

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica del arañismo
- Buenos Aires: Caso positivo de influenza aviar en aves de traspatio en el partido de Arrecifes

AMÉRICA

- Situación epidemiológica de la fiebre de Oropouche
- Diez países de la región reportan brotes de sarampión en 2025

- Estados Unidos: Brote de legionelosis en Central Harlem, ciudad de New York
- México: Reportaron en Zacatecas el primer caso humano de rabia en décadas

EL MUNDO

- África: Situación epidemiológica del cólera
- Francia: Brote de listeriosis vinculado al consumo de quesos blandos
- Guinea: El recorte de fondos de la USAID amenaza el avance de dos décadas de lucha contra la malaria

- Mozambique: Situación epidemiológica de la mpox
- Reino Unido: Aumento de casos de fiebre chikungunya en viajeros que regresan del exterior
- Sudán: La guerra alimenta el brote de cólera
- Taiwán: Primer caso importado de brucelosis en casi 10 años

OPINIÓN

- Inteligencia artificial para prevenir y diagnosticar el dengue

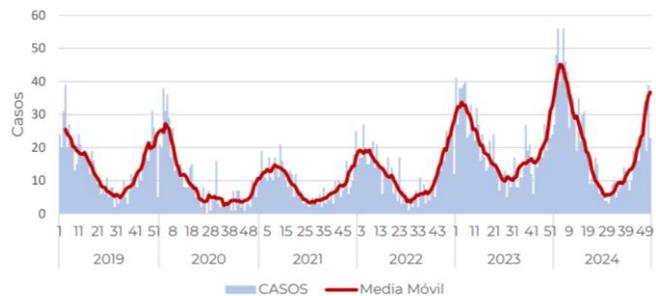
Comité Editorial	
Editor Honorario ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021) Por su invaluable legado como científico y humanista destacado, y por su esfuerzo en la consolidación del proyecto editorial del REC, como órgano de divulgación destacado en el ámbito de la Epidemiología.	
Editor en Jefe ÍLIDE SELENE DE LISA	Editores adjuntos RUTH BRITO ENRIQUE FARÍAS
Editores Asociados ISSN 2796-7050	
ADRIÁN MORALES // ÁNGELA GENTILE // NATALIA SPITALE SUSANA LLOVERAS // TOMÁS ORDUNA // DANIEL STECHER GUSTAVO LOPARDO // DOMINIQUE PEYRAMOND // EDUARDO SAVIO CARLA VIZZOTTI // FANCH DUBOIS // GUILLERMO CUERVO DANIEL 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	
 Sociedad Argentina de Infectología WWW.SADI.ORG.AR	 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.

Análisis temporal 2019/2024

Entre 2019 y 2024 se notificaron 4.457 casos de araneísmo en Argentina. Los casos evidencian un patrón estacional marcado con un aumento de notificaciones en los meses de primavera y verano. Se observan picos anuales consistentes, especialmente notorios en los veranos de 2019, 2022, 2023 y 2024, siendo este último uno de los más altos del período.



Casos de araneísmo según semana epidemiológica y media móvil de 8 semanas. Argentina. Años 2019/2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N=4.457).

En contraste, los años 2020 y 2021 presentan un descenso en la cantidad de casos notificados, posiblemente asociado a las restricciones por la pandemia de covid, que pueden haber influido tanto en la accesibilidad al sistema de salud como en los procesos de notificación.

En los últimos años se puede visualizar una tendencia general al alza en la notificación de casos. Estos datos destacan la importancia de reforzar las acciones preventivas y de vigilancia durante los períodos de mayor incidencia.

Análisis espacial

Entre 2019 y 2024, todas las regiones del país notificaron casos de este evento. Esta distribución refleja tanto la presencia de especies de arañas de importancia sanitaria como factores asociados al riesgo de accidente, el acceso a los servicios de salud y la implementación local de estrategias de vigilancia.

Santiago del Estero es la provincia con mayor tasa acumulada a nivel nacional, siendo esta de 21,4 casos cada 100.00 habitantes. En segundo lugar, se encuentra la provincia de Catamarca con 7,9 casos cada 100.000 habitantes. Simultáneamente, ambas provincias registraron las tasas más altas de la Región Noroeste Argentino (NOA), seguidas por La Rioja (5,3 casos cada 100.000 habitantes).

Mendoza es la tercera provincia con mayor tasa de incidencia acumulada cada 100.000 habitantes (7,4) a nivel nacional. A su vez, concentra la tasa más alta de la región Cuyo, seguida por San Juan (3,9 casos cada 100.000 habitantes).

Río Negro registró 6 casos cada 100.000 habitantes, siendo la cuarta provincia con la mayor tasa acumulada del país. Además, se trata de la tasa más alta de la región Sur, seguida por la provincia de Neuquén que presentó una tasa de 4,1 casos cada 100.000 habitantes.

Provincia/Región	Casos							Tasa acumulada
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total	
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1	3	—	—	3	3	10	0,1
Buenos Aires	21	22	19	43	50	48	203	0,2
Córdoba	100	31	20	13	26	37	227	1,0
Entre Ríos	1	—	1	1	5	2	10	0,1
Santa Fe	6	2	2	4	5	3	22	0,1
Centro	129	58	42	61	89	93	472	0,3
Mendoza	194	115	46	134	212	198	899	7,4
San Juan	33	19	17	45	45	28	187	3,9
San Luis	2	2	—	10	20	10	44	1,4
Cuyo	229	136	63	189	277	236	1.130	5,7
Chaco	—	8	20	17	38	48	131	1,8
Corrientes	—	1	1	2	4	—	8	0,1
Formosa	3	14	14	6	44	35	116	3,2
Misiones	20	8	15	9	16	17	85	1,1
Noreste Argentino	23	31	50	34	102	100	340	1,3
Catamarca	31	35	32	23	39	39	199	7,9
Jujuy	11	2	11	9	26	12	71	1,5
La Rioja	4	4	21	23	31	44	127	5,3
Salta	9	9	19	29	32	32	130	1,5
Santiago del Estero	235	140	136	143	259	360	1.273	21,4
Tucumán	29	26	17	9	10	25	116	1,1
Noroeste Argentino	319	216	236	236	397	512	1.916	5,5
Chubut	5	6	11	20	29	24	95	2,5
La Pampa	5	6	10	8	13	6	48	2,2
Neuquén	22	17	21	24	42	42	168	4,1
Río Negro	32	28	37	46	61	69	273	6,0
Santa Cruz	—	1	—	2	7	3	13	0,6
Tierra del Fuego	—	—	1	—	—	1	2	0,2
Sur	64	58	80	100	152	145	599	3,3
Total Argentina	764	499	471	620	1.017	1.086	4.457	1,6

Casos de arañeísmo y tasas cada 100.000 habitantes, según jurisdicción y año de ocurrencia. Argentina. Años 2019/2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N=4.457).

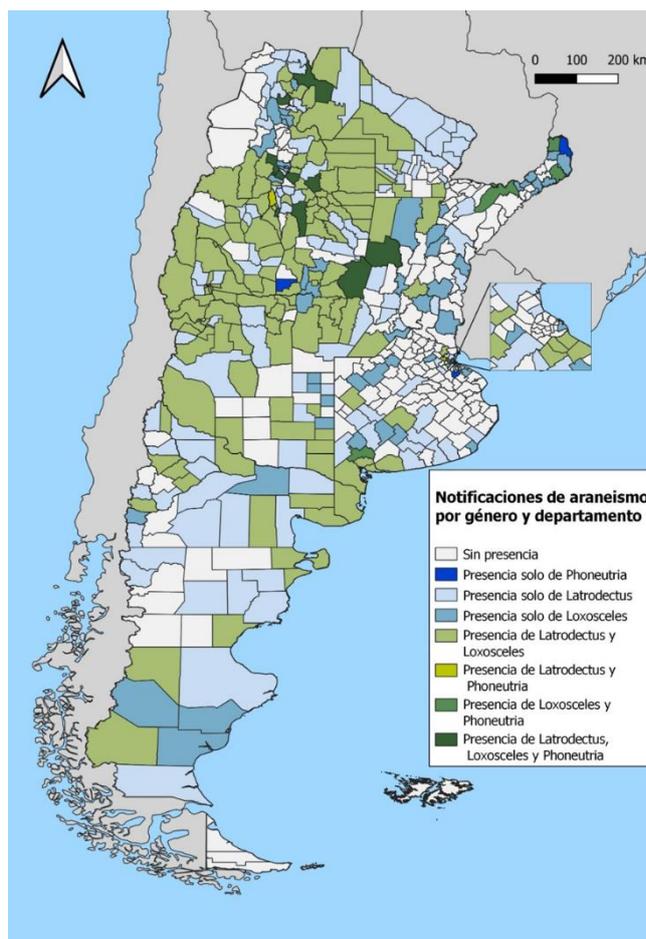
Las provincias de la Región Noreste Argentino (NEA) y la Región Centro registraron tasas inferiores a 3,5 casos cada 100.000 habitantes.

Las notificaciones se concentran en las regiones Cuyo, Centro, NEA y NOA, coincidiendo con los patrones de abundancia, diversidad y distribución de las arañas de importancia médica en el país.

La mayoría de las notificaciones de arañeísmo en Argentina están relacionadas al género *Latrodectus*, que representa 65% del total de casos, con 2.883 casos notificados, seguido por *Loxosceles* con 34% (1.516 casos), y por último *Phoneutria* con apenas 1% del total (58 casos).

En las regiones Sur, NOA, NEA y Cuyo, la mayoría de los accidentes fueron ocasionados por el género *Latrodectus*. La región Centro se caracteriza por la predominancia de notificaciones relacionadas a accidentes con *Loxosceles*.

En línea con la distribución del género, sólo algunas provincias registraron notificaciones significativas de accidentes con el género *Phoneutria* (Tucumán y Misiones).



Distribución de los casos de arañeísmo, según departamento y género de araña. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2019 a 28 de 2025. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (n=5.086).

La distribución de las notificaciones es coincidente con la distribución de los géneros y especies de arañas a nivel nacional, así como al clima, el tipo de hábitat y la actividad humana.

Provincia/Región	<i>Latrodectus</i>		<i>Loxosceles</i>		<i>Phoneutria</i>		Total de casos
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	3	30,0	7	70,0	—	—	10
Buenos Aires	73	36,0	128	63,1	2	1,0	203
Córdoba	105	46,3	120	52,9	2	0,9	227
Entre Ríos	4	40,0	6	60,0	—	—	10
Santa Fe	10	45,5	11	50,0	1	4,5	22
Centro	195	41,3	272	57,6	5	1,1	472
Mendoza	592	65,9	307	34,1	—	—	899
San Juan	98	52,4	89	47,6	—	—	187
San Luis	15	34,1	29	65,9	—	—	44
Cuyo	705	62,4	425	37,6	—	—	1.130
Chaco	111	84,7	20	15,3	—	—	131
Corrientes	2	25,0	5	62,5	1	12,5	8
Formosa	115	99,1	1	0,9	—	—	116
Misiones	—	—	70	82,4	15	17,6	85
Noreste Argentino	228	67,1	96	28,2	16	4,7	340
Catamarca	128	64,3	69	34,7	2	1,0	199
Jujuy	50	70,4	20	28,2	1	1,4	71
La Rioja	101	79,5	25	19,7	1	0,8	127
Salta	70	53,8	58	44,6	2	1,5	130
Santiago del Estero	988	77,6	283	22,2	2	0,2	1.273
Tucumán	24	20,7	63	54,3	29	25,0	116
Noroeste Argentino	1.361	71,0	518	27,0	37	1,9	1.916
Chubut	69	72,6	26	27,4	—	—	95
La Pampa	31	64,6	17	35,4	—	—	48
Neuquén	136	81,0	32	19,0	—	—	168
Río Negro	148	54,2	125	45,8	—	—	273
Santa Cruz	8	61,5	5	38,5	—	—	13
Tierra del Fuego	2	100,0	—	—	—	—	2
Sur	394	65,8	205	34,2	—	—	599
Total Argentina	2.883	64,7	1.516	34,0	58	1,3	4.457

Casos de araneísmo, según jurisdicción y género. Argentina. Años 2019/2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N=4.457).

