

23 DE MAYO  
2025  
REC 2.937

## ARGENTINA

- Situación epidemiológica de la psitacosis

## AMÉRICA

- Chile: Alerta sanitaria en la cárcel de Angol por un brote de salmonelosis
- Chile: Nuevo caso de hantavirus en Aysén
- Colombia: Doce millones de personas corren riesgo de contraer la enfermedad de Chagas

- Ecuador: Suspenden las clases en cuatro cantones de Chimborazo por brotes de tos convulsa

- Honduras: 705 casos de tuberculosis en lo que va del año

- México: Suman 1.629 los casos de sarampión y cuatro defunciones en lo que va del año

- Panamá: Casi 5.000 casos de dengue en lo que va del año

- Perú: Alerta por fiebre amarilla, por alta letalidad, baja cobertura de vacunación y el riesgo de un brote urbano

## EL MUNDO

- Nigeria: Brote de meningitis en el norte del país

- Papúa Nueva Guinea: Casos de poliovirus circulante tipo 2 derivado de la vacuna

- Reino Unido: Inglaterra lanza una campaña de vacunación contra la gonorrea

- Reino Unido: Detectan por primera vez el virus del Nilo Occidental en mosquitos del país

- Rusia: Caso importado de malaria en el óblast de Lípetsk

## Comité Editorial

**Editor Honorario** ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021)

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

**Editor en Jefe**

ÍLIDE SELENE DE LISA

**Editores adjuntos**RUTH BRITO  
ENRIQUE FARÍAS**Editores Asociados**

ISSN 2796-7050

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

## Patrocinadores



## Adherentes



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

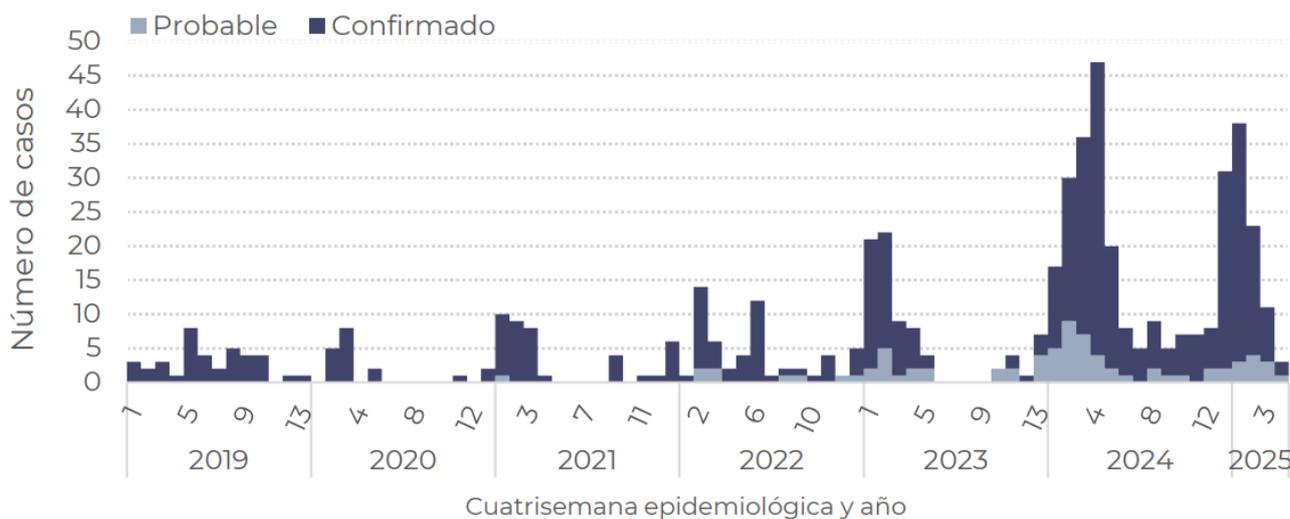
© Copyright 2020 - ISSN 2796-7050 - recfot - All Rights Reserved

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



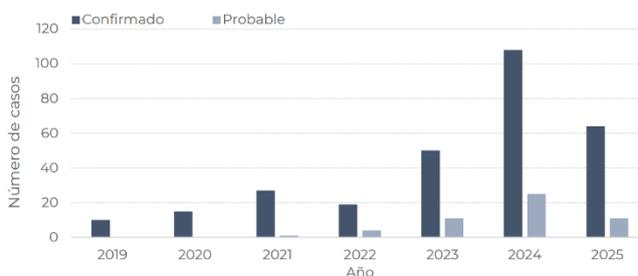
En el año 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 17, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS<sup>2.0</sup>) 343 casos de psitacosis, de los cuales 64 fueron confirmados y 11 considerados probables.

Considerando el período comprendido entre la SE 1 de 2019 y la SE 16 de 2025, se observaron aumentos en las primeras SE de cada año, las cuales corresponden a los meses más calurosos. El mayor pico se registró en la cuatrisesmana 4 de 2024 (SE 13 a SE 16), con 43 casos confirmados y cuatro probables. En 2025 se observó un pico en la cuatrisesmana 1 (SE 1 a SE 4), con 35 confirmados y tres probables.



Casos confirmados y probables de psitacosis. Argentina. De cuatrisesmana epidemiológica 1 de 2019 a 16 de 2025. Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis, Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Ministerio de Salud de Argentina. (N=534).

Al comparar los casos entre la SE 1 y la SE 17 de cada año, se observaron los mayores números absolutos en 2024, con 108 confirmados y 25 probables. En el mismo período de 2025 se detectaron 64 confirmados y 11 probables.



Casos confirmados y probables de psitacosis. Argentina. Años 2019/2025, hasta semana epidemiológica 17. Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis, Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Ministerio de Salud de Argentina. (N=345).

El corredor endémico acumulado indica que, respecto a períodos previos, el país se encuentra en un año de brote; sin embargo, se observa un achatamiento de la curva a partir de la SE 14 de 2025, momento a partir del cual no se presentaron nuevos casos.

## Distribución espacial

Los casos registrados en 2025, hasta la SE 17, se registraron en todas las regiones del país, excepto la región Noreste Argentino (NEA).

## Distribución por edad y sexo

Durante 2025, se notificaron casos entre los 5 y los 74 años, con una mediana de 42 años. El 50,7% de los casos (38 casos) correspondieron al sexo masculino.

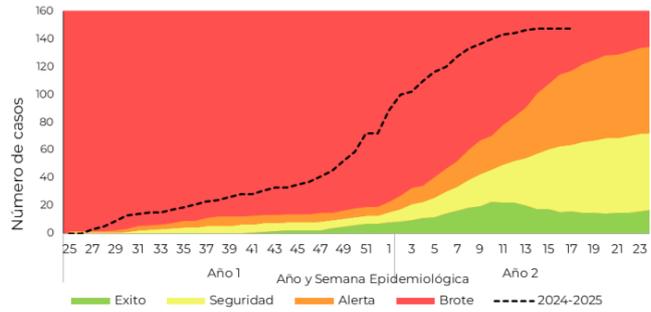
## Antecedentes epidemiológicos

De los 75 casos de 2025, 58 (77,3%) presentaron información sobre uno o más antecedentes epidemiológicos; los más comunes fueron contacto con aves y/o sus deyecciones (76%), presencia de aves en jaula y/o gallinero (12%), presencia de mascotas (gatos/perros y pájaros) (12%) o exposición a fuente ambiental (excreciones, polvo contaminado, otros) (12%).

Adicionalmente, se registró un caso confirmado de psitacosis, notificado en la provincia de Santa Fe, en una paciente de 49 años, de nacionalidad norteamericana, que inició síntomas en febrero de 2025. Como antecedente epidemiológico, se registró un viaje de ida y vuelta de Buenos Aires a Colonia (Uruguay), luego de Buenos Aires a Ushuaia y posteriormente en un crucero internacional hacia la Antártida, donde pudo haber tenido exposición a colonias de pingüinos, con especímenes fallecidos. Debido a que en el crucero viajaban 348 personas de diferentes nacionalidades, a través del Centro Nacional de Enlace (CNE) se notificó esta situación a 11 países, para que pudieran realizar el seguimiento e implementar las medidas correspondientes.

## Gravedad y mortalidad

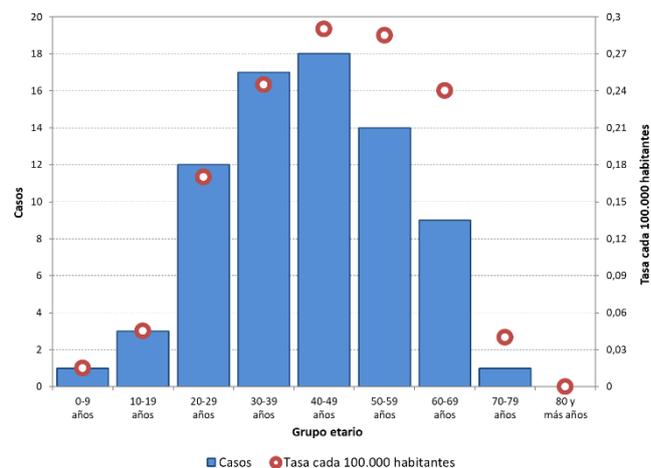
Se contó con información sobre internación en 71 de los casos de 2025 (94,7%). Entre éstos, 15 casos (21,1%) requirieron internación en unidades de terapia intensiva, 35 casos (49,3%) internación en sala común y 21 casos (29,6%) no requirieron internación.



