ISSN 2796-7050

Reporte Epidemiológico de Córdoba

1 DE AGOSTO 2025
REC 2.963

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de sarampión
- Buenos Aires: Aumento estacional de casos de triquinelosis

AMÉRICA

- Bolivia: Santa Cruz reporta 162 casos de tos convulsa
- Ecuador: Un brote de tuberculosis en la cárcel de Machala ya suma 182 contagiados
- Estados Unidos: Brote de legionelosis en Central Harlem, ciudad de New York
- México: Se disparan los casos de tos convulsa debido a las bajas coberturas de vacunación
- México: Confirmaron la primera muerte humana por el gusano barrenador del ganado

EL MUNDO

- África: 80.000 niños en alto riesgo por los brotes de cólera que se propagan por 12 países
- España: Ocho casos de escombroidosis en turistas que visitaron las Islas Canarias
- Europa: Alertan de un mayor riesgo de infecciones por *Vibrio* durante la temporada de verano
- Guinea: Situación epidemiológica de la mpox
- Italia: Ocho muertos por fiebre del Nilo Occidental en lo que va de la temporada
- Kenya: Situación epidemiológica del cólera
- Samoa: La epidemia de dengue supera los 2.200 casos y cierran las escuelas

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
Facultad de Ciencias Médicas
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.

Argentina

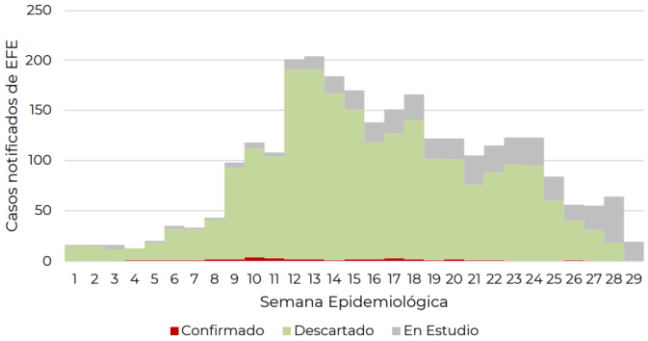
BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE SARAMPIÓN

29/07/2025

Situación actual

En lo que va de 2025, se notificaron en Argentina 2.718 casos de enfermedad febril exantemática (EFE). A partir de la semana epidemiológica (SE) 6, coincidiendo con la emisión de la alerta epidemiológica del Ministerio de Salud de la Nación, se evidencia un aumento progresivo en la notificación de casos, alcanzando su punto máximo en las SE 12 y 13.



Casos notificados de enfermedad febril exantemática (EFE), según semana epidemiológica. Argentina. Año 2025, hasta semana epidemiológica 29. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N=2.718).

La notificación muestra una sensibilización del sistema de vigilancia, con una respuesta oportuna ante la comunicación de riesgo.

Del total de casos notificados en 2025, hasta la SE 29:

- 35 casos fueron confirmados por laboratorio o nexo epidemiológico;
- 2.242 casos fueron descartados tras la evaluación clínica, epidemiológica y/o laboratorial;
- 441 casos se encuentran actualmente en estudio, en proceso de investigación epidemiológica y/o diagnóstico por laboratorio.

La proporción de casos descartados sobre el total notificado es de 82,5%. La cifra de casos en estudio refleja la actividad continua de evaluación de los eventos notificados.

Distribución geográfica

Con el objetivo de monitorear la sensibilidad y calidad de la vigilancia epidemiológica del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció una serie de indicadores en el marco del *Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación 2018/2023*. Entre ellos, se destaca el indicador 2.1.1, que evalúa el cumplimiento de la tasa mínima anual esperada de casos sospechosos de sarampión y rubéola, fijada en al menos 2 notificaciones cada 100.000 habitantes.

Del análisis de la información notificada hasta el 19 de julio se identifican tres situaciones diferenciadas entre las jurisdicciones:

- Jurisdicciones que ya superaron la cantidad esperada de notificaciones para todo el año: Este grupo incluye a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y las provincias de Buenos Aires, Catamarca, Chubut, Entre Ríos, Jujuy, La Pampa, Mendoza y Santa Cruz. En particular,

Buenos Aires (1.663 notificaciones) y la CABA presentan cifras muy por encima de lo esperado si se considera el total anual.

- Jurisdicciones que no superaron el total anual esperado, pero se encuentran por encima del valor esperado para la SE vigente. En este grupo se encuentran Córdoba, San Juan, San Luis, Santa Fe y Santiago del Estero. La provincia de Tierra del Fuego alcanzó las notificaciones esperadas para la SE actual, y Chaco duplicó las notificaciones esperadas para esta SE, alcanzando el valor anual proyectado.
- Jurisdicciones con notificaciones por debajo del valor esperado para esta fecha. Este es el caso de Corrientes, Formosa, La Rioja, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta y Tucumán, donde resulta clave reforzar las acciones de sensibilización y detección oportuna para alcanzar los estándares establecidos.

Este análisis permite monitorear periódicamente el desempeño del sistema de vigilancia en las distintas jurisdicciones y orientar acciones correctivas en tiempo oportuno.

Jurisdicción	Confirmados	Notificaciones totales actuales	Tasa cada 100.000 hab.	Notific. mínimas esperadas actuales	Notific. esperadas anuales
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	13	629	20,4	34	62
Buenos Aires	21	1.663	9,1	202	367
Catamarca	–	11	2,5	5	9
Chaco	–	25	2,0	14	25
Chubut	–	21	3,1	7	13
Córdoba	–	67	1,7	43	79
Corrientes	–	5	0,4	13	23
Entre Ríos	–	39	2,7	16	29
Formosa	–	2	0,3	7	13
Jujuy	–	32	3,9	9	16
La Pampa	–	19	5,1	4	7
La Rioja	–	1	0,2	5	8
Mendoza	–	60	2,9	23	42
Misiones	–	9	0,7	15	27
Neuquén	–	7	1,0	8	14
Río Negro	–	6	0,8	9	16
Salta	–	13	0,9	17	30
San Juan	–	11	1,3	9	16
San Luis	1	8	1,5	6	11
Santa Cruz	–	10	2,4	5	8
Santa Fe	–	49	1,3	40	73
Santiago del Estero	–	13	1,3	11	21
Tierra del Fuego	–	2	1,0	2	4
Tucumán	–	16	0,9	20	36
Totales	35	2.718	5,7	524	949

Casos notificados y confirmados, tasa cada 100.000 habitantes y notificaciones esperadas para el período actual, según jurisdicción. Argentina. Año 2025, hasta semana epidemiológica 29. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

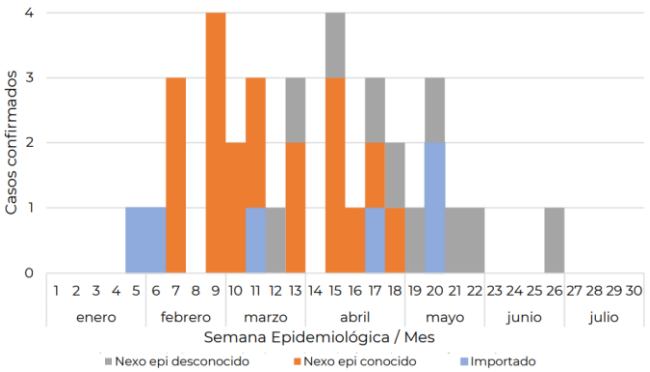
Caracterización de los casos confirmados

De los 35 casos confirmados, 13 corresponden a la CABA, 21 a la provincia de Buenos Aires, y un caso importado de la provincia de San Luis.

Desde la SE 5 (fines de enero) hasta la SE 22 (fines de mayo), se presentaron casos en todas las SE, con excepción de la SE 8 y la SE 14. En las SE 23, 24 y 25 (inicios de junio), no se notificaron casos, y en la SE 26 se notificó el último hasta la fecha.

