

19 DE MAYO
2025
REC 2.935

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de covid

AMÉRICA

- Situación epidemiológica de la influenza aviar A(H5N1)
- Brasil: Un brote de ciguatera afectó a 13 personas en Natal, Rio Grande do Norte
- Ecuador: Situación epidemiológica de la fiebre amarilla

- Ecuador: Los casos de tos convulsa disminuyeron 60% en la última semana

- Honduras: Aumento de casos de tos convulsa

- México: Los casos de sarampión en Chihuahua ya son 1.363

- Paraguay: Circulación comunitaria del virus Dengue en todas las regiones del país

EL MUNDO

- África: Registraron cerca de 133.000 casos y 1.761 muertes por mpox desde comienzos de 2024

- Australia: La melioidosis ha causado 31 muertes en el norte de Queensland en 2025

- España: El papel de los conejos y las liebres en la epidemiología de la leishmaniosis

- Papúa Nueva Guinea: Declaran emergencia nacional ante dos casos de poliomielitis

- Rusia: Brote de infecciones meningocócicas en un mercado del óblast de Ryazan

- Vietnam: Reportaron un nuevo caso de dracunculosis

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

Vigilancia universal de virus respiratorios - Red de Laboratorios

Durante 2024, aun cuando el número de casos de SARS-CoV-2 por semana epidemiológica (SE) fue menor en comparación con los años previos, se observó un ascenso durante las primeras SE del año, concentrándose 80% de los casos entre la SE 1 y la SE 12, con el mayor número de casos registrado entre la SE 3 y la SE 6. Posteriormente, las detecciones semanales disminuyeron y, a partir de la SE 32, los casos volvieron a incrementarse, alcanzando un nuevo pico en la SE 44, aunque con una magnitud menor al ascenso previo. En las primeras SE de 2025 los casos de covid se mantuvieron en valores bajos, con un promedio de 100 casos semanales en las últimas seis SE.

Vigilancia universal de virus respiratorios en personas internadas y fallecidas

Entre la SE 1 y la SE 18 de 2025, se notificaron 550 casos de covid en personas internadas. Respecto al mismo periodo del año anterior, esto representa 85,3% menos casos. Los casos de covid en hospitalizados presentaron un ascenso entre la SE 34 y la SE 42 de 2024, seguido de una disminución posterior y valores estables en lo que va de 2025. En la SE 18 de 2025 se registraron 12 casos hospitalizados con este diagnóstico.

Contexto mundial

En 2020, el virus de la influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP)¹ subtipo A(H5N1) del clado 2.3.4.4b ha ocasionado un número sin precedentes de muertes de aves silvestres y aves de corral en numerosos países de África, Asia y Europa. En 2021, este virus se extendió a través de las principales rutas migratorias de aves acuáticas a América del Norte y, en 2022 a Centroamérica y América del Sur. Para el año 2023, se registraron brotes en animales, los cuales fueron notificados por 14 países y territorios, principalmente en las Américas.

En los últimos años, se ha incrementado la detección del virus de la influenza aviar A(H5N1) en especies no aviares a nivel mundial, incluyendo mamíferos terrestres y marinos, tanto silvestres como domésticos (de compañía y de producción). Desde 2022, 22 países de tres continentes, incluyendo las Américas, han notificado brotes en mamíferos a la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA).

Históricamente, desde inicios de 2003 hasta el 22 de abril de 2025, se notificaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) 973 casos humanos de influenza aviar A(H5N1), incluidas 470 defunciones (letalidad de 48%), en 25 países a nivel global.

Situación en la Región de las Américas

Desde 2022 y hasta la semana epidemiológica (SE) 18 de 2025, un total de 18 países² de la Región de las Américas reportaron a la OMSA 4.948 brotes³ animales de influenza aviar A(H5N1), lo que representa 235 brotes adicionales desde el [4 de marzo de 2025](#).

Entre 2022 y el 12 de mayo de 2025, un total de 75 infecciones humanas causadas por influenza aviar A(H5) han sido notificadas en cinco países de las Américas, con un caso adicional desde el 4 de marzo de 2025. El caso de infección humana más reciente notificado en la Región de las Américas se registró en México el 2 de abril de 2025. Se notificaron 71 casos en Estados Unidos –uno en 2022 y 70 desde 2024–, un caso en Canadá confirmado el 13 de no-

¹ En términos generales, las múltiples cepas del virus de la influenza aviar pueden clasificarse en dos categorías, según la gravedad de la presentación de la enfermedad en aves de corral: virus de influenza aviar de baja patogenicidad (IABP) y virus de influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP).

² Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

³ Las cifras actuales representan el número de brotes, los cuales pueden incluir múltiples registros vinculados epidemiológicamente y actualizaciones en los conteos de casos reportados para cada brote. Estas cifras reflejan únicamente brotes oficialmente verificados y notificados a la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA), garantizando precisión conforme a los estándares de la OMSA.

viembre de 2024, un caso en Chile notificado el 29 de marzo de 2023 y un caso en Ecuador notificado el 9 de enero de 2023.

Situación por país de brotes en animales en 2025

- **En aves**

En 2025, hasta la SE 18, se notificaron a la OMSA 330 brotes de influenza aviar en aves domésticas (312 brotes) y/o silvestres (18) en seis países de la Región de las Américas: Argentina (1), Canadá (24), Estados Unidos (288), México (2), Panamá (1) y Perú (14). Desde el 4 de marzo de 2025, se han notificado 210 brotes adicionales en aves. Adicionalmente de estos brotes, en 2025, hasta el 13 de mayo, se registraron más de 1.250 detecciones de influenza aviar A(H5N1) en aves silvestres en Estados Unidos, 154 detecciones en Canadá y ocho en Argentina, en el territorio usurpado por el Reino Unido de las Islas Malvinas.

- **En mamíferos**

En 2025, hasta la SE 18, se han notificado a la OMSA 75 brotes en mamíferos silvestres (13 brotes) y domésticos (62 brotes) en Estados Unidos. Desde la primera notificación de influenza aviar A(H5N1) en ganado bovino lechero en marzo de 2024 en Estados Unidos, se han identificado brotes en 17 estados, que afectaron a 1.053 rebaños lecheros hasta el 9 de mayo de 2025. Desde el 4 de marzo de 2025, 77 rebaños lecheros adicionales han sido afectados en Estados Unidos.

Adicionalmente, hasta el 13 de mayo, la Agencia Canadiense de Inspección de Alimentos (CFIA) informó siete detecciones en mamíferos silvestres en Canadá en 2025 a través de su Tablero de Detección de Influenza Aviar de Alta Patogenicidad - Fauna Silvestre.

