ISSN 2796-7050

Reporte Epidemiológico de Córdoba

28 DE ABRIL
2025
REC 2.929

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de bronquiolitis en menores de 2 años

AMÉRICA

- Situación epidemiológica de la fiebre amarilla
- Los brotes de enfermedades subrayan la necesidad urgente de cerrar brechas de inmunización
- Ecuador: Caso aislado de fiebre amarilla en la provincia de Zamora Chinchipe
- Estados Unidos: Aumentan nuevamente los casos de tos convulsa
- Estados Unidos: El hantavirus causa una nueva muerte en California
- Panamá: Ya son 290 los casos confirmados de fiebre de Oropouche

EL MUNDO

- Alemania: Preocupación por un brote de legionelosis en Berlin
- Pakistán: Octavo caso de infección por el poliovirus salvaje tipo 1 en 2025
- Palestina: El Programa Mundial de Alimentos se ha quedado sin existencias en Gaza
- Taiwán: El mayor número de casos importados de fiebre chikungunya de los últimos 18 años
- Uganda: Situación epidemiológica de la mpox
- Uganda: Declaran el fin del brote de enfermedad por el virus Sudán
- Llamado a redoblar los esfuerzos para acabar con la malaria

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

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

ISSN 2796-7050

Patrocinadores

sadi Sociedad Argentina de Infectología
WWW.SADI.ORG.AR

Takeda
WWW.TAKEDAPRO.COM.AR/

Adherentes

SLAMVI Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero
GEMICOMED seimc.org
Comité Nacional de Infectología SAP
UCC
Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica

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 y/o reseñados en este Reporte, los cuales son de exclusiva responsabilidad de los respectivos entrevistados, traductores, autores o colaboradores

Argentina

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

Vigilancia epidemiológica de bronquiolitis en menores de 2 años

05/03/2025

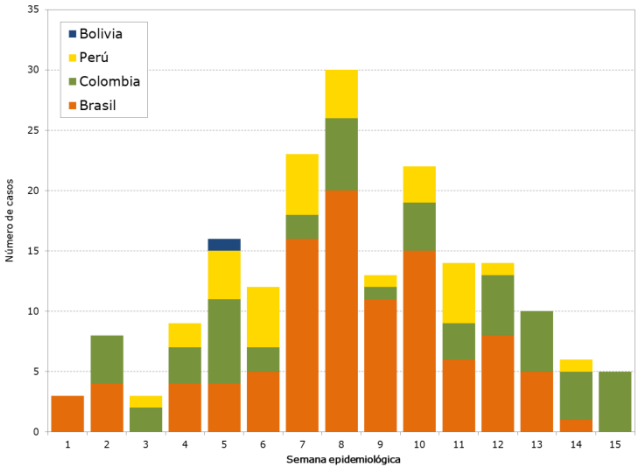
En el año 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 14, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS$^{2.0}$) 13.522 casos de bronquiolitis en menores de 2 años, lo que representa una disminución de 24,4% en los casos respecto al mismo período de 2024.

Las Unidades de Monitoreo Ambulatorio (UMAs) verificaron un ascenso en las detecciones a partir de la SE 19 de 2024, con aproximadamente 73% de los casos registrados entre la SE 24 y la SE 34, y un menor número de detecciones semanales desde la SE 35. En relación a este ascenso de casos, la positividad en las UMAs permaneció por encima de 10% entre la SE 26 y la SE 34. Entre la SE 1 y la SE 15 de 2025, de 783 muestras estudiadas, dos resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 0,26%. No se detectaron casos entre las 85 muestras estudiadas en las dos últimas SE analizadas (SE 14 y SE 15). Desde 2024 hasta la fecha, los grupos etarios con mayor positividad para VSR fueron el de 0 a 4 años y el de los adultos mayores.

Por su parte, la Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG), desde la SE 18 de 2024 registró una tendencia ascendente tanto en los casos de IRAG con diagnóstico de VSR como en el porcentaje de positividad, que alcanzaron valores máximos en la SE 28 de 2024, con un descenso posterior, permaneciendo estable y en valores bajos desde la SE 41 de 2024 hasta la actualidad.

En las últimas cuatro SE, entre 413 casos de IRAG estudiados por técnica molecular, se registraron 12 casos de VSR. Los porcentajes de positividad fueron más elevados en los grupos etarios de menores de 1 año, de 1 año y de 2 a 4 años.

En una reciente actualización, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) informó que, en 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 15, se han notificado 189 casos humanos confirmados de fiebre amarilla en cuatro países de la Región de las Américas, de los cuales 74 han resultado fatales. Estos casos han sido reportados en Brasil (102 casos, incluyendo 41 fatales), Colombia (53 casos, incluyendo 21 fatales), Perú (32 casos, incluyendo 11 fatales) y Bolivia (dos casos, incluyendo uno fatal).



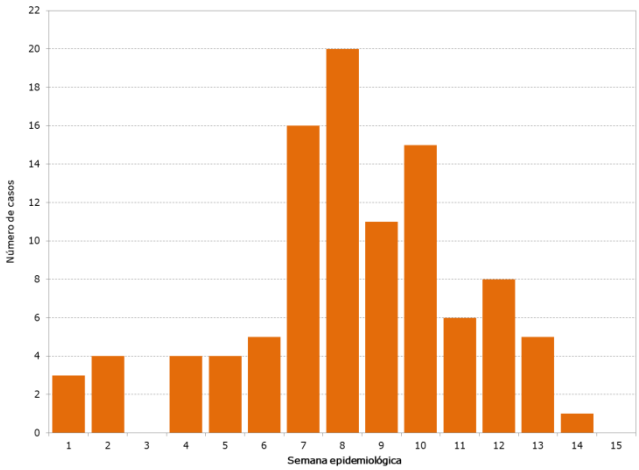
Casos humanos confirmados de fiebre amarilla, según país y semana epidemiológica de inicio de síntomas. Región de las Américas. Año 2025, hasta semana epidemiológica 15. Fuente: Organización Panamericana de la Salud. (N=188).
Nota: Se incluyen únicamente los casos para los cuales se dispone de información de inicio de síntomas por semana epidemiológica.

En 2024, los casos humanos de fiebre amarilla se registraron principalmente a lo largo de la región amazónica de Bolivia, Brasil, Colombia, Guyana y Perú. En 2025, sin embargo, los casos se detectaron principalmente en el estado de São Paulo, en Brasil, y el departamento de Tolima, en Colombia, regiones que se encuentran fuera de la región amazónica de ambos países.

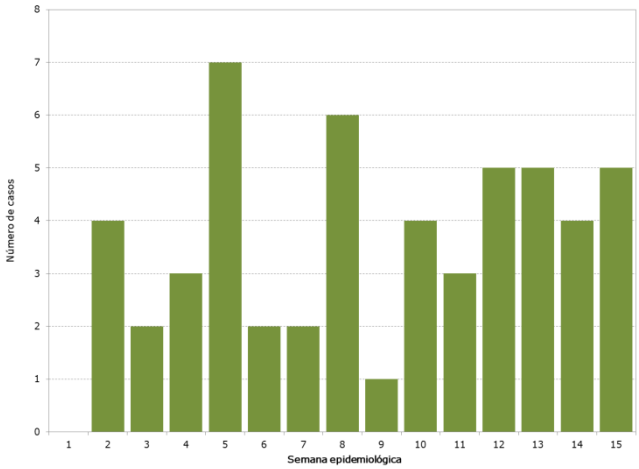
A continuación, se presenta la situación epidemiológica de fiebre amarilla en los países que han notificado casos confirmados en 2025.

- **Bolivia**: En 2025, hasta la SE 15, se notificaron dos casos confirmados en humanos, incluyendo un caso fatal (tasa de letalidad de 50%). Los casos se notificaron en los departamentos de La Paz (un caso fatal) y Tarija (un caso). El caso fatal notificado en el departamento La Paz, municipio de Palos Blancos, no tenía antecedente de vacunación contra la fiebre amarilla; mientras que el caso notificado en el departamento Tarija, municipio de Tarija, sí contaba con antecedente de vacunación. Ambos casos tienen antecedente de ingreso a zonas boscosas. Adicionalmente, se confirmó una epizootia en el municipio de San Buenaventura, departamento La Paz.
- **Brasil**: En 2025, hasta la SE 15, se notificaron 102 casos confirmados en humanos, incluyendo 41 casos fatales (tasa de letalidad de 40,2%). Los casos se notificaron en los estados de São Paulo (50 casos, incluyendo 28 fatales), Pará (42 casos, incluyendo siete fatales), Minas Gerais (nueve casos, incluyendo cinco fatales) y Tocantins (un caso fatal). Noventa y un casos corresponden a hombres (89,2%). Los casos se encuentran en edades entre los 10 y 75

años e iniciaron síntomas entre el 2 de enero y el 2 de abril de 2025. Solo uno de los casos presentó antecedente de vacunación contra la fiebre amarilla.



Casos humanos confirmados de fiebre amarilla, según semana epidemiológica de inicio de síntomas. Brasil. Año 2025, hasta semana epidemiológica 15. Fuente: Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Brasil. (N=102).