Este último hecho demuestra que existen casos no detectados por el sistema de salud o el sistema de vigilancia, ya que a la fecha de aparición del caso 35 no se esperaban casos secundarios

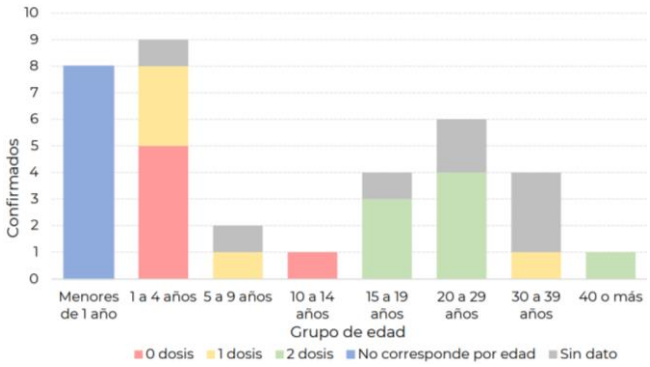
de los casos confirmados anteriormente. Por ello, además de no contar con nexo con ninguno de los casos anteriores, se puede asumir la pérdida de detección de casos.



Casos confirmados de sarampión, según clasificación epidemiológica y semana epidemiológica. Argentina. Año 2025, hasta semana epidemiológica 30. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N= 35).

En relación con el nexo, la mayoría de los casos se presentan con nexo epidemiológico conocido, especialmente en los inicios del brote, correspondiente a los meses de febrero, marzo y abril. Los casos con nexo epidemiológico desconocido se presentan mayormente hacia fines de abril. Los últimos cinco casos de trasmisión comunitaria presentan nexo desconocido, aunque en alguno de ellos se pudo identificar por laboratorio genético que se trata del mismo linaje que los primeros casos importados.

En lo que respecta a la distribución por grupos etarios, la mayor proporción de casos confirmados se presenta en los menores de 5 años (17 casos; 49%).



Del total de casos confirmados (35 casos), 27 deberían haber recibido una o dos dosis de vacuna con componente antisarampionoso, de acuerdo con el calendario de vacunación vigente, según su edad. De las 27, seis no recibieron ninguna dosis, y de estos, cinco pertenecen al grupo de 1 a 4 años de edad.

La proporción de casos que han recibido al menos una dosis de vacuna, considerando los 27 casos mayores de 1 año, es de 50%, siendo mayor en los grupos de edad de 15 a 29 años.

La categoría “sin datos” es elevada en algunos grupos (20 a 29 y 30 a 39 años), lo que indica una falta de registro sobre el estado de vacunación. Esta limitación dificulta la evaluación completa de la situación.

En lo que respecta al sexo, se observa que 57% fueron varones, mientras que 43% eran mujeres.

Seguimiento de los casos confirmados

Al 21 de julio, se encuentran realizándose las acciones de control y seguimiento vinculadas al último caso notificado (caso 35). El último caso confirmado presenta fecha de exantema el 25 de junio de 2025.

Las acciones de control las están realizando la jurisdicción, y se contemplarán los tiempos de posible aparición de casos secundarios y el seguimiento de los contactos.

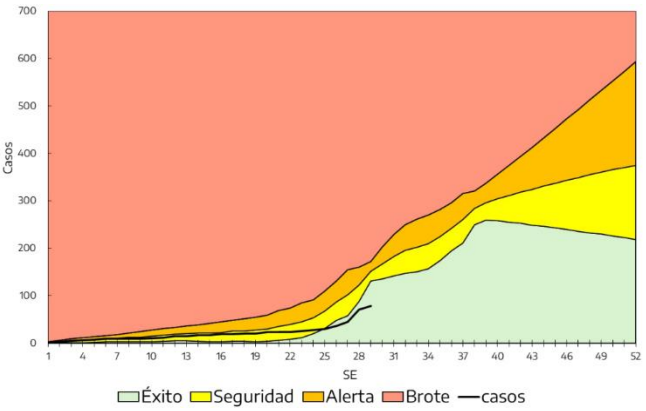
El sarampión es una enfermedad viral, altamente contagiosa, que puede presentarse en todas las edades, siendo de mayor gravedad en niños menores de 5 años o desnutridos, en los cuales puede causar graves complicaciones respiratorias como neumonía y del sistema nervioso central como convulsiones, meningoencefalitis, ceguera, encefalomielitis postinfecciosa con retraso mental grave y trastornos degenerativos tardíos que no tienen tratamiento o incluso causar la muerte.

Se transmite mediante gotas de aire de la nariz, boca, o garganta de una persona infectada. El virus puede persistir en el aire o sobre superficies, siendo activo y contagioso por dos horas.

No existe ningún tratamiento antiviral específico contra el virus del sarampión, solo existen medidas de sostén clínico y de sus complicaciones. Puede prevenirse con la vacunación.

En 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 29, se notificaron en la provincia de Buenos Aires 81 casos sospechosos de triquinelosis, de los cuales se confirmaron 40, tres fueron descartados y 38 continúan en estudio.

Hasta la fecha se notificaron dos brotes confirmados vinculados al consumo de productos de faena casera y, un brote con sospecha de triquinelosis también a partir de productos de faena casera.



Corredor endémico acumulado de triquinelosis. Provincia de Buenos Aires. Año 2025, en base a datos de los años 2019/2024.
Nota: Se excluye el año 2023, debido a la ocurrencia de un brote de gran extensión, por consumo de productos de origen comercial.

El primer brote se registró en la SE 26, en el partido de Tornquist y Bahía Blanca. Se identificaron seis personas con síntomas compatibles, vinculadas al consumo de carne de cerdo de faena casera.

El segundo brote corresponde al partido de Azul, registrado en la SE 28. Se trató de un evento en el cual se consumieron chacinados de origen casero. Fueron identificadas 33 personas expuestas, de las cuales 31 presentaron síntomas.

El tercer brote con sospecha de triquinelosis corresponde a la SE 29, el cual se desarrolló a partir de un evento familiar, donde se consumieron productos de origen casero. Hubo seis personas expuestas, de las cuales cinco presentaron síntomas.

Se llevaron a cabo las acciones de control de foco desde las regiones sanitarias correspondientes, secretarías de salud y Dirección de Bromatología de los partidos.

Todas las personas recibieron tratamiento con albendazol y mebendazol, y las muestras fueron derivadas para su diagnóstico al laboratorio del Departamento de Zoonosis Rurales del Ministerio de Salud.

Considerando el corredor endémico, los casos acumulados actuales se encuentran en zona de éxito. Como referencia, para el mismo período del año 2024 se habían notificado 155 casos sospechosos, 76 de los cuales se confirmaron y tres fueron probables. Además, se habían registrado cuatro brotes de triquinelosis en el partido de Leandro Nicéforo Alem, General Pueyrredón (Mar del Plata), Necochea (Quequén) y Guaminí.

La triquinelosis es una enfermedad parasitaria causada por las larvas y parásitos adultos de nematodos del género *Trichinella*, que afecta al ser humano, mamíferos domésticos y silvestres, aves y reptiles. Se trata de una zoonosis, la cual se transmite al ser humano de modo accidental, por la ingestión de carne o derivados cárnicos, crudos o mal cocidos, que contengan larvas musculares viables.

Los brotes se producen en su mayoría durante la época de bajas temperaturas, relacionado al momento del año en que se realiza con mayor frecuencia la faena de animales provenientes de la crianza familiar. Asimismo, aumenta la elaboración de chacinados y embutidos, debido a que no se necesita de una cámara frigorífica para preservar los alimentos.

agencia boliviana de información

Bolivia

Santa Cruz reporta 162 casos de tos convulsa

30/07/2025

El Servicio Departamental de Salud (SEDES) de Santa Cruz reportó 162 casos acumulados de tos convulsa de enero a julio de este año, por lo que pidió garantizar que los infantes cuenten con el esquema de vacunación completo a fin de protegerlos de la enfermedad.

“Se presentaron más de 700 personas sospechosas, de las cuales 162 resultaron positivas de enero a la fecha”, informó el director del SEDES, Jaime Bilbao Barriga.