Situación por país de casos humanos en 2025

En 2025, hasta la SE 18, se han notificado cuatro casos humanos de influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas, en México (1 caso) y Estados Unidos (3 casos). Desde el 4 de marzo de 2025, México notificó el primer caso humano en el país, y no se han notificado nuevos casos humanos en otros países de la Región.

El 2 de abril de 2025, el Centro Nacional de Enlace (CNE) del Reglamento Sanitario Internacional (2005) de México notificó a la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) una infección humana confirmada por laboratorio causada por el virus de la influenza aviar A(H5N1) en el estado de Durango (México), siendo el primer caso confirmado en humano en el país. El caso involucró a una niña de 3 años del estado de Durango. El caso resultó positivo para influenza aviar A(H5N1) en el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE). El caso no tenía condiciones médicas subyacentes, no había recibido la vacuna contra la influenza estacional y no tenía antecedentes de viaje. Inició síntomas el 7 de marzo de 2025 presentando fiebre, malestar general y vómitos. El 13 de marzo fue hospitalizada por presentar somnolencia y signos de insuficiencia respiratoria. El 14 de marzo inició tratamiento con oseltamivir. El 16 de marzo se trasladó a un hospital de tercer nivel por presentar falla ventilatoria. El 1 de abril, el InDRE confirmó la infección mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR). El virus se caracterizó como influenza aviar A(H5N1) clado 2.3.4.4b genotipo D1.1 mediante secuenciación. Durante este tiempo la condición del paciente se deterioró gradualmente y el caso falleció debido a complicaciones respiratorias y falla multiorgánica el 8 de abril.

Debido a que no se identificó una fuente de contaminación directa, se determinó que la fuente de infección fue por contaminación indirecta. Durante las actividades de rastreo de contactos, se identificaron 91 personas. Los resultados de laboratorio de los individuos muestreados fueron negativos para influenza aviar A(H5N1). Hasta la fecha, no se han identificado más casos de infección humana por influenza aviar A(H5N1) relacionados con este caso.

Puede consultar el informe completo haciendo clic [aquí](#).

Trece es el número de personas sospechosas de intoxicación tras consumir pescado en un restaurante de Natal entre el 5 y el 6 de mayo. La Secretaría Municipal de Salud (SMS), que investiga el caso, confirmó que la principal sospecha es la ciguatera.

Del total de personas que presentaron síntomas, tres requirieron atención hospitalaria y dos fueron hospitalizadas, pero ya fueron dadas de alta.

Según José Antônio de Moura, jefe del Departamento de Vigilancia en Salud (DVS) de Natal, los principales motivos para sospechar la ciguatera son los síntomas neurológicos. Además de diarrea, vómitos y dolores de cabeza y abdominales, los pacientes experimentaron hormigueo e “inversión de calor”.

“Está el problema del período de incubación, entre el consumo del alimento y la aparición de los síntomas, que fue en promedio de 4 horas. Pero lo que lo caracterizó, lo que nos dio prácticamente certeza, es el tipo de pez y también los síntomas neurológicos que presentaron: entumecimiento en las extremidades superiores e inferiores, y en la boca. Y la inversión térmica, en la que se tiene la sensación de tocar algo frío y sentirlo como si estuviera caliente”, informó de Moura.

El pez sospechoso es el pez limón (*Seriola lalandi*), conocido en Brasil como *arabaiana*. Se tomaron muestras del alimento del restaurante, las que fueron enviadas para su análisis al Laboratorio Central de Rio Grande do Norte, y también a otra institución en el sur del país, según la SMS. El departamento estima que los resultados recién podrían estar en unos 30 días.

El brote se produjo durante un evento médico. De 35 personas contactadas, 13 presentaron síntomas. Se recogieron muestras de pescado del restaurante el día 7.

Alerta

Los casos ocurrieron menos de un mes después que la Secretaría de Salud de Rio Grande do Norte emitiera una nota técnica alertando a los profesionales de la zona sobre la posibilidad de casos de intoxicación por el consumo de pescado. Entre las intoxicaciones, el documento destacó la ciguatera.

La nota técnica publicada el 16 de abril destacó que la ciguatera es una intoxicación alimentaria común en regiones del Mar Caribe y de los océanos Pacífico e Índico, “siendo un peligro poco conocido en Brasil, a pesar de su ocurrencia común en regiones endémicas”.

Una de estas regiones es la isla de Fernando de Noronha, en el estado de Pernambuco, que está cerca de Rio Grande do Norte.



Pez limón (*Seriola lalandi*).

La ciguatera es una forma común de intoxicación alimentaria por ingesta de peces que se alimentan o habitan en arrecifes corales y es endémica de los trópicos y subtrópicos debido al consumo de peces ciguatos.

Aunque es endémica de los trópicos y subtrópicos, actualmente la ciguatera se reporta también en áreas no tropicales. Es difícil predecir su prevalencia, debido al poco registro y estadísticas para obtener una continuidad de datos confiables, aunque es frecuente que se presente en países del Mar Caribe como Cuba, República Dominicana, Venezuela, Panamá, Trinidad and Tobago, y otras regiones de la zona como Puerto Rico, las Antillas Menores o la costa sur de Estados Unidos, así como algunos países con costas o mares indo pacíficos, como Hawai'i). Las poblaciones más afectadas son los turistas y los que practican la pesquería en estas zonas reportadas.

La ciguatera es una intoxicación alimentaria de la que se reportan unos 50.000 casos al año, pero se debe tener en cuenta que es un trastorno sub-notificado y algunas veces sub-diagnosticado. La mortalidad ronda el 5% del total reportado, y se la adjudican al paro respiratorio.

Se la conoce vagamente desde 1606 en el Pacífico Sur. El primer relato detallado del cuadro clínico fue en 1774 en Nouvelle-Calédonie, por el capitán inglés James Cook. La zona de riesgo se encuentra desde los 35° de latitud norte hasta los 35° de latitud sur, en especial en las islas del Pacífico Sur, Indias Occidentales y el Mar Caribe.

La enfermedad es causada por toxinas producidas por ciertos dinoflagelados que viven en detritus y en las macroalgas asociadas a sistemas de arrecifes. Las toxinas responsables de la ciguatera son: ciguatoxina-1, maitotoxina, escaritoxina, palitoxina, el ácido okadaico, y posiblemente otras. Hay microorganismos que sintetizan las toxinas y colonizan el coral, principalmente *Gambierdiscus toxicus*. Allí, peces herbívoros los ingieren y concentran las ciguatoxinas. Los peces piscívoros se convierten en tóxicos al consumir dichos peces y sus toxinas. En consecuencia, la concentración de las toxinas aumenta proporcionalmente con la ubicación de la especie en la cadena alimentaria. El hígado, cerebro y gónadas de los peces son las más afectadas. Se ignora por qué el pez no se ve afectado por las toxinas y sí algunos animales, que incluyen varios mamíferos, aves, reptiles, anfibios, insectos y hasta ciertos peces. Como estas toxinas no afectan a los peces, es imposible determinar con un simple examen cuál es un pez de riesgo. Por el referido mecanismo de concentración, los ejemplares de más de 2 kg presentan mayor riesgo. La barracuda es una de las variedades según las estadísticas más preocupante y la morena sería la que da cuadros más graves.

