ISSN 2796-7050

# Reporte Epidemiológico de Córdoba

11 DE JUNIO
2025
REC 2.944

## ARGENTINA

- Situación epidemiológica de la hantavirosis

## AMÉRICA

- Bolivia: Nuevo caso de hantavirosis en Tarija
- México: Preocupa el incremento en los casos de VIH en Yucatán
- México: Aumentaron los casos de malaria a causa de la migración

## EL MUNDO

- Alemania/Austria: Brote de salmonelosis vinculado con mousse de anacardo
- Angola: Situación epidemiológica del cólera
- China: Un nuevo coronavirus recientemente descubierto está “a un paso” de infectar a los humanos
- Corea del Sur: Notable aumento de los casos de escarlatina
- España: Una jeringa contaminada contagió malaria a una mujer en un hospital de Sevilla
- Europa: El dengue y la fiebre chikungunya pronto serán endémicos en la región
- Reino Unido: Continúan los brotes de sarampión y existe riesgo de un aumento durante las vacaciones
- Sierra Leona: Situación epidemiológica de la mpox
- Un paso clave para que las enfermedades de la piel dejen de ser un problema "estético" y se conviertan en una "prioridad mundial"
- La OMS mantiene la alerta por la mpox y pide continuar con el apoyo internacional

**Comité Editorial**

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

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

**Editor en Jefe**
ÍLIDE SELENE DE LISA

**Editores adjuntos**
RUTH BRITO
ENRIQUE FARÍAS

**Editores Asociados**

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

ISSN 2796-7050

**Patrocinadores**

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

Takeda
WWW.TAKEDAPRO.COM.AR/

**Adherentes**

SLAMVI Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

GEMICOMED seimc.org

Comité Nacional de Infectología SAP

UCC

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.

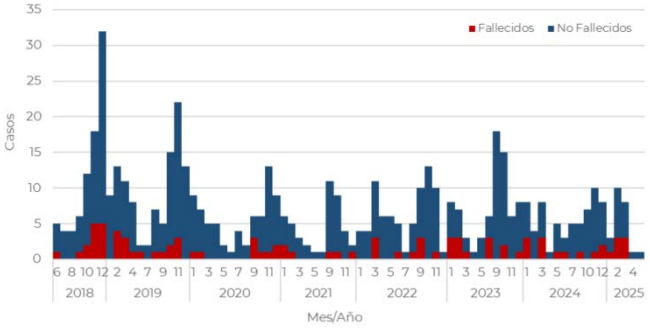
## Situación epidemiológica

La situación epidemiológica actual se caracterizó a partir de la comparación de períodos comprendidos entre la semana epidemiológica (SE) 25 de un año, y la SE 24 del siguiente, para poder contrastar el aumento de casos en períodos estivales entre sí. Esto se interpreta a partir de la curva histórica de casos, donde se observa que 90% de los casos se concentran entre los meses de septiembre a abril (SE 34 a SE 20), con una concentración de 50% entre los meses de noviembre y enero (SE 39 a SE 2). Este patrón se repite en las tres regiones que concentran la mayor parte de las notificaciones (Noroeste Argentino, Sur y Centro), aunque en la región Noroeste Argentino (NOA) el aumento de casos comienza con una leve antelación.

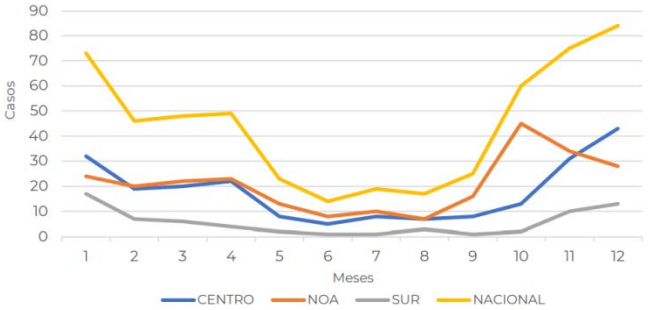
El periodo en estudio incluye el año con más casos confirmados (126), en coincidencia con el brote de transmisión interhumana de Epuyén, Chubut.

A nivel nacional, en el período 2024-2025 se registraron 62 casos confirmados de hantavirosis, de los cuales 12 fallecieron, representando una letalidad de 19,3%.

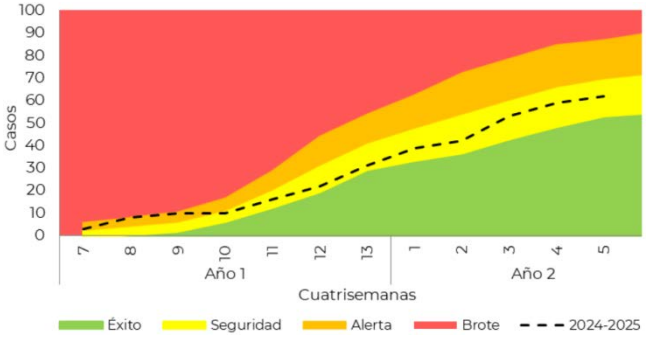
A nivel nacional, la cantidad de casos para el período 2024-2025 se encuentra dentro de los umbrales esperados, respecto de años previos.




Casos confirmados de hantavirosis, según cuatrisemana epidemiológica. Argentina. Desde cuatrisemana epidemiológica 6 de 2018 a 5 de 2025. Fuente: Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Ministerio de Salud de Argentina. (N=490).




Casos confirmados de hantavirosis, según mes. Argentina y regiones Noroeste Argentino, Sur y Centro. Desde semana epidemiológica 25 de 2018 a 21 de 2025. Fuente: Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Ministerio de Salud de Argentina. (N=533).




Corredor endémico acumulado cuatrisemanal de hantavirosis. Argentina. De semana epidemiológica 25 de 2024 a 20 de 2025, en base a datos históricos de la semana epidemiológica 25 de 2019 a 24 de 2024. Fuente: Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Ministerio de Salud de Argentina. (N=413).

## Región Centro

Para la Región Centro, la cual incluye las jurisdicciones de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos y Santa Fe, el número de casos se encuentra en el umbral de alerta para el período 2024/2025.

## Región Sur

Para la Región Sur, la cual incluye las provincias de Chubut, Neuquén y Río Negro, el número de casos se encuentra en el umbral de seguridad para el período 2024-2025.

## Región Noroeste Argentino

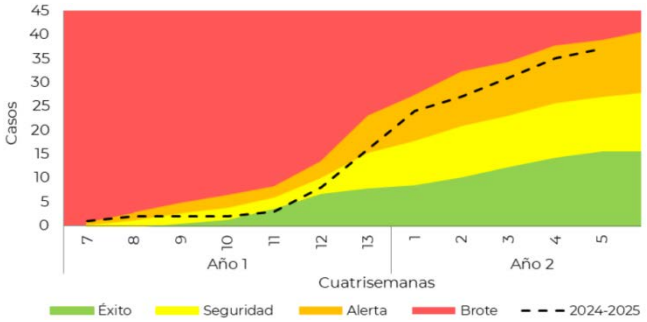
Para la Región Noroeste Argentino, en la cual se presentaron casos en las jurisdicciones de Salta, Jujuy y Tucumán, el número de casos se encuentra en el umbral de éxito para el período 2024-2025, aunque presentó un incremento inusitado en época invernal.

A diferencia de periodos anteriores la mayor proporción de casos para el período 2024/2025 se registra en la región Centro (60%), seguida por la región NOA.

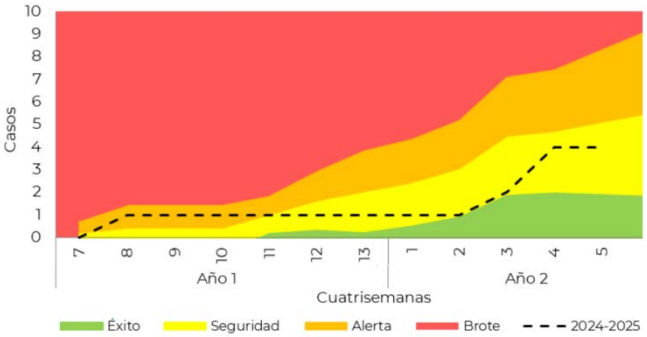
## Grupos etarios y letalidad

A nivel nacional, la mediana de edad fue de 33,5 años, concentrándose 85% de los casos (53) entre los 10 y los 49 años, contando estos grupos con las mayores tasas de incidencia acumulada cada 100.000 habitantes en el período. Si bien la mediana de edad es mayor a otros años (por ej. el periodo 2020-2021), este indicador no varía de manera significativa tomando en cuenta el período analizado. En efecto, el rango de la mediana de edad entre 2018 y 2025 se encuentra entre los 27 y los 34 años.

