

13 DE AGOSTO
2025
REC 2.968

ARGENTINA

- Situación epidemiológica de la mpox
- Mendoza: Los padres que no vacunen a sus hijos podrán ser multados e incluso arrestados

AMÉRICA

- Ecuador: Doce recién nacidos murieron en un hospital público de Guayaquil
- Estados Unidos: Alerta por el inusual aumento de muertes causadas por *Vibrio vulnificus*

- México: Van 3.911 casos de sarampión en lo que va del año, con 14 defunciones

- México: Las abejas causan más decesos que los alacranes o las serpientes

- Perú: En lo que va del año, la tos convulsa causó 18 muertes en Loreto

EL MUNDO

- Eslovaquia: Primer brote de fiebre Q en 30 años
- España: Galicia inició un programa piloto de vacunación contra la gonorrea

- Europa: Las agencias de la salud intentan combatir la hepatitis viral en las cárceles

- Finlandia: Brote de hepatitis A vinculado a un restaurante en Oslo

- Israel: Detectan poliovirus en muestras ambientales de Jerusalén y la Región Central

- Italia: Alarma tras intoxicaciones y muertes por botulismo en Calabria y Sardegna

- Somalia: Alerta epidemiológica por brote de difteria en Mogadishu

Comité Editorial

Editor Honorario ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021)

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

Editor en Jefe

ÍLIDE SELENE DE LISA

Editores adjuntosRUTH BRITO
ENRIQUE FARÍAS**Editores Asociados**

ISSN 2796-7050

ADRIÁN MORALES // ÁNGELA GENTILE // NATALIA SPITALE
SUSANA LLOVERAS // TOMÁS ORDUNA // DANIEL STECHER
GUSTAVO LOPARDO // DOMINIQUE PEYRAMOND // EDUARDO SAVIO
CARLA VIZZOTTI // FANCH DUBOIS // GUILLERMO CUERVO
DANIEL PRYLKA // 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

Patrocinadores

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

Takeda
WWW.TAKEDAPRO.COM.AR/

Adherentes



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

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

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

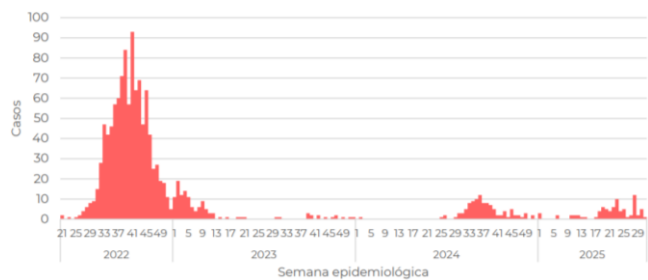


11/08/2025

Ante el recrudecimiento de la mpox asociado a la aparición de un nuevo clado del virus –clado Ib–, su rápida propagación en el este de República Democrática de Congo y la notificación de casos en varios países vecinos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo declaró como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (2005). A raíz de ello y en virtud de dar difusión a las medidas de prevención, vigilancia y respuesta, el Ministerio de Salud de Argentina emitió una [Alerta Epidemiológica](#) el 16 de agosto, incluyendo la descripción de la situación actual y las directrices vigentes para la vigilancia epidemiológica y las medidas ante casos y contactos, entre otros aspectos relacionados con este evento.

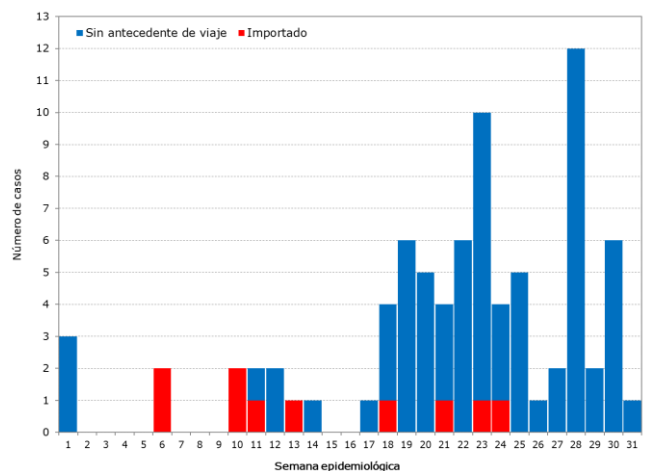
La OMS emitió “recomendaciones permanentes”, en las cuales instó a los Estados Miembros a elaborar un [Plan estratégico de preparación y respuesta para Mpox 2024-2025](#), a fin de dar una orientación general y una respuesta coordinada. Este Plan, llevado a cabo por el Ministerio de Salud de Argentina, es clave para guiar las actividades de preparación y respuesta de salud pública a nivel nacional, jurisdiccional y local, con el objetivo principal de detener los brotes de transmisión de mpox de persona a persona y mitigar su impacto en salud humana a través de medidas coordinadas a nivel nacional. Para facilitar el abordaje de este plan, se han estipulado tres escenarios epidemiológicos frente al ingreso y transmisión de casos de mpox en Argentina:

1. Sin transmisión autóctona, pero con casos importados del clado II.
2. Con casos esporádicos de transmisión autóctona del clado II y sin clado I.
3. Con introducción del clado I.



Casos confirmados de mpox, según semana epidemiológica. Argentina. De semana epidemiológica 21 de 2022 a 31 de 2025. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N=1.136).

Nota: Seis de los casos notificados en 2025 corresponden a 2024, según fecha mínima del caso.



Casos confirmados de mpox, según antecedentes de viaje y semana epidemiológica. Argentina. Año 2025, hasta semana epidemiológica 31. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N=81).

Nota: Seis de los casos notificados en 2025 corresponden a 2024, según fecha mínima del caso.

Situación en Argentina

Durante el año 2022 (año epidémico), a partir de la semana epidemiológica (SE) 21, fueron notificados 1.024 casos confirmados. En 2023 se notificaron 124 casos confirmados, principalmente en la primera mitad del año, mientras que en 2024 se confirmaron 107 casos, concentrados en la segunda mitad del año. Durante el año en curso, hasta la SE 31, se notificaron 207 casos, de los cuales 81 fueron confirmados.

En 2025, se observa un aumento de casos desde la SE 18, una disminución en la SE 26 y un nuevo aumento desde la SE 28, con un pico de 12 casos en dicha semana.

El 93% de los casos confirmados reside en jurisdicciones de la región Centro, principalmente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (63%) y la provincia de Buenos Aires (27%).