Casos humanos confirmados de fiebre amarilla, según semana epidemiológica de inicio de síntomas. Colombia. Año 2025, hasta semana epidemiológica 15. Fuente: Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Colombia. (N=53).

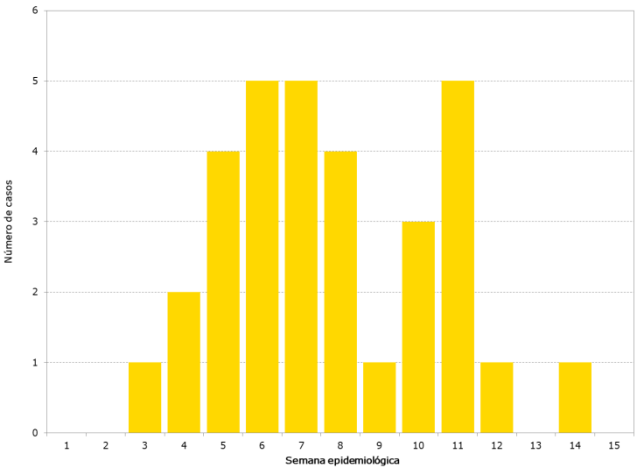
Los casos tuvieron lugar probable de exposición en el estado de Pará, municipios de Breves (40 casos), Cametá (1) y Melgaço (1); el estado de Minas Gerais, municipios de Cambuí (1 caso), Extrema (1), Maria da Fé (1), Monte Sião (1), Poços de Caldas (1), Pouso Alegre (1), Sapucai Mirim (1) y Silvianópolis (1), mientras que para un caso el municipio probable de exposición se encuentra en investigación; el estado de São Paulo, municipios de Joanópolis (9 casos), Caçapava (6), Nazaré Paulista (4), Campinas (3), Piracaia (3), Socorro (3), Bragança Paulista (2), Brotas (2), Jambeiro (2), Pedra Bela (2), Pedreira (2), Águas de Lindoia (1 caso), Águas de São Pedro (1), Amparo (1), Itirapina (1), Paraibuna (1), Santa Rita do Passa Quatro (1 caso), São Carlos (1), São José dos Campos (1), Tuiuti (1), Valinhos (1) y Vargem (1), mientras que para un caso el municipio probable de exposición se encuentra en investigación; y el estado de Tocantins, municipio de Monte do Carmo (1 caso). Todos los casos tuvieron antecedente de exposición en áreas silvestres y/o boscosas, debido a actividades laborales o recreacionales, y fueron confirmados por laboratorio.

Durante 2025, hasta la SE 15, se informaron en Brasil 518 eventos que involucraron primates no humanos muertos (epizootias). De este total, 53 (10,2%) fueron confirmados para fiebre amarilla, 36 por criterios de laboratorio y 17 por vínculo epidemiológico; 43 de ellos se registraron en el estado de São Paulo y 10 en el de Minas Gerais.

Todos los casos humanos registrados en São Paulo y Minas Gerais provienen de áreas donde, según lo anticipado por el Modelo de los Corredores Ecológicos, se había previsto la ocurrencia de casos para el periodo 2024/2025, o bien de zonas previamente afectadas tanto por casos humanos como por epizootias por fiebre amarilla.

- **Colombia**: Desde el inicio del brote en 2024 se ha reportado un total de 76 casos, incluyendo 34 casos fatales. En 2025, hasta la SE 15, se ha registrado un total de 53 casos confirmados, incluyendo 21 defunciones (tasa de letalidad de 39,6%). Los casos corresponden a personas residentes en los departamentos de Caldas (1 caso fatal), Caquetá (1 caso fatal), Meta (2 casos, incluyendo 1 fatal), Putumayo (3 casos, incluyendo 1 fatal) y Tolima (46 casos, incluyendo 17 fatales). Los casos corresponden a personas de entre 15 y 84 años de edad, quienes iniciaron síntomas entre el 6 enero y el 17 de abril de 2025. Todos los casos tuvieron antecedente de exposición en zonas de riesgo para fiebre amarilla, en el contexto de

actividades laborales que incluyeron agricultura, y no tenían antecedente documentado de vacunación contra la fiebre amarilla.



Casos humanos confirmados de fiebre amarilla, según semana epidemiológica de inicio de síntomas. Perú. Año 2025, hasta semana epidemiológica 15. Fuente: Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Perú. (N=32).

El brote registrado en el departamento Tolima, que inicio a fines del año 2024 y continúa durante 2025, inició en la zona rural colindante a la zona suroccidental del Parque Natural Regional Bosque de Galilea y actualmente afecta a nueve municipios que son identificados como de alto riesgo: Cunday (15 casos, incluyendo 5 fatales), Prado (13 casos, incluyendo 5 fatales), Villarrica (12 casos, incluyendo 5 fatales), Ataco (9 casos, incluyendo 4 fatales), Purificación (5 casos, incluyendo 3 fatales), Dolores (2 casos, incluyendo 1 fatal), Chaparral (1 caso), Melgar (1 caso fatal) y Palo Cabildo (1 caso). Del total de casos confirmados, 47 corresponden a hombres (79,6%). Los casos presentan entre 11 y 89 años de edad. La fecha de inicio de síntomas de los casos oscila entre el 8 de septiembre de 2024 y el 17 de abril de 2025. En este brote se han registrado para el departamento Tolima 23 defunciones, con una letalidad preliminar de 38,9%.

En 2025, hasta la SE 15, se confirmaron en Colombia 13 eventos que involucraron primates no humanos muertos para fiebre amarilla por criterios de laboratorio, 12 en el departamento Tolima y uno en el departamento Huila.

- **Perú**: En 2025, hasta la SE 15, se han confirmado 32 casos en humanos, incluyendo 11 casos fatales (tasa de letalidad de 34,4%). Los casos fueron confirmados en los departamentos Amazonas, distritos de Imaza (12 casos, incluyendo 3 fatales), El Cenepa (2 casos), Nieva (2 casos, incluyendo 1 fatal), Río Santiago (3 casos, incluyendo 2 fatales); departamento Huánuco, distrito de Chaglla (1 caso fatal); departamento Junín, distrito Mazamari (2 casos), Pangoa (1 caso); departamento Loreto, distrito San Juan Bautista (1 caso), Rosa Panduro (1 caso fatal); departamento San Martín, distrito Chazuta (1 caso fatal), Soritor (1 caso fatal), Alto Biavo (1 caso), Saposoa (1 caso), Pinto Recodo (2 casos, incluyendo 1 fatal), La Banda de Shilcayo (1 caso). De los casos confirmados, 29 corresponden a hombres (90,6%). Los casos presentan entre 6 y 57 años edad La fecha de inicio de síntomas de los casos oscila entre el 15 de enero y el 4 de abril de 2025. Todos los casos tuvieron antecedente de exposición en áreas silvestres y/o boscosas, debido a actividades laborales agrícolas. Veintitrés casos (71,8%) no registran antecedente de vacunación contra la fiebre amarilla.

Mientras los países de las Américas enfrentan brotes de enfermedades prevenibles por vacunación como el sarampión y la fiebre amarilla, el Director de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Dr. Jarbas Barbosa da Silva Júnior, hizo un llamado urgente a tomar medidas para abordar las brechas en la cobertura de inmunización.

“Durante las últimas cinco décadas, las vacunas han salvado 154 millones de vidas en el mundo y reducido la mortalidad infantil en 41% en las Américas”, afirmó el 24 de abril el Director de la OPS en una rueda de prensa previa a la Semana de la Vacunación en las Américas, que se celebrará del 26 de abril al 3 de mayo. Sin embargo, “nuestro progreso contra las enfermedades prevenibles por vacunación requiere un compromiso firme y sostenido con las medidas de salud pública adecuadas”.

A nivel mundial, los casos confirmados de sarampión superaron los 359.000 en 2024. Esto, sumado a las brechas en la cobertura de vacunación, ha llevado a brotes localizados en seis países de las Américas, con 2.313 casos reportados en lo que va del año, frente a solo 215 en el mismo período de 2024. Tres muertes han sido confirmadas y una más está bajo investigación.

“El sarampión es una de las enfermedades más contagiosas del mundo”, advirtió Barbosa da Silva Júnior. “Y los países han tenido dificultades para mantener la cobertura recomendada de 95% de la vacuna triple viral –contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis–, lo que nos deja susceptibles a casos importados”, añadió.

En los últimos años se han logrado avances. Por primera vez desde 2019, la cobertura de la primera dosis de la vacuna triple viral aumentó en 2023, alcanzando el 87% en las Américas. A pesar de esta mejora, persiste una brecha importante: 1,4 millones de niños en la región no recibieron ninguna dosis de la vacuna ese año. Se han registrado brotes en comunidades donde entre 3% y 7% de la población era susceptible, lo que pone de manifiesto el riesgo que representan incluso pequeños grupos con baja cobertura.

Durante la Semana de la Vacunación en las Américas de este año, los países de la región planean administrar un estimado de 66,5 millones de dosis de vacunas, incluyendo 2,7 millones contra el sarampión. La iniciativa ha permitido vacunar a más de 1.200 millones de personas desde su lanzamiento en 2003. Bajo

el lema “Tu decisión marca la diferencia. Vacunación para todos”, los países se están movilizando para alcanzar a aquellos con mayor riesgo de no recibir todas sus vacunas, especialmente niños.