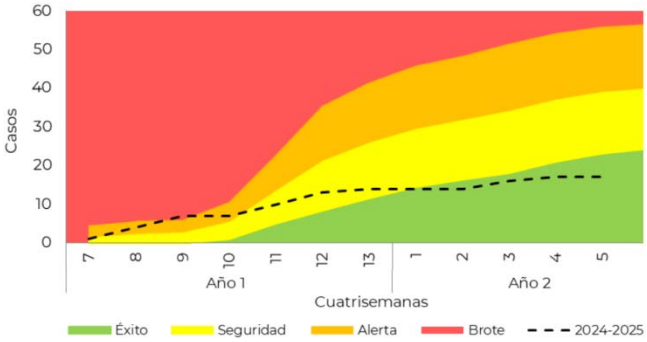
En el periodo 2024/2025 se registraron 12 casos fallecidos, con una mediana de edad de 35 (rango: 16 a 40 años), con una letalidad de 19,4% de los casos fallecidos. Este indicador se posicional levemente por encima de los años previos.




Corredor endémico acumulado cuatrisemanal de hantavirosis. Región Centro. De semana epidemiológica 25 de 2024 a 20 de 2025, en base a datos históricos de la semana epidemiológica 25 de 2019 a 24 de 2024. Fuente: Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Ministerio de Salud de Argentina. (N=174).




Corredor endémico acumulado cuatrisemanal de hantavirosis. Región Sur. De semana epidemiológica 25 de 2024 a 20 de 2025, en base a datos históricos de la semana epidemiológica 25 de 2019 a 24 de 2024. Fuente: Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Ministerio de Salud de Argentina. (N=31).

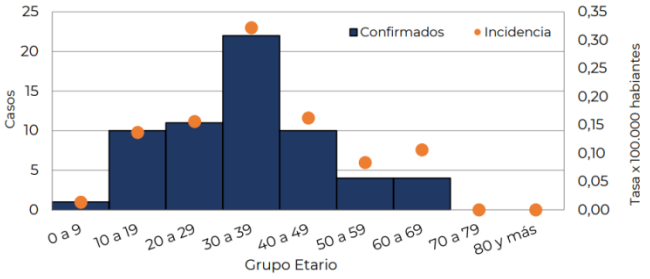



Corredor endémico acumulado cuatrisemanal de hantavirosis. Región Noroeste Argentino. De semana epidemiológica 25 de 2024 a 20 de 2025, en base a datos históricos de la semana epidemiológica 25 de 2019 a 24 de 2024. Fuente: Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Ministerio de Salud de Argentina. (N=215).

| Provincia/Región | Casos | Fallecidos | Tasa cada 100.000 hab. |
|---|---|---|---|
| Buenos Aires | 21 | 3 | 0,11 |
| Entre Ríos | 6 | 2 | 0,42 |
| Santa Fe | 10 | 1 | 0,27 |
| Centro | 37 | 6 | 0,12 |
| Chaco | 2 | – | 0,16 |
| Noreste Argentino | 2 | – | 0,05 |
| Jujuy | 5 | – | 0,62 |
| Salta | 13 | 2 | 0,87 |
| Tucumán | 1 | 1 | 0,06 |
| Noroeste Argentino | 19 | 3 | 0,32 |
| Neuquén | 1 | 1 | 0,14 |
| Río Negro | 3 | 2 | 0,38 |
| Sur | 4 | 3 | 0,13 |
| Total Argentina | 62 | 12 | 0,13 |

Casos confirmados y tasa de incidencia cada 100.000 habitantes, según jurisdicción. Argentina. De semana epidemiológica 25 de 2024 a 21 de 2025. Fuente: Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Ministerio de Salud de Argentina. (N=62)

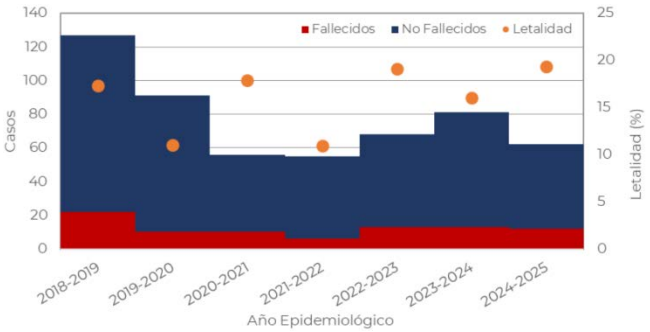
En el subgrupo de menores de 20 años, a pesar de evidenciar una letalidad global mayor que en años previos (40%), no se evidenciaron agrupamientos témporo-espaciales, y los antecedentes epidemiológicos corresponden a los reportados previamente vinculados a vivir en ámbito rural y/o realizar actividades en áreas silvestres o rurales.




Casos de hantavirosis y tasas de incidencia acumulada cada 100.000 habitantes, según grupos etarios. Argentina. De semana epidemiológica 25 de 2024 a 21 de 2025. Fuente: Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Ministerio de Salud de Argentina. (N=62).

## Conclusión

El periodo 2024/2025 presentó un incremento de casos en la Región Centro, comparando los períodos previos en la misma región. Concomitantemente, se observa una disminución de los casos en la Región NOA. A partir de esto, se puede observar un leve incremento en la letalidad global.




Casos de hantavirosis y tasas de letalidad cada 100.000 habitantes, según temporada. Argentina. De temporada 2018/2019 a 2024/2025. Fuente: Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Ministerio de Salud de Argentina. (N=54)

En el grupo etario de menores de 20 años se identificaron 10 casos con cuatro fallecidos; el análisis de los mismos no muestra condiciones asociadas a un mayor riesgo, excepto residir y/o realizar actividades en zonas rurales endémicas, por lo que se sugiere intensificar la sospecha de hantavirosis en estas zonas, principalmente entre los meses de septiembre y abril, considerándola entre los diagnósticos diferenciales de otros síndromes febriles agudos inespecíficos.

---

La hantavirosis es una zoonosis emergente causada por virus del género *Orthohantavirus*, transmitidos al ser humano principalmente por inhalación de aerosoles contaminados con secreciones de roedores silvestres. En América, la presentación clínica más frecuente es el síndrome cardiopulmonar por hantavirus (SCPH), caracterizado por un inicio abrupto de fiebre, malestar general y síntomas gastrointestinales, seguido de dificultad respiratoria e hipotensión. Esta enfermedad presenta una letalidad elevada, con variaciones regionales que oscilaron entre 10% y 32% en Argentina entre 2019 y 2024.

En el país se han identificado áreas de riesgo en cuatro regiones geográficas: Noroeste (Salta, Jujuy y Tucumán), Noreste (Misiones, Formosa y Chaco), Centro (Buenos Aires, Santa Fe y Entre Ríos) y Sur (Neuquén, Río Negro y Chubut). Aunque los casos se notifican durante todo el año, se observa una estacionalidad marcada con mayor incidencia entre los meses de octubre y mayo. La amplia distribución de los reservorios, junto con la interacción humana con hábitats silvestres, genera condiciones propicias para la aparición de casos en otras provincias fuera de las históricamente endémicas.

Además, la posibilidad de transmisión interhumana –especialmente con el virus Andes– refuerza la necesidad de una vigilancia epidemiológica robusta y sensible. En este sentido, se debe sospechar infección por hantavirus en personas que residan o se hayan desplazado a zonas donde haya circulación viral y presenten fiebre sin etiología definida, acompañada de mialgias, escalofríos, astenia, cefalea o dolor abdominal, habiendo tenido en las seis semanas previas exposición a roedores o contacto estrecho con un caso confirmado de hantavirosis por virus Andes.

En respuesta a estos desafíos sanitarios, las normas de vigilancia fueron revisadas y actualizadas con el objetivo de optimizar los criterios diagnósticos, fortalecer las estrategias de detección temprana y respuesta ante brotes, y mejorar la calidad de la información notificada al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

En Argentina, la hantavirosis es un evento de notificación obligatoria en el marco de la Ley 15.465 y la Resolución 2827/2022. La estrategia de vigilancia contempla tres componentes: vigilancia clínica universal, vigilancia por laboratorio e investigación epidemiológica. La modalidad de notificación es nominal y la periodicidad, inmediata.