Provincia/Región	Casos confirmados			Total de notificaciones
	SE 1 a 31	SE 31	SE 28 a 31	
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	51	1	16	94
Buenos Aires	22	2	7	64
Córdoba	2	—	—	10
Entre Ríos	—	—	—	2
Santa Fe	—	—	—	4
Centro	75	3	23	174
Mendoza	5	—	—	23
Cuyo	5	—	—	23
Corrientes	1	—	—	2
Formosa	—	—	—	2
Misiones	—	—	—	1
Noreste Argentino	1	—	—	5
Tucumán	—	—	—	1
Noroeste Argentino	—	—	—	1
Chubut	—	—	—	1
Neuquén	—	—	—	1
Río Negro	—	—	—	1
Santa Cruz	—	—	—	1
Sur	—	—	—	4
Total Argentina	81	3	23	207

Casos notificados y confirmados de mpox según jurisdicción de residencia. Argentina. Año 2025, hasta semana epidemiológica 31. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N=207).

De los 81 casos de 2025, 23 fueron detectados en las últimas cuatro SE, y corresponden a residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (16 casos) y la provincia de Buenos Aires (7 casos). Se trata de personas de sexo masculino, con una mediana de edad de 37 años, y ninguno consignó antecedente de viaje al exterior o contacto con viajeros.

En aquellos casos que consignan información (6 casos), el principal antecedente epidemiológico son las relaciones sexuales con hombres (5 casos) y las relaciones sexuales con parejas nuevas múltiples y ocasionales (2 casos).

Vigilancia a través de la Red Nacional de Laboratorios

A partir de 2025 se constituyó la Red Nacional de Laboratorios de Mpox, integrada por 25 laboratorios en todas las jurisdicciones del país y con la coordinación del Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas/Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán' (INEI-ANLIS). La red tiene por objetivo garantizar un diagnóstico oportuno y de calidad en todo el país, y asegurar los estudios necesarios para reconocer la situación epidemiológica nacional en forma permanente.

En 2025, y hasta el 6 de agosto se realizaron 208 diagnósticos en laboratorios de la Red Nacional de Laboratorios de Mpox, que detectaron 81 casos positivos, de los cuales se derivaron 56

al LNR para identificación del clado. Todos los casos estudiados hasta el momento por el LNR han resultado ser del clado II.

En el mes de junio, la provincia de Mendoza identificó un conglomerado de cinco casos positivos, todos con vínculos familiares entre sí. El brote involucró a tres adultos (dos varones y una mujer) y a dos menores de nueve y trece años, todos pertenecientes a una misma familia.

El diagnóstico de mpox fue realizado mediante la prueba de reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR) por el Laboratorio Núcleo, Laboratorio de Referencia provincial de la Red Nacional de Laboratorios de Mpox.

Las muestras fueron remitidas al Servicio de Microscopía Electrónica, LNR del INEI-ANLIS, donde se determinó mediante RT-PCR que todas corresponden al clado II, el cual está circulando a nivel mundial desde mayo de 2022.

La secuenciación genómica fue obtenida mediante una estrategia híbrida de ensamblado utilizando secuencias de las plataformas Illumina y Oxford Nanopore por el Centro Nacional de Genómica y Bioinformática de la ANLIS. El análisis genómico fue realizado por el LNR. Las secuencias analizadas pertenecen al clado IIb linaje F.2, utilizando la herramienta Nextclade. Este linaje había sido descrito anteriormente en secuencias pertenecientes a casos registrados en Sudáfrica y Australia en 2024.

Las secuencias presentan una gran delección de 912 nucleótidos comprometiendo el gen OPG023, otras seis delecciones menores y 26 mutaciones puntuales en todo el genoma, que se traducen en ocho cambios de aminoácidos (genes OPG034, OPG064, OPG074, OPG104, OPG118, OPG188, OPG204 y OPG208) con respecto a la secuencia de referencia mpoxv_usa_2022_ma001, considerada la primera detectada del brote internacional de mpox de 2022 y prototípica del linaje B.1.

Con respecto a la referencia NC_063383.1, prototipo del linaje A, del 2017, la primera en ser considerada parte del clado IIb, presenta 83 mutaciones que se traducen en 33 cambios de aminoácidos.

Uno de los pacientes afectados presenta inmunocompromiso y desarrolló una infección grave y de muy larga duración, por lo que se continúa el estudio de la evolución viral en este caso, debido a que este tipo de infecciones favorecen la selección de mutaciones de adaptación al huésped.

Los cambios detectados en las secuencias genómicas analizadas ya han sido descritos en variantes estudiadas previamente en todo el mundo y no han sido asociados con cambios significativos en la patogenia del virus. Por lo cual, la transmisión atípica en Argentina de este conglomerado (que implica la afectación de mujeres y niños en una misma cadena de transmisión) no puede atribuirse a cambios a nivel del virus. No obstante, la cantidad de mutaciones que se van sumando en los distintos linajes virales –particularmente en los genes implicados en la modulación de la respuesta inmune del huésped– indica que el virus, originalmente zoonótico, está adaptándose rápidamente al humano, lo que puede provocar cambios tanto en la transmisibilidad como en la patogenia de la enfermedad.

La investigación de este brote fue posible gracias a un sistema de vigilancia sensible y una respuesta rápida y exhaustiva de la jurisdicción en la investigación epidemiológica. Asimismo, pone de relieve la importancia de contar con una Red de Laboratorios que permita diagnosticar rápidamente y con calidad los casos de mpox para tomar las medidas adecuadas para contener la transmisión y caracterizar cambios en el genoma viral que puedan ser asociados a variaciones en los mecanismos de transmisión y patogenia.

La provincia de Mendoza implementó una nueva y estricta normativa que busca asegurar el cumplimiento del calendario de vacunación obligatorio en niños. A partir de ahora, los padres que no vacunen a sus hijos podrían ser sancionados con multas que superan los \$ 300.000, penas de hasta cinco días de cárcel, y la obligación de realizar trabajos comunitarios.



Esta medida, impulsada por el Ministerio de Salud provincial, tiene como objetivo principal garantizar que el calendario de vacunación obligatorio establecido por ley se cumpla, independientemente de la voluntad de los padres.

La reglamentación se apoya en el artículo 119 del Código Contravencional y establece una multa específica de \$ 336.000, un arresto de hasta cinco días, o su equivalente en trabajo comunitario en centros asistenciales u hospitales públicos para aquellos que incumplan con la vacunación de sus hijos menores de edad.

Para hacer efectiva esta normativa, se ha elaborado un protocolo de denuncia detallado. Tanto el personal de las escuelas como quienes integran el sistema de salud tienen la obligación de denunciar cuando los responsables de los menores se resistan a la aplicación de las dosis.

Una vez detectado el incumplimiento, se brindará un plazo de 30 días para que la vacunación se realice en otro lugar, con el sistema de salud encargado de monitorear este compromiso.

Si, agotadas todas estas instancias, la vacunación sigue sin realizarse, el protocolo se activa. En primer lugar, se notifica al Equipo Técnico Interdisciplinario (ETI) correspondiente, para luego efectuar la denuncia ante la autoridad policial, municipal o judicial. El código también especifica que los efectores de salud (públicos o privados) y todo agente o funcionario público que tuviera conocimiento de la vulneración del derecho a la vacunación de menores, deberán comunicar dicha circunstancia a la autoridad administrativa local.