En 2025, también se ha observado un aumento de casos de fiebre amarilla en la región, con cuatro países reportando 189 casos hasta la fecha, incluidos 74 fallecimientos. En comparación, durante todo 2024 se registraron 61 casos y 30 muertes.

Para hacer frente a estos brotes, la OPS está trabajando con los países para combatir la reticencia a la vacunación, fortalecer los programas de inmunización de rutina y ampliar el acceso a la vacunación mediante el uso de microplanificación y herramientas digitales como registros electrónicos de inmunización y sistemas de información geográfica. Estas herramientas ayudan a monitorear la cobertura, identificar brechas y “detener el virus a tiempo”, señaló Barbosa da Silva Júnior.

El Director de la OPS también destacó el papel fundamental del Fondo Rotatorio de la OPS, un mecanismo de compra conjunta que permite a los países acceder a vacunas de alta calidad a precios asequibles. “Sin el Fondo, los países pagarían al menos 75% más por las 13 vacunas más comunes de la región”, explicó.

Aunque la Semana de la Vacunación en las Américas “sigue siendo una piedra angular de la salud pública en la región”, Barbosa da Silva Júnior subrayó que “la inmunización no termina con la Semana de la Vacunación”.

Las Américas cuentan con un legado de liderazgo en vacunación y eliminación de enfermedades. Fue la primera región en eliminar la viruela (1974) y la poliomielitis (1994), así como en eliminar el sarampión, la rubéola, el síndrome de rubéola congénita, el tétanos materno y neonatal, y los brotes de fiebre amarilla urbana.

Actualmente, la OPS apoya a los países a través de su Iniciativa de Eliminación de Enfermedades, un ambicioso esfuerzo para eliminar más de 30 enfermedades y condiciones relacionadas de aquí a 2030, de las cuales 11 son prevenibles mediante vacunación.

En 2024, la región logró recuperar su estatus de libre de sarampión endémico. Aunque este estatus se mantiene vigente, los brotes recientes son un recordatorio del riesgo latente y de la importancia de mantener altas tasas de cobertura para evitar el restablecimiento de la transmisión endémica.

“Trabajando juntos, durante la Semana de Vacunación y más allá, podemos construir unas Américas más fuertes, seguras y saludables”, concluyó Barbosa da Silva Júnior.

Semana de Vacunación en las Américas

La Semana de Vacunación en las Américas es una iniciativa regional que busca promover la equidad y el acceso a la vacunación en todos los países del continente. El lema de este año, “Tu decisión marca la diferencia. Inmunización para todos”, destaca la necesidad urgente de prevenir la propagación de enfermedades potencialmente mortales y protegernos entre todos: a nosotros mismos, a nuestras familias y a nuestras comunidades.

El lanzamiento regional se llevará a cabo el lunes 28 de abril en Panamá. También se celebrarán eventos de lanzamiento e iniciativas nacionales en toda la región.

El Ministerio de Salud Pública de Ecuador informó a la ciudadanía que se ha confirmado un caso aislado de fiebre amarilla en la provincia de Zamora Chinchipe. Se trata de un paciente de 26 años, oriundo de Loja, cuyo diagnóstico fue confirmado tras una rigurosa investigación clínica y epidemiológica.

Se trataría de un caso único y no representa un brote. Hasta el momento, no se han identificado nuevos contagios, y todos los contactos cercanos del paciente (familiares y entorno laboral) se encuentran bajo observación, sin presentar síntomas.

El Ministerio de Salud Pública activó de forma inmediata los protocolos de contención sanitaria, incluyendo:

- Notificación oficial a los distritos de salud correspondientes, tanto por lugar de residencia como por la zona de exposición del paciente.
- Coordinación con el Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (INSPI) para la toma y análisis de muestras, que permitieron confirmar el diagnóstico.
- Activación del equipo técnico de vigilancia epidemiológica, con participación de inmunizaciones, control vectorial y laboratorio clínico.
- Seguimiento activo de todos los contactos cercanos, quienes permanecen en buen estado de salud.
- Investigación detallada de los lugares visitados por el paciente en los días previos al inicio de síntomas, para rastrear la posible fuente de contagio.

La fiebre amarilla es una enfermedad prevenible mediante vacunación. Una sola dosis de la vacuna brinda inmunidad completa y de por vida. Gracias al compromiso del país con la salud pública, 95% de la población que habita en las zonas fronterizas ya ha sido vacunada.

En este contexto, el riesgo de propagación es extremadamente bajo, y las posibilidades de nuevos casos están principalmente asociadas a personas migrantes no vacunadas provenientes de regiones endémicas, por lo cual se están implementando estrictas medidas sanitarias en las áreas fronterizas.

A pesar de que no hay indicios de propagación, el Gobierno de Ecuador se mantiene en alerta epidemiológica permanente y continuará realizando monitoreos comunitarios, barridos vacunales y acciones de control vectorial en las zonas de riesgo.

El Ministerio de Salud Pública reiteró su compromiso con la salud de todos los ecuatorianos y garantizó que se están tomando todas las medidas necesarias para proteger a la población.

AUMENTAN NUEVAMENTE LOS CASOS DE TOS CONVULSA

24/04/2025

Los casos de tos convulsa en Estados Unidos están aumentando, y los médicos se preparan para otro año difícil.

Se han reportado 8.485 casos en 2025, según datos preliminares de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Eso es el doble de casos en comparación con idéntica fecha del año pasado, según el recuento final de los CDC.

Las tasas de tos convulsa se dispararon el año pasado, algo que según los expertos no fue inesperado. El número de casos disminuyó durante la pandemia de covid debido al uso de barbijos y al distanciamiento físico. Además, los expertos afirman que la enfermedad alcanza su pico cada dos a cinco años.

Sin embargo, también aseveran que los brotes de enfermedades prevenibles por vacunación, como el sarampión y la tos convulsa, podrían ser indicativos de un cambio en las actitudes hacia las vacunas. Las tasas de vacunación en jardines de infantes en Estados Unidos cayeron el año pasado, y el número de niños con exenciones de vacunas alcanzó un máximo histórico.

“Desafortunadamente, ha habido un aumento en la actitud antivacunas en Estados Unidos”, dijo la Dra. Ericka Hayes, directora médica sénior de prevención y control de infecciones del Hospital Infantil de Philadelphia. “Nuestra recuperación no es tan rápida como esperábamos y necesitábamos que fuera. Y nuevamente, cuando la cobertura de vacunación cae por debajo del 95%, se pierde la protección de la inmunidad de grupo”.

La tos convulsa tiende a alcanzar su pico en esta época del año y en otoño. Generalmente se propaga en el aire a través de gotitas respiratoria, cuando las personas con tos convulsa tosen, estornudan o respiran cerca de otros. Los síntomas son similares a los de un resfrío, pero la tos se vuelve cada vez más severa con un sonido distintivo: un “silbido” cuando la persona intenta tomar aire. Se combate con antibióticos.

En los últimos seis meses, dos bebés en Louisiana y un niño de 5 años en el estado de Washington han muerto por tos convulsa.

La vacuna contra la tos convulsa, que también protege contra la difteria y el tétanos, se administra a los dos meses, cuatro meses y seis meses de edad. Los CDC recomiendan que los adultos reciban dosis de refuerzo cada 10 años.

La enfermedad es más peligrosa para los bebés, especialmente antes de que reciban su primera ronda de vacunas. Por eso la vacuna también se recomienda para las madres embarazadas, ya que puede proteger a los recién nacidos. Pero el número de personas embarazadas que reciben la vacuna está por debajo de lo esperado, señaló Hayes. “El uso de la vacuna entre las madres embarazadas no está en el nivel que necesitamos en absoluto”, expresó.

Pennsylvania, uno de los estados más afectados por la enfermedad el año pasado, registra 207 casos de tos convulsa en 2025.

Neil Ruhland, portavoz del departamento de salud estatal, indicó que los mayores aumentos se dan en áreas pobladas como Philadelphia y Pittsburgh, y en escuelas secundarias y universidades. Dijo que 94,6% de los niños de jardín de infantes del estado están vacunados.

Michigan está en camino de tener una temporada de tos convulsa similar a la del año pasado, advirtió la Dra. Natasha Bagdasarian, directora médica ejecutiva estatal. El estado registra 516 casos hasta ahora, principalmente entre niños de 5 a 17 años, y tuvo un total de 2.081 casos en 2024.

Bagdasarian indicó que las tasas de vacunación varían de un condado a otro. Algunas escuelas tienen tasas sumamente bajas, de hasta 30%, lo que crea focos de comunidades vulnerables a enfermedades prevenibles con vacunas, como la tos convulsa y el sarampión, señaló.

“Estamos observando muy de cerca los números de la tos convulsa, pero muchos de nuestros recursos están destinados a rastrear los casos de sarampión en este momento”, comentó. “Y la salud pública está haciendo mucho más con menos recursos en 2025 de lo que hemos tenido que hacer antes”.

NEW YORK POST

EL HANTAVIRUS CAUSA UNA NUEVA MUERTE EN CALIFORNIA

26/04/2025

Un joven de California murió a causa del hantavirus, y las autoridades sanitarias descubrieron excrementos de ratones en su lugar de trabajo después de su prematura muerte, según un informe.

El joven de 26 años había enfermado gravemente y le habían recetado antibióticos la noche antes de que lo encontraran convulsionando en su casa de Mammoth Lakes, donde falleció el 6 de marzo a causa del síndrome pulmonar por hantavirus.

El joven trabajaba en Mammoth Mountain Inn, donde se han encontrado excrementos de roedores detrás del mostrador de recepción del establecimiento.

“Se encontró una cantidad muy pequeña de excrementos de roedores en el área de la campana y detrás del mostrador de recepción, muy cerca de la entrada principal del Mammoth Mountain Inn”, dijo David Andrews, director de salud y seguridad del área de esquí de Mammoth Mountain.

“Las trazas encontradas no preocuparon a las autoridades sanitarias. No tenemos motivos para preocuparnos por la exposición laboral en Mammoth Mountain Inn para nuestros empleados o huéspedes”, dijo Andrews.

No se encontró evidencia de roedores o excrementos en la residencia del fallecido.

Andrews afirmó que Mammoth Mountain Inn ha implementado una política integral contra el hantavirus durante años y que actualmente utiliza un contratista externo para realizar una limpieza profunda en ciertas áreas donde se ha observado actividad de roedores. Estas limpiezas ya se han realizado o se realizarán próximamente, y continuarán según sea necesario, más por precaución que por evidencia de actividad.

Los brotes de hantavirosis a veces pueden requerir medidas drásticas. El Parque Nacional Yosemite demolió 91 cabañas de campaña en Curry Village después de que un brote en 2012 infectara al menos a 10 personas y causara la muerte de tres.

El hantavirus se transmite por contacto con heces, orina o saliva de ratones infectados, generalmente al inhalar partículas de aire contaminadas. Los pacientes pueden presentar síntomas gripales que rápidamente derivan en dificultad respiratoria.

La hermana del joven fallecido informó que estuvo enfermo durante dos semanas antes de que los paramédicos lo encontraran sin aliento y sin pulso, y agregó que aparentemente sufría las últimas etapas de la enfermedad, a pesar de que el informe del forense indica que su causa de muerte está “pendiente de análisis patológico y toxicológico”.

El hospital, que el caso visitó la noche antes de morir, también descartó el virus y le dio el alta. “No pensaron que hubiera nada suficientemente grave como para internarlo o dejarlo allí

toda la noche, pero que falleciera a la mañana siguiente es frustrante", dijo la hermana del fallecido.

"Lo descartaron. Ojalá esto sirva para concienciar a los médicos de que el hecho de que un paciente diga que no recuerda haber estado expuesto a ratones no significa que sea imposible", agregó.

Un segundo individuo que murió de hantavirosis este año también visitó el mismo hospital y le recetaron antibióticos antes de que muriera tres días después.

Una segunda persona que falleció por hantavirosis este invierno también había visitado el Hospital Mammoth Lakes antes de su fallecimiento. Este hombre de 60 años acudió al hospital local el 16 de febrero y fue dado de alta al día siguiente con un antibiótico, según el informe forense. Falleció el 19 de febrero.

Ehren Goetz, portavoz del Hospital Mammoth Lakes, declaró que el establecimiento está "muy preocupado" por la cantidad de casos de hantavirosis que el personal ha atendido este año y que está "brindando educación y capacitación adicional a los médicos y al personal".

Justin Caporusso, portavoz de Salud Pública del condado de Mono, afirmó desconocer la existencia de hospitales en el país que cuenten con pruebas de hantavirus en sus instalaciones. Añadió que la falta de pruebas locales convierte a esta enfermedad en una amenaza abrumadora para los profesionales de la salud.

"El Hospital Mammoth Lakes y el Hospital Northern Inyo en Bishop, a casi 80 kilómetros de la montaña, están trabajando con expertos de New México y Arizona para implementar un nuevo protocolo de detección del hantavirus", afirmó Caporusso. "Se espera que las nuevas directrices identifiquen con mayor rapidez a las personas que padecen específicamente el síndrome pulmonar por hantavirus. La detección temprana del virus permitiría a los pacientes ser trasladados a hospitales más grandes con tecnología de apoyo cardiopulmonar más avanzada", añadió.

El Departamento de Salud Pública del Condado de Mono confirmó a principios de este mes que tres personas murieron a causa del virus. "Los investigadores encontraron evidencia de la presencia de ratones en los lugares de trabajo de cada una de estas tres personas. Pero en ningún caso se encontró una infestación grave, una situación que supusiera un riesgo evidente para la salud", dijo un portavoz de la agencia de salud.

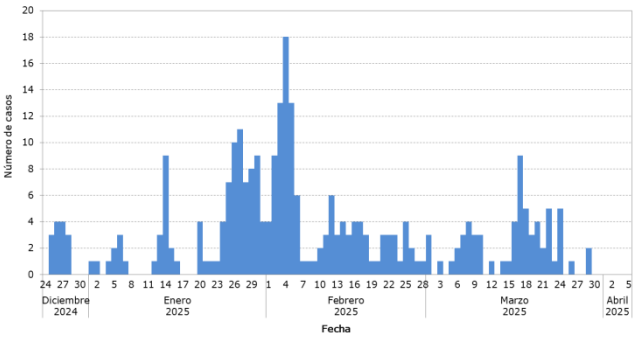
El hantavirus mata a aproximadamente un tercio de las personas infectadas, lo que supone entre 20 y 50 personas cada año en Estados Unidos, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), los que también indicaron que entre 1993 y 2022 se notificaron alrededor de 865 casos de la enfermedad en el país.

No existen tratamientos específicos para la hantavirosis: los pacientes reciben cuidados paliativos, como oxígeno suplementario y monitorización cardíaca continua. Según los CDC, deben ser ingresados de inmediato en una unidad de cuidados intensivos para recibir asistencia respiratoria y monitorizar estrechamente la función cardíaca. La atención médica intensiva temprana es fundamental, ya que los pacientes que presentan una enfermedad aguda repentina pueden agravarse rápidamente y morir.

YA SON 290 LOS CASOS CONFIRMADOS DE FIEBRE DE OROPOUCHE

23/04/2025

A partir de la semana epidemiológica (SE) 44 de 2024 se registró un aumento de febriles en pacientes que acudían a instalaciones de salud en la Región de Salud de Darién. Los resultados dieron negativos a pruebas para malaria, dengue, fiebre chikungunya, leptospirosis, virus gastrointestinales y virus respiratorios.



Casos confirmados de fiebre de Oropouche, por día. Panamá. Del 24 de diciembre de 2024 al 5 de abril de 2025. Fuente: Ministerio de Salud de Panamá.

Se realizaron estudios adicionales a 58 muestras; el 25 de enero de 2025, el Instituto Conmemorativo 'Dr. William Crawford Gorgas' de Estudios de la Salud informó que 34 muestras (58,6%) dieron positivo para el virus de Oropouche.

Se identificaron dos casos índices, con fecha de inicio de síntomas el 25 de diciembre de 2024, residentes en las comunidades de Piedra Candela y Nueva Esperanza, corregimiento de Meteti, distrito de Pinogana. Se trató de dos mujeres panameñas, de 48 y 50 años de edad, con residencia permanente en Darién y sin historia de haber viajado en los 15 días previos al inicio de los síntomas. Posteriormente fueron ocurriendo casos de forma intermitente. A partir del 20 de enero los casos se fueron presentando de manera continua.

En 2025, hasta la SE 14 se han reportado 1.013 casos sospechosos de fiebre de Oropouche, de los cuales se han descartado 616 (60,8%), 107 están bajo investigación (10,6%) y se han confirmado 290 (28,6%).

De los 290 casos confirmados, 265 se han registrado en la región de Darién, con una tasa de incidencia de 43 casos cada 10.000 habitantes; en la región de salud Panamá Este hubo 25 casos, con una tasa de 1,8 casos cada 10.000 habitantes.

Por distrito, Pinogana registra 154 casos (53% del total de casos; incidencia de 54 casos cada 10.000 habitantes), seguido de Chepigana con 50 casos (17%; 33 casos cada 10.000 habitantes), Santa Fe con 46 casos (16%; 25 casos cada 10.000 habitantes), Chepo con 24 casos (8%; 4 casos cada 10.000 habitantes), y Cémaco con 15 casos (5%; 14 casos cada 10.000 habitantes).

En la región de Darién se confirmaron casos en 20 corregimientos; los de mayor número son Metetí (131 casos), Jaqué (33), Río Iglesias (24), Yaviza (17), Lajas Blancas (14) y Santa Fe (12). Los 25 casos de la región de Panamá Este se localizan en el corregimiento de Tortí (18), la Comarca Kuna de Madugandí (6) del distrito de Chepo y en el corregimiento de Pacora (1) del distrito de Panamá.

De los 290 casos confirmados, 137 (47%) corresponden al sexo masculino y 153 (53%) al femenino. Se confirmaron casos en todos los grupos etarios; el más afectado fue el de 25 a 49 años con 128 casos (61 mujeres y 67 hombres).

Se registró un fallecimiento por esta enfermedad, un hombre de 82 años, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus, además de un reciente viaje a la provincia de Darién. Presentó síntomas de deterioro neurológico y fue hospitalizado con un diagnóstico ini-

cial de neuroinfección. Durante su estancia hospitalaria, se realizaron estudios complementarios, incluyendo un análisis de líquido cefalorraquídeo, que confirmó la infección por el virus de Oropouche.

Una investigación entomológica realizada en la región de Darién permitió identificar a *Culicoides paraensis* como el vector potencial que circula en las residencias con casos de enfermedad por el virus de Oropouche en la zona, evidenciado por su abundante presencia en el entorno peridomiciliar.

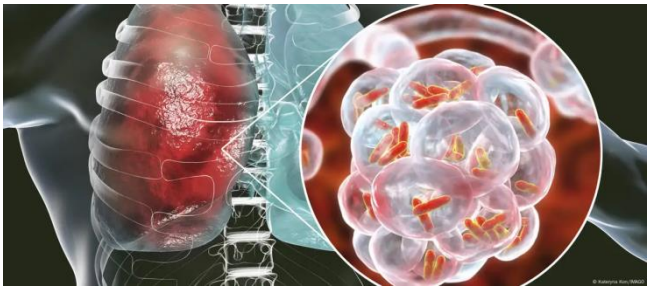
La presencia simultánea de múltiples especies de vectores, incluyendo *Culex quinquefasciatus*, *Lutzomya* spp. y *Aedes scapularis*, sugiere un escenario epidemiológico complejo que requiere un enfoque integral en la vigilancia y control vectorial. Los patrones de actividad temporal observados en las diferentes especies proporcionan información valiosa para la implementación de medidas preventivas específicas.

Puede consultar el informe completo haciendo clic aquí.

Alemania

Preocupación por un brote de legionelosis en Berlin

25/04/2025



Los vecinos de un complejo de viviendas en Berlin, Alemania, afirman que no han sido adecuadamente informados sobre un brote de la bacteria *Legionella*. A mediados de marzo, las autoridades sanitarias del distrito capitalino de Neukölln impusieron una prohibición de ducharse en 332 apartamentos del complejo "High-Deck" luego de que unas pruebas mostraran la presencia en niveles demasiado elevados de *Legionella*, causante de la legionelosis, una forma de neumonía grave, potencialmente mortal.

Sin embargo, no está claro cuánto tiempo estuvo la bacteria presente en el agua, y al menos una vecina, Brianne Curran, cree que contrajo la enfermedad dos meses antes de ser notificada de la contaminación. La mujer denunció que la empresa estatal Howoge, dueña de la vivienda, tardó demasiado en informar a los arrendatarios de los peligros existentes tras las pruebas de agua realizadas en marzo, y no se implementaron medidas de contención a tiempo.

Curran empezó a sufrir síntomas parecidos a los de una gripe en enero y estuvo tres semanas con tos, dificultades para respirar y dolor pulmonar antes de que los síntomas desaparecieran. Sin embargo, recién se hizo la prueba de la legionelosis a fines de marzo, cuando supo que el agua había estado contaminada. El médico le dijo que el resultado era "débilmente positivo", antes de mencionar que había habido otros casos sospechosos en la zona.

Peligro en el agua

Solo dos semanas después, el 11 de abril, Howoge le informó que el suministro de agua de su apartamento tenía la concentración más alta de bacterias *Legionella* de todo el complejo: unas 32.600 unidades formadoras de colonias (UFC) cada 100 mililitros de agua. Cualquier valor por sobre 100 UFC debe informarse a las autoridades para tomar medidas.

La portavoz de Hogowe, Sabine Pentrop, restó importancia a la magnitud del brote, diciendo que solo siete apartamentos incumplieron los niveles de seguridad, y criticó a la autoridad sanitaria por imponer una prohibición de duchas tan amplia. Hannes Rehfeldt, concejal responsable de sanidad en el distrito, detalló que la extensión de la prohibición fue necesaria porque muchos hogares dependen del mismo sistema de agua.

Curran, en tanto, siente que solo después de que llevó el caso a los medios comenzó a ser considerada por la empresa. Por ejemplo, sostiene que no le informaron de su derecho a ver los resultados de la prueba de su apartamento e incluso un representante de Howoge le dijo que no necesitaba conocerlos. “Fue más rápido conseguir que la noticia saliera en la prensa que recibir una respuesta de Howoge a mis correos electrónicos”, dijo Curran.

El bloque afectado por el brote de *Legionella* en Neukölln, Berlin.

¿Qué medidas se adoptaron?

La bacteria *Legionella* se propaga través del vapor de agua, pero no por beber ni tampoco de persona a persona. Howoge aconsejó a los residentes del complejo afectado que no se duchen y eviten inhalar el vapor del agua caliente y de los lavavajillas. Además, introdujo una serie de medidas para contener el brote.

Entre ellas se encontraba el reemplazo de las instalaciones de agua potable en los apartamentos donde la concentración de *Legionella* era superior a 100 UFC, además de la instalación de duchas con filtros para las bacterias. Howoge también ofreció a los residentes una reducción del alquiler por el período comprendido entre la imposición de la prohibición de ducharse hasta la instalación de estos filtros.

Los problemas de las viviendas asequibles

Howoge es uno de los mayores propietarios de Alemania, con más de 81.000 viviendas solo en Berlin. La compañía busca expandirse y llegar a las 100.000 unidades, pero a Curran le preocupa que los 1.200 empleados de la firma no tengan la capacidad para lidiar con los problemas que están surgiendo ahora.

Se trata de dificultades que golpean a las viviendas de precios más asequibles en muchas grandes urbes del mundo. Solo en el último año hubo brotes de legionelosis en New York, Londres, Sidney, Melbourne, Milano, además de ciudades en China y Polonia, que provocaron varias muertes.

Aunque los alquileres siguen al alza en Berlin, los inquilinos sienten a menudo que los edificios antiguos no siempre se mantienen en buenas condiciones y muchos suelen sentirse frustrados por la falta de comunicación y acción de los propietarios cuando hay cosas que arreglar.

Existen posibles soluciones a largo plazo: algunas ciudades europeas están empezando a introducir formar innovadoras de crear viviendas modernas y asequibles, y algunas urbes están usando tecnología como aplicaciones de monitoreo de agua y sistemas de agua inteligentes que están diseñados para evitar la contaminación bacteriana.

OCTAVO CASO DE INFECCIÓN POR EL POLIOVIRUS SALVAJE TIPO 1 EN 2025

24/04/2025

El Ministerio de Regulación y Coordinación de los Servicios Nacionales de Salud de Pakistán informó que el Laboratorio de Referencia Regional para la Erradicación de la Poliomielitis del Instituto Nacional de Salud de Islamabad confirmó un caso de infección por el poliovirus salvaje tipo 1 (WPV1) en el distrito de Bannu, Khyber Pakhtunkhwa.

Este es el tercer caso de poliomielitis en Khyber Pakhtunkhwa y el octavo caso en Pakistán en general este año. La provincia de Sindh registra cuatro casos, y uno en la de Punjab.

En 2024, se notificó un total de 74 casos, en Baluchistán (27 casos), Sindh (23), Khyber Pakhtunkhwa (22), Punjab (1) e Islamabad (1).

La segunda campaña nacional contra la poliomielitis del año está en marcha del 21 al 27 de abril, con el objetivo de vacunar a 45,4 millones de niños menores de cinco años en todo Pakistán. A esta le seguirá otra campaña nacional del 26 de mayo al 1 de junio.

En una reunión de alto nivel celebrada el 23 de abril de 2025, el Coordinador del Centro Nacional de Operaciones de Emergencia, Muhammad Anwaar Ul Haq, el Coordinador del Centro de Operaciones de Emergencia de Baluchistán, Inam-ul-Haq, y el Dr. Hamid Jafari se reunieron con el Secretario Jefe de Baluchistán, Shakeel Qadir Khan, para revisar y fortalecer las estrategias para la erradicación de la poliomielitis en la provincia.

La delegación reconoció el compromiso inquebrantable del gobierno provincial y expresó su satisfacción por los avances logrados.

El Secretario Principal reafirmó la determinación de Baluchistán de lograr un futuro libre de poliomielitis, subrayando la coherencia con la visión nacional. Destacó el papel crucial de las trabajadoras sanitarias en el éxito de la campaña y destacó las medidas en curso para garantizar su despliegue constante, incluyendo medidas integrales de seguridad para los equipos de primera línea contra la poliomielitis.

También destacó las medidas sustanciales para fortalecer la atención médica pública, incluyendo la contratación histórica de un número significativo de médicos para poner en funcionamiento hospitales, centros de salud rurales y unidades de salud básica en toda la provincia. Jafari elogió el liderazgo del Ministro Principal, el Secretario Principal y la administración provincial, y afirmó el acuerdo mutuo para intensificar los esfuerzos para fortalecer la inmunización sistemática en toda la provincia.

A nivel mundial se han notificado 10 casos de infección por el WPV1: ocho en Pakistán y dos en Afganistán.

El Programa Mundial de Alimentos se ha quedado sin existencias en Gaza

27/04/2025

El Programa Mundial de Alimentos (PMA) se ha quedado sin existencias, dijo el 25 de abril la agencia de la Organización de Naciones Unidas (ONU), 54 días después de que Israel impusiera un bloqueo total en la Franja de Gaza.

Niños palestinos hacen fila para recibir una comida caliente en una cocina benéfica administrada por el Programa Mundial de Alimentos de la Organización de Naciones Unidas en Nuseirat, en el centro de Gaza, el 26 de abril de 2025.

El 27 de abril, el PMA entregó sus últimas reservas de alimentos a los comedores sociales de la Franja de Gaza. Se espera que estos comedores se queden sin alimentos en los próximos días, declaró el 25 de abril.

Desde que Israel impuso su bloqueo el 2 de marzo, impidiendo la entrada de ayuda humanitaria y bienes comerciales al enclave, el PMA ha sido la única fuente constante y el mayor proveedor de comidas calientes en Gaza.

Solo unas pocas agencias pequeñas siguen proporcionando alimentos en Gaza, incluida World Central Kitchen, que informó el 26 de abril que estaba "trabajando sin parar para estirar los suministros de harina y hornear tanto pan como sea posible" dentro de su panadería, la última que aún funciona en Gaza.

Con todos los cruces fronterizos cerrados, ningún suministro humanitario ni comercial, incluidas más de 116.000 toneladas de alimentos del PMA que esperan en los corredores de ayuda, ha ingresado a Gaza en más de siete semanas, dijo la agencia de ayuda.

"Este es el cierre más prolongado que ha enfrentado la Franja de Gaza, lo que agrava la ya frágil situación de los mercados y los sistemas alimentarios", afirmó, y agregó: "La gente se está quedando sin opciones para salir adelante, y los frágiles avances logrados durante el breve alto el fuego se han desvanecido".

La noticia llega después de que el PMA dijera a fines de marzo que sus 25 panaderías en la Franja de Gaza habían cerrado debido a la falta de combustible y harina en el territorio.

Israel dice que su bloqueo es crucial para su objetivo de debilitar el control de Hamás sobre la población, mientras que los funcionarios israelíes han declarado repetidamente que "no hay escasez" de ayuda en Gaza y han acusado al grupo militante de retener suministros.

Tras una reunión con altos funcionarios del Partido Republicano, el ministro de Seguridad Nacional de extrema derecha de Israel, Itamar Ben-Gvir, dijo el 23 de abril: "Expresaron su apoyo a mi posición muy clara sobre cómo actuar en Gaza y que los depósitos de alimentos y ayuda deben ser bombardeados para crear presión militar y política para que nuestros rehenes regresen a casa sanos y salvos".

El gobierno israelí ha sido acusado de utilizar el hambre de civiles como método de guerra en la Franja de Gaza, lo que según la ONU podría constituir crímenes de guerra con base en el derecho humanitario internacional.

Ante la escasez de alimentos esenciales, como agua potable y combustible para cocinar, más de dos millones de personas en Gaza se enfrentan ahora a un grave riesgo de hambruna, enfermedades epidémicas y muerte, advirtió el PMA.

La inseguridad alimentaria extrema también ha suscitado graves preocupaciones nutricionales para las poblaciones vulnerables, incluidos los niños menores de 5 años, las mujeres embarazadas y los ancianos.

El Global Nutrition Cluster, una coalición de grupos humanitarios, advirtió que sólo en marzo se identificaron 3.708 niños con desnutrición aguda, de un total de 84.000 niños examinados, un marcado aumento respecto de febrero, cuando se admitieron 2.053 niños de un total de 92.000 examinados, dijo la Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA) en un informe del 24 de abril.

Un video publicado por el PMA mostró las reservas de alimentos agotadas en un almacén de Gaza y a niños haciendo fila en puestos de comida para recibir comida caliente y pan. La agencia afirmó que, a pesar de proporcionar un "socorro vital" a los necesitados, solo había llegado a la mitad de la población de Gaza.

Como los precios de los alimentos dentro de la Franja también se han disparado hasta alcanzar el 1.400% de los precios registrados durante el alto el fuego, la gente ahora se ve obligada a buscar entre los escombros artículos para quemar y cocinar, afirmó el PMA.

Más de 51.000 personas han muerto en Gaza, incluidos miles de niños, según el Ministerio de Salud local, desde que Israel lanzó su ofensiva en el enclave tras los ataques liderados por Hamás el 7 de octubre de 2023.

Unas 1.200 personas murieron durante los ataques en el sur de Israel y alrededor de 250 fueron tomadas como rehenes, lo que marca una importante escalada en un conflicto que dura décadas.

La situación ha suscitado gran preocupación entre las ONG internacionales y las agencias de la ONU que trabajan en Gaza, y a mediados de abril los directores ejecutivos de 12 importantes organizaciones de ayuda advirtieron del colapso de los sistemas de ayuda mientras la crisis humanitaria en Gaza alcanzaba los peores niveles en 18 meses.

"La hambruna no es solo un riesgo, sino que probablemente se esté extendiendo rápidamente en casi todas las partes de Gaza", dijeron los directores ejecutivos en un comunicado publicado por Oxfam, y agregaron: "Déjennos hacer nuestro trabajo".

El 24 de abril, los ministros de Asuntos Exteriores de Francia, Alemania y el Reino Unido también instaron a Israel a reanudar el flujo de ayuda humanitaria a Gaza. "Los civiles palestinos, incluidos un millón de niños, se enfrentan a un grave riesgo de hambruna, epidemias y muerte. Esto debe terminar", declararon en un comunicado.

Agregaron: "Instamos a Israel a que reinicie de inmediato un flujo rápido y sin obstáculos de ayuda humanitaria a Gaza para satisfacer las necesidades de todos los civiles".

EL MAYOR NÚMERO DE CASOS IMPORTADOS DE FIEBRE CHIKUNGUNYA DE LOS ÚLTIMOS 18 AÑOS

22/04/2025

Los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) de Taiwán anunciaron el 22 de abril que se han registrado 11 casos importados de fiebre chikungunya en lo que va del año 2025, el número más alto desde que fue catalogada como enfermedad infecciosa legal en octubre de 2007. Las áreas de infección principales son países del Sudeste Asiático, siendo Indonesia el más importante. También se han registrado 44 casos importados de dengue, la segunda cifra más alta en los últimos cinco años. Continúa el riesgo de que los virus Chikungunya y Dengue se importen desde el extranjero. Se insta al público a tomar medidas de prevención contra los mosquitos si viaja a zonas endémicas. Si presentan síntomas después de regresar al país, deben buscar atención médica lo antes posible e informar de manera proactiva al médico sobre el historial de viajes, ocupacional, de contactos y de grupos para facilitar la notificación, el diagnóstico y el tratamiento tempranos.

Según las estadísticas de los CDC, hasta el 21 de abril de 2025, ha habido un total de 11 casos confirmados de fiebre chikungunya, todos importados. Los viajeros provenían de Indonesia (9 casos), Filipinas (1) y Sri Lanka (1). En cuanto al dengue, la semana pasada se detectaron dos nuevos casos importados en el país, ambos procedentes de Indonesia. Hasta el 21 de abril de 2025, se han confirmado 44 casos, todos importados, la segunda cifra más alta en el mismo período en los últimos cinco años. Los viajeros provenían de Indonesia (21 casos), Filipinas (8) y Vietnam (5).

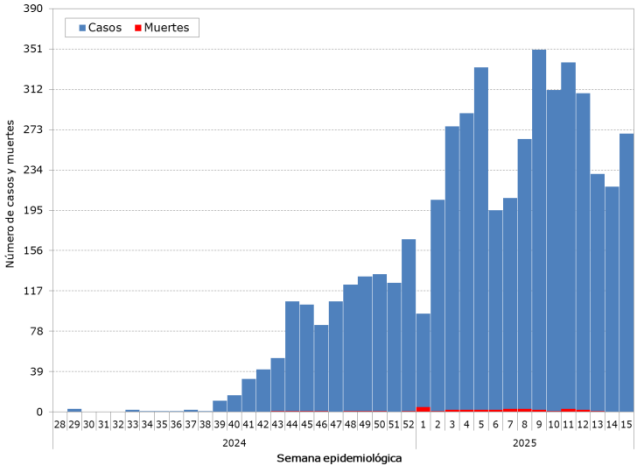
Los CDC indicaron que la epidemia mundial de fiebre chikungunya acumula cerca de 80.000 casos y 46 muertes en lo que va del año, concentrada principalmente en las Américas, con más de 70.000 casos en Brasil; la epidemia en la isla francesa de La Réunion este año es grave y el número de casos supera los 10.000; la epidemia de fiebre chikungunya en la vecina Indonesia ha aumentado este año y el Ministerio de Salud del país emitió una alerta, Singapur también reportó casos este año, e India reportó un total de más de 230.000 casos el año pasado, lo que es mayor que el número de casos del año anterior (alrededor de 200.000 casos). Además, la epidemia mundial de dengue acumuló más de 14 millones de casos el año pasado, uno de los años más graves registrados. La epidemia mundial de dengue ha continuado este año, con la situación más grave en las Américas, con un total de más de 1,93 millones de casos notificados hasta el momento, siendo Brasil el que registra más de 1,73 millones de casos. La situación epidémica en Colombia, México y Perú también es grave. La epidemia de dengue en Indonesia también ha aumentado. La situación epidémica en Filipinas y Vietnam es más grave que en el mismo período de los últimos años.

El CDC explicó que el mosquito vector del virus Chikungunya es el mismo que el virus Dengue. La enfermedad se transmite a través de la picadura de un mosquito portador del virus, *Aedes albopictus* o *Aedes aegypti*. El período de incubación de la fiebre chikungunya es de 2 a 12 días. El período de viremia es de 2 a 5 días después del inicio de la enfermedad. Los síntomas de la infección incluyen fiebre repentina, dolor en las articulaciones o artritis (especialmente muñecas y tobillos y en las articulaciones pequeñas de manos y pies), dolor de cabeza, náuseas, vómitos, fatiga, dolor muscular y aproximadamente la mitad de los pacientes desarrollan una erupción cutánea; los síntomas duran de 3 a 7 días. A diferencia del dengue, algunos pacientes infectados con el virus Chikungunya experimentan fatiga durante semanas y

algunos sufren dolor tan severo en las articulaciones que no pueden moverse, durante semanas, meses o incluso años. La fiebre del dengue típica no causa dolor articular a largo plazo. La fiebre chikungunya no es tan grave como el dengue y los casos fatales son raros. Sin embargo, los recién nacidos infectados al nacer, las personas mayores de 65 años o aquellas con antecedentes de hipertensión, diabetes o enfermedades cardiovasculares corren el riesgo de sufrir complicaciones o enfermedades graves a causa del virus Chikungunya.

Los CDC pidieron que se tomen medidas debido a que las recientes temperaturas locales han aumentado gradualmente y ha habido lluvias ocasionales en varios lugares, lo que favorece la reproducción de mosquitos portadores de enfermedades y aumenta el riesgo de infección y transmisión en la comunidad. La forma más eficaz de prevenir la fiebre chikungunya y el dengue es eliminar los criaderos. Las personas deben revisar periódicamente el ambiente interior y exterior, eliminar completamente los recipientes con agua estancada para evitar la reproducción de mosquitos portadores de enfermedades; e implementar medidas de prevención de mosquitos. Usar ropa de manga larga de colores claros cuando salga y usar repelentes de mosquitos aprobados por el gobierno en la piel expuesta para reducir las posibilidades de ser picado por los mosquitos.

Uganda continúa respondiendo a un brote de mpox, declarado oficialmente por las autoridades sanitarias el 2 de agosto de 2024. Desde el 9 de marzo de 2025, se han reportado 1.329 nuevos casos confirmados y seis fallecimientos. Solo en la semana epidemiológica (SE) 14 se reportaron 269 nuevos casos, sin fallecimientos, en todo el país, lo que representa un aumento de 23% en los nuevos casos en comparación con la SE anterior.



Casos de mpox y muertes relacionadas, según semana epidemiológica. Uganda. De semana epidemiológica 28 de 2024 a 15 de 2025. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Del 24 de julio de 2024 al 6 de abril de 2025, se reportó un total acumulado de 5.162 casos, con 37 fallecimientos (tasa de letalidad de 0,7%) en 107 de los 146 distritos de Uganda. Los hombres siguen siendo los más afectados, con 2.981 casos (57,7% del total). La mayoría de los casos se presentan en personas de entre 20 y 39 años, lo que representa 65,0% de todos los casos notificados en el país. Los distritos más afectados son Kampala (2.394 casos), Wakiso (690), Mbarara (373), Mukono (177), Masaka (143) y Nakasongola (109), que en conjunto representan 75,3% de los casos acumulados notificados en todo el país. La mayoría de las muertes se han notificado en Kampala (15 muertes), seguida de Wakiso (6), Masaka (3), Mukono (2) y Kole (2), que en conjunto constituyen 75,7% de todas las muertes notificadas. Además, se ha reportado una muerte en los distritos de Hoima, Kabale, Kalungu, Kikuube, Masindi, Mbarara, Mpigi, Nakasongola y Pallisa.

Al 6 de abril de 2025, se encontraban ingresados 85 casos, incluidos 18 pacientes en estado crítico. Cerca de 79% de estos ingresos se realizaron en las unidades de tratamiento de Entebbe (41 ingresos) y Mbarara (26). Uganda actualmente reporta el segundo mayor número de casos confirmados de mpox en la región africana, después de la República Democrática del Congo. El brote permanece concentrado principalmente en la capital, Kampala, y sus alrededores. Hasta el momento, se ha detectado en el país el clado Ib del virus de la mpox, vinculado al brote en el este de la República Democrática del Congo, a partir de 2.543 muestras con resultados de secuenciación genómica, y la evidencia actual indica que la transmisión del virus se produce principalmente a través del contacto físico estrecho entre personas.

También se han reportado casos de un número creciente de pacientes críticos en unidades de aislamiento, escasez de medicamentos y falta de apoyo nutricional en algunas unidades de tratamiento, lo que actualmente afecta el manejo clínico de los pacientes con mpox.

Acciones de salud pública

- Se siguen celebrando reuniones semanales de coordinación bajo la dirección del Ministerio de Salud de Uganda, con el apoyo y la participación activa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros socios sanitarios.

- Los grupos de trabajo distritales siguen coordinando la implementación de las estrategias de respuesta sobre el terreno, en particular la intensificación de la vigilancia de enfermedades, la sensibilización comunitaria, la gestión de casos y la vacunación.
- El 21 de enero de 2025, el país recibió un envío de 10.000 dosis de la vacuna contra la mpox Modified Vaccinia Ankara-Bavarian Nordic (MVA-BN). A principios de febrero de 2025, se llevó a cabo la primera ronda de vacunación, dirigida a las poblaciones de alto riesgo en las zonas más afectadas. Fueron vacunadas 10.000 personas en los distritos de Kawempe y Makindye de la ciudad de Kampala. Se han recibido 100.000 dosis adicionales y el país está preparando la siguiente fase de la campaña de vacunación, dirigida a zonas de alto riesgo, como Kampala (divisiones de Rubaga, Nakawa y Central), Wakiso, Buvuma, Mbarara, Hoima, Mukono, Masaka y Nakasongola.
- Recientemente, el pilar de comunicación de riesgos y participación comunitaria (RCCE) ha aplicado un enfoque integrado para responder a los brotes de mpox y de la enfermedad por el virus Sudán. Se están llevando a cabo campañas conjuntas de concienciación, sensibilización puerta a puerta y participación de las partes interesadas en varios distritos.
- Cuatro laboratorios nacionales están realizando pruebas de mpox en todo el país. Un total de 2.543 muestras se han sometido a secuenciación genómica desde el inicio del brote. La OMS, los Centros Africanos para el Control y la Prevención de Enfermedades y otros socios sanitarios siguen apoyando el desarrollo de capacidades de los técnicos de laboratorio, la recolección y el transporte de muestras, la secuenciación genómica y la adquisición de kits de prueba.
- Hasta la fecha, la OMS ha proporcionado kits de recolección de muestras por un valor de 15.300 dólares.

Interpretación de la situación

La situación de la mpox en Uganda sigue siendo preocupante, ya que se sigue notificando un número significativo de casos confirmados semanalmente desde el inicio del brote. Hasta el momento, la estrecha colaboración y los esfuerzos entre las autoridades nacionales y los socios siguen siendo fundamentales y deben mantenerse para controlar este brote. Además, es necesario intensificar la comunicación de riesgos y la participación comunitaria en este brote para prevenir la llegada tardía de casos a los centros de salud y las consiguientes muertes. Las autoridades nacionales, con el apoyo de los socios sanitarios, también deben seguir proporcionando los suministros y equipos necesarios para mejorar la atención clínica de los pacientes con mpox en las zonas afectadas.

DECLARAN EL FIN DEL BROTE DE ENFERMEDAD POR EL VIRUS SUDÁN

26/04/2025

Uganda declaró el 26 de abril el fin del brote de enfermedad por el virus Sudán, menos de tres meses después de que se confirmara la presencia del virus en la capital, Kampala.

Durante este brote, se reportaron 14 casos, 12 confirmados y dos probables, no confirmados mediante pruebas de laboratorio. Se produjeron cuatro fallecimientos, dos confirmados y dos probables. Diez personas se recuperaron de la infección. Se identificó a un total de 534 personas que estuvieron en contacto con los casos confirmados y probables, quienes fueron monitoreadas de cerca.

El último paciente confirmado fue dado de alta el 15 de marzo de 2025, lo que desencadenó la cuenta regresiva de 42 días para declarar oficialmente el fin del brote, de acuerdo con las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Este fue el segundo brote de enfermedad por el virus Sudán en Uganda en menos de tres años. Se confirmó el 30 de enero de 2025. La amplia experiencia del país en la gestión de brotes permitió una respuesta rápida, coordinada y eficaz.

Con el apoyo de la OMS y sus socios, el Ministerio de Salud activó las estructuras nacionales de coordinación, desplegó equipos de respuesta rápida, reforzó los sistemas de vigilancia y estableció unidades de tratamiento. Se reforzaron las medidas sanitarias fronterizas, especialmente en Kampala y en los puntos de entrada, para prevenir la transmisión transfronteriza.

La OMS movilizó a más de 130 funcionarios nacionales e internacionales para apoyar la respuesta en las áreas de investigación de casos, rastreo de contactos, diagnóstico de laboratorio y gestión de casos. Se analizaron más de 1.500 muestras, y la OMS proporcionó logística, capacitación y control de calidad para garantizar la bioseguridad.

La OMS también facilitó el despliegue de equipos médicos de emergencia y antropólogos para reducir el estigma, generar confianza y trabajar con las comunidades afectadas, lo que fue fundamental para impulsar el cambio de comportamiento.

“Este brote nos planteó nuevos desafíos. Afectó tanto a comunidades urbanas como rurales de todo el país y se desarrolló en un contexto de importantes limitaciones de financiación mundial”, declaró el Dr. Chikwe Ihekweazu, Director Regional Interino de la OMS para África. La respuesta demostró el liderazgo de larga data de Uganda en la lucha contra las emergencias de salud pública. Como OMS, nos sentimos sumamente orgullosos de haber apoyado estos esfuerzos en cada etapa del proceso.

El virus Sudán es una cepa del virus del Ébola. Esta cepa causa una enfermedad grave, a menudo mortal, que afecta a humanos y otros primates. En brotes anteriores, el virus Sudán causó la muerte de cuatro de cada 10 personas infectadas.

A pesar de la ausencia de contramedidas autorizadas contra esta variante del virus del Ébola, las vacunas candidatas se encuentran en diversas fases de ensayos clínicos. Cuatro días después de la declaración del brote por parte del gobierno, se inició un ensayo clínico aleatorizado para evaluar la seguridad y eficacia de la vacuna mediante la vacunación en anillo. Además, se inició la administración de remdesivir bajo el protocolo de Uso Monitorizado de Emergencia de Intervenciones No Registradas y Experimentales (MEURI).

“El liderazgo y la resiliencia de Uganda fueron cruciales para contener este brote”, afirmó el Dr. Kasonde Mwinga, Representante de la OMS en Uganda. Desde el primer día, la OMS colaboró estrechamente con el Ministerio de Salud, desplegando su experiencia, proporcionando suministros esenciales y garantizando la investigación de cada caso sospechoso. El pueblo de Uganda ha demostrado una determinación extraordinaria.

Aunque el brote ha terminado, el Ministerio de Salud, con el apoyo continuo de la OMS y sus asociados, seguirá invirtiendo en vigilancia, atención a los sobrevivientes y preparación para garantizar que Uganda siga siendo segura.

La enfermedad por el virus de Sudán es una enfermedad grave, causada por un virus que pertenece a la misma familia que el virus del Ébola. Puede resultar en una alta tasa de mortalidad.

Típicamente se caracteriza por la aparición aguda de fiebre con síntomas/signos inespecíficos (p. ej., dolor abdominal, anorexia, fatiga, malestar general, mialgia, dolor de garganta) generalmente seguido varios días después por náuseas, vómitos, diarrea y ocasionalmente un exantema variable. Puede presentarse hipo. La enfermedad grave puede incluir manifestaciones hemorrágicas (p. ej., sangrado en los sitios de punción, equimosis, petequias, derrames viscerales), encefalopatía, shock/hipotensión, falla multiorgánica y aborto espontáneo en mujeres embarazadas infectadas.

Las personas que se recuperan pueden experimentar secuelas prolongadas (p. ej., artralgia, disfunción neurocognitiva, uveítis a veces seguida de formación de cataratas), y puede ocurrir una infección persistente clínica y subclínica en compartimentos inmunoprivilegiados (p. ej., sistema nervioso central, ojos, testículos).

La transmisión de persona a persona se produce por contacto directo con sangre, otros fluidos corporales, órganos o superficies y materiales contaminados. El riesgo de transmisión comienza con la aparición de los signos clínicos y aumenta con la gravedad de la enfermedad. Los familiares, el personal sanitario y los asistentes a ceremonias funerarias que tienen contacto directo con el difunto corren un riesgo especial. El período de incubación oscila entre 2 y 21 días, aunque suele ser de 7 a 11 días.

En el Día Mundial de Lucha contra la Malaria, la Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo un llamamiento a redoblar los esfuerzos en todos los niveles, desde la política mundial hasta la acción comunitaria, para acelerar el progreso hacia la eliminación de la malaria.

A fines de la década de 1990, los líderes mundiales sentaron las bases para un progreso notable en el control mundial de la malaria, incluida la prevención de más de 2.000 millones de casos y casi 13 millones de muertes desde el año 2000.

Hasta la fecha, la OMS ha certificado a 45 países y un territorio como libres de malaria, y muchos países con una baja carga de malaria siguen avanzando a paso firme hacia el objetivo de eliminación. De los 83 países restantes donde la malaria es endémica, 25 notificaron menos de 10 casos de la enfermedad en 2023.

Sin embargo, como lo ha demostrado la historia, estos avances son frágiles.

“La historia de la malaria nos enseña una dura lección: cuando desviamos nuestra atención, la enfermedad resurge, afectando con mayor intensidad a los más vulnerables”, declaró el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS. “Pero esta misma historia también nos muestra lo que es posible: con un firme compromiso político, una inversión sostenida, acción multisectorial y participación comunitaria, la malaria puede ser derrotada”.

Las inversiones en nuevas intervenciones impulsan el progreso

Los años de inversión en el desarrollo y la implementación de nuevas vacunas contra la malaria y herramientas de próxima generación para prevenir y controlar la malaria están dando sus frutos.

En el Día Mundial de Lucha contra la Malaria, Malí se unirá a otros 19 países africanos en la introducción de vacunas contra la malaria, un paso vital para proteger a los niños pequeños de una de las enfermedades más mortales del continente. Se espera que la distribución a gran escala de vacunas contra la malaria en África salve la vida de decenas de miles de niños cada año.

Mientras tanto, el uso generalizado de una nueva generación de mosquiteros tratados con insecticidas está destinado a reducir la carga de la enfermedad. Según el último Informe Mundial sobre la Malaria, estos nuevos mosquiteros –que tienen un mayor impacto contra la malaria que los mosquiteros estándar solo con piretroides– representaron casi 80% de todos los mosquiteros distribuidos en África subsahariana en 2023, frente al 59% del año anterior.

El progreso contra la malaria está bajo amenaza

A pesar de los importantes avances, la malaria sigue siendo un importante problema de salud pública, con casi 600.000 vidas perdidas a causa de esta enfermedad solo en 2023. La región africana es la más afectada, ya que soporta aproximadamente 95% de la carga de malaria cada año.

En muchas zonas, el progreso se ha visto obstaculizado por la fragilidad de los sistemas de salud y las crecientes amenazas, como la resistencia a los medicamentos y a los insecticidas. Muchos grupos en riesgo siguen sin acceder a los servicios que necesitan para prevenir, detectar y tratar la malaria. El cambio climático, los conflictos, la pobreza y el desplazamiento de población agravan estos desafíos.

La OMS advirtió recientemente que los recortes de financiación para 2025 podrían obstaculizar aún más el progreso en muchos países endémicos, poniendo en riesgo millones de vidas adicionales. De las 64 oficinas de país de la OMS en países endémicos de malaria que participaron en un reciente balance, más de la mitad reportaron interrupciones moderadas o graves en los servicios de malaria.

Nuevo llamado a proteger los logros duramente conseguidos

El Día Mundial de Lucha contra la Malaria 2025, bajo el lema "La malaria termina con nosotros: reinvertir, reimaginar, reavivar", exige un mayor compromiso político y financiero para proteger los avances logrados con tanto esfuerzo contra la malaria.

Para reinvertir, la OMS se une a sus socios y a la sociedad civil para instar a los países donde la malaria es endémica a aumentar el gasto interno, en particular en atención primaria de salud, para que todas las poblaciones en riesgo puedan acceder a los servicios que necesitan para prevenir, detectar y tratar la malaria. Las exitosas reposiciones de fondos del Fondo Mundial y la Alianza para las Vacunas, también son cruciales para financiar los programas e intervenciones contra la malaria y acelerar el progreso hacia las metas establecidas por la *Estrategia técnica mundial contra la malaria 2016-2030* de la OMS.

Abordar los desafíos actuales en el control mundial de la malaria también requerirá una respuesta reimaginada mediante herramientas, estrategias y alianzas innovadoras. Se necesitan medicamentos antimaláricos nuevos y más eficaces, así como avances en la prestación de servicios, el diagnóstico, los insecticidas, las vacunas y los métodos de control de vectores.

Cada vez más países están haciendo del control y la eliminación de la malaria una prioridad nacional, incluso a través de la Declaración de Yaundé, firmada en marzo de 2024 por los ministros de salud africanos de 11 países con alta carga de enfermedad.

"Los ministros se comprometieron a fortalecer sus sistemas de salud, incrementar los recursos nacionales, potenciar la acción multisectorial y garantizar un sólido mecanismo de rendición de cuentas", señaló el Dr. Daniel Ngamije, Director del Programa Mundial contra la Malaria de la OMS. "Este es el tipo de liderazgo que el mundo debe respaldar".

Reanudar el compromiso en todos los niveles –desde las comunidades y los trabajadores de salud de primera línea hasta los gobiernos, los investigadores, los innovadores del sector privado y los donantes– será fundamental para frenar y, en última instancia, acabar con la malaria.

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.