Análisis según sexo y grupo etario

Durante el período 2019/2024, de los 4.457 casos notificados, 59% correspondió a personas de sexo masculino (2.610) y 41% a personas de sexo femenino (1.847).

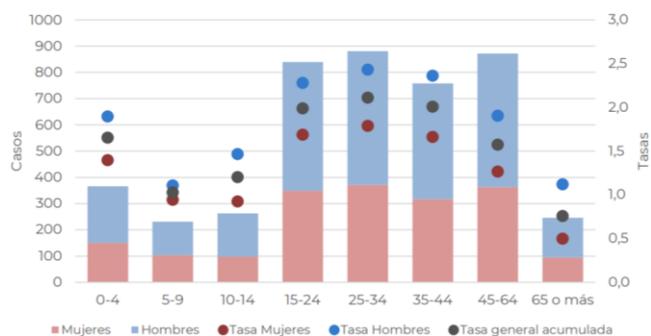
En el género *Latrodectus*, la diferencia entre sexos es pronunciada, siendo la población masculina la más afectada por este evento.

En el caso de *Loxosceles*, la proporción de casos y tasas acumuladas para cada sexo es similar, lo cual se condice con el comportamiento de la araña, que habita en los hogares.

Las diferencias observadas en la distribución por sexo según el género de araña podrían estar vinculadas a patrones diferenciales de exposición, posiblemente asociados a actividades fuera del domicilio en el caso de *Latrodectus* y a exposiciones domiciliarias en el caso de *Loxosceles*. Estas tendencias refuerzan la importancia de considerar las características ecológicas del arácnido y los contextos de riesgo al momento de diseñar estrategias preventivas.

La distribución de los casos y tasas por sexo y grupo etario, considerando los tres eventos, se mantuvo relativamente estable durante todo el periodo analizado, con una predominancia sostenida del sexo masculino.

El análisis de las tasas acumuladas por grupos etarios indica que las personas de 25 a 34 años fueron las más afectadas por estos eventos, con una tasa acumulada de 2,4 casos cada 100.000



Casos de araneísmo y tasas acumuladas cada 100.000 habitantes, según sexo y grupo etario. Argentina. Años 2019/2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N=4.457).

habitantes para el sexo masculino y de 1,8 para el sexo femenino. En segundo lugar, se encuentran los grupos de 15 a 24 años (2,3 para varones y 1,7 para mujeres) y 35 a 44 años (2,4 para varones y 1,7 para mujeres). Los niños de 0 a 4 años se encuentran en tercer lugar, con una tasa acumulada de 1,9 casos cada 100.000 habitantes para varones y de 1,4 para mujeres, seguidos por el grupo de 45 a 64 años (1,9 para varones y 1,3 para mujeres). El grupo etario que presenta la tasa más baja es el de adultos de 65 años y más (1,1 para varones y 0,5 para mujeres).

El análisis por sexo y grupo etario indica que, si bien las mayores tasas acumuladas se concentran en personas jóvenes y adultas, los varones presentan sistemáticamente valores más altos que las mujeres en todos los grupos, especialmente en los grupos de entre 15 y 64 años. Estas brechas podrían estar vinculadas a distintos patrones de exposición y/o percepción del riesgo por parte de esta población y resaltan la necesidad de incorporar una medida teniendo estos factores en consideración.

Situación actual

En 2025, hasta la semana epidemiológica 28, se notificaron 629 casos de araneísmo, 16% menos que la cantidad notificada para la misma semana de 2024 (745 casos). Esta disminución puede deberse a una mejora en las estrategias de prevención, cambios en los factores ambientales o estacionales que influyen en el ciclo de vida de los arácnidos o en la necesidad de ajustar los procesos de notificación y vigilancia.

La distribución de casos y tasas por región se encuentra alineada con aquella descrita para los años anteriores, siendo las regiones Cuyo y NOA quienes concentran la mayor cantidad de casos y las tasas cada 100.000 habitantes más altas (5,3 y 4,2, respectivamente).

En referencia a las características sociodemográfica de los casos, 60% de las notificaciones de 2025 correspondió a personas de sexo masculino (377) y 40% a personas de sexo femenino (252). El grupo etario más afectado fue el de las personas de 25 a 34 años, con una tasa de 2,5 casos cada 100.000 habitantes en varones y de 1,8 en mujeres, seguido por el grupo de 35 a 44 años (2,1 en varones y 1,35 en mujeres). Estos datos muestran una distribución similar al patrón histórico.

Provincia/Región	Casos	%
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	3	0,2
Buenos Aires	33	0,1
Córdoba	16	0,4
Entre Ríos	—	—
Santa Fe	—	—
Centro	52	0,2
Mendoza	144	6,9
San Juan	28	3,4
San Luis	11	2,0
Cuyo	183	5,3
Chaco	29	2,3
Corrientes	1	0,1
Formosa	20	3,2
Misiones	3	0,2
Noreste Argentino	53	1,2
Catamarca	27	6,2
Jujuy	12	1,5
La Rioja	28	6,7
Salta	8	0,5
Santiago del Estero	164	16,0
Tucumán	14	0,8
Noroeste Argentino	253	4,2
Chubut	20	3,0
La Pampa	7	1,9
Neuquén	26	3,7
Río Negro	29	3,7
Santa Cruz	6	1,5
Tierra del Fuego	—	—
Sur	88	0,2
Total Argentina	629	1,3

Casos de araneísmo y tasas cada 100.000 habitantes, según jurisdicción. Argentina. Año 2025, hasta semana epidemiológica 28. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N=629).

El araneísmo es un evento de notificación obligatoria debido a su potencial gravedad clínica y relevancia sanitaria. Se trata de intoxicaciones agudas, que constituyen emergencias médicas potencialmente graves y letales, pero al mismo tiempo prevenibles y tratables mediante el uso de antídotos efectivos.

En Argentina se han identificado tres géneros arácnidos de importancia médica debido a la toxicidad de su veneno: *Latrodectus* (viuda negra), *Loxosceles* (araña de los rincones) y *Phoneutria* (araña de los bananeros); cada una genera intoxicaciones con manifestaciones clínicas particulares.

El género *Latrodectus* se encuentra distribuido en todo el territorio, desde Jujuy hasta Tierra del Fuego, con mayor frecuencia en el oeste y centro del país, adaptándose a ambientes muy diversos como la estepa patagónica o las regiones del noreste y noroeste. Se la conoce como viuda negra, pero también como araña del lino o araña de los rastros, debido a su asociación con accidentes ocurridos durante tareas agrícolas. Los incidentes se registran mayormente entre noviembre y abril, cuando se presenta su mayor actividad y abundancia. Son arañas pequeñas, de coloración negra, con manchas anaranjadas o rojas en el abdomen, de hasta 1,5 cm y poco agresivas. Su mordedura, aunque potencialmente grave, puede producir un cuadro de neurotoxicidad caracterizado por un dolor intenso, pero con escaso o nulo daño local y, en sus presentaciones más graves, con síntomas generalizados.

La araña *Loxosceles*, conocida comúnmente como araña de los rincones o araña violinista por la característica marca en forma de violín en su cefalotórax, es una especie de tamaño pequeño (hasta 1,2 cm sin contar las patas), de hábitos lucífugos y no agresiva,

de color marrón. Se asocia fuertemente a entornos domiciliarios, donde suele encontrarse en rincones, detrás de cuadros, muebles u otros espacios protegidos del sol, el viento y la lluvia. Puede hallarse en todo el territorio nacional. El veneno de *Loxosceles* tiene acción hemolítica y puede producir lesiones locales severas, y en las formas generalizadas y graves, hemólisis e insuficiencia renal.

La especie *Phoneutria* se caracteriza por tener un mayor tamaño y comportamiento agresivo. Puede superar los 4 cm de cuerpo y alcanzar más de 10 cm incluyendo sus patas. A diferencia de los otros géneros, su distribución se concentra en zonas con clima cálido, tropical o subtropical y con vegetación abundante, por eso puede encontrarse en Misiones, Chaco, Formosa, el norte de Corrientes, Jujuy y Salta, donde puede adoptar hábitos peridomiciliarios. Tiene conductas nocturnas y su veneno produce un cuadro neurotóxico que, en la mayoría de los casos, cursa solo con compromiso local (dolor muy intenso e inflamación leve).

Las mordeduras producidas por arañas representan una emergencia médica que puede generar compromiso local y/o sistémico grave, requiriendo atención oportuna y, en muchos casos, la administración de antiveneno específico. La vigilancia de estos eventos permite identificar zonas de riesgo, orientar estrategias de prevención y garantizar el acceso adecuado a tratamiento y asistencia. El abordaje clínico y epidemiológico del araneísmo requiere una respuesta sanitaria integrada y oportuna considerando la diversidad de géneros involucradas y los distintos cuadros clínicos que pueden presentarse, incluso en aquellos casos en los que no es posible identificar al ejemplar responsable de la mordedura.

El Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) confirmó un caso positivo de influenza aviar altamente patógena (IAAP) A(H5), en un establecimiento de aves de traspatio ubicado en el partido de Arrecifes, provincia de Buenos Aires.



La muestra fue analizada por el Laboratorio del SENASA, ubicado en la localidad de Martínez, luego de recibir la notificación de un cuadro clínico en aves con signos de depresión, moco, incoordinación, cianosis en la cresta y barbillones, y alta mortalidad en 24 horas.

Se procedió al sacrificio sanitario y enterramiento de todas las aves afectadas, seguido por tareas de higiene y desinfección del lugar.

Asimismo, se delimitó un área de prevención de 3 km alrededor del brote, a los fines de efectuar la vigilancia epidemiológica de la zona delimitada, donde no se identificaron predios de aves de traspatio, ni de producción industrial.

El predio contaba con aproximadamente 120 aves de diferentes especies como gallinas, pavos, gallinas de Guinea, gansos y patos.

Cabe destacar que la presencia de IAAP A(H5) en aves de traspatio, no afecta el estatus sanitario de país como libre de la enfermedad, ni condiciona las actividades comerciales de mercancías aviares.