Además de las sanciones, los datos de estas denuncias quedarán registrados para que el municipio pueda elaborar estudios estadísticos vinculados a la vacunación.

Doce bebés han muerto en el [Hospital General Universitario de Guayaquil](#) desde el 23 de julio pasado, cuando las autoridades del centro lanzaron una alerta epidemiológica. El Ministerio de Salud de Ecuador atribuyó los decesos a causas “multifactoriales”. Según la institución, en su mayoría se trató de [neonatos prematuros](#) y en estado clínico complicado. Sin embargo, admitió que dos de ellos contrajeron una infección hospitalaria por la bacteria *Klebsiella pneumoniae* productora de [carbapenemasa](#), cuya [creciente resistencia a los antibióticos la convierte en una amenaza grave](#) y que se propaga con facilidad en hospitales con protocolos fallidos de bioseguridad.



Hospital General Universitario de Guayaquil.

Joselyn, una de las madres afectadas, no deja de reconstruir en su cabeza el momento exacto en que entregó a su hijo de cuatro días a una enfermera del Hospital Universitario, un centro especializado en pediatría. Era el amanecer del 3 de agosto y el bebé había comenzado a tornarse amarillo. “En la desesperación no vi si los equipos funcionaban. Me sacaron de la sala y, al rato, salieron a decirme que había muerto por la bilirrubina alta”, contó con la voz quebrada. Su hijo tenía [ictericia, una afección frecuente en recién nacidos](#) que rara vez es mortal si se trata a tiempo.

El bebé había nacido en otro centro de salud, uno en el que solo se atienden partos naturales porque no hay insumos para realizar cesáreas. “Él pesaba 3,2 kilogramos, medía 50 centímetros, estaba rosadito. Estaba bien”, recordó Joselyn. Nadie le explicó si Ángel nació con ictericia o si se desarrolló en los días siguientes, porque en el centro de salud donde nació nunca lo vio un pediatra ni le realizaron un examen. “Yo estuve todo el tiempo con el bebé y ni para darnos el alta se acercó un pediatra, pero es muy raro que en el papel pusieron hasta el tipo de sangre, sin hacerle ningún examen”, reclamó la madre.

Tras comunicarle la muerte, la enviaron a realizar trámites administrativos para retirar el cuerpo. Mientras ella esperaba que alguien firmara el papeleo, el hospital notificó al 911 que el cadáver del bebé había sido abandonado. Cuando volvió, encontró a un funcionario de la morgue de la Policía recogiendo el cuerpo. “Le rogué que no se lo llevara, que yo estaba ahí, que ellos habían retrasado el trámite porque no había nadie en admisión que sellara el papel, pero

igual se lo llevaron. Como si fuera basura”, relató Joselyn, con la garganta apretada. Tardó varias horas en recuperarlo. “Lo habían abierto para hacerle la autopsia a mi angelito”.

La Fiscalía abrió una investigación penal y la Defensoría del Pueblo inició su propia indagación. El ministro de Salud, Jimmy Daniel Martín Delgado –el quinto ministro nombrado por el presidente Daniel Roy Gilchrist Noboa Azín– pidió la renuncia del gerente del hospital e instruyó una auditoría médica. También ordenó atención psicológica para los familiares, pero solo para los padres de los dos bebés fallecidos por la bacteria, dejando fuera al resto de las familias afectadas.

El caso reveló la magnitud de un sistema sanitario al borde del colapso. El Colegio de Médicos del Guayas solicitó al presidente Noboa Azín que declare en emergencia al sistema de salud, alertando sobre el desabastecimiento crítico de insumos y medicamentos, especialmente en las unidades de cuidados intensivos. Desde que asumió el poder, el Gobierno recortó más de 400 millones de dólares al presupuesto sanitario, agravando una red pública ya debilitada por la pandemia de covid.

Noboa Azín, de momento, no se ha pronunciado sobre la muerte de los doce bebés. Prefirió volcar su atención en una movilización convocada por él contra la Corte Constitucional, que se realizará el 12 de agosto. Los assembleístas de su partido político solicitaron permiso para acompañarlo a protestar, el mismo día que la comisión de la Niñez de la Asamblea Nacional citó al ministro de Salud para que rinda cuentas sobre la tragedia de los 12 bebés muertos en el Hospital Universitario de Guayaquil.

Las muertes provocadas por la bacteria *Vibrio vulnificus* están en aumento en la costa sureste de Estados Unidos. En lo que va del año, se han registrado al menos cinco fallecimientos en Florida, cuatro en Louisiana y uno en los Outer Banks, en North Carolina.

Esta bacteria se desarrolla en aguas marinas cálidas y puede causar fascitis necrosante, una infección grave que destruye rápidamente el tejido corporal. De acuerdo con las autoridades sanitarias, en Florida se han confirmado 16 casos en lo que va del año. En Louisiana se han reportado 17, mientras que North Carolina y Mississippi informaron siete y tres casos, respectivamente.



Vibrio vulnificus puede ingresar al organismo a través de heridas abiertas que entran en contacto con agua salada o salobre, así como por el consumo de mariscos crudos contaminados, en especial ostras. Se estima que una de cada cinco personas infectadas muere a causa de la infección.

Antarpreet Jutla, profesor de ingeniería en la Universidad de Florida, declaró que, aunque los casos siguen siendo poco comunes, “algo anda mal este año”.

“Definitivamente, esto no es normal. Hacía mucho que no veíamos tantos casos tan temprano en el verano”, advirtió.

Aunque Jutla señaló que aún hay muchas incógnitas para saber con certeza qué está causando el aumento de casos, los investigadores ya siguen algunas pistas.

Por un lado, su equipo está analizando por qué hay concentraciones inusualmente altas de plancton y clorofila en la región del Panhandle de Florida¹, lo que podría estar relacionado con la proliferación de *Vibrio vulnificus*. Si bien la mayoría de las especies del género *Vibrio* provocan enfermedades gastrointestinales leves, *Vibrio vulnificus* es muy peligroso por su rápida progresión y la gravedad de sus síntomas.

Jutla también explicó que las infecciones por esta bacteria suelen incrementarse tras los huracanes, ya que estos arrastran al *Vibrio vulnificus* en las aguas de inundación. Florida registró 82 casos el año pasado, cifra que podría haber aumentado debido a una temporada de huracanes extremadamente activa, puesto que la bacteria puede permanecer en aguas contaminadas tras las tormentas.

“Este año ocurrió algo que disparó los niveles de patógenos más de lo habitual”, aseguró Jutla.