El objetivo principal de la vigilancia es generar alertas tempranas ante la detección de casos y brotes, posibilitando la adopción oportuna de medidas de investigación, prevención y control. En este contexto, y tras un proceso de revisión técnica iniciado en 2023, se consolidó en mayo de 2025 la actualización de las normas para la vigilancia de las hantavirosis, formalizada mediante la circular *Actualización de normas para la vigilancia de hantavirosis - Mayo 2025*. Este proceso implicó un trabajo articulado entre los equipos jurisdiccionales y nacionales, con el objetivo de fortalecer los criterios diagnósticos, los mecanismos de notificación y las estrategias de respuesta ante casos y brotes.

Visión 360
PERIODISMO GLOBAL

*Bolivia*

## Nuevo caso de hantavirosis en Tarija

*08/06/2025*

El 7 de junio se confirmó el cuarto caso de hantavirosis en el departamento de Tarija, el que se registró en la población de Bermejo. Si bien el paciente está controlado, no se descarta que exista una proliferación del virus, ya que el pasado mes se produjo la primera muerte por esta enfermedad en el departamento.

“La hantavirosis es una patología endémica que se encuentra principalmente en el municipio de Padcaya; los síntomas principalmente son respiratorios y cuando el paciente asiste con síntomas se lo deriva al Hospital San Juan de Dios o al de Bermejo”, confirmó la responsable de epidemiología del Servicio Departamental de Salud (SEDES) de Tarija, Claudia Marcela Montenegro Narváez.

Además confirmó que actualmente son cuatro los casos confirmados de hantavirosis en Tarija y los mismos corresponden a las localidades de Padcaya y Bermejo.

“La mayoría de nuestros pacientes son adultos y son personas que se exponen altamente al riesgo, es una patología transmitida por el ratón colilargo, un roedor que solo existe en estas zonas endémicas y están en lugares donde hay caña o cítricos y las personas al cosechar o entrar a zonas de pesca se exponen al roedor”, explicó Montenegro Narváez.

Respecto de la mortalidad de esta enfermedad, la responsable de Epidemiología aseguró que disminuyó en los últimos años y que menos de la mitad de los contagiados llega a fallecer.

“Es una enfermedad que se puede cobrar la vida del paciente, pero la letalidad bajó mucho en los últimos años y actualmente de cada 10 pacientes solo mueren dos o tres”, aseguró.

En mayo, una persona de 54 años de edad perdió la vida por este virus en la ciudad de Tarija; en ese momento las autoridades sanitarias indicaron que si se presenta alguna sintomatología compatible con esta enfermedad, se la reporten a los centros de salud por prevención.

# Preocupa el incremento en los casos de VIH en Yucatán

*09/06/2025*

La Red de Personas Afectadas por VIH (REPAVIH) alertó que en Yucatán hay un incremento en el número de casos positivos de VIH, sobre todo en la población más joven del estado.

Pedro Pablo Alemán Góngora, presidente de la citada asociación, alertó que, en menos de seis meses, se han registrado en el estado 28 infectados, la misma cifra de casos positivos de VIH reportados en todo 2024.

Manifestó que inicialmente observaron una disminución de casos y lo atribuyeron a la apertura de clínicas especializadas en pruebas de VIH, "sin embargo, las cifras han repuntado y se proyectan más de 50 contagios para este 2025 frente a los 28 detectados en el último año".

Puntualizó que la mayoría de los casos detectados son personas menores de 30 años, incluidas mujeres, "lo que refleja un cambio epidemiológico respecto de años anteriores".

Alemán Góngora destacó que, antes, el VIH estaba focalizado principalmente en hombres que tienen sexo con hombres, pero ahora está generalizado, por lo que lo casos en población heterosexual son cada vez más frecuentes.

"La prevención es tarea del sistema de salud y educativo porque hace falta promover una mayor cultura de salud sexual y reproductiva en las aulas, sobre todo en las de nivel superior, pues hemos descubierto que los universitarios desconocen, por ejemplo, qué es el condón femenino y la profilaxis preexposición al VIH", comentó.

# AUMENTARON LOS CASOS DE MALARIA A CAUSA DE LA MIGRACIÓN

06/06/2025

México se encamina hacia la eliminación de la malaria, pero a causa de la migración se enfrentan desafíos. En los últimos tres años hubo un incremento de casos, sobre todo los importados. De 77 registrados en 2022, subió a 299 en 2023 y este número casi se duplicó para 2024 con 576 episodios, advierte un reporte de la Dirección General de Epidemiología (DGE) de la Secretaría de Salud.

En tanto, la transmisión local de la enfermedad aumentó seis veces entre 2023 y 2024, al pasar de 44 a 260. En Chiapas y Oaxaca se ha dado la mayor afectación. De los 260 casos confirmados el año pasado, 243 se reportaron en el primer estado y 11 en el segundo. También hubo cuatro en Campeche y dos en Chihuahua.

El informe señala que entre 2022 y 2024 también se observó un aumento en el número de municipios con casos autóctonos. Fueron nueve, de los cuales ocho corresponden a Chiapas y uno a Oaxaca.

En lo que va de 2025 ha habido enfermos en 11 municipios. De éstos, 10 son de Chiapas y uno de Oaxaca.

La malaria es causada por parásitos protozoarios del género *Plasmodium*, y los dos tipos más frecuentes son *Plasmodium falciparum* y *Plasmodium vivax*. El primero es el más letal si no se atiende a tiempo y puede provocar complicaciones graves en riñones y cerebro, e incluso ser causa de muerte, según la Organización Panamericana de la Salud.

En México, los casos autóctonos están asociados a *P. vivax*, mientras que entre los importados, de los 576 confirmados en 2024, 18 fueron causados por *P. falciparum* y uno más por otra especie menos frecuente, *P. ovale*.

En lo que va del año se han notificado 15 casos de malaria importada, de los cuales cuatro fueron por *P. falciparum*, dos en Quintana Roo, uno en la Ciudad de México y otro en Sinaloa.

La infección se transmite a través de la picadura del mosquito hembra del género *Anopheles*. Esto es lo más frecuente en el país, aunque también se puede adquirir por transfusiones sanguíneas, agujas contaminadas, trasplante de órganos o de manera vertical durante el embarazo, indicó la DGE.

El diagnóstico se realiza mediante una revisión con microscopio de una muestra de sangre, y en los sitios donde el acceso al equipo puede tardar más de 24 horas están disponibles pruebas rápidas. De cualquier manera, el resultado se debe confirmar con microscopía.

También se cuenta con el tratamiento médico para prevenir complicaciones, aseguró la DGE. En cuanto a la prevención, lo más importante es el control del mosquito. Para ello se recomienda el uso de mosquiteros impregnados con insecticidas de acción prolongada y la fumigación de interiores.

En el continente americano, sólo cuatro países están libres de la enfermedad: Paraguay, Argentina, El Salvador y Belice, mientras en 2023, de 17 naciones con transmisión autóctona de malaria, la mayoría se registró en Brasil, Venezuela y Colombia.

*Alemania/Austria*

## Brote de salmonelosis vinculado con mousse de anacardo

*05/06/2025*

El 23 de mayo de 2025, Alemania notificó un brote de infecciones por *Salmonella enterica enterica* serovariedad Infantis que afectaba a niños pequeños. Hasta el 6 de junio, el país había notificado 52 casos, incluidos 21 confirmados mediante secuenciación del genoma completo (WGS), y Austria, 13 casos confirmados mediante WGS. Los casos notificados en Alemania tienen entre 0 y 4 años, y en Austria, entre 0 y 69 años. El inicio de los síntomas varía entre el 31 de marzo y el 20 de mayo de 2025. Un gran porcentaje de las hospitalizaciones se notificó en Alemania (24 de 38; 63% de los casos con información completa). En Alemania, se entrevistaron los padres de 18 casos, y todos ellos informaron haber consumido un producto alimenticio específico: mousse de anacardos lista para el consumo. En Austria, se han entrevistado a los padres de ocho casos, y seis de ellos informaron el consumo del mismo producto alimenticio. En los dos casos restantes, en los que no se informó de ningún consumo relevante durante la entrevista, los casos pertenecen a la misma familia.

Chequia, Dinamarca, Eslovenia, Estonia, Finlandia, Francia, Irlanda, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido y Suecia no han notificado casos relacionados hasta el 4 de junio de 2025.