Corredor endémico acumulado semanal. Argentina. De semana epidemiológica 25 de 2024 a 17 de 2025, en base a datos de los años 2019 a 2024. Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis, Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Ministerio de Salud de Argentina. (N=513).

Provincia/Región	Año 2024 hasta SE 17		Año 2025 hasta SE 17	
	Casos	Tasa de incidencia	Casos	Tasa de incidencia
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	4	0,13	—	—
Buenos Aires	68	0,37	17	0,09
Córdoba	3	0,08	10	0,25
Entre Ríos	25	1,74	27	13,87
Santa Fe	15	0,41	8	0,22
<b>Centro</b>	<b>115</b>	<b>0,38</b>	<b>62</b>	<b>0,20</b>
Mendoza	—	—	4	0,19
San Juan	5	0,61	4	0,49
San Luis	4	0,75	—	—
<b>Cuyo</b>	<b>9</b>	<b>0,26</b>	<b>8</b>	<b>0,23</b>
Catamarca	1	0,23	—	—
Jujuy	1	0,12	—	—
Salta	—	—	1	0,07
Santiago del Estero	3	0,29	1	0,10
Tucumán	1	0,06	—	—
<b>Noroeste Argentino</b>	<b>6</b>	<b>0,10</b>	<b>2</b>	<b>0,03</b>
La Pampa	2	—	2	—
Río Negro	1	—	1	—
Sur	3	0,10	3	0,10
<b>Total Argentina</b>	<b>133</b>	<b>0,28</b>	<b>75</b>	<b>0,16</b>

Casos e incidencia cada 100.000 habitantes, según jurisdicción. Argentina. Años 2024 y 2025, hasta semana epidemiológica 17. Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis, Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Ministerio de Salud de Argentina. (N=208).



Casos y tasa de incidencia cada 100.000 habitantes, según grupos etarios. Argentina. Año 2025, hasta semana epidemiológica 17. Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis, Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Ministerio de Salud de Argentina. (N=75).

En 2025, hasta la SE 17, se registró un caso fallecido en la provincia de Mendoza, correspondiente a una mujer de 38 años de edad, la cual contó con exposición a fuentes ambientales (excreciones, polvo contaminado, otros) como antecedente epidemiológico. El caso registró internación en unidad de terapia intensiva.

---

La psitacosis es una zoonosis de notificación obligatoria causada por la bacteria *Chlamydophila psittaci*. La transmisión al hombre se produce principalmente por inhalación del agente, que es excretado por las aves en las heces, en gotitas del tracto respiratorio y/o por el contacto de plumas contaminadas. El periodo de incubación de la enfermedad es de 5 a 14 días. La neumonía adquirida en la comunidad es la presentación más importante de psitacosis humana; no obstante, dado que el diagnóstico suele realizarse solo en casos graves, es probable que la enfermedad esté subdiagnosticada. Las aves aparentemente sanas, pueden ser portadoras y actúan como reservorios del agente causal en todo el mundo. Las aves psitácidas (loros, cotorras y guacamayos) son las que se han asociado más frecuentemente con la transmisión de *C. psittaci* a humanos, pero también se ha evidenciado la transmisión zoonótica a partir de palomas, pavos, pollos y patos.



CHILE

## ALERTA SANITARIA EN LA CÁRCEL DE ANGOL POR UN BROTE DE SALMONELOSIS

19/05/2025

Un brote de salmonelosis mantiene en alerta al Centro de Cumplimiento Penitenciario de Angol, luego de que se confirmaran cuatro casos de la enfermedad entre los internos. La situación fue detectada tras la toma de muestras a cinco reclusos, de los cuales uno ya había sido diagnosticado y tres nuevos dieron positivo, mientras se está a la espera de los resultados del quinto.



Según informó César Eduardo Padilla Moraga, dirigente de la Asociación Nacional de Funcionarios Penitenciarios (ANFUP), el foco del contagio se concentra en un mismo módulo del recinto carcelario, lo que incrementa la preocupación por una posible propagación acelerada. Actualmente, se reportan al menos 96 internos con síntomas compatibles con salmonelosis.

Padilla Moraga criticó la falta de respuesta efectiva por parte de Gendarmería y de la Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Salud, acusando negligencia en la adopción de medidas para contener el brote. “Es grave lo que está pasando. No se han tomado las acciones necesarias para controlar esta situación sanitaria”, declaró.

Ante la gravedad del brote, se solicitó una intervención urgente por parte del Ministerio de Salud y de las autoridades penitenciarias regionales. Se evalúa la posibilidad de aislar a los internos contagiados y reforzar las medidas de higiene y control alimentario dentro del penal. Funcionarios de salud estarían realizando nuevas rondas de exámenes y monitoreo médico para evitar una expansión mayor de la bacteria entre la población penal y el personal que trabaja en el recinto.

Por su parte, la seccional Malleco de la Asociación Nacional de Suboficiales y Gendarmes (ANSOG), explicó que en el transcurso de la última semana se presentó al menos un caso de esta enfermedad, producto de un escenario de intoxicación alimentaria ocurrida desde el pasado 12 de mayo, que afectó a casi 100 internos, con el transcurso de los días.

La ANSOG aseguró que la situación nunca se salió de control, gracias a las medidas de seguridad que se tomaron con la ayuda de un equipo multidisciplinario. Primero se detectaron 27 internos intoxicados el 12 de mayo y ya para el 14 de mayo eran 96 los afectados, entre los cuales uno fue remitido al hospital local.

## **Medidas sanitarias**

“Desde el primer momento la emergencia fue atendida principalmente por nuestro equipo de salud junto con el personal del Centro de Detención Preventiva de Angol, la Jefatura de Unidad, el director regional y la SEREMI de Salud. Se implementaron diversas medidas que sin duda contribuyeron a la disminución de los afectados, entre ellas la suspensión de las visitas, restricción del ingreso de alimentos a los internos, dieta con régimen liviano, entrega de insumo para la limpieza de las dependencias, aseo de manos y espacios comunes..”, entre otras según reza el comunicado.

Durante este fin de semana, se activó el protocolo ante un caso sospechoso de hantavirosis, por un caso atendido en el Hospital de Puerto Aysén. Se trata de un paciente de 29 años quien consultó en el centro asistencial por un cuadro de decaimiento, fiebre y dolor muscular, luego de haber desarrollado actividades agropecuarias en zonas rurales de la zona. Frente a este escenario, fue derivado al Hospital Regional de Coyhaique y posteriormente trasladado al Instituto Nacional del Tórax en Santiago, donde se lo confirmó como caso de hantavirosis.

Angie Grace Bichara Bustos, funcionaria de la Unidad de Epidemiología de la Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Salud de Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo, señaló que el paciente se encuentra en una condición de salud estable. También informó que se trata del tercer caso confirmado de hantavirosis en la región, en lo que va del año.

En este contexto, la profesional de Epidemiología recalcó la importancia del autocuidado frente al hantavirus. “Pese a todos los esfuerzos de un trabajo intersectorial por informar y entregar recomendaciones sobre el hantavirus, la principal medida de resguardo es el propio autocuidado de las comunidades para prevenir esta enfermedad, como la ventilación por al menos 20 minutos de los inmuebles que se encuentren en zonas rurales y que han estado desocupados, el uso de barbijo y guantes al ingresar y limpiar estos lugares, además del uso de estos elementos cuando se realizan actividades agropecuarias donde se detecte la presencia de roedores. Son medidas básicas para el cuidado de la salud frente a esta enfermedad”.

Por su parte, el subdirector médico del Hospital Regional de Coyhaique, Jaime Andrés Carvajal Isla, indicó que “se aplicaron todos los protocolos que corresponden para abordar esta enfermedad, determinándose el traslado del paciente al Hospital del Tórax, manteniéndose - en este momento- en estabilidad clínica, con ventilación mecánica. Afortunadamente no ha presentado requerimientos de oxigenación extracorpórea mediante membrana”.