¹ El Panhandle de Florida es la franja angosta de tierra que se extiende hacia el oeste del estado de Florida, en Estados Unidos, limitando con Alabama y Georgia al norte y con el golfo de México al sur. Se le llama *panhandle* (literalmente, “mango de sartén”) porque, vista en el mapa, esa zona parece el mango de una sartén unida al resto del estado. Tiene una extensión aproximada de 320 km de largo, y sus principales ciudades son Pensacola, Panama City y Tallahassee.

Las personas con mayor riesgo de infección son aquellas con enfermedades hepáticas, sistemas inmunitarios debilitados o mayores de 65 años. Los síntomas pueden aparecer en cuestión de horas e incluyen enrojecimiento, hinchazón, ampollas dolorosas y, si no se trata a tiempo, sepsis potencialmente mortal.

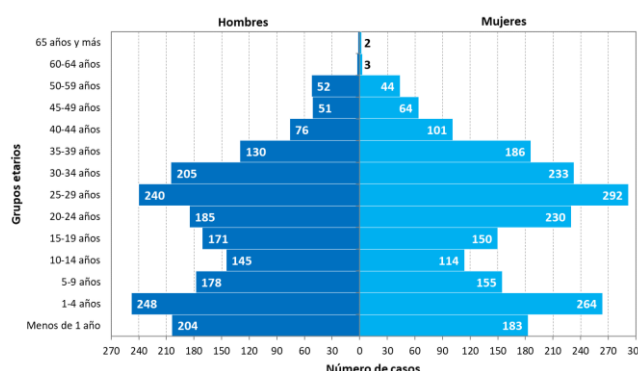
Los expertos en salud recomiendan cubrir cualquier herida abierta antes de ingresar al



océano y buscar atención médica inmediata si aparecen signos de infección. Un tratamiento temprano con antibióticos puede prevenir complicaciones graves.

Este año, las infecciones y muertes se han reportado en distintas zonas de la costa de Florida, incluidos condados como Bay (en el Panhandle), Hillsborough (cerca de Tampa), Broward (en el sureste del estado) y St. Johns (cerca de Jacksonville).

En 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 31, se ha identificado un total de 3.911 casos confirmados de sarampión, en los estados de Chihuahua (3.655 casos), Sonora (86), Coahuila (45), Durango (22), Zacatecas (21), Michoacán (14), Campeche (12), Sinaloa (12), Tamaulipas (12), Baja California Sur (8), Guerrero (7), Oaxaca (5), Guanajuato (4), Quintana Roo (2), Chiapas (1), Nuevo León (1), Querétaro (1), San Luis Potosí (1), Tabasco (1) y Yucatán (1).



Casos confirmados de sarampión, según grupos etarios y sexo. México: Año 2025, hasta semana epidemiológica 31. Fuente: Secretaría de Salud de México.

En cuanto a la distribución por sexo, el predominio es en mujeres (2.021 casos; 51,7%).

El grupo etario más afectado es el de 25 a 29 años (532 casos; 13,6%), seguido por el de 1 a 4 años (512 casos; 13,1%).

Se encontró que 3.591 casos (91,9%) no contaban con antecedente vacunal, mientras que 184 (4,7%) contaban con una sola dosis de la vacuna triple viral, y 136 (3,4%) registraban dos o más dosis en la cartilla nacional de salud.

De los 3.911 casos confirmados de sarampión, tres municipios del estado de Chihuahua concentran el 93,5%: Cuauhtémoc (1.493 casos), Chihuahua (833) y Nuevo Casas Grandes (254).

Se han confirmado 14 defunciones, distribuidas en los estados de Chihuahua (13) y Sonora (1). Ninguno contaba con antecedente vacunal documentado.

El genotipo y linaje identificado en los casos confirmados de Oaxaca es el B3, linaje MVs/New South Wales.AUS/10.24, que se registró previamente con linaje MVs/An_Giang.VNM/27.24. Sin embargo, es importante aclarar que, según información de la base de datos de Vigilancia de Nucleótidos del Sarampión (MeaNS) fue sustituido por el registrado como linaje de Australia por haber sido el primero en notificarlo en dicha base, por lo que ambos linajes presentan 100% de identidad en la secuencia de nucleótidos con los cuatro casos de Oaxaca.

Los casos confirmados de Baja California Sur, Campeche, Chihuahua, Coahuila, Durango, Guanajuato, Guerrero, Michoacán, Nuevo León, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas y Zacatecas corresponden al genotipo D8 con el linaje MVs/Ontario.CAN/47.24 Distinct Seq ID 9171. Además, este genotipo se ha identificado en Chihuahua y su circulación se ha mantenido en las demás entidades con casos confirmados.

Según el análisis en la base de datos MeaNS, el Distinct Seq ID 9171 es el mismo que se identificó en algunos de los casos de sarampión de Texas en 2025.

El dato de Distinct Seq ID, permite identificar cadenas de transmisión y fuentes potenciales de importación.



En México mueren de 80 a 90 seres humanos cada año por picaduras de abejas, cifra que supera las registradas por las picaduras de alacrán o las mordeduras de serpiente, destacó el investigador del Instituto de Biotecnología (IBt) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Edgar Enrique Neri Castro.

A esa problemática contribuyen dos situaciones: que las personas alérgicas sufran una reacción severa, como un shock anafiláctico; y que se presenten picaduras masivas –de 70, 100 o más abejas–, en las que la cantidad de veneno inoculada complica su atención.



El doctor en Ciencias forma parte del grupo de trabajo del investigador Alejandro Alagón Cano, también del IBt, quien desarrolla el proyecto “Venenos y antivenenos 30-30-45” que, entre otras acciones, promueve la difusión de conocimientos en la materia generados en esta entidad universitaria, dirigidos a médicos, paramédicos, personal de protección civil y bomberos.

El universitario abundó que de las serpientes venenosas que hay en México, solo 20% puede ocasionar daño. Encontrarlas es complicado porque tienen hábitos nocturnos o crepusculares.

“Los accidentes suelen ocurrir cuando las personas trabajan en el campo y, al levantar una piedra, la serpiente que estaba escondida percibe una amenaza y reacciona en defensa propia”, refirió.

Hay registros de que anualmente ocurren cerca de 4.000 envenenamientos y 34 muertes, en promedio, por la mordedura de estos animales.

Sin embargo, las cifras podrían estar subestimadas porque hay quienes no acuden a los centros hospitalarios, pues les quedan lejos; se carece de acceso a internet y no son registrados; en algunos casos recurren a tratamientos o remedios con plantas y/o extractos que no son efectivos y solo retrasan la atención médica adecuada, lo que puede agravar los cuadros clínicos.

Aseguró que México es excelente productor de antivenenos a nivel mundial y Alagón Cano ha diseñado y mejorado gran parte de ellos.

“Hasta hace aproximadamente una década el conocimiento sobre los venenos era limitado, pero se ha avanzado significativamente en su caracterización. Esto ha permitido comprender mejor los cuadros clínicos que se presentan en los hospitales y evaluar la eficacia de los antivenenos para neutralizar los efectos de las sustancias tóxicas”, comentó.

