ISSN 2796-7050

Reporte Epidemiológico de Córdoba

4 DE AGOSTO
2025
REC 2.964

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de enfermedad tipo influenza
- Por qué iniciar en invierno el esquema de vacunación contra el dengue

AMÉRICA

- Sudamérica: El tifus de los matorrales podría estar más extendido de lo que se cree
- Brasil: Brote de sarampión en Tocantins
- Estados Unidos: Baylisascariosis con síntomas neurológicos en dos niños de California
- Estados Unidos: Caso de enfermedad por el virus de Powassan en Maine
- Haití: La ONU trabaja para evitar la propagación del cólera
- México: La mayoría de las muertes por sarampión en Chihuahua es de indígenas

EL MUNDO

- Australia: Alerta de salud pública en Sidney por un brote de legionelosis
- China: Descienden los casos de fiebre chikungunya en Guangdong, tras el brote de julio
- Palestina: 45 casos de parálisis flácida aguda en medio del agravamiento de la hambruna en Gaza
- Reino Unido: Comienza la primera campaña de vacunación contra la gonorrea de la historia
- Sierra Leona: Situación epidemiológica de la mpox
- Zimbabwe: La malaria ha vuelto con fuerza y el número de muertes se ha triplicado

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
Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica

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

© Copyright 2020 - ISSN 2796-7050 - recfot - All Rights Reserved
Nota de la Editorial: La Editorial no se responsabiliza por los conceptos u opiniones vertidos en entrevistas, artículos y documentos traducidos y/o reseñados en este Reporte, los cuales son de exclusiva responsabilidad de los respectivos entrevistados, traductores, autores o colaboradores.

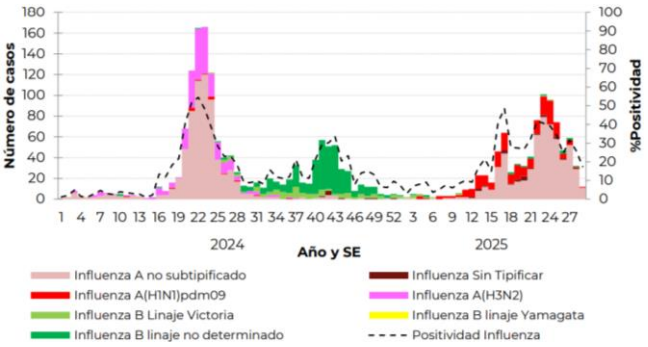
Argentina

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA

29/07/2025

En 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 28, se notificaron 637.889 casos de enfermedad tipo influenza. Las notificaciones presentan una tendencia ascendente desde la SE 11, ubicándose en niveles elevados en relación con los años previos, y en niveles de brote entre la SE 12 y la SE 17.



Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes, según semana epidemiológica y porcentaje de positividad en unidades de monitoreo ambulatorio. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2024 a 29 de 2025. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Unidades de monitoreo ambulatorio

El porcentaje de positividad presentó un ascenso desde la SE 16 de 2024, superando el 50% en las SE 21 y 22, en relación con el aumento estacional de los casos de influenza A(H3N2). Posteriormente, si bien registró un descenso, permaneció en valores elevados, con oscilaciones, asociados a la circulación de influenza B, alcanzando una positividad máxima de 33,55% en la SE 43. En las primeras 29 SE de 2025, se registraron 858 detecciones entre 3.297 muestras estudiadas, con una positividad acumulada de 26,02%. A partir de la SE 11, se verificó una tendencia ascendente tanto de las detecciones como del porcentaje de positividad. En las últimas SE se observó un leve descenso, aunque continúa en niveles elevados. En la SE 28 y la SE 29 de 2025 se notificaron 44 casos de influenza entre las 192 muestras estudiadas en las unidades de monitoreo ambulatorio.

Aun cuando desde el inicio de 2024 se registraron casos de influenza durante todas las SE del año, entre la SE 16 y la SE 28 de 2024 se verificó un aumento estacional en las detecciones, con el mayor número de casos notificados entre la SE 21 y la SE 24. Como se mencionó previamente, este ascenso estuvo asociado a la detección de Influenza A, con predominio del subtipo A(H3N2). A partir de la SE 31, y concomitantemente con el descenso de casos de Influenza A, se observó un ligero ascenso en la detección de casos de Influenza B/Linaje Victoria. En las 29 SE transcurridas de 2025 se detectaron predominantemente casos de influenza A (805 casos), con un menor número de detecciones de influenza B (31 casos). Entre los casos de influenza A, 211 detecciones correspondieron a influenza A(H1N1), el resto permanece sin subtipificar. Además, se detectó el linaje Victoria en 14 de los casos de influenza B (las detecciones restantes permanecen sin identificación de linaje). Se registraron 22 casos de influenza que permanecen sin tipificar en lo que va del año.

Los casos de influenza acumulados desde el inicio de 2024 se distribuyen en todos los grupos etarios, aunque los mayores porcentajes de positividad se observan en adolescentes y adultos jóvenes, seguidos de los niños mayores de 5 años y adultos de edad media (de 5 a 39 años).

Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)

En 2025, hasta la SE 29, se registró un total de 4.024 internaciones con diagnóstico de infección respiratoria aguda grave (IRAG) y 1.531 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida.[1]

La curva de casos de IRAG presentó una tendencia ascendente entre la SE 18 y la SE 28 de 2024, asociada al aumento estacional de los casos de influenza A(H3N2), permaneciendo por encima de los 200 casos semanales entre la SE 24 y la SE 37. En 2025, las notificaciones de IRAG experimentan un aumento desde la SE 12. En las últimas semanas se observó una ligera disminución en los casos, aunque los valores se mantienen en niveles elevados, con un promedio de 272 casos semanales en las últimas cuatro SE.

Aun cuando se registró IRAG con diagnóstico de influenza durante todo el periodo, entre la SE 18 y la SE 31 de 2024 se observó un ascenso de las detecciones de influenza A(H3N2), que alcanzó sus valores máximos en la SE 23 y la SE 24 de 2024. Con el descenso de casos de influenza A, se registró a partir de la SE 32 de 2024 un cambio en el tipo predominante, con un aumento de casos de influenza B/linaje Victoria, con el mayor número de casos detectados entre la SE 33 y la SE 42 de 2024.

En lo que va de 2025, se verificó un ascenso de detecciones de influenza desde la SE 13, con un pico en la SE 24 y un descenso continuo en las últimas SE. Los casos corresponden predominantemente a influenza A, con un total de 545 detecciones en lo que va de 2025, y un menor número de casos de influenza B (12 casos). En relación a los casos de influenza A, se registraron 251 detecciones de A(H1N1) y una detección de A(H3N2); el resto permanece sin subtipificar. Entre los casos de influenza B, se registraron cinco detecciones del linaje Victoria. Además, 54 detecciones de influenza permanecen sin tipificar a la fecha.

En las últimas cuatro SE, entre 749 casos de IRAG estudiados por técnica molecular, se registraron 93 detecciones de influenza y cinco codetecciones de influenza y virus sincicial respiratorio.

Entre los casos de IRAG estudiados mediante técnica molecular desde la SE 18 de 2024, se registra la mayor positividad para influenza en adultos mayores y los grupos de edad comprendidos entre 5 y 34 años.

Vigilancia universal a través de la red de laboratorios de virus respiratorios

Desde la SE 11 de 2025 se observó un incremento en el número de casos de influenza, con predominio de influenza A(H1N1), con un adelanto en el ascenso de casos en relación con lo

---

[1] Se considera caso de infección respiratoria aguda grave (IRAG) a todo Paciente de cualquier edad con infección respiratoria aguda con:
– fiebre referida o constatada mayor o igual a 38°C; y
– tos; e
– inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
– requerimiento de internación por criterio clínico.

Se considera caso de IRAG extendida a personas menores de 2 años y de 60 o más años con infección respiratoria definida por:
– tos o dificultad respiratoria; e
– inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
– requerimiento de internación por criterio clínico.