En caso de observar mortandades en aves o signos clínicos compatibles con la enfermedad, es fundamental dar aviso al Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) para su respuesta inmediata y atención de la sospecha. Cualquier persona puede notificar al organismo en:

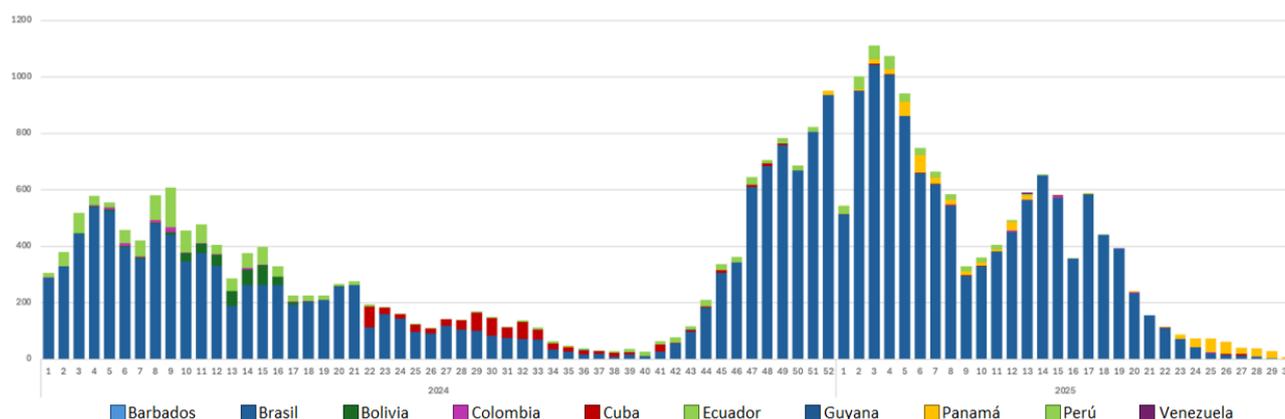
- la oficina más cercana, personalmente o por teléfono;
- por [Whatsapp](https://www.whatsapp.com/channel/00299562000000000000), al (11) 5700 5704;
- a través del correo electrónico a notificaciones@senasa.gob.ar;
- por medio del [Formulario Avisá al SENASA](#), disponible en el sitio web oficial.

Para más información, puede ingresar al [Micrositio del SENASA](#).

Resumen de la situación

En el año 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 30 se notificaron 12.786 casos confirmados de fiebre de Oropouche en la Región de las Américas. Los casos confirmados se reportaron en once países de la región: Brasil (11.888 casos), Panamá (501 casos), Perú (330 casos), Cuba (28 casos), Colombia (26 casos), Venezuela (5 casos)¹, Uruguay (3 casos importados), Chile (2 casos importados), Canadá (1 caso importado), Estados Unidos (1 caso importado) y Guyana (1 caso).

Previamente, durante 2024, se habían notificado 16.239 casos confirmados, incluidas cuatro defunciones en la región. Los casos confirmados se reportaron en 11 países y un territorio: Brasil (13.785 casos, incluidas cuatro defunciones), Perú (1.263 casos), Cuba (626 casos), Bolivia (356 casos), Estados Unidos (108 casos importados), Colombia (74 casos), Panamá (16 casos), Ecuador (3 casos), Guyana (3 casos), Barbados (2 casos), Canadá (2 casos importados) e Islas Caimán (1 caso importado). Adicionalmente, se reportaron casos importados de fiebre de Oropouche en países de la Región Europea (30 casos).



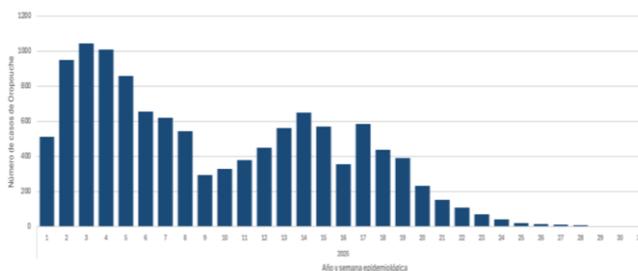
Casos autóctonos confirmados de fiebre de Oropouche, según país y semana epidemiológica de inicio de síntomas. Región de las Américas. De semana epidemiológica 1 de 2024 a 30 de 2025. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

Desde la [última actualización epidemiológica](#) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), publicada el 11 de febrero de 2025, se notificaron 9.014 nuevos casos confirmados de fiebre de Oropouche en cinco países de la Región en 2025.

¹ La información de Venezuela es hasta la semana epidemiológica 13 de 2025.

Casos autóctonos confirmados en la Región de las Américas en 2025

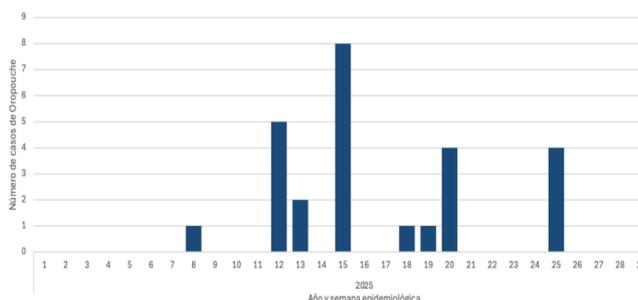
- Brasil:** En 2025, hasta la SE 31, se notificaron 11.888 casos de fiebre de Oropouche confirmados por laboratorio, en los estados de Espírito Santo (6.322), Rio de Janeiro (2.497), Minas Gerais (1.366), Ceará (693), Paraíba (645), São Paulo (143), Amapá (99), Paraná (47), Tocantins (22), Santa Catarina (15), Bahia (11), Pará (10), Rondônia (7), Alagoas (5), Pernambuco (2), Distrito Federal (1), Mato Grosso do Sul



Número de casos confirmados de fiebre de Oropouche, según semana epidemiológica de inicio de síntomas. Brasil. Año 2025, hasta semana epidemiológica 31. Fuente: Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Brasil.

Los casos identificados en Pará, Maranhão, Piauí, Pernambuco, Mato Grosso, Goiás, Distrito Federal y Rio Grande do Sul presentaron sitios probables de infección en estados con transmisión autóctona (Espírito Santo, Rio de Janeiro y Paraíba). En cuanto a las defunciones asociadas a fiebre de Oropouche en 2025, se informaron cinco, en los estados de Rio de Janeiro (4) y Espírito Santo (1). En relación a la distribución de los casos por sexo y grupo de edad, 6.231 (52,4%) corresponden al sexo masculino y la mayor proporción se registra en el grupo de edad de 30 a 39 años (2.267; 19,1%). Se encuentran aún en investigación cinco casos con complicaciones neurológicas y dos casos de muerte fetal.

- Colombia:** En 2025, hasta la SE 29, se notificaron 26 casos confirmados por laboratorio, en los departamentos de Vaupés (19), Tolima (4), Córdoba (2) y Huila (1). De los 26 casos confirmados, tres presentan antecedentes de viaje a zonas con transmisión del virus: dos procedentes del departamento de Córdoba, notificados desde Cundinamarca y Bogotá DC, respectivamente, y un caso con antecedente de viaje

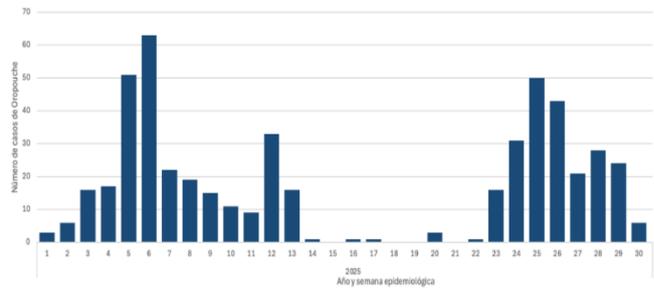


Número de casos confirmados de fiebre de Oropouche, según semana epidemiológica de inicio de síntomas. Colombia. Año 2025, hasta semana epidemiológica 29. Fuente: Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Colombia.

Hasta la fecha, no se han registrado defunciones ni complicaciones asociadas a la infección por el virus de Oropouche. En cuanto a la distribución por sexo y grupo de edad, 14 casos (53,9%) corresponden a hombres. La mayor proporción se presenta en el grupo etario de 11 a 22 años, con 10 casos (38,5%).

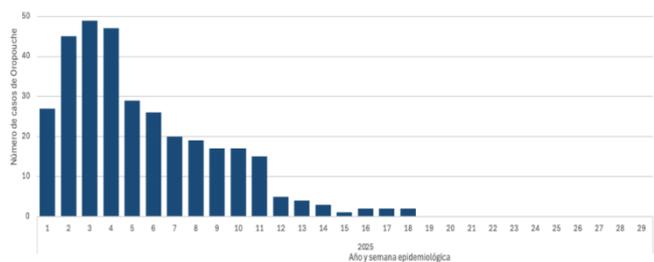
- Cuba:** En 2025, hasta la SE 29, se notificaron 28 casos confirmados por laboratorio, en las provincias de Pinar del Río (6), Villa Clara (5), Guantánamo (4), La Habana (3), Matanzas (3), Artemisa (2), Cienfuegos (1), Ciego de Ávila (1), Camagüey (1), Las Tunas (1) y Santiago de Cuba (1). En cuanto a la distribución por sexo y grupo de edad, 20 de los casos confirmados (71%) corresponden al sexo femenino y ocho (28%) al masculino. De los casos confirmados, 27 (96%) pertenecen al grupo de edad de 0 a 54 años. Cuatro casos confirmados presentaron síndrome neurológico: tres casos meningoencefalitis y uno encefalitis.
- Guyana:** En 2025, hasta la SE 29, se notificó un caso confirmado, en una adolescente de 15 años, residente en la región N° 5, sin antecedentes de viaje y con inicio de síntomas el 2 de enero. El caso fue confirmado por el Laboratorio Nacional de Salud Pública mediante prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) y no requirió hospitalización. Hasta la fecha, no se han reportado defunciones ni complicaciones asociadas a la infección por el virus de Oropouche.

- **Panamá:** En 2025, hasta la SE 30, se notificaron 501 casos confirmados por laboratorio, procedentes de la provincia de Darién (265) y Panamá Este (236). En cuanto a la distribución por sexo, 269 casos (53,7%) corresponden al sexo femenino, mientras que la mayor proporción de casos se registró en personas de 25 a 49 años (205 casos; 40%). Se registró una defunción asociada a la infección por el virus de Oropouche en la provincia de Darién. Se reportaron tres casos con complicaciones neurológicas: cinco hospitalizaciones con sospecha de síndrome febril agudo neurológico asociado al virus de Oropouche, de los cuales tres fueron confirmados. En relación con los casos en gestantes, se identificaron cinco mujeres embarazadas con diagnóstico confirmado de infección por el virus de Oropouche y sin casos de transmisión vertical hasta el momento.



Número de casos confirmados de fiebre de Oropouche, según semana epidemiológica de inicio de síntomas. Panamá. Año 2025, hasta semana epidemiológica 30. Fuente: Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Panamá.

- **Perú:** En 2025, hasta la SE 29, se notificaron 330 casos confirmados en ocho departamentos del país: Loreto (164), Junín (74), Ayacucho (38), Cusco (23), San Martín (20), Ucayali (7), Cajamarca (3) y Amazonas (1). En cuanto a la distribución de los casos por sexo y grupo de edad, 185 casos (55,9%) corresponden al sexo femenino, y la mayor proporción de casos se registra en el grupo de edad de 30 a 59 años, con 128 casos (38,8%). No se han registrado defunciones ni complicaciones que pudiesen estar asociadas a la infección por el virus de Oropouche.



Número de casos confirmados de fiebre de Oropouche, según semana epidemiológica de inicio de síntomas. Perú. Año 2025, hasta semana epidemiológica 29. Fuente: Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Perú.

- **Venezuela:** En 2025, hasta la SE 13, se notificaron cinco casos confirmados por laboratorio, de los cuales tres (60%) corresponden a personas menores de 18 años.