Se reporta más toxicidad de estas toxinas en algunas islas tropicales, donde es mayor la fuerza de las olas al dañar a los arrecifes en los que se encuentran macroalgas; las tormentas o ciclones tropicales con lluvias abundantes, terremotos y olas gigantes, preceden a los brotes de ciguatera; los arrecifes ciguatos pueden luego permanecer tóxicos durante muchos años.

La ciguatoxina es estable al calor, a la cocción y a la congelación. Tampoco tiene color, olor o sabor. Después de la ingesta y hasta las 12/24 horas aparece el cuadro clínico de la intoxicación con esta secuencia: manifestaciones gastrointestinales (dolor abdominal, diarrea, náuseas, vómitos), neurológicas (calambres, hormigueos, dolores musculares, intensa fatiga, trastornos del equilibrio, sensación de sabor metálico) y cardiovasculares (bradi o taquicardia e hipotensión arterial). Estos son síntomas comunes a muchos trastornos, pero hay dos síntomas cardinales. Uno es la inversión de la sensación térmica: sensación de calor/quemadura al tocar objetos fríos y sensación de frío al tocar objetos calientes. El otro es el hormigueo peribucal: labios y lengua.

Otro dato peculiar es el de su reagudización. Los que la hayan padecido pueden experimentar un cuadro similar mucho tiempo después al consumir carne de pescado, alcohol y hasta nuez.

Esta intoxicación afecta especialmente a una franja de la población de mucha pobreza, que se alimenta de lo que pesca, y en ese entorno han crecido muchos mitos, todos ellos muy peligrosos. Dicen que si a la carne de pescado se le frota una moneda y esta brilla tiene ciguatera. La devaluación de los navegantes hizo que al principio se creyera en las monedas de oro, luego en la plata y ahora parece que cualquier aleación funciona. Se dice que sólo se produce (en el hemisferio norte) en los meses que no tienen la letra "r". Lo que sí es cierto es que cuando aumenta la temperatura del agua aumenta el riesgo, pero de ahí a apostar la salud a una sola letra hay mucha distancia.

Otro de los mitos es que si la cocción se hace con leche no hay riesgo. Uno de los mitos peligrosos es el que dice que, si se le agrega mucho limón o vinagre, la toxina se inactiva. La realidad es bien distinta: los ácidos aumentan la absorción y la gravedad del cuadro. Otros mitos: las moscas, los pájaros y los gatos no comen el pescado contaminado. En la actualidad se dispone de un reactivo para testar la carne del pez antes de consumirla.

La globalización ha hecho que también haya ciguatera "importada": se trata de turistas que en el último día de su travesía ingieren pescados contaminados, toman el transporte y el cuadro florece en latitudes donde apenas se la conoce. Algunos países directamente prohíben la importación de pescados de riesgo.

La ciguatera no se debe confundir con la marea roja, que no necesita un substrato coralino y que afecta a los moluscos bivalvos y crustáceos, ni con otras las intoxicaciones por tetrodotoxina, que aparece en peces tetraodontiformes como los peces globo, el Fugu y algunos peces erizo.

El 24 de abril de 2025, el Ministerio de Salud Pública de Ecuador confirmó el primer caso autóctono de fiebre amarilla en el país desde 2017. El paciente, un hombre de 26 años procedente de Loja, se encontraba trabajando en la provincia de Zamora Chinchipe cuando comenzó a presentar síntomas. Fue ingresado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General 'Dr. Isidro Antonio Ramón Ayora Cueva' de Loja el 10 de abril, y falleció el 17 de abril. En 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 17, se han reportado tres casos confirmados de fiebre amarilla, todos varones y todos con exposición ocupacional en Zamora Chinchipe.

Este resurgimiento se produce en el contexto de una alerta epidemiológica regional emitida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en marzo de 2025, tras los brotes en Brasil, Bolivia, Colombia y Perú. En su última actualización del 24 de abril, la OPS reportó un total de 189 casos humanos confirmados de fiebre amarilla y 74 muertes en toda la región, lo que refleja una tendencia al empeoramiento. La organización sigue recomendando mantener una cobertura de vacunación de al menos 95% en las zonas endémicas, vacunar a los niños mayores de 12 meses, fortalecer la vigilancia y la preparación clínica, y asegurar la disponibilidad de reservas de vacunas de emergencia.

En respuesta al aumento del riesgo, el Ministerio de Salud Pública de Ecuador activó la vigilancia epidemiológica reforzada el 17 de abril en las provincias amazónicas de Sucumbíos, Orellana, Napo, Pastaza, Morona Santiago y Zamora Chinchipe. Estas provincias, junto con Esmeraldas, se consideran endémicas debido a la presencia de los mosquitos vectores *Haemagogus* spp. y *Sabethes* spp. Sin embargo, la cobertura de vacunación promedio en estas zonas se mantiene en 88%, por debajo del umbral de 95% requerido para prevenir brotes. Las disparidades de cobertura son evidentes a nivel cantonal.

Por ejemplo, en Zamora Chinchipe, si bien la cobertura general en 2024 se reportó en torno a 100%, dos tercios de los cantones se situaron por debajo de 95%, con Centinela del Cóndor con 74,36%, Chinchipe con 88,18% y Yacuambi con 83,20%. Se observan brechas similares en Pastaza y Morona Santiago, donde varios cantones también reportaron una cobertura por debajo del nivel recomendado.

La vacuna contra la fiebre amarilla forma parte del calendario nacional de vacunación de Ecuador desde 2009 y se proporciona de forma gratuita. Se administra en una sola dosis a los 12 meses de edad o hasta los 59 años en personas en riesgo en zonas endémicas. Al 14 de abril de 2025, el Ministerio de Salud Pública reportó un stock nacional de 444.429 viales (formato de 10 dosis), lo que garantiza su disponibilidad en todo el país. El ministerio también vacuna a viajeros procedentes de zonas fronterizas que se dirigen a zonas de riesgo. Otras medidas de respuesta incluyen un control intensificado de vectores y campañas de educación pública.