“A propósito de este caso, es importante recalcar que también hay protocolos de la autoridad sanitaria en cuanto al estudio del caso. De esta forma, nuestra red asistencial y el Hospital Regional, están preparados para atender estos casos, ya que existe un plan de acción bastante estricto frente a una sospecha, donde el paciente debe trasladarse al Hospital del Tórax, básicamente por el riesgo de que pueda requerir no sólo de ventilación mecánica, sino que una circulación extracorpórea, ya que el hantavirus puede ocasionar serios daños al pulmón, al punto que ya no es suficiente la ventilación mecánica, y hay que oxigenar la sangre con un dispositivo externo, tal como ocurre por ejemplo en la cirugía cardíaca,” puntualizó.

De esta forma, en el transcurso de este año, este es el tercer caso por Hantavirus que se registra en la región de Aysén. El primero de ellos, correspondió a un paciente que se infectó en una zona lacustre de la comuna de Coyhaique; mientras que el segundo, fue el de un turista que realizaba una excursión en bicicleta, quien luego de transitar por la región, presentó síntomas asociados a hantavirus durante su llegada en la zona de Magallanes.

Un total de 12 millones de colombianos corren el riesgo de contraer la enfermedad de Chagas, según lo dio a conocer el Ministerio de Salud y Protección Social, que destacó los avances en su diagnóstico, tratamiento y prevención, así como el reto de eliminar todas sus formas de transmisión antes de 2031.

Según el ministerio, actualmente, 595 municipios del país presentan condiciones que favorecen la transmisión del parásito *Trypanosoma cruzi*, que es el causante de esta enfermedad y que es transmitido a través de la picadura de insectos triatomíneos. Solo en 2024, el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública confirmó 947 casos crónicos y 18 casos agudos, uno de ellos con desenlace fatal.

El ministro de Salud, Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez, dijo que “la eliminación de la enfermedad de Chagas requiere un esfuerzo articulado entre el sector salud, las comunidades y las autoridades locales. La prevención y el diagnóstico oportuno son clave”.

Colombia, indicó, avanza en su compromiso para eliminar la enfermedad de Chagas como problema de salud pública, en línea con las metas globales establecidas para 2031.

Colombia, indicó, avanza en su compromiso para eliminar la enfermedad de Chagas como problema de salud pública, en línea con las metas globales establecidas para 2031.

### Acciones concretas

Colombia certificó 66 municipios como “libres de transmisión vectorial intradomiciliaria”, y otros 34 están en proceso de certificación.

También se tamiza el 100% de la sangre donada para evitar el contagio a través de las transfusiones, y desde 2017 se cuenta con un flujograma nacional para mejorar el diagnóstico.

Uno de los avances destacados es la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud para Chagas, que permite diagnosticar y tratar desde el primer nivel de atención. Aunque su cobertura aún no es nacional, ha mostrado mejoras en el acceso y la calidad del tratamiento.

Entre 2019 y 2024 se realizaron más de 382.000 tamizajes a mujeres gestantes, lo que permitió detectar 528 casos y reducir el riesgo de transmisión congénita.

Pese a los esfuerzos, la enfermedad de Chagas sigue cobrando vidas. Según cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística, en 2023 se registraron 239 muertes relacionadas con la enfermedad.

La población indígena es una de las más afectadas: 28% de los casos crónicos reportados en 2024 correspondieron a comunidades indígenas.

El ministerio advirtió que la enfermedad puede transmitirse no solo por el vector, sino también por vía oral (alimentos contaminados), transfusiones inseguras y de madre a hijo durante el embarazo.



Desde abril de 2025, el país ha realizado actividades de sensibilización en varias regiones con el lema: “Para la prevención, control y eliminación del Chagas, todos somos necesarios”.

El llamado a la ciudadanía, al personal de salud y a las autoridades locales es a fortalecer la vigilancia, capacitar equipos médicos en zonas endémicas y asegurar el acceso al tratamiento, el cual está incluido de forma gratuita en el Plan de Beneficios en Salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social invitó a todos los actores a unirse a este esfuerzo colectivo para eliminar la enfermedad de Chagas en Colombia y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

El Ministerio de Educación de Chimborazo dispuso que se suspendan las clases presenciales en cuatro cantones de la provincia debido a un brote de enfermedades respiratorias, incluida la tos convulsa.

Según detalló en un documento oficial difundido el 20 de mayo, las clases presenciales se suspenderán durante toda la jornada semanal, hasta el 22 de mayo, previo al feriado.

La medida afecta a alrededor de 260 unidades educativas públicas y privadas de los cantones Colta, Guamote, Penipe y Chimborazo.

La disposición de carácter “apremiante” aclara que, si bien las actividades presenciales se suspenden, los estudiantes continuarán en clases virtuales.

En el caso de los establecimientos fiscales, quienes sí deben acudir en presencial son los docentes, administrativos y personal de servicios, hasta recibir una nueva disposición.

### **Dos casos de tos convulsa en Riobamba**

El Ministerio de Educación explicó que la decisión corresponde a la confirmación de dos menores de edad con tos convulsa y otros 266 casos sospechosos, en Riobamba.

“Al momento se está realizando la caracterización epidemiológica de todos los sospechosos, el rastreo de contactos, monitoreo de vacunación y aplicación del esquema de vacunación”, aseguró la cartera de Estado.

En el documento se explica que el 2 de mayo, el Comité de Operaciones de Emergencia Nacional resolvió por unanimidad encargar al Ministerio de Salud Pública (MSP) la vigilancia y control de los brotes de fiebre amarilla y tos convulsa.

### **Medidas ante el brote**

La estrategia también incluye al Ministerio de Educación, para que colabore en las medidas de control en las instituciones educativas ubicadas en las zonas afectadas. Algunas de las acciones enfocadas en la emergencia son: establecer cercos epidemiológicos, inmunizaciones, profilaxis, entre otras.

El Ministerio recomendó a los padres de menores que tengan síntomas respiratorios, mantenerlos en aislamiento durante al menos cinco días, pese a que se encuentren en tratamiento.

Debe procurarse aislar a los pequeños de niños menores de dos años, por ser la población en riesgo ante esta enfermedad.

La jefa del Programa de Enfermedades Transmisibles del Hospital Cardiopulmonar, conocido como el Hospital del Tórax, Dra. Odalis García, informó que hasta abril de este año se han registrado 705 casos de tuberculosis a nivel nacional, siendo las zonas más afectadas aquellas con mayor densidad poblacional.

“Las regiones sanitarias que más casos reportan son el departamento de Cortés, y las dos áreas metropolitanas: el Distrito Central y San Pedro Sula”, detalló García.

Además, señaló que en orden de frecuencia le siguen Atlántida y Choluteca, departamentos que también han presentado un número elevado de casos en los últimos meses.

La profesional destacó como un avance significativo la reciente aprobación de la Ley Especial para el Control de la Tuberculosis, una herramienta legal que busca fortalecer la respuesta del país ante esta enfermedad infecciosa.

“Esta ley tiene por objetivo mejorar la salud pública, garantizar diagnósticos oportunos y asegurar tratamientos efectivos para la curación de los pacientes. La tuberculosis tiene cura, siempre y cuando se cumpla con el tratamiento de manera estricta y supervisada”, explicó García.

La funcionaria hizo un llamado a la población a no abandonar los esquemas de tratamiento y acudir a los centros de salud ante síntomas como tos persistente, fiebre y pérdida de peso, ya que el diagnóstico temprano es clave para evitar complicaciones y cortar las cadenas de transmisión.



En 2025, hasta el 21 de mayo, se reportaron en México 1.629 casos confirmados de sarampión y cuatro defunciones. Chihuahua concentra 93% de los casos, con un total de 1.537, de los cuales, 47 se registraron en las últimas 24 horas, según la Dirección General de Epidemiología.

En esta entidad se han reportado tres defunciones, 2.732 casos probables acumulados y la tasa de incidencia cada 100.000 habitantes es de 37,83. Le sigue el estado de Sonora con 30 casos confirmados, 94 casos probables y una defunción.

El último fallecimiento se confirmó en Sonora: una niña de un año que murió en un campo agrícola del municipio de Cajeme. La menor era originaria de Chihuahua, hija de padres jornaleros agrícolas, no estaba vacunada y tampoco fue reportada por sus tutores para recibir atención médica, por lo que falleció en su domicilio temporal en el municipio. Además, presentaba un cuadro de desnutrición severa.

En Zacatecas se han reportado 13 casos confirmados y 70 probables; en Tamaulipas hay nueve confirmados y 65 probables; en Coahuila hay ocho y 53, respectivamente y en Durango se han confirmado siete casos y 55 probables, según cifras del Informe Diario del Brote de Sarampión en México.

Campeche se coloca en séptimo lugar con seis casos confirmados y 24 probables; le sigue Oaxaca con cuatro confirmados y 40 probables; Guerrero con cuatro confirmados y 27 probables; tres en Michoacán con 42 probables; dos en Guanajuato con 273 probables.