En las últimas cuatro semanas, Santa Cruz enfrenta un nuevo brote de tos convulsa que dejó cuatro niños fallecidos. “Todos menores de un año y sin la vacuna”, lamentó Bilbao Barriga.

A la fecha, tres menores se encuentran internados en el hospital y evolucionan de manera favorable.

El director del SEDES aconsejó que los adultos que tienen una infección respiratoria no se acerquen a los bebés ni a los niños.

“Toda mamá que tiene un recién nacido debe evitar exponerlo a visitas de familiares por lo menos hasta sus tres meses, para asegurar la vacunación de la primera dosis con la pentavalente para desarrollar su inmunidad”, recomendó.

Bilbao Barriga recomendó a los padres de familia llevar a sus hijos a los establecimientos de salud para que reciban la vacuna contra esta enfermedad.

La vacuna pentavalente protege a los niños contra la tos convulsa, la difteria, el tétanos, la hepatitis B, neumonías y meningitis. Se deben aplicar cinco dosis.

Con el esquema acortado de inmunización contra la tos convulsa, la vacuna se administra al niño, a partir del mes y medio de vida. La segunda dosis se aplica a los dos meses y medio; la tercera dosis, a los tres meses y medio; la cuarta dosis, al año y medio; y la quinta dosis a los cuatro años.

UN BROTE DE TUBERCULOSIS EN LA CÁRCEL DE MACHALA YA SUMA 182 CONTAGIADOS

29/07/2025

La tuberculosis se propaga con fuerza en el Centro de Privación de Libertad El Oro N° 1, en Machala, donde 182 reclusos han sido diagnosticados con la enfermedad, según un informe reciente del Ministerio de Salud Pública. Esta penitenciaría es ya la segunda con más casos de tuberculosis a escala nacional. Familiares de los privados de libertad advierten que el hacinamiento es el principal factor que facilita la expansión de la bacteria.

El centro penitenciario fue diseñado para albergar a 800 personas, pero actualmente mantiene a más de 1.400 internos, de acuerdo con estadísticas del Servicio Nacional de Atención Integral a Personas Privadas de Libertad (SNAI). A esta sobrepoblación se suma la falta de ventilación adecuada en las celdas, lo que convierte al lugar en un ambiente propicio para el contagio.

Aunque los familiares reconocen que ha mejorado la atención médica y la alimentación de los internos –en comparación con años anteriores, marcados por la desnutrición–, consideran que esas medidas son insuficientes si no se resuelve la saturación de presos. De hecho, las visitas familiares están suspendidas desde hace casi un año para evitar nuevos brotes.

Una vez al mes, los allegados pueden entregar kits nutricionales, que incluyen vitaminas, suplementos alimenticios y hasta ocho litros de agua potable por persona. Aun así, aseguran que los recursos que proveen no compensan los riesgos de salud que enfrentan los internos, en especial aquellos con su sistema inmunológico comprometido.

Ante la situación, el Ministerio de Salud Pública recomendó al SNAI crear pabellones especiales para aislar a los presos contagiados. Sin embargo, las autoridades reconocen que la implementación de esa medida es compleja debido a la antigüedad y el diseño estructural del centro carcelario.

BROTE DE LEGIONELOSIS EN CENTRAL HARLEM, CIUDAD DE NEW YORK

25/07/2025

El Departamento de Salud e Higiene Mental de la Ciudad de New York anunció el 25 de julio una investigación sobre un brote comunitario de legionelosis en Central Harlem y comunidades cercanas. Cinco personas han sido diagnosticadas con la enfermedad dentro de este conglomerado desde el 25 de julio de 2025, y los resultados de otros individuos están pendientes. Hasta la fecha, no se ha producido ninguna muerte asociada a este brote.

El departamento está investigando activamente estos casos y está tomando muestras y analizando el agua de todos los sistemas de las torres de refrigeración de la zona del brote. Los neoyorquinos con síntomas similares a los de la gripe –tos, fiebre o dificultad para respirar– deben contactar a su proveedor de atención de salud inmediatamente. Las personas pueden contraer legionelosis al respirar vapor de agua contaminado con la bacteria *Legionella*. La legionelosis no es contagiosa y puede tratarse con antibióticos cuando se detecta a tiempo.

“Los neoyorquinos con mayor riesgo de contraer legionelosis, como los adultos de 50 años o más, los que fuman o padecen condiciones pulmonares crónicas deben estar especialmente atentos a sus síntomas y buscar atención de salud en cuanto éstos aparezcan”, declaró la subdirectora médica, Dra. Antonia P. Eyssallenne.

La legionelosis es un tipo de neumonía causada por la bacteria *Legionella*, que crece en el agua caliente. Los síntomas se parecen a los de otros tipos de neumonía y pueden incluir fiebre, escalofríos, dolores musculares y tos. La mayoría de los casos de legionelosis pueden rastrearse hasta los sistemas de fontanería en los que las condiciones son favorables para el crecimiento de *Legionella*, como las torres de refrigeración, los spas de hidromasaje, las bañeras de hidromasaje, los humidificadores, los depósitos de agua caliente y los condensadores evaporativos de los grandes sistemas de aire acondicionado.

México enfrenta un repunte en los casos de tos convulsa al contabilizar 1.252 contagios confirmados hasta la semana epidemiológica 29, más del doble si se comparan con los 550 casos registrados en todo 2024, de acuerdo con la Secretaría de Salud federal. Lo anterior se enmarca en una baja en la inmunización contra la enfermedad en los últimos años.

Según las cifras de la Secretaría de Salud, el incremento de los casos, entre 2024 y hasta julio de 2025, es de 127,6%. Lo anterior equivale a que la incidencia de la enfermedad pasó, en los mismos periodos, de 0,41 a 4,7 casos cada 100.000 habitantes.

Además, la cifra de este año ya supera por mucho el promedio histórico anterior a la pandemia, que entre 2016 y 2019 rondaba los 900 casos anuales.

Estados con más casos

De los 1.252 casos confirmados en el año en curso, cuatro estados concentran el 30%: Ciudad de México (129), Chihuahua (124), Nuevo León (118) y Aguascalientes (99).

En términos de incidencia, Aguascalientes encabeza la lista con 6,49 casos cada 100.000 habitantes, seguida de Chihuahua (3,13), Nuevo León (1,97) y Ciudad de México (1,45).

El municipio de Aguascalientes, junto con Guadalupe, Nuevo León, y Juárez, Chihuahua, reportan en conjunto 16,5% de los casos nacionales, lo que refuerza el patrón geográfico del brote.

Por el contrario, Tabasco fue la única entidad que no reportó casos durante 2025, aunque sí había tenido contagios en 2024.

Se incrementan los decesos

La letalidad de la enfermedad también ha aumentado en México. Hasta la semana epidemiológica 29, se han registrado 59 defunciones, todas en menores de un año sin antecedente de vacunación; 90,56% de ellas en bebés menores de seis meses. Esta cifra casi duplicó las 32 muertes registradas en todo 2024, lo que evidencia la gravedad del brote en curso.

Las muertes se distribuyen en 19 estados, con las mayores tasas de letalidad en Puebla (42,9%), Tamaulipas (13,3%), Jalisco (13,2%), Baja California Sur (10,0%) y Campeche (9,5%).

Además, se observó una ligera mayoría de defunciones en mujeres (59%), lo que, según los expertos, podría estar relacionado con patrones de inmunización y acceso a los servicios de salud.

Vacunación a la baja

A su vez, los datos enviados por México a la Organización Mundial de la Salud (OMS) revelan que 2024 –último año con información disponible– fue el año con el menor porcentaje de vacunación con primera dosis desde el año 2000.

Según las cifras difundidas por la OMS, suman dos años con una baja en la aplicación de la primera dosis la vacuna triple bacteriana –que protege contra la difteria, el tétanos y la tos convulsa– ya que, para 2022 se informó una cobertura de 92,96% en la población objetivo –mujeres embarazadas y menores–; para 2023, el dato bajó a 88,93% y para 2024 la cifra se ubicó en 82,58%.