Si bien la cobertura nacional de inmunización se vio afectada por la pandemia de covid, el Ministerio de Salud Pública implementó desde entonces un monitoreo rápido y campañas de vacunación para cerrar las brechas de inmunidad. Para 2024, la cobertura nacional se estimó en 96%, pero la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia situaron la cobertura de Ecuador en 2023 en tan solo 70%, lo que sugiere una posible

sobreestimación debido a factores como las poblaciones migrantes y la inmunización transfronteriza de no residentes.

Riesgo sinérgico entre fiebre amarilla y dengue

La circulación simultánea del dengue añade un nivel adicional de complejidad. Hasta la SE 17, Ecuador reportó 18.486 casos confirmados de dengue y 28 fallecimientos, con provincias gravemente afectadas, como Napo, Zamora, Orellana, Pastaza, Morona, Guayas y Manabí. La cocirculación de fiebre amarilla y dengue aumenta la carga sobre el sistema de salud pública y el riesgo de transmisión urbana de la fiebre amarilla a través del mosquito *Aedes aegypti*, lo que requiere estrategias integradas de vigilancia, comunicación de riesgos y control de vectores.

Factores de riesgo en las regiones fronterizas

Los corredores fronterizos Putumayo-Sucumbíos y Huaquillas-Aguas Verdes son zonas clave para la transmisión de la fiebre amarilla debido al alto movimiento transfronterizo. El corredor Putumayo-Sucumbíos registra 1.200 cruces diarios, con una baja cobertura de vacunación en adultos (88%) y numerosas rutas informales, lo que aumenta el riesgo. Asimismo, los complejos fronterizos Huaquillas-Aguas Verdes y Macará experimentan más de 21.000 cruces diarios, con poblaciones subinmunizadas y más de 40 cruces informales.

La presencia de vectores selváticos (*Haemagogus*, *Sabethes*) y urbanos (*Aedes aegypti*) aumenta aún más el riesgo de transmisión. La pobreza, el acceso limitado a la atención médica, la movilidad frecuente de los trabajadores petroleros y forestales, y la rápida deforestación agravan el problema.

El brote nacional de dengue en curso exige una mayor vigilancia comunitaria, vacunación dirigida y esfuerzos coordinados de control de vectores con la participación de voluntarios, autoridades sanitarias y comunidades locales.

Factores que incrementan el riesgo

1. El riesgo de propagación de la enfermedad también se considera alto, principalmente debido a la cobertura de vacunación deficiente en ciertas zonas de alto riesgo, lo que aumenta la probabilidad de transmisión.
2. En términos de cobertura de vacunación y respuesta del sistema de salud, el riesgo se califica como moderado. Si bien la cobertura nacional supera el 95%, las provincias amazónicas prioritarias reportan un promedio de 88%, lo que se sitúa por debajo del umbral de seguridad para un país clasificado como propenso a epizootias.
3. La vigilancia epidemiológica y la capacidad de diagnóstico también se evalúan como moderadas. Si bien existe una red de vigilancia activa, la capacidad local para el diagnóstico diferencial oportuno, especialmente en zonas rurales, es limitada. La vigilancia de epizootias en primates no humanos sigue siendo deficiente o inexistente.
4. Los factores sociales y culturales, incluida la percepción del riesgo, contribuyen a un nivel de riesgo moderado. Persisten la desinformación y la reticencia a las vacunas, especialmente entre las poblaciones jóvenes, rurales e indígenas. Las estrategias de comunicación de riesgos aún carecen de pertinencia territorial e intercultural.

Apoyo de la Cruz Roja Ecuatoriana

El Ministerio de Salud Pública solicitó el apoyo de la Cruz Roja Ecuatoriana (CRE) para intensificar el monitoreo rápido de la inmunización y el seguimiento de la cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla, especialmente en comunidades de difícil acceso. Los comités comunitarios, apoyados por la CRE, son un eje clave para la vigilancia epidemiológica, fortaleciendo la capacidad local para identificar y reportar casos sospechosos de manera oportuna en estas zonas de difícil acceso.

El Ministerio de Salud Pública de Ecuador solicitó el apoyo de la Sociedad Nacional para implementar medidas de salud preventiva, como la vigilancia epidemiológica comunitaria, el refuerzo de las acciones de sensibilización y promoción de la salud, así como el apoyo para el monitoreo rápido de la vacunación.

Alcance y escala

La amenaza afecta a 928.251 personas que residen en zonas selváticas de la Amazonía ecuatoriana, donde las tasas de pobreza multidimensional (46%), la deforestación y la limitada infraestructura de saneamiento aumentan la exposición. Las comunidades indígenas (kichwa, shuar, achuar) y los trabajadores migrantes de los sectores petrolero y maderero presentan la mayor vulnerabilidad debido a: una cobertura de vacunación inferior a 95%, viviendas dispersas con difícil acceso a ríos y baja disponibilidad de servicios de salud (menos de un puesto de salud por cada 10.000 habitantes).

En 2024, la provincia de Zamora Chinchipe tenía una población de 24.719 habitantes, y sus dos cantones principales eran Centinela del Cóndor, con 8.300 habitantes y una tasa de vacunación de 74%, y Zamora, con 16.500 habitantes y una tasa de vacunación de 94%. Morona Santiago tenía una población total de 54.935 habitantes, con 41.200 habitantes en el cantón de Morona y una tasa de vacunación de 79%, mientras que Palora tenía 13.700 habitantes y una tasa de vacunación de 86%. La provincia de Pastaza tuvo la mayor población de las tres, con 111.915 habitantes, y su cantón Mera contó con 16.200 habitantes y una tasa de inmunización de 93%. La cobertura de inmunización varió entre las regiones. En Zamora Chinchipe, el cantón Zamora alcanzó una alta tasa de inmunización de 94%, mientras que Centinela del Cóndor se quedó atrás con un 74%. En Morona Santiago, Palora alcanzó el 86%, superando al cantón Morona, que tuvo una tasa de 79%. El cantón Mera de Pastaza reportó una alta tasa de inmunización de 93%, lo que lo ubica entre las áreas priorizadas con mayor cobertura.

El Ministerio de Salud registró este año 593 casos de tos convulsa, según el último reporte.

Esta enfermedad tuvo un pico de contagios a mediados de abril, con 60 casos semanales, en promedio, y experimenta una reducción en el país. Esta semana hubo apenas 22 nuevos contagios; siendo Manabí la provincia más afectada, con 17 casos.

En esa provincia, el ministerio busca vacunar a menores de siete años con brigadas médicas y campañas masivas que incluyen centros educativos, parques y sitios de altas visitas los fines de semana.

A pesar de que la propagación de la tos convulsa ha menguado, hubo más personas fallecidas por complicaciones derivadas de esa enfermedad.