Casos importados en países y territorios en la Región de las Américas en 2025

- **Canadá:** En 2025, hasta la SE 29, se notificó un caso importado confirmado en la SE 3, con antecedente de viaje a Colombia.
- **Chile:** En 2025, hasta la SE 29, se notificaron dos casos importados confirmados; ambos casos se reportaron en la Región Metropolitana, con antecedente de viaje a Brasil. Los casos no reportaron complicaciones asociadas a la enfermedad.
- **Estados Unidos:** En 2025, hasta la SE 29, se notificó un caso importado en el estado de Wisconsin. El caso tenía antecedentes de viaje a Panamá, y fue hospitalizado por enfermedad neuroinvasiva, de la que posteriormente se recuperó.
- **Uruguay:** En 2025, hasta la SE 29, se notificaron tres casos importados confirmados, todos con antecedente de viaje a Brasil. Los casos no reportaron complicaciones asociadas a la enfermedad.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) instó a los países de las Américas a reforzar las actividades de vacunación, mejorar la vigilancia de enfermedades y agilizar las intervenciones de respuesta rápida, ante el aumento de casos de sarampión en la región. En 2025, hasta el 8 de agosto, se han confirmado 10.139 casos de sarampión y 18 muertes relacionadas en diez países, lo que representa un incremento de 34 veces en comparación con el mismo período de 2024.



Los brotes están relacionados principalmente con una baja cobertura de vacunación: 71% de los casos ocurrieron en personas no vacunadas y 18% en individuos con estado de vacunación desconocido. En 2024, la cobertura de la primera dosis de la vacuna triple viral en la región alcanzó el 89% (2 puntos porcentuales más que en 2023), mientras que la segunda dosis aumentó de 76% a 79%. Sin embargo, estos niveles siguen por debajo del 95% recomendado para prevenir brotes.

“El sarampión se puede prevenir con dos dosis de una vacuna que es muy segura y efectiva. Para detener estos brotes, los países deben fortalecer urgentemente la inmunización de rutina y realizar campañas de vacunación dirigidas en las comunidades de alto riesgo”, afirmó el Dr. Daniel Salas, Gerente Ejecutivo del Programa Especial de Inmunización Integral de la OPS.

Los países con mayor número de casos son Canadá (4.548 casos), México (3.911) y Estados Unidos (1.356). Otros países con casos confirmados incluyen Bolivia (229), Argentina (35), Belice (34), Brasil (17), Paraguay (4), Perú (4) y Costa Rica (1). Paraguay es el último país en reportar un brote este año. Las muertes se han registrado en México (14), Estados Unidos (3) y Canadá (1). En México, la mayoría de las muertes ocurrieron en personas indígenas de entre 1 y 54 años. Canadá reportó un caso fatal de sarampión congénito en un recién nacido.

Los brotes actuales están asociados a dos genotipos del virus del sarampión. Uno de ellos se ha identificado en ocho países, especialmente en comunidades menonitas de Canadá, Estados Unidos, México, Belice, Argentina, Bolivia, Brasil y Paraguay. Dado que el sarampión es altamente contagioso, se propaga rápidamente entre poblaciones no vacunadas, especialmente entre niños. Sin embargo, los datos recientes muestran un aumento de casos fuera de estos grupos.

Situación por país

- **Canadá:** La transmisión persiste, especialmente en Alberta, British Columbia, Manitoba y Ontario, tras un brote que comenzó en New Brunswick en octubre de 2024.
- **México:** Se lleva a cabo una campaña masiva de vacunación en la población de 6 meses a 49 años de edad en 14 municipios prioritarios con transmisión activa de sarampión en Chihuahua, que concentra 93% de los casos del país. Las comunidades indígenas han sido las más afectadas, con una tasa de letalidad 20 veces mayor que la de la población general.

- **Estados Unidos:** Se reportan brotes en 41 jurisdicciones, principalmente entre comunidades menonitas con baja vacunación, aunque no se han registrado nuevos casos en Texas ni New México desde fines de julio.
- **Bolivia:** La mayoría de los casos se concentran en Santa Cruz, con reportes adicionales en otros siete departamentos, afectando tanto a la población general como a comunidades menonitas.
- **Argentina:** No reporta nuevos casos desde fines de junio.
- **Belice:** No reporta nuevos casos desde fines de junio.
- **Brasil:** Se registraron 12 casos en Tocantins, vinculados al brote regional y afectando a una pequeña comunidad ortodoxa rusa.

Respuesta y recomendaciones de la OPS

La OPS está brindando cooperación técnica directa en la región para apoyar la vigilancia, la investigación de casos, la respuesta a brotes, los diagnósticos de laboratorio y las campañas de vacunación. Esto incluye el envío de expertos a países como México, Argentina y Bolivia, el monitoreo de riesgos de importación en Brasil y Paraguay, el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia y el trabajo con comunidades y personal de salud para contrarrestar la desinformación y promover la aceptación de vacunas.

La OPS recomienda a los países:

- Alcanzar y mantener una cobertura de vacunación de 95% con dos dosis de la vacuna contra el sarampión.
- Fortalecer los sistemas de respuesta rápida para contener brotes.
- Escalar las estrategias de vacunación selectiva (bloqueo vacunal o barrido documentado) a campañas masivas de vacunación, en áreas de riesgo y brotes, conforme el escenario epidemiológico y la movilidad de los casos.
- Garantizar la detección oportuna y la confirmación de casos por laboratorio.
- Involucrar a comunidades en riesgo para mejorar sus conocimientos en salud y abordar la reticencia hacia las vacunas.

La OPS no recomienda restricciones de viaje, pero aconseja a los viajeros asegurarse de estar vacunados, especialmente si visitan zonas con brotes activos. Esto incluye a niños de 6 a 11 meses, que no suelen estar incluidos en el esquema de vacunación de rutina, pero que deberían recibir protección temprana en contextos de brote.

Contexto regional y global

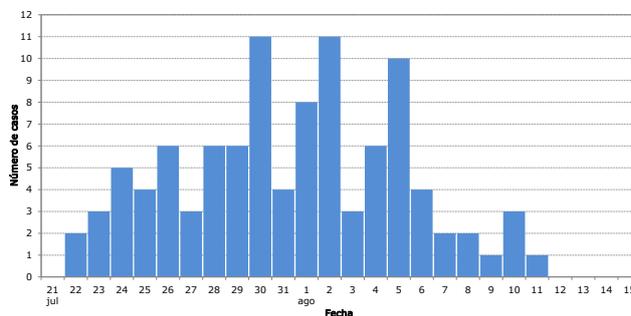
Las Américas fueron declaradas libres de sarampión endémico en 2016, un logro único a nivel global. Aunque la transmisión endémica reapareció en Venezuela y Brasil en 2018 y 2019, ambos países recuperaron su estatus de eliminación en 2023 y 2024, respectivamente. Sin embargo, mantener el sarampión bajo control sigue siendo un desafío, tanto por la circulación continua del virus en otras regiones del mundo como por la presencia, en varios países de la región, de comunidades reticentes a la vacunación y con coberturas insuficientes.

A nivel global, datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) registran 239.816 casos sospechosos y 108.074 casos confirmados en todas las regiones de la OMS hasta julio de 2025. La región del Mediterráneo Oriental representa la mayor proporción (35%), seguida por África (21%) y Europa (21%).



El Departamento de Salud e Higiene Mental de la ciudad de New York está investigando un conglomerado de casos de legionelosis en Central Harlem.

El riesgo para la mayoría de las personas en el área es bajo. Quien viva o trabaje en la zona y presente síntomas similares a los de la influenza, debe consultar a un profesional de la salud de inmediato. Los síntomas incluyen tos, fiebre, escalofríos, dolores musculares y dificultad para respirar.



Casos de legionelosis. Harlem Central, ciudad de New York. Del 21 de julio al 15 de agosto de 2025. Fuente: Departamento de Salud e Higiene Mental de la ciudad de New York. (N=101).

Hasta el 15 de agosto, se han notificado 101 casos confirmados, de los cuales cuatro resultaron fatales. Actualmente, 15 de los casos permanecen hospitalizados.

Las personas generalmente desarrollan síntomas entre 2 y 10 días después de la exposición, aunque este periodo puede extenderse por hasta dos semanas.

El Departamento de Salud tomó muestras y analizó el agua de las torres de refrigeración en la zona de investigación. Todas las torres con resultados positivos iniciales para la bacteria *Legionella* completaron el tratamiento requerido por el Departamento de Salud. Se sigue monitoreando y notificando a los edificios si se requiere tratamiento adicional.

El sistema de plomería de un edificio es independiente del sistema de la torre de enfriamiento. Este brote comunitario no está relacionado con el suministro de agua caliente o fría de un edificio. Los residentes de estos códigos postales pueden seguir bebiendo agua, bañándose, duchándose, cocinando y usando el aire acondicionado.

Cuando en un vecindario hay varios casos de legionelosis (conglomerado), las fuentes comunes de exposición son las torres de enfriamiento, los jacuzzis y las fuentes de agua rociada.

En otras ocasiones, cuando varias personas con legionelosis viven en el mismo edificio, la exposición suele estar relacionada con el sistema de plomería del edificio, generalmente el sistema de agua caliente. En este caso, los residentes del edificio pueden estar expuestos a través del vapor de agua al ducharse.

Cuando haya dos o más casos confirmados de legionelosis en un período de 12 meses asociados con el mismo edificio con un sistema de agua caliente compartido, el Departamento de Salud realizará una evaluación del mismo.

No existe vacuna ni medicamento que pueda prevenir la legionelosis. La mejor manera de prevenirla es mediante el mantenimiento adecuado de los sistemas de agua donde la *Legionella* pueda proliferar.

En la ciudad de New York, los propietarios de edificios deben registrar las torres de refrigeración. Esto permite al Departamento de Salud investigar rápidamente cuando se notifican con-

glomerados de legionelosis. Los propietarios de edificios también deben analizar periódicamente el agua de la torre de refrigeración para detectar la presencia de *Legionella* y realizar revisiones periódicas de su sistema, según lo exige la normativa de torres de refrigeración de la ciudad de New York. También deben analizar periódicamente el agua para detectar la presencia de *Legionella*.

El Departamento de Salud investiga los conglomerados de casos de legionelosis para encontrar la fuente de contaminación y así evitar que otras personas enfermen.

La legionelosis es un tipo de neumonía, causada por la bacteria *Legionella pneumophila*, que prospera en agua tibia. Causa síntomas similares a los de la gripe y sus complicaciones pueden ser mortales.

Las personas que inhalan vapor que contiene la bacteria pueden enfermar de legionelosis. La enfermedad no se transmite de persona a persona: no se puede contraer de una persona enferma. Tampoco se puede contraer por beber agua. La bacteria no se propaga a través del aire acondicionado.

La mayoría de las personas expuestas a la bacteria no desarrollan la enfermedad. Tienen mayor riesgo de padecer legionelosis las personas de 50 años de edad o más, los fumadores, los que padecen una enfermedad pulmonar crónica y quienes tienen un sistema inmunológico debilitado.

Los síntomas de la legionelosis incluyen fiebre, escalofríos, dolores musculares y tos. También pueden presentarse dolores de cabeza, fatiga, pérdida de apetito, confusión o diarrea.

La Secretaría de Salud de Zacatecas informó de un caso humano de rabia, en una paciente femenina de 17 años, originaria y residente de Mezquital del Oro, Zacatecas, ubicada a más de 190 kilómetros de la capital estatal.

El 13 de agosto de 2025, la paciente fue atendida en el Hospital Rural N° 82 de Vicente Guerrero, Durango, tras haber sido mordida en el miembro superior izquierdo por un zorrillo salvaje a fines de junio. Posteriormente, el mismo día, fue trasladada al Régimen Ordinario del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Zacatecas, donde recibió atención médica.

El Laboratorio Estatal de Salud Pública confirmó la enfermedad y, dado que se trata de un caso de interés nacional, se contó con la presencia de personal del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE), la Dirección General de Epidemiología y el Centro Nacional de Prevención y Control de Enfermedades (CENAPRECE). Tras una reunión técnica con representantes de las instituciones de salud, se tomó la decisión de trasladar al equipo técnico estatal-federal al Hospital General de Zona N° 1 “Emilio Varela Luján”.