La Secretaría de Salud reconoció que "en el año 2020, a raíz de la pandemia de covid, la vigilancia epidemiológica de tos convulsa disminuyó, registrándose un decremento en la notificación de casos probables y confirmados; esta baja en la notificación se sostuvo hasta el año 2023".

En este contexto, la secretaría llamó a intensificar las campañas de vacunación en los municipios de alto riesgo, corredores migratorios, zonas turísticas y áreas con casos confirmados, incluyendo la aplicación peridomiciliaria de vacunas hexavalentes (en menores de 1 año) y triple bacteriana en niños mayores y embarazadas.

CONFIRMARON LA PRIMERA MUERTE HUMANA POR EL GUSANO BARRENADOR DEL GANADO

30/07/2025

Cochliomyia hominivorax

La Secretaría de Salud federal confirmó la primera muerte humana en México causada por el gusano barrenador del ganado (*Cochliomyia hominivorax*), una larva parasitaria que provoca miasis al alimentarse de tejido vivo. La víctima fue una mujer de 86 años residente de Candelaria, Campeche, quien padecía cáncer de piel en etapa avanzada y otras comorbilidades, como hipertensión arterial sistémica.

La paciente fue atendida en mayo de 2025 por una infestación larvaria que complicó su ya delicado estado de salud. Aunque recibió tratamiento médico y oncológico, falleció el pasado 21 de julio debido a complicaciones relacionadas con el carcinoma epidermoide invasor que la afectaba desde hace más de una década.

Las autoridades han alertado que la miasis puede evolucionar rápidamente si no se detecta y trata a tiempo, comprometiendo órganos y, en casos graves, provocando la muerte.

Brotes y zonas con más riesgo

En lo que va del año se han registrado 33 casos humanos de miasis en México, de los cuales 31 han ocurrido en Chiapas y los otros dos en Campeche.

Tapachula es el municipio con más casos, con siete, le siguen Huixtla y Chilón con tres cada uno; Mapastepec, Villa Comaltitlán y Escuintla con dos; Tonalá y Ocosingo con dos, y Mazatán, Yajalón, Huehuetán, Suchiate, Chamula, Pichucalco y Motozintla registran un caso cada uno.

En cuanto a Campeche, los casos se registraron en los municipios de Candelaria y Carmen, así como 277 casos en animales de siete municipios. Las regiones más afectadas son Candelaria, Calakmul, Carmen, Champotón, Palizada, Hopelchén y Campeche, donde las condiciones rurales y la alta presencia de ganado facilitan la propagación del parásito.

La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y el Servicio Nacional de Sanidad, Inocuidad y Calidad Agroalimentaria (SENASICA) han emitido recomendaciones sanitarias para contener la plaga, entre ellas mantener heridas limpias y cubiertas, aplicar desparasitantes al ganado, y reportar casos sospechosos. También exhortaron a implementar campañas comunitarias en las zonas con mayor vulnerabilidad para evitar una mayor propagación tanto en animales como en personas.

Ante la reciente confirmación de este caso mortal por miasis humana en Campeche, las autoridades sanitarias emitieron recomendaciones para prevenir nuevos contagios y atender oportunamente cualquier caso sospechoso.

La infestación por *Cochliomyia hominivorax* puede complicarse gravemente si no se atiende con rapidez. Por ello, los expertos insisten en no intentar extraer las larvas por cuenta propia,

ya que este procedimiento debe ser realizado exclusivamente por personal médico capacitado. En algunos casos, se requiere además tratamiento con antibióticos o cirugía.

Medidas de prevención en zonas de riesgo

Las autoridades sanitarias, junto con expertos de la UNAM, destacan estas medidas clave para prevenir infecciones por gusano barrenador, especialmente en áreas rurales o ganaderas:

- Higiene de heridas: lavar con agua y jabón al primer contacto y cubrir con apósitos limpios.
- Evitar el contacto con animales infectados, especialmente ganado.
- Revisar constantemente heridas en mascotas y llevarlas al veterinario ante signos de infección.
- Uso de repelente de insectos en zonas expuestas como brazos y piernas.
- Comunicación con autoridades sanitarias, como SENASICA, en caso de sospecha. Si es posible, recolectar larvas en un recipiente con alcohol al 70% para su análisis.

Estas acciones son fundamentales para prevenir más casos humanos y contener la propagación del parásito en el país.

Cochliomyia hominivorax es una especie de mosca que deposita sus huevos en heridas abiertas de animales –generalmente mamíferos, y ocasionalmente en aves– y, en casos excepcionales, en humanos. La mosca deposita sus huevos en heridas superficiales y las larvas eclosionan en un periodo de 12 a 24 horas, las que luego se alimentan del tejido vivo durante 4 a 8 días, generando lesiones profundas y dolorosas. En humanos, este parásito representa un riesgo particular para personas con baja sensibilidad cutánea, como pacientes con diabetes, cáncer o trastornos neurológicos.

ÁFRICA

80.000 NIÑOS EN ALTO RIESGO POR LOS BROTES DE CÓLERA QUE SE PROPAGAN POR 12 PAÍSES

30/07/2025

Se estima que 80.000 niños corren un alto riesgo de contraer cólera, a medida que comienza la temporada de lluvias en África occidental y central.

Sesión de concienciación sobre el cólera para jóvenes estudiantes en Bweremana, en la provincia de Nord-Kivu, República Democrática del Congo.

El mayor riesgo de propagación del cólera se debe a los brotes activos en la República Democrática del Congo y Nigeria, que aumentan la amenaza de transmisión transfronteriza a los países vecinos. Chad, República del Congo, Ghana, Côte d'Ivoire y Togo también enfrentan epidemias en curso, mientras que Níger, Liberia, Benín, República Centroafricana y Camerún permanecen bajo estrecha vigilancia debido a su vulnerabilidad. Se requieren esfuerzos urgentes e intensificados para prevenir una mayor propagación y contener la enfermedad en toda la región.

"Las fuertes lluvias, las inundaciones generalizadas y el alto nivel de desplazamientos aumentan el riesgo de transmisión del cólera y ponen en peligro la vida de los niños", declaró Gilles Fagninou, Director Regional del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) para África Occidental y Central. "Con el acceso al agua potable y las condiciones de higiene ya precarias, se necesitan medidas urgentes. Es una cuestión de supervivencia".

En República Democrática del Congo, el país más afectado de la región, el Ministerio de Salud reportó en julio más de 38.000 casos y 951 muertes, de los cuales 25,6% correspondió a niños menores de cinco años. Los niños, especialmente los menores de cinco años, son particularmente vulnerables al cólera debido a factores como la falta de higiene, saneamiento y agua potable, y una mayor susceptibilidad a la deshidratación grave. Las provincias más afectadas son Sud-Kivu, Nord-Kivu, Haut-Katanga, Tshopo, Haut-Lomami, Tanganyika y Maniema. Los niños de República Democrática del Congo podrían enfrentar la peor crisis de cólera desde 2017 a menos que se intensifiquen las medidas para contener la epidemia.

La situación en Kinshasa se ha vuelto crítica, con un aumento drástico de casos de cólera en las últimas cuatro semanas tras las intensas lluvias y las inundaciones generalizadas. Con la presión adicional sobre un sistema sanitario ya desbordado, la ciudad se enfrenta ahora a un elevado número de notificaciones y una alarmante tasa de letalidad de 8%.

En Chad, se han reportado 55 casos sospechosos de cólera, incluidas cuatro muertes, en el campamento de refugiados de Dougui, a unos 103 kilómetros de Abéché, cerca de la frontera

con Sudán. El Ministerio de Salud confirmó la presencia de *Vibrio cholerae* en dos muestras tomadas el 24 de julio.

Rachel, de 7 años, sentada fuera del Centro de Tratamiento del Cólera apoyado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia en Kihumba, zona sanitaria de Idjwi, provincia de Sud-Kivu, República Democrática del Congo.

