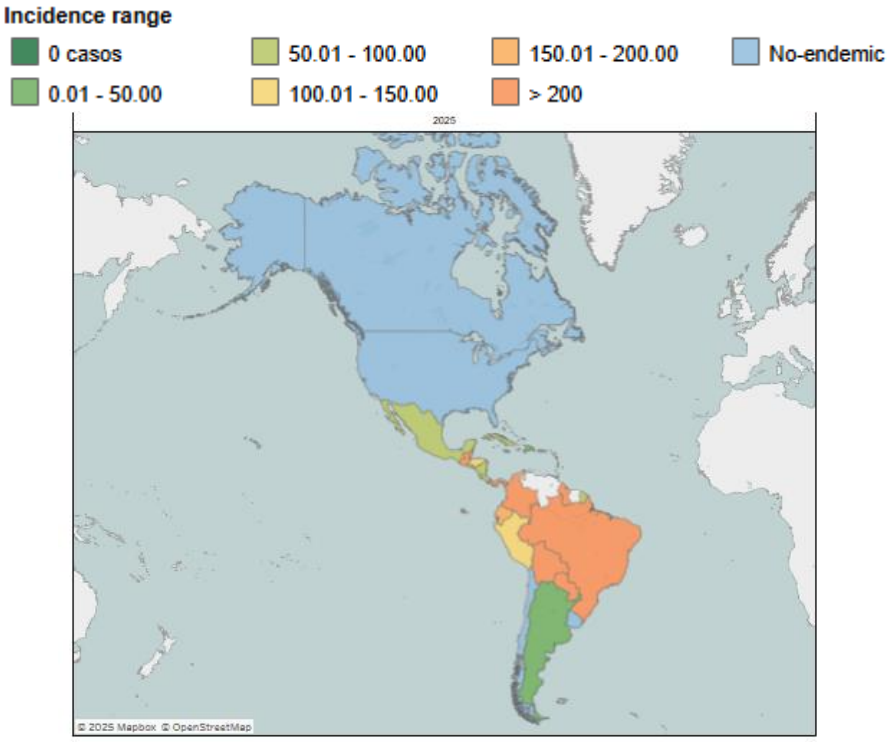
Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 40, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.



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.[12]

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.

[12] 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)[13] y el ARBO-portal[14] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 30/10/2025 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la SE 43/2025 se han reportado 3.520.062 casos de dengue, con 1.690 fallecimientos asociados, lo que implica una reducción del 65% respecto del mismo período de 2024. En cuanto a chikungunya, se notificaron 233.042 casos, un 43% menos que lo informado para la misma semana del año anterior, con 114 muertes por este evento. Respecto al zika, hasta la SE 42 se han registrado 22.537 casos, lo que representa una disminución del 44% en comparación con 2024, sin fallecimientos reportados. En relación con Oropouche, hasta la SE 40 se confirmaron 11.978 casos, un 44% más que en igual período de 2024, con 5 defunciones por este evento.

Bolivia: hasta la SE 43/2025, se han reportado 31.885 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 5.577 casos, un aumento de 13 veces el valor del año previo, con 4 defunciones por este evento. Asimismo, se notificaron 1.024 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 41/2025, se han reportado 25.136 casos de dengue y un fallecimiento asociado, un 91% menos respecto a la misma semana de 2024. En relación con chikungunya, se notificaron 51 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 7 casos.

Perú: hasta la SE 42/2025, se han notificado 36.421 casos de dengue, un 86% menos que el mismo periodo de 2024, con 52 fallecimientos registrados. Con relación a chikungunya, hasta la SE 40 se notificaron 81 casos, un valor similar al del año previo, sin defunciones para este evento. Respecto al zika, hasta la SE 40 se han notificado 3 casos, un 63% menos en relación al mismo periodo del 2024, y a la fecha no se han confirmado casos por laboratorio para este evento. En relación con Oropouche, hasta la SE 38 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[15], debido a que en 2025 se han reportado brotes de

[13] Organización Panamericana de la Salud. Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA). Disponible en: PAHO/WHO Data - Topics
[14] Organización Panamericana de la Salud. ARBO-portal: Oropouche. Disponible en: Enfermedad por virus Oropouche - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud
[15] Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica: Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas – 28 de agosto de 2025. Disponible en: Alerta epidemiológica Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas - 28 de agosto del 2025 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud

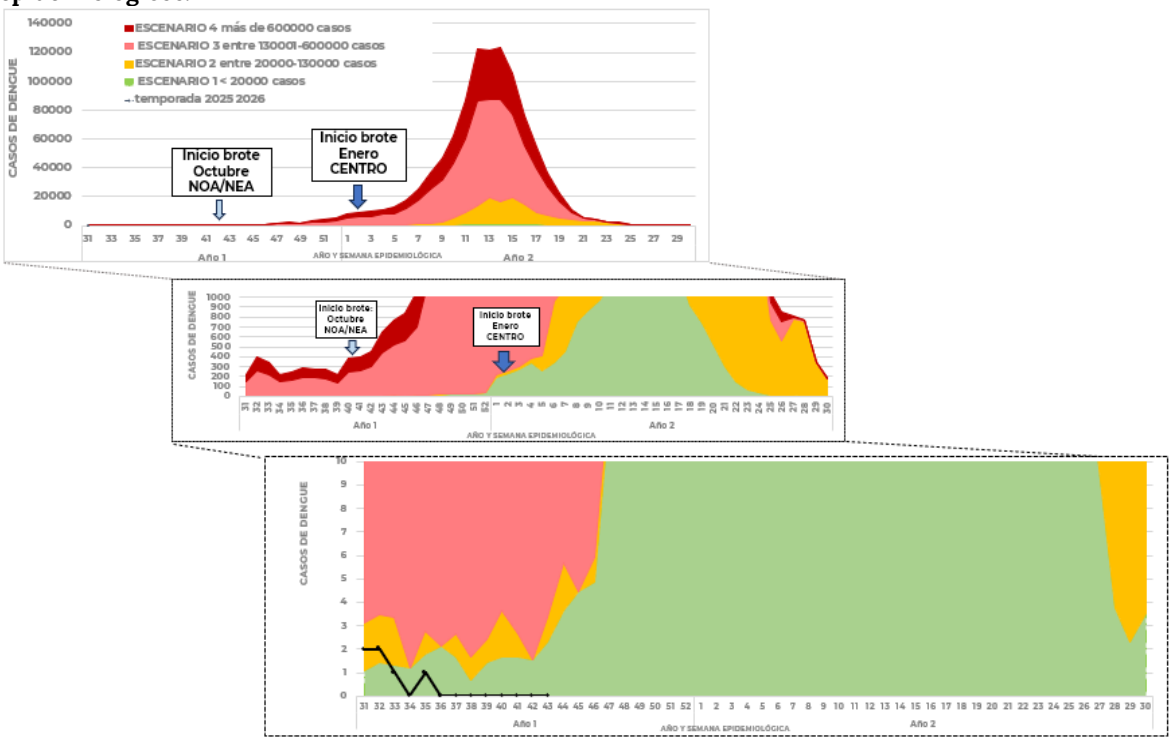
chikungunya en varias regiones del mundo. En las Américas, distintos países notificaron un incremento de casos para este evento, especialmente Bolivia donde se registró un aumento muy superior al observado en 2024. Asimismo, se continúan notificando casos autóctonos de Oropouche en países de la Región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

V.2. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026[16].