Esta semana se sumaron cuatro y llegan a 15 los fallecidos. Diez de ellos son niños menores de un año. El personal sanitario ha aplicado 325.181 vacunas. La gran mayoría, a niños de entre dos meses y cinco años.

Las autoridades de Salud alertaron de un repunte de casos de tos convulsa en el país.

Leticia Puerto, representante de la Unidad de Vigilancia de Enfermedades Prevenibles por Vacunas del Programa Ampliado de Inmunizaciones, informó que en lo que va de 2025 se han registrado 24 casos.

Las zonas más afectadas son San Pedro Sula y Cortés.

“La mayoría de los casos se da en menores de un año. Este año ya fallecieron dos infantes, uno en San Pedro Sula y otro en Choloma”, precisó Puerto.

En 2024, la Secretaría de Salud reportó 16 casos. Las autoridades insisten en la importancia de vacunar a niños menores de cinco años y a mujeres embarazadas, ya que la inmunización protege al recién nacido en los primeros meses de vida.

“El llamado es a los padres para que acudan a los establecimientos de salud. También las embarazadas deben exigir la vacuna, ya que protege al bebé después del nacimiento”, reiteró la funcionaria.

La cobertura de vacunación con triple bacteriana –contra la difteria, el tétanos y la tos convulsa– en Honduras disminuyó en los últimos años. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, en 2023 solo 72,71% de los menores de un año había completado su esquema.

Entre 2021 y 2022 la cobertura superaba el 77%, y en años previos oscilaba entre 80% y 100%. Con el inicio de la Jornada Nacional de Vacunación, la Secretaría de Salud espera aumentar la cobertura, pero para ello requiere de una mayor respuesta de la población.



La Secretaría de Salud de Chihuahua, a través del Departamento de Epidemiología, dio a conocer que los contagios de sarampión siguen en aumento, ya que al 17 de mayo se tiene un registro de 1.363 casos en 34 municipios, en lo que va del año 2025.

De ese total, 1.145 pacientes se han recuperado de la enfermedad, tres personas permanecen hospitalizadas y se registró una defunción. Se produjo un aumento de 57 casos en 24 horas, ya que al 16 de mayo se contaba con un reporte de 1.306 contagios.



Los municipios que registran los mayores números de casos son Cuauhtémoc (661 casos), Chihuahua (242), Nuevo Casas Grandes (83), Miguel Ahumada (59) y Vicente Riva Palacio (52).

El único fallecimiento registrado hasta la fecha se produjo en abril, y se trató de un hombre de 31 años de edad, originario del municipio de Ascensión, quien no contaba con la vacuna contra el sarampión y además presentaba diabetes. La tasa de letalidad general es de 0,07%.

Según datos de la Secretaría de Salud, los grupos etarios más afectados son el de 25 a 29 años de edad (15,5% del total) y el de 30 a 34 años (14,1%).

La Secretaría de Salud informó que las medidas de prevención siguen siendo las mismas: vacunación y utilización de barbijo y gel antibacterial.

Continúan llevándose a cabo campañas de vacunación contra el sarampión en toda la entidad, para que las personas a las que les falta alguna dosis puedan vacunarse en cualquier centro de salud, hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y en centros comerciales.

Se exhortó a la población acudir con la cartilla de vacunación de los niños menores de 9 años para verificar que cuenten con el esquema completo y reciban las vacunas faltantes.

Las personas menores de 39 años también pueden solicitar la vacuna de refuerzo en los Centros de Salud, principalmente si desconocen si les falta alguna dosis o no cuentan con la cartilla de vacunación.

Este brote pone de manifiesto la importancia de la vacunación como herramienta fundamental para prevenir enfermedades y proteger la salud pública. La colaboración de la comunidad es esencial para contener la propagación del sarampión y evitar nuevas complicaciones.

Datos actualizados evidencian la dispersión de los casos de dengue en todas las regiones del país y con circulación del virus Chikungunya.

Ante este escenario, la Dirección General de Vigilancia de la Salud de Paraguay recalcó la importancia del autocuidado con el uso de repelente y mosquiteros, así como el control y la eliminación periódica de potenciales criaderos de mosquitos, principalmente después de cada lluvia. Ante síntomas, evitar la automedicación y acudir oportunamente al establecimiento de salud.

Actualmente, el promedio de notificaciones de cuadros sospechosos de dengue es de 873 por semana, observando un incremento de 12%.

El reporte semanal de la Dirección General de Vigilancia de la Salud muestra que, en las últimas tres semanas epidemiológicas (SE) 17, 18 y 19, se han reportado 144 casos con diagnóstico de dengue, en 13 regiones del país.

En Asunción, 19 barrios registraron casos de dengue: Vista Alegre, Obrero, Mburucuyá, Jara, Zeballos Cué, San Roque, Herrera, Villa Aurelia, La Encarnación, Las Mercedes, Itá Pytã Punta, Santa Ana, Los Laureles, Virgen de la Asunción, Sajonia, San Pablo, Ciudad Nueva, Botánico y Nazareth. También se identificaron casos en 12 departamentos: Presidente Hayes, Central, Amambay, Itapúa, San Pedro, Guairá, Concepción, Cordillera, Alto Paraguay, Boquerón, Canindeyú y Ñeembucú.

Por otra parte, se registra circulación comunitaria del serotipo DENV-3 en el departamento Central, con 10 casos confirmados: en Areguá (2), Luque (7) y Capiatá (1), de los cuales dos casos fueron confirmados en las últimas SE.

Se observó, además, que 18 personas fueron hospitalizadas a causa del dengue en este periodo. La franja pediátrica sigue siendo la más afectada, esto es, niños de entre 5 y 14 años de edad, que corresponde a 45% de los internados. No se registraron fallecidos en estas SE.

En el transcurso de las últimas tres SE, 12 regiones del país presentaron aumentos en las notificaciones: Central, Asunción, Presidente Hayes, Alto Paraná, Itapúa, Paraguari. Amambay, Guairá, Cordillera, Alto Paraguay, Ñeembucú y Caazapá

Brotos de dengue en curso

Los brotes activos de dengue corresponden al departamento Presidente Hayes, en Benjamín Aceval, con 17 casos en las últimas tres SE; además, se identificaron cinco casos en el distrito de Bella Vista, en Amambay.



En este periodo se reportaron tres casos en San Lázaro (Concepción) y dos en el distrito de Puerto Casado (Alto Paraguay).

Fiebre chikungunya

En las últimas tres SE se confirmaron ocho casos nuevos de fiebre chikungunya, procedentes de Guairá (4), Itapúa (3) y Asunción (1). Ninguno de los afectados requirió hospitalización.

En lo que va del periodo epidémico, suman 22 los casos notificados de fiebre chikungunya. Actualmente se registra un brote de fiebre chikungunya en la ciudad de Villarica, con cuatro casos confirmados hasta la fecha en los barrios Centro, Rincón y Santa Librada.