La población desplazada, principalmente niños, vive en condiciones extremadamente precarias, caracterizadas por el hacinamiento, la falta de agua potable, el saneamiento deficiente y el acceso limitado a la atención médica. Estos factores crean un entorno muy propicio para la rápida propagación del cólera si no se implementan medidas urgentes de prevención y respuesta.

A fines de junio, Nigeria registró 3.109 casos sospechosos de cólera y 86 muertes en 34 estados, lo que la convierte en el segundo país más afectado de la región de África occidental y central. El cólera sigue siendo endémico en Nigeria, donde se han registrado importantes brotes recurrentes en los últimos años.

En Ghana, se habían notificado 612 casos de cólera hasta el 28 de abril de 2025. En Côte d'Ivoire, se habían notificado 322 casos y 15 muertes hasta el 14 de julio. En Togo, se habían notificado 209 casos de cólera y cinco muertes hasta el 22 de junio.

Desde el comienzo de los brotes, el UNICEF ha estado distribuyendo suministros vitales de salud y agua, higiene y saneamiento a centros de tratamiento y comunidades, apoyando la vacunación contra el cólera en las zonas afectadas y alentando a las familias a buscar tratamiento oportuno y mejorar sus prácticas de higiene, al mismo tiempo que intensifica los esfuerzos de preparación y respuesta en los países en riesgo.

Para ampliar su respuesta de emergencia al cólera en toda la región durante los próximos tres meses, el UNICEF necesita urgentemente 20 millones de dólares para África occidental y central durante los próximos tres meses para brindar apoyo crítico en materia de salud, agua, saneamiento e higiene, comunicación de riesgos y participación comunitaria.

"Estamos en una carrera contrarreloj, trabajando codo con codo con las autoridades para brindar atención médica esencial, agua potable y nutrición adecuada a los niños que ya corren el riesgo de contraer enfermedades mortales y desnutrición aguda grave", declaró Fagninou. "Junto con diversos socios, estamos fortaleciendo la participación comunitaria y ampliando nuestro alcance a zonas remotas y desatendidas, esforzándonos al máximo para garantizar que ningún niño quede excluido".

El cólera es una infección diarreica aguda causada por el consumo de alimentos o agua contaminados con la bacteria *Vibrio cholerae*. La enfermedad puede tratarse con solución de rehidratación oral y antibióticos, pero puede ser mortal en cuestión de horas si no se trata.

Los niños pequeños son particularmente vulnerables al cólera debido a factores como la falta de higiene, el saneamiento inadecuado y el acceso a agua potable y un mayor riesgo de deshidratación grave.

La Dirección del Área de Salud de La Palma y la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud (SCS), adscritas a la Consejería de Sanidad, investigan una intoxicación alimentaria en la isla que ha afectado hasta el momento a ocho personas con cuadros clínicos leves y evolución favorable. De ellas, una está ingresada en el Hospital Universitario de La Palma.

Los primeros casos de esta toxiinfección se detectaron el 22 de julio, a las dos horas del consumo del producto contaminado. Estas personas fueron atendidas en el Servicio Normal de Urgencias del Centro de Salud de Los Llanos de Aridane, donde se activó el protocolo ante la sospecha de una intoxicación alimentaria.

Una vez tomadas las muestras pertinentes y realizados los estudios analíticos, se determinó como probable causa de la intoxicación una contaminación por histamina, tras haber ingerido pescado azul, comercializado fuera de los canales normales de distribución.

La sintomatología más frecuente que presenta esta intoxicación por histamina o escombroidosis es sensación de picor o ardor en la lengua y la garganta y sabor a pimienta en la boca, enrojecimiento e hinchazón de la cara y el cuello, sofocos, urticaria en las palmas de las manos, cara, cabeza y orejas, dolor de cabeza y mareos y dolor abdominal, náuseas, vómitos y diarrea.

Desde la Dirección del Área de Salud de La Palma se recuerda a las personas y empresas distribuidoras de pescado sus obligaciones en cuanto al mantenimiento de la temperatura para conservar su cadena de frío.

Además, se recomienda a la población no comprar ni consumir pescados de los cuales se desconoce su procedencia y que no estén dentro de los canales establecidos de forma reglamentaria y sometidos al control sanitario oficial.

La Unidad de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección General de Salud Pública, en cumplimiento de los protocolos establecidos, activó las medidas previstos, inició el estudio epidemiológico pertinente y sigue haciendo seguimiento por si apareciesen más personas susceptibles de estar afectadas.

La escombroidosis, también conocida como “síndrome de intoxicación histamínica”, fue descrita por primera vez en 1799 en el Reino Unido. Se trata de una causa frecuente de intoxicación alimentaria a nivel mundial, y se desencadena tras la ingesta de pescado azul contaminado. Aunque su incidencia real en España es desconocida, el consumo elevado de pescado convierte al país en zona de riesgo. Clínicamente se manifiesta sobre todo a nivel cutáneo en forma de flushing y/o rash urticariforme.

Los pacientes que sufren escombroidosis a menudo consultan los síntomas a su médico de atención primaria, o en el servicio de urgencias, aunque probablemente existe un porcentaje no desdeñable que no consulta debido a su curso leve y autolimitado. Por este motivo, y porque a menudo se confunde con una alergia alimentaria, muchos casos de escombroidosis no se declaran, por lo que probablemente se trate de una entidad subdiagnosticada.

La escombroidosis es una afección de distribución mundial. Su incidencia es desconocida y varía enormemente según el consumo de pescado de cada zona. Se ha estimado una incidencia de entre 2 y 5 casos cada 1.000.000 habitantes por año en Dinamarca, Nueva Zelanda, Francia y Finlandia, mientras que en Hawai’i estas cifras ascienden a 31 casos cada 1.000.000 habitantes por año. Los países donde mayor número de casos se han comunicado son Japón, Reino Unido, Estados Unidos y Australia. En Estados Unidos y Europa la escombroidosis constituye hasta 40% de los brotes de toxiinfección alimentaria.

Se presenta típicamente en grupos de comensales tras la ingesta de pescado azul contaminado. Clásicamente se ha asociado al consumo de aletas de pescado de la familia Scombroidae y Scomberesocidae como son el atún (responsable de más de 80% de los casos), caballa y bonito. Aun así, también se ha descrito con otro tipo de pescados como son las anchoas, el pez limón, el pez espada, el arenque, las sardinas, el salmón y la trucha; incluso con el delfín y el queso suizo.

La escombroidosis es una intoxicación por histamina que ocurre como consecuencia de la mala conservación del pescado, habitualmente por mantenerlo a temperaturas superiores a los 4°C. Estas condiciones favorecen el crecimiento de diferentes bacterias, produciendo la conversión de histidina (presente en la carne del pescado azul) a histamina por medio de enzimas bacterianas (concretamente la histidina decarboxilasa). Dicho proceso ocurre en cuestión de horas, de forma que en un pescado conservado a 20°C se pueden acumular niveles tóxicos de histamina en tan solo dos horas. Son necesarios niveles superiores a 50 mg de histamina en 100 g de pescado para producir la clínica de la escombroidosis; los niveles de histamina presentes en el pescado fresco son inferiores a 0,01 mg cada 100g. La bacteria responsable más frecuente es *Escherichia coli*, aunque también se ha descrito con bacterias de la especie *Vibrio*, *Proteus*, *Serratia*, *Enterobacter*, *Klebsiella*, *Clostridium*, *Salmonella* y *Shigella*. Habitualmente esta contaminación histamínica afecta al pescado fresco y no al enlatado, ya que estos últimos están sometidos a un mayor número de controles de calidad y se componen de diferentes ejemplares de un pescado, lo que minimiza el efecto de la histamina en caso de estar uno de ellos contaminado. Es importante destacar que, si bien es cierto que el proceso de enlatado puede destruir la bacteria, no es capaz de destruir la histamina ya formada.