En los estados de San Luis Potosí, Quintana Roo, Sinaloa, Querétaro, Yucatán y Tabasco se ha confirmado un caso, respectivamente. Así, en 17 estados y 55 municipios del país hay pacientes con esta enfermedad.

Los casos confirmados afectan a ambos sexos (48% hombres y 52% mujeres). En cuanto al número de casos, el grupo etario más afectado es el de 0 a 4 años de edad (355 casos), seguido de 25 a 29 años (237 casos) y el de 30 a 34 años (255 casos).

En cuanto a la tasa de incidencia, el grupo de edad de 0 a 4 años reportó la mayor tasa (3,41 casos cada 100.000 habitantes menores de 4 años), seguido del grupo de 25 a 29 años y 30 a 34 años con una tasa de incidencia de 2,24 y 2,16, respectivamente.

“Los casos graves son especialmente frecuentes en niños pequeños malnutridos, y sobre todo en los que su sistema inmunitario está debilitado. En poblaciones con altos niveles de malnutrición y falta de atención sanitaria adecuada, la letalidad por sarampión puede llegar a 10% de los casos”, señaló la Dirección General de Epidemiología.

La última semana de abril, la Secretaría de Salud emitió un aviso preventivo de viaje con nivel de riesgo medio, pues en Estados Unidos, con corte al 17 de abril, se habían notificado un total de 800 casos de sarampión en 25 estados; los que presentan el mayor número de casos son: Texas (532), Nuevo México (56), Kansas (32) y Ohio (21).

En Canadá se han identificado 880 casos en seis provincias, siendo las más afectadas Ontario (804), Quebec (36) y Alberta (23). Por lo que recomendó que, antes de viajar, se cuente con un esquema de vacunación actualizado, incluyendo la vacuna contra el sarampión.

Los casos de dengue en Panamá están próximos a los 5.000 en lo que va del año, de acuerdo con un reporte presentado por el Ministerio de Salud.

De acuerdo con la cartera sanitaria, en la semana epidemiológica 18 se registró un total de 4.877 casos acumulados de dengue a nivel nacional. De esa cifra, 4.341 son sin signos de alarma, 501 con signos de alarma y 35 dengue graves.



El reporte indicó que la Región de San Miguelito encabeza la lista con 1.188 casos, seguido por la Región Metropolitana (979), Panamá Norte (560), Panamá Oeste (510), Los Santos (345), Bocas del Toro (322), Chiriquí (260), Veraguas (145), Colón (139), Panamá Este (104), Herrera (103), Darién (102), Coclé (77), comarca Ngäbe-Buglé (39) y Kuna Yala (4).

En cuanto a las defunciones, se notificaron un total de siete en lo que va de 2025. Los decesos corresponden a Darién (2), Bocas del Toro (1), Chiriquí (1), Coclé (1), Panamá Este (1) y Panamá Oeste (1).

Se registraron 426 pacientes que han requerido tratamiento intrahospitalario.

De acuerdo con el informe, la tasa de incidencia nacional en la semana epidemiológica 18 de 2025 es de 106,7 casos cada 100.000 habitantes. La mayoría de los casos se registran en el grupo etario de 15 a 59 años.

Ante el creciente número de casos, la entidad instó a las personas a brindar apoyo para la eliminación de todos los criaderos del mosquito, alrededor y dentro de las viviendas, con el propósito de evitar la transmisión de esta enfermedad, la fiebre zika, la fiebre chikungunya y cualquier otra transmitida por mosquitos.

El aumento de los casos y fallecidos por fiebre amarilla en Perú y en otros países de Sudamérica ha encendido las alarmas de las autoridades, ya que se trata de una enfermedad con una alta tasa de letalidad, pero con una baja cobertura de vacunación. En Perú, los casos se presentan en su mayoría en la región Amazonas.



Hasta el 10 de mayo, se habían registrado en Perú 46 casos de fiebre amarilla, cifra que supera a todo lo registrado en los últimos 15 años, excepto en 2016, cuando se reportaron 61 casos. En el caso de los 13 fallecidos, se proyecta que dicha cantidad se incremente en las próximas semanas y supere a los de 2016, cuando 16 pacientes murieron, informó el analista de datos Juan Carbajal.

El Ministerio de Salud, a través del Centro Nacional de Epidemiología y Control de Enfermedades (CDC Perú), emitió una alerta epidemiológica, el pasado 21 de marzo, para alertar a los establecimientos de salud públicos y privados ante el incremento de casos de fiebre amarilla selvática en algunas zonas enzoóticas de las regiones de Amazonas, Huánuco y San Martín, por lo que intensificará las acciones de respuesta, vigilancia epidemiológica y vacunación contra esta enfermedad.

El ministerio informó que 90% de las personas afectadas adquirió la enfermedad en áreas silvestres o boscosas, principalmente por actividades de caza o agrícolas. Un punto fundamental del tema es que ninguno de los fallecidos contaba con la vacuna contra la fiebre amarilla.

El médico infectólogo Juan Carlos Celis Salinas indicó que los aumentos de casos de fiebre amarilla se dan en gran parte de los países de Sudamérica, como Brasil, Colombia, Ecuador y Perú.

En el caso de Perú, precisó que se presentan casos en las comunidades nativas y campesinas, así como en zonas fronterizas, de las regiones de Amazonas, San Martín, Loreto, Huánuco y Junín. Advirtió que el peligro es que se convierta en un brote urbano, ya que el mosquito vector del dengue también puede transmitir la fiebre amarilla.

Remarcó que la fiebre amarilla tiene una alta tasa de letalidad, ya que las autoridades no alcanzan un alto porcentaje de vacunación.

A diferencia del dengue, que tiene una mortalidad baja, de entre 0,1% y 0,2%, la fiebre amarilla tiene una mortalidad bien alta que puede variar entre 30% y hasta 60%", afirmó Celis Salinas.

"En general, la vacunación es baja, porque a nivel nacional no supera el 60% en promedio, hablando de fiebre amarilla en niños, pero en las comunidades no pasa de 30% o 40%, porque la vacunación no llega y también hay problemas de acceso, como en la zona de Putumayo, zona de frontera, y hay un tema intercultural", afirmó.

Celis Salinas señaló que la vacuna tiene que aplicarse 10 días antes de entrar a lugares donde se han detectado casos de fiebre amarilla, como en la zona norte de Amazonas, a la zona cafetera o de cultivos en San Martín y en la provincia de Putumayo (Loreto).

Explicó que las enfermedades, como el dengue y la fiebre amarilla, se están expandiendo porque hay aumento de temperatura a nivel global y eso favorece la reproducción de los mosquitos, hay más deforestación, más cultivos en zonas alejadas y desarrollo de actividades ilegales, como narcotráfico y minería ilegal, lo que origina que haya más movimiento de personas a zonas alejadas.

Ciro Peregrino Maguiña Vargas, médico infectólogo tropicalista de la Universidad Peruana 'Cayetano Heredia' y exdecano del Colegio Médico de Perú, indicó que el incremento de casos de fiebre amarilla se debe a la escasa vigilancia a los programas de vacunación ante la crisis sanitaria por la pandemia de la covid, la mala gestión de los programas de vacunación por parte de los gobiernos regionales y la movilización de personas no vacunadas que se dedican a actividades ilícitas, como el narcotráfico, la tala ilegal de madera y la minería ilegal, en zonas endémicas.

“Las regiones han destinado recursos para otras obras, pero no para los programas de vacunación y han descuidado las metas de vacunación. Antes había una política nacional de vacunación. Cada región tiene un presupuesto que le envían de Lima y las regiones deciden la prioridad y ahí se descuidan. No contratan personal para la vacunación”, indicó el especialista.

Remarcó que se trata de un aumento de casos de fiebre amarilla que generan preocupación y advirtió que la situación se podría complicar si se llega a desarrollar la fiebre amarilla urbana, la cual es distinta a la fiebre amarilla selvática.

Hay un peligro potencial si llegaran pacientes no vacunados del Valle de los ríos Apurímac, Ene y Mantaro (VRAEM) o de los lugares endémicos y son picados por un mosquito y podría llegar, eventualmente, a las grandes ciudades. Es una hipótesis que se está planteando, por eso hay que vigilar bien y hay que vacunar a la gente de la selva”, precisó.

Maguiña Vargas remarcó que la vacuna contra la fiebre amarilla es de una sola dosis y protege durante toda la vida.

“Como es un virus igual que el dengue, se le brinda tratamiento sintomático, no hay ninguna medicina, solo manejar las complicaciones, como el sangrado, el descenso de la presión”, precisó.

Maguiña Vargas remarcó que la letalidad de la fiebre amarilla se explica porque muchas veces es confundida con otras enfermedades, como la fiebre tifoidea y el dengue, y porque se brinda atención médica demasiado tarde.