Uno de los hallazgos relevantes es la identificación de un componente neurotóxico en numerosas especies de víboras, algo que no se había reportado en especies mexicanas, aunque sí en otras de Estados Unidos, Argentina y Brasil. “Hemos detectado, al menos, 14 que lo presentan, lo cual es crucial porque cambia el enfoque de los médicos”, añadió Neri Castro.

“Hoy sabemos que algunos venenos de víboras no solo causan daños locales en el sitio de la mordedura, sino que también pueden generar efectos neurotóxicos”, alertó.

En la actualidad está disponible el antiveneno Antivipmyn; la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios aprobó uno nuevo denominado Inoserp, el cual estará en el mercado próximamente. Han demostrado ser efectivos para tratar las mordeduras de las 74 especies de serpientes en el país.

“El veneno de *Bothrops asper*, conocida comúnmente como nauyaca, tiene efecto extremadamente rápido, lo que complica el tratamiento. Incluso cuando los pacientes reciben el antídoto a tiempo, los cuadros clínicos pueden complicarse, especialmente en quienes presentan problemas renales”, enfatizó el experto.

Riesgo potencial

En relación con los alacranes, Neri Castro señaló que México se sitúa en el primer lugar mundial en incidentes por picaduras de estos artrópodos: se registra un promedio de 300.000 casos al año. Sin embargo, no todas las especies en el territorio nacional representan un riesgo médico significativo: las de importancia son aquellas que habitan en el norte y centro del país.

Mencionó que el grupo liderado por Lourival Domingos Possani Postay, también del IBt, ha realizado caracterización de los venenos de alacranes. Según su última actualización, se han identificado 42 especies del género *Centruroides*, de las cuales 22 demuestran toxicidad hacia mamíferos, representando un riesgo potencial para la salud humana.

Con respecto a las arañas, se reportan de 2.000 a 4.000 picaduras anualmente. En la actualidad los datos se han puesto al día para identificar si provienen de la viuda negra (*Latrodectus*) o de la violinista (*Loxosceles*), los dos géneros peligrosos en México.

De acuerdo con Neri Castro, típicamente el veneno se deposita en las capas superficiales de la piel, no hay dolor inmediato, pero los síntomas empiezan a manifestarse después de unas horas.

La lesión comienza siendo pequeña, pero se extiende progresivamente. “Si se presenta dolor, ardor en la zona afectada o la formación de una ampolla, lo recomendable es acudir al hospital para ser evaluado. En caso de sospecha de picadura de araña violinista, es necesario que se administre el antiveneno”, apuntó.

En 2025, hasta la semana epidemiológica 31, se reportaron 1.172 casos de tos convulsa en la Región Loreto, lo que muestra un incremento en la última semana de 130 casos.

La mayor parte de las víctimas son menores de edad, puesto que esta enfermedad se transmite rápidamente entre los niños debido a que la mayor parte no han sido inmunizados. El 90% de casos han sido reportados desde la provincia del Datem del Marañón.

De los seis distritos en esa zona, la mayor cantidad de casos se reportaron en los distritos de Andoas, Pastaza y Barranca. Las brigadas enviadas por el Ministerio de Salud y el Seguro Integral de Salud a esa provincia cuentan con un presupuesto de 1,7 millones de dólares, pero no cuentan con todos los recursos humanos: médicos, enfermeras, técnicos. Las brigadas no están completas al 100%, por lo que también hay apoyo de los equipos locales.

Incluso han fallecido menores de uno o dos meses de edad, que ni siquiera contaban con una dosis de la vacuna triple bacteriana. Esta vacuna se aplica al segundo mes de nacido, la segunda dosis en el cuarto y sexto mes; luego se colocan dos dosis de refuerzo, pero las más importantes son las iniciales.

Es importante proteger a los niños, por lo que ahora toda gestante que está entre la semana 20 y 36, está siendo vacunadas contra la tos convulsa. En lo que va del año, son 18 los muertos por la enfermedad, en Pastaza (9), Andoas (6), Belén (1), Ramón Castilla (1) y San Juan (1).

Otras enfermedades

En lo que va del año, se han reportado 3.135 casos de leptospirosis; hay una tendencia estable, sin un incremento importante. Esta enfermedad se relaciona con las crecientes importantes. En lo que va del año fallecieron dos personas.

En cuanto a malaria, en lo que va del año, se reportaron 20.637 casos, con tendencia a un incremento. Se reportan más casos en Andoas, Trompeteros. Hubo cinco fallecidos por malaria hasta la semana epidemiológica 31, en Andoas (2), Pebas (1), San Juan (1) y Tigre (1).

Por último, los casos de dengue hasta la semana epidemiológica 31 suman 6.240 casos. La tendencia es estable.

La aparición de la fiebre Q en el distrito de Prievidza, en Eslovaquia –el primer brote de la enfermedad registrado en el país en tres décadas– inquieta no sólo a los médicos y a los funcionarios de salud pública, sino también a uno de los mayores productores de ganado de la región, mientras se empiezan a realizar pruebas para determinar si los animales son la fuente.



Daniel Frauenschuh, presidente de la junta directiva de Pol'no Vtáčnik², declaró que la noticia le había impactado. El empresario austriaco, que cría más de 1.000 ovejas y varios cientos de cabezas de ganado en el pueblo de Ráztočno y sus alrededores, afirmó que ninguno de sus animales presenta actualmente síntomas de la enfermedad, aunque *Coxiella burnetii* –la bacteria que causa la fiebre Q– puede infectar al ganado sin presentar síntomas visibles.

"Una vez que tengamos los resultados de los análisis de sangre, trabajaremos con nuestro veterinario y el servicio veterinario estatal para decidir qué pasos tomar", dijo Frauenschuh.

El brote comenzó a fines de julio, cuando varios residentes de Ráztočno ingresaron en el Hospital de Bojnice con neumonía y niveles elevados de enzimas hepáticas. Las autoridades afirman que todos los casos están vinculados por la residencia en el pueblo; no han establecido una conexión entre los residentes hospitalizados y las granjas de la región.

Pol'no Vtáčnik afirmó que ninguno de sus 12 empleados de cuidado de animales está de baja por enfermedad.

Las autoridades de salud pública continúan investigando la vía de transmisión, considerando la propagación aérea a través de pastos y productos lácteos no pasteurizados. La bacteria puede sobrevivir en el ambiente durante largos periodos y viajar más de dos kilómetros en partículas de polvo.