La clínica de la escombroidosis aparece de minutos a horas tras la ingesta de pescado y es consecuencia de la intoxicación por histamina. La histamina es una amina endógena que tiene numerosos efectos biológicos6, entre los que destacan su acción vasodilatadora, respuesta alérgica inmediata tras activación de los receptores H1 y neurotransmisión por la activación de los H3. La cantidad de histamina necesaria para producir clínica varía de una persona a otra. Los síntomas de la escombroidosis suelen ser leves y típicamente se inician con una sensación urente u hormigueo en la lengua, que puede estar asociada o no a un sabor picante y/o metálico del pescado ingerido. Progresivamente aparece un flushing que afecta a la cabeza y al cuello, con importante sensación de quemazón, y un rash eritemato-urticariforme en la cara y en el tronco superior que va descendiendo. También es frecuente la sensación de ardor, prurito o edema peribucal. A menudo existen síntomas gastrointestinales como los retortijones, las náuseas, los vómitos y la diarrea. Además, es muy característica la cefalea pulsátil y las palpitaciones. Debido a la gran similitud de los síntomas con los de una reacción alérgica, a menudo estos se confunden con una alergia al pescado mediada por IgE. Aunque es poco frecuente, se han descrito casos de hipotensión con shock distributivo, broncoespasmo, distrés respiratorio y arritmias cardíacas; complicaciones que suelen aparecer en pacientes con enfermedad subyacente (como asma o enfermedad coronaria). Por esto último, algunos autores han descrito a la escombroidosis como una urgencia dermatológica.

Los síntomas habitualmente desaparecen en 12-48 horas en ausencia de tratamiento, y no dejan secuelas a corto ni a largo plazo. Los pacientes en tratamiento con isoniacida o inhibidores de la monoaminooxidasa son más vulnerables a la intoxicación histamínica, y presentan síntomas más graves y prolongados en el tiempo debido a que dichos fármacos inhiben el metabolismo de la histamina. Por el contrario, pacientes en tratamiento con antihistamínicos están en cierta forma protegidos frente a la escombroidosis, ya que estos bloquean el efecto de la histamina.

ALERTAN DE UN MAYOR RIESGO DE INFECCIONES POR *VIBRIO* DURANTE LA TEMPORADA DE VERANO

11/07/2025

Con la llegada del verano y el aumento de la temperatura superficial del mar, el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) destacó el riesgo estacional que suponen las bacterias *Vibrio* spp.

Estas bacterias viven de forma natural en aguas costeras salobres, donde se mezclan agua salada y dulce, especialmente cuando las temperaturas son altas y la salinidad baja. Estas condiciones son cada vez más comunes en algunas partes de Europa debido al cambio climático.

Las especies de *Vibrio* se detectan con frecuencia durante el verano en el mar Báltico, ya que ofrece condiciones especialmente favorables para el crecimiento bacteriano gracias a su menor concentración de sal. La bacteria también se ha encontrado en otros lugares, como el mar del Norte y diversas zonas de baño cerradas o estuarinas, y, a medida que aumenta la temperatura superficial del mar en toda Europa, se prevé que *Vibrio* se extienda a otras zonas costeras.

La vibriosis es causada por varias especies de bacterias *Vibrio*, algunas de las cuales pueden causar infecciones graves. Estas incluyen infecciones transmitidas por alimentos, tras consumir mariscos crudos o poco cocidos, e infecciones del torrente sanguíneo graves cuando las bacterias ingresan al cuerpo a través de cortes o heridas en la piel. Las personas con sistemas inmunitarios debilitados o enfermedades hepáticas crónicas son particularmente vulnerables.

Aunque las infecciones por *Vibrio* siguen siendo relativamente raras en Europa, varios países del norte con costas en el mar Báltico han reportado aumentos en los últimos años. Esto ha sido especialmente evidente durante veranos con olas de calor prolongadas y temperaturas del agua más altas, como la observada en 2018, cuando se reportaron 445 casos, más del triple de la mediana anual (126 casos) registrada entre 2014 y 2017.

Reconocer los síntomas y mantenerse a salvo

Los síntomas de la vibriosis dependen de cómo se adquiere la infección. En los casos en que se contrae por el consumo de mariscos crudos o poco cocidos, los síntomas suelen incluir diarrea acuosa, dolor abdominal, náuseas, vómitos, fiebre y escalofríos. La infección también puede surgir al bañarse en aguas con grandes cantidades de bacterias *Vibrio*, lo que causa infecciones de oído o, si las bacterias entran en contacto con heridas abiertas, síntomas cutáneos como enrojecimiento, hinchazón y dolor en la zona afectada. Las infecciones de heridas no tratadas pueden provocar complicaciones graves, como fascitis necrosante, infecciones del torrente sanguíneo, sepsis o incluso la amputación de una extremidad, especialmente en personas con afecciones subyacentes (por ejemplo, enfermedades hepáticas crónicas o sistemas inmunitarios debilitados).

Para reducir el riesgo de infecciones por *Vibrio*, se pueden tomar precauciones, como evitar consumir mariscos crudos o poco cocidos, especialmente ostras, y asegurarse de que estén bien cocidos. Quienes presenten heridas abiertas, perforaciones recientes o cortes, es importante que eviten nadar en aguas salobres o saladas, o deben cubrir la zona afectada con una venda impermeable. Si alguien entra en contacto accidentalmente con agua de mar mientras presenta rasguños, cortes o heridas, es importante que lave la zona con agua limpia y fresca.

La concienciación de la población, los profesionales sanitarios y los viajeros es fundamental para prevenir infecciones graves y reducir el impacto de la vibriosis en la salud pública. El ECDC anima a las personas a ser conscientes de los riesgos y a consultar a un médico si presentan síntomas tras el contacto con aguas donde prolifera la bacteria *Vibrio*. El ECDC también anima a los países que podrían verse afectados a establecer un sistema de vigilancia de la enfermedad, ya que es probable que esté subnotificada.

Monitoreo de la amenaza: el papel del ECDC

Cada verano, el ECDC monitorea las condiciones ambientales que favorecen el crecimiento de *Vibrio* en el Mar Báltico y publica actualizaciones periódicas a través de su Informe de Amenaza de Enfermedades Transmisibles y el Visor de Mapas de *Vibrio*. El visor de mapas utiliza datos satelitales en tiempo real sobre la temperatura de la superficie del mar y la salinidad para evaluar la idoneidad ambiental para las especies de *Vibrio*, proporcionando una instantánea del riesgo potencial en los distintos países.

El 13 de junio de 2025, la Agencia Nacional de Seguridad Sanitaria de Guinea notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un caso confirmado de mpox en Conakry, capital del país. El paciente es un hombre de 38 años del distrito sanitario de Kaloum, en Conakry, quien, enfermó el 18 de mayo de 2025. Acudió a un centro de salud nacional en Conakry el 25 de mayo con vesículas, pústulas y costras en la cara, los brazos y los genitales, inflamación de los ganglios linfáticos, inflamación del pene y hormigueo en la uretra, y se le recetaron antibióticos (aminoglucósidos). Dada la persistencia de los síntomas, consultó a un centro médico privado en Conakry el 3 de junio, donde fue aislado como caso sospechoso de mpox.

Las autoridades sanitarias nacionales fueron notificadas el 3 de junio, y el paciente fue trasladado ese mismo día al centro de tratamiento epidémico de Nongo, ubicado en el distrito sanitario de Ratoma, Conakry. Las muestras tomadas se enviaron al Instituto Nacional de Salud Pública de Conakry para la realización de la prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR). El resultado, publicado el 4 de junio, fue positivo para el clado IIb del virus de la mpox.

Desde la notificación inicial el 3 de junio y hasta el 1 de julio de 2025, se ha notificado en Guinea un total de 49 casos confirmados de mpox, incluyendo una muerte en la comunidad (caso probable) (tasa de letalidad de 2,0%). Los casos se originaron en al menos siete distritos sanitarios de las regiones de Conakry (Kaloum, Matoto, Ratoma, Matam, Dixinn) y Kindia (Dubreka y Forecariah), con cerca de 94,0% de los casos confirmados (46 casos) notificados en Conakry.