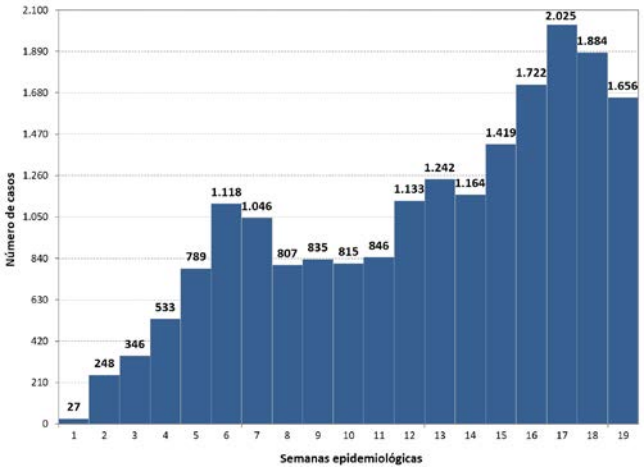
### Evaluación del ECDC

Se trata de un brote multinacional de *Salmonella* Infantis con 65 casos (incluidos 34 casos confirmados mediante WGS), principalmente en niños pequeños de 0 a 4 años. Los síntomas comenzaron entre el 31 de marzo y el 20 de mayo de 2025.

Las entrevistas con padres de Alemania y Austria indicaron la presencia de un producto alimenticio de mousse de anacardo, listo para el consumo y con una larga vida útil. El producto se distribuyó a Alemania, Austria, Bosnia y Herzegovina, Chequia, Croacia, Eslovaquia, Eslovenia, Hungría e Italia. Para proteger a los consumidores y como medida preventiva, en mayo de 2025 se retiró el producto alimenticio del mercado. Las autoridades de seguridad alimentaria de los países afectados por la distribución informaron sobre la implementación de medidas oficiales de control, incluyendo la emisión de advertencias públicas.

Dada su larga vida útil, aún podría existir la posibilidad de que el producto alimenticio se encuentre en los hogares de los consumidores si no se ha devuelto a las tiendas o se ha desechado después del retiro. Por lo tanto, es posible que se presenten casos adicionales de infección por *Salmonella* Infantis asociados al consumo de este producto alimenticio. Se solicitó a los países que actualicen la información en EpiPulse si se detectan casos relacionados.

El brote de cólera en Angola continúa evolucionando, con una disminución significativa en el número de casos nuevos. Desde el 20 de abril de 2025, se han notificado 5.294 casos nuevos y 97 fallecimientos. Durante la semana epidemiológica (SE) 19, se notificaron 1.656 casos, con 27 fallecimientos (tasa de letalidad de 1,3%) en 18 de las 21 provincias. Esto representa una disminución de 12,0% y 21,0% en los casos nuevos en comparación con la SE 18, con 1.884 casos nuevos y 33 fallecimientos notificados, respectivamente. Se notificaron nuevos casos en las provincias de Benguela (76 casos), Cuanza Sul (121), Cuanza Norte (79), Luanda (66) y Huila (52), que en conjunto representan 76,2% de los casos notificados durante la SE 19. La mayoría de las muertes en la SE 19 se notificaron en Bengo (5), Benguela (5), Huila (3) y Luanda (6), lo que representa 73,0% del total de muertes notificadas.



Casos de cólera, según semana epidemiológica. Angola. Año 2025, hasta semana epidemiológica 19. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Del 5 de enero al 11 de mayo de 2025, se notificó en Angola un total acumulado de 19.384 casos de cólera y 602 muertes (tasa de letalidad de 3,1%). Del total de muertes, 220 (37,0%) ocurrieron en la comunidad y 382 (63,0%) en centros de salud. Los hombres siguen siendo los más afectados, con 10.486 casos (54,0%) y 373 muertes (62,0%).

Las seis provincias más afectadas son Luanda (6.240 casos; 207 muertes), Benguela (4.289 casos; 104 muertes), Bengo (2.990 casos; 118 muertes), Cuanza Norte (2.009 casos; 65 muertes), Icolo e Bengo (1.142 casos; 30 muertes) y Malanje (1.005 casos; 29 muertes). Estas seis provincias representan aproximadamente 90,3 % del total de 19.384 casos notificados y 91,7% de todas las muertes hasta el 11 de mayo de 2025.

El brote se detectó inicialmente en el municipio de Cacuaco, un suburbio densamente poblado de Luanda con más de 1,2 millones de habitantes, y posteriormente se extendió a 18 de las 21 provincias de Angola. Si bien Luanda sigue siendo un foco importante de contagios, el número de casos semanales disminuyó en comparación con el pico de más de 500 casos a fines de febrero. Sin embargo, en las últimas SE, Benguela, Cuanza Sul, Luanda y Namibe han emergido como nuevas zonas de preocupación, reportando en conjunto el mayor número de casos nuevos durante la SE 19.

## Acciones de salud pública

- El Ministerio de Salud de Angola continúa coordinando las actividades de respuesta (vigilancia, gestión de casos, servicios de laboratorio, comunicación de riesgos y participación comunitaria, vacunación, logística y suministros, así como agua, saneamiento, higiene, prevención y control de infecciones) a nivel nacional y provincial, con el apoyo técnico y operativo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus socios sanitarios.

- La vigilancia de laboratorio se mantiene activa, con muestras de heces de casos sospechosos en análisis en el Instituto Nacional de Salud. Muestras recientes incluyen una de Calumbo (Icolo e Bengo) y otra de Uíge, lo que pone de relieve la necesidad de continuar los esfuerzos para confirmar la presencia de *Vibrio cholerae* y monitorear la transmisión en áreas nuevas y existentes.
- La gestión de casos continúa como intervención prioritaria, con atención clínica brindada en múltiples centros de tratamiento. Al 10 de mayo de 2025, varias provincias, entre ellas Benguela, Luanda, Cuanza Sul y Namibe, gestionaban el mayor número de casos semanales.
- El Ministerio de Salud, a través de la Dirección Nacional de Salud Pública, continúa fortaleciendo la vigilancia epidemiológica y los informes diarios, incluyendo datos desglosados por sexo, edad y ubicación, para apoyar la toma de decisiones informada y facilitar estrategias de contención rápida en zonas recientemente afectadas o con rebrotes.
- Se está utilizando el mapeo geoespacial de casos acumulados y semanales para monitorear las tendencias y dirigir la logística.
- Las provincias más afectadas, Benguela, Luanda, Cuanza Sul y Namibe, han sido identificadas como focos de transmisión, y se están movilizando recursos para intervenciones de agua, saneamiento e higiene, clínicas y comunitarias.

## Interpretación de la situación

A principios de mayo de 2025 se observó una disminución notable en la transmisión del cólera, lo que representa una disminución de 12% en comparación con la SE anterior. Esto contrasta con SE anteriores de 2025, cuando varias provincias experimentaron picos de alta transmisión. La curva epidémica refleja ahora una menor intensidad de transmisión, lo que sugiere una posible transición hacia una fase más controlada del brote. Sin embargo, la persistencia de focos de contagio, en particular en Benguela, Luanda, Cuanza Sul y Namibe, subraya la necesidad de intervenciones sostenidas de salud pública. Las prioridades clave incluyen fortalecer la gestión de casos, ampliar el acceso a servicios de agua, saneamiento e higiene, así como la participación comunitaria específica en las zonas afectadas. El despliegue de vacunas orales contra el cólera en comunidades de alto riesgo, junto con la vigilancia continua y la notificación de datos en tiempo real, sigue siendo fundamental para prevenir el resurgimiento y lograr la contención total.

Un nuevo coronavirus descubierto en China está a un paso de mutar y provocar otra pandemia a nivel global, advirtieron los expertos.

Trabajadores preparan alimentos en un mercado de Wuhan, China.

Los científicos creen que la variante, denominada HKU5-CoV-2, podría infectar a una mayor variedad de animales que el SARS-CoV-2 –que causó millones de muertes– y podría tener más potencial para contagiarse entre especies.

Investigadores estadounidenses temen que el HKU5-CoV-2, descubierto en China en febrero, pueda infectar también a los humanos y causar un brote generalizado.

El nuevo estudio se centra en un grupo menos conocido de coronavirus, los merbecovirus, entre los que se incluyen el HKU5 y el MERS-CoV, responsable del fatal síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS).

El trabajo analizó cómo interactúa el nuevo patógeno con las células humanas, y descubrió que una pequeña modificación en la proteína de la espiga del virus le permitiría adherirse a las células humanas ACE2 en la garganta, la boca y la nariz.

El HKU5-CoV-2 puede infectar y replicarse en el interior de las células humanas, tanto en las vías respiratorias como en el intestino.

Según la Organización Mundial de la Salud, alrededor de 35% de las personas infectadas por el MERS-CoV mueren. Desde 2012, unos 27 países han notificado casos, lo que ha provocado 858 muertes conocidas debido a la infección, que se propaga a través de los dromedarios (*Camelus dromedarius*).