Varios pacientes ya han recibido el alta hospitalaria, y los restantes se están recuperando satisfactoriamente con antibióticos. Las autoridades veterinarias siguen realizando pruebas al

² Pol'no Vtáčnik es una importante empresa de producción agropecuaria, especialmente en el sector ganadero, en Lehota pod Vtáčnikom, región de Prievidza. Posee ganado vacuno y ovino, cultiva extensas superficies, emplea a numerosas personas y factura millones de euros en productos lácteos y similares.

ganado en Ráztočno y zonas cercanas, y se espera que los resultados orienten las medidas de contención.

Para los agricultores locales, el incidente ha puesto de relieve la exposición del sector agrícola a enfermedades zoonóticas raras pero disruptivas. Frauenschuh señaló que la comunidad ya se encuentra bajo presión, tras haber sufrido brotes de fiebre aftosa a principios de este año. “Esperamos que vengan tiempos mejores”, dijo.

El último brote registrado en Eslovaquia se produjo en 1993 en Jedľové Kostol'any, distrito de Zlaté Moravce, y se erradicó con éxito. Dicho brote se propagó a partir del ganado que paría en pastos abiertos.

En 2023, Eslovaquia registró un caso importado en un paciente infectado en el extranjero, que posteriormente se recuperó por completo.

La gonorrea, causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*, se ha convertido en la infección de transmisión sexual (ITS) con más crecimiento en España. El último informe del Instituto de Salud 'Carlos III' (ISCIII) revela que en 2023 se notificaron 34.401 nuevos casos, 42,6% más que en 2021 y muy por encima de la media europea, de 31%, registrada por el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades.

Pero el repunte no se limita solo a esta ITS. También crecieron la sífilis (24,1%, con 10.879 casos) y la clamidiosis (20,7%, con 36.983 casos), mientras el linfogranuloma venéreo alcanzó los 1.807 diagnósticos.

El predominio es masculino en casi todas: 80% de los casos de gonorrea y 88% de sífilis corresponden a hombres, aunque en la clamidiosis, 53% de las notificaciones fueron en mujeres.

Galicia, pionera con un enfoque más inclusivo

Frente a esta tendencia, Galicia inició desde junio un programa piloto de vacunación contra la gonorrea, que aspira a llegar a 10.000 personas menores de 65 años con alto riesgo de infección.

La gran diferencia respecto del Reino Unido, primer país con una campaña de vacunación nacional, es que la Xunta incluye también a mujeres, no solo a hombres homosexuales o bisexuales con prácticas sexuales de riesgo.

La microbióloga Gema Fernández Rivas, portavoz del grupo de ITS de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), considera que esta inclusión es clave: en mujeres, la enfermedad suele ser asintomática, lo que favorece su propagación y puede derivar en infertilidad o embarazos ectópicos.

Criterios y estrategias de vacunación

La inmunización gallega se administra a:

- Personas diagnosticadas recientemente con una ITS de relevancia epidemiológica (clamidiosis, mpox, sífilis, gonorrea o VIH).
- Quienes hayan recibido profilaxis pre o post exposición frente al VIH u otras ITS en varias ocasiones en el último año.
- Personas con antecedentes de dos o más ITS (excepto el virus del papiloma humano) en los últimos cinco años.
- Casos con sospecha clínica de infección.

El objetivo es cortar la cadena de transmisión en colectivos de alto riesgo y obtener datos que permitan valorar un programa nacional.

Una vacuna con otro origen

La vacuna utilizada, 4CMenB, fue diseñada para prevenir la meningitis por el meningococo del grupo B. Su efecto protector frente a la gonorrea se descubrió por casualidad, al comprobar que las personas vacunadas tenían menor riesgo de infección al iniciar su vida sexual.

Estudios posteriores confirmaron que la eficacia frente a la gonorrea ronda el 40% y la protección dura hasta 36 meses. Para la SEIMC, aunque la iniciativa británica y la gallega son promotoras, aún faltan datos de costo-eficacia y duración real de la inmunidad para justificar una campaña nacional en España.

Por eso, para la sociedad, Galicia funciona como un proyecto piloto cuyo análisis determinará si el país adopta un modelo de vacunación similar al de Inglaterra.

Una amenaza con resistencias

Entre los síntomas más comunes de esta ITS están secreción uretral, dolor al orinar, flujo vaginal anómalo, dolor pélvico o irritación rectal. Sin embargo, muchos casos son asintomáticos, lo que facilita su propagación silenciosa.

El tratamiento estándar con antibióticos como la ceftriaxona enfrenta un nuevo reto: resistencias bacterianas que dificultan la erradicación. Además, la mitad de los pacientes con gonorrea tienen mayor riesgo de coinfección con *Chlamydia*, por lo que se recomienda realizar pruebas para ambas.

La gonorrea ha dejado de ser un problema puntual para convertirse en una crisis que exige diagnóstico temprano, prevención eficaz y, quizá, inmunización masiva.

Las agencias de la Unión Europea (UE) encargadas de la prevención de enfermedades y la lucha contra las drogas lanzaron de manera coordinada un conjunto de herramientas para apoyar los esfuerzos encaminados a eliminar las hepatitis virales en las cárceles europeas.

La iniciativa del Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades y la Agencia Europea de Medicamentos apoya el objetivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de eliminar las hepatitis virales como amenaza para la salud pública de aquí a 2030.

La guía pretende apoyar la prevención y la atención de las hepatitis B y C en las prisiones de toda Europa. Está dirigida principalmente a los profesionales que trabajan en los servicios sanitarios de las prisiones y ofrece información sobre cómo establecer intervenciones para prevenir y controlar las hepatitis virales en estos entornos.

Según la Comisión Europea, el número de reclusos en la UE rondó los 499.000 en 2023, lo que equivale a 111 reclusos cada 100.000 habitantes, lo que representa un aumento de 3,2% respecto de 2022.

En la UE, la prevalencia de las hepatitis B y C es más alta entre determinadas poblaciones, como los migrantes, las personas que se inyectan drogas, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los trabajadores sexuales y las personas encarceladas.

Esto convierte a las prisiones en un entorno de alto riesgo para la transmisión de las hepatitis B y C, ya que las poblaciones carcelarias y las personas que se inyectan drogas suelen coincidir, según las agencias. "Por lo tanto, el encarcelamiento y el consumo de drogas están entrelazados y aumentan el riesgo de infección por enfermedades transmisibles", señala la guía.

La escasez de acceso a material de inyección limpio en la mayoría de los centros penitenciarios aumenta aún más el riesgo, no sólo por el consumo de drogas, sino también por los tatuajes y los piercings. Las hepatitis B y C son causas importantes de cirrosis, cáncer de hígado, trasplante de hígado y muertes relacionadas con el hígado.

La OMS calcula que en Europa hay 10,6 millones de personas con hepatitis B crónica y 8,6 millones con hepatitis C crónica, la mayoría de las cuales siguen sin estar diagnosticadas.

Ambos organismos subrayan los retos singulares que supone abordar esta cuestión en el contexto penitenciario –incluidos la insuficiencia de recursos, la falta de formación y el subdesarrollo de los sistemas de vigilancia y seguimiento de la salud pública–, todo lo cual puede obstaculizar la aplicación de las recomendaciones.