Entre los 48 casos confirmados con información sociodemográfica disponible, los hombres representan 81,3% (39 casos), siendo el grupo de edad más afectado el de 30 a 39 años (23 casos; 47,9%), seguido del de 40 a 49 años (12 casos; 25%), el de 20 a 29 años (5 casos; 10,4%), el de 0 a 9 años (5 casos; 10,4%) y el de 10 a 19 años (3 casos; 6,3%).

En total, se han identificado 127 contactos, incluyendo 114 en Conakry y 13 en Kindia. Al 1 de julio de 2025, 91 de los 127 contactos seguían en seguimiento (Conakry: 78; Kindia: 13). Desde el inicio del rastreo de contactos, la tasa de seguimiento es de 99%, con un contacto aún sin rastrear en Conakry. De los 48 casos activos, 41 fueron hospitalizados en centros de tratamiento epidémico en Nongo (Conakry) y Forecariah (Kindia), incluyendo 31 pacientes graves, siete con síntomas moderados y tres con síntomas leves.

En 2024, se confirmaron dos casos de mpox del clado IIa el 2 de septiembre y el 8 de diciembre en la prefectura de Macenta, ubicada en la región forestal del sureste de Guinea. Desde el inicio del brote mundial de mpox en mayo de 2022 y hasta el 1 de julio de 2025, se ha reportado en el país un total acumulado de 51 casos confirmados, con una muerte (tasa de letalidad de 2,0%).

La respuesta de salud pública al brote de mpox en curso en Guinea enfrenta varios desafíos:

- aún se desconoce el origen del brote;
- la mayoría de los casos y contactos se han reportado en la capital, Conakry, una zona urbana densamente poblada con una población estimada de 2,3 millones de personas (Instituto Nacional de Estadística), lo que representa un desafío significativo para la identificación de cadenas de transmisión, la búsqueda activa de casos y el rastreo de contactos;

– la escasez de suministros médicos, debido al creciente número de casos reportados, y
– la insuficiencia de fondos para implementar las actividades de respuesta.

Acciones de salud pública

- El Ministerio de Salud e Higiene Pública de Guinea está respondiendo al brote con el apoyo de la OMS, los Centros Africanos para el Control y la Prevención de Enfermedades, Médicos Sin Fronteras y otros socios. El 28 de junio de 2025, el Director General de la Agencia Nacional de Seguridad Sanitaria ofreció una rueda de prensa sobre la situación actual del brote en Guinea.
- El 2 de julio de 2025, el Ministro de Salud de Guinea convocó una reunión con socios técnicos y financieros para debatir las estrategias de control del brote a ser implementadas.
- Se activó a nivel nacional el Centro de Operaciones de Emergencia de Salud Pública, y se celebran reuniones periódicas con todos los pilares de la respuesta.
- La vigilancia activa continúa en las zonas afectadas, incluyendo la búsqueda de casos, las investigaciones, el rastreo de contactos, la actualización diaria de las listas de casos y el cribado en los puntos de ingreso.
- Se toman muestras para análisis de laboratorio a todos los casos sospechosos, y continúa el aislamiento y la gestión clínica de los casos sospechosos y confirmados en los centros de tratamiento epidémico de Conakry y Kindia.
- Continúa la sensibilización comunitaria en Conakry con el apoyo de los coordinadores de comunicación.
- Se distribuyeron materiales de comunicación sobre la mpox en todos los distritos sanitarios de Conakry, y se ha desarrollado un plan para mejorar la búsqueda activa de casos y la sensibilización comunitaria mediante un enfoque integrado.

Interpretación de la situación

El actual repunte de casos de mpox en Guinea se caracteriza por un rápido aumento de su escala y propagación geográfica, lo que insta a las autoridades sanitarias nacionales y a los socios a implementar una respuesta contundente, que incluya el fortalecimiento de la capacidad de vigilancia comunitaria en las zonas afectadas; el fortalecimiento de la sensibilización comunitaria con el apoyo de los líderes comunitarios, a través de los medios de comunicación y campañas puerta a puerta; y campañas de vacunación dirigidas a las poblaciones de alto riesgo en las zonas más afectadas. Además, cabe destacar la colaboración entre Guinea y sus vecinos Sierra Leona y Liberia, que también enfrentan brotes activos de mpox, y que debe mantenerse.

El número de muertes por el virus del Nilo Occidental desde principios de año asciende a ocho en Italia. Un hombre de 72 años falleció en el hospital de Caserta, donde recibía tratamiento. Esta es la cuarta muerte en Campania y la octava en Italia. El anciano, originario de Maddaloni, en la zona de Caserta, presentaba problemas de salud preexistentes y una afección médica compleja. Otra de las cuatro víctimas de Campania también era de Maddaloni.

Previamente se había informado de la muerte de un hombre de 68 años de Trentola Ducenta, en la provincia de Caserta: el hombre, según se supo, murió en el hospital de Aversa.

Tercera víctima en Lazio

Un hombre de 86 años falleció en Latina, la tercera víctima en Lazio. Fue uno de los primeros en contraer el virus y presentaba varias enfermedades preexistentes.

Segunda víctima en Campania

Se reportó una segunda víctima del virus del Nilo Occidental en Campania. Un hombre de 74 años falleció el 25 de julio, en el Hospital del Mare de Napoli, pero la noticia se conoció en las últimas horas. El hombre, nacido en Pomigliano d'Arco, fue trasladado de urgencia al hospital el 20 de julio por una hemorragia digestiva. Dos días después, presentó fiebre y confusión, cuadro clínico agravado por una insuficiencia renal. El paciente falleció a las 4:20 horas del 25 de julio. Un hombre de 80 años de Maddaloni falleció el 29 de julio; se encontraba hospitalizado en Caserta.

Un paciente de 77 años con enfermedades crónicas y un trasplante de corazón fue ingresado en el Instituto Spallanzani de Enfermedades Infecciosas de Roma. La información inicial sugiere que el hombre residía en la provincia de Latina y que recientemente había estado en Baia Domizia, en la provincia de Caserta, donde se han confirmado otros casos de infección en los últimos días.

"El virus del Nilo Occidental, que actualmente causa especial preocupación, representa un peligro para quienes padecen una enfermedad reumática y cuyo sistema inmunitario está debilitado por los fármacos inmunosupresores", explicó Gian Domenico Sebastiani , expresidente de la Sociedad Italiana de Reumatología (SIR). "El clima también está alterando el microbioma, lo que influye en el posible desarrollo de enfermedades reumáticas autoinmunes", agregó Sebastiani.

Alerta también para donaciones de sangre

Para prevenir la transmisión del virus a través de transfusiones, el Centro Nacional de Sangre (CNS) recomendó la realización de pruebas para el virus del Nilo Occidental como alternativa a la suspensión temporal de las donaciones durante 28 días para todos los donantes que hayan pasado al menos una noche en zonas afectadas por el virus. La directora del CNS, Luciana Teofili, aseguró que las donaciones son seguras. Esto se debe a las medidas implementadas, que también incluyen pruebas específicas de las bolsas de sangre recolectadas en las provincias

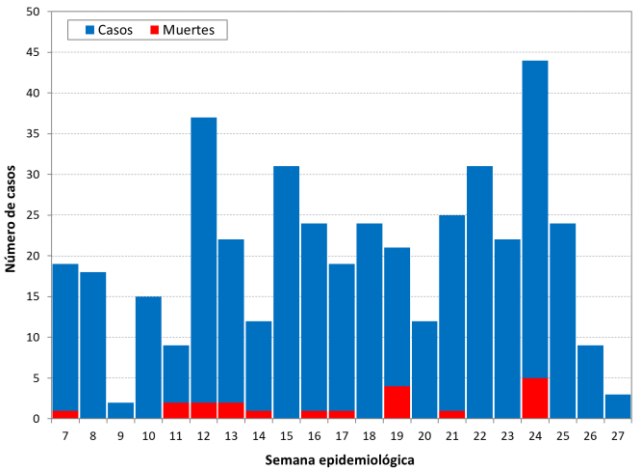
donde el virus circula. Este sistema de vigilancia también ha permitido detectar aproximadamente 230 casos de infección por el virus del Nilo Occidental entre la población de donantes entre 2020 y 2024.

La fiebre del Nilo Occidental es una enfermedad infecciosa transmitida por mosquitos, en particular los del género *Culex*, que afecta principalmente a aves silvestres. Los mosquitos se infectan al picar a las aves y, en ocasiones, transmiten el virus a huéspedes accidentales, como caballos y humanos. El mosquito que transmite el virus del Nilo Occidental pica desde el anochecer hasta el amanecer. Otras posibles vías de transmisión incluyen transfusiones de sangre y trasplantes de órganos de donantes infectados, e incluso con menos frecuencia, se han reportado infecciones congénitas transmitidas de la madre al feto a través de la leche materna.

La mayoría de las personas infectadas no presenta síntomas. De quienes sí los presentan, alrededor de 20% experimenta síntomas leves, como fiebre, dolor de cabeza, náuseas, vómitos, inflamación de los ganglios linfáticos y erupciones cutáneas. Estos síntomas pueden durar unos días o, en casos excepcionales, algunas semanas, y pueden variar considerablemente según la edad de la persona.

La fiebre leve es más común en niños, mientras que en jóvenes los síntomas incluyen fiebre moderadamente alta, enrojecimiento ocular, dolor de cabeza y dolores musculares. Sin embargo, en personas mayores y debilitadas, los síntomas pueden ser más graves. Los síntomas más graves se presentan en un promedio de menos de 1% de las personas infectadas (1 de cada 150) e incluyen fiebre alta, dolor de cabeza intenso, debilidad muscular, desorientación, temblores, cambios en la visión, entumecimiento, convulsiones e incluso parálisis y coma. Algunos efectos neurológicos pueden ser permanentes.

Desde febrero de 2025, Kenya experimenta un brote de cólera que ha afectado a seis condados –Kisumu, Kwale, Migori, Mombasa, Nairobi y Turkana– de los 47 que tiene el país. Hasta la fecha, el brote se ha controlado solo en dos condados –Kwale y Migori–, y permanece activo en cuatro: Kisumu, Mombasa, Nairobi y Turkana. Se notificaron cinco nuevos casos en la semana epidemiológica 27 en el condado de Turkana.



Casos y muertes por cólera. Kenya. Año 2025, de semana epidemiológica 7 a 27. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

En total, desde el 10 de febrero –cuando se notificó el primer caso, que falleció ese mismo día– hasta el 6 de julio, se ha notificado un total de 423 casos. Esto incluye 177 casos que dieron positivo en pruebas de diagnóstico rápido y 99 casos confirmados mediante cultivo. Se han registrado 20 muertes, siete de ellas en la comunidad y 13 en centros de salud, lo que resulta en una tasa de letalidad general de 4,7%, que supera la tasa esperada de menos de 1% según la recomendación del Grupo de Trabajo Mundial para el Control del Cólera. Esta tasa de letalidad relativamente alta podría reflejar deficiencias en la gestión de casos y un comportamiento tardío en la búsqueda de atención médica. El grupo etario más afectado es el de 15 a 44 años, con 195 casos. Los hombres representan 213 casos, lo que representa 50,2% de todos los casos notificados.

Los condados afectados presentan un número variable de casos; Turkana registra el mayor número (122 casos), seguido de Kisumu (99), Nairobi (69), Migori (53), Kwale (48) y Mombasa (32). En cuanto a la tasa de incidencia cada 100.000 habitantes en riesgo, el condado de Turkana también lidera con 50,7 cada 100.000 habitantes, con casos reportados solo en un subcondado (Turkana West), con una población total de 240.652 habitantes. Le siguen los condados de Mombasa (16,5), Kwale (10,2), Migori (8,9), Kisumu (8,0) y Nairobi (1,4).

El brote ha evolucionado en forma de diente de sierra, lo que refleja la transmisión continua de la enfermedad dentro de las comunidades afectadas. Se observaron dos picos importantes en las semanas epidemiológicas 12 y 24. La semana epidemiológica 24 también registró el mayor número de muertes. Si bien el número de nuevos casos parece estar disminuyendo, es fundamental permanecer alerta, ya que existe la posibilidad de que la curva epidémica vuelva a ascender si no se mantiene el impulso de las medidas de respuesta actuales.

Acciones de salud pública

- El Centro de Operaciones de Emergencia de Salud Pública está organizando reuniones periódicas de coordinación en línea, reuniendo al Ministerio de Salud, las partes interesadas y los socios para garantizar una respuesta armonizada.
- La Organización Mundial de la Salud, en colaboración con el Ministerio de Salud y sus socios, continúa apoyando la respuesta al cólera en los condados afectados.

- Se han establecido Unidades de Tratamiento del Cólera y salas de aislamiento para gestionar y contener los casos. Los centros de salud monitorean activamente los casos, mientras que los equipos de respuesta rápida de los condados y subcondados siguen plenamente comprometidos con la respuesta al brote.
- Se han entregado suministros de agua, saneamiento e higiene, servicios de laboratorio y medicamentos esenciales a las zonas afectadas, incluidos los condados de Migori, Nairobi y Kwale.
- Continúan las actividades de participación comunitaria y comunicación de riesgos, a cargo de Promotores de Salud Comunitaria y voluntarios de la Cruz Roja de Kenya.
- La campaña de vacunación contra el cólera se llevó a cabo del 14 al 17 de junio en el distrito de Ahero, subcondado de Nyando, dirigida a personas mayores de un año. Se ha presentado una solicitud de dosis adicionales al Grupo Internacional de Coordinación para el Suministro de Vacunas (GCI) para una campaña reactiva en condados con transmisión activa.

Interpretación de la situación

El cólera se reportó por primera vez en Kenya en 1971 y, desde entonces, se han documentado brotes regularmente en todo el país, lo que refleja el acceso inadecuado al agua potable y las deficientes condiciones de higiene y saneamiento. Los efectos del cambio climático, como las sequías en algunas zonas y las inundaciones causadas por las fuertes lluvias estacionales, interrumpen el acceso al agua potable para las comunidades y contribuyen a la propagación de la enfermedad. El brote de cólera a largo plazo más reciente en Kenya se produjo entre octubre de 2022 y septiembre de 2024, causando más de 12.000 casos y más de 200 muertes. Por lo tanto, es urgente controlar rápidamente el brote actual para limitar su impacto, especialmente porque su tasa de mortalidad ya supera el 1% previsto, según las recomendaciones del Grupo de Trabajo Mundial para el Control del Cólera.

LA EPIDEMIA DE DENGUE SUPERA LOS 2.200 CASOS Y CIERRAN LAS ESCUELAS

30/07/2025

En Samoa, el Ministerio de Salud informó 521 casos de dengue confirmados por laboratorio durante la semana epidemiológica 30, lo que elevó el total del brote a 2.277 casos confirmados y dos muertes notificadas desde la declaración del brote el 17 de abril de 2025.

La mayoría de los casos (91%) corresponden a la isla de Upolu. Gran parte de los casos se distribuyen por el área urbana de Apia y el noroeste de las regiones de Upolu, siendo los menores de 15 años (71%) los más afectados. El 12% de los casos requirió hospitalización.

El Ministerio de Salud continúa la colaboración intersectorial mediante un enfoque integral a través del Comité Integrado de Control de Vectores. Las iniciativas de respuesta actuales se centran en la reducción de focos y medidas de saneamiento ambiental, la comunicación continua sobre las medidas preventivas del dengue en todos los medios de comunicación, y se insta a la población a usar ropa de manga larga para minimizar el riesgo de infección, usar mosquiteros y repelentes, mantenerse alerta ante síntomas graves y buscar atención médica de inmediato cuando sea necesario.

Las escuelas de Samoa fueron cerradas por el gobierno interino tras un aumento en los casos de dengue. La primera ministra interina, Tuala Tevaga Ponifasio, dijo que las escuelas reabrirían después de un exhaustivo proceso de fumigación.

“El cierre de todas las escuelas a nivel nacional será de una semana, del 28 de julio al 1 de agosto de 2025, mientras se realizan los programas de fumigación escolar”, dijo.

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.