En el siguiente gráfico (detalle en zoom) se proyectan los casos de la temporada 2025-2026 en los diferentes escenarios. Entre las SE31 y SE43 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 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)

V.3. Situación de dengue en Argentina

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

En Argentina, la vigilancia epidemiológica del dengue se analiza en función de temporadas, en lugar de años calendario, debido al carácter estacional de la transmisión viral. Si bien existe una alta heterogeneidad en el territorio nacional, esta estacionalidad está determinada por las

[16] La nota metodológica para los escenarios propuesto puede observarse en el BEN 779 y anteriores.

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.

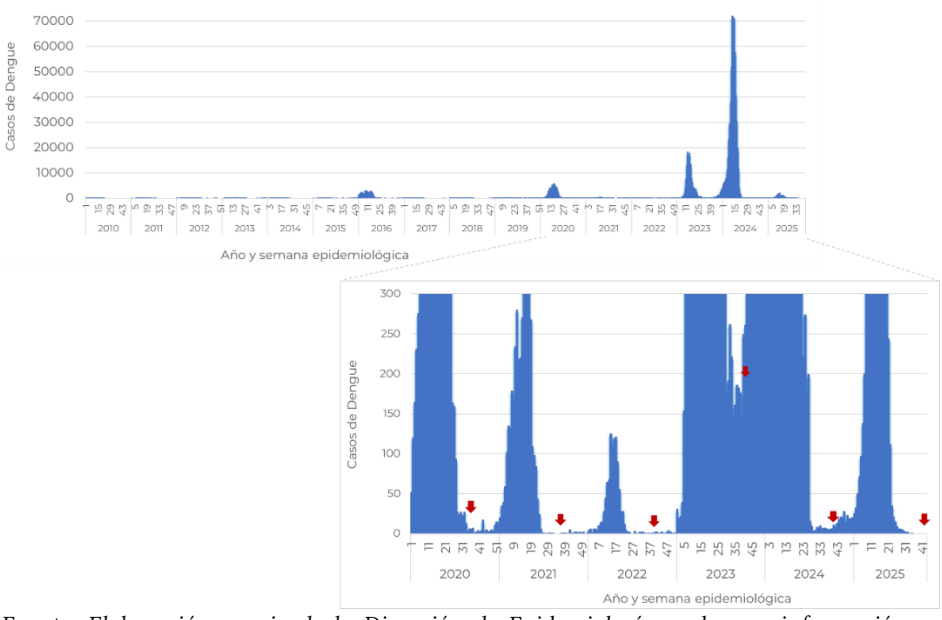
La definición operativa de temporada permite estructurar la vigilancia en un marco temporal en consonancia con la dinámica de transmisión, facilitando el análisis comparativo entre períodos y la planificación de las acciones de prevención y control. En este sentido, la temporada de dengue en Argentina 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 SE43/2025, 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[17] según semana epidemiológica. Años 2010-2025 y detalle 2020-2025 con referencia (flecha roja) a la SE 43. 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)

[17]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).

De acuerdo con la fecha mínima[18], desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 2789 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 de la Provincia de Buenos Aires (Tres de Febrero) que, de acuerdo a la investigación epidemiológica actual, no se pudo constatar antecedente de viaje, 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).

Con respecto al caso sin antecedente de viaje en la Provincia de Buenos Aires, cabe destacar que se realizaron las acciones de control en el domicilio y peridomicilio del caso y no se obtuvieron ni febriles ni otros casos confirmados. Desde la jurisdicción, se informó que no fue posible completar los estudios de laboratorio.

Según la fecha de apertura del evento (fecha de notificación al SNVS 2.0), durante la SE43/2025 se notificaron 398 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.

[18]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 SE43/2025. 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	4	1	2	130	35	173
CABA	0	1	2	0	37	20	60
Córdoba	0	9	0	0	254	15	278
Entre Ríos	0	0	0	0	19	2	21
Santa Fe	0	0	0	0	163	26	189
Total Centro	**1**	**14**	**3**	**2**	**603**	**98**	**721**
Mendoza	0	0	0	0	12	1	13
San Juan	0	0	0	0	7	0	7
San Luis	0	0	0	0	10	1	11
Total Cuyo	**0**	**0**	**0**	**0**	**29**	**2**	**31**
Chaco	0	1	0	0	181	2	184
Corrientes	0	1	0	0	10	3	14
Formosa	2	3	0	0	1260	1	1266
Misiones	0	0	0	0	64	1	65
Total NEA	**2**	**5**	**0**	**0**	**1515**	**7**	**1529**
Catamarca	0	1	0	0	29	0	30
Jujuy	0	1	0	0	54	4	59
La Rioja	0	0	0	0	20	1	21
Salta	0	0	0	0	100	11	111
Santiago del Estero	0	0	0	0	30	2	32
Tucumán	0	12	0	1	202	10	225
Total NOA	**0**	**14**	**0**	**1**	**435**	**28**	**478**
Chubut	0	0	0	0	4	0	4
La Pampa	0	0	0	0	11	4	15
Neuquén	0	0	0	0	3	0	3
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	6	0	6
Tierra del Fuego	0	0	0	0	2	0	2
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**0**	**26**	**4**	**30**
Total País	**3**	**33**	**3**	**3**	**2608**	**139**	**2789**

Sin antecedente de viaje: autóctonos y en investigación

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

V.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 SE43/2025).

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 67 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 SE43/2025. 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	5	0	7	0	5	0	5	0	4	0	2
CABA	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Córdoba	0	66	0	9	0	13	0	83	0	0	0	0
Entre Ríos	0	4	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0
Santa Fe	0	13	0	12	0	10	0	10	0	8	0	1
Total Centro	**0**	**88**	**0**	**28**	**0**	**30**	**0**	**101**	**0**	**12**	**0**	**3**
Mendoza	0	1	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	4	0	4	0	0
Total Cuyo	**0**	**3**	**0**	**2**	**0**	**2**	**0**	**6**	**0**	**4**	**0**	**0**
Chaco	0	29	0	19	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	10	0	7	0	3	0	0	0	3	0	3
Total NEA	**0**	**39**	**0**	**26**	**0**	**3**	**0**	**0**	**0**	**3**	**0**	**3**
Catamarca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	1	0	1	0	1	0	1	0	13	0	0
La Rioja	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Salta	0	28	0	27	0	28	0	0	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
Tucumán	0	5	0	5	0	3	0	0	0	0	0	3
Total NOA	**0**	**35**	**0**	**34**	**0**	**32**	**0**	**2**	**0**	**13**	**0**	**3**
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**	**165**	**0**	**90**	**0**	**67**	**0**	**111**	**0**	**33**	**0**	**9**

Pos: positivas

Est: estudiadas

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

En la tabla publicada únicamente se presentan las muestras estudiadas y positivas de casos sin antecedente de viaje. Sin embargo, es importante destacar que en la SE37 se recibió la confirmación de un caso de Fiebre del Nilo Occidental el cual corresponde a una persona con residencia en Kansas, EE.UU., que inicia con síntomas compatibles en su paso por Argentina y fue atendido en la provincia 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

VI. MPOX – Actualización Informe epidemiológico

VI.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.