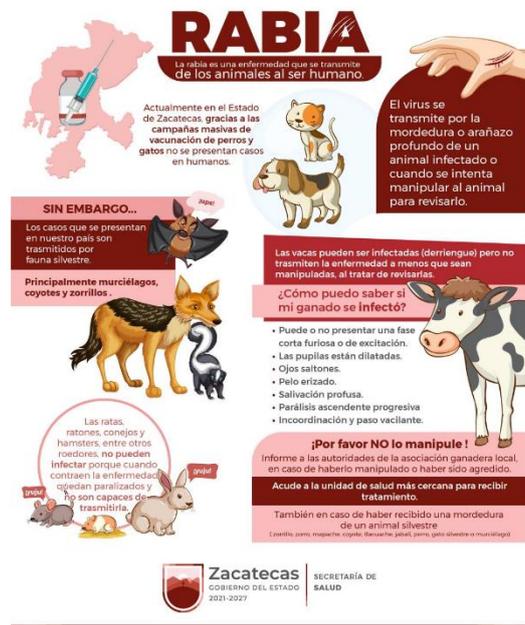
En todo momento se mantuvo comunicación directa con los familiares para informarles sobre el estado de salud de la paciente, los procedimientos a realizar y se obtuvo el consentimiento informado de los padres. Se garantizó que la paciente contara en todo momento con el soporte clínico necesario para mantener su confort.

El 15 de agosto se notificó a los familiares, al personal médico tratante y a las autoridades competentes a fin de que procedan de inmediato a la activación de los protocolos de investigación epidemiológica, trazabilidad del caso y acciones de control, en tanto se está en espera de los resultados definitivos por parte del InDRE.

Entre las medidas implementadas figuran la investigación a familiares y contactos para determinar la necesidad de profilaxis postexposición, así como la visita a las comunidades relacionadas con la agresión, la atención y la movilidad de la paciente. Estas acciones permitirán elaborar una cronología detallada de los hechos, prevenir nuevos casos y realizar la búsqueda activa e intencionada de casos sospechosos, garantizando su seguimiento y atención.

Recomendaron actividades preventivas como continuar con la campaña permanente de vacunación antirrábica.

Es el primer caso en la entidad desde hace más de 38 años, en 1987.





ÁFRICA

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL CÓLERA

13/08/2025

El brote de cólera en la Región Africana de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2025 afectó a 20 países: Angola, Burundi, Comoras, Costa de Marfil, Etiopía, Ghana, Kenya, Malawi, Mozambique, Namibia, Nigeria, República Democrática del Congo, Ruanda, Sudáfrica, Sudán del Sur, Togo, Tanzania, Uganda, Zambia y Zimbabwe. Namibia notificó un nuevo brote en junio de 2025. Además, en ese mismo mes, los casos aumentaron en Burundi, Costa de Marfil y Etiopía en comparación con los casos notificados en mayo.

El cambio climático y los desastres naturales han contribuido a la perpetuación de los brotes en el continente. Los Estados Miembros deben mejorar la preparación y la disposición para enfrentar el cólera, el monitoreo de la epidemia y ampliar las medidas de prevención y control en las comunidades y en los alrededores de los cruces fronterizos. Una respuesta multisectorial en colaboración con los sectores de agua, saneamiento e higiene (WASH) es clave en la lucha por eliminar el cólera en el continente.

La OMS, en colaboración con los Centros Africanos para el Control y la Prevención de Enfermedades (África-CDC), facilitó la reunión de Jefes de Estado y de Gobierno, que se celebró el 4 de junio de 2025, acordada por el presidente de Zambia para debatir el aumento de casos de cólera en el continente africano en los 20 países afectados. La reunión fue precedida por una reunión ministerial de Ministros de Salud, Finanzas, Agua, Medio Ambiente y Saneamiento, el 2 de junio de 2025, para presentar recomendaciones a sus Presidentes/Jefes de Estado. Esta reunión dio lugar a un [Llamado a la Acción para eliminar el cólera en el continente para 2030](#).

Desde principios de 2025, el número de casos y muertes por cólera notificados a la Oficina Regional de la OMS para África hasta el 29 de junio fue de 144.665 y 2.917, respectivamente, con una tasa de letalidad de 2,0% (la misma que la notificada a fines de mayo). Los cinco principales países afectados son Sudán del Sur, República Democrática del Congo, Angola, Etiopía y Mozambique, que representan 92,3% (133.580) de los casos y 93,7% (2.734) de las muertes.

Del 1 de enero de 2024 al 29 de junio de 2025, se ha notificado en la región un total acumulado de 323.375 casos de cólera, incluidas 6.150 muertes (tasa de letalidad de 1,9%). Angola, República Democrática del Congo, Etiopía, Nigeria y Sudán del Sur representan 71,5% (231.365) de estos casos y 73,7% (4.534) de las muertes notificadas.

En junio de 2025, los casos disminuyeron 43,2% en comparación con mayo de 2025, pasando de 31.593 casos a 17.936, en tanto las muertes disminuyeron 47,1%, pasando de 595 a 315. La tasa de letalidad en junio de 2025 fue de 1,8%, en comparación con el 1,9% de mayo, lo que mostró una disminución. Sin embargo, un mayor número de países (15) reportaron casos en junio de 2025, en comparación con 13 países en mayo de 2025.

Al comparar el número acumulado de casos de enero al 29 de junio de este año con el mismo período en 2024, se observó un aumento de 38,5%, de 104.427 casos en 2024 a 144.665 casos en 2025. Las muertes aumentaron 64,0%, de 1.779 en 2024 a 2.917 en 2025. La tasa de letalidad para este período fue de 1,7% en 2024 y aumentó a 2,0% en 2025. Los países que reportaron casos entre el 1 de enero y el 29 de junio de 2024 fueron Burundi, Camerún, Comoras, Etiopía, Kenya, Malawi, Mozambique, Nigeria, República Democrática del Congo, Sudáfrica, Tanzania, Uganda, Zambia y Zimbabwe.

La revisión del grado global de la OMS para el cólera se acordó el 19 de marzo de 2025. Con base en la evaluación de riesgo global revisada, que determina el riesgo como muy alto, el grado 3 se mantuvo durante 3 meses con conversión automática a grado prolongado 3n (P3) a partir de entonces, el 30 de junio de 2025.

Las autoridades sanitarias identificaron 21 casos de listeriosis causados por cepas de *Listeria monocytogenes* con características similares, incluidos 18 casos desde principios de junio de 2025. La edad de los casos oscila entre los 34 y los 95 años. Se notificaron dos fallecimientos; un caso presentaba patologías subyacentes, pero no se dispone de información del segundo.

Las investigaciones realizadas por Salud Pública de Francia en colaboración con el Centro Nacional de Referencia de Listeria del Instituto 'Dr. Louis Pasteur' y la Dirección General de Alimentación, en coordinación con la Dirección General de Salud, permitieron identificar a principios de agosto elementos epidemiológicos y microbiológicos convergentes que permiten establecer un posible vínculo entre estos casos de listeriosis y el consumo de quesos de leche pasteurizada producidos por la empresa Chavegrand.

Como medida de precaución, la empresa Chavegrand, en colaboración con las autoridades sanitarias, retiró todos los lotes de queso producidos antes del 23 de junio de 2025.

Estos productos, que son todos quesos de pasta blanda con corteza enmohecida elaborados con leche pasteurizada de vaca (como el Camembert o el Crèmeux) o de cabra (como los bûches), fueron comercializados hasta el 9 de agosto de 2025 por la quesería en todo el territorio nacional, así como a nivel internacional, bajo diferentes marcas comerciales.

A cualquier persona que esté en posesión de estos productos se le solicita no consumirlos.

Cualquier persona que lo haya consumido y presente fiebre, ya sea aislada o acompañada de dolor de cabeza y corporal, debe consultar a su médico e informarle sobre su consumo. En ocasiones, también pueden presentarse formas graves con complicaciones neurológicas y daño materno o fetal en mujeres embarazadas.

Las mujeres embarazadas, las personas inmunodeprimidas y las personas mayores deben estar especialmente atentas a estos síntomas. La listeriosis es una enfermedad potencialmente grave con un período de incubación de hasta ocho semanas.

Como recordatorio, las personas en riesgo, incluidas las mujeres embarazadas, los recién nacidos, las personas inmunodeprimidas y los ancianos, deben evitar consumir los productos con mayor riesgo de contaminación por *Listeria*: chacinados cocidos o crudos (jamón cocido o crudo, productos en gelatina, foie gras, paté, rillettes, etc.), mariscos (pescado ahumado, tarama, mariscos crudos, etc.) y ciertos productos lácteos (leche sin pasteurizar, queso blando con corteza enmohecida o lavada, etc.).

La contaminación de los quesos de leche pasteurizada es rara, pero aún puede ocurrir debido a la presencia generalizada de la bacteria *Listeria monocytogenes* en el ambiente.

Una mañana de mediados de junio, Mohamed Camara, de 10 años, yacía en una cama de un centro de salud en la pequeña localidad guineana de Tamita, vestido con unos pantalones cortos de color azul brillante y una camiseta de estilo militar. Parecía febril y pequeñas gotas de sudor le resbalaban por la frente. Acababa de ser diagnosticado de [malaria](#). Esa mañana, los padres de Mohamed lo habían llevado al centro. Ahora, ellos y su hermana pequeña estaban sentados en la cama junto a él, con aspecto angustiado. “Estábamos muy preocupados”, recuerda su padre, Alseny Camara.



Mohamed Camara, de 10 años, descansa en una cama del Centro de Salud de Tamita en junio de 2025. Lo acompañan sus padres y su hermana pequeña. A Mohamed le han diagnosticado malaria en medio de una crisis de salud global por los recortes de Estados Unidos a la ayuda exterior.

Solo seis meses antes, los padres de Mohamed habrían podido llamar a un agente de salud comunitario. Esa persona habría acudido a la casa de los Camara en motocicleta, le habría extraído una gota de sangre y la habría aplicado a una prueba de diagnóstico rápido. Tras un resultado positivo, el agente de salud le habría administrado al niño una primera dosis de medicamentos y habría explicado a sus padres cómo continuar el tratamiento. Si los síntomas hubieran sido graves, Mohamed habría sido derivado al centro de salud.

Pero no ha ocurrido, porque en Guinea, donde toda la población, de más de 14 millones de habitantes, está en riesgo de contraer la malaria, miles de trabajadores comunitarios perdieron su empleo después de que Estados Unidos congelara repentinamente miles de millones de dólares en ayuda exterior en enero, pocos días después de que el presidente Donald John Trump asumiera el cargo.

Los trabajadores sanitarios comunitarios –personas que prestan algunos servicios de atención primaria aunque no tienen formación especializada– son una parte esencial del sistema sanitario de muchos países africanos y son especialmente importantes en la lucha contra la malaria, donde unos pocos días de retraso en el diagnóstico y el tratamiento pueden marcar la diferencia entre la vida y la muerte.

Mohamed tuvo suerte de que sus padres pudieran llevarlo al centro de salud y de que no tuviera un caso grave de malaria. Esta enfermedad, causada por un parásito transmitido por mosquitos, puede infectar el cerebro y provocar anemia y fallo orgánico con riesgo de muerte. Cuando llegó al centro de salud, le administraron una combinación de medicamentos y se recuperó, según su médico. Pero otros padres quizá no tienen los medios para llevar a sus hijos al doctor, o no a tiempo, dice la directora del centro, Aïssata Camara. (No es pariente del niño; mucha gente en esta parte de Guinea se apellida Camara).