Hasta el momento no se confirmaron casos de fiebre zika ni de fiebre de Oropouche.

DENGUE, CHIKUNGUNYA Y ZIKA
ESYRYRY NATÛ
EVITEMOS LOS CRIADEROS #SinCriaderos

OBJETOS INSERVIBLES

ACCIÓN: DESECHAR

Colocar bajo techo o tapar aquellos objetos inservibles que no pueden ser desechados. (neumáticos, botellas)

No utilizar los espacios públicos o abandonados como vertederos

Recordá: Objetos plásticos, chatarras, aparatos domésticos inservibles y neumáticos en desuso son potenciales criaderos de mosquitos.

GOBIERNO DEL PARAGUAY | MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

El mundo



ÁFRICA

REGISTRARON CERCA DE 133.000 CASOS Y 1.761 MUERTES POR MPOX DESDE COMIENZOS DE 2024

15/05/2025

África registró desde el comienzo de 2024 un total de 132.954 casos de mpox (30.668 confirmados) y 1.761 muertes asociadas (176 confirmadas), confirmaron el 15 de mayo los Centros Africanos para el Control y la Prevención de Enfermedades (África CDC).

“La mpox es como un yoyó –por la caída y aumento de casos–, pero todavía estamos preocupados por su tendencia. Estamos todavía en plena emergencia de seguridad continental”, dijo Jean Kaseya, director general de los África CDC.

“Pensábamos que los casos estaban disminuyendo y luego vimos un gran aumento e incluso nuevos focos”, admitió Kaseya.

“Por este motivo, el Grupo Consultivo de Emergencia de los África CDC planea reunirse a fines de mayo para analizar la situación y evaluar si la mpox todavía debe ser considerada una emergencia de salud pública de seguridad continental, tal como fue declarada el pasado agosto”, destacó.

La reunión estaba originalmente prevista para el próximo fin de semana, “pero queremos reunirnos con nuestros expertos para determinar cómo podemos evitar que esta enfermedad siga siendo no solo un problema de seguridad continental sino también un problema de salud pública a nivel global”, añadió.

Según datos de los África CDC, República Democrática del Congo, Burundi, Uganda y Sierra Leona se mantienen como los países más afectados, concentrando 98,1% de todos los nuevos casos confirmados reportados la pasada semana.

Más de 58% de las infecciones confirmadas la pasada semana se concentran solo en Sierra Leona, a donde la agencia planea enviar un equipo de unos 25 profesionales de la salud para abordar la crisis.

“Aportaremos el paquete completo: epidemiólogos, para entender la situación sobre el terreno; expertos de laboratorio para reforzar la capacidad del país; colegas de apoyo comunitario, para formar a más trabajadores sanitarios comunitarios; colegas para prevención y control de infecciones, para gestión de los casos”, detalló Kaseya.



“Quiero detener este brote en Sierra Leona para evitar que se extienda a otros países de África occidental”, agregó.

Mientras, la República Democrática del Congo se mantiene como el epicentro de la epidemia, con 101.460 casos (18.354 confirmados) y 1.761 muertes (107 confirmadas) desde el comienzo de 2024, concentrados en el este del país.

En cuanto a las vacunas, 11 países en África han recibido ya dosis y siete de ellos han empezado a inmunizar a su población.

Así, más de 632.000 personas han sido vacunadas en todo el continente, pero todavía son necesarias más dosis para conseguir controlar la epidemia, alertó la agencia.

“Estamos muy lejos de lo que necesitamos”, afirmó el subgerente de incidentes de los África CDC, Yap Boum, al detallar que, según la estrategia continental de vacunación de la organización, África necesita un total de 6,4 millones de dosis para el próximo agosto.

La agencia de salud de la Unión Africana declaró el 13 de agosto de 2024 a la mpox como una emergencia de salud pública de seguridad continental y, al día siguiente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció el estado de alerta sanitaria internacional por la enfermedad.

Otra persona murió en Queensland a causa de melioidosis, una enfermedad transmitida por el suelo, lo que eleva el número de muertos por esta enfermedad este año a 31.

Las últimas cifras de Queensland Health muestran que una persona en Townsville murió a causa de la infección en la última semana.

También se han notificado cuatro nuevos casos de melioidosis en el mismo período.

Tres de esos casos se dieron en los alrededores de Cairns y el otro en la región de Townsville.

El director de la Unidad de Salud Pública de Townsville, Steven Donohue, afirmó que la última muerte ilustra la gravedad de la enfermedad.



Los casos se están desacelerando

Queensland Health informó haber recibido 221 notificaciones de melioidosis este año, lo que los expertos han descrito como un brote significativo. Estas cifras representan un aumento, si se las compara con los 163 casos registrados en 2024, en el mismo período.

La mayoría de los casos de 2025 se registraron en Cairns y Townsville, incluyendo un brote en los suburbios del norte de Townsville.

Donohue dijo que los informes de nuevos casos habían disminuido significativamente a medida que el clima se secó. “Hasta donde podemos ver, el brote que hemos tenido este año probablemente haya terminado”, dijo.

Las causas del brote

El número de casos se ha disparado desde las inundaciones, ya que la gente realizó tareas de limpieza después de las inundaciones y entró en contacto con la bacteria.

Las autoridades sanitarias siguen instando a la población a cubrirse cuando trabajan al aire libre.

También existe la teoría de que más de una década de obras de construcción en la autopista Bruce han removido un suelo arcilloso que se cree alberga la bacteria.

El gobierno de Queensland dijo que los estrictos protocolos de protección ambiental redujeron el riesgo de que las enfermedades transmitidas por el suelo salieran de los lugares de trabajo.

Donohue dijo que hubo una variedad de razones para el brote. “Es totalmente plausible que varios de los casos en el sur de Cairns, cerca de las obras en la autopista Bruce, puedan estar relacionados con eso, pero, por supuesto, hay varios factores”, dijo.

El profesor Jeffrey Warner, director de ciencias biomédicas y biología molecular de la Universidad James Cook, dijo que “debido a las fuertes lluvias, el organismo puede liberarse del suelo, su hábitat natural, y las personas predispuestas pueden quedar expuestas”.

Warner dijo que había habido un cambio en los lugares donde estaba presente la melioidosis en los últimos 10 a 15 años y que estaban apareciendo más casos en Cairns.

Los casos aumentaron 400% en Cairns y 600% en Townsville este año, y los científicos están tratando de comprender qué causó el reciente brote en el norte y por qué más personas fueron susceptibles a él.