En lactantes menores de 6 meses también se debe considerar:
– Apnea (cese temporal de la respiración por cualquier causa), o
– Sepsis (fiebre/hipotermia y shock, y enfermedad grave sin causa aparente).

observado en años anteriores. En las últimas SE se registró un ligero descenso de la actividad, aunque con niveles aún elevados correspondientes con el comportamiento estacional del virus. En la SE 27 y la SE 28 se observó un total de 1.116 detecciones de influenza.

Vigilancia universal de virus respiratorios en internados y/o fallecidos

Con respecto a las detecciones de influenza, desde la SE 12 se registró un ascenso de los casos en personas internadas, con un leve descenso de la actividad en las últimas SE, aunque con niveles aún elevados correspondientes con el comportamiento estacional del virus. En la SE 28 y la SE 29 se detectaron 305 casos. En el año 2025 se registraron, hasta el momento, 159 fallecidos con diagnóstico de influenza.

Vacunación antigripal

La vacunación antigripal incorporada al Calendario Nacional de Vacunación a partir del año 2011 tiene como objetivo reducir las complicaciones, hospitalizaciones, muertes y secuelas de la infección por virus Influenza en los grupos poblacionales de alto riesgo para el desarrollo de enfermedad complicada.

En el actual contexto epidemiológico, el Ministerio de Salud insta a los equipos de salud a fortalecer la vacunación antigripal a las personas de los grupos poblacionales que se detallan a continuación, que no hayan recibido la vacuna este año. Se debe recordar que la vacunación antigripal administrada en forma oportuna es una medida preventiva sustancial para evitar el desarrollo de complicaciones relacionadas con la influenza.

La población objetivo para la vacunación antigripal es la siguiente:

- Personal de salud.
- Personas embarazadas: en cada embarazo y en cualquier trimestre.
- Personas puérperas hasta el egreso de la maternidad –máximo 10 días–, si no recibiera la vacuna durante el embarazo.
- Personas de entre 6 y 24 meses de edad: esquema de dos dosis, si no las recibieron anteriormente.
- Personas de entre 2 y 64 años que presenten factores de riesgo, con documentación que acredite la existencia de enfermedades preexistentes incluidas entre los factores de riesgo.
- Personas de 65 años y mayores: no se requiere indicación médica para recibir la vacuna antigripal. Como oportunidad, se puede evaluar la vacuna contra el neumococo y aplicar, si correspondiera.
- Personal estratégico, cuyo desempeño es clave para mantener las funciones esenciales (ej. fuerzas de seguridad del Estado).

Las condiciones clínicas que aumentan el riesgo de formas graves de influenza incluyen enfermedades respiratorias y cardíacas crónicas, inmunodeficiencias, enfermedades oncohematológicas, trasplantes, diabetes, obesidad mórbida, insuficiencia renal crónica, y otras condiciones específicas.

El dengue llegó para quedarse. En países como Argentina, no existía una percepción de riesgo permanente, hasta que en 2023 y 2024 se presentaron dos epidemias de magnitud sin precedentes, que concentraron 83% de los casos históricos del país hasta el momento.

Al dejar de ser solo una enfermedad de zonas tropicales o estacional, vacunarse dejó de ser "exclusivo" para el mercado de viajeros. De hecho, los infectólogos recomendaron iniciar el esquema con la vacuna tetravalente contra el dengue para conseguir la inmunización en verano y así reducir el riesgo de enfermedad grave o internación durante la temporada estival, la de mayor circulación del virus.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), a nivel global, se estima que aproximadamente la mitad de la población mundial está actualmente en riesgo de contraer dengue y que se producen entre 100 y 400 millones de infecciones cada año. Vale aclarar que los desplazamientos y el cambio climático favorecen la proliferación del mosquito vector, *Aedes aegypti*. Por ello, el principal desafío de los expertos es concientizar sobre la imposibilidad de predecir con exactitud la intensidad del próximo brote, que puede obedecer también a patrones geográficos, a la movilidad, a la urbanización desordenada y falta de infraestructura básica para el manejo de agua y residuos.

Completar el esquema

"Aquellos que reciban la primera dosis en invierno y la segunda 90 días después, durante la primavera, llegarán a la temporada estival con la protección completa que brinda la vacuna", afirmó el Dr. Pablo Eduardo Bonvehí, jefe de Infectología del Hospital Universitario del Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas 'Norberto Camilo Quirno Costa' (CEMIC), integrante del Departamento Científico de la Fundación Vacunar y miembro del Comité de Vacunas de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI). Y remarcó que 85,3% generó anticuerpos con la primera dosis, mientras que 99,5% los generó después de la segunda aplicación.

Si bien la primera dosis y la segunda de la vacuna tetravalente contra el dengue son exactamente iguales, la Dra. Florencia Cahn, médica infectóloga, directora de vacunas de la Fundación Huésped y miembro de la comisión directiva de la Sociedad Argentina de Vacunología y Epidemiología (SAVE), aclaró que "muchos creen que la segunda dosis de la vacuna funciona como un refuerzo, pero no es así; con una sola dosis, la protección a largo plazo es incompleta, por eso es fundamental aplicar la segunda, con un intervalo mínimo de tres meses".

Para remarcar la importancia de iniciar los esquemas en épocas de frío, Bonvehí señaló: "Sabemos que en la demanda de vacuna la gente se mueve con percepción de riesgo. Y si bien para estas épocas no se habla mucho de dengue, hay que aprovechar los momentos de 'silencio', para no repetir lo que ocurrió el año pasado, cuando se empezó a vacunar en el medio de un brote".

Características de la vacuna

La vacuna tetravalente contra el dengue se basa en un virus atenuado derivado del serotipo DENV-2, modificado genéticamente para ofrecer inmunidad cruzada contra los otros tres serotipos. Su seguridad y eficacia están respaldadas por un robusto programa de evaluación que incluyó 20 estudios clínicos englobados en la mega investigación TIDES, de la que participaron más de 20.000 personas durante 4,5 años en ocho países endémicos de América Latina y Asia.

Los resultados del TIDES mostraron una reducción del 84% en las hospitalizaciones por dengue y una disminución del 61% en los casos de dengue sintomático en la población vacunada. Estos beneficios se observaron tanto en personas que ya habían tenido dengue como en aquellas sin antecedentes previos de infección.

"Estamos hablando de una vacuna que, con dos dosis, reduce significativamente la probabilidad de cursar un cuadro clínico que requiera internación", subrayó Bonvehí.

Por qué vacunar

- La infección por dengue presenta un espectro clínico que va desde cuadros asintomáticos –en especial durante el primer contagio– hasta formas graves con riesgo de muerte.
- Las cifras indican que solo 25% de los infectados presentan síntomas, mientras que 75% son asintomáticos. Pero el riesgo de desarrollar formas graves de la enfermedad se incrementa con una segunda infección, sobre todo si esta ocurre con un serotipo diferente al primero y la persona no está vacunada.
- El comportamiento epidemiológico del dengue es impredecible y depende de múltiples factores: clima, presencia del vector, movilidad humana y prevalencia de serotipos, entre otros.
- Es importante vacunar porque "al no haber un antiviral específico, es muy importante la capacitación del equipo de salud en el manejo del paciente, en mantenerlo hidratado y aproximado al sistema de atención", resaltó Bonvehí.
- La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud coinciden en que la vacunación debe formar parte de una estrategia integral de control del dengue, que incluya también la eliminación de criaderos de mosquitos, la educación comunitaria, el monitoreo ambiental y la atención clínica oportuna.
- Enfermar de dengue da inmunidad permanente de por vida contra el serotipo adquirido, pero inmunidad transitoria contra los otros tres serotipos. A la vez, puede haber riesgo de infección más grave contra los serotipos restantes. Por eso se recomienda aplicar la vacuna a quienes tuvieron dengue.
- Las personas jóvenes y sanas pueden tener cuadros graves de dengue por su respuesta inflamatoria.
- Los estudios revelan que la eficacia de la vacuna es similar entre los que tuvieron y no tuvieron dengue. Ahora se analiza si se debería dar algún tipo de refuerzo después de los 4,5 años de protección probados. También actualmente se conducen estudios de inmunogenecidad para mayores de 60 años.