La congelación de la financiación estadounidense para la lucha contra la malaria en Guinea –que fue de alrededor de 15 millones de dólares en 2024– ha interrumpido o puesto en peligro muchos otros servicios sanitarios en este país de África occidental, como la realización de

pruebas diagnósticas, el suministro de medicamentos y mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración, así como la recopilación de datos, el apoyo técnico y la formación. La Administración Trump puso fin a gran parte de la labor de la Iniciativa Presidencial contra la Malaria (PMI), que financiaba los esfuerzos de control de la malaria para aproximadamente la mitad de la población guineana. Estados Unidos también amenazó con reducir su contribución al Fondo Mundial de Lucha contra el VIH, la Tuberculosis y la Malaria, que financia los esfuerzos en el resto del país.



Pruebas rápidas de malaria desechadas en el Centro de Salud de Tamita.

Nouman Diakit , director de seguimiento y evaluación del Programa Nacional de Control de la Malaria de Guinea, piensa que no hay duda de que el país verá aumentar los casos de la enfermedad y las muertes. “Ya ha comenzado”, dice. Los niños menores de cinco años, que representan alrededor de tres cuartas partes de las muertes por malaria, y las mujeres embarazadas serán los más afectados.

Se esperan brotes de malaria en docenas de otros países africanos donde la PMI prestaba apoyo. En un reciente artículo, los investigadores estimaron que, si la PMI hubiera continuado como de costumbre, habría evitado 13,6 millones de casos de malaria y 104.000 muertes en el África subsahariana este año, incluidos 250.000 casos y 450 muertes en Guinea.

No se perderán todos esos logros, ya que parte de la financiación estadounidense para la lucha contra la malaria continúa. La Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), donde se encontraba la PMI, ha sido disuelta y casi todos sus empleados han sido despedidos. Sin embargo, el 25 de julio, un portavoz del Departamento de Estado de Estados Unidos afirmó que hay un compromiso de “garantizar una integración fluida de los programas de salud mundiales destinados a salvar vidas de la USAID al Departamento de Estado” y añadió que esa transición “está muy avanzada”.

Aun así, los expertos en salud pública prevén que los casos de malaria se disparen en los próximos años, ya que la disminución de los esfuerzos de control de los mosquitos permite que la transmisión de la malaria repunte. “Es una tragedia”, afirmó Regina Rabinovich, antigua directora de la división de enfermedades infecciosas de la Fundación Bill y Melinda Gates.

Estados Unidos desempe n  un papel importante en la lucha mundial contra la malaria durante dos décadas. Hasta hace poco, aportaba alrededor de 65% de la financiación internacional para combatir esta enfermedad. Gran parte del resto procedía del Fondo Mundial, cuyo presupuesto también procedía en aproximadamente un tercio del Gobierno estadounidense.

La PMI se puso en marcha en 2006, durante la presidencia de George Walker Bush. Fue el comienzo de una era dorada para el control de la malaria, según Richard Steketee, que fue coordinador adjunto de la PMI para la malaria a nivel mundial en Estados Unidos entre 2018 y 2023. El Fondo Mundial, el Banco Mundial y la Fundación Bill y Melinda Gates se sumaron a la lucha. El presupuesto de la PMI creció hasta alcanzar casi 800 millones de dólares en 2024, con los que se prest  apoyo a 27 países del África subsahariana.

Uno de los puntos críticos es Guinea, que tuvo unos 4,4 millones de casos y más de 10.000 muertes en 2023, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Cada año, a fines de mayo

o junio, cuando la temporada de lluvias hace que se formen charcos y estanques, los mosquitos *Anopheles* pululan y pican, y los pacientes febriles llenan las clínicas. Los niños, cuyo sistema inmunitario aún no ha aprendido a combatir los parásitos, corren un riesgo mucho mayor. En 2005, aproximadamente uno de cada seis niños nacidos en Guinea moría antes de cumplir los cinco años, muchos de ellos a causa de la malaria.



Aissatou Diallo, de 24 años, llora angustiada junto a su bebé, de un año, que padece malaria grave. Aissatou y su bebé viven en un pueblo a siete kilómetros del Hospital de Dubreka y no tienen mosquiteros en su casa. “Teníamos varios mosquiteros, pero se rompieron y no nos dieron más”, dijo. La USAID financia la distribución gratuita de mosquiteros tratados con insecticida de larga duración en toda Guinea.

La ayuda estadounidense pronto comenzó a cambiar la situación. Gracias a los esfuerzos conjuntos de la PMI y el Fondo Mundial, se introdujeron ampliamente mosquiteros tratados con insecticida, prácticamente inexistentes hace 20 años. Más de 1,1 millones de niños menores de cinco años reciben ahora medicamentos contra la malaria cada mes durante la temporada alta de transmisión, una estrategia denominada quimioprevención estacional. Aproximadamente la mitad de las mujeres embarazadas del país, cuyo sistema inmunitario está temporalmente debilitado, reciben al menos tres dosis de un medicamento combinado que protege a la madre de la malaria y reduce el riesgo de aborto espontáneo, muerte fetal, parto prematuro y bajo peso al nacer.

No es fácil medir el éxito de los programas. En la mayoría de los países africanos, muchos casos de malaria y muertes se producen en los hogares y no se notifican. Sin embargo, un indicador clave es la prevalencia, que se mide normalmente como el porcentaje de niños de entre seis meses y cinco años seleccionados al azar que tienen parásitos de la malaria en la sangre. En Guinea, esa cifra se redujo de 44% –de una encuesta nacional realizada en 2012– a 17% en 2021. La mortalidad infantil se redujo en un tercio entre 2005 y 2018. “Guinea logró realmente un progreso enorme”, afirmó Richard Reithinger, antiguo investigador distinguido de RTI International, una organización sin ánimo de lucro estadounidense que implementó los programas financiados por la PMI.

Ahora, el caos y la incertidumbre reinan desde que Trump ordenara una pausa de 90 días en la ayuda exterior el día de su toma de posesión en enero. Se pidió a Guinea que detuviera las actividades financiadas por la USAID. Tras una revisión, el Departamento de Estado descongeló algunos fondos “vitales” para la lucha contra la malaria, incluidos los destinados a medicamentos y mosquiteros. Sin embargo, un reciente [análisis](#) reveló que 80% de los 157 contratos de la USAID que incluían actividades contra la malaria fueron rescindidos. RTI International despidió a casi todo su personal local en Guinea, unas 60 personas, según Reithinger.

Ibrahima Kankalabé Diallo, máximo responsable de salud de la localidad de Boffa, enumeró una lista de 15 cosas que Estados Unidos había apoyado y que se han paralizado o están en peligro. Entre ellas figuran el pago a los trabajadores sanitarios comunitarios, 378 solo en su distrito; el suministro de medicamentos esenciales, ordenadores, microscopios y motocicletas; las reuniones mensuales con los directores de los centros de salud de la prefectura; y una reunión de alto nivel con motivo del Día Mundial contra la Malaria para sensibilizar a la población. “Nada es como antes”, afirmó Diallo.

Fakouma Camara, biólogo afincado en Boffa, era uno de los cinco expertos guineanos certificados por la OMS para diagnosticar la malaria mediante microscopio, gracias a la formación impartida por la PMI. Había pasado a trabajar como formador, enseñando a los trabajadores

sanitarios comunitarios de todo el país a utilizar pruebas de diagnóstico rápido y a los técnicos de laboratorio a diagnosticar con el microscopio. Ahora se ha quedado sin trabajo y el programa de formación se ha derrumbado.

En el hospital de Dubréka, más de la mitad de los ingresos en junio fueron por malaria. En un almacén, el farmacéutico jefe del hospital, Alpha Baldé, señala las pilas cada vez más reducidas de cajas que contenían medicamentos. Le preocupa que no se repongan.

Guinea no es el único país en esta situación. En abril, [una evaluación rápida de la OMS](#) reveló que más de la mitad de los 64 países donde la malaria es endémica habían sufrido interrupciones moderadas o graves en los servicios de lucha contra la enfermedad. “Hay pánico en muchos países”, afirmó Maru Aregawi Weldedawit, del Programa Mundial contra la Malaria de la OMS. Reithinger afirmó que los mayores problemas se producirían en países como Nigeria, República Democrática del Congo, Etiopía y Mozambique, donde la carga de la malaria ya era elevada y los fondos para controlar la enfermedad eran insuficientes incluso antes de los recortes de Estados Unidos.

El futuro del apoyo de Estados Unidos a la lucha contra la malaria es incierto. El Departamento de Estado subraya que “las actividades clave de la PMI para salvar vidas en la prevención y el tratamiento de la malaria continúan”. Afirma que al menos diez contratos siguen proporcionando productos básicos a los países socios de la PMI, entre ellos más de tres millones de mosquiteros tratados con insecticida en República Democrática del Congo y Etiopía y prevención química estacional para más de siete millones de niños en África occidental. Sin embargo, a partir de ahora toda la ayuda será gestionada por el Departamento de Estado, y muchos temen que, con la estructura de ayuda existente hecha trizas y miles de personas despedidas, el departamento tenga que empezar de cero. El destino del Fondo Mundial también es incierto, ya que Estados Unidos y otros países están reduciendo sus compromisos.

Los países de ingresos bajos y medios tendrán que gastar más de su propio dinero en la lucha contra la malaria. Guinea es rica en recursos y uno de los mayores productores de bauxita del mundo. “Si solo 1% de los ingresos de esa industria se destinara a la salud, el país podría hacerse cargo de la lucha contra la malaria”, afirmó Alioune Camara, coordinador del Programa Nacional de Control de la Malaria. Según él, ya ha planteado esta cuestión al Gobierno. “¿Lo harán? Esa es la gran pregunta ahora”.

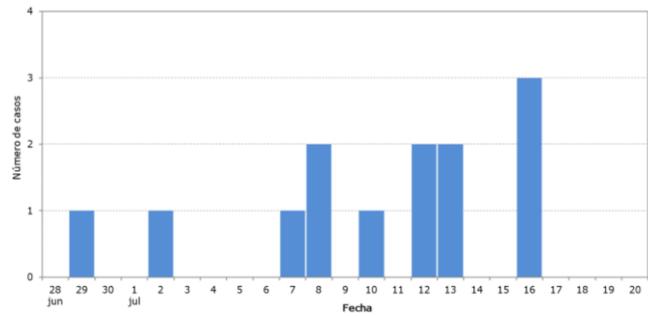
Reithinger se muestra “cautelosamente optimista” sobre el futuro de Guinea. “Creo que tendemos a subestimar a los gobiernos de los países”, afirma. “Conozco el sistema sanitario guineano y vi cómo resistió y superó la [crisis del ébola](#), y cómo gestionó la crisis de la covid. Creo que el sistema tiene una enorme capacidad de resistencia”.

Pero en el centro de salud de Tamita, donde casi a diario llegaban nuevos pacientes con malaria, demasiadas cosas se estaban quedando en el camino, según su directora, Aïssata Camara. “La continuidad está en peligro”, afirmó. “Queremos que vuelva el apoyo estadounidense”.

Como ella, en Guinea, muchas personas se sienten abandonadas por un socio que antes era fiable. Alhassane Camara, trabajador sanitario comunitario en Keleya, sigue vistiendo un polo y un chaleco con banderas estadounidenses y el logotipo de la USAID, junto con el lema de la agencia: “Del pueblo estadounidense”. Ha perdido sus ingresos –unos 50 dólares al mes– y su motocicleta, y aunque sigue ayudando a las familias cercanas a su casa, ya no puede llegar a las que viven más lejos.