VI.2. Situación internacional[19]

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.

[19] 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, Malawi, Mozambique** y recientemente en **Estados Unidos de América, Italia, España, Portugal**, **Malasia y Países Bajos**. Se detectaron casos relacionados con viajes a zonas endémicas en **Alemania, Bélgica, Catar, Tailandia, Francia, Australia, Canadá y Japón.**

VI.2.A. SITUACIÓN EN ÁFRICA

En los últimos doce meses, hasta el 19 de octubre de 2025, 28 países notificaron 47.080 casos confirmados, incluidas 197 muertes. Los tres países con más casos son la República Democrática del Congo (24.882 casos), Uganda (8.137) y Sierra Leona (5.433).

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.

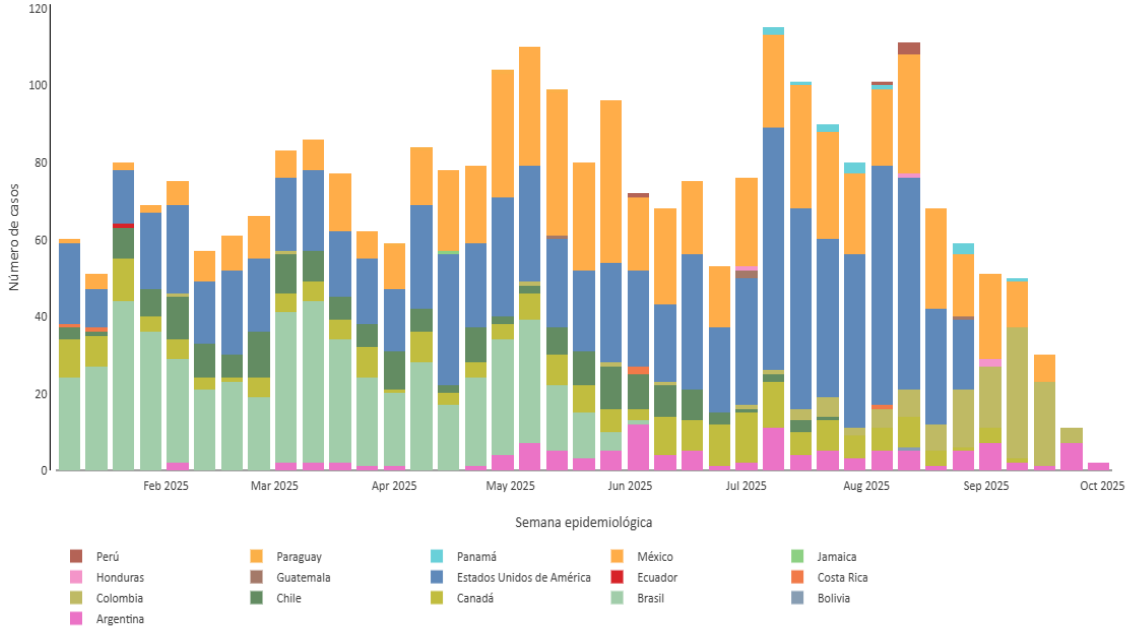
VI.2.B. SITUACIÓN EN LAS AMÉRICAS[20]

Respecto de la situación regional, según la última actualización epidemiológica de la Organización Panamericana de la Salud, entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 40 de 2025 fueron notificados en la Región de las Américas 2.829 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 (657, con 3 fallecidos), Brasil (541), Canadá (219), Chile (180), Colombia (127), Panamá (13), Perú (5), Costa Rica (5), Paraguay (4), Guatemala (4), Honduras (4), Ecuador (1), Bolivia (1) y Jamaica (1) (Gráfico 1).

[20] 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 SE40 2025.

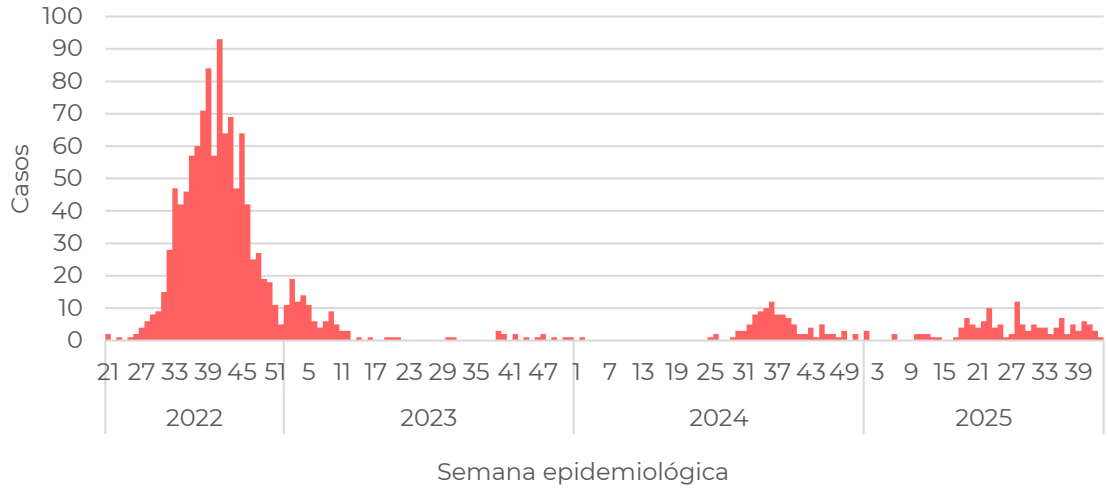


Fuente: *https://shiny.paho-phe.org/mpox/*

VI.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 43 de 2025 se han notificado 319 casos, de los cuales 133 fueron confirmados (Gráfico 2).