A quiénes vacunar

En Argentina, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica registró la vacuna a partir de los 4 años de edad, número que varía entre países (por ejemplo, en Indonesia, está autorizada desde los 6 años). Con todo, hay consenso sobre aquellas pobla-

ciones que tienen contraindicada la vacunación: las mujeres embarazadas o en período de lactancia y las personas con inmunodeficiencias adquiridas o congénitas. En todos los casos, es imprescindible consultar con un médico de confianza antes de iniciar el esquema y presentar la receta para la administración de ambas dosis de la vacuna.

¿Pero qué pasa con las personas mayores, cuando hablamos de una vacuna de virus vivo atenuado? Bonvehí compartió datos de un estudio de vigilancia pasiva sobre la seguridad de la vacuna contra el dengue TAK003, conducido en Argentina por la Fundación Vacunar. Sobre un total de 153.676 dosis administradas, solo se presentaron 302 eventos supuestamente atribuibles a vacunación e inmunización (ESAVI) y la gran mayoría fue después de la primera dosis, sin diferencias significativas entre edades.

“Con estos datos se empezó a vacunar con más confianza a los mayores de 60 años que demandan la vacuna, más si se tiene en cuenta que la gravedad del dengue es superior en las personas mayores, aunque la incidencia es menor, probablemente porque se exponen menos”, concluyó.

Medscape

Sudamérica

El tifus de los matorrales podría estar más extendido de lo que se cree

21/07/2025

Escara en sitio de inoculación.

Una rickettsiosis transmitida por la picadura indolora de ácaros que hasta 2006 se consideraba limitada a una zona de Asia y Oceanía, donde enferma a un millón de personas por año, ya afectó a más de 200 personas en el sur de Chile, es "más que probable" que también haya provocado casos en Argentina y quizás también esté presente en otros países de Sudamérica, advirtió el Dr. Thomas Weitzel, médico microbiólogo e infectólogo, especialista en medicina tropical, jefe del Programa de Medicina del Viajero de la Clínica Alemana y profesor titular del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina (ICIM) de la Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, en Santiago, Chile.

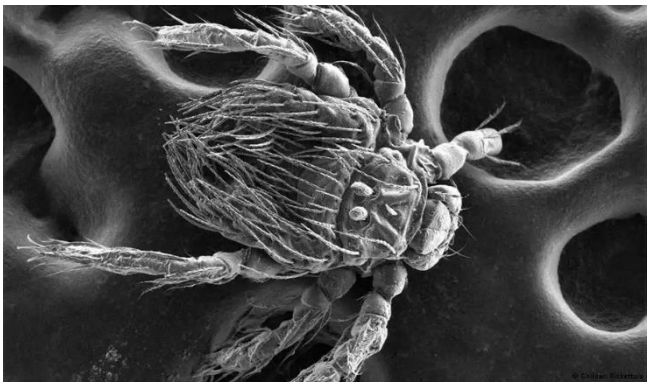
Se trata del tifus de los matorrales, también conocido como fiebre de los matorrales, fiebre de Tsutsugamushi, tifus del matorral o tifus de la maleza, la rickettsiosis más prevalente del mundo. La enfermedad es endémica en el llamado "triángulo de Tsutsugamushi", que abarca el norte de Japón y este de Rusia, territorios alrededor del mar de Salomón en el norte de Australia y Pakistán y Afganistán por el oeste, donde afecta sobre todo poblaciones rurales y pobres y causa unas 100.000 muertes por año, siendo mucho más infrecuente en viajeros. "En esa región, los casos fatales superan mucho los casos de dengue y malaria juntos", sostuvo Weitzel.

"La gente piensa que va a morir"

La inesperada versión sudamericana de la enfermedad fue detectada por primera vez en Chile en 2006 en un biólogo de 54 años que realizaba trabajo de campo en Chiloé, en el sur del país, y confirmada luego con otros tres casos, por lo que se pensó por primera vez en la existencia de un "foco endémico en Sudamérica". Desde entonces, al menos 200 personas presentaron la infección en la misma región chilena, confirmados con análisis de biología molecular, en una franja de más de 2.000 km que va desde la región del Biobío hasta Tierra del Fuego. La mayoría de los casos ocurren durante el verano.

Desde el punto de vista clínico se caracteriza por un cuadro febril asociado a exantema maculopapular "grueso" o petequial, más común en tronco que en las extremidades o la cara y sin afectar palmas, plantas o mucosas. También se visualiza una costra negra o escara en la zona

de inoculación. Otros signos y síntomas presentes en más de 60 % de los casos registrados en Chile son cefalea, dolor muscular y sudores nocturnos. Con menos frecuencia se consignan artralgias, linfoadenopatía y alteración de la conciencia.



Herpetacarus antarctica, uno de los vectores de *Orientia chiloensis* en Chile.

El tifus de los matorrales responde muy bien al tratamiento empírico con doxiciclina (100 mg cada 12 horas en adultos y 2,2 mg/kg cada 12 horas en niños, durante 7 días). "No se debe esperar al diagnóstico de laboratorio, que es secundario en esta infección severa", subrayó el especialista, para quien la doxiciclina tiene en las rickettsias "el efecto más sorprendente y rápido de un tratamiento antibiótico que haya visto nunca". En pacientes embarazadas se indica azitromicina 500 mg cada 12 horas durante 5 a 6 días.

"La confirmación diagnóstica en el laboratorio es compleja y en muchas situaciones no está disponible. En Chile, nuestro grupo de investigación tiene un equipo de reacción en cadena de la polimerasa cuantitativa en tiempo real (qPCR) que permite la confirmación molecular en forma rápida. La rutina en muchos países depende de pruebas serológicas comerciales, que indican la presencia de anticuerpos aproximadamente dos semanas después del inicio de síntomas. En resumen, el médico debe sospechar la rickettsiosis, tratarla y después confirmarla, si es posible", destacó Weitzel.

A diferencia de los casos registrados en el "triángulo de Tsutsugamushi", cuya letalidad ronda en 1 a 2 % en pacientes tratados y llega de 5 a 10 % en quienes no reciben tratamiento, ninguno de los casos de tifus de los matorrales identificados en Chile provocó la muerte.

"Mi sospecha es que en Chile es un poquito más leve porque en Asia también hay complicaciones como neumonitis o encefalitis que nunca vimos todavía aquí", dijo Weitzel.

De todas maneras, que la evolución sea más "benigna" en el sur de Chile no significa que haya que desestimar o menospreciar la amenaza. Y tampoco se puede descartar que haya habido decesos en pacientes que nunca recibieron el diagnóstico ni fueron tratados.

"Sabemos de algunos muy pocos casos no tratados que después de semanas de sufrimiento sobrevivieron, pero para el paciente es una enfermedad muy grave que nunca va a olvidar en su vida. Se sienten muy mal. La gente piensa que va a morir, tienen fiebre, escalofríos, mucho dolor, cefalea, no pueden pensar", enumeró Weitzel.

"La larva se fija a la piel y pica una sola vez"

En la región de Asia y Oceanía, el agente causal es la rickettsia *Orientia tsutsugamushi*, transmitida por la picadura inadvertida de larvas de ácaros ambientales de la familia Trombiculidae (ácaros trombicúlidos), conocidos como ácaros de la cosecha o ácaros rojos.

El primer caso identificado en Chile se pensó que había sido transmitido por sanguijuelas, pero estudios posteriores sugieren la participación vectorial en la región de al menos seis ácaros trombicúlidos, incluso algunos que no habían sido descritos. Muchos de ellos han sido identificados infestando distintas especies de roedores silvestres de la zona.

"Para la existencia de focos donde hay ácaros, la existencia de roedores es clave. Pero la infección es independiente de los roedores. Los huevos del ácaro están en el suelo, la larva sale y

busca un hospedero: pueden ser roedores, pero quizás también lagartijas, pájaros y a veces también humanos que están en la naturaleza. La larva se mete en a la ropa, entra y se fija a la piel. Y pica una sola vez", explicó Weitzel.

Otra diferencia es que la rickettsia involucrada en los casos registrados en el sur de Chile no es *Orientia tsutsugamushi*, sino una nueva especie, *Orientia chiloensis*, lo que se reveló en 2018 tras estudiar muestras clínicas de 18 pacientes con diagnóstico confirmado entre 2016 y 2018. El hallazgo sugiere un origen antiguo de la enfermedad en Sudamérica, en lugar de una introducción reciente.

Diagnóstico diferencial y presencia "más que probable" en Argentina

Junto con los casos de tifus de matorrales detectados en Chile, también se han evidenciado en las últimas dos décadas otros casos en África y Medio Oriente, lo cual marca un "cambio de paradigma" respecto de la idea del confinamiento de la enfermedad en el triángulo de Tsutsugamushi, apuntó Weitzel. "El mapa global de casos ahora se llena más y más", sintetizó el experto. También creció el interés por la enfermedad en la literatura científica: entre 1950 y 2010 había un promedio de 23 publicaciones por año, y desde 2011 hasta hoy la cifra trepó a 148 por año.

"En Chile lo que sabemos es que hay una nueva infección peligrosa y tratable. Y en el sur de Argentina es más que probable, seguro, que esta infección también existe, porque tiene ecosistemas iguales a los del sur chileno. Claro, depende de si las personas entran a estas zonas, pero Argentina tiene el mismo turismo de aventura que Chile y la gente hace trekking y realiza otras actividades al aire libre y están expuestos", expresó Weitzel.

"Normalmente, como los pacientes tienen fiebre, malestar y cefalea, los médicos piensan que es una infección viral y muchas veces tratan con antiinflamatorios. Después aparece el exantema y la interpretación normalmente es que es una alergia al antiinflamatorio", comentó Weitzel, para quien también es necesario hacer un trabajo de sensibilización sobre los síntomas de la enfermedad en la comunidad médica chilena. "Los médicos son ciegos a las cosas que no conocen", dijo.

Para el Dr. Tomás Agustín Orduna, ex jefe de Servicio de Medicina Tropical y Medicina del Viajero del Hospital de Infecciosas 'Dr. Francisco Javier Muñiz', en Buenos Aires, Argentina y expresidente de la Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero (SLAMVI), si hay tifus de los matorrales en un lado –Chile–, "probabilísticamente" debería haber en el otro –Argentina–. Y uno de los lugares por donde podría "colarse" sería en la isla de Tierra del Fuego, donde no existe la separación física impuesta por la cordillera de los Andes, sospecha Orduna. Cree que hay colegas en la Patagonia argentina que están atentos a su aparición.

La confirmación de que existe una nueva patología por rickettsias en el país permitirá evaluar mejor la gravedad de estos cuadros, contemplarla en el repertorio de diagnósticos diferenciales de síndromes febriles con exantema y, también, alentará a revisar de manera retrospectiva muestras de suero guardadas y "pacientes sin diagnóstico que en los últimos 3 o 5 años tenían cuadros compatibles autolimitados. Muchas enfermedades que van apareciendo, en realidad, estaban, pero no tenían nombre y apellido", dijo Orduna.

Puede estar en otros países de la región

Hay pruebas o indicios de que la enfermedad pueda extenderse o estar presente en otros países de Sudamérica, pero las investigaciones son muy incipientes. Weitzel mencionó que "en dos

lugares de Brasil hicieron estudios recolectando ácaros, buscando tifus de los matorrales, y no encontraron nada. Pero falta mucho por investigar".

En cambio, un estudio en el Amazonas peruano halló evidencia serológica de tifus de los matorrales en 5,3% de 1.124 muestras de pacientes febriles recogidas en 2013, incluyendo un caso de seroconversión. Y otras dos investigaciones colombianas en los departamentos de Cauca y Magdalena también documentaron reactividad serológica a *Orientia* en voluntarios sanos (4,1% confirmado por inmunoblot y 4,3% por ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas [ELISA], respectivamente). Sin embargo, observó Weitzel, estudios realizados en Chile muestran que en pacientes con infección aguda la seroconversión puede ocurrir, pero no siempre. Y que la sensibilidad de las pruebas serológicas que usan el antígeno asiático (*Orientia tsutsugamushi*) puede ser insuficiente para detectar los anticuerpos, por lo cual la búsqueda de nuevos patógenos en regiones de endemicidad desconocida requiere de estudios moleculares o de secuenciación en vectores y pacientes.

"Buscar anticuerpos contra bacterias siempre es algo poco concreto. Los datos de seroprevalencia en Perú y Colombia muestran que vale la pena buscar más, pero no son evidencia dura", afirmó.

Tras la confirmación de 11 casos de sarampión en Campos Lindos, Tocantins, la semana pasada, el Ministerio de Salud de Brasil intensificó nuevamente la vacunación en la región, la principal medida preventiva contra la enfermedad. Desde el inicio de la vacunación de refuerzo, se han administrado más de 1.100 dosis en Campos Lindos. Los municipios de Araguaína (Tocantins) y Balsas e Imperatriz (Maranhão), también recibirán vacunas de refuerzo el 1 de agosto, debido a su proximidad a la región donde se registraron los casos.

Desde el 21 de julio, el Ministerio de Salud ha mantenido equipos permanentes en Campos Lindos y ciudades vecinas para la vigilancia y el control de vacunación. La acción incluye campañas de vacunación y actividades de divulgación comunitaria. Técnicos estatales y municipales revisan los registros de vacunación de las personas de entre 6 meses y 59 años y recomiendan la vacuna contra el sarampión a quienes no están inmunizados.

Hasta la fecha, Campos Lindos ha registrado 11 casos confirmados de sarampión y otros seis en investigación. La vacunación es la principal medida para frenar la propagación del sarampión en Brasil. En 2024, la Organización Mundial de la Salud (OMS) certificó al país como libre de la enfermedad.

Como parte de las iniciativas ya implementadas esta semana en Araguaína y Palmas (Tocantins), el Ministerio de Salud organizó un seminario intensivo sobre el sarampión, que reunió a profesionales y gestores de la salud. Un total de 380 participantes recibieron capacitación para ampliar sus conocimientos sobre la prevención y el control de la enfermedad.

Próximas acciones

Hasta el 1 de agosto, la vacunación de bloqueo y las acciones intensificadas de vigilancia se extienden a las ciudades de Balsas e Imperatriz (Maranhão). Estas localidades se eligieron por su proximidad a Campos Lindos (Tocantins), donde se registraron casos de la enfermedad.

La iniciativa destaca la importancia de la capacitación continua de los equipos de salud para garantizar una respuesta rápida y eficaz ante los brotes, además de fortalecer los esfuerzos de inmunización en los municipios.

Día D

El 17 y el 26 de julio, el Ministerio de Salud organizó jornadas de vacunación contra el sarampión en ciudades de Acre, Rondônia, Tocantins, Mato Grosso y Mato Grosso do Sul, fronterizas con Bolivia, que enfrenta un brote de la enfermedad. En total, se vacunaron aproximadamente 3.000 personas.

En el primer Día D, Acre administró 1.800 dosis, cuatro veces más que en la vacunación de rutina, que registra un promedio de 436 dosis. El 26 de julio, se administraron 249 dosis en Acre, 79 en Rondônia, 527 en Mato Grosso y 157 en Mato Grosso do Sul.

El Ministerio de Salud enfatizó la importancia de mantener al día la vacunación contra el sarampión. Dado que hay suficientes suministros en todos los estados, se recomienda acudir al centro de salud más cercano y garantizar la protección contra esta enfermedad.

BAYLISASCARIOSIS CON SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS EN DOS NIÑOS DE CALIFORNIA

31/07/2025

Baylisascaris procyonis (nematodo del mapache), un parásito que se encuentra comúnmente en los mapaches (*Procyon lotor*), puede causar una enfermedad grave en los humanos cuando invade los órganos viscerales o los sistemas nervioso central y ocular. Sin un tratamiento rápido, la infección por *B. procyonis* puede provocar complicaciones graves y la muerte.

En septiembre de 2024, el Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles fue notificado de dos pacientes pediátricos no relacionados con signos y síntomas neurológicos compatibles con baylisascariosis, que incluían cambios de comportamiento, letargo e inestabilidad en la marcha.

El primer caso ocurrió en un adolescente de 14 años que había recibido un diagnóstico previo de trastorno del espectro autista y tenía antecedentes de pica (ingestión de artículos no alimentarios); el segundo caso ocurrió en un niño previamente sano de 15 meses.

Ambos fueron tratados con albendazol y corticosteroides. El primer paciente regresó al estado neurológico inicial, pero los retrasos en el diagnóstico y el tratamiento del segundo paciente resultaron en secuelas neurológicas graves.

Las investigaciones epidemiológicas identificaron heces de mapache caídas de un sitio de defecación comunitaria de estos animales en la azotea como la posible fuente de exposición del adolescente. No se identificó ninguna fuente de exposición en el niño menor.

Se debe sospechar una infección por *B. procyonis* y considerar el tratamiento inmediato en pacientes con síntomas neurológicos y eosinofilia en el líquido cefalorraquídeo o sangre periférica, especialmente en niños pequeños o personas con discapacidades del desarrollo o pica.

Además, se debe informar a la población sobre las estrategias de prevención de la exposición, incluyendo la prevención de la actividad de mapaches cerca de las propiedades, evitar la exposición a sus heces y la eliminación segura de los sitios de defecación comunitaria de mapaches.

Puede consultar el estudio completo, en inglés, haciendo clic aquí.

Mientras la temporada de garrapatas sigue aumentando en Estados Unidos, a un residente de Maine se le ha diagnosticado la enfermedad por el virus Powassan, transmitida por garrapatas. El adulto, que vive en el condado de Hancock, fue hospitalizado tras desarrollar síntomas neurológicos.

Las garrapatas se están extendiendo a nuevas regiones de Estados Unidos, llevando consigo enfermedades peligrosas y la necesidad de vigilancia.

El Dr. Jorge P. Parada, asesor médico de la Asociación Nacional de Gestión de Plagas (NPMA) de Chicago, señaló que el virus Powassan es poco frecuente en comparación con enfermedades como la borreliosis de Lyme, pero "sigue siendo un grave motivo de preocupación".

"Uno de sus aspectos más peligrosos es su rápida transmisión", declaró Parada. "El virus Powassan puede transmitirse en tan sólo 15 minutos tras la picadura de la garrapata infectada, mientras que la borreliosis de Lyme suele requerir un tiempo de fijación de 36 a 48 horas para su transmisión". El periodo de incubación de la enfermedad por el virus Powassan es de una a cuatro semanas.

Aunque los casos son raros, con sólo siete u ocho diagnósticos al año en Estados Unidos, han aumentado en los últimos años, sobre todo en las regiones del Nordeste y los Grandes Lagos, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos.

Como ocurre con otras enfermedades transmitidas por garrapatas, el virus es más frecuente desde fines de primavera hasta mediados de otoño.

Los síntomas iniciales incluyen fiebre, dolor de cabeza, vómitos y debilidad, según los CDC, aunque algunas personas infectadas pueden no presentar síntomas.

En algunos casos, el virus puede provocar una enfermedad grave, con meningoencefalitis. En estos raros casos, los infectados pueden experimentar dificultad para hablar, confusión, pérdida de coordinación y convulsiones, advirtió la agencia sanitaria.

Aunque cualquiera puede desarrollar una enfermedad grave, las personas con mayor riesgo son los ancianos, los niños y las personas inmunodeprimidas.

"A diferencia de la mayoría de las enfermedades transmitidas por garrapatas, entre 10% y 15% de los casos graves son mortales, y la mitad de los supervivientes experimentan daños neurológicos permanentes", afirmó Parada.

No hay vacunas disponibles para el virus Powassan. Ni tampoco existe una medicación específica para su tratamiento, el que se centra en controlar los síntomas y las complicaciones.

"Puesto que no existe tratamiento ni vacuna para el virus Powassan, la prevención es fundamental", afirmó Parada. "Las mismas estrategias de prevención de las garrapatas para la borreliosis de Lyme se aplican también a este virus", dijo.

El médico añadió: "La combinación de la rápida transmisión del virus Powassan, sus graves consecuencias para la salud y la falta de opciones de tratamiento lo convierten en un problema emergente de salud pública que requiere atención inmediata a los esfuerzos de prevención".

El cólera no cede en Haití, donde se han registrado más de 2.800 casos sospechosos, 91 confirmados por laboratorio y 36 muertes de diciembre pasado a la fecha, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La agencia sanitaria explicó que la mayoría de los casos están vinculados a asentamientos de desplazados y reportó que entre el 13 y el 19 de julio se notificaron 34 nuevos casos sospechosos en seis departamentos haitianos.

Los campamentos de desplazados carecen de agua potable y saneamiento, lo que favorece la propagación del cólera.

Se han identificado cinco focos de transmisión activa, incluyendo la capital, Port-au-Prince, y las regiones del norte.

"Los casos son gestionados por las autoridades sanitarias nacionales, con el apoyo de la OMS", dijo el 30 de julio el portavoz de la Organización de Naciones Unidas (ONU), Farhan Haq.

Poco acceso a agua potable y saneamiento

La Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA) informó que el cólera continúa afectando la frágil situación del sistema de salud pública del país, especialmente en los asentamientos de desplazados, donde el acceso a agua potable y saneamiento es limitado.

Las agencias de la ONU y sus socios humanitarios llevan a cabo actividades clave de prevención y respuesta al cólera, pese a que apenas cuentan con fondos para hacerlo.

Farhan Haq detalló que en el departamento de Artibonite, las familias recibieron tabletas purificadoras de agua y sales de rehidratación oral, mientras que en el centro de Haití, las ONG asociadas han instalado estaciones de lavado de manos y han ampliado las actividades de alcance comunitario.

En el norte, se están realizando esfuerzos para contener la propagación del cólera mediante la desinfección de letrinas y viviendas, y la distribución de tratamientos preventivos, abundó Haq.

Falta de financiamiento

No obstante, los esfuerzos, la respuesta está sometida a una gran presión debido a la escasez de recursos, la inseguridad y el deterioro de las condiciones en los asentamientos de desplazados, subrayó la OCHA.

"Se necesita urgentemente apoyo adicional para fortalecer la respuesta de salud pública y prevenir nuevos brotes entre las personas más vulnerables del país", apuntó.

La OCHA precisó que de los 908 millones de dólares que solicitó para el Plan de Necesidades y Respuesta Humanitaria, ha recibido solo 79 millones de dólares –menos del 9%–, hasta el momento.

La mayoría de las muertes por sarampión en Chihuahua es de indígenas

31/07/2025

Diez de las 13 personas fallecidas a causa del sarampión en el estado de Chihuahua son indígenas, el sector de la población que ha sido más afectada por la falta de vacunas en aquella entidad, según la información dada a conocer la Secretaría de Salud.

A nivel nacional, Chihuahua es la entidad que más casos de sarampión registra. De acuerdo con el epidemiólogo Gumaro Barrios Gallegos, las personas con esta enfermedad, indígenas en su mayoría, también presentaron desnutrición, deshidratación, neumonía y otros padecimientos, lo que dificulta la intervención efectiva en este sector vulnerable de la población.

Hasta el 30 de julio, la Secretaría de Salud registró 3.500 casos de sarampión en todo el país, siendo Chihuahua la entidad que más casos concentra, seguido de Sonora.

La Secretaría de Salud estatal detalló que, de los 13 fallecidos en la entidad, tres eran personas menonitas y las otras 10 pertenecían a etnias indígenas, principalmente rarámuris y mixtecos, estos últimos originarios del estado de Guerrero.

Abundó que, de los 10 casos de indígenas fallecidos, cinco eran niños de entre 2 y 6 años de edad; mientras que los otros cinco casos fueron de adultos entre 27 y 56 años de edad.

La región Tarahumara es la que ha registrado más casos de contagios y muertes, lo que se explica debido a que las personas en esta zona de Chihuahua son las que presentan mayores condiciones de vulnerabilidad y la mayoría carece de acceso a la salud, lo que impide que completen su esquema de vacunación.

Dentro de los municipios y poblados que más incidencia han registrado sobresalen el poblado Guachochi (141 casos), Guerrero (62 casos), Bocoyna (61), Carichi (60 casos, 3 muertes), Guadalupe (16), Calvo (16), Batopilas (14) y Urique (14), entre otros.

Este inusual registro de altos niveles de contagios y fallecimientos es atribuible a la ausencia de vacunas para este sector, ya que, en todos los casos de fallecimientos, los pacientes no tenían vacunas, aseguró el epidemiólogo Barrios Gallegos.

Detalló que, entre los indígenas fallecidos, también se registraron casos de desnutrición, deshidratación y otras condiciones que les impidió soportar los efectos del padecimiento.

Ante este escenario, el secretario federal de Salud, David Kershenobich Stalnikowitz, aseguró que el gobierno emprendió una campaña de vacunación intensiva en Chihuahua. “Se está vacunando en forma intensiva a la población. La frecuencia y la tasa de incidencia de casos disminuyó también en forma importante”, aseguró el 29 de julio.

El titular de la Secretaría de Salud también informó que la meta del Gobierno Federal es que, para noviembre próximo, ya no se registren nuevos casos de sarampión en el país.

AUSTRALIA

ALERTA DE SALUD PÚBLICA EN SIDNEY POR UN BROTE DE LEGIONELOSIS

31/07/2025

Un hombre murió y otros seis fueron hospitalizados después de un brote de legionelosis en Sydney.

Legionella pneumophila

El Departamento de Salud de New South Wales confirmó el 31 de julio que el hombre de unos ochenta años de Potts Point murió a causa de la infección después de enfermar a fines de junio.

Una persona continúa hospitalizada, mientras que los cinco pacientes restantes ya han regresado a sus hogares.

El Departamento advirtió a los residentes de Potts Point que estén atentos a los síntomas de la legionelosis. Los siete infectados eran residentes de esta área.

La directora de la Unidad de Salud Pública del Distrito de Salud Local del Sudeste de Sydney (SESLHD), Vicky Sheppeard, dijo que hasta el momento no se ha detectado la bacteria *Legionella*, pero las investigaciones continúan.

“El Distrito solicitó a los propietarios de edificios que desinfecten sus torres de enfriamiento en dos ocasiones desde que comenzó la investigación en junio”, dijo Sheppeard.

Un comunicado indicó que los casos no se conocen entre sí, pero se cree que pueden haber estado expuestos a una fuente común de infección.

La primera alerta sobre el brote de legionelosis se emitió el 19 de junio.

Tras el brote, los funcionarios de salud ambiental del estado trabajaron en estrecha colaboración con la ciudad de Sydney y han inspeccionado y tomado muestras de todas las torres de enfriamiento dentro de los 500 metros de las casas de los residentes.

A todos los administradores de sistemas de agua de refrigeración en el área de investigación se les ha informado que desinfecten sus sistemas.

Los propietarios de edificios deben asegurarse de que las torres de enfriamiento en sus sitios funcionen y se mantengan de conformidad con el Reglamento de Salud Pública de New South Wales de 2022.

DESCIENDEN LOS CASOS DE FIEBRE CHIKUNGUNYA EN GUANGDONG, TRAS EL BROTE DE JULIO

04/08/2025

Las autoridades sanitarias de la provincia china de Guangdong reportaron un descenso en el número de nuevos casos locales de fiebre chikungunya durante la última semana, después del repunte registrado en julio, informaron el 4 de agosto fuentes oficiales.

Entre el 27 de julio y el 2 de agosto se notificaron 2.892 contagios locales, sin que se hayan registrado casos graves ni fallecimientos.

La mayoría de las infecciones se concentraron en la ciudad de Foshan, según datos del Centro Provincial para el Control y la Prevención de Enfermedades.

El instituto provincial especializado en enfermedades infecciosas señaló que el aumento reciente de contagios ha sido contenido en su fase inicial y que el número de nuevos casos muestra una tendencia a la baja en el conjunto de la provincia, que cuenta con unos 127 millones de habitantes.

Las autoridades locales advirtieron, no obstante, que persisten los riesgos de propagación debido a la presión ejercida por los casos importados, en un contexto global de alta transmisión.

Igualmente, organismos sanitarios alertaron que la actividad de los mosquitos se ha visto intensificada por la temporada de tifones y las recientes lluvias.

La semana pasada, la región semiautónoma vecina de Hong Kong registró el primer caso importado de fiebre chikungunya desde 2019, que fue detectado en un menor llegado desde Guangdong.

El Gobierno central chino envió la pasada semana a uno de sus vice primeros ministros, Liu Guozhong, a Foshan, donde el dirigente exhortó a la población de este polo manufacturero a aplicar de forma estricta las medidas de cuarentena sanitaria portuaria.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) solicitó en julio pasado medidas preventivas para que no se repitan epidemias de fiebre chikungunya como las de hace veinte años por brotes a gran escala detectados en islas del Índico como Mayotte, La Réunion o Mauricio y la propagación de la enfermedad a países cercanos como Madagascar, Somalia o Kenia.

45 CASOS DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA EN MEDIO DEL AGRAVAMIENTO DE LA HAMBRUNA EN GAZA

23/07/2025

El Ministerio de Salud de Gaza anunció el 22 de julio que se han registrado 45 casos de parálisis flácida aguda (PFA) en el enclave en los últimos dos meses, un aumento sin precedentes atribuido al empeoramiento de las condiciones ambientales y sanitarias y a la desnutrición severa.

“Sin capacidad de diagnóstico preciso, estos casos podrían ser causados por el poliovirus o el síndrome de Guillain-Barré”, indicó el ministerio.

La parálisis flácida aguda es un síndrome clínico caracterizado por la aparición rápida de debilidad muscular o parálisis y afecta principalmente a los niños, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Entre las posibles causas del síndrome cita al poliovirus y otras infecciones virales, así como enfermedades y afecciones autoinmunes como la mielitis transversa y el síndrome de Guillain-Barré. De hecho, la poliomielitis reapareció recientemente en Gaza, declarada libre de esta enfermedad en 1999.

El Ministerio de Salud citó múltiples factores contribuyentes, entre ellos la contaminación del agua, el colapso de los servicios de alcantarillado, la acumulación de desechos, la propagación de enfermedades infecciosas, la desnutrición grave y el debilitamiento del sistema inmunológico.

Hizo un llamamiento humanitario urgente a la comunidad internacional, sus instituciones y organizaciones humanitarias para que intervengan de inmediato para detener la agresión, rescatar el colapsado sistema de salud y mejorar las condiciones de vida.

Gaza se enfrenta actualmente a una de las peores crisis humanitarias de su historia, donde una hambruna devastadora se cruza con una campaña de guerra genocida por parte de Israel desde el 7 de octubre de 2023.

Los hospitales de Gaza sufren una grave escasez de medicamentos y suministros médicos y están experimentando un colapso casi total en sus capacidades de diagnóstico y tratamiento.

El Ministerio de Salud también anunció el cierre de los servicios médicos en seis centros de salud, incluido un hospital y la estación central de oxígeno, debido a la escasez de combustible causada por el cierre completo de los cruces fronterizos por parte de Israel desde marzo de 2025.

Advirtió que todos los hospitales restantes en Gaza podrían cesar sus operaciones dentro de 48 horas.

Los funcionarios de salud informaron que el número de muertos por hambruna y desnutrición desde octubre de 2023 ha aumentado a 101, incluidos 80 niños, tras la muerte de 15 palestinos, incluidos cuatro niños, en las últimas 24 horas.

La Oficina de Prensa del Gobierno de Gaza advirtió el 20 de julio que el enclave está al borde de una “muerte masiva”, después de más de 140 días de cierre total de los cruces.

Israel ha matado a más de 59.100 palestinos, la mayoría de ellos mujeres y niños, en Gaza desde octubre de 2023. La campaña militar ha devastado el enclave, colapsado el sistema de salud y provocado una grave escasez de alimentos.

BBC

COMIENZA LA PRIMERA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN CONTRA LA GONORREA DE LA HISTORIA

03/08/2025

Las vacunas contra la gonorrea estarán ampliamente disponibles a partir del 4 de agosto en las clínicas de salud sexual de todo Reino Unido, en un intento por abordar niveles récord de infecciones.

Las vacunas se ofrecerán primero a aquellos con mayor riesgo: en su mayoría hombres homosexuales y bisexuales que tienen antecedentes de múltiples parejas sexuales o infecciones de transmisión sexual.

El Sistema Nacional de Salud (NHS) de Inglaterra afirmó que esta implementación es una novedad mundial y predijo que podría prevenir hasta 100.000 casos, ahorrándole potencialmente al NHS casi 11 millones de dólares durante la próxima década.

El Terrence Higgins Trust, que hizo campaña para la introducción de la vacuna en el Reino Unido, dijo que era "una gran victoria" para la salud sexual.

La gonorrea es una infección bacteriana que se transmite a través de relaciones sexuales sin protección. Los síntomas pueden incluir dolor, flujo inusual, inflamación de los genitales e infertilidad, pero en algunos casos puede no presentar ningún síntoma. El NHS dijo que se puede evitar mediante el uso adecuado de condones y aceptando la vacuna si se ofrece.

Los médicos están cada vez más preocupados por el número de infecciones y esperan que la vacuna, que tiene una eficacia de 30-40%, también ayude a frenar el creciente número de casos resistentes a los antibióticos.

La vacuna, conocida como 4CMenB, fue diseñada para prevenir la meningitis por meningococo B en bebés, pero las bacterias que causan las dos enfermedades están tan estrechamente relacionadas que la inyección también es efectiva contra la gonorrea.

En 2023 hubo más de 85.000 casos de gonorrea, la cifra más alta desde que comenzaron los registros hace casi 100 años.

Uno de los diagnosticados fue Joey Knock, quien dijo que la infección le provocó diarrea, lo hizo sentir "agotado" y lo obligó a tomarse tiempo libre del trabajo para recuperarse. "Lo hablé con mis amigos y definitivamente tuve síntomas peores que los de ellos", dijo. "Me sentí muy mal, no podía retener la comida y me sentía totalmente agotado".

Vacunación privada

Como tiene muchas parejas sexuales, el hombre de 35 años decidió pagar en una farmacia privada una vacuna contra la gonorrea en febrero de 2024, antes de viajar al extranjero a un festival. Pagó 300 dólares y dijo estar contento de haberlo hecho.

“Me ayuda saber que estoy tomando el control de mi salud sexual y haciendo lo que puedo para mantenerme seguro y practicar sexo más seguro, y estar mucho menos preocupado por la gravedad de los síntomas”, afirmó.

Joey dijo que usa la protección que le ofrece la vacuna junto con otros métodos de sexo seguro, como tomar la proxilaxis pre-exposición, que ayuda a prevenir el VIH, y DoxyPep, antibióticos que se toman después del sexo para prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS) bacterianas, un tratamiento que no está ampliamente disponible en el NHS.

Dijo que también usa condones ocasionalmente, pero ve la vacuna como una herramienta adicional para mantenerse a salvo en situaciones en las que él o su pareja no quieren usarlos.

Desde que fue vacunado, Joey se volvió a infectar con gonorrea, pero dijo que los síntomas fueron mucho menos graves. “He podido seguir con mi día y se ha vuelto algo mucho más manejable, y hacerme pruebas regularmente y conocer mi cuerpo realmente ayuda”, agregó.

A Matthew, un hombre de 63 años del este de Escocia, le diagnosticaron gonorrea hace 10 años y tuvo una reacción conocida como artritis reactiva: un dolor extremo en las articulaciones causado por la reacción del cuerpo a una infección. Dijo que la experiencia, que le ha causado daños duraderos en algunos dedos de las manos y de los pies, fue tan dolorosa que le ha dejado con miedo de volver a infectarse y ha afectado su salud mental.

“Estoy constantemente buscando síntomas y estoy constantemente consciente de ello, y me siento un poco como solía sentirme en la década de 1980, cuando estaba constantemente preocupado por el VIH. Me daba una especie de tos y pensaba ‘Dios mío, ¿qué me está pasando?‘“, dijo.

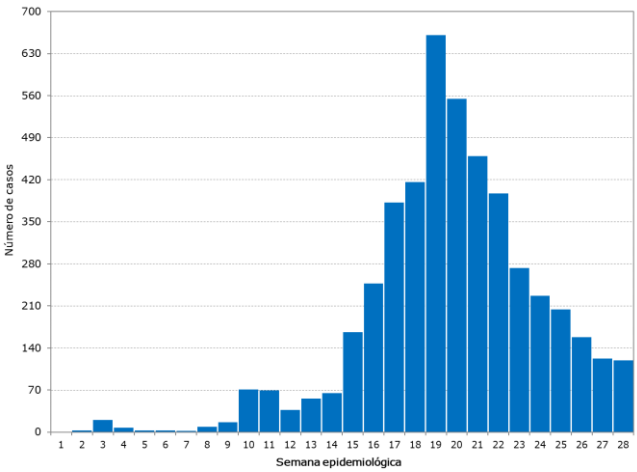
Espera ser una de las primeras personas en recibir una vacuna para brindarse a sí mismo y a sus parejas sexuales mayor protección. “No sólo te estás protegiendo a ti mismo, estás protegiendo a tus parejas. Creo que también aliviará parte de la carga de los servicios de salud sexual. Cada vez es más difícil conseguir citas, así que, si puede ayudar a reducir la incidencia de las ITS, creo que realmente vale la pena”.

Richard Angell, director ejecutivo de Terrence Higgins Trust, una importante organización benéfica de salud sexual, dijo que la vacuna era una “adición notable a nuestro conjunto de herramientas sobre salud sexual”.

La Dra. Amanda Doyle, directora nacional del NHS para atención primaria y servicios comunitarios, dijo que era importante que “todas las personas elegibles aprovechen la oferta a través de los servicios de salud sexual” para “mantenernos seguros unos a otros”. “Es un verdadero paso adelante para la salud sexual”, añadió.

Se pide a las personas que puedan ser elegibles para la vacuna que se comuniquen con su clínica de salud sexual local para obtener más información.

Al 13 de julio de 2025, el brote de mpox en Sierra Leona seguía activo, con 105 nuevos casos confirmados reportados en la semana epidemiológica (SE) 28. Los últimos casos confirmados se registraron en 11 distritos: Western Area Urban (43), Western Area Rural (20), Bombali (15), Tonkolili (7), Kono (7), Port Loko (4), Kenema (3), Bo (2), Moyamba (2), Bonthe (1) y Kambia (1). Durante la misma SE, se registraron 280 casos activos, con 166 hospitalizados en diversas instalaciones, y el Centro de Aislamiento y Tratamiento de la Escuela de Formación Policial albergaba a 25,0% del total de casos activos. De la SE 19 a la SE 28, se observó una disminución constante en el número de casos de mpox a nivel nacional, lo que indica una tendencia a la baja del brote.



Casos notificados de mpox, según semana epidemiológica. Sierra Leona. Año 2025, hasta el 13 de julio. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

El brote ha provocado 4.731 casos confirmados y 35 muertes, lo que representa una tasa de letalidad de 0,7% hasta el 13 de julio de 2025. El brote se ha notificado en los 16 distritos de Western Area Urban (2.686), Western Area Rural (957), Bombali (280), Port Loko (178), Kenema (127), Kono (96), Bo (84), Koinadugu (67), Tonkolili (66), Kambia (52), Bonthe (42), Moyamba (26), Falaba (21), Karene (21), Kailahun (15) y Pujehun (13).

De los casos confirmados, 2.468 son hombres (52,0%), y 2.263 son mujeres (48,0%). El grupo de edad de 20 a 49 años sigue siendo el más afectado, representando 77,0% de todos los casos confirmados. Los menores de 15 años representan 5,4% del total de casos. De las 2.023 mujeres en edad fértil afectadas, 18 (0,9%) están embarazadas. Al 14 de julio de 2025, se habían registrado 13.720 contactos, de los cuales 7.766 habían completado un seguimiento de 21 días. Cabe destacar que algunas de las zonas afectadas por el brote de mpox son las vecinas Guinea y Liberia, al oeste y al este, respectivamente.