Pero cuando se descubrió el HKU5-CoV-2 en febrero, los científicos advirtieron contra la exageración de los riesgos porque no ingresa en las células humanas tan fácilmente como el SARS-CoV-2, causante de la covid.

HKU5-CoV-2 fue detectado por primera vez en murciélagos por científicos del laboratorio chino donde algunos afirman que se originó el SARS-CoV-2 en 2019.

El estudio también reveló que el HKU5-CoV-2 pueden estar solo a un pequeño paso de poder extenderse a los humanos.

Cuando apareció el SARS-CoV-2, se culpó a los mercados abiertos de China, donde se mantienen enjauladas diferentes razas de animales salvajes y a menudo se sacrifican cerca de otros animales. La carne se vende en los puestos al aire libre.

Los críticos afirmaron que los mercados eran el caldo de cultivo perfecto para la aparición de nuevas enfermedades zoonóticas, es decir, aquellas que se transmiten a los humanos.

Los científicos, que estudiaron cómo interactúa el nuevo patógeno con las células humanas, creen que el virus tendría que ser portador de ciertas mutaciones para poder infectar a los humanos.

Pero el HKU5-CoV-2 está estrechamente relacionados con el MERS-CoV, por lo que es preocupante que llegue a infectar a los humanos. Aunque aún no hay pruebas de que haya infectado personas, el potencial está ahí y eso hace que merezca la pena vigilarlo.

질병관리청

# NOTABLE AUMENTO DE LOS CASOS DE ESCARLATINA

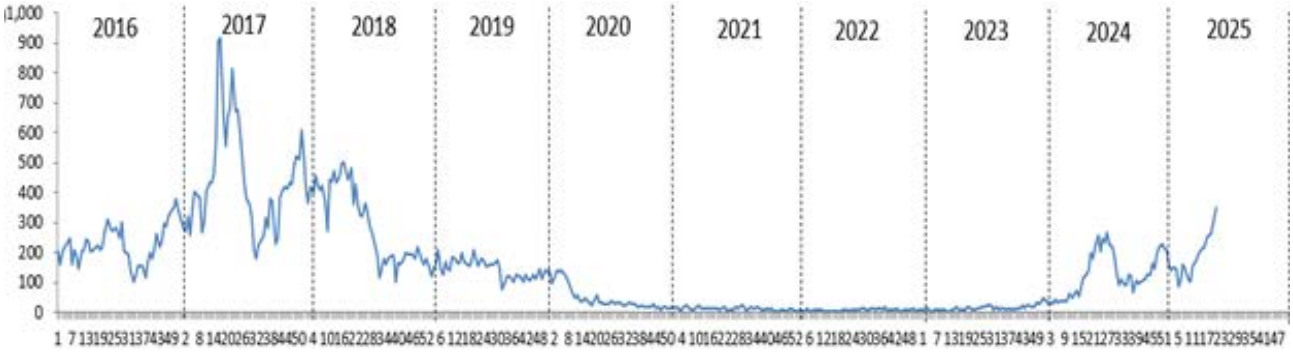
04/06/2025

La Agencia de Control y Prevención de Enfermedades de Corea del Sur (KDCA) solicitó a la población seguir las pautas de prevención de la escarlatina, como el lavado de manos y el protocolo al toser, dado que el número de casos reportados de esta enfermedad se multiplicó por 2,5 hasta fines de mayo, en comparación con el mismo período del año anterior: se notificaron 3.809 casos en 2025, y 1.506 casos en el mismo período del año pasado.

En particular, la agencia hizo hincapié en la prevención y el manejo en centros de cuidado infantil como guarderías, jardines de infantes y escuelas, debido a la posibilidad de brotes. El 86,8% de los casos son menores de 10 años.

La escarlatina es una enfermedad febril aguda causada por *Streptococcus pyogenes*. Comienza con fiebre repentina, dolor de cabeza, vómitos, dolor abdominal y dolor de garganta, y se caracteriza por una erupción cutánea típica que aparece entre 12 y 48 horas después. Suele presentarse principalmente en niños durante el invierno y la primavera, y más de 80% de los pacientes son menores de 10 años.

El último período con un número importante de casos fue 2017, con 22.838 casos. Se sabe que las epidemias a gran escala suelen repetirse cada 3 o 4 años, pero las medidas de distanciamiento físico implementadas durante la pandemia de covid podrían haber interrumpido este ciclo epidémico, lo que podría explicar el aumento actual.




Casos notificados de escarlatina, según semana epidemiológica. Corea del Sur. De semana epidemiológica 1 de 2016 a 20 de 2025.

La Agencia para el Control y la Prevención de Enfermedades de Corea del Sur enfatizó la prevención y el manejo al mismo tiempo que brindó orientación a los gobiernos locales y las instituciones médicas de primera línea con respecto a las precauciones ante el aumento de casos de escarlatina, y planea monitorear continuamente la situación y las características del brote.

Se solicitó que las instalaciones para niños, como jardines de infantes, guarderías y escuelas, sigan las pautas de prevención de infecciones, como el lavado de manos y el protocolo al toser para prevenir la escarlatina, y que se desinfecten regularmente las superficies que se tocan con frecuencia.

Se pidió a los padres que procuren atención médica lo antes posible si los niños presentan síntomas sospechosos de escarlatina –fiebre repentina, dolor de cabeza, vómitos, dolor abdominal, dolor de garganta, sarpullido después de 12-48 horas, etc. –, y se abstengan de enviar a sus hijos a instalaciones grupales durante al menos 24 horas después de comenzar el tratamiento con antibióticos en caso de recibir el diagnóstico de escarlatina.

# UNA JERINGA CONTAMINADA CONTAGIÓ MALARIA A UNA MUJER EN UN HOSPITAL DE SEVILLA

10/06/2025

Un hospital de Sevilla confirmó el primer caso en España de malaria transmitida dentro de un centro sanitario a través de material médico reutilizado. El contagio, ocurrido en 2024, fue rastreado y confirmado mediante análisis genéticos, lo que permitió identificar el mecanismo exacto de transmisión. El estudio describe el contagio de una mujer de 60 años que pone en duda los protocolos de seguridad de los hospitales españoles.

Jeringa cubierta con un escudo de plomo utilizado durante la transmisión nosocomial de malaria por *Plasmodium falciparum*, España, 2024.

La malaria, una enfermedad infecciosa causada por parásitos del género *Plasmodium* y transmitida habitualmente por la picadura de mosquitos *Anopheles*, se considera erradicada en España desde 1964. El país registró desde entonces dos casos de malaria considerados autóctonos, con centenares de contagios importados cada año. En 2024, se registraron 600 casos de malaria en el país.

Ese mismo año, una mujer de 60 años residente en Gilena (Andalucía) acudió a urgencias con fiebre alta, malestar general, sudores nocturnos y dolores articulares. Los análisis revelaron una infección por *Plasmodium falciparum*, la forma más grave de malaria, con un índice de parásitos en sangre de 7%. La paciente no había viajado al extranjero, ni recibido transfusiones, ni trasplantes, ni visitado aeropuertos, lo que descartaba las vías habituales de contagio en países no endémicos.

La investigación epidemiológica se centró en un procedimiento médico realizado 15 días antes: una gammagrafía tiroidea con yodo radiactivo. El paciente atendido justo antes que ella, originario de Guinea Ecuatorial, resultó ser portador asintomático de malaria. Aunque no presentaba síntomas ni había viajado recientemente a su país, las pruebas confirmaron la presencia del parásito en su sangre.

El análisis genético de los parásitos aislados en ambos pacientes mostró una coincidencia casi total en los genes PfMSP-1 y PfMSP-2, lo que confirmó la transmisión directa. Los fragmentos detectados en el caso índice también estaban presentes en el caso fuente, lo que aporta una de las primeras pruebas genómicas de transmisión nosocomial de malaria en Europa.

El mecanismo de contagio fue inusual: aunque las jeringas y agujas se descartaron tras cada uso, el protector de plomo reutilizable que cubría la jeringa no fue desinfectado adecuadamente. Al colocar una nueva jeringa en el mismo protector, restos de sangre infectada permitieron el paso del parásito de un paciente a otro. La contaminación de la nueva jeringa con sangre del paciente anterior al introducirla en la funda insuficientemente limpia fue el mecanismo más probable de transmisión.

En Europa, la malaria autóctona es extremadamente rara. En 2022, solo se confirmaron 14 casos de malaria por *Plasmodium falciparum* adquiridos localmente, la mayoría relacionados con aeropuertos o sin causa identificada. En España, los casos importados rondan los 600

anuales, pero la transmisión dentro de hospitales es excepcional y, hasta ahora, nunca se había documentado con pruebas genéticas tan concluyentes.