Gráfico 2. Casos confirmados de mpox por semana epidemiológica de fecha mínima[21]. Argentina, SE21/2022 a SE43/2025. (N=1.388)



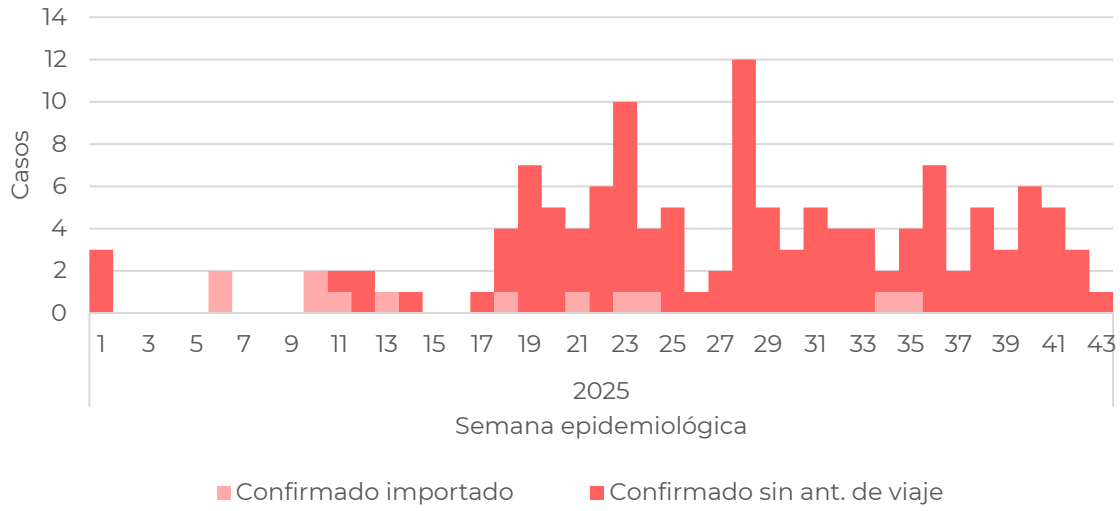
Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS2.0

[21] 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 41 se detectó un caso en Tucumán y en la SE 42 se detectaron dos casos en Santa Cruz (los primeros casos del año de cada provincia). Los tres casos registran antecedente de viaje a la ciudad de El Calafate.

Gráfico 3. Casos confirmados de mpox según antecedente de viaje por semana epidemiológica de fecha mínima. Argentina, SE1 a SE43/2025. (N=133)



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

El 92% de los casos confirmados de 2025 residen en jurisdicciones de la región Centro, principalmente en CABA (60%) y Buenos Aires (28%) (Tabla 1).

En las últimas cuatro semanas se confirmaron 19 nuevos casos. Dichos casos corresponden a residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (11 casos), Buenos Aires (5), Santa Cruz (2) y Tucumán (1). El total corresponde a personas de sexo masculino, con una mediana de edad de 32 años. En aquellos casos que consignan información (n=7), el principal antecedente epidemiológico son las relaciones sexuales con hombres (5 casos).

Tabla 1. Casos notificados y confirmados de mpox según jurisdicción de residencia. Argentina, SE1 a SE43/2025.

Provincia	Confirmados SE 1 a 43 2025	Confirmados notificados en la última semana	Confirmados notificados en las últimas 4 semanas	Total de notificaciones 2025
Buenos Aires	37	1	5	97
CABA	80	4	11	138
Córdoba	5	0	0	16
Entre Ríos	0	0	0	2
Santa Fe	0	0	0	4
Centro	**122**	**5**	**16**	**257**
Mendoza	5	0	0	28
San Juan	0	0	0	0
San Luis	0	0	0	0
Cuyo	**5**	**0**	**0**	**28**
Chaco	0	0	0	0
Corrientes	1	0	0	3
Formosa	0	0	0	2
Misiones	0	0	0	1
NEA	**1**	**0**	**0**	**6**
Catamarca	0	0	0	0
Jujuy	0	0	0	2
La Rioja	0	0	0	0
Salta	2	0	0	14
Santiago del Estero	0	0	0	0
Tucumán	1	0	1	2
NOA	**3**	**0**	**1**	**18**
Chubut	0	0	0	1
La Pampa	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	2
Santa Cruz	2	0	2	6
Tierra del Fuego	0	0	0	1
SUR	**2**	**0**	**2**	**10**
Total PAIS	**133**	**5**	**19**	**319**

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

VI.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).

VI.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.

VI.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.

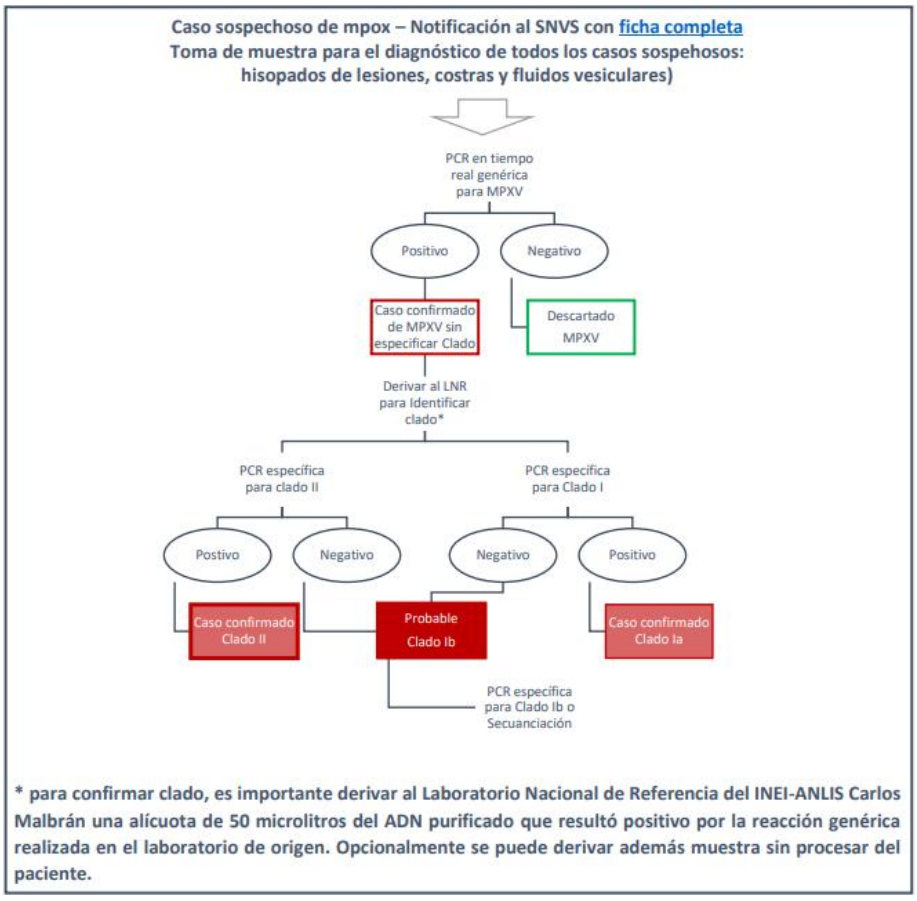
Ante la detección de un caso sospechoso se debe tomar muestras para el diagnóstico etiológico y enviarlas al laboratorio que corresponda. Las muestras deben ser manipuladas de manera segura por personal capacitado que trabaje en laboratorios debidamente equipados. Para minimizar el riesgo de transmisión 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.

VI.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.

VI.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).



VI.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.