“En las zonas endémicas del VRAEM, Ayacucho, Apurímac, Cusco, Loreto, no hay camas de cuidados intensivos, por lo que el paciente llega a recibir atención especializada en las últimas etapas de la enfermedad”, remarcó.

### **Intensifican la vacunación en Amazonas**

El Ministerio de Salud informó que, a través de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) de Amazonas, se han inmunizado 64.061 personas contra la fiebre amarilla, desde los 15 meses hasta los 59 años, para lo cual ha intensificado la vacunación, en un periodo de 90 días, en las provincias de Bagua y Condorcanqui para enfrentar el aumento de casos de la enfermedad.

En la provincia de Condorcanqui, se vacunaron 33.953 personas y se implementó el cerco epidemiológico y se priorizó la vacunación en los distritos de El Cenepa, Nieva y Río Santiago, que han registrado casos positivos de la enfermedad.

En Bagua, se ha vacunado a 30.108 personas, alcanzando el 84,9% de la población objetivo. En el caso del distrito de Imaza, donde se inició el brote de fiebre amarilla, se ha logrado superar el 100% de la cobertura esperada.

Asimismo, se refuerza las comunicaciones con un mensaje clave que la única manera de prevenir esta enfermedad es mediante la vacunación. Esta iniciativa ha tenido éxito gracias a la cooperación de las familias, que han facilitado el acceso a sus hogares y comunidades.

Además, equipos de médicos especialistas viajaron a esta región para realizar asistencias técnicas sobre: vigilancia de síndrome icterohemorrágico y fiebre amarilla, vigilancia epidemiológica de fiebre amarilla e intervención y control de brote de fiebre amarilla, y búsqueda activa comunitaria e institucional de casos probables que presenten los síntomas.

De acuerdo con el esquema nacional de Ministerio de Salud, la vacuna contra la fiebre amarilla se aplica desde los 15 meses hasta los 59 años de edad (dosis única). Se recomienda a las personas que van a viajar a las zonas endémicas o que presentan casos que se vacunen al menos 10 días antes para garantizar la protección.

No pueden aplicarse esta vacuna los menores de 15 meses, las personas mayores de 60 años, las personas con antecedentes de alergia al huevo, proteínas de pollo o cualquier componente de la vacuna, tampoco las personas con antecedentes de problemas en la glándula timo o que se la hayan extirpado debido a alguna disfunción, las gestantes o en periodo de lactancia, a menos que ingrese a una localidad de alto riesgo para fiebre amarilla, previa indicación médica.

## **Alerta epidemiológica de la OPS**

Ante el aumento de casos humanos de fiebre amarilla en Bolivia, Brasil, Colombia y Perú, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) lanzó, el pasado 26 de marzo, la alerta epidemiológica y pidió a los estados con áreas de riesgo a fortalecer la vigilancia en zonas endémicas y vacunar a las poblaciones en riesgo.

Además, resaltó la necesidad de fortalecer el manejo clínico, con énfasis en la detección y tratamiento oportuno de los casos graves. La OPS/OMS también recomendó disponer de dosis de reserva, de acuerdo con la disponibilidad de vacunas en cada país, para garantizar una respuesta rápida ante posibles brotes.

La OPS remarcó que, en 2024, los casos 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 han detectado también 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.

Recordó que, en América, el riesgo de brotes de fiebre amarilla es elevado, ya que si bien la inmunización sigue siendo una de las intervenciones de salud pública más eficaces para prevenir esta enfermedad, la mayoría de los casos registrados durante 2024 no tenían antecedentes de vacunación contra la fiebre amarilla.

“Es fundamental que los países logren coberturas de vacunación de al menos 95% en las poblaciones de áreas de riesgo, de forma homogénea, y que las autoridades sanitarias aseguren

contar con un inventario de reserva estratégica que les permita mantener la vacunación de rutina y, al mismo tiempo, responder de manera efectiva a posibles brotes”, precisó.

En el caso de Perú, señaló que todos los casos tuvieron antecedente de exposición en áreas silvestres y/o boscosas debido a actividades laborales agrícolas y 71,8% de los casos no registran antecedente de vacunación contra fiebre amarilla.

### **Ecuador exige la vacuna contra la fiebre amarilla**

El Gobierno de Ecuador comenzó a exigir, desde el lunes 12 de mayo, el certificado de vacunación contra la fiebre amarilla a todos los viajeros que lleguen procedentes de Bolivia, Brasil, Colombia y Perú y que hayan permanecido al menos diez días en esos países, una medida que aplica también para los propios ecuatorianos.

La exigencia se aplicará inicialmente a viajeros que lleguen por vía aérea como respuesta a la “alerta sanitaria regional” que afecta a varios países sudamericanos, donde se han dado brotes de fiebre amarilla. En Ecuador se han reportado hasta el momento seis casos, de los que cuatro acabaron en muerte.

Los pasajeros deberán presentar certificados de que la vacuna se haya aplicado al menos diez días antes del inicio del viaje y se aceptarán vacunas de años anteriores, ya que una sola dosis es suficiente para adquirir inmunidad contra la fiebre amarilla de por vida.

“Existe una alerta en Colombia, Ecuador, Perú, Bolivia y Brasil, donde hay circulación activa de fiebre amarilla. Ante ello, Ecuador ha emitido una alerta sanitaria, y entre las acciones adoptadas se encuentra la exigencia del carné de vacunación internacional”, indicó el viceministro de Gobernanza de la Salud, Juan Bernardo Sánchez Jara.

El funcionario explicó que la finalidad de la medida es “mantener controlada la propagación del virus en Ecuador” y evitar su expansión a zonas urbanas.

Además, señaló que los ecuatorianos que arriben sin el documento serán derivados a un punto de información para evaluar su situación y, de ser necesario, canalizarlos hacia un centro de vacunación habilitado en el propio aeropuerto.

En el caso de los extranjeros que no acrediten haber recibido la vacuna, Sánchez Jara informó que quedarán bajo custodia de las autoridades migratorias, quienes podrán incluso ordenar su retorno al país de origen.

Colombia declaró, a mediados de abril, una emergencia sanitaria por un brote de fiebre amarilla que se ha cobrado hasta ahora 34 vidas. El virus se ha extendido más allá de las zonas habitualmente consideradas de riesgo como la amazónica, el Catatumbo y el Chocó, “lo que lo convierte en una amenaza para más comunidades”.

En Estados Unidos, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades elevó a nivel 2 la alerta por ese virus para Sudamérica y recomendó vacunarse a quienes viajen a ciertas partes de Bolivia, Colombia y Perú.



NIGERIA

BROTE DE MENINGITIS EN EL NORTE DEL PAÍS

21/05/2025

En los primeros días de febrero de 2025, muchos hombres, mujeres y niños del noroeste de Nigeria enfermaron de forma repentina. Algunos experimentaron convulsiones o quedaron inconscientes. Para los afectados, la causa de la misteriosa enfermedad no estuvo clara de inmediato.

“Me desperté una mañana con dolor en el cuello, rigidez en una pierna y dolor de espalda”, explicó Aisha Faruq, de 26 años, mientras se recuperaba en el Hospital General de Gwandu, apoyado por Médicos Sin Fronteras (MSF) en Kebbi, el estado más noroccidental de Nigeria. “Recuerdo vagamente lo que pasó antes, como ir a la escuela. Allí perdí el conocimiento. Cuando desperté, estaba aquí”.



Mientras los hospitales se llenaban de pacientes, los educadores sanitarios de la organización se pusieron en contacto con las comunidades más afectadas para sensibilizar y dirigir a los residentes a los centros médicos apoyados por MSF.

“Al principio, los miembros de la comunidad solían pensar que habían contraído malaria, pues sufrían fiebre y dolor de cabeza”, explicó David Musa, educador sanitario comunitario de MSF en Gwandu. “Pero algunos síntomas distintos, como rigidez de cuello o inflamación cerebral en los bebés, alertaron a los profesionales sanitarios de que se trataba de otra cosa”.

Poco después se confirmó oficialmente la causa: la meningitis estaba detrás del aumento de ingresos en los centros sanitarios de los estados de Kebbi y Sokoto.

## La atención rápida es vital

La meningitis se considera una importante amenaza sanitaria mundial. Se calcula que cada año se producen en el mundo más de 2 millones de casos de meningitis, de los cuales más de 200.000 resultan mortales.

La enfermedad, que registra brotes recurrentes en la vasta zona africana que se extiende desde Senegal hasta Etiopía –conocida como el “cinturón de la meningitis”–, es altamente letal si no se trata. Los estudios demuestran que entre 50% y 80% de los pacientes pueden morir si no reciben atención médica rápida.

La meningitis puede estar causada por infecciones virales o bacterianas y se transmite de una persona a otra por gotitas respiratorias, secreciones de la garganta o contaminación fecal. La meningitis bacteriana – frecuente en Nigeria– es el tipo más grave de meningitis y puede causar la inflamación de los tejidos que rodean el cerebro y la médula espinal.