Acciones de salud pública

El Ministerio de Salud y Saneamiento, con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus socios, ha llevado a cabo las siguientes intervenciones de respuesta:

- Más de 137.000 personas han sido vacunadas en todo el país, incluyendo campañas dirigidas a personas con VIH en siete distritos. Se dispone de una reserva de 15.935 dosis. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) apoyó una campaña de vacunación de cinco días en los 16 distritos.
- Se están implementando mejoras en la investigación integrada de casos, el rastreo de contactos y el monitoreo comunitario en los 16 distritos mediante equipos de respuesta rápida distritales, trabajadores de salud comunitarios, graduados en epidemiología de campo y equipos de respuesta de emergencia desplegados en todos los distritos. El gobierno, la OMS, la Asociación para la Educación y el Desarrollo de la Salud (HEADA), Servicios de Población

Internacional (PSI), los Centros Africanos para el Control y la Prevención de Enfermedades (África-CDC) y otros socios apoyan esta iniciativa.

- Un total de 23 centros de tratamiento de la mpox están operativos y más trabajadores de la salud están recibiendo capacitación utilizando las directrices actualizadas. Nueve laboratorios realizan pruebas rutinarias de mpox con tecnología GeneXpert y PCR, con el apoyo de recientes donaciones de cartuchos de la OMS y el Grupo Harvard.
- Las iniciativas de comunicación de riesgos y participación comunitaria continúan, incluyendo debates en radio y televisión con la participación de pacientes recuperados, sensibilización escolar (especialmente en instituciones de educación superior), uso de camiones con altavoces móviles para la sensibilización comunitaria y actividades de divulgación casa por casa.
- La distribución de materiales para la prevención y el control de infecciones ha finalizado, con auditorías y evaluaciones en curso fuera de Western Area Urban y Western Area Rural.
- El cribado de viajeros continúa en todos los puntos de ingreso monitoreados en todo el país.
- Se prevé una revisión interna de la acción para la primera semana de agosto, junto con esfuerzos para abordar deficiencias logísticas, como la escasez de tablets para la elaboración de informes digitales y el transporte para los equipos de campo.

Interpretación de la situación

El brote de mpox en Sierra Leona ha alcanzado casi 5.000 casos confirmados desde su inicio en enero de 2025. Aunque se ha observado una tendencia a la baja en los casos desde la SE 19, siguen surgiendo nuevos casos confirmados, especialmente en los distritos Western Area Urban y Western Area Rural, lo que indica una transmisión persistente. A pesar de las limitaciones de las herramientas digitales y las de transporte, se han logrado avances significativos en la gestión de casos, la capacidad de laboratorio y la vacunación. Para evitar una mayor escalada, los esfuerzos de respuesta deben seguir priorizando la carga electrónica de datos, el apoyo logístico a los equipos de vigilancia, la coordinación transfronteriza sostenida y una sólida participación comunitaria.

La malaria ha vuelto con fuerza y el número de muertes se ha triplicado

19/07/2025

Los esfuerzos de Zimbabwe para controlar la malaria han sufrido un duro golpe, ya que los expertos afirman que la enfermedad ha regresado "con fuerza" después de los recortes de ayuda de Estados Unidos, con 115 brotes registrados en 2025 en comparación con solo uno el año pasado.

El fuerte aumento de casos se produce seis meses después de que Donald John Trump detuviera la financiación crítica para la investigación estadounidense y los programas de respuesta nacionales.

Los recortes de enero, que incluyeron la financiación de programas contra la tuberculosis, el VIH/sida y la malaria, paralizaron el Programa de Apoyo Entomológico de Zimbabwe para la Malaria (ZENTO) en la Universidad de África en Mutare, que proporciona al Programa Nacional de Control de la Malaria del país investigación científica para combatir la enfermedad.

Los casos acumulados de malaria aumentaron 180% en los primeros cuatro meses de 2025, según el Ministerio de Salud, mientras que el número de muertes relacionadas con la malaria aumentó 218%, de 45 en el mismo período en 2024 a 143 en 2025. Al 26 de junio, el número de casos de malaria había aumentado a 119.648, con 334 muertes, según el Ministerio de Salud de Zimbabwe.

La distribución de métodos de control esenciales, como mosquiteros, también se vio interrumpida, dejando a cientos de miles de personas expuestas a picaduras de mosquitos en todo el país. El Ministerio de Salud declaró en mayo que se estaban distribuyendo 1.615.000 mosquiteros tratados con insecticida, pero que había un déficit de 600.000 debido al retiro de la financiación estadounidense.

Itai Rusike, director del Grupo de Trabajo Comunitario sobre Salud de Zimbabwe, dijo que la falta de financiación estaba poniendo en peligro los importantes avances del país contra la malaria en los últimos 20 años.

"Una financiación nacional sostenida es fundamental para mantener los esfuerzos de prevención y tratamiento en marcha", afirmó.

"Si no hay mosquiteros ni medicamentos preventivos disponibles para embarazadas, se perderán vidas. Cuando se interrumpe el suministro de pruebas diagnósticas y tratamientos de primera línea, los casos de malaria y las muertes se disparan".

Los niños menores de cinco años representan 14% del total de casos de malaria.

Zimbabwe se ha propuesto eliminar la malaria para 2030, de acuerdo con el ambicioso objetivo establecido por la Unión Africana, utilizando diversas estrategias como la sensibilización de la

comunidad, la prevención de las picaduras de mosquitos con mosquiteros tratados con insecticidas y la fumigación, así como la mejora de los sistemas de vigilancia.

El Dr. Henry Madzorera, ex ministro de salud, dijo que Zimbabwe debería movilizar sus propios recursos para cubrir la brecha de financiación.

"Tenemos muchos impuestos destinados al sector salud; utilicémoslos con prudencia para promover la salud y prevenir enfermedades", dijo. "Es necesario tratar la malaria a tiempo".

"El país no debe depender de los donantes para realizar actividades de eliminación de la malaria", añadió Madzorera.

En 2024, la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) desembolsó 270 millones de dólares para programas de salud y agricultura en Zimbabwe.

El viceministro de salud de Zimbabwe, Sleiman Kwidini, admitió que la brecha de financiación dejada por los recortes estadounidenses había interrumpido el suministro de mosquiteros.

"Ahora nos encargamos de la adquisición de esos mosquiteros después de que Estados Unidos retirara la financiación. Acabamos de sufrir algunos inconvenientes, pero nuestra visión es eliminar la malaria para 2030", afirmó.

El profesor Sungano Mharakurwa, director del Instituto de Malaria de la Universidad de África, dijo que tomaría tiempo recuperar el terreno perdido, pero agregó: "Si conseguimos financiación, podemos empezar a trabajar de inmediato y volver rápidamente a obtener éxitos, hasta que venzamos este flagelo mortal que es la malaria".

Dijo que desde que comenzó el programa de vigilancia de mosquitos ZENTO en la provincia de Manicaland, hubo una marcada reducción en los casos de malaria y que estaba a punto de extenderse cuando llegaron los recortes estadounidenses.

"En colaboración con el Programa Nacional de Control de la Malaria, se acababa de ampliar", dijo Mharakurwa. "Estaba previsto que funcionara durante cinco años con cobertura nacional cuando se canceló abruptamente".

Los datos de la Universidad de África muestran que Manicaland registró 145.775 casos de malaria en 2020, pero solo 28.387 después de la introducción de ZENTO en 2021. Los casos de malaria en la provincia se habían reducido aún más a 8.035 en 2024, antes de triplicarse a 27.212 el año siguiente, cuando se recortó la financiación estadounidense.

Mharakurwa afirmó: "La malaria regresó con fuerza inmediatamente después, y los casos que estaban disminuyendo se recuperaron en 2025, superando los niveles jamás vistos desde el inicio del proyecto".

Las lluvias superiores a lo normal de este año, que favorecieron la transmisión de la malaria, han empeorado la situación, añadió.

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.