VI.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**

VII. 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).

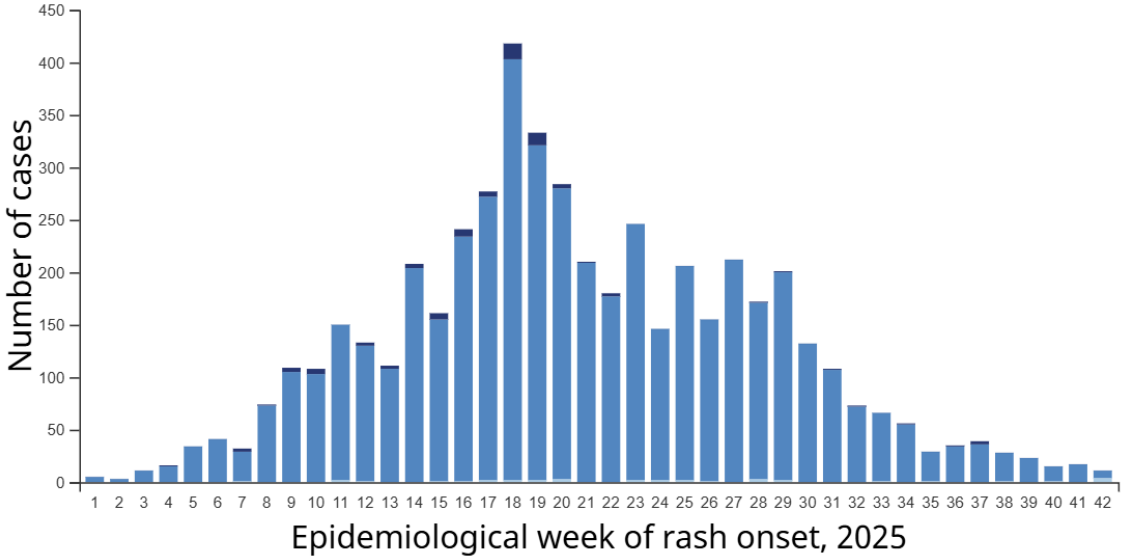
VII.1. Situación epidemiológica mundial y regional de sarampión

VII.1.A. CANADÁ[22]

En 2025, se han notificado un total de 5.109 casos de sarampión (4.748 confirmados, 361 probables) en 10 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Brunswick, Territorios del Noroeste, Nueva Escocia, Ontario, Isla del Príncipe Eduardo, Quebec, Saskatchewan), hasta el 18 de octubre de 2025.

En la semana 42 (del 12 al 18 de octubre de 2025), se notificaron 19 nuevos casos de sarampión (19 confirmados y 0 probables) en 4 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Ontario).

Figura 1. Curva epidemiológica de casos de sarampión, por semana epidemiológica de inicio de la erupción y fuente de exposición, 2025 (n=5.109)



VII.1.B. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA[23]

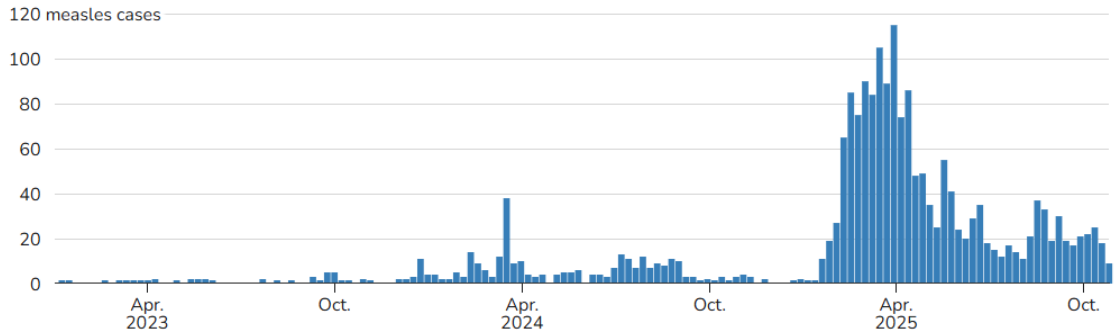
Al 28 de octubre de 2025, se notificaron un total de 1.648 casos confirmados de sarampión. De ellos, 1.625 casos han sido confirmados en 42 jurisdicciones: Alabama, Alaska, Arkansas, Arizona, California, Colorado, Florida, Georgia, Hawái, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Luisiana, Maryland, 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 23 casos confirmados de sarampión fueron de visitantes internacionales a los Estados Unidos.

En 2025 se han notificado 43 brotes, y el 87% de los casos confirmados (1.431 de 1.648) 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.

[22] https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/
[23] 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 14/10/25).

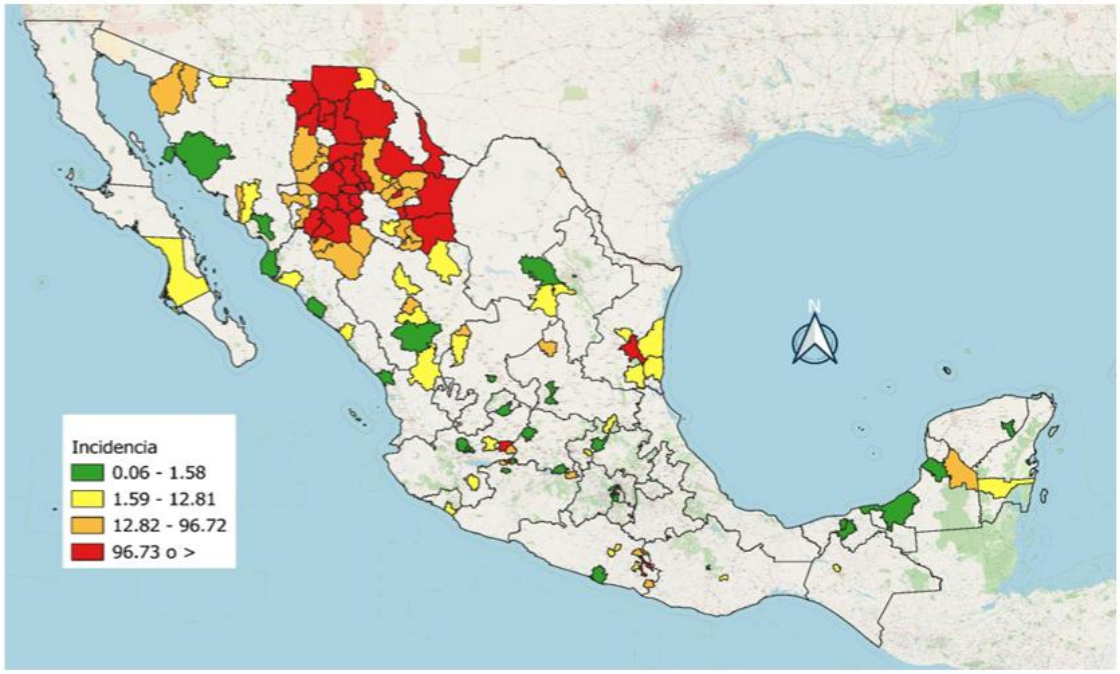


VII.1.C. MÉXICO[24]

Al 16 de octubre, se han reportado 5.119 casos confirmados de sarampión acumulados en el 2025; en las 24 horas previas se reportaron 11 casos. Con base en la distribución de casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios, 25 estados y 131 municipios tienen casos confirmados de sarampión.

Se han reportado 23 fallecimientos.

Mapa 1. Casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios de residencia, 30 de octubre de 2025, México.



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

[24] https://www.gob.mx/salud/documentos/informe-diario-del-brote-de-sarampion-en-mexico-2025?idiom=es

VII.1.D. PARAGUAY[25]

Hasta la SE 40 se confirmaron 49 casos en el país.

Características de los 45 casos confirmados: 61% (30/49) del sexo femenino, rango de edad 3 meses a 54 años, principalmente en el grupo de 1 a 4 años. Desde el inicio del brote 8 requirieron hospitalización todos procedentes de San Pedro. A la fecha todos con alta médica. Ningún caso requirió cuidados intensivos. No se registraron fallecidos.

VIGILANCIA GENÓMICA: se identificó el genotipo D8 en San Pedro.

Hasta el momento Paraguay mantiene su estatus de país libre de sarampión gracias al cumplimiento sostenido de los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Este reconocimiento se respalda en la ausencia de transmisión endémica del virus, la existencia de un sistema de vigilancia epidemiológica sensible y mejoras en la cobertura de vacunación con dos dosis de la vacuna SPR en la población objetivo.

VII.1.E. PERU[26]

Un nuevo caso de sarampión importado identificó el Ministerio de Salud, a través del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Perú), iniciando de inmediato la contención respectiva del caso, con el cerco epidemiológico, la búsqueda de contactos y el bloqueo vacunal.

Se trata de una menor de 11 meses, sin antecedente vacunal contra esta enfermedad por la edad, procedente de Nueva Zelanda, país donde tuvo contacto directo con una persona positiva a sarampión.

Actualmente la paciente se encuentra recibiendo tratamiento en una clínica particular, además, se realiza el monitoreo clínico diario de la paciente y el seguimiento de los contactos que haya podido tener el caso.

[25] *https://dgvs.mspbs.gov.py/sarampion/*
[26] *https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1276821-minsa-detecta-y-controla-nuevo-caso-de-sarampion-importado*

VII.2. Transmisión local de casos de viruela símica del clado 1b detectada en la UE/EEE - Europa

Se han confirmado casos de viruela símica adquiridos localmente en cuatro países. España notificó su primer caso de este tipo el 10 de octubre de 2025, y Países Bajos el 17 de octubre de 2025. Posteriormente se informaron casos adicionales en Italia y Portugal.

Este desarrollo es distinto de los casos del clado Ib asociados a viajes reportados previamente entre agosto de 2024 y octubre de 2025, en su mayoría entre viajeros que regresaban de zonas endémicas de viruela símica fuera de la UE. Los nuevos casos se notificaron en hombres, algunos de los cuales se identifican como hombres que tienen sexo con hombres (HSH), sin antecedentes recientes de viaje a zonas endémicas, lo que indica que la transmisión podría estar ocurriendo dentro de redes sexuales de HSH en países europeos.

También se ha reportado transmisión entre hombres gais, bisexuales y otros HSH, así como en sus redes sociales, recientemente en California (EE. UU.), tras la detección de tres casos del clado Ib no relacionados entre sí.

Si bien el riesgo inmediato para la población general es bajo, el riesgo global de infección es moderado para los HSH. El riesgo de enfermedad grave puede ser mayor en personas que viven con VIH no tratado. Persisten incertidumbres sobre la transmisibilidad y la gravedad clínica del clado Ib en comparación con el clado IIb, que ha circulado desde 2022. Entre los 29 casos del clado Ib informados al ECDC antes de los casos actuales, siete requirieron hospitalización, aunque con un número tan pequeño de casos, las estimaciones de gravedad son inciertas.

Para prevenir una mayor propagación, se requiere una respuesta de salud pública integral que incluya garantizar que las pruebas sean fácilmente accesibles, especialmente en clínicas de salud sexual, asegurar que la vacunación contra viruela símica se ofrezca activamente a hombres gais, bisexuales y otros HSH. Promover la identificación y aislamiento oportunos de nuevos casos, realizar rastreo de contactos para identificar a las personas expuestas y ofrecerles vacunación.

Las autoridades sanitarias deben trabajar estrechamente con organizaciones de la sociedad civil y comunitarias que atienden a HSH, para fomentar la concientización y la aceptación de la vacuna, utilizando un lenguaje respetuoso, no estigmatizante y canales de comunicación dirigidos específicamente a estas comunidades.

La viruela símica suele adquirirse por contacto directo —como el sexo o el contacto piel con piel— con personas infectadas. La vacunación ofrece la mejor protección, y las personas con mayor riesgo de exposición (como hombres gais, bisexuales u otras personas, incluidos hombres o personas transgénero que tienen sexo con hombres) deben buscar la vacunación de manera proactiva. Pueden consultar con las autoridades sanitarias nacionales o clínicas de salud sexual para obtener información sobre quiénes son elegibles y dónde vacunarse.

Los médicos deberían considerar ofrecer vacunación posterior a la exposición a los contactos cercanos de casos, incluidos parejas sexuales y personas con contacto físico prolongado o de alto riesgo, ya que se ha demostrado que la vacuna brinda protección incluso después de la exposición.

Las personas sexualmente activas deben estar atentas a los síntomas de viruela símica y saber cómo protegerse y proteger a los demás. Los síntomas incluyen una erupción característica (granos o ampollas) en cualquier parte del cuerpo, que puede ser limitada o extensa, a veces acompañada de fiebre, tos, dolor de garganta u otros síntomas gripales, o ganglios linfáticos inflamados. Si aparece una erupción inusual, deben buscar atención médica y consultar para

realizar pruebas y recibir orientación. También es importante evitar el contacto físico o sexual cercano con otras personas hasta estar completamente libres de síntomas.

Fuente: *https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/local-transmission-clade-1b-mpox-cases-detected-eueea-ecdc-urges-renewed-vigilance*

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

VIII. Boletines Jurisdiccionales

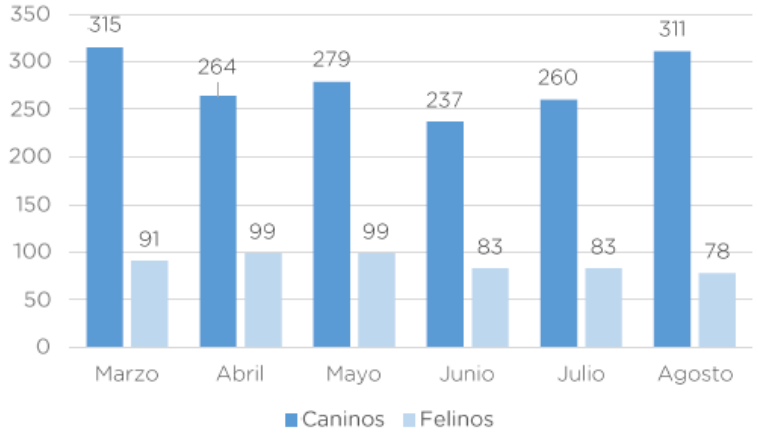
VIII.1. CABA: Animales mordedores



La observación antirrábica puede ser realizada por veterinarios del IZLP (por internación o de manera domiciliaria) o por profesionales veterinarios de la práctica privada.

A continuación, se grafica el número de denuncias de animales mordedores registrados por el IZLP durante los últimos 6 meses según especie involucrada.

Denuncias de animales mordedores según especie- Periodo: últimos 6 meses - CABA- IZLP



Fuente: División Coordinación Operativa- Estadística y Epidemiología- IZLP

Para más información:

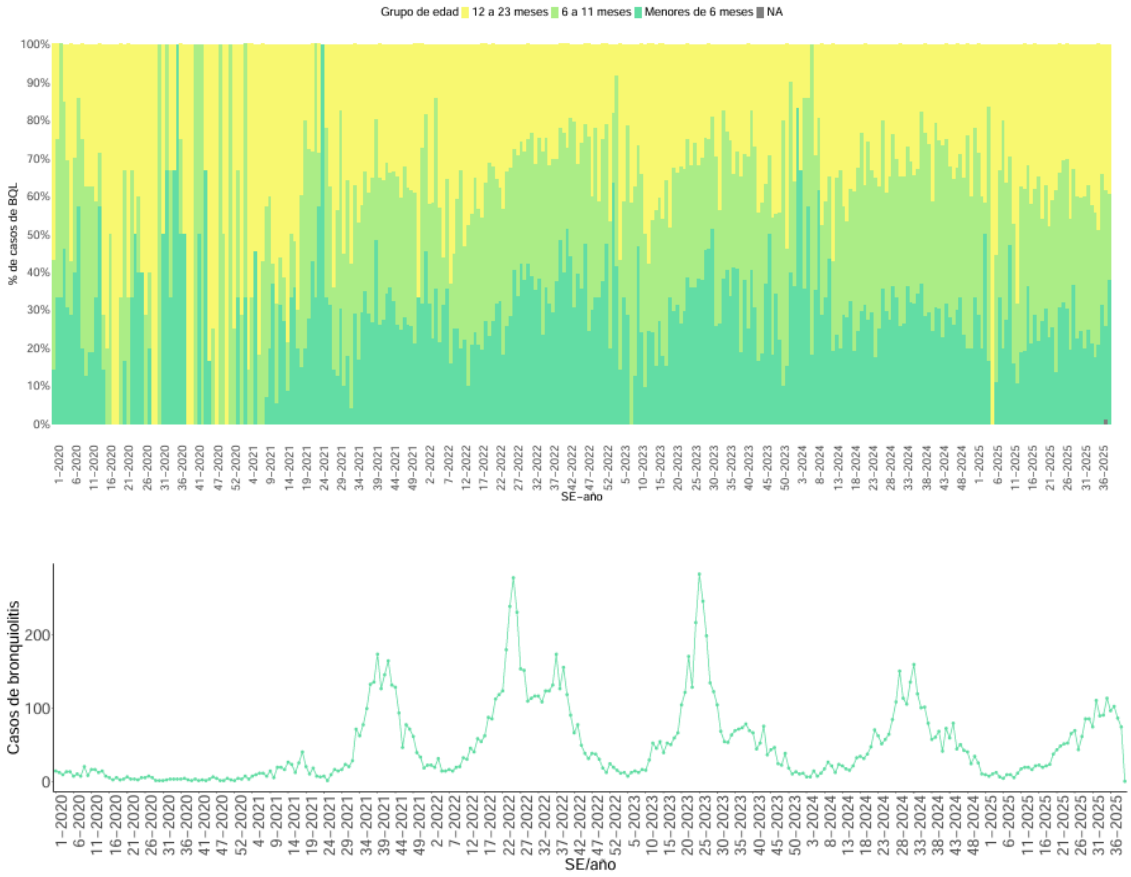
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

VIII.2. Neuquén: Bronquiolitis

En las semanas analizadas se notificaron un total de 358 casos de bronquiolitis a nivel provincial. Hubo un aumento del 20.5% en relación al mismo periodo del año anterior.



Distribución temporal de casos de bronquiolitis por semana epidemiológica según grupos etarios. Desde SE1/2020 hasta SE39/2025. Provincia del Neuquén (n=14808).

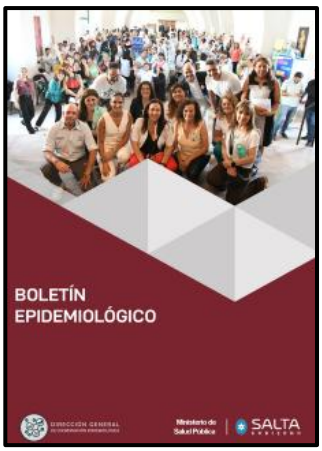


Para más información:

https://www.saludneuquen.gob.ar/informacion-sanitaria/epidemiologia/boletines-epidemiologicos/

VIII.3. Salta: Enfermedades respiratorias

La vigilancia epidemiológica de las IRAs resulta esencial para detectar precozmente el ascenso estacional del número de casos en cualquier época del año y lugar del país, o la ocurrencia de eventos inusitados; la identificación de los grupos poblacionales afectados; y la frecuencia, distribución y características de los agentes etiológicos involucrados. Dicha información permite direccionar las acciones de promoción, prevención y control, fortaleciendo la capacidad de respuesta de los servicios de atención en particular, y del sector salud en su conjunto.



Distribución de casos por infecciones respiratorias agudas. SE 1-42 Provincia de Salta. Año 2025

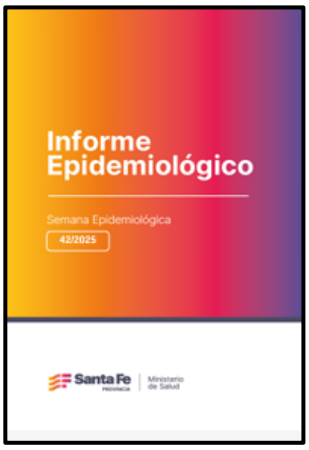
Evento	Cantidad
Bronquiolitis menores de 2 años	8995
Neumonía	8113
Enfermedad Tipo Influenza (ETI)	21846

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).