Un miembro del personal médico prepara una vacuna durante una campaña de inmunización apoyada por Médicos Sin Fronteras en el estado de Kebbi tras el brote de meningitis que empezó en marzo.

Para ayudar a las autoridades a responder a este peligroso brote, los equipos de MSF en los estados de Kebbi y Sokoto prestaron apoyo rápidamente desplegando personal y material médico en las zonas más afectadas, ampliando la capacidad de camas en varios centros de salud, formando al personal médico de los ministerios de salud estatales y lanzando campañas de sensibilización.

“En Kebbi, donde se registraron más casos, ingresamos a más de 500 pacientes en los primeros 12 días de nuestra intervención en las áreas de gobierno local de Gwandu, Jega y Aliero”, dijo el Dr. Sham’un Abubakar, coordinador de emergencias de MSF en Kebbi. “Incluso con las camas adicionales que instalamos, debimos colocar colchones en el suelo para acomodar a los pacientes que llegaban”.

En un periodo de nueve semanas, 2.095 pacientes fueron ingresados por meningitis en los centros apoyados por MSF en Kebbi.

En el vecino estado de Sokoto, los equipos de MSF apoyaron la gestión de casos (incluida la teleasistencia), la formación y el suministro de material médico en cinco centros de atención primaria y dos hospitales generales del área de gobierno local de Tambuwal.

A principios de mayo, los equipos de la ONG en Sokoto habían tratado a un total de 880 pacientes de meningitis en los centros apoyados por MSF.

La meningitis puede afectar a personas de todas las edades, pero la mayor proporción de casos registrados se da entre niños de 1 a 15 años. Los menores de cinco años, debido a la debilidad de su sistema inmunitario, corren un riesgo especialmente alto de fallecer.

“Por desgracia, los supervivientes también corren el riesgo de desarrollar problemas neurológicos y cognitivos a largo plazo”, afirmó Abubakar. “Los pacientes pueden sufrir pérdida de audición, problemas de visión y convulsiones, así como un aumento de la presión en el cráneo y el cerebro. Muchos de ellos también corren el riesgo de sufrir un derrame cerebral”.

Sha’ayau, de diez meses, ingresó en el Hospital General de Jega a fines de abril con múltiples síntomas, entre ellos inflamación cerebral. Fue dado de alta muchos días después, pero derivado a un especialista para evaluar posibles complicaciones neurológicas.

“Su hermano mayor fue hospitalizado por meningitis hace semanas”, dijo su madre, Saratu Hamza. “Pero ahora ha perdido la audición”.

## **Una campaña de vacunación masiva**

Aunque proporcionar un tratamiento rápido es clave para evitar muertes y consecuencias a largo plazo, la lucha contra la meningitis también requiere vacunar al mayor número posible de personas para romper la cadena de transmisión.

”Llevar a cabo una vacunación masiva es esencial, ya que proporciona inmunidad contra la enfermedad durante un periodo de entre cinco y ocho años, lo que reduce significativamente el riesgo de infección, incluso en caso de que se produzca otro brote”, afirmó Abubakar.

En el estado de Kebbi, los equipos de MSF se asociaron con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Organización Mundial de la Salud para ayudar al Ministerio de Salud del estado a poner en marcha una campaña de vacunación. En sólo una semana se vacunó a cerca de medio millón de personas, dos tercios de ellas menores de 15 años.

Aunque todavía se están recopilando las cifras oficiales, el Centro Nigeriano de Control de Enfermedades (NCDC) registró más de 4.000 casos de meningitis en todo el país entre principios de febrero y principios de mayo. El 70% de esos casos fueron tratados en centros apoyados por MSF en los estados de Kebbi y Sokoto.

Hoy, gracias en gran parte a la rápida y eficaz respuesta de MSF, el número de casos en ambos estados ha disminuido, y los equipos de la organización pueden reducir gradualmente las respuestas de emergencia y volver al tratamiento rutinario y a las actividades médicas regulares, sin dejar de apoyar al personal del Ministerio de Salud.



Aisha Faruq, de 26 años, se prepara para abandonar un hospital de Kebbi tras pasar una semana recuperándose de una meningitis.

El 9 de mayo de 2025, el Centro Nacional de Enlace del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Papúa Nueva Guinea notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la detección del poliovirus circulante tipo 2 derivado de la vacuna (cVDPV2) en muestras de heces de dos niños sanos de la ciudad de Lae, provincia de Morobe, Papúa Nueva Guinea. Se recogieron muestras de heces de 25 niños sanos el 10 de abril de 2025 como parte de una investigación epidemiológica exhaustiva en el área de cobertura del sitio de Vigilancia Ambiental, que notificó cVDPV2 el 4 de abril de 2025. El 8 de mayo, el Laboratorio de Referencia Regional de Poliomieltitis de la OMS en Australia, el Laboratorio de Referencia de Enfermedades Infecciosas de Victoria (VIDRL), confirmó que dos de estos niños dieron positivo en la prueba del poliovirus tipo 2. Los niños que dieron positivo residen en dos aldeas separadas dentro del área de cobertura del sitio de Vigilancia Ambiental en la ciudad de Lae y eran asintomáticos al momento de la toma de muestras.

Todos los aislamientos se clasificaron como cVDPV2 y se vincularon genéticamente con la muestra ambiental detectada el 4 de abril de 2025. La secuenciación genética reveló diferencias de 18 a 19 nucleótidos con respecto a la cepa vacunal Sabin 2. Todos los aislamientos están estrechamente relacionados entre sí y genéticamente vinculados con la aparición de INO-PAP-2, que previamente causó un brote en Indonesia.

La detección del poliovirus tipo 2 circulante se clasifica como un “brote de poliomieltitis”, de acuerdo con los [Procedimientos operativos estándar](#) de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomieltitis (GPEI) para responder a un evento o brote de poliovirus.

En Papúa Nueva Guinea, la cobertura de vacunación es baja, lo que podría facilitar la propagación del cVDPV2. En 2024, la cobertura nacional de vacunación con la tercera dosis de la vacuna antipoliomielítica oral con virus atenuados (OPV3) era de 44%. En la provincia de Morobe, donde actualmente se detecta el virus, la cobertura con la vacuna bivalente oral contra la poliomieltitis (bOPV) se mantuvo por debajo de 40% durante los últimos cinco años, con un rango de entre 28% y 37%. La cobertura con la primera dosis de la vacuna inactivada contra la poliomieltitis (IPV1) se mantuvo entre 52% y 54%. Sin embargo, la ciudad de Lae presenta una cobertura mayor, con un 73% para la bOPV y un 90% para la IPV1.

## Respuesta de salud pública

Tras el resultado del laboratorio, se han tomado las siguientes acciones:

- Continúa la activación de los Centros de Operaciones de Emergencia Nacional y Provincial.
- Intensificación de la vigilancia de parálisis flácida aguda y ambiental, para detectar una mayor transmisión.
- Aceleración de las actividades de recuperación de la vacunación con IPV en todo el país para mitigar el riesgo de parálisis.
- Preparación técnica para la respuesta de inmunización dirigida utilizando OPV2, en colaboración con los socios de la GPEI.

- Coordinación transfronteriza para alinearse con las estrategias regionales de mitigación de riesgos.
- Suministro de actualizaciones a través del mecanismo del RSI.

## **Evaluación de riesgos de la OMS**

La propagación internacional del poliovirus fue declarada Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) por el Director General de la OMS el 5 de mayo de 2014 y, más recientemente, la declaración de ESPII se extendió hasta el 6 de noviembre de 2024.

Tras el retiro mundial de la vacuna antipoliomielítica oral con virus atenuados (OPV) tipo 2 de los programas de vacunación sistemática en abril y mayo de 2016, el riesgo de transmisión del poliovirus aumentó debido a la disminución de la inmunidad de las mucosas en los niños.

En Papúa Nueva Guinea, la reciente detección de cVDPV2 tanto en niños sanos como en el ambiente dió lugar a la clasificación de un brote de poliovirus. Dada la deficiente cobertura de vacunación sistemática del país, especialmente a nivel subnacional, el riesgo de propagación local se considera alto. Si bien el poliovirus tiene el potencial de propagarse rápidamente a grandes distancias mediante el desplazamiento humano, la provincia afectada no comparte fronteras internacionales. Sin embargo, es un importante centro comercial y un puerto marítimo de ingreso designado, lo que aumenta el riesgo de importación, exportación y propagación del virus, especialmente en el caso de los poliovirus derivados de la vacuna (VDPVs) y en comunidades con una cobertura de vacunación baja o incompleta.

Es importante señalar que la Región del Pacífico Occidental ha estado libre de poliomieltis endémica desde el año 2000, y actualmente no hay otros brotes de poliovirus en curso en la región. Sin embargo, mientras cualquier forma de poliovirus siga circulando en cualquier parte del mundo, persiste el riesgo de importación. Dichas importaciones pueden provocar nuevos brotes si el virus se introduce en una zona con baja inmunidad poblacional.

A nivel mundial, del 1 de enero al 12 de mayo de 2025, se confirmó un total de 49 casos de parálisis flácida aguda causada por el cVDPV2, en Etiopía (21 casos), Nigeria (14), Chad (9), Angola (1), Burkina Faso (1), Djibouti (1), Níger (1) y Sudán (1). La vigilancia ambiental informó 57 aislamientos adicionales de cVDPV2, principalmente en Argelia, Chad, Djibouti, Palestina (incluida Jerusalén Oriental), y Nigeria. En 2024, se confirmó un total de 297 casos de parálisis flácida aguda asociados al cVDPV2, y la mayoría de los casos se notificaron en seis países: Nigeria (98 casos; 33%), Etiopía (43 casos; 14,5%), Chad (39 casos; 13,1%), Yemen (37 casos; 12,5%), Níger (16 casos; 5,4%) y República Democrática del Congo (15 casos; 5,1%). La emergencia de brotes de cVDPV, que surgen y circulan debido a la falta de inmunidad contra la poliomieltis en la población, muestra el riesgo potencial de una mayor propagación internacional. La OMS seguirá de cerca la situación mundial y está lista para brindar asistencia según sea necesario.

## **Consejos de la OMS**

Es importante que todos los países, en particular aquellos que viajan y tienen contacto frecuente con países y zonas afectados por la poliomieltis, refuercen la vigilancia de la parálisis flácida aguda e inicien una expansión planificada de la vigilancia ambiental para detectar rápidamente la importación de nuevos virus y facilitar una respuesta rápida. Los países, territorios y zonas también deben mantener una cobertura de inmunización sistemática uniformemente alta a nivel de distrito para minimizar las consecuencias de la introducción de nuevos virus y subsanar las deficiencias de inmunidad residuales que provoquen una mayor propagación.

- **Vigilancia**

Para limitar la posible propagación del poliovirus, caracterizado por infecciones asintomáticas, es esencial que las autoridades de salud pública realicen el rastreo de contactos para identificar a las personas potencialmente infectadas.

Es necesario intensificar la vigilancia en la zona circundante a los sitios de recolección de cualquier muestra ambiental positiva. El análisis genético de este virus indica que ha estado circulando durante un período considerable antes de su detección. Por lo tanto, es esencial fortalecer la vigilancia del poliovirus en todo el país y garantizar que el sistema de salud esté en alerta máxima para detectar con prontitud cualquier caso nuevo o transmisión en curso.

Las medidas inmediatas deben incluir:

- notificar a todas las unidades de vigilancia nacionales y subnacionales sobre el evento de poliovirus;
- sensibilizar rigurosamente a todo el personal sanitario sobre los requisitos de vigilancia de la parálisis flácida aguda;
- realizar actividades de participación comunitaria y concienciación para aumentar la concienciación sobre la parálisis flácida aguda y la poliomielitis.

Debe incrementarse la frecuencia de recolección de muestras para vigilancia ambiental en la ciudad de Lae, provincia de Morobe, de mensual a bimensual en tres sitios existentes y considerar ampliar la vigilancia a sitios adicionales dentro de la ciudad.

- **Vacunación**

De acuerdo con los Procedimientos Operativos Estándar de la GPEI, se están realizando preparativos en el país para iniciar una respuesta de vacunación con la OPV2. Se deben realizar todos los esfuerzos posibles para aumentar la inmunidad de la población y prevenir la transmisión del poliovirus, protegiendo así a las poblaciones vulnerables, identificando y vacunando a los niños sin antecedentes o con inmunización incompleta.

La inmunización sistemática sigue siendo la piedra angular de la erradicación de la poliomielitis, en consonancia con el calendario nacional de vacunación infantil. La IPV proporciona un alto nivel de inmunidad individual y una protección eficaz contra la parálisis.

La OMS no recomienda ninguna restricción a los viajes y/o al comercio con Papúa Nueva Guinea sobre la base de la información disponible sobre el evento actual.

---

La poliomielitis es una enfermedad altamente infecciosa que afecta principalmente a niños menores de cinco años y causa parálisis permanente (aproximadamente una de cada 200 infecciones) o la muerte (entre 2% y 10% de los paralizados).

El virus se transmite de persona a persona, principalmente por vía fecal-oral o, con menor frecuencia, por agua o alimentos contaminados. El virus se multiplica en el intestino, desde donde puede invadir el sistema nervioso y causar parálisis. El período de incubación suele ser de 7 a 10 días, pero puede variar entre 4 y 35 días. Hasta 90% de las personas infectadas son asintomáticas o presentan síntomas leves, y la enfermedad suele pasar desapercibida.

El poliovirus derivado de la vacuna es una cepa bien documentada que muta a partir de la cepa original contenida en la vacuna antipoliomielítica oral con virus atenuados (OPV). La OPV contiene una forma viva y debilitada del poliovirus que se replica en el intestino durante un período limitado, desarrollando así inmunidad mediante la producción de anticuerpos. En raras ocasiones, al replicarse en el tracto gastrointestinal, las cepas de la OPV pueden modificarse genéticamente y propagarse en comunidades que no están completamente vacunadas contra la enfermedad, especialmente en zonas con mala higiene, saneamiento deficiente o hacinamiento. Cuanto menor sea la inmunidad de la población, más tiempo sobrevive el poliovirus derivado de la vacuna y más cambios genéticos experimenta.

En casos muy raros, el virus derivado de la vacuna puede mutar genéticamente a una forma que puede causar parálisis, al igual que el poliovirus salvaje; esto se conoce como poliovirus derivado de la vacuna (VDPV). La detección de VDPV en al menos dos fuentes diferentes, con al menos dos meses de diferencia y con vínculo genético, que muestren evidencia de transmisión comunitaria, se clasifica como poliovirus circulante derivado de la vacuna (cVDPV). Al igual que el poliovirus salvaje, los cVDPV pueden ser de tres tipos (1, 2 o 3); el brote actual en Papúa Nueva Guinea se debe al cVDPV tipo 2 (cVDPV2).

El poliovirus es un patógeno que se pretende erradicar a nivel mundial, y Papúa Nueva Guinea fue certificada libre de poliomielitis en el año 2000, junto con el resto de los países de la Región del Pacífico Occidental de la Organización Mundial de la Salud, luego del último caso notificado de poliovirus salvaje en 1996.

Sin embargo, en 2018, se declaró un brote por poliovirus circulante tipo 1 derivado de la vacuna (cVDPV1) en la ciudad de Lae, provincia de Morobe, ciudad que ahora se considera que está experimentando un nuevo brote de poliovirus. La detección actual de cVDPV2 en una muestra ambiental y en niños sanos de la ciudad de Lae es inusual e inesperada, ya que no está relacionada con el brote de poliomielitis por cVDPV1 de 2018.

El Servicio Nacional de Salud (NHS) de Inglaterra lanzará un programa de vacunación contra la gonorrea para frenar el fuerte aumento de casos de esta infección de transmisión sexual, según lo anunció el 21 de mayo, resaltando que se trata de una primicia mundial.

La vacuna que se utilizará, 4CMenB, ya existe y se emplea contra la meningitis por *Neisseria meningitidis* tipo B, en este caso para bebés.



En 2023 se detectaron más de 85.000 casos de gonorrea en Inglaterra, el nivel más alto desde 1918, cuando comenzaron a registrarse las estadísticas en este ámbito.

La gonorrea afecta principalmente a personas menores de 30 años, y en particular a hombres. Si no se trata, la gonorrea puede llevar, por ejemplo, a un mayor riesgo de contraer el VIH o a la infertilidad en las mujeres.

El programa de vacunación se lanza en un momento en que parece que algunas cepas de la infección se han tornado resistentes a los antibióticos.

“El lanzamiento de la campaña de vacunación, la primera en el mundo, es un enorme avance en el ámbito de la salud sexual”, afirmó Amanda Doyle, directora nacional de medicina general en NHS de Inglaterra.

El programa será “crucial para proteger a las personas, ayudar a prevenir la propagación de la infección y reducir el aumento de las cepas resistentes a los antibióticos”, añadió.

Sin embargo, el Comité Conjunto de Vacunación e Inmunización (JCVI) señaló que, según estudios, tiene una tasa de eficacia de entre 32,7% y 42% contra la gonorrea. Por lo tanto, la vacuna reduciría el riesgo, pero sin eliminarlo.

Una investigación del Imperial College de Londres calculó que, si la cobertura vacunal es alta y el programa se mantiene a largo plazo, podrían evitarse hasta 100.000 infecciones en los próximos diez años, con un ahorro estimado de unos 9,2 millones de euros para el sistema sanitario público.

Los pacientes seleccionados comenzarán a ser contactados en las próximas semanas para que la campaña pueda empezar en agosto.

Según el JCVI, la gonorrea se observa particularmente en zonas desfavorecidas, así como entre hombres homosexuales y bisexuales que tienen relaciones múltiples.

Un programa de investigación de la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKHSA) y la Agencia de Sanidad Animal y Vegetal (APHA) identificó por primera vez fragmentos de material genético del virus del Nilo Occidental en mosquitos recolectados en Gran Bretaña.

El virus del Nilo Occidental pertenece a la familia Flaviviridae, que también incluye los virus que causan el dengue y la fiebre amarilla. Se encuentra generalmente en aves y suele circular a través de los mosquitos que las pican. En casos excepcionales, los mosquitos pueden transmitir el virus a humanos o caballos.



*Aedes vexans*

Los fragmentos se detectaron a través del programa Vector-Borne RADAR (*Real-time Arbovirus Detection And Response*, Detección y respuesta a arbovirus en tiempo real) de la APHA, mediante la prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR), en dos muestras de mosquitos *Aedes vexans* recolectadas por la UKHSA en humedales en el río Idle, cerca de Gams-ton (Retford), Nottinghamshire, durante julio de 2023. Los mosquitos se separaron en grupos de 10 para realizar las pruebas, y se identificaron fragmentos de material genético del virus del Nilo Occidental en dos de los grupos. Otros 198 grupos dieron negativo. Esta es la primera evidencia del virus del Nilo Occidental detectada en un mosquito en el Reino Unido.

El virus del Nilo Occidental es endémico en diversas regiones del mundo, como Europa, África, Medio Oriente, Asia occidental y central, América del Norte, así como América del Sur y Australia. Su distribución geográfica se ha expandido en los últimos años a regiones más septentrionales y occidentales de Europa continental.

La UKHSA evaluó el riesgo para el público en general como muy bajo, pero está emitiendo recomendaciones a los profesionales de la salud para que los pacientes con encefalitis de causa desconocida puedan realizarse pruebas como medida de precaución a través del Laboratorio de Patógenos Raros e Importados de la UKHSA.

Hasta la fecha, no se han detectado casos de transmisión local del virus del Nilo Occidental en humanos ni en caballos en el Reino Unido, aunque se han registrado siete casos relacionados con viajes desde el año 2000. Según los datos disponibles, no hay evidencia que sugiera una circulación continua del virus en aves o mosquitos en el Reino Unido. A la luz de los hallazgos, se están reforzando las actividades de vigilancia y control de enfermedades. Actualmente, el principal riesgo de transmisión del virus del Nilo Occidental para los residentes del Reino Unido sigue siendo viajar a zonas endémicas en el extranjero.

La Dra. Meera Chand, subdirectora de salud en viajes, zoonosis, infecciones emergentes, enfermedades respiratorias y tuberculosis de la UKHSA, afirmó: “Si bien esta es la primera detección del virus del Nilo Occidental en mosquitos en el Reino Unido hasta el momento, no es inesperado ya que el virus ya está muy extendido en Europa”.

“El riesgo para la población general se considera actualmente muy bajo. Este tipo de investigación vectorial nos permite detectar con anticipación posibles amenazas, lo que nos permite mejorar nuestras actividades de vigilancia y control de enfermedades y garantizar que los pacientes reciban las pruebas adecuadas”, agregó.

Por su parte, el Dr. Arran Folly, arbovirólogo de la APHA y líder del proyecto Vector-Borne RADAR, concluyó: “La detección del virus del Nilo Occidental en el Reino Unido forma parte de un panorama cambiante más amplio, donde, a raíz del cambio climático, las enfermedades transmitidas por mosquitos se están expandiendo a nuevas zonas. Solo mediante una vigilancia continua podemos evaluar el riesgo para la salud pública y animal”.

“Nuestro objetivo principal es comprender cómo los virus entran al país y cómo se transmiten. Esto, en conjunto, puede ayudarnos a identificar zonas con mayor riesgo de brotes”.

“El proyecto Vector-Borne RADAR reúne una gran cantidad de experiencia de organizaciones gubernamentales y de vida silvestre para mejorar la vigilancia que llevamos a cabo en el Reino Unido para detectar enfermedades transmitidas por mosquitos”.

*Aedes vexans* es originario del Reino Unido y, aunque se encuentra ampliamente distribuido en densidades muy bajas, en algunas localidades de Inglaterra puede presentarse en altas densidades asociadas con paisajes fluviales inundados en verano. Si bien es poco común, se sabe que causa picaduras molestas en algunas zonas del país, incluyendo pueblos a lo largo del río Idle, cerca de Retford, Nottinghamshire, donde se producen inundaciones estivales con un deficiente drenaje. Recientemente se han realizado esfuerzos para controlar las poblaciones de mosquitos y minimizar los hábitats propicios para estos insectos.

A medida que las temperaturas aumentan debido al cambio climático, las especies de garrapatas y mosquitos que actualmente no son autóctonas del Reino Unido comenzarán a encontrar más tolerable el clima británico, lo que les facilitará sobrevivir, reproducirse y establecer una población local. Otras especies de mosquitos, algunas de las cuales tienen el potencial de transmitir enfermedades infecciosas, pueden llegar al Reino Unido de diversas maneras, como quedar atrapadas en automóviles y camiones que cruzan la frontera. También pueden transportarse a través de canales comerciales en contenedores que se envían internacionalmente. Los programas más amplios de vigilancia de vectores de la UKHSA incluyen la monitorización de centros de transporte como estaciones de servicio en autopistas y paradas de camiones, así como otros lugares de alto riesgo, para garantizar que estos insectos invasores puedan detectarse y erradicarse antes de que se propaguen más ampliamente.

El Dr. Jolyon Medlock, jefe de Entomología Médica y Ecología de Zoonosis en UKHSA, agregó: “Nuestro sistema de vigilancia, que condujo a este descubrimiento, monitorea la presencia de mosquitos en toda Gran Bretaña para comprender su distribución, densidad y actividad en todo el país. También monitoreamos las picaduras de mosquitos, por lo que cualquier persona que experimente esta molestia puede contactar con nuestro [programa de vigilancia de mosquitos](#) y proporcionar una imagen o muestra”.

“Los mosquitos se reproducen en diversos humedales naturales, pero también son comunes en jardines, donde se reproducen en contenedores como barriles de agua y baldes. Reducir el acceso de algunas especies de mosquitos a estos contenedores con tapa, o voltearlos, puede reducir la cantidad de mosquitos en nuestros hogares”.

“En el Reino Unido, los mosquitos también son comunes en zonas boscosas húmedas y diversos hábitats acuáticos, como estanques, acequias, pantanos e incluso depósitos de agua o cisternas de jardín. Para evitar las picaduras de mosquitos en estas zonas, se debe usar ropa de manga larga y pantalones que cubran brazos y piernas, usar repelente de insectos (idealmen-

te uno que contenga N,N-Dietil-meta-toluamida, DEET), cerrar ventanas y puertas siempre que sea posible o utilizar persianas o telas mosquiteras”.

El programa Vector-Borne RADAR, financiado por el Departamento de Investigación e Innovación del Reino Unido y el Departamento de Medio Ambiente, Alimentación y Asuntos Rurales, se creó para comprender la aparición y transmisión de virus zoonóticos transmitidos por mosquitos en el Reino Unido. También cuenta con el apoyo del Instituto de Zoología de la Sociedad Zoológica de Londres y el British Trust for Ornithology. Parte de su investigación ha consistido en analizar muestras de mosquitos, tanto nuevas como archivadas tras su uso en investigaciones previas, para detectar la presencia de material genético del virus del Nilo Occidental. Se han analizado un total de 32.000 mosquitos a través del programa; las últimas muestras analizadas se presentaron en 2024. Otros tipos de mosquitos analizados incluyen *Culex modestus* y *Culex pipiens*, como principales vectores puente y enzoóticos.

Un hombre de 52 años fue ingresado el 6 de mayo de 2025 en el Hospital Regional de Enfermedades Infecciosas de Lípetsk, con síntomas de fiebre elevada, fotofobia, escalofríos, dolor en las articulaciones y debilidad. El paciente enfermó después de visitar la República del Congo, donde permaneció desde octubre de 2024 hasta abril de 2025.



Los médicos sospecharon que el hombre había importado malaria, lo que fue confirmado tras recibirse los resultados de las pruebas.

Gracias a un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado, la condición del paciente mejoró rápidamente. El 20 de mayo fue dado de alta del hospital, según informó la ministra de Salud de la región de Lípetsk, Anna Markova.

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](mailto:reporteepidemiologicocba@gmail.com) aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.