Ante este descubrimiento, el hospital modificó sus procedimientos: ahora cada protector de plomo se utiliza solo una vez al día y se esteriliza en autoclave antes de volver a usarse. La investigación recomienda que la malaria se incluya en el diagnóstico diferencial de pacientes con fiebre y trombocitopenia inexplicada, incluso en países donde la enfermedad no es endémica.

La importancia de este estudio radica no solo en la identificación de un nuevo mecanismo de transmisión de la malaria, sino también en la posibilidad de aplicar estos descubrimientos a la prevención de infecciones nosocomiales en otros contextos.

La transmisión nosocomial de la malaria es un fenómeno extremadamente raro y, en la mayoría de los casos, difícil de identificar, por lo que este hallazgo representa un avance significativo en el control de las infecciones dentro de los hospitales.

Este caso destaca los complejos desafíos a los que se enfrentan los profesionales de la salud en la prevención de enfermedades, incluso en contextos donde las expectativas son bajas en cuanto a la aparición de infecciones como la malaria. A partir de este descubrimiento, se espera que los protocolos de seguridad sean más rigurosos y que la comunidad médica continúe mejorando las prácticas para salvaguardar la salud de los pacientes.

El dengue y la fiebre chikungunya podrían convertirse pronto en enfermedades infecciosas endémicas en Europa, ya que el mosquito *Aedes albopictus*, que transmite estos virus, se están extendiendo más al norte debido al calentamiento global, según una reciente investigación.

Aproximadamente la mitad de la población mundial ya corre el riesgo de contraer estas dos enfermedades, que antes se limitaban principalmente a las regiones tropicales, y que causan fiebre y, en casos excepcionales, la muerte.

El clima se está tornando cada vez más favorable para que los mosquitos transmisores de estas enfermedades prosperen y se desarrollen y, si portan la enfermedad, hacen que las personas se infecten.

Ciertas áreas del planeta que antes eran muy frías ahora son más cálidas y húmedas, lo que crea las condiciones para que los mosquitos vivan, aumentando así el riesgo de transmisión, así como de un aumento de la morbilidad y mortalidad, ya que –con excepción de la malaria– se trata de enfermedades para las que no hay tratamiento.

## Un estado endémico

El nuevo estudio analizó el impacto que han tenido una serie de factores, entre ellos el clima, en la propagación de las dos enfermedades en Europa durante los últimos 35 años.

Según la investigación, la frecuencia y la gravedad de los brotes han aumentado desde 2010 a medida que han subido las temperaturas. Sin embargo, en 2024, el año más caluroso jamás registrado, se detectaron poco más de 300 casos de dengue en la Unión Europea, frente a los 275 de los 15 años anteriores. Los brotes de dengue han afectado ahora a Italia, Croacia, Francia y España.

Los hallazgos ponen de relieve que la Unión Europea está pasando de brotes esporádicos de enfermedades transmitidas por el mosquito a un estado endémico.

Cuanto más suben las temperaturas, mayor es el riesgo de brotes de enfermedades causadas por los mosquitos: en el peor de los casos, los brotes de ambas enfermedades podrían multiplicarse por cinco para 2060, según las previsiones.

## La OMS actúa

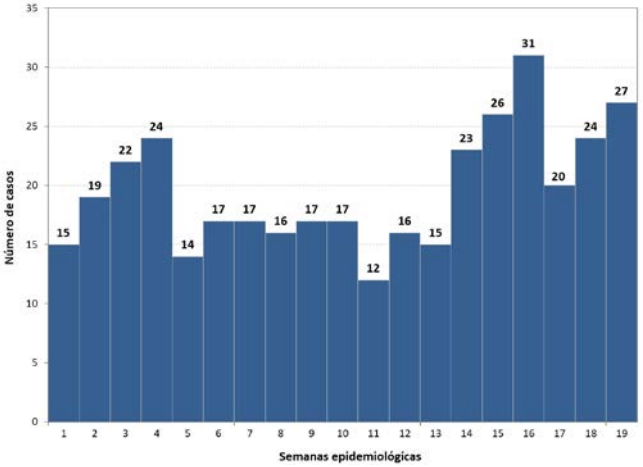
Reconocida esta situación, la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó un plan de acción global en el que se asume el compromiso de promover la investigación y desarrollo en torno a las enfermedades sensibles al cambio climático.

El plan también plantea que habrá un acceso equitativo a productos para evitar que se repita la situación vivida durante la pandemia de covid, en que unos pocos países ricos acapararon vacunas en detrimento del resto con menos recursos.

# CONTINÚAN LOS BROTES DE SARAMPIÓN Y EXISTE RIESGO DE UN AUMENTO DURANTE LAS VACACIONES

05/06/2025

La Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKHSA) publicó su actualización mensual sobre los casos de sarampión en Inglaterra, que muestra que los brotes continúan, con 109 casos confirmados en abril y 86 en lo que va de mayo. Los casos se han dado predominantemente en niños no vacunados de 10 años o menos, con brotes en curso en varias regiones, y Londres ha reportado casi la mitad de todos los casos en las últimas cuatro semanas.




Casos confirmados de sarampión, según semana epidemiológica. Inglaterra. Año 2025, hasta semana epidemiológica 19. Fuente: Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido.

También ha habido un aumento global de casos de sarampión, incluida Europa, durante el último año y la UKHSA advirtió que, con los viajes de vacaciones o para visitar a la familia este verano, existe el riesgo de que esto provoque otro aumento de casos de sarampión en Inglaterra.

El último informe epidemiológico indica que:

- Desde el 1 de enero se han notificado 420 casos de sarampión confirmados por laboratorio en Inglaterra.
- Se registraron 109 casos de sarampión confirmados por laboratorio en abril y, hasta la fecha, 86 en mayo (los retrasos en los informes de datos afectan las últimas cuatro semanas y, por lo tanto, es probable que estas cifras sean una subestimación).
- La mayoría de estos casos (276 de 420; 66%) afectaron a niños de 10 años o menos, pero también se están notificando casos en jóvenes y adultos.
- Londres registró el mayor número de casos en general este año (162 de 420; 39%) y en las últimas cuatro semanas (35 de 75, 47%).
- Varias otras regiones también están informando brotes: el 25% (19 de 75) de los casos se registraron en North West y 11% (8 de 75) en West Midlands en las últimas cuatro semanas.

Desde la introducción de la vacuna contra el sarampión en 1968, se han evitado al menos 20 millones de casos de sarampión y 4.500 muertes en el Reino Unido.

Sin embargo, el sarampión sigue siendo endémico en muchos países del mundo y, con la disminución en la aceptación de la vacuna triple viral observada en la última década, exacerbada por la pandemia de covid, también se han registrado grandes brotes de sarampión en Europa y otros países.

Un análisis de la Oficina para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), reportó 127.350 casos de sarampión en la Región Europea para 2024, el doble de los casos reportados para 2023 y el número más alto desde 1997.

Este año se han observado brotes en varios otros países europeos, incluidos Francia, Italia, España y Alemania, y la OMS informó recientemente que Rumania, Pakistán, India, Tailandia, Indonesia y Nigeria tienen actualmente uno de los mayores números de casos de sarampión en todo el mundo.

En Inglaterra, la disminución de la aplicación de las vacunas infantiles, incluida la triple viral, en la última década (muy por debajo del objetivo del 95% de la OMS ) significa que muchos miles de niños quedan desprotegidos y corren el riesgo de que se produzcan brotes en guarderías y escuelas.

Londres tiene las tasas de aceptación de la vacuna triple viral más bajas en comparación con otras regiones inglesas (la aceptación de segunda dosis de la vacuna triple viral a los 5 años es solo de 73,3% en Londres, en comparación con el promedio inglés de 83,9%).

Entre el otoño de 2023 y el verano de 2024, Inglaterra experimentó el mayor brote de sarampión desde 2012, que afectó especialmente a niños pequeños. Desde el pico del año pasado, los casos han disminuido, pero persisten los brotes locales.

El sarampión es una de las enfermedades más infecciosas y se propaga rápidamente entre quienes no están vacunados. La UKHSA teme que se produzcan nuevos brotes a mayor escala este verano, ya que las familias con niños y adultos no vacunados viajan a países donde hay brotes.

Es importante que cualquier persona que viaje de vacaciones de verano o visite a familiares, especialmente los padres de niños pequeños, compruebe que todos los miembros de su familia hayan recibido ambas dosis de la vacuna triple viral.