A Camara se le llenan los ojos de lágrimas y, en un arrebato emocional, pasa repentinamente del francés, idioma oficial de Guinea, a un inglés entrecortado. “¡Se lo suplico, Donald Trump, la gente va a morir!”, grita. “¡Los niños pequeños van a morir!”.

El 11 de julio de 2025, el Ministerio de Salud de Mozambique declaró un brote de mpox en el distrito de Lago, provincia de Niassa, en el noroeste de Mozambique, que limita con el lago Malawi al oeste y Tanzania al norte. La declaración se produjo tras la confirmación de tres casos por parte del Laboratorio de Salud Pública de Niassa.



Casos de mpox. Mozambique. Del 28 de junio al 20 de julio de 2025. Fuente: Organización Mundial de la Salud. (N=13).

El caso índice es un joven de 17 años, ayudante de camionero de la aldea de Cobue, que presentó síntomas el 29 de junio. El segundo caso es un joven de 25 años, camionero de la aldea de Metangula, que trabaja junto con el caso índice. Presentó síntomas el 2 de julio y viajó a la isla de Likoma, en Malawi, el 7 de julio para recibir atención médica. Este caso se notificó posteriormente a las autoridades sanitarias mozambiqueñas a través de mecanismos de coordinación transfronteriza. El tercer caso confirmado es su cónyuge, de 18 años. Las muestras recolectadas el 8 de julio de estos tres casos dieron positivo el 10 de julio mediante reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real en el Laboratorio de Salud Pública de Niassa. La secuenciación genómica, realizada el 18 de julio en el Laboratorio Nacional de Salud Pública de Maputo, identificó el clado Ib MPXV, lo que marca la primera detección de este clado en Mozambique.

Hasta el 20 de julio de 2025, se habían notificado 13 casos confirmados de mpox en las aldeas de Cobue (10 casos) y Metangula (3 casos), en el distrito de Lago. Los casos incluyen nueve mozambiqueños y cuatro extranjeros, con edades comprendidas entre los 17 y los 38 años. Siete de los casos (54,0%) corresponden a hombres. Todos los casos confirmados presentaron síntomas leves a moderados y están siendo tratados mediante atención domiciliaria. De los 13 casos confirmados, 12 están epidemiológicamente vinculados, y 10 casos están asociados con la mina de Lupilichi.

Este evento constituye el segundo brote de mpox registrado en Mozambique. El primero ocurrió en 2022 e involucró a una mujer de 34 años que regresó de India y falleció posteriormente.

Lago es uno de los 16 distritos de la provincia de Niassa y cuenta con cuatro puestos administrativos: Cobue, Metangula, Lunho y Maniamba. La mina de Lupilichi se encuentra en el puesto administrativo de Cobue y es operada por mineros artesanales de diversos países, como Malawi, Tanzania y China. La zona que rodea la mina es conocida por su carácter informal y transitorio, a menudo asociado con la concentración de la riqueza, el consumo de alcohol y la presencia de trabajadoras sexuales.

Medidas de salud pública

- El Ministerio de Salud, con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud y sus socios, está coordinando la respuesta. Se ha desplegado en las zonas afectadas un equipo multidisciplinario, que incluye expertos nacionales y locales y oficiales de poliomieltitis de Niassa.

- Las actividades de vigilancia continúan, incluyendo la investigación de casos, la búsqueda activa de casos, el rastreo de contactos y la intensificación de las pruebas de detección en los puntos de ingreso. Se han identificado 36 contactos, a los que se les está realizando un seguimiento de 21 días.
- Se inició la colaboración transfronteriza con Malawi, y el personal sanitario local del distrito de Lago recibió información sobre la vigilancia de la mpox.
- Se difundieron directrices sobre prevención y control de infecciones y gestión de casos a todas las provincias. Se están estableciendo centros de aislamiento en centros de salud de toda la provincia de Niassa.
- Se han entregado suministros, incluyendo equipos de protección personal, medicamentos esenciales y tiendas de campaña, al distrito de Lago, y 53 trabajadores sanitarios recibieron formación.
- Se están realizando campañas de concienciación pública a través de emisoras de radio locales, la televisión nacional, escuelas y visitas domiciliarias en las zonas afectadas. La participación comunitaria incluye reuniones con líderes locales y comités de salud para fortalecer la vigilancia comunitaria y concienciar.

Interpretación de la situación

El brote de mpox en el distrito de Lago se desarrolla en un contexto complejo. La mina de Lupilichi, a la que se vincula la mayoría de los casos, es una zona remota e informal ubicada cerca de las fronteras de Mozambique con Malawi y Tanzania. Si bien la fuente de transmisión del caso índice sigue sin determinarse, la probabilidad de importación transfronteriza es alta, dados los frecuentes movimientos fronterizos. Las condiciones locales, como el hacinamiento, el acceso limitado a los servicios de salud, la falta de higiene y los comportamientos de alto riesgo, crean un entorno propicio para que el virus se propague rápidamente. La participación de ciudadanos mozambiqueños y tanzanos también indica un riesgo de mayor propagación, incluso transfronteriza. Contener este brote requerirá una vigilancia reforzada, un mejor acceso a los servicios de salud, la participación comunitaria y una mayor colaboración transfronteriza.

Los últimos [datos](#) de la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKHSA) muestran un aumento de casos de fiebre chikungunya asociados a viajes en Inglaterra. Entre enero y junio de 2025 se notificaron 73 casos. En el mismo período de 2024, se registraron 27 casos. 2025 registró el mayor número de casos en este período hasta la fecha.

Los datos se publicaron el 14 de agosto como parte del informe de la UKHSA *Infecciones asociadas a viajes en Inglaterra, Gales e Irlanda del Norte: enero a junio de 2025*, que también revela tres casos de fiebre de Oropouche en viajeros que regresaron al Reino Unido. Esta es la primera vez que el Reino Unido notifica casos de fiebre de Oropouche, todos ellos asociados a viajes a Brasil.

La fiebre chikungunya es una infección transmitida por mosquitos relacionada con los viajes al extranjero. Sus síntomas incluyen fiebre repentina, generalmente acompañada de dolor articular. Si bien la mayoría de las personas se recuperan completamente en una o dos semanas, el dolor articular puede persistir durante meses o incluso años. Hasta 12% de los pacientes siguen experimentando molestias tres años después de la infección. Las complicaciones graves son poco frecuentes, pero en muy raras ocasiones la enfermedad puede ser mortal. Esto es especialmente cierto en personas muy jóvenes, mayores y con otras enfermedades subyacentes.

De los 73 casos de fiebre chikungunya, la mayoría reportó viajes a Sri Lanka, India y Mauricio, vinculados con brotes locales en curso en países de la región del Océano Índico. Todos los casos se reportaron en Inglaterra, la mayoría en Londres.

Solo existen dos especies de mosquitos que transmiten la enfermedad y actualmente no están establecidas en el Reino Unido. Esto se debe a que el clima en el país, en general, no es propicio para su supervivencia y reproducción. Por lo tanto, actualmente no existe riesgo de transmisión de la fiebre chikungunya en el Reino Unido.

Existen dos vacunas contra la fiebre chikungunya aprobadas recientemente para su uso en el Reino Unido, según las [recomendaciones del Comité Conjunto de Vacunación e Inmunización \(JCVI\)](#). Se pueden adquirir, previa evaluación de un profesional sanitario, de forma privada en clínicas de viajes:

- IXCHIQ® está disponible para personas de entre 18 y 59 años.
- Vimkunya® está disponible para personas de 12 años o más.

El Dr. Philip Veal, consultor de salud pública en la UKHSA, dijo: “La fiebre chikungunya puede ser una enfermedad grave y estamos observando un aumento preocupante de casos entre viajeros que regresan al Reino Unido. Si bien esta infección transmitida por mosquitos rara vez es mortal, puede causar dolor articular y muscular intenso, dolor de cabeza, sensibilidad a la luz y erupciones cutáneas. Afortunadamente, los síntomas suelen mejorar en pocas semanas, pero el dolor articular puede durar meses o más. Es fundamental tomar precauciones contra las picaduras de mosquitos al viajar. Medidas sencillas, como usar repelente de insectos, cubrirse la piel y dormir bajo mosquiteros tratados con insecticidas, pueden reducir considerablemente el riesgo. Antes de viajar, se puede consultar el sitio web de [Travel Health Pro](#) para obtener las

últimas recomendaciones sobre su destino. También se puede considerar la vacuna contra la fiebre chikungunya para quienes viajen a regiones de mayor riesgo”.

El virus de Oropouche se transmite principalmente por picaduras de jejenes, no de mosquitos. El jején responsable del brote en América no se observa en el Reino Unido ni en Europa. Si una persona se enferma con síntomas como fiebre alta, escalofríos, dolor de cabeza, dolor articular y muscular tras [viajar a zonas afectadas](#), debe buscar atención médica urgente.

Se ha observado un aumento de las infecciones por el virus de Oropouche a nivel mundial desde 2024, especialmente en varios países de Sudamérica, Centroamérica y el Caribe, con Brasil reportando los brotes más grandes. Debido al aumento de casos y a la reciente preocupación por la [infección por el virus Oropouche durante el embarazo](#), las viajeras embarazadas deben tener especial cuidado.

El informe de infecciones asociadas a viajes de la UKHSA para los primeros 6 meses de este año también muestra:

- Un aumento significativo de casos de cólera asociados a viajes en el Reino Unido, con ocho casos (en comparación con solo un caso en 2024); la mayoría de los casos informaron antecedentes de viajes a India y Etiopía, y todos los casos vinculados a Etiopía se asociaron con un brote en ese país.
- Se notificaron 161 casos de dengue en Inglaterra, Gales e Irlanda del Norte, una disminución de 67% en comparación con el mismo período en 2024, cuando se registraron 490 casos.
- Los casos de enfermedad por el virus Zika también disminuyeron a cuatro casos en el primer semestre de 2025, frente a los nueve casos de 2024.

Este año también se han registrado casos de [enfermedad meningocócica del serogrupo W \(MenW\)](#), asociados a viajes a Arabia Saudí para la Umrah y el Hajj y a sus contactos familiares. La enfermedad meningocócica puede causar graves afecciones de por vida en los supervivientes, como pérdida de audición, daño cerebral y amputaciones de extremidades, y también puede ser mortal. Cualquier persona que viaje a Arabia Saudí para peregrinar en cualquier época del año debe asegurarse de estar vacunada con la vacuna MenACWY antes del viaje.

Además de una guerra total, la población de Sudán sufre el peor brote de cólera que el país ha visto en años. Declarado por primera vez por el Ministerio de Salud hace un año, hasta el 11 de agosto se han registrado 99.700 casos sospechosos y más de 2.470 muertes relacionadas. Solo en la región de Darfur, los equipos de Médicos Sin Fronteras (MSF) trataron a más de 2.300 pacientes y registraron 40 muertes por cólera la semana pasada en centros gestionados por el Ministerio de Salud.

En todo Darfur, el cólera está afectando a personas que ya sufrían escasez de agua, lo que les impedía seguir medidas de higiene esenciales, como lavar los platos y los alimentos. La situación es más extrema en Tawila, en el estado de Shamal Darfur, donde 380.000 personas han huido para escapar de los continuos combates en torno a la ciudad de Al-Fashir, según la Organización de Naciones Unidas (ONU).



A fines de julio, tras un mes de respuesta, los equipos de MSF atendieron a más de 2.300 pacientes de cólera en colaboración con el Ministerio de Salud en Tawila. El centro de tratamiento del cólera del Hospital de Tawila, oficialmente equipado con 130 camas, tuvo que alojar a 400 pacientes durante la primera semana de agosto, lo que saturaba las instalaciones y obligaba al personal a ubicar colchones adicionales en el suelo para poder atender la situación.