“La melioidosis es una infección que los científicos predijeron que cambiaría con el cambio climático, porque es una infección que la gente contrae del ambiente. No deberíamos sorprendernos si los cambios ambientales y climáticos influyen en la disponibilidad de este organismo y en su capacidad de transmisión”.

“Los científicos del clima nos dicen que el mundo se está calentando y que, a medida que el mundo se calienta, eso tiene otros impactos en el clima y el tiempo, y uno de ellos son los cambios en las precipitaciones”.

Warner dijo que Townsville recibió aproximadamente cinco veces más lluvia de lo normal y, como consecuencia, se reportaron aproximadamente seis veces más casos de melioidosis en esta época del año.

“Hubo una clara correlación entre la enorme cantidad de lluvia en Townsville y la gran cantidad de casos de melioidosis, pero lo realmente interesante es que Cairns no fue exactamente así”, dijo.

Cairns ha tenido un poco más de lluvia que el promedio en lo que va del año. No fue una cantidad significativamente mayor, pero sí un aumento muy grande de casos, cuatro veces más de lo normal.

Dijo que las autoridades estaban tratando de comprender si el brote fue un hecho aislado o algo para lo que debían prepararse en el futuro.

“Es como cualquier cosa que se acerca lentamente a nosotros; no necesariamente lo vemos suceder ni sabemos realmente cuáles son sus efectos causales”, dijo.

La leishmaniosis es una enfermedad parasitaria causada por protozoos del género *Leishmania*. Esta enfermedad, que afecta a personas y animales, se transmite a través de la picadura de flebótomos, insectos hematófagos parecidos a los mosquitos, pero de menor tamaño, y que no necesitan acúmulos de agua para reproducirse. Cada año se registran en el mundo entre 700.000 y un millón de casos humanos de leishmaniosis, y entre 20.000 y 30.000 muertes asociadas.



Por ello, la leishmaniosis es, después de la malaria, la segunda enfermedad parasitaria que mayor mortalidad causa en el mundo.

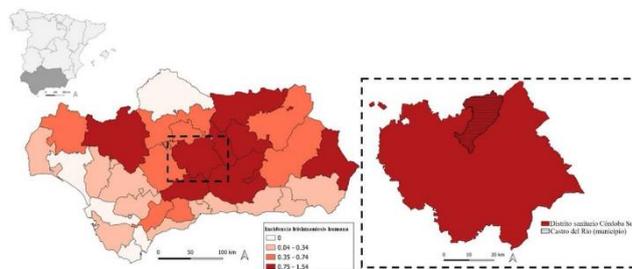
La leishmaniosis tiene un ciclo epidemiológico complejo en el que tanto animales domésticos como silvestres actúan como reservorios de *Leishmania* spp. En el ciclo doméstico, el perro es el principal reservorio de *Leishmania infantum* en el área mediterránea de España. En el ciclo silvestre, diversos estudios recientes han evidenciado el importante papel de los lagomorfos silvestres, como la liebre ibérica (*Lepus granatensis*) y el conejo europeo (*Oryctolagus cuniculus*), en la epidemiología de *L. infantum*. Así, estos lagomorfos son reservorios claves del parásito en zonas donde las personas y sus mascotas conviven con animales silvestres.

A pesar de que el área mediterránea se considera endémica para *L. infantum*, algunos lugares concretos tienen unas condiciones particulares (microclimas) que facilitan la aparición de leishmaniosis en animales y personas. Un ejemplo paradigmático de este escenario es el de Fuenlabrada (Madrid) en 2009, cuando se registró el mayor brote de leishmaniosis humana de Europa, con más de 800 casos confirmados tanto de leishmaniosis visceral, la forma más grave, como cutánea. En Fuenlabrada no fueron los perros los responsables del brote y se indicó que los reservorios más probables de *L. infantum* habrían sido liebres y conejos silvestres de la zona. Un escenario similar se evidenció años después en un municipio con alta incidencia de leishmaniosis humana en Montefrío (Granada).

Una reciente [investigación](#) estudió las causas tras la circulación de *L. infantum* en el municipio de Castro del Río (Córdoba), con alta incidencia de leishmaniosis humana. Este municipio se encuentra ubicado en el distrito sanitario Córdoba Sur, el cual tenía una incidencia de leishmaniosis humana (0,81 cada 100.000 habitantes) que duplicaba la incidencia media de Andalucía (0,41 cada 100.000 habitantes) durante el periodo 2017-2021. En concreto, Castro del Río tenía una incidencia de 10,3 cada 100.000 habitantes.

Para el estudio, este municipio de 7.000 habitantes, que colinda con un coto de caza menor, se dividió en tres zonas (Zonas 1-3) en base a las características eco-epidemiológicas del lugar. Durante 2022 y 2023, en cada una de estas zonas se estudió la composición y estructura de las poblaciones de flebótomos y se tomaron muestras de perros, lagomorfos y de vecinos del municipio para evaluar la exposición a *L. infantum*. Todos los lagomorfos silvestres estudiados procedieron del coto de caza colindante a Castro del Río.

Los resultados mostraron que 6,2% de las personas evaluadas habían estado expuestas a *L. infantum*, mientras que esa cifra ascendió a 73,2% en perros y a 100% en lagomorfos silvestres. También se detectó la presencia del parásito en 25,8% de los flebótomos analizados, de los cuales *Phlebotomus perniciosus* (57,4%), vector competente de *L. infantum*, fue el más abundante. Los análisis evidenciaron que la Zona 1 –la más cercana al coto de caza– era la de mayor circulación de *L. infantum*, considerando en conjunto todos los hospedadores y vectores estudiados. Además, dentro de la Zona 1 también se detectó una localización concreta, muy próxima al coto de caza, en la que había una mayor presencia del parásito.



Incidencia de leishmaniosis humana en los distintos distritos sanitarios de Andalucía (izquierda), y ubicación del municipio de Castro del Río dentro del distrito sanitario Córdoba Sur, con alta incidencia de leishmaniosis humana.

Estos resultados, apoyados por los hallazgos obtenidos en los análisis filogenéticos realizados, sugieren que, tal y como se ha evidenciado en otras regiones de España (Fuenlabrada y Montefrío), los lagomorfos silvestres parecen tener un papel fundamental en la epidemiología de *L. infantum* en esta zona con alta incidencia de leishmaniosis humana. Estos hallazgos están en consonancia con un estudio en el que se evaluó la circulación de *L. infantum* en lagomorfos silvestres de toda Andalucía. En este trabajo se detectó una zona en la que existía mayor riesgo de circulación del parásito en estas especies que incluía tanto el municipio granadino de Montefrío como el de Castro del Río en Córdoba.