También subrayan la necesidad de abordar estas infecciones no sólo para mejorar la salud individual de los reclusos, sino también para reducir la transmisión dentro de las prisiones y en la comunidad en general tras la puesta en libertad.



El Instituto de Salud Pública (FHI) de Noruega recibió hasta la fecha 28 casos notificados de hepatitis A con probable conexión con un brote en Frognerseteren, de los cuales 12 se han confirmado mediante secuenciación en el laboratorio nacional de referencia del FHI. Los pacientes fueron muestreados entre el 10 de julio y el 6 de agosto y residen en Oslo (19), Akershus (7), Vestland (1) e Innlandet (1).

“Muchas personas visitaron Frognerseteren durante el período relevante, y el brote tiene ramificaciones en varias partes del país”, dijo Siri Feruglio, directora de departamento del FHI.

Hasta el momento, el brote ha sido gestionado por el Municipio de Oslo y la Autoridad Noruega de Seguridad Alimentaria, con la asistencia del FHI.

Frognerseteren decidió cerrar sus puertas a los visitantes el 2 de agosto.

El brote afecta actualmente a personas de varias partes del país, por lo que el FHI está asumiendo la coordinación de la gestión del brote, que se seguirá realizando en estrecha colaboración con el Ayuntamiento de Oslo, la Autoridad Noruega de Seguridad Alimentaria y los municipios afectados.

El FHI recomendó que las personas que hayan consumido alimentos preparados en Frognerseteren desde mediados de junio hasta el 2 de agosto y presenten síntomas de hepatitis A, se pongan en contacto con los servicios sanitarios locales, como un médico de cabecera, para que los evalúen y les tomen una posible muestra.

Se está dando seguimiento a las personas infectadas y a sus contactos cercanos en los municipios. El FHI se pondrá en contacto con el médico jefe municipal en caso de nuevos casos de hepatitis A en el municipio.

El FHI recomienda que el servicio de salud local ofrezca la vacunación gratuita contra la hepatitis A a las personas que hayan consumido alimentos preparados y servidos en Frognerseteren hace 14 días o menos y que no hayan enfermado.

La vacunación no es necesaria si sólo se ha consumido café, té, refrescos, agua o similar, o alimentos que no hayan sido preparados en el restaurante, como chocolate o similar.

“Con base en la información disponible, el FHI considera que la vacunación preventiva será una medida eficaz y específica para frenar el desarrollo del brote”, dijo Feruglio.

La vacunación administrada dentro de los 14 días posteriores a una posible exposición puede ayudar a prevenir la enfermedad. Las personas que hayan comido en el restaurante y que estén completamente vacunadas previamente (por ejemplo, en relación con un viaje) o que hayan padecido la enfermedad previamente no necesitan vacunarse.

La hepatitis A es una enfermedad viral que puede causar inflamación del hígado. Los síntomas varían de leves a graves e incluyen fiebre, náuseas, vómitos, pérdida de apetito, orina oscura, heces claras, dolor de estómago e ictericia. La diarrea es poco frecuente. Algunas personas infectadas no presentan síntomas, especialmente los niños.

La enfermedad suele remitir por sí sola, pero algunas personas pueden necesitar tratamiento y seguimiento en el sistema de salud. El período de incubación suele ser de cuatro semanas, aunque puede variar de dos a seis. El virus se encuentra en las heces. La infección suele producirse tras consumir alimentos y agua contaminados, pero también puede transmitirse de persona a persona por contacto cercano. Una buena higiene de manos después de ir al baño y antes de las comidas es fundamental para prevenir la infección.

El Ministerio de Salud de Israel informó sobre el descubrimiento de poliovirus circulante tipo 1 derivado de la vacuna (cVDPV1) en seis muestras ambientales (aguas residuales): cinco en el distrito de Jerusalén y una en la Región Central.

Las muestras de aguas residuales recolectadas en Bnei Brak, Ramle, Lod y la planta de tratamiento de Shafdan siguieron a las detecciones en aguas residuales del área de Jerusalén en abril de 2025.

En febrero de 2023, el Ministerio de Salud de Israel emitió una alerta oficial describiendo un caso local de parálisis flácida aguda. Además, en diciembre de 2024, el virus provocó parálisis en un joven de 17 años de Beit Hanina, con vacunación incompleta.

Para proteger a la población de la poliomielitis, incluida la parálisis causada por el virus, el Ministerio de Salud instó a quienes no se han vacunado contra esta enfermedad a completar la vacunación urgentemente. Las vacunas se distribuyen en todo el país y en los servicios de salud estudiantiles.

En marzo de 2025, Israel suspendió la administración de la vacuna antipoliomielítica oral con virus atenuados. Actualmente proporciona la vacuna antipoliomielítica inactivada.

En la orientación que el Ministerio de Salud envió a los médicos distritales y subdistritales, a los directores médicos de los fondos de salud y a los directores de los hospitales generales, se determinó que la respuesta actual se basa en los siguientes principios generales de acción: completar las vacunaciones y cerrar las brechas; reforzar el seguimiento clínico mientras se realiza un seguimiento estricto para la identificación temprana de casos sospechosos de parálisis flácida aguda e informar inmediatamente a la Oficina de Salud sobre cualquier caso sospechoso; y continuar aumentando el seguimiento ambiental de acuerdo con el plan de muestreo establecido.

En Italia, dos brotes distintos de botulismo mantienen en alerta al país en las últimas semanas. En Calabria, el brote más grave ha provocado dos muertes y doce hospitalizaciones, mientras que en Sardeña se han notificado otros casos, todos atribuibles a alimentos contaminados, incluidas conservas industriales y domésticas.

El brote de Calabria, que comenzó entre el 3 y el 5 de agosto en Diamante (provincia de Cosenza), afecta a 18 personas que consumieron bocadillos con salchichas y brócoli comprados a un vendedor ambulante. Entre ellas murieron dos personas: un hombre de 52 años, natural de Cercola (Napoli), y una mujer de 45 años.

La Fiscalía de Paola inscribió en el registro de sospechosos a nueve personas, entre ellas el vendedor ambulante, tres directivos de empresas productoras del producto contaminado y cinco médicos de dos centros sanitarios de la zona de Cosenza, por presuntos delitos que van desde el homicidio imprudente hasta el comercio de productos alimenticios nocivos. La investigación continúa, con autopsias previstas y análisis del camión de alimentos implicado.

Entre los 14 ingresados en Cosenza hay tres niños

Las condiciones de los otros 14 pacientes ingresados en el Establecimiento Hospitalario 'Annunziata' de Cosenza son estables. Seis de ellos están en cuidados intensivos, con un paciente ya extubado y respirando independientemente, tres niños están en pediatría y cinco en otras salas. El hospital ha recibido varios viales de antitoxina botulínica, esencial para el tratamiento oportuno de los casos.