En Tawila, la gente sobrevive con un promedio de tan solo tres litros de agua al día, menos de la mitad del umbral mínimo de emergencia de 7,5 litros por persona al día para beber, cocinar y para la higiene, según lo estipulado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Ante el aumento de casos de cólera y la escasez de recursos, se necesitan con urgencia servicios de agua potable y saneamiento para prevenir más muertes.

“En los campos de desplazados y refugiados, las familias a menudo no tienen más remedio que beber de fuentes contaminadas y muchas contraen cólera”, afirmó Sylvain Penicaud, coordinador del proyecto de MSF en Tawila. “Hace apenas dos semanas, se encontró un cadáver en un pozo dentro de uno de los campos. Lo retiraron, pero en dos días, la gente se vio obligada a beber de nuevo de esa misma agua”.

A unos 100 kilómetros de Tawila, se reportó cólera en Golo, estado de Wasat Darfur, el 13 de julio. MSF abrió un centro de tratamiento de cólera con 73 camas en el hospital de Golo. Este centro se vio rápidamente desbordado, con 137 pacientes llegando solo el 3 de agosto. Se instalaron cinco puntos de rehidratación oral en los alrededores de Golo para atender los casos leves y prevenir el agravamiento de la enfermedad, pero los equipos de la organización observan que el brote continúa propagándose rápidamente. A principios de agosto, el cólera llegó a Zalingei y Rokero, en el estado de Wasat Darfur, y a Sortony, en el estado de Shamal Darfur.

Las fuertes lluvias agravan la crisis al contaminar el agua y dañar los sistemas de alcantarillado. Los casos también siguen aumentando en el estado de Janub Darfur, donde MSF, en coordinación con el Ministerio de Salud, amplió el centro de tratamiento del cólera en Nyala a 80 camas. Allí, la respuesta está a la espera de vacunas y se enfrenta a una grave escasez de pastillas potabilizadoras de agua.

“Los centros de salud están llenos”, dijo Samia Dahab, residente del campamento de desplazados de Otash en Nyala. “En algunas zonas hay agua, en otras los puestos están lejos o vacíos. Hay agua salada, y la bebemos sin hervir, sin saber si es potable”.

A medida que la gente se desplaza para huir de los combates, el cólera se propaga aún más en Sudán y en los vecinos Chad y Sudán del Sur. En Damazin, estado de An-Nil al-Azraq (Sudán), MSF y el Ministerio de Salud ampliaron el centro de tratamiento del cólera del hospital de Damazin de 50 a 250 camas en julio para atender la afluencia de retornados de Sudán del Sur. En este centro, los equipos de MSF están observando una combinación mortal de cólera y desnutrición. Entre el 3 y el 9 de agosto, seis pacientes de cólera que fallecieron también sufrían desnutrición aguda.

“La situación es sumamente urgente”, afirmó Tuna Turkmen, jefe de misión de MSF en Sudán. “El brote se está extendiendo mucho más allá de los campos de desplazados, a múltiples localidades en los estados de Darfur y más allá”.

“La respuesta internacional debe contar con un mecanismo de coordinación de emergencias ante brotes capaz de brindar atención médica, mejorar los servicios de agua y saneamiento, e iniciar campañas de vacunación contra el cólera en las zonas afectadas a un ritmo acorde con la urgencia que requiere esta catastrófica situación”, afirmó Turkmen. “Cada día de retraso cuesta vidas. MSF está lista para colaborar con el Ministerio de Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la OMS para lanzar campañas de vacunación masiva en todo Darfur. No se debe dejar que los sobrevivientes de la guerra mueran de una enfermedad prevenible”.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Taiwán anunciaron el 12 de agosto el primer caso confirmado de brucelosis importada en casi 10 años. Se trata de un hombre taiwanés de unos 50 años residente en el norte de la isla. Viajó a Xinjiang (China) en abril de este año y tuvo contacto con ovejas y caballos en un mercado de animales. A principios de julio, presentó síntomas como fiebre y escalofríos, y acudió a una clínica en varias ocasiones. Posteriormente, fue trasladado a un hospital debido a una función hepática elevada y hospitalizado por fiebre y hepatoesplenomegalia. La cepa cultivada en su sangre se identificó como *Brucella*, y recibió el alta hace unos días tras el tratamiento. Los familiares del paciente y sus compañeros de viaje en el extranjero actualmente no presentan síntomas sospechosos. Además, dado que Taiwán ha clasificado este género como un microorganismo de tercer nivel de riesgo (RG3), las autoridades sanitarias también han clasificado el nivel de riesgo de los operadores de laboratorio en este caso de acuerdo con la normativa, han realizado un seguimiento sanitario y han evaluado el tratamiento posterior a la exposición.

Los datos de vigilancia de los CDC muestran que, en 2011, ocurrieron cinco casos importados en Taiwán, con infecciones originadas en el norte de África, Malasia y China. Desde que la brucelosis se agregó a la lista de enfermedades infecciosas de declaración obligatoria de Categoría IV en 2012, se han notificado dos casos importados, uno de Indonesia y otro de China, sin casos nacionales.

Los CDC instan a quienes viajen a zonas endémicas a evitar el consumo de carne poco cocida, leche no pasteurizada y sus productos, y a minimizar el contacto con animales. El personal que trabaja en laboratorios y en ocupaciones que requieren contacto con animales (como veterinarios, trabajadores de mataderos o ganaderos) debe usar equipo de protección adecuado, como barbijos, guantes, delantales y gafas protectoras. Quienes experimenten síntomas, deben procurar atención médica de inmediato e informar a su médico sobre sus antecedentes de viajes y contacto con animales para facilitar el diagnóstico, el tratamiento y la notificación.

La brucelosis es una enfermedad global, más común en Asia Oriental, Asia Central, Medio Oriente, África y el Mediterráneo. Es una zoonosis causada por bacterias del género *Brucella*. Las cepas más comunes de infección en humanos son *B. abortus*, *B. melitensis*, *B. suis* y *B. canis*. Las especies de *Brucella* se transmiten principalmente entre animales, con huéspedes que incluyen ganado vacuno, ovejas, cerdos y perros. La infección humana ocurre principalmente a través del contacto con tejido animal infectado, sangre u orina a través de heridas o membranas mucosas; consumo de alimentos o productos contaminados con la bacteria *Brucella* (como leche o queso no pasteurizados); e inhalación de aerosoles que contienen el patógeno por parte de trabajadores de laboratorios o mataderos. El período de incubación suele ser de uno a dos meses, con una duración que puede variar entre cinco días y cinco meses. Los síntomas incluyen fiebre intermitente o irregular, malestar general, sudoración, dolor de cabeza, dolor de espalda, articulaciones o músculos, y debilidad en las extremidades. Los casos graves pueden desarrollar endocarditis, hepatoesplenomegalia o daño al sistema nervioso central.

El dengue se expande... y no solo en zonas tropicales. Se trata de una enfermedad viral transmitida por mosquitos del género *Aedes*, que afecta cada año a millones de personas. En los últimos años ha llegado a regiones donde antes era prácticamente desconocida, incluidas zonas de [Europa](#) y [América](#). El [aumento de temperaturas](#), la [globalización](#) y los movimientos de población están facilitando su expansión.

Esta realidad preocupa a las autoridades sanitarias: el dengue no solo genera una elevada carga asistencial, sino que también tiene un potencial epidémico importante. En 2024, varios países [latinoamericanos](#) y [europeos](#) experimentaron brotes sin precedentes. En este contexto, detectar el virus rápido, predecir brotes con antelación y actuar con eficacia se vuelve indispensable. Aquí es donde la inteligencia artificial (IA) puede marcar la diferencia.

Lejos de ser una tecnología lejana, la IA ya está transformando silenciosamente la biomedicina y la salud pública. Frente a virus emergentes como el dengue, su papel resulta especialmente prometedor.

Diagnóstico más rápido, brotes más previsibles

Uno de los grandes retos del dengue es su [diagnóstico temprano](#). Sus primeros síntomas pueden confundirse con los de otras enfermedades comunes. Además, las pruebas convencionales para diagnosticar virus –como la [reacción en cadena de la polimerasa](#)– requieren equipamiento especializado y personal entrenado, lo que [limita](#) su uso en zonas con menos recursos.

Aquí es donde entra la IA: [algoritmos](#) entrenados con grandes volúmenes de datos clínicos pueden detectar patrones sutiles en los síntomas o análisis rutinarios que podrían pasar desa-



Mosquito *Aedes albopictus*

² Daniel Sepúlveda Crespo es Investigador Miguel Servet, Instituto de Salud 'Carlos III'.

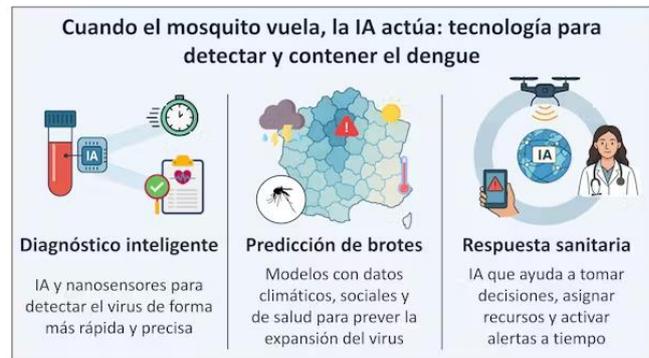
Helena Codina Márquez es personal investigador predoctoral en virus emergentes, Instituto de Salud 'Carlos III'.

Isidoro Martínez González es científico titular de Organismos Públicos de Investigación, Instituto de Salud 'Carlos III'.

Marta Quero Delgado es personal investigador predoctoral en virus emergentes, Instituto de Salud 'Carlos III'.

percibidos. Así, algunos modelos permiten predecir con alta precisión si una persona desarrollará dengue grave, mediante datos clínicos básicos recogidos el primer día de atención médica, lo que ayuda a priorizar casos y evitar complicaciones.

A la hora del diagnóstico, la IA combinada con la nanotecnología (la tecnología de nanomateriales que trabaja a escala diminuta) permite desarrollar sensores portátiles capaces de detectar el virus en muestras de pacientes de forma rápida, accesible y sencilla. Esto resulta ideal en comunidades remotas con acceso limitado a pruebas de laboratorio o durante brotes, cuando el tiempo de respuesta es esencial.



Brotos predecibles

Pero no solo se trata de diagnosticar. La IA también permite anticipar dónde y cuándo ocurrirá el próximo brote. ¿Cómo? Los algoritmos que usan la IA combinan datos climáticos, demográficos, de movilidad humana y la presencia del mosquito transmisor para crear mapas de riesgo dinámicos. En lugares como Brasil o Colombia, estos modelos ya se usan para anticiparse y activar alertas o respuestas sanitarias sobre el terreno con días o semanas de antelación.

En resumen, la IA convierte datos dispersos en información clara y útil que permite hacer predicciones. Esa capacidad puede marcar la diferencia entre contener un brote o enfrentarse a una epidemia.

¿Y si combinamos la IA con salud pública?

El verdadero potencial de la IA está en cómo se integra dentro de un sistema de salud más amplio. No basta con tener algoritmos potentes: sus predicciones deben traducirse en decisiones reales, y eso requiere colaboración entre científicos de datos, sanitarios, epidemiólogos y responsables políticos.

Imaginemos este escenario: un modelo de IA detecta un aumento de casos febriles en una región concreta. