

ARGENTINA

- Situación epidemiológica de la leishmaniosis cutánea
- Buenos Aires: Alarma por la detección de un murciélago con rabia en Carmen de Patagones

AMÉRICA

- Colombia: La ciencia y el conocimiento indígena se unen para luchar contra la enfermedad de Chagas
- Colombia: Instan a la vacunación tras el aumento en los casos de fiebre amarilla

- Estados Unidos: El sarampión se disparó en Texas tras el estancamiento en los fondos para vacunas
- México: Siete estados reportaron casos de fiebre manchada de las Montañas Rocosas en 2025
- México: Los casos de VIH son distorsionados para alertar un repunte de infecciones en 2025
- República Dominicana: El 50% de los casos de leptospirosis de 2025 corresponde a ciudadanos haitianos

EL MUNDO

- España: Confirmaron en Melilla el segundo caso de rabia animal del año 2025
- Ghana: Situación epidemiológica del cólera
- India: Los casos de tuberculosis en menores de 14 años aumentaron 38% en cinco años
- Letonia: Un brote de infecciones por *Escherichia coli* ya causó 60 casos
- Vietnam: Resurgió la dracunculosis después de la certificación de la OMS
- El posible primer antibiótico nuevo para la gonorrea desde 1990 es eficaz y seguro

Comité Editorial

Editor Honorario ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021)

Por su invaluable legado como científico y humanista destacado, y por su esfuerzo en la consolidación del proyecto editorial del REC, como órgano de divulgación destacado en el ámbito de la Epidemiología.

Editor en Jefe

ÍLIDE SELENE DE LISA

Editores adjuntos

RUTH BRITO
ENRIQUE FARÍAS

Editores Asociados

ISSN 2796-7050

ADRIÁN MORALES // ÁNGELA GENTILE // NATALIA SPITALE
SUSANA LLOVERAS // TOMÁS ORDUNA // DANIEL STECHER
GUSTAVO LOPARDO // DOMINIQUE PEYRAMOND // EDUARDO SAVIO
CARLA VIZZOTTI // FANCH DUBOIS // GUILLERMO CUERVO
DANIEL PRYLUKA // FERNANDO RIERA // CHARLOTTE RUSS
SALVADOR GARCÍA JIMÉNEZ // ALFONSO RODRÍGUEZ MORALES
PILAR AOKI // HUGUES AUMAITRE // MARÍA BELÉN BOUZAS
JORGE BENETUCCI // EDUARDO LÓPEZ // ISABEL CASSETTI
HORACIO SALOMÓN // JAVIER CASELLAS // SERGIO CIMERMAN

Patrocinadores



Adherentes



Distinguido por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

© Copyright 2020 - ISSN 2796-7050 - recfot - All Rights Reserved

Nota de la Editorial: La Editorial no se responsabiliza por los conceptos u opiniones vertidos en entrevistas, artículos y documentos traducidos reseñados en este Reporte, los cuales son de exclusiva responsabilidad de los respectivos entrevistados, traductores, autores o colaboradores.



Situación histórica

En Argentina, el área endémica de la leishmaniosis tegumentaria es de aproximadamente 500.000 km², y abarca regiones de las provincias de Salta, Jujuy, Tucumán, Santiago del Estero, Chaco, Catamarca, Corrientes, Misiones, Formosa, y norte de Santa Fe, con tres regiones fitogeográficas (Yungas, Chaqueña y Paranaense). Entre los meses de octubre y mayo existe mayor riesgo de transmisión. Si bien se han encontrado flebótomos en las provincias de Córdoba, Santa Fe y Entre Ríos, en las mismas no se han detectado casos humanos autóctonos.

Hay reportes de casos desde comienzos del siglo XX, cuando se realizó el primer censo en la década de 1920. Desde la década de 1980 se ha reportado un aumento de los casos, vinculado principalmente a brotes de transmisión silvestre y peridoméstica en Formosa, Catamarca, Salta, Chaco, Tucumán, Misiones, Corrientes y Jujuy.

Situación actual

Entre 2019 y 2024 se registraron en Argentina 990 casos confirmados de leishmaniosis cutánea. El 59,3% de los casos ocurrieron en la región Noroeste Argentino (NOA), donde Salta y Jujuy notificaron 385 y 165 casos, respectivamente. La región Noreste Argentino (NEA) es la siguiente con mayor cantidad de notificaciones (35,5% del total), principalmente en Misiones (135 casos) y Chaco (131 casos).

La tendencia temporal se encuentra en descenso, a expensas de la situación epidemiológica en la región NOA, mientras se encuentra estable en la región NEA, donde hubo un aumento en Chaco y Formosa en los últimos años. Estas regiones probablemente presentan diferente estacionalidad, con picos en julio en la región NOA y en noviembre-enero en la NEA, posiblemente relacionados a picos de transmisión en las estaciones de otoño y primavera, respectivamente. Fueron 12 los casos notificados que presentaron como antecedente un viaje a otro país de Latinoamérica y cinco casos referían residencia en otro país. En 2025, hasta la semana epidemiológica 14, se han notificado 13 casos confirmados, 53,7% de ellos en Salta, todos los casos en mayores de 18 años.

En los casos cutáneos que se pudo recabar, la media de días de evolución hasta el diagnóstico fue de 77,65 días, siendo menor en el NOA (50,89 días) y mayor en la zona Centro (180,78 días). La mayoría de los casos afectaron a personas de sexo masculino (80,8%) y de entre 20 y 49 años de edad (58,5% del total). Se identificaron 49 casos que presentaron posibles recaídas, 37 con compromiso cutáneo y 12 con compromiso mucoso. En 54 casos se identificaron profe-

siones asociadas como agricultores, forestales, guardaparques y militares, estos últimos vinculados a un brote ocurrido en Misiones.

Provincia/Región	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1	1	—	2	2	1
Buenos Aires	4	7	4	6	4	3
Córdoba	1	—	1	—	—	1
Entre Ríos	1	—	—	1	1	—
Santa Fe	—	—	—	—	1	1
Centro	7	8	5	9	8	6
Mendoza	—	—	—	—	1	1
San Luis	—	—	—	—	1	—
Cuyo	—	—	—	—	2	1
Chaco	14	10	16	4	53	34
Corrientes	4	9	6	3	—	2
Formosa	2	16	14	3	14	12
Misiones	31	34	37	18	9	6
Noreste Argentino	51	69	73	28	76	54
Catamarca	1	—	—	—	—	—
Jujuy	37	31	39	29	14	15
Salta	50	87	118	56	46	28
Santiago del Estero	—	3	2	1	—	—
Tucumán	8	1	4	1	8	7
Noroeste Argentino	96	122	163	87	68	50
Río Negro	—	1	2	—	2	—
Santa Cruz	1	—	—	—	—	—
Sur	1	1	2	—	2	—
Total Argentina	155	200	243	124	156	111

Casos confirmados de leishmaniosis cutánea, según año y jurisdicción de residencia. Argentina. Años 2019/2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Área de Análisis de Información e Investigación, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Las leishmaniosis son un grupo de enfermedades antroponozoonóticas causadas por diferentes parásitos del género *Leishmania*. Son transmitidas a mamíferos susceptibles –entre ellos los seres humanos– por la picadura de la hembra de diferentes especies de flebotomíneos (subfamilia Phlebotominae), lo que da lugar a distintos complejos vector-parásito-reservorio/hospedero.

En Argentina, se registran ciclos de transmisión autóctona de las siguientes variantes clínicas: leishmaniosis visceral, que representa la forma de mayor gravedad, y leishmaniosis tegumentaria, que incluye, entre otras, las formas cutánea y mucosa.

Aunque dinámica, la transmisión está delimitada a focos naturales donde coexisten vector, reservorio y parásito, condicionados por factores ecológicos como clima, temperatura, humedad y cobertura vegetal. Se han caracterizado tres ciclos de transmisión: selvático, doméstico-rural y doméstico-urbano. A diferencia del ciclo de la leishmaniosis visceral, las leishmaniosis tegumentarias suelen ocurrir en el ciclo selvático que, en Argentina, corresponden a tres regiones fitogeográficas –Yungas, Chaqueña y Paranaense– de 11 provincias del centro y norte del país. La transmisión silvestre en áreas de vegetación primaria o residual representa un riesgo principalmente asociado a actividades laborales, recreativas o extractivistas desarrolladas en esos ambientes. Ocasionalmente, se registran brotes de transmisión en los ciclos doméstico-rural y doméstico-urbano –vinculados a asentamientos ubicados en zonas contiguas a áreas de vegetación primaria o parches residuales urbanos– donde tanto los vectores como los reservorios (animales vertebrados de vida silvestre) pueden perpetuar la transmisión en el entorno peridomiciliario.

La leishmaniosis cutánea es una enfermedad infecciosa que afecta la piel. Su espectro clínico es muy variado y depende de la interacción de varios factores: edad, estado nutricional, respuesta inmunológica, susceptibilidad genética del huésped, especie infectiva, vector, dosis y sitio de inoculación. La presentación cutánea es la más frecuente de todas las leishmaniosis y genera gran morbilidad, pero raramente puede comprometer la vida.

En la región de las Américas se han descrito al menos 15 especies de los subgéneros *Leishmania* (L.) y *Viannia* (V.) vinculados a esta presentación, siendo en Argentina *Leishmania* (V) *braziliensis* el agente etiológico, aunque hay reportes de aislamientos en pacientes también en el Chaco salteño de *L. (L.) amazonensis* y *L. (V.) guyanensis*. La transmisión ocurre cuando una hembra infectada de un flebotomíneo se alimenta de un vertebrado. En Argentina, la principal especie involucrada en la transmisión de *Leishmania braziliensis* es *Nyssomyia neivai*, también se han involucrado a *Migonemyia migonei* y al complejo *Evandromyia cortelezzi*. *Nyssomyia whitmani* solamente se la involucró, hasta el momento, en Puerto Iguazú, Misiones. Múltiples reservorios (animales vertebrados que mantienen al parásito en la naturaleza y perpetúan el ciclo de transmisión) han sido incriminados en el ciclo de vida del parásito; algunos de los identificados son marsupiales (especies de *Didelphis*), perezosos (especies de *Choloepus* y de *Bradypus*), el oso hormiguero menor (*Tamandua tetradactyla*), el zorro (*Cerdocyon thous*) y a roedores (especies de *Rattus*, *Proechimys*, *Nectomys* y *Oryzomys*, entre otros). En cada foco de transmisión hay distintos reservorios principales, siendo la interacción entre los reservorios y los parásitos compleja, multifactorial, circunstancial y dinámica.

La leishmaniosis cutánea localizada es la presentación más habitual, y las lesiones pueden ser únicas o múltiples (hasta 10 lesiones) de localización en zonas expuestas a picaduras, principalmente en las extremidades. La lesión comienza como una pápula que evoluciona a un nódulo, redondeado e indoloro, que aumenta de tamaño de forma progresiva hasta conformar una úlcera

característica de bordes elevados y definidos, con un fondo granuloso que puede o no tener un exudado en su fondo y es indolora. Pueden aparecer lesiones secundarias, nodulares y/o ulceradas y en ocasiones se sobreinfectan, pudiendo presentar exudado purulento y generar dolor. Existen otras presentaciones infrecuentes de leishmaniosis tegumentarias como la cutánea diseminada, la cutánea difusa anérgica, la cutánea atípica y la cutánea crónica recurrente.

En Argentina, las leishmaniosis están incluidas como eventos de notificación obligatoria, según lo establecido por la Ley 15.465 y la Resolución 2827/2022, en concordancia con el Programa Regional de Leishmaniosis instituido por la Organización Panamericana de la Salud desde el año 2011, que actualizó en 2024 su “Plan de acción para fortalecer la vigilancia y el control de las leishmaniosis en las Américas 2023-2030”.

La modalidad de vigilancia es nominal, consiste en la vigilancia universal e inmediata ante la sospecha de casos de leishmaniosis cutánea.

La detección de un caso positivo de rabia en un murciélago en la ciudad de Carmen de Patagones la noche del 11 de abril desató un inmediato operativo de control sanitario. “Activamos el protocolo urgente, como se requiere en estos casos”, aseguró Guillermo Beltrán, titular del área de Zoonosis de Carmen de Patagones, al referirse a este hallazgo.

La Secretaría de Salud municipal, a través del área de Zoonosis, desplegó un refuerzo de vacunación antirrábica preventiva en una zona delimitada por las calles Patagonia, Fourmantin, Muster y Lorenzo Martínez. La medida incluye a todos los perros y gatos residentes en el sector.

Los equipos municipales visitaron casa por casa, vacunando a las mascotas y brindando información clave para prevenir el contagio. A quienes no se encontraban en su domicilio, se les indicó que pueden acercarse con su animal de compañía a la sede de Zoonosis.

Beltrán destacó la celeridad del operativo y subrayó la importancia de haber contado con el respaldo de personal especializado llegado desde la localidad de Azul, con experiencia en este tipo de situaciones. “Es una enfermedad que requiere atención inmediata. No se puede esperar”, enfatizó.

La rabia, una zoonosis viral que puede ser mortal, se transmite a través de la saliva de animales infectados, generalmente por mordeduras. Aunque es infrecuente en animales domésticos vacunados, la aparición del virus en fauna silvestre representa una amenaza latente.

Desde Zoonosis recalcaron que todos los caninos y felinos deben contar con vacunación antirrábica anual obligatoria a partir de los tres meses de edad, sin excepción. Asimismo, se instó a la comunidad a reportar cualquier comportamiento extraño en murciélagos o mascotas y evitar el contacto directo con animales silvestres.



COLOMBIA

LA CIENCIA Y EL CONOCIMIENTO INDÍGENA SE UNEN
PARA LUCHAR CONTRA LA ENFERMEDAD DE CHAGAS

14/04/2025

En la comunidad de Machín, hogar del pueblo indígena wiwa, en la región de la Sierra Nevada de Santa Marta en Colombia, una de cada tres personas vive con la [enfermedad de Chagas](#), que afecta desde a recién nacidos hasta a personas mayores y que si no se trata puede provocar daños irreversibles al corazón y otros órganos vitales. “En Colombia hay aproximadamente 400.000 personas infectadas”, dijo Gabriel Jaime Parra Henao, director del Centro de Investigación en Salud Para el Trópico (CIST).



Esta cifra aumenta cuando se trata de la región. “En Latinoamérica se considera que existen entre 6 y 8 millones de personas infectadas con la enfermedad de Chagas”, agregó Parra Henao, también asesor de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Y la cifra asciende vertiginosamente cuando se trata del riesgo. “Hay estadísticas de hasta 70 millones de personas en riesgo en América Latina y en la zona endémica de Colombia (la zona Andina, la Orinoquia y la Sierra Nevada de Santa Marta) hay 3 millones de personas en riesgo”, puntualizó.

Se trata de estimaciones debido a que los síntomas pueden tardar años en desarrollarse, de modo que muchas personas desconocen que son portadoras del parásito que causa la enfermedad de Chagas. “La infección pasa inadvertida y así puede durar hasta 12 años o más, algunos son detectados cuando van a donar sangre, en el cribado obligatorio”, recalcó Parra Henao.

Aunque este mal remonta de hace un siglo en comunidades campesinas, los insectos –principales causantes de la enfermedad– y los movimientos migratorios de las últimas décadas han hecho que la enfermedad de Chagas se haya urbanizado y viajado a [otros países en los que no se estaba desarrollando](#).

En Colombia, no obstante, desde hace años se están llevando a cabo diversas medidas para erradicarla. “Entre los años 1998 y 2000, el país realizó el programa nacional de prevención y control de la enfermedad de Chagas que permitió tener claridad de la situación en 15 departamentos”, recordó el director del CIST.

Asimismo, “se han realizado otras investigaciones como la de la Red Chagas Colombia que permitieron avanzar en mayor conocimiento de la enfermedad en el país y desde el año 2013,

el Ministerio de Salud emprendió el trabajo de interrupción de la transmisión. Eso ha permitido certificar ante la Organización Panamericana de la Salud a 80 municipios como libres de transmisión de la enfermedad de Chagas”, recalcó.

Estos logros se refieren a la transmisión a través de los insectos triatominos; no obstante, también puede transmitirse de manera congénita (de madre a hijo) o a través de transfusiones de sangre y trasplante de órganos, así como por el consumo de alimentos contaminados.

Complementando saberes

Un nuevo enfoque, que integra el conocimiento tradicional indígena con la experiencia médica científica, así como la unión de liderazgos indígenas y autoridades de salud locales para colaborar a la hora de implementar estrategias de diagnóstico y tratamiento, se está aplicando ahora en un proyecto en el norte de Colombia.

“Es innovador porque la cosmovisión de los pueblos indígenas no se había tenido en cuenta para responder a la atención de la enfermedad de Chagas. Es un encuentro de dos enfoques de medicina que no chocan, sino que se complementan”, dijo Andrea Rosana Marchiol, médico y responsable del área de Proyectos de Acceso al Tratamiento del Chagas de la Iniciativa Medicamentos para Enfermedades Desatendidas (DNDI).

Desarrollado por la DNDI y realizado en asociación con la organización Wiwa, la Institución Promotora de Salud Indígena (IPSI) Dusakawi, la Empresa Prestadora de Salud Indígena (EPSI) Dusakawi y el gobierno municipal, el proyecto toma a los insectos como parte de la comunidad donde están considerados como guardianes sagrados que aparecen en los hogares para cobrar deudas espirituales causadas por la destrucción de la naturaleza.

“No pensábamos que los pitos (como se conocen localmente a los insectos triatominos) nos podían atacar tan fuerte, podían causarnos hasta la muerte”, puntualizó José María Martínez, director de la IPSI Dusakawi, entidad que, conjuntamente con la organización Wiwa, están liderando la implementación de la Ruta Intercultural de Atención para la Enfermedad de Chagas.

“Propusimos conjuntamente soluciones desde la perspectiva técnica, médica, pero también soluciones desde la perspectiva espiritual, cultural, comunitaria y de derecho a la salud”, comenta Marchiol. Así, “las atenciones, visitas e intervenciones en la comunidad se inician con un espacio espiritual liderado por el Mamo (líder espiritual wiwa) que permite entrelazar ambas medicinas”, agregó.

De este modo, antes de fumigar, el Mamo lleva a cabo un ritual usando semillas de árboles nativos para que los insectos se queden en el bosque y no reinfesten las casas.

Implicando a la comunidad, resultados asegurados

La difusión sobre la enfermedad también cuenta con la participación de Víctor José Loperena Mindiola, un conocido líder local que viaja entre comunidades para contar su propio tratamiento.

Marchiol se muestra satisfecha con los resultados del proyecto. “Mostró la capacidad para identificar a los infectados: muchas de estas personas antes no conocían su condición. También garantizó la oferta de atención a 100% de los positivos”, aseguró.

“El 90% de las personas positivas iniciaron un tratamiento, otras personas no lo iniciaron por diferentes causas (embarazo, lactancia, edad avanzada, entre otras)”, detalló. Así, se ha conse-

guido diagnosticar a 85% de la población en los cinco asentamientos en los que se ha llevado a cabo el proyecto.

Por otro lado, las mujeres wiwa también han participado en otra iniciativa para la eliminación de la transmisión materno-infantil (ETMI Plus) de la enfermedad de Chagas. Y es que según las estimaciones de la OMS, entre 8.000 y 15.000 bebés nacen con la infección cada año en América Latina.

“El pueblo wiwa tiene su líder espiritual masculino (Mamo) y también tiene su líder espiritual femenina (Saga). Se promueve su control durante el embarazo. El diagnóstico y tratamiento de niñas y mujeres en edad fértil es clave, ya que reduce la transmisión madre-hijo en futuros embarazos”, concluyó Marchiol. Junto con los laboratorios ELEA y FMS, han desarrollado una formulación oral soluble en agua de un medicamento para bebés. Se estima que casi 100% de los recién nacidos pueden eliminar el parásito que causa la enfermedad de Chagas si se tratan en el primer año de vida.

La alerta por fiebre amarilla en Colombia sigue generando preocupación a nivel nacional, especialmente de cara a la movilización masiva de ciudadanos durante la Semana Santa.

El ministro de Salud, Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez, reiteró el llamado a la vacunación, especialmente para quienes planean viajar a zonas calificadas de alto riesgo.



Según el Ministerio de Salud, 388 municipios del país se encuentran en riesgo potencial de brotes, lo que representa casi una tercera parte del territorio nacional.

El ministro destacó que esta situación es especialmente alarmante en regiones donde históricamente no se habían presentado casos, como el oriente y sur del departamento Tolima, así como en el norte del mismo, donde recientemente se detectó un caso que permanece bajo monitoreo.

La intervención del Estado en la vacunación de los niños

A esta situación se suma un desafío adicional: la negativa de algunos padres a vacunar a sus hijos. Jaramillo Martínez afirmó que cuando está en riesgo la vida de los menores, el Estado puede intervenir, respaldado por el Artículo 44 de la Constitución, el cual establece que los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.

“Se está violentando a los niños al no vacunarlos”, aseguró el ministro, quien aclaró su posición respecto a la patria potestad en estos casos. Además, anunció que se ha emitido una circular al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar para que realice seguimiento y monitoreo de las situaciones en las que los padres se niegan a inmunizar a sus hijos.

“En el país hay 72 casos activos y se han registrado 33 muertes, lo que nos da una mortalidad cercana a 46%. Es una enfermedad letal”, advirtió Jaramillo Martínez, quien enfatizó que todos los fallecimientos se han dado en personas no vacunadas.

Asimismo, señaló que no se puede permitir que los menores de edad queden desprotegidos ante un virus tan agresivo. “Un adulto puede firmar un consentimiento donde exprese que no desea vacunarse, pero los padres no pueden negarles a sus hijos el derecho a la vacunación cuando está en juego su vida”, dijo.

Aunque se han presentado casos en niños, Jaramillo Martínez confirmó que todos ellos habían sido vacunados y ninguno ha fallecido. “Los casos fatales han sido exclusivamente en personas no inmunizadas o renuentes a la vacuna”, sostuvo.

Jaramillo Martínez también indicó que ya sostuvo reuniones con alcaldes de todo el país para fortalecer las estrategias de vacunación y garantizar el acceso a los biológicos en las regiones más vulnerables.

El brote de sarampión en el oeste de Texas no ocurrió por casualidad.

Esta enfermedad, fácilmente prevenible y declarada erradicada en Estados Unidos en el año 2000, azotó comunidades de más de 20 condados texanos, en parte porque los departamentos de salud carecían de los fondos necesarios para llevar a cabo los programas de vacunación, dijeron funcionarios.

“Desde hace años no hemos tenido un programa de inmunización sólido que realmente pueda hacer mucho trabajo de campo”, dijo Katherine Wells, directora de Salud Pública en Lubbock, que se encuentra a 90 minutos en automóvil del epicentro del brote.



Los programas de inmunización a nivel nacional se han visto debilitados debido a años de estancamiento en la financiación por parte de los gobiernos a nivel federal, estatal y local. En Texas y en otros lugares, esto contribuyó a preparar el terreno para el brote de sarampión actual e impulsó su propagación. Ahora, los recortes a la financiación federal amenazan los empeños para prevenir más casos y más brotes.

Los departamentos de salud recibieron un flujo de dinero en efectivo para combatir la covid, pero fue insuficiente para compensar años de negligencia. Además, la confianza en las vacunas se ha erosionado. Las autoridades sanitarias advierten que la situación tiene los elementos para empeorar.

Los recientes recortes del gobierno del presidente Donald John Trump han retirado miles de millones de dólares de fondos relacionados con la covid, y 2.000 millones de dólares de esos fondos estaban destinados a programas de inmunización contra diversas enfermedades. Quien supervisa los recortes es el secretario de Salud, Robert Francis Kennedy Jr., quien saltó a la fama por encabezar un movimiento antivacunas. Si bien Kennedy dijo que quiere que la agencia a su cargo prevenga futuros brotes, también ha declinado transmitir un mensaje constante y contundente que ayude a lograrlo: motivar a la gente a vacunar a sus hijos contra el sarampión y recordarles que hacerlo es seguro.

Al mismo tiempo, legisladores en Texas y cerca de dos tercios de los estados han presentado leyes este año que facilitarían la renuncia voluntaria a las vacunas o que cuando menos obstaculizarían el vacunar a más personas. Esto socava aún más los intentos para mantener las enfermedades infecciosas bajo control, señalaron funcionarios sanitarios.

Los más de 700 casos de sarampión reportados este año en Estados Unidos ya superaron el total del año pasado. La gran mayoría –más de 540– han ocurrido en Texas, pero han surgido casos en otros 23 estados. Dos niñas texanas han fallecido. Una niña de 6 años del condado de Gaines, epicentro del brote, falleció en febrero, la primera muerte por sarampión en Estados Unidos en una década. Una niña de 8 años de la misma localidad, Seminole, murió este mes.

Por lo general, en Estados Unidos se exige que los niños estén vacunados para ir a la escuela, lo que en el pasado garantizaba que las tasas de vacunación se mantuvieran lo suficientemente altas como para prevenir la propagación de enfermedades infecciosas como el sarampión. No obstante, un número creciente de padres ha omitido las vacunas para sus hijos. La proporción de niños exentos de los requisitos de vacunación alcanzó un máximo histórico, y sólo 92,7% de los niños de jardín de infantes recibieron las vacunas obligatorias en 2023. Esta cifra está muy por debajo del nivel de cobertura de 95% que mantiene a raya a las enfermedades infecciosas.

Mantener elevadas las tasas de vacunación requiere vigilancia, compromiso y dinero.

Aunque el brote en Texas comenzó en comunidades menonitas que se han mostrado reacias a las vacunas y que desconfían de la intervención gubernamental, se propagó rápidamente a otros lugares que también tienen tasas de vacunación bajas. Existen focos similares de subvacunación en todo el país que podrían ser el detonante que desencadene otro brote.

“Es como un huracán sobre aguas cálidas en el Caribe”, observó el Dr. Peter Jay Hotez, codirector del Centro para el Desarrollo de Vacunas del Hospital Infantil de Texas, en Houston. “Mientras haya aguas cálidas, el huracán seguirá adquiriendo fuerza. En este caso, las aguas cálidas son los niños no vacunados”.

Financiación de vacunas estancada en Texas

Lubbock recibe una subvención estatal anual para inmunización de 254.000 dólares, la cual puede utilizar para personal, divulgación, publicidad, educación y otros elementos de un programa de vacunación. Esta subvención no ha aumentado en al menos 15 años a pesar de que la población ha crecido.

Solía ser suficiente para pagar tres enfermeras, un asistente administrativo, publicidad e incluso obsequios para repartir en ferias de salud, señaló Wells. “Ahora eso cubre a una enfermera, una cuarta parte de otra enfermera, un poco de ayuda de un asistente administrativo, y prácticamente nada más”.

Texas tiene uno de los niveles de financiación estatal per cápita para salud pública más bajos de la nación, con apenas 17 dólares por persona en 2023, según el Centro Estatal de Asistencia para el Acceso a Datos de Salud.

Las vacunas son una de las herramientas más eficaces en el arsenal de la salud pública, ya que previenen enfermedades y reducen la necesidad de atención médica costosa. Las vacunas infantiles previenen cuatro millones de muertes en todo el mundo cada año, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), que afirman que la vacuna contra el sarampión salvará unos 19 millones de vidas para 2030.

Los programas de inmunización en Estados Unidos se financian con una combinación variable de fondos federales, estatales y locales. El dinero federal se envía a cada estado, que decide cuánto destinar a los departamentos de salud locales.

El estancamiento en los fondos para vacunas en Texas dificultó que los departamentos locales de salud mantengan sus programas en marcha. El Departamento de Salud de Lubbock, por ejemplo, no tiene el dinero para financiar anuncios segmentados en Facebook con el fin de fomentar la vacunación ni para realizar una labor sólida de acercamiento comunitario que ayude a generar confianza.

En el condado de Andrews, colindante con el condado de Gaines, el mayor costo de su programa de inmunización es el personal. Pero si bien todo se ha encarecido, la subvención no

ha cambiado, señaló el director de Salud, Gordon Patrick Mattimoe. Esto traslada la carga económica a los gobiernos de los condados. Algunos aportan más dinero, otros no. El suyo lo hizo.

El problema: mantener a la gente a salvo de los brotes requiere altas tasas de vacunación en una región extensa, y los gérmenes no se detienen en los límites de los condados.

El condado de Andrews, con una población de 18.000 habitantes, ofrece una clínica de vacunación que no requiere cita previa de lunes a viernes, pero otras comunidades del oeste de Texas, no. Más de la mitad de las personas que acuden a la clínica viajan desde otros condados, reportó Mattimoe, incluidos lugares mucho más grandes y el condado de Gaines.

“Algunos tuvieron que conducir una hora o más. Lo hicieron porque tenían dificultades para vacunarse en su condado de origen debido a las largas esperas, la falta de proveedores y otros problemas”, expuso Mattimoe. “No pueden obtenerla en su lugar de residencia. La gente se desborda, llegan hasta acá. Hay un problema de acceso”.

Eso aumenta la probabilidad de que las personas no se vacunen.

En el condado de Gaines, sólo 82% de los niños de jardín de infantes fueron vacunados contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola. E incluso en el condado de Andrews, donde la tasa de vacunación de 97% supera el umbral de 95% para prevenir brotes, ha disminuido dos puntos porcentuales desde 2020.

La crisis de financiación de las vacunas no sólo ocurre en Texas

Los departamentos de salud de los que millones de estadounidenses dependen para vacunarse se apoyan en gran medida en dos programas federales: Vacunas para Niños y la Sección 317 de la Ley de Servicio de Salud Pública. Vacunas para Niños proporciona las vacunas en su mayor parte. La Sección 317 otorga subvenciones para vacunas, pero también para la gestión de los programas y la aplicación de vacunas.

Aproximadamente la mitad de los niños cumplen con los requisitos para Vacunas para Niños, un programa de protección social creado en respuesta a la epidemia de sarampión de 1989-1991, en la que 55.000 personas enfermaron y 123 murieron. Fondos de la Sección 317 enviados a los departamentos de salud estatales y locales financian las vacunas, así como los enfermeros, la difusión y la publicidad.

En general, los departamentos de salud utilizan los programas en conjunto, y desde la pandemia, a menudo se les ha permitido complementarlos con fondos destinados a combatir la covid.

Los fondos de la Sección 317 no se han incrementado durante años, a pesar de que los costos de todo han aumentado, desde los salarios hasta las vacunas. Un informe de los CDC de 2023 al Congreso estimó que se necesitaban 1.600 millones de dólares para financiar la totalidad de un programa integral de vacunación de la Sección 317. El año pasado, los legisladores aprobaron menos de la mitad: 682 millones de dólares.

Esto, sumado a la insuficiencia de fondos estatales y locales, obliga a tomar decisiones difíciles. La Dra. Kelly Lynn Moore, especialista en medicina preventiva, dijo que se enfrentó a este dilema cuando dirigió el programa de inmunización de Tennessee de 2004 a 2018.

“¿Qué enfermedades podemos costear prevenir y a cuántas personas podemos darnos el lujo de proteger? Esas decisiones tienen que ser tomadas cada año por cada estado”, añadió Moore, quien ahora dirige el grupo activista Immunize.org.

Podría ser necesario cerrar una clínica rural o eliminar el horario nocturno y de fin de semana, puntualizó. “Se vuelve difícil para ellos tener al personal que requieren para las clínicas que tienen, y a las personas de esas comunidades acceder a ellas, especialmente si se trata de trabajadores de bajos recursos”, señaló.

Al mismo tiempo, las autoridades sanitarias dicen que se necesita mayor financiación para combatir la información falsa y la desconfianza hacia las vacunas. En una encuesta de 2023 realizada por la Asociación Nacional de Funcionarios de Salud de Condados y Ciudades, 80% de los departamentos de salud locales reportaron reticencia a las vacunas entre los pacientes o sus padres durante el año anterior, en comparación con el 56% en 2017.

“Si no invertimos en educación, será aún más difícil mantener estas enfermedades bajo control”, expuso Moore.

Un futuro incierto

Ante estos obstáculos, la situación empeoró mucho más en marzo, cuando el departamento de salud dirigido por Kennedy canceló miles de millones de dólares en fondos estatales y locales. Luego de que 23 estados presentaran una demanda, un juez suspendió los recortes en esos estados por ahora, pero no en Texas ni en otros estados que no se sumaron a dicha demanda.

Pero los departamentos de salud locales no se arriesgan y están movilizándose para recortar servicios.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) reportó que el dinero, asignado a través de las iniciativas contra la covid, fue recortado porque la pandemia concluyó. Sin embargo, los CDC habían permitido que esos fondos se utilizaran para reforzar la infraestructura de salud pública en general, incluidos los programas de inmunización.

Antes de ser confirmado como secretario de salud, Kennedy prometió no retirar las vacunas. Pero en Texas, los recortes de su departamento significan que los departamentos de salud estatales y locales han perdido 125 millones de dólares en fondos federales relacionados con la vacunación mientras lidian con el brote de sarampión.

El condado de Dallas, a 560 kilómetros de donde comenzó el brote, tuvo que cancelar más de 50 clínicas de vacunación, incluso en escuelas con bajas tasas de inmunización contra el sarampión, indicó el Dr. Philip Huang, director de salud del condado.

Cerca del epicentro del brote, el departamento de salud de Lubbock informó que siete puestos de trabajo están en riesgo porque eran financiados con esas subvenciones. Entre las acciones afectadas están las inmunizaciones.

Al otro lado de la frontera, en New México, donde el brote se ha propagado, el estado perdió subvenciones que financiaban la educación sobre las vacunas.

Los recortes también afectan a programas de vacunación en otros estados

Aún no está claro cómo afectarán los recortes recientemente anunciados de 2.000 millones de dólares a los programas de inmunización en todo el país, pero ya comienzan a surgir detalles de algunos estados.

El estado de Washington, por ejemplo, perdería aproximadamente 20 millones de dólares en fondos relacionados con la vacunación. Los funcionarios se vieron obligados a pausar la campaña de vacunación móvil “Care-A-Van”, que desde julio aplicó más de 3.900 vacunas

contra la influenza, 5.700 vacunas infantiles y 6.800 vacunas contra la covid. El estado también debió cancelar más de 100 clínicas de vacunación programadas hasta junio, incluidas más de 35 en escuelas.

Funcionarios sanitarios de Connecticut estiman que, si los recortes continúan, perderán 26 millones de dólares para la inmunización. Entre otras reducciones, esto implica la cancelación de 43 contratos con departamentos de salud locales para aumentar las tasas de inmunización y fomentar la confianza en las vacunas, perder clínicas de vacunación y centros móviles en barrios desfavorecidos, y suspender la distribución de materiales educativos sobre las vacunas.

Varios de los 23 estados que demandaron al gobierno federal, incluidos Minnesota, Rhode Island y Massachusetts, citan pérdidas en los programas de vacunación.

A medida que los recortes afectan aún más a los departamentos de salud –que ya se encuentran en dificultades–, aunados a voces antivacunas cada vez más prominentes y poderosas, los médicos temen que la reticencia a vacunarse siga propagándose. Y lo mismo harán el sarampión y otros virus.

“El propósito de toda mi vida es evitar que la gente sufra. Y las vacunas son una forma excelente de lograrlo”, manifestó Moore. “Pero si no invertimos en ellas para que sean inyectadas, entonces no veremos sus beneficios”.

Las autoridades sanitarias de México reportaron 54 casos de fiebre manchada de las Montañas Rocosas en siete estados hasta el 5 de abril de este año, un notable incremento respecto de los 30 casos reportados el año pasado para la misma fecha, según el [Boletín Epidemiológico](#) elaborado por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud.

Hasta el momento, los estados que reportan casos son Baja California (12 casos), Chihuahua (12), Nuevo León (11), Sonora (11), Sinaloa (4), Coahuila (3) y Durango (1).

De estos 54 casos, 30 afectaron a personas de sexo masculino y 24 del femenino.

La fiebre manchada de las Montañas Rocosas es endémica en zonas urbanas de varios estados del norte de México, incluidos, entre otros, Baja California, Sonora, Chihuahua, Coahuila y Nuevo León. Se trata de una enfermedad transmitida por garrapatas y causada por el organismo *Rickettsia rickettsii*. No se transmite de una persona a otra.

Por lo general, la enfermedad progresa con la aparición repentina de fiebre alta, dolor muscular intenso, dolor de cabeza intenso y escalofríos. Suele aparecer una erupción en las extremidades en un plazo de cinco días, que luego se extiende a las palmas de las manos y las plantas de los pies, y luego rápidamente al tronco. La enfermedad progresa rápidamente y, si no se trata, suele ser mortal; la mitad de las personas que fallecen a causa de la fiebre manchada de las Montañas Rocosas lo hacen en los ocho días siguientes a su inicio. La tasa de letalidad en México puede superar el 40%, y los niños menores de 10 años tienen cinco veces más probabilidades que los adultos de morir por esta causa.

La muerte es poco común si la enfermedad se reconoce y trata rápidamente. La ausencia o aparición tardía del exantema típico, o su incapacidad para reconocerlo, especialmente en personas de piel oscura, retrasan el diagnóstico y aumenta la mortalidad. Las primeras etapas de la fiebre manchada de las Montañas Rocosas pueden confundirse con erliquiosis, meningitis meningocócica e infección por enterovirus.

La doxiciclina es el tratamiento antibiótico recomendado para la fiebre manchada de las Montañas Rocosas en adultos y niños de todas las edades, incluidas las mujeres embarazadas.

Indica una publicación en [Facebook](#):

“Para los que aún no saben, estamos viviendo una pandemia de VIH (hay creciente de contagios a nivel mundial), y en Nuevo Laredo [en el estado Tamaulipas] hay 4.100 casos confirmados actualmente una epidemia de contagios, imagínense los NO diagnosticados, todavía andan contagiando por ahí a todo aquel sin saber”.

Otra entrada en la misma [red social](#) asegura:

“#UltimaHora LA PANDEMIA DEL VIH ATACA LA REGION CARBONIFERA [en el estado Coahuila]. Para los que aún no saben, estamos viviendo una pandemia de VIH (hay creciente de contagios a nivel mundial), y en México hay más de 160 mil casos confirmados actualmente, una epidemia de contagios, imagínense los no diagnosticados todavía que andan contagiando por ahí a todo aquel sin saber”.

Otro [usuario](#) detalla:

“ALERTA POR EPIDEMIA DE VIH EN LA PENÍNSULA DE YUCATAN, SUMAN MÁS DE 13 MIL NUEVOS CASOS, LA MAYORÍA EN EDAD DE 29 AÑOS”.

Mensajes que reportan las mismas cifras y que alertan de una pandemia de casos de VIH también se han [compartido en X](#) (ex Twitter).

El VIH y el sida se volvieron tendencia en México luego de que la directora del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, Winifred Byanyima, [alertara](#) a fines de marzo sobre un aumento real de contagios a nivel mundial si el gobierno de Estados Unidos no restablece el financiamiento de la agencia que lidera el esfuerzo para acabar con el sida.

Desde entonces, la búsqueda de palabras como “VIH”, “pandemia”, “sida” y “México” se han [incrementado exponencialmente](#), según un análisis en Google Trends.

Sin embargo, los casos registrados de VIH no muestran un comportamiento anormal en lo que va de 2025 en el país ni en los estados mencionados en las entradas virales.

Tamaulipas

En México, el [Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida \(CENSIDA\)](#) es la institución de la Secretaría de Salud federal encargada de prevenir, controlar y reportar los casos. Aunque publica [informes de vigilancia epidemiológica](#) de forma trimestral, el más reciente fue difundido en el marco del Día Mundial del VIH, que se conmemora cada 1 de diciembre. En ese reporte, en el estado de Tamaulipas –donde se encuentra Nuevo Laredo– se registran [4.076 casos](#) acumulados entre 2014 y 2024.

En 2024, de acuerdo con el [apartado](#) “Casos de VIH Notificados por Estado de Residencia según Año de Diagnóstico”, 460 personas se infectaron de VIH en Tamaulipas, un caso menos que el año anterior.

Entre el 1 de enero y el 7 de abril de 2025, se han [detectado](#) 95 casos de VIH en todo Tamaulipas, según el boletín semanal de casos de enfermedades, trastornos y accidentes en México publicado por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud federal.

Coahuila

La región carbonífera se encuentra en el estado de Coahuila, al noreste de México, y está conformada por los municipios de Juárez, Melchor Múzquiz, Progreso, Sabinas y San Juan de Sabinas.

Desde 2014, en el país se han registrado 167.947 casos de VIH, según CENSIDA, pero no hay evidencia de que el virus “ataca” la región carbonífera, como aseguran usuarios. En 2024, en ese estado se detectaron 41 transmisiones nuevas de VIH, una disminución de 37% comparada con los 65 casos reportados en 2023.

En lo que va de 2025, se detectaron 58 infecciones nuevas de VIH, de acuerdo con la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud federal.

Península de Yucatán

En la Península de Yucatán, que comprende los estados de Yucatán, Campeche y Quintana Roo, se registraron 1.626 casos nuevos en 2024, una disminución de 2,2% en comparación con los 1.663 registrados en 2023, conforme a los datos de CENSIDA.

En 2025, se reportaron 425 casos nuevos entre enero y abril, según informaciones de la Secretaría de Salud federal.

Desde 1983, cuando el gobierno mexicano empezó a registrar los casos de VIH, y hasta 2024, hay 246.188 personas viviendo con el virus en el país. Entre enero y abril de 2025, se han detectado 3.591 nuevas infecciones en todo México.

“No estamos fuera de los parámetros”

Los nuevos casos de VIH registrados en 2025 en México están dentro del parámetro esperado y no implican un motivo de alarma, señaló el doctor en Ciencias en Sistemas de Salud, Ricardo Baruch Domínguez.

“Lo ideal sería que a estas alturas en México hubiera una reducción más significativa de los casos, pero comparado con el histórico y comparado también con la tendencia en otros países de América Latina, en realidad no estamos fuera de los parámetros”, explicó el especialista el 7 de abril de 2025.

“Que haya algunas decenas de casos más en comparación con el año previo no nos dice todavía nada (...) En realidad tendríamos que esperar prácticamente a que acabe el año para ver este panorama general. Si al final del año vemos que fueron 25.000 casos versus 18.000 del año pasado, ahí sí habría obviamente un motivo más fuerte de preocupación”, precisó Baruch Domínguez.

Aunque hay miles de personas viviendo con VIH en México, no significa que todas puedan transmitirlo. La mayoría de los diagnosticados, según CENSIDA, está en tratamiento con medicamentos antirretrovirales que inhiben la replicación del virus y los vuelve indetectables e intransmisibles.



Captura de pantalla hecha el 4 de abril de 2025 de una publicación en Facebook.

En República Dominicana, hasta fines de marzo, se habían confirmado 20 casos de leptospirosis, de los cuales 50% correspondía a personas de nacionalidad haitiana. Hasta la fecha, esta enfermedad ha provocado un deceso en el país.

La situación es similar en otros eventos de notificación obligatoria, tales como las muertes maternas: en lo que va del año se registran 42 decesos, de los que 24 son dominicanas y 18 haitianas.

Estos casos de leptospirosis estuvieron distribuidos en La Altagracia (5 casos), San Cristóbal (3), La Romana (2), Montecristi (2), Santo Domingo (2), El Seibo (1), Espaillat (1), Puerto Plata (1), Hermanas Mirabal (1), San Pedro de Macorís (1) y Valverde (1).

De acuerdo con los datos, el sexo masculino fue el más afectado y la mayor cantidad de casos estuvieron en el grupo de edad de 20 a 29 años, mientras que en lo relacionado a las mujeres sólo se presentó en edades de 40 a 49 años.

La leptospirosis es una infección que se produce principalmente por el contacto directo con la orina de animales infectados o con ambientes contaminados por esta, con una incidencia en el país de 0,75 casos cada 100.000 habitantes.

Los síntomas pueden variar desde fiebre, dolor de cabeza y escalofríos hasta formas más graves que incluyen meningitis, insuficiencia hepática o renal y hemorragias pulmonares.

La Dirección de Epidemiología indicó que el Ministerio de Salud Pública implementa diversas acciones para la prevención y control de la leptospirosis, especialmente durante períodos de lluvias intensas.

Entre estas medidas se incluyen campañas de concienciación dirigidas a la población, enfatizando la importancia de evitar el contacto con aguas estancadas y lodo, fuentes comunes de la bacteria *Leptospira interrogans*.

Además, recomienda a las personas expuestas en ambientes contaminados, como agricultores y trabajadores de saneamiento, someterse a tratamientos profilácticos con antibióticos como la doxiciclina para prevenir infecciones.

El órgano rector también mantiene una vigilancia epidemiológica activa para detectar y dar seguimiento a casos febriles, facilitando un tratamiento temprano y reduciendo complicaciones.

La Unidad de Sanidad Animal y Zoonosis de la Dirección General de Salud Pública de España confirmó un nuevo caso de rabia animal en la Ciudad Autónoma de Melilla, según el diagnóstico realizado por el laboratorio del Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud 'Carlos III'. Se trata del segundo caso confirmado en lo que va de 2025, tras el [primero](#) registrado el pasado 8 de abril.



El animal afectado es un perro mestizo, de tamaño mediano, pelaje corto de color blanco y negro, que fue avistado el pasado 8 de abril en la zona del dique sur de la playa de la Hípica, cerca de la valla fronteriza con Marruecos, en las inmediaciones del paso de Beni-Enzar.

El perro fue capturado ese mismo día y comenzó a mostrar síntomas compatibles con rabia de forma inmediata, falleciendo al día siguiente, el 9 de abril. La muestra biológica fue enviada el 10 de abril al Centro Nacional de Microbiología, que confirmó la presencia del virus al día siguiente.

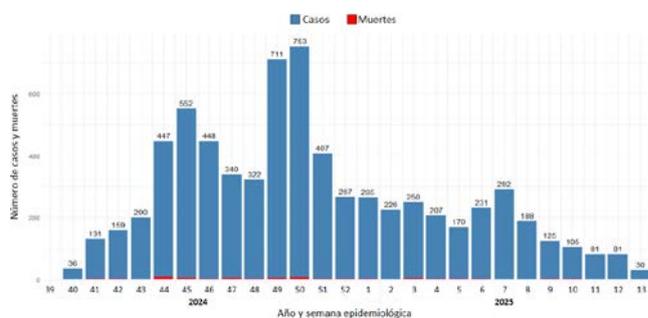
Las autoridades sanitarias hicieron un llamamiento urgente a la población: cualquier persona que haya tenido contacto físico con este animal, especialmente si ha sido mordida o expuesta a su saliva, debe acudir cuanto antes a la Dirección General de Salud Pública, o contactar con el Servicio de Policía Local.

Asimismo, se solicitó a la ciudadanía que informe a las autoridades si el perro pudo haber mordido a otro animal en la zona. La colaboración ciudadana es clave para evitar la propagación de esta enfermedad.

La Dirección General de Salud Pública recordó que la rabia es una enfermedad mortal tanto para personas como para animales una vez aparecen los primeros síntomas. Por ello, insistió en la importancia de no tocar, alimentar ni recoger animales vagabundos o con signos de enfermedad. En estos casos, se debe contactar inmediatamente con la Policía Local para que los servicios competentes procedan a su retirada segura.

También reiteró que la vacunación antirrábica anual es obligatoria y gratuita en Melilla para todos los perros, gatos y hurones mayores de tres meses.

El cólera sigue representando un desafío para la salud pública en Ghana, a pesar de una notable tendencia a la baja en las nuevas infecciones. El brote, que se reportó por primera vez a principios de octubre de 2024, permanece activo, con 30 nuevos casos registrados en la semana epidemiológica (SE) 13. Esto representa una disminución de 62,0% respecto de los 79 casos notificados la SE anterior. El brote permanece activo en la Región Central, donde cuatro distritos (Gomoa West, Effutu, Komenda-Edina-Eguafo-Abirem y Gomoa Central) aún notifican casos.



Casos y muertes por cólera. Ghana. Del 4 de octubre de 2024 al 30 de marzo de 2025. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Del 4 de octubre de 2024 al 30 de marzo de 2025, se ha notificado un total acumulado de 7.024 casos, con 51 fallecimientos (tasa de letalidad de 0,7%) en cinco de las 16 regiones de Ghana. El brote se ha concentrado predominantemente en las regiones Central (3.132 casos), Western (2.248) y Greater Accra (1.499), que en conjunto representan 97,9% de todos los casos notificados. Las regiones Ashanti (106 casos) y Eastern (39) también han registrado casos, aunque en menor número. Todas las muertes asociadas al cólera se han producido en las regiones Western (19 muertes), Central (19) y Greater Accra (13). Cabe destacar que 44 muertes (86,2% del total) se registraron en centros de salud. El brote ha afectado a personas de todos los grupos de edad, observándose la mayor incidencia en adultos de 31 a 40 años. Los hombres representan una proporción ligeramente mayor del total de casos notificados.

El brote alcanzó su punto máximo en la SE 50 de 2024, cuando se reportaron 753 casos y ocho fallecimientos. Durante las últimas seis SE, se ha observado una disminución constante en el número de nuevos casos notificados en todo el país.

Sin embargo, el brote permanece activo en el área costera de la región Central, donde una combinación de factores de riesgo continúa impulsando la transmisión. Estos incluyen la defecación al aire libre generalizada en las playas y el uso de aguas superficiales y no tratadas, en medio de las presiones de la rápida urbanización y la alta densidad de población en las localidades costeras.

Acciones de salud pública

- El Servicio de Salud de Ghana, bajo la dirección del Ministerio de Salud, continúa coordinando la respuesta nacional al brote de cólera, con el apoyo técnico de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus socios sanitarios. A nivel subnacional, se han activado comités regionales y distritales de gestión de emergencias de salud pública en todas las zonas afectadas para coordinar e implementar las medidas de respuesta locales. Se desplegaron equipos multidisciplinarios de respuesta rápida para apoyar la respuesta al brote en las zonas afectadas.
- Continúan las labores de vigilancia, que incluyen investigaciones epidemiológicas y la búsqueda activa de casos en las comunidades. Se ha sensibilizado al personal sanitario

sobre las definiciones de casos de cólera, y los datos del brote se gestionan a través del Sistema de Gestión y Análisis de la Respuesta a la Vigilancia de Brotes (SORMAS) para la notificación y el análisis en tiempo real de la información.

- Se ha mejorado la capacidad de diagnóstico mediante la capacitación del personal en la gestión de muestras. Se han distribuido kits de pruebas de diagnóstico rápido a las regiones afectadas, y se están realizando pruebas periódicas a los casos sospechosos y a los vendedores de alimentos. Se está realizando un muestreo semanal de un subconjunto de casos en las comunidades afectadas para monitorear la transmisión.
- Se realizaron evaluaciones ambientales en los distritos y comunidades insulares afectados. Se han proporcionado baños temporales y móviles en zonas de alto riesgo para reducir la contaminación.
- Se ha capacitado al personal sanitario en la gestión de casos y en las normas de prevención y control de infecciones. Se han establecido Unidades y Centros de Tratamiento del Cólera en centros de salud, y se han establecido centros de tratamiento del cólera en los distritos afectados. Se han establecido puntos de rehidratación oral en zonas remotas, y se están realizando auditorías de mortalidad para evaluar la calidad de la atención.
- Se están difundiendo sistemáticamente mensajes clave de prevención, y se están llevando a cabo campañas específicas de comunicación de riesgos y participación comunitaria en las regiones afectadas. Una serie de reuniones, del 10 al 12 de marzo de 2025, convocó a las partes interesadas para identificar las causas profundas y desarrollar un plan de acción colaborativo.
- El país ha llevado a cabo cuatro rondas de vacunación reactiva con vacunas orales contra el cólera en las regiones Central, Western y Greater Accra, dirigidas a más de un millón de personas mayores de un año. Se llegó a aproximadamente 99,0% de la población objetivo durante las campañas de vacunación contra el cólera.

Interpretación de la situación

El cólera sigue siendo una amenaza persistente para la salud pública en Ghana, y el brote actual se encuentra entre los más significativos desde los importantes brotes de 2011 y 2014. Si bien la firme respuesta del Servicio de Salud de Ghana, con el apoyo de la OMS y sus asociados, ha dado como resultado una disminución constante de los casos durante las últimas seis SE, el brote permanece activo en cuatro distritos de la región Central, una zona históricamente vulnerable debido al saneamiento deficiente, la defecación al aire libre y la contaminación de las fuentes de agua. La próxima temporada de lluvias aumenta el riesgo de resurgimiento, lo que pone de relieve la urgencia de que las autoridades intensifiquen los esfuerzos para contener completamente este brote.

A pesar de las encomiables medidas de respuesta, la infraestructura inadecuada de agua, saneamiento e higiene y la rápida urbanización siguen siendo problemas estructurales de larga data. Es fundamental realizar inversiones sostenidas en agua, saneamiento e higiene y promover un cambio de comportamiento comunitario a largo plazo. El país necesita acelerar las acciones encaminadas a pasar de la respuesta de emergencia a la prevención a largo plazo como prioridad nacional para romper el ciclo recurrente de brotes de cólera.

El número de casos de tuberculosis (TB) pediátrica notificados aumentó 38% en niños de hasta 14 años en los últimos cinco años, principalmente debido a la desnutrición, el efecto de la pandemia de covid y el aumento de la tuberculosis resistente a los medicamentos, entre otros factores.

Según datos del gobierno, los casos aumentaron de 102.090 en 2020 a 141.182 en 2024.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tuberculosis pediátrica se refiere a la notificación de la enfermedad en niños de hasta 14 años. Un análisis del Informe sobre Tuberculosis en India realizado por el Ministerio de Salud y Bienestar Familiar, así como las respuestas a consultas parlamentarias, mostró que el aumento de casos de tuberculosis pediátrica ha sido drástico.

Si bien los casos notificados han ido en aumento, se han suscitado preocupaciones por la posible falta de información sobre el total de casos de esta enfermedad.

Kuldeep Kumar Grover, jefe de Cuidados Críticos y Neumología del Hospital 'Chandra Kant Birla' de Gurugram, dijo que las estimaciones de la OMS y el Programa Nacional de Eliminación de la Tuberculosis de India (NTEP) indican que los niños menores de 15 años representan alrededor de 10 a 12% de la carga total de tuberculosis del país.

“Esta cifra equivale a entre 300.000 y 350.000 casos al año”, añadió.

Según el [Informe sobre Tuberculosis en India 2024](#), entre 5 y 7% de todos los pacientes notificados anualmente en el marco del NTEP son niños, en comparación con la proporción de incidencia de casos pediátricos prevista en torno a 12%.

Kumar dijo que la diferencia en los números puede deberse a dificultades de diagnóstico relacionadas con problemas de recolección de muestras de esputo y la presentación no específica en los niños, lo que indica que sigue habiendo un subregistro a pesar del aumento de la vigilancia y los diagnósticos.

“La tuberculosis pediátrica con frecuencia es extrapulmonar y afecta los ganglios linfáticos y otros órganos, en lugar de los pulmones, lo que lleva a una detección tardía debido a síntomas inespecíficos”, dijo un experto en salud pública.

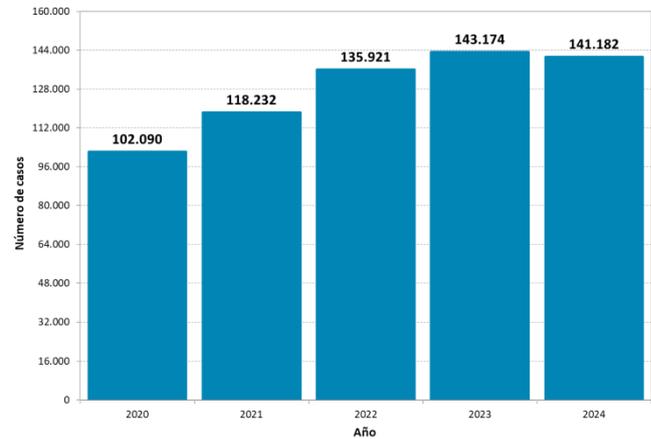
La mayor incidencia de la tuberculosis pediátrica también podría deberse a la transmisión desde familiares adultos, a tasas elevadas de desnutrición y a otros trastornos de salud subyacentes, como la diabetes, como razones principales.

Los médicos indican que si bien los avances en las capacidades de diagnóstico pueden ser una razón detrás del aumento en el número de casos de tuberculosis pediátrica, la pandemia de covid también podría haber causado indirectamente el aumento.



“Durante la pandemia, a algunas personas se les administró tratamiento con esteroides, lo cual puede debilitar el sistema inmunitario y posiblemente reactivar la infección de tuberculosis latente, incluso en niños que ya habían sido infectados”, explicó Kumar.

Mientras tanto, el Centro busca promover el diagnóstico temprano de pacientes con tuberculosis, el tratamiento oportuno con medicamentos de calidad garantizada y regímenes de tratamiento bajo su Plan Estratégico Nacional para la eliminación de la tuberculosis en India.



Casos notificados de tuberculosis pediátrica. India. Años 2020/2024. Fuente: Consulta parlamentaria.

Otro problema sigue siendo la incidencia y el diagnóstico de la tuberculosis multirresistente y la tuberculosis extremadamente resistente entre los niños.

“Esto ocurre cuando las bacterias de la tuberculosis desarrollan resistencia a medicamentos de primera línea como rifampicina e isoniazida (para la tuberculosis multirresistente), fluoroquinolonas y al menos un medicamento inyectable de segunda línea (para la tuberculosis extremadamente resistente)”, dijo Kumar.

Agregó que el diagnóstico y el tratamiento de ambas versiones de tuberculosis en niños son más complicados ya que requieren períodos de tratamiento más largos (que varían entre 18 y 24 meses o más) y el uso de medicamentos de segunda línea más tóxicos y costosos.

Intensificar las pruebas de tuberculosis

El Centro busca aumentar la detección de la tuberculosis en todos los grupos de edad para garantizar un diagnóstico temprano. Esto ocurre incluso cuando India ha establecido 2025 como año objetivo para la eliminación de la tuberculosis, cinco años antes de la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de 2030.

“Para abordar la tuberculosis pediátrica, el gobierno amplió la vacunación con el Bacillus de Calmette y Guérin (BCG) al nacer como parte del Programa Universal de Inmunización”, dijo la Ministra de Estado de Salud y Bienestar Familiar, Anupriya Singh Patel.

Otras medidas que se están adoptando incluyen brindar diagnósticos moleculares rápidos por adelantado en todos los casos de tuberculosis pediátrica presunta y formulaciones adaptadas a los niños para el tratamiento, incluso de la tuberculosis resistente a los medicamentos.

Si bien India cuenta con directrices separadas para la tuberculosis pediátrica, los expertos sugieren que pueden persistir brechas en su implementación, lo que resalta la necesidad de capacitar a los profesionales de la salud que trabajan con la enfermedad.

Un experto en salud pública citado anteriormente dijo que muchos médicos privados que sospechan que los niños tienen tuberculosis resistente a los medicamentos carecen de acceso a instalaciones de diagnóstico, lo que causa retrasos en el tratamiento.

“Como los niños no pueden producir fácilmente esputo, que es esencial para el diagnóstico de la tuberculosis, los médicos recurren a la aspiración gástrica, pero muchos profesionales sanitarios desconocen este método o dudan en realizarlo”, añadió.



El Centro para la Prevención y el Control de Enfermedades (SPKC) de Letonia está investigando al menos 60 infecciones por *Escherichia coli* productora de toxina Shiga (STEC). La mayoría de los pacientes son niños y los casos comenzaron a notificarse en marzo.

Los resultados iniciales de las pruebas de laboratorio realizadas en muestras de personas enfermas han identificado dos serotipos de STEC: O103 y O26. Funcionarios del SPKC están en contacto con expertos del Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades, el que envió a Letonia dos expertos con experiencia en la investigación de brotes de STEC.

Al menos cinco niños han desarrollado el síndrome urémico hemolítico, una complicación poco frecuente, pero grave, asociada a las infecciones por *E. coli*, que causa insuficiencia renal y, en ocasiones, la muerte.

Más de 50 de los pacientes del brote son niños y siete son adultos. Un total de 31 pacientes han sido hospitalizados y seis han necesitado tratamiento en unidades de cuidados intensivos.

Los funcionarios de salud emitieron recomendaciones a las 28 instituciones educativas afectadas y han entrevistado a los niños enfermos o a sus padres.

El Servicio Alimentario y Veterinario de Letonia (PVD) suspendió temporal y parcialmente las operaciones de la empresa Straupe. Esto se debe a la información recibida del SPKC que indicó la presencia de *E. coli* en varios empleados de la empresa. La línea de envasado, donde los productos se fraccionan manualmente en envases reutilizables, se ha detenido. La sección automatizada de la línea puede continuar, ya que los productos no entran en contacto con los trabajadores.

Los productos lácteos envasados manualmente producidos por Straupe fueron entregados a 14 instituciones educativas durante el período en que estudiantes de varias regiones de Letonia contrajeron infecciones por *E. coli*.

Se han enviado muestras de artículos producidos en la empresa para realizar pruebas de laboratorio, pero hasta el momento los resultados para *E. coli* han sido negativos.

El PVD ordenó a Straupe retirar del mercado todos los productos lácteos envasados manualmente, producidos hasta el 10 de abril. La agencia también ordenó a la empresa realizar la limpieza y desinfección de la sala de envasado y los equipos, y organizar más capacitaciones para los empleados sobre temas de higiene.

El PVD había enviado previamente 53 muestras de diversos productos alimenticios y más de 100 muestras ambientales para análisis de laboratorio para detectar *E. coli*. La agencia realizó inspecciones en centros educativos con niños enfermos y tomó muestras de establecimientos de venta de alimentos.

A principios de este mes, la Comisión Médica Operativa Estatal (VOMK) celebró una reunión para revisar la situación epidemiológica. La VOMK está integrada por representantes del Ministerio de Salud, la SPKC, la inspección sanitaria y varios hospitales. El objetivo era garanti-

zar la coordinación entre las instituciones del sector salud durante una emergencia de salud pública.

En 2023, se registraron 37 casos de infección por STEC en Letonia y, en 2024, 42. Se registran de media entre cuatro y cinco casos al mes.

Desde 2020 hasta fines de 2024, Vietnam registró 24 casos de dracunculosis. Mientras tanto, el mundo actualmente registra un promedio de solo unos 14 casos cada año, concentrados principalmente en algunos países de África.

Según el Dr. Đỗ Trung Dũng, jefe del Instituto Central de Malaria, Parasitología y Entomología, del Departamento de Parasitología, los casos en Vietnam se concentran principalmente en provincias como Yên Bái (11 casos), Phú Thọ (8 casos), Lào Cai (2 casos), Hòa Bình (1 caso) y Thanh Hóa (2 casos). La mayoría de los pacientes son hombres, tienen en común que viven en zonas montañosas, a menudo van al bosque y tienen el hábito de consumir alimentos crudos como ensalada de pescado, morcilla, carne poco cocida o agua de manantial sin hervir.

El gusano *Dracunculus medinensis* es un parásito extremadamente raro. La Organización Mundial de la Salud (OMS) certificó a Vietnam como país libre de la enfermedad en 1998.

Sin embargo, desde 2020, han comenzado a reaparecer casos esporádicos, lo que genera preocupación por la recirculación de este peligroso parásito en la comunidad.

A la luz de estos casos, la OMS emitió nuevas recomendaciones para Vietnam, instando a mejorar la vigilancia, la educación en salud pública y la investigación epidemiológica sobre el parásito.

Según Dũng, las larvas del gusano ingresan al cuerpo a través del tracto digestivo, por el consumo de alimentos crudos, generalmente peces, ranas, sapos o camarones que viven en el agua contaminada, o de agua que contiene las larvas del parásito.

Una vez en el organismo, las larvas se desarrollan silenciosamente durante 10 a 12 meses antes de que aparezcan los síntomas.

Los pacientes suelen comenzar con fiebre leve, picazón, náuseas y diarrea. A medida que las hembras maduran, migran al tejido subcutáneo, causando enrojecimiento, dolor y erupciones cutáneas.

En muchos casos, la hembra logra salir a través de la piel, revelando una cabeza blanca y secretando un líquido amarillo; es entonces cuando el paciente siente más dolor y es más susceptible a infecciones.

Un caso típico es el de un hombre mayor de 40 años en Yên Bái. El paciente tenía una picazón intensa en la zona del cuello, una erupción extraña y luego apareció un bulto en la clavícula derecha, dejando al descubierto la cabeza del gusano.

Los médicos trataron y eliminaron con éxito los gusanos. El paciente comentó que tenía la costumbre de consumir alimentos crudos y que no se desparasitaba con regularidad.

Otro paciente, de 20 años, presentaba fiebre alta, picazón en todo el cuerpo, mareos y náuseas. Al examinarlo, el médico descubrió un gusano de 30 cm de largo en su cuerpo.

Actualmente no existe una prueba temprana, un tratamiento específico ni una vacuna para prevenir la enfermedad. El tratamiento depende completamente de la capacidad de detectar

los síntomas a tiempo e intervenir en el momento oportuno cuando los gusanos comienzan a salir del cuerpo.

Ante la reaparición de la dracunculosis en Vietnam después de más de 20 años, los expertos en salud advirtieron a la población que debe concienciarse sobre la prevención de la enfermedad, especialmente en zonas de alto riesgo, como las montañosas, donde la gente aún conserva la costumbre de consumir alimentos crudos.

Đỗ Trung Dũng enfatizó que para prevenir no solo la dracunculosis, sino también muchas otras enfermedades parasitarias, lo más importante es cambiar los hábitos alimenticios.

Recomendó consumir alimentos cocidos y beber agua hervida, y evitar por completo el consumo de alimentos crudos, ensaladas, morcillas, pescado crudo de arroyo o ranas crudas. Asimismo, es necesario prestar atención al saneamiento ambiental, eliminar adecuadamente los desechos y evitar el uso de estiércol fresco para fertilizar vegetales o criar ganado en libertad en zonas residenciales.

Las personas se infectan con el gusano de Guinea (*Dracunculus medinensis*) al consumir agua sin filtrar de estanques y otras aguas estancadas (por ejemplo, charcas en lechos de ríos que se están secando y pozos poco profundos excavados a mano sin paredes protectoras circundantes) que contienen copépodos (crustáceos de agua dulce casi microscópicos) que son demasiado pequeños para ser vistos claramente sin una lupa. Los copépodos tragan formas inmaduras del gusano de Guinea, y luego las personas que beben agua que contiene los copépodos infectados pueden desarrollar la enfermedad. Normalmente no se contrae la dracunculosis al beber agua corriente (por ejemplo, de ríos y arroyos).

Las personas y los animales también pueden infectarse al comer ciertos animales acuáticos (por ejemplo, peces o ranas) que podrían haber tragado copépodos infectados y ser portadores de las larvas del gusano, aunque ellos mismos no sufren los efectos de la infección. Si las personas o los animales comen animales acuáticos crudos o poco cocidos, ya sea enteros o en parte (por ejemplo, peces enteros pequeños que no han sido eviscerados, vísceras de pescados o ranas), las larvas del gusano de Guinea se liberan luego en el tracto digestivo humano o animal.

Después que las personas o los animales los consumen, los copépodos mueren y liberan las larvas, que penetran en el estómago y la pared intestinal del huésped y se mueven a los tejidos conectivos del abdomen, donde se aparean. Después del apareamiento, la lombriz hembra embarazada crece hasta 60-100 centímetros de largo y tan ancho como un espagueti cocido durante los siguientes 10-14 meses (en promedio, un año).

Cuando el gusano hembra adulta está lista para liberar sus larvas, aproximadamente un año después de la infección, se mueve a un lugar justo debajo de la piel. Se forma una ampolla en la piel donde eventualmente emergerá la lombriz. Esta ampolla puede formarse en cualquier parte del cuerpo, pero generalmente se forma en las piernas y los pies. Esta ampolla causa una sensación de ardor muy dolorosa y revienta dentro de las 24-72 horas.

El riesgo de las personas de contraer dracunculosis varía. Estas diferencias reflejan cómo y dónde las personas obtienen el agua de bebida en diferentes áreas y países. La enfermedad se presenta en todos los grupos de edad, pero es más común entre los adultos jóvenes de 15 a 45 años, posiblemente debido al tipo de trabajo que realizan las personas de estas edades. Los agricultores, pastores y quienes buscan agua potable para el hogar pueden ser más propensos a infectarse porque podrían consumir agua sin filtrar cuando están fuera de su casa. En ciertas áreas, la dracunculosis afecta a algunos grupos étnicos más que a otros.

La enfermedad puede presentarse en cualquier época del año, pero la temporada alta de transmisión varía según el país. En las regiones secas, las personas generalmente se infectan durante la temporada de lluvias, cuando hay agua superficial estancada disponible. En las regiones húmedas, las infecciones se producen durante la estación seca, cuando el agua superficial se seca y se estanca.

El esfuerzo para erradicar el gusano de Guinea, comenzó en los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos en 1980. En 1986, con un estimado de 3,5 millones de casos globales en 20 países africanos y asiáticos, la Asamblea Mundial de la Salud hizo un llamado a la eliminación de la dracunculosis. El Programa de Erradicación del Gusano de Guinea (GWEP) fue establecido para ayudar a los países con dracunculosis endémica a alcanzar este objetivo. Está dirigido por el Centro Carter y apoyado por socios, incluidos los países con enfermedad endémica, los CDC, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Organización Mundial de la Salud. Desde 2012, las infecciones en perros, gatos y babuinos han representado un nuevo desafío para el GWEP, al igual que los continuos disturbios civiles y la inseguridad en algunas áreas. Hasta junio de 2024, la dracunculosis seguía siendo endémica en cinco países: Angola, Chad, Etiopía, Malí y Sudán del Sur. Se registraron 14 casos humanos y 886 infecciones animales, incluyendo 407 perros en Chad y 248 perros en Camerún, en 2023, y tres casos humanos y 297 infecciones animales entre enero y junio de 2024. Las infecciones animales, principalmente en perros en Camerún y Chad, y la dificultad de acceso debido a los disturbios civiles y la inseguridad en Malí, amenazan la posibilidad a corto plazo de erradicación mundial. Sin embargo, los países parecen estar en camino de alcanzar la cifra de cero casos.

La gonorrea es una infección de transmisión sexual frecuente que, si no se trata con prontitud, puede dar lugar a complicaciones graves. Un ensayo clínico con 628 pacientes logró demostrar que el primer antibiótico potencialmente nuevo contra esta enfermedad desde la década de 1990 es eficaz y seguro.

Se trata de la gepotidacina, un antibiótico utilizado para tratar las infecciones del tracto urinario, que, según los resultados del [estudio](#), denominado Eagle-1, podría servir también como nuevo tratamiento para la gonorrea, protegiendo contra la amenaza de aquella resistente a los fármacos y mejorando las experiencias de terapia de los pacientes, según lo sugieren las conclusiones de un ensayo controlado aleatorizado de fase 3.

La gonorrea es una infección de transmisión sexual frecuente que, si no se trata con rapidez, puede dar lugar a complicaciones graves, especialmente en las mujeres, donde puede aumentar el riesgo de embarazo ectópico e infertilidad.

Los casos de gonorrea farmacorresistente han aumentado rápidamente en los últimos años, reduciendo las opciones de tratamiento. Hay una necesidad urgente de tratamientos para la gonorrea, sin nuevos antibióticos desde la década de 1990.

Este ensayo con 628 pacientes reclutados en 49 centros de Australia, Alemania, México, España, Reino Unido y Estados Unidos, comparó un nuevo tratamiento potencial para la gonorrea (gepotidacina, comprimido oral) con el tratamiento estándar actual (ceftriaxona, una inyección, y azitromicina, por comprimido), y descubrió que el nuevo era tan eficaz como el tratamiento de hoy en día.

En concreto, los resultados constataron tasas de éxito microbiológico de 92,6% en el grupo de gepotidacina –que inhibe la replicación del ADN bacteriano– y de 91,2% en el grupo de ceftriaxona más azitromicina.

La gepotidacina demostró no ser inferior a la ceftriaxona más azitromicina para la gonorrea urogenital por *N. gonorrhoeae*, sin nuevas preocupaciones de seguridad, lo que ofrece una nueva opción de tratamiento oral para la gonorrea urogenital no complicada.

Además, la nueva píldora fue eficaz contra cepas de la bacteria de la gonorrea resistentes a los antibióticos existentes. No se observaron efectos secundarios graves o severos relacionados con el tratamiento.

El nuevo tratamiento podría ser una herramienta importante para combatir el aumento de cepas de gonorrea que se están haciendo resistentes al tratamiento estándar. Asimismo, el tratamiento como píldora sola sin necesidad de inyección probablemente mejoraría la experiencia de los pacientes y reduciría los recursos sanitarios.



Sin embargo, los investigadores también advierten de que este estudio se centró principalmente en la gonorrea urogenital y que la mayoría del grupo del ensayo eran hombres blancos. Por ello, se necesita más investigación para analizar el impacto del nuevo tratamiento en la gonorrea del recto y la garganta, y en mujeres, adolescentes y de diversas etnias.

El estudio Eagle-1 es importante, ya que no se han introducido nuevos antimicrobianos para la gonorrea desde 1990. Sin embargo, plantea inquietudes en cuanto a la resistencia bacteriana, ya que *N. gonorrhoeae* también puede desarrollar resistencia a la gepotidacina cuando aumente la presión selectiva y el cumplimiento del régimen de dosis doble sea subóptimo.

Debido a la capacidad inherente de los gonococos para desarrollar resistencia y las dificultades para aumentar la dosis de gepotidacina debido a los eventos adversos y la falta de otras opciones, hacen que el desarrollo preclínico y clínico de tratamientos adicionales para la gonorrea siga siendo importante.

En conclusión, la gepotidacina es prometedora para el tratamiento de la gonorrea, pero persistirán los desafíos para mantenerla como una infección tratable.

El Reporte Epidemiológico de Córdoba hace su mejor esfuerzo para verificar los informes que incluye en sus envíos, pero no garantiza la exactitud ni integridad de la información, ni de cualquier opinión basada en ella. El lector debe asumir todos los riesgos inherentes al utilizar la información incluida en estos reportes. No será responsable por errores u omisiones, ni estará sujeto a acción legal por daños o perjuicios incurridos como resultado del uso o confianza depositados en el material comunicado.

A todos aquellos cuyo interés sea el de difundir reportes breves, análisis de eventos de alguna de las estrategias de vigilancia epidemiológica o actividades de capacitación, les solicitamos nos envíen su documento para que sea considerada por el Comité Editorial su publicación en el Reporte Epidemiológico de Córdoba.

Toda persona interesada en recibir el Reporte Epidemiológico de Córdoba en formato electrónico, por favor solicitarlo por correo electrónico a reporteepidemiologicocba@gmail.com aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.