Vacunarse significa también ayudar a proteger a otras personas que no pueden recibir la vacuna, incluidos los bebés menores de 1 año y las personas con sistemas inmunitarios debilitados, que corren un mayor riesgo de sufrir enfermedades graves y complicaciones a causa del sarampión.

Es fundamental que todos, especialmente los padres de niños pequeños, comprueben que todos los miembros de la familia tengan al día sus dos dosis de la vacuna triple viral, sobre todo si viajan este verano de vacaciones o visitan a familiares. Los casos de sarampión están aumentando de nuevo en Inglaterra y se están produciendo brotes en Europa y en muchos países con vínculos estrechos con el Reino Unido.

El año pasado se administraron decenas de miles de dosis adicionales de la vacuna triple viral tras las medidas que tomó el Servicio Nacional de Salud (NHS) para proteger a los niños contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola, y el reciente aumento de casos observado en Inglaterra y Europa debería servir como un recordatorio importante para garantizar que los niños estén protegidos.

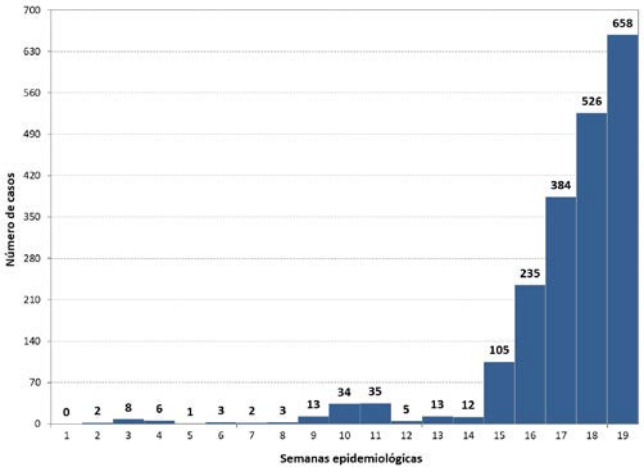
Demasiados bebés y niños pequeños aún no están protegidos contra estas enfermedades, a pesar de que la vacuna triple viral es gratuita como parte del programa de vacunación rutinaria del NHS, el que animó a todos los padres a que respondan a las invitaciones o revisen la cartilla de vacunación si creen que se han saltado la vacunación de sus hijos.

La primera dosis de la triple viral se ofrece a los bebés cuando cumplen un año y la segunda dosis a los niños en edad preescolar cuando tienen alrededor de 3 años y 4 meses.

Alrededor de 99% de quienes reciben dos dosis estarán protegidos contra el sarampión y la rubéola. Si bien la protección contra la parotiditis es ligeramente menor, los casos en personas vacunadas son mucho menos graves.

Desde el 20 de abril de 2025, se reportaron 1.199 casos de mpox, incluidos cinco fallecimientos, en Sierra Leona. En la semana epidemiológica (SE) 19, el país Leona registró 658 casos nuevos, con un fallecimiento, lo que representa un aumento de 25,0% en el número de casos nuevos en comparación con la SE anterior.

Del 11 de enero al 11 de mayo de 2025, Sierra Leona reportó 2.045 casos confirmados de mpox con 11 fallecimientos (tasa de letalidad de 0,5%) en sus 16 distritos.




Casos de mpox, según semana epidemiológica. Sierra Leona. Año 2025, hasta semana epidemiológica 19. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

El brote se mantiene altamente concentrado en los distritos de la capital Western Area Urban (1.353 casos) y Western Area Rural (431), representando 87,0% de todas las infecciones reportadas. Los casos restantes se reportaron en los distritos de Bombali (87 casos), Port Loko (43), Kenema (28), Kono (23), Bo (19), Koinadugu (18), Tonkolili (11), Bonthe (7), Kailahun (6), Kambia (6), Karene (4), Pujehun (4), Moyamba (3) y Falaba (2). Todas las muertes se reportaron en Western Area Urban.

De los casos reportados, los hombres representan 1.084 casos (53,0%). Entre los casos confirmados se encuentran 15 mujeres embarazadas y cuatro trabajadores de la salud. La edad de los afectados oscila entre los 0 y los 52 años, con una media de 21 años.

Al 11 de mayo de 2025, un total de 1.641 casos permanecían activos y recibían atención clínica. La mayoría de los más de 1.000 pacientes recibían atención domiciliaria. Cabe destacar que 33.041 personas habían sido vacunadas, de las cuales 54,0% eran profesionales sanitarios. El 7% de los casos se presentaron en personas con VIH, un grupo de alto riesgo observado en otros países africanos durante el brote.

Sierra Leona es uno de los 10 países que han recibido suministros de vacunas con el apoyo de socios como la Alianza para las Vacunas (GAVI), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y los Centros Africanos para el Control y la Prevención de Enfermedades (África CDC). Sin embargo, con una población de 8 millones de personas y poco más de 61.000 dosis de la vacuna disponibles, se priorizará a las personas con mayor riesgo.

## Acciones de salud pública

- La Agencia Nacional de Salud Pública de Sierra Leona continúa liderando la respuesta al brote de mpox en el país con el apoyo técnico de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus socios sanitarios. Se elaboró un Plan Nacional de Acción ante Incidentes para dirigir la respuesta al mpox.
- Se han instalado estructuras de coordinación a nivel subnacional para apoyar la respuesta operativa en los distritos afectados. Los equipos de respuesta rápida desplegados en estos distritos continúan realizando actividades de respuesta.

- Las actividades de vigilancia continúan, con médicos y oficiales de vigilancia detectando y notificando casos en todo el país diariamente. En los distritos más afectados, Western Area Urban y Western Area Rural, se llevó a cabo una operación de vigilancia intensificada denominada “Operación Encontrarlos a Todos”, que aún no se ha implementado en los seis distritos afectados restantes.
- Las actividades de rastreo de contactos continúan. Desde el inicio del brote, se han identificado y monitoreado 2.447 contactos de casos confirmados. Al 11 de mayo de 2025, 1.551 contactos se encontraban en seguimiento activo.
- Las pruebas de laboratorio para la confirmación de la mpox continúan en los laboratorios de salud pública, incluyendo el Hospital Militar 34, el Laboratorio Central de Referencia de Salud Pública y el Laboratorio Jui P3. Se están recolectando muestras para la secuenciación genómica como parte de la vigilancia de la cepa viral en circulación.
- La OMS y sus socios en materia de salud, incluyendo la GAVI, el UNICEF y los África CDC, apoyan la vacunación continua del personal sanitario y sus contactos de 12 años o más en la Western Area Urban. Las actividades de vacunación comenzaron y, al 11 de mayo de 2025, se había vacunado a un total de 33.041 personas, de las cuales 17.842 (54,0%) eran personal sanitario.
- La gestión clínica de los casos continúa en todo el país. Algunos ingresan en salas de aislamiento en centros de salud, mientras que otros reciben atención domiciliaria. La OMS adquirió kits de tratamiento y proporciona asesoramiento técnico a médicos y otros profesionales sanitarios, apoyando la elaboración de directrices para la gestión de casos.
- Se ha activado un programa de mentoría para la prevención y el control de infecciones por la mpox para el personal sanitario en 18 centros de salud del distrito Western Area Urban.
- También se están llevando a cabo actividades para concienciar a la comunidad y combatir la desinformación a través de la radio y la difusión comunitaria en los distritos Western Area Urban y Western Area Rural. Se están implementando actividades de monitoreo de medios y escucha social para rastrear rumores e infodemias.

## Interpretación de la situación

Las autoridades sanitarias de Sierra Leona expresaron su preocupación por el agravamiento de la situación, así como por la gravedad de los casos, especialmente en personas con VIH. Debido a la transmisión comunitaria sostenida, el brote se ha extendido a todos los distritos. El retraso en la detección de casos, la baja vacunación, la vigilancia deficiente, junto con la secuenciación genómica limitada y el monitoreo inadecuado de la atención domiciliaria, aumentan la probabilidad de riesgo de transmisión. Además, existe un retraso en la participación comunitaria en un contexto de estigma y desinformación, lo que subraya la urgente necesidad de una respuesta descentralizada, una mejor comunicación y sistemas de vigilancia más sólidos.

EL PAÍS

# Un paso clave para que las enfermedades de la piel dejen de ser un problema "estético" y se conviertan en una "prioridad mundial"

31/05/2025

Pacientes hospitalizados en el Centro de Detección y Tratamiento de la Úlcera de Buruli en Lalo, Benín.