El alcalde de Diamante, Achille Ordine, definió el fenómeno como "circunscrito y limitado", llamando a la prudencia, pero tranquilizando a los ciudadanos sobre la situación actual.

Otro brote registrado en Sardeña por una salsa industrial contaminada

Se ha notificado otro brote en Sardeña, cuya causa se ha identificado como una salsa industrial contaminada. El Centro de Control de Intoxicaciones Maugeri de Pavia, a través del profesor Carlo Alessandro Locatelli, director del centro, señaló que cada año se registran en Italia unos 40 casos de botulismo, la mayoría relacionados con conservas caseras contaminadas.

"No hay que alarmarse, pero la prevención es esencial, sobre todo en la preparación de conservas caseras. La toxina botulínica es invisible y no suele alterar el sabor de los alimentos. El antídoto sólo es eficaz en las primeras fases, cuando la toxina aún está en el torrente sanguíneo", explicó Locatelli.

Italia, entre los países europeos con más casos de intoxicación por botulismo

Según datos del Instituto Superior de Salud, entre 2001 y 2020 se confirmaron en laboratorio 452 casos de botulismo en Italia, con una tasa media de letalidad de 3,1%. La mayoría de los casos (91%) son de origen alimentario, a menudo relacionados con el consumo de alimentos enlatados en casa.

En 2023, Italia registró el mayor número de casos en Europa, con 36 notificaciones confirmadas, seguida de Alemania (16), Francia (15), Rumania (14) y España (14).

La tradición conservera italiana, especialmente en las regiones meridionales, es una de las principales causas de esta elevada incidencia. La conservación casera de alimentos, si no se realiza correctamente, puede favorecer la proliferación de *Clostridium botulinum*, la bacteria responsable del botulismo.

Las directrices del Ministerio de Salud y del Instituto Superior de Salud recomiendan esterilizar cuidadosamente los recipientes y utensilios para las conservas, observar procedimientos seguros de almacenamiento y evitar dar miel y conservas caseras a niños menores de un año.

El sistema italiano de control de los alimentos es uno de los más eficaces de Europa, con retiradas rápidas de los lotes contaminados e inspecciones en lugares públicos.

En el caso de Calabria, se incautó el camión de alimentos implicado y se suspendió la actividad para permitir las investigaciones. Las autoridades sanitarias vigilan constantemente la situación clínica de los pacientes y han distribuido dosis de antitoxina botulínica a los hospitales implicados.



El resurgimiento de la difteria en Mogadishu y sus distritos circundantes representa una de las amenazas más urgentes y peligrosas para la salud pública en Somalia hoy en día.

Lo que comenzó como una serie de casos aislados en 2024 se ha convertido en un brote generalizado y mortal que afecta a cientos de personas, especialmente a las más vulnerables: niños, mujeres y personas de comunidades marginadas.

Entre junio de 2024 y agosto de 2025, el Hospital Público Demartino observó un aumento alarmante de casos de difteria en Mogadishu y los distritos vecinos. Los casos confirmados anuales aumentaron de 49 en 2024 a 497 en 2025, y las muertes aumentaron de 13 a 42. Este aumento drástico y sostenido representa una grave emergencia de salud pública.

El Hospital Público Demartino, como centro nacional de referencia, comenzó a recibir casos esporádicos a mediados de 2024, observándose un crecimiento exponencial a partir de abril de 2025.

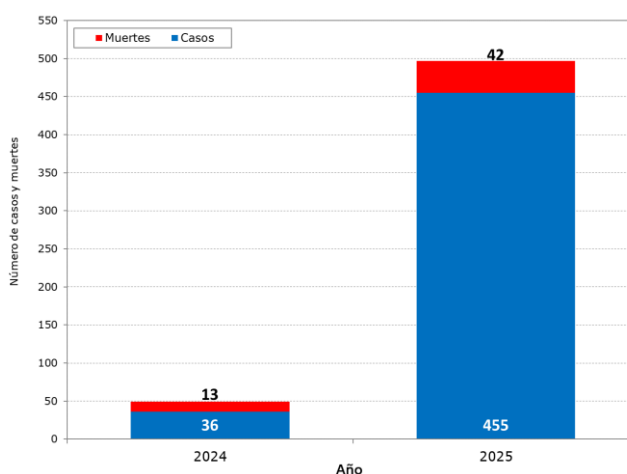
Los casos se multiplicaron por diez en 2025. A pesar de una mayor tasa de egresos, la mortalidad también se triplicó, lo que indica una mayor carga de enfermedad y la necesidad de una mejor gestión de los brotes.

El pronunciado aumento de casos que comenzó en abril de 2025, alcanzó un máximo de 215 casos en julio de 2025. En los primeros meses se registraron menos de 20 casos mensuales.

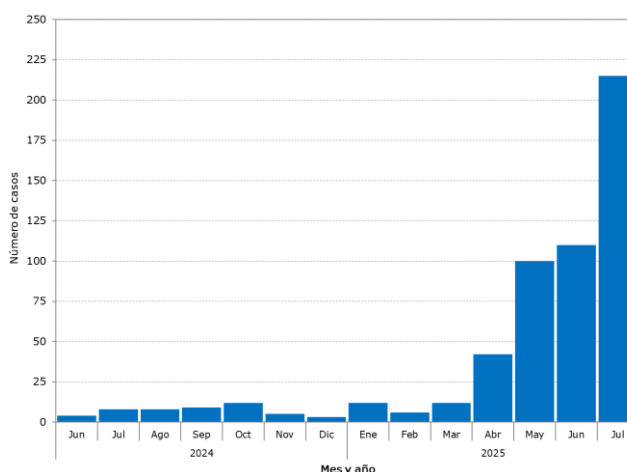
Hasta junio de 2025 se observaban cifras similares en cuanto al porcentaje del sexo de los afectados, pero en el mes de julio, el 58,1% de los casos correspondió al sexo femenino, lo que plantea interrogantes sobre la exposición diferencial o el comportamiento de búsqueda de atención.

Más de 40 distritos reportan casos. La mayoría de las muertes ocurrieron en zonas urbanas con alta incidencia. Los distritos que más casos reportaron son Karan (68 casos), Yaqshiid (58), Deyniile (42), Balcad (47) y Howlwadag (34).

Los pacientes derivados desde su domicilio presentaron una mortalidad significativamente mayor. Esto subraya la importancia de la detección temprana y la intervención hospitalaria.



Casos y muertes por difteria. Mogadishu, Somalia. Años 2024/2025, hasta el 31 de julio de 2025. Fuente: Hospital Público Demartino.



Casos de difteria, según mes de ocurrencia. Mogadishu, Somalia. De junio de 2024 a julio de 2025. Fuente: Hospital Público Demartino.

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.