Estos hallazgos señalan la importancia de identificar los microhábitats donde aumenta el riesgo de *L. infantum* con el fin de aplicar medidas de vigilancia y control del parásito en reservorios animales y vectores. En este sentido, además de las estrategias típicamente centradas en la limpieza ambiental y la eliminación de adultos y larvas de flebótomos, sería recomendable la implementación de programas de vigilancia de lagomorfos como reservorios silvestres de *L. infantum*, así como la reducción de la abundancia de lagomorfos como medida eficaz para reducir la circulación del parásito en aquellos lugares donde sea necesario. En perros, sería recomendable el uso de repelentes homologados (collares, sprays) para reducir las picaduras de flebótomos, así como su vacunación. Finalmente, la formación y concienciación de la población humana también podría reducir la exposición a las picaduras de flebótomos.

Este estudio destaca la importancia de integrar el enfoque ‘Una Sola Salud’ en las zonas endémicas de leishmaniosis para establecer medidas eficaces de prevención y control, es decir, de considerar conjuntamente la salud animal, la salud humana y la salud ambiental en el estudio epidemiológico de las zoonosis, tal y como promueven las principales organizaciones sanitarias a nivel mundial.

Papúa Nueva Guinea, nación insular en el Pacífico, se enfrenta a una emergencia nacional por un brote de poliomielitis, el primero en el país desde 2018, con agencias de la Organización de Naciones Unidas (ONU) y el Gobierno de Australia involucrados en el proceso de respuesta y vacunación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) confirmó el brote el 16 de mayo y explicó que trabaja con el Departamento Nacional de Salud papuano en “detener urgentemente la propagación”.



La detección en de dos casos de este virus, altamente infeccioso y que afecta principalmente a niños menores de 5 años, “ha desencadenado la activación de una respuesta nacional de emergencia para proteger a los niños de todo el país” con dos rondas de vacunación antipoliomielítica y concienciación de las familias, según un comunicado del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

“Ya se han desplegado especialistas técnicos en inmunización, cadena de frío, promoción y cambio de comportamiento social a nivel nacional y provincial”, aseguró Veera Mendonça, representante del UNICEF en Papúa Nueva Guinea.

Mendonça alertó que “muchos niños papuanos están en situación de vulnerabilidad frente a la poliomielitis e instó a aumentar la inmunización sistemática para proteger a los niños a largo plazo”. Menos de la mitad de la población del país está inmunizada contra esta enfermedad.

El ministro de Salud, Elias Kapavore, se comprometió a lograr el 100% de inmunización contra la poliomielitis en el país para finales de este año.

La OMS alertó del brote después de que dos niños sanos fueran diagnosticados con el virus 18 años después de que la misma organización declarara “libre de la enfermedad” a Papúa Nueva Guinea, que registró los últimos casos de este virus en 2018.

La enfermedad fue detectada en una muestra ambiental de la capital del país, Port Moresby, así como en otra muestra de aguas residuales de la ciudad de Lae, y las agencias de la ONU, junto con el Gobierno de Australia, trabajan en detener su expansión.

Se descubrió que los últimos casos portaban una cepa del virus genéticamente vinculada a una que circula en Indonesia. Papúa Nueva Guinea comparte frontera con la provincia de Papúa, la más oriental de Indonesia.

Los casos provocados por poliovirus salvajes han disminuido en más de 99% desde 1988, cuando había 350.000 casos en más de 125 países con poliomielitis endémica, que a día de hoy persiste únicamente en Afganistán y Pakistán, según la OMS.

La Consejería de Salud del óblast de Ryazan informó sobre la situación actual de los casos de infección meningocócica entre los empleados de un centro de distribución ubicado en el asentamiento rural de Tyushevskoye. Anteriormente, el Servicio Federal para la Supervisión y la Protección de los Consumidores (Rospotrebnadzor) regional había informado que desde fines de abril de este año se habían registrado casos de dicha infección entre seis trabajadores del centro de distribución.

El Ministerio de Salud aclaró que todos los infectados fueron hospitalizados rápidamente en un hospital para enfermedades infecciosas. Hasta el 14 de mayo, cuatro pacientes habían sido dados de alta tras su recuperación y dos continuaban bajo tratamiento, en condiciones satisfactorias.

El Rospotrebnadzor llevó a cabo medidas preventivas y antiepidémicas tan pronto como recibió información sobre los infectados. “Se evitó la propagación de la infección”, enfatizó el servicio.

El centro de referencia de meningitis bacterianas del Instituto Central de Investigaciones Epidemiológicas del Rospotrebnadzor determinó que la infección fue causada por el serogrupo A de *Neisseria meningitidis*, que es el serogrupo prevalente en Rusia.

Los contactos han sido puestos bajo observación médica, “se está llevando a cabo la vacunación de emergencia y la quimioprofilaxis con agentes antibacterianos, se ha introducido un régimen de uso de barbijo, se recomienda el distanciamiento físico en los lugares de trabajo y lugares públicos, se utilizan equipos de desinfección del aire, se aumentó la frecuencia de la limpieza húmeda y la ventilación de las instalaciones y se han colocado recordatorios sobre la prevención de la infección meningocócica”, agregó el servicio. Hasta el momento se han vacunado 795 personas.

Según información del Departamento de Salud de la provincia de Phú Thọ, el Centro Médico del Distrito de Yên Lập recibió recientemente información sobre un caso dracunculosis en un hombre de 47 años, residente en la comuna de Thượng Long, distrito de Yên Lập, provincia de Phú Thọ.

El síntoma inicial del paciente fue la aparición de pápulas de color rosa pálido en la piel de la cadera izquierda. Después de cinco días, apareció una pequeña línea en zigzag de 5-6 cm de largo en la rodilla izquierda, piel seca, picazón intermitente, sin secreción, sin pus, sin fiebre.

Según la investigación, el paciente tenía la costumbre de consumir alimentos crudos (ensalada de pescado, alimentos poco elaborados) y beber agua de arroyos de montaña mientras realizaba trabajos de tala. El paciente actualmente está recibiendo tratamiento en el Hospital General Provincial de Phú Thọ.

Anteriormente, el Centro Médico del distrito de Tân Sơn (provincia de Phú Thọ) también registró un caso de dracunculosis. Este es el sexto caso registrado en el distrito de Tân Sơn desde 2021 hasta el presente.

En consecuencia, el paciente masculino (44 años, comuna de Long Cốc, distrito de Tân Sơn, provincia de Phú Thọ) acudió a la clínica con las siguientes condiciones: fiebre leve, picazón intensa, ampollas, hinchazón y úlceras en la piel. Mediante examen y resultados paraclínicos, al paciente se le diagnosticó dracunculosis.

Vietnam registró la reaparición de este peligroso parásito con 25 casos desde 2020 hasta la actualidad.



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.