Cuando Patrick Davies recibió una llamada del centro de salud de su comunidad, en una zona rural de Ghana, sabía lo que le esperaba: un paciente con una afección dermatológica que el personal sanitario no sabe identificar. No es médico ni enfermero, pero lidera una pequeña organización local, la Fundación Gate, con sede en Ankaful (Cape Coast, Ghana), que trabaja para mejorar la vida de personas que padecen enfermedades tropicales desatendidas de la piel, como la lepra o la úlcera de Buruli, que si no se tratan pueden llegar a causar una gran discapacidad. "Me llaman porque no hay nadie más, ni médicos formados ni medios para diagnosticar, así que solo cuentan con mi experiencia de años en el terreno", explicó Davies.

Casos como el que relata evidencian la escasa atención que hasta ahora ha recibido a nivel mundial el órgano más grande del cuerpo humano, pese a que las enfermedades cutáneas afectan, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), a un tercio de la humanidad en algún momento de su vida y constituyen "la séptima causa de discapacidad". Sin embargo, Côte d'Ivoire, con el apoyo de otros países del sur global y de instituciones como la Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes Dermatológicos (GlobalSkin) o la española Fundación Anesvad, lograron la semana pasada, tras años de lucha, que la Asamblea Mundial de la Salud aprobara una resolución que reconoce por primera vez las enfermedades dermatológicas como un problema sanitario global.

El texto, aprobado por unanimidad, insta a los países a integrar la salud cutánea en sus estrategias de cobertura sanitaria universal, a formar a sus equipos de atención primaria y a mejorar el acceso a tratamientos y diagnósticos, especialmente en zonas rurales y con pocos recursos. Aunque es un primer paso y todavía los sistemas sanitarios nacionales deben desarrollar políticas para implementar la resolución, la medida, coinciden los expertos, abre un nuevo camino para que las afecciones de la piel no sean vistas solo como una cuestión estética sino como una "prioridad mundial de salud pública".

"La resolución es muy importante porque las enfermedades de la piel suponen una enorme carga para los sistemas sanitarios y, sin embargo, pasan relativamente desapercibidas porque se subestiman las cifras", explicó Jennifer Austin, directora de GlobalSkin. Los números, según Austin, son demoledores: "Hay 4.690 millones de nuevos casos al año de enfermedades cutáneas y es una de las 10 razones principales por las que la gente busca ayuda sanitaria", aseguró, en alusión a los datos del *Estudio sobre la Carga Global de Enfermedad*, de la Universidad de Washington, publicado en 2024. Pese a ello, en África subsahariana, por ejemplo, "hay menos de un dermatólogo cada millón de habitantes".

Para Antoine Gliksohn, albino y director ejecutivo de la Alianza Global contra el Albinismo, “la resolución envía el mensaje de que las afecciones dermatológicas deben tomarse en serio, que no son una cuestión cosmética, sino que afectan a la salud física y mental”, valoró. Según recordó, “las enfermedades cutáneas están entre las primeras causas de discapacidad”. “Cuando tienes una enfermedad de la piel, la carga puede ser enorme y afectar a tu vida diaria, a tu familia, a tu trabajo, a tus estudios Pero a los pacientes muchas veces se les ha dicho hasta ahora que es solo piel y que no es para tanto”, añadió.

Sala de curas en un centro de salud especializado en el tratamiento de la úlcera de Buruli, cerca de Yamusukro, en Côte d’Ivoire.

## Inequidad y discriminación

Las enfermedades de la piel no solo causan discapacidad, sino que en los casos más graves “pueden llegar a matarte si no se tratan”, apuntó Davies. El activista recordó con amargura el caso de una mujer de 52 años, de una comunidad rural de Ghana, con una enfermedad que tenía manifestaciones cutáneas avanzadas y nadie supo diagnosticar con certeza. “Envié a la mujer a un hospital, que estaba a ocho horas en coche, el director del centro nos dijo qué medicinas le teníamos que dar y le dieron de nuevo el alta, pero no tuvimos dinero suficiente para tratarla en su aldea y finalmente murió”, lamentó.

Incide en este argumento Toni Roberts, fundadora y directora de DEBRA Sudáfrica, una organización centrada en investigar la epidermólisis bullosa, una rara afección de la piel que hace que los tejidos, tantos externos como internos, sean muy frágiles. “En Sudáfrica, la mayoría de los bebés con esta enfermedad no sobreviven, no hay formación ni capacidad para atenderlos desde el nacimiento. Y en el resto del continente, la situación es aún peor, porque ni siquiera sabemos cuántos casos hay”, denunció la activista, que también padece esta enfermedad.

Uno de los aspectos que aborda la resolución es precisamente la necesidad de resolver la inequidad en el acceso a tratamientos. Hay casos especialmente graves, como en “Malawi donde solo hay tres dermatólogos” para una población de más de 20 millones, afirmó Gliksohn. “En mi comunidad, cuando alguien tiene un problema en la piel, no va al hospital porque sabe que no le van a saber atender. Me llaman a mí, y eso lo dice todo”, resumió Davies.

La resolución va más allá del tratamiento médico y reconoce también el impacto social, psicológico y económico de las enfermedades dermatológicas. Por ejemplo, en algunos países, tener vitiligo puede arruinar las posibilidades de matrimonio de una mujer. En otros países, especialmente subsaharianos, la lepra o el albinismo siguen siendo motivo de discriminación. “Con estigma no puedes tener un rol social ni encontrar trabajo. Tu vida puede ser un infierno”, subrayó Íñigo María Lasa Hernández, director general de la Fundación Anesvad. Davies profundizó en esta idea de la discriminación: “Hay sanitarios que no se atreven a tocar a un paciente con una afección cutánea porque creen que es contagioso. Eso duele más que la enfermedad”.

Sin embargo, la resolución, coinciden todos los expertos, necesita ahora ser implementada. “La resolución está bien, pero si al final los pacientes no se benefician, ¿cuál es el propósito?”,

advirtió Kingsley Asiedu, responsable de enfermedades tropicales desatendidas en la OMS. “Es nuestra responsabilidad colectiva trabajar con los Estados para que lo aprobado se refleje en políticas nacionales y en planes concretos”, apuntó.

Algunas medidas son relativamente sencillas. “Una estadística importante es que 80% de los casos de enfermedades cutáneas corresponden a 10 diagnósticos comunes, por lo que, si se forma a los sanitarios en esas enfermedades, se puede atender a una gran parte de los casos”, explicó Claire Fuller, presidenta de la Liga Internacional de Sociedades Dermatológicas.

Gliksohn reclamó medidas más concretas, como por ejemplo la inclusión de la crema solar en la lista de medicamentos esenciales para pacientes con albinismo, que depende de una decisión de la OMS. “La incidencia real de la resolución sobre la vida de las personas llegará a largo plazo”, advirtió el activista, que insiste en que se necesitará tiempo para desarrollar “políticas públicas nacionales o formar al personal sanitario”. Pero, según valoró, “por primera vez millones de pacientes en todo el mundo han escuchado que las enfermedades de la piel son una cuestión de salud física y mental que puede marcar profundamente su vida cotidiana”. Y es un reconocimiento, subrayó, que “no se había hecho hasta ahora”.

# La OMS mantiene la alerta por la mpox y pide continuar con el apoyo internacional

*09/06/2025*

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informó el 9 de junio que mantiene activa la alerta por la epidemia de mpox, enfermedad que sigue afectando principalmente al continente africano, y solicitó un "apoyo internacional sostenido" para enfrentarla.

El director general de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, confirmó que el brote de mpox "continúa cumpliendo con los criterios de una emergencia de salud pública de importancia internacional" (ESPII).

La emergencia fue declarada el 14 de agosto de 2022, luego de que la enfermedad –anteriormente conocida como viruela del mono– se propagara rápidamente en varias regiones de África.

La mpox se caracteriza por lesiones cutáneas, como pústulas, fiebre alta y dolores musculares. Identificada por primera vez en República Democrática del Congo en 1970, permaneció confinada durante mucho tiempo a una decena de países africanos. Sin embargo, en 2022 comenzó a extenderse al resto del mundo, especialmente a países desarrollados donde el virus nunca había circulado.

Desde principios de 2024, un total de 25 países notificaron a la OMS más de 37.000 casos confirmados de mpox, incluidos 125 fallecimientos.

Hasta el año pasado la ESPII era el nivel más alto de alerta ante una epidemia, según el Reglamento Sanitario Internacional. No obstante, en 2024 se introdujo un nivel de alerta superior: el de "emergencia debido a una pandemia".

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.