Para más información:

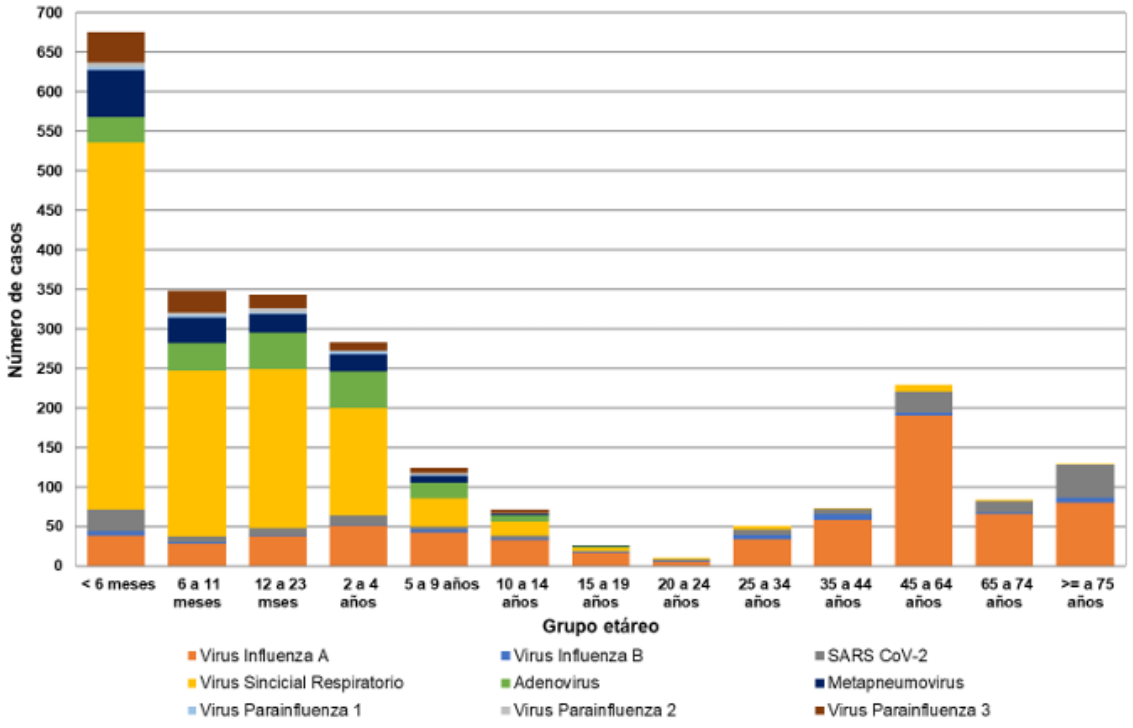
http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/

VIII.4. Santa Fe: Enfermedades respiratorias



En la provincia de Santa Fe, desde la SE 1 hasta la SE 42 del año 2025, se notificaron diez personas fallecidas por Influenza A. La distribución por departamentos de los fallecidos según la residencia habitual informada corresponde a: siete del departamento Rosario, uno del departamento Constitución, uno del departamento San Cristóbal y uno del departamento Castellanos. Todos los casos que se informaron como óbito formaban parte de los grupos de riesgos para infección severa por Influenza. En nueve casos se informaron comorbilidades y el restante corresponde a grupo de riesgo por edad. Ninguno de los fallecidos estaba vacunado.

Distribución absoluta de casos positivos de virus respiratorios en pacientes internados con IRA según grupos de edad. Provincia de Santa Fe. SE 1 a SE 42 - Año 2025.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección Provincial de Red de Laboratorios en base a datos extraídos del SNVS 2.0 *– Notificación agrupada: Infecciones respiratorias virales – Internados.*

Para más información:

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

VIII.5. Tierra del Fuego: Diarreas

Hasta la semana epidemiológica (SE) 42 en 2025 se notificaron 5.446 casos de diarrea aguda en SNVS 2.0 en la modalidad agrupadas. Con respecto al mismo período del año 2024, se observa una disminución del 24,1 % de los casos registrados a nivel provincial.



Diarreas agrupadas, años 2024 y 2025.

	SE 42 / Año 2024	SE 42 /Año 2025	% Variación interanual
Río Grande	2780	2285	↓ -17,8
Tolhuin	231	234	↑ 1,3
Ushuaia	4160	2927	↓ -29,6
Tierra del Fuego	7171	5446	↓ -24,1

Fuente: SNVS. *Dirección de epidemiologia Tierra del Fuego.*

Para más información:

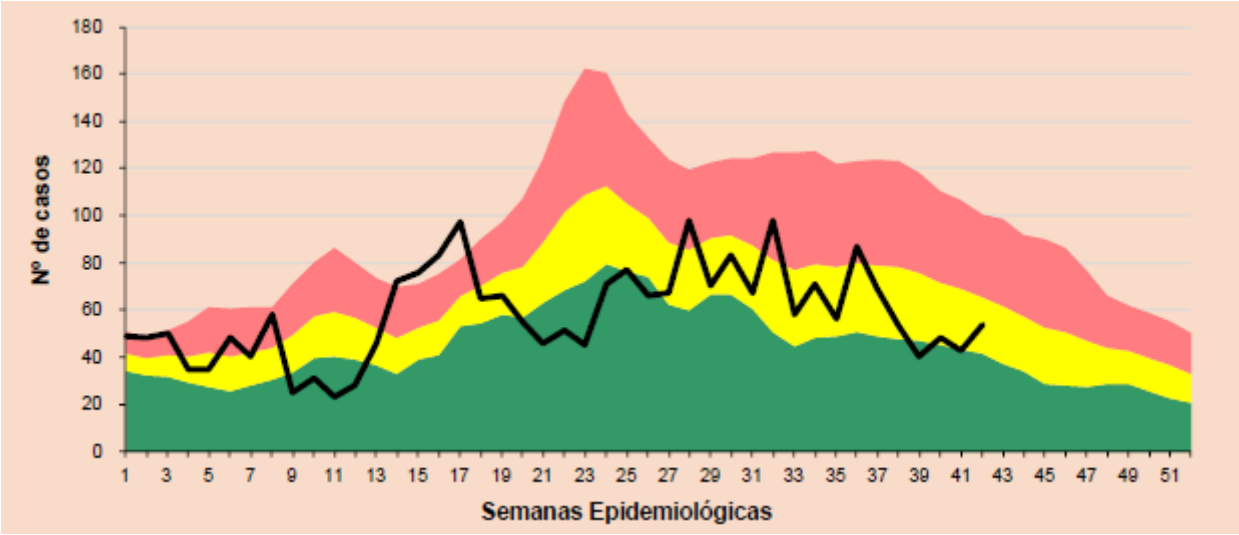
https://salud.tierradelfuego.gob.ar/boletines-provinciales/

VIII.6. Tucumán: Neumonía

La neumonía es una infección del parénquima pulmonar que conlleva importante morbimortalidad particularmente en niños menores de 5 años, personas adultas mayores de 65 años y aquellas con ciertas condiciones subyacentes. En la última semana se registraron 54 casos de Neumonías en la Provincia de Tucumán.



Corredor endémico de Neumonía SE 42. Provincia de Tucumán. Año 2025



Fuente: Dirección de epidemiologia Tucumán.

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS
PARA VIGILANCIA

IX. 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**
Octubre	"Vigilancia genómica de Varicela" se modifica por "Vigilancia de Varicela por laboratorio"			
	Otras enfermedades invasivas (bacterianas y otras)	Laboratorio	Resultados	Se adiciona: "Yersinia enterocolítica"
	Sospecha de brote de ETA, o por agua o ruta fecal-oral	Laboratorio	Resultados	Sapovirus (genogrupos I II IV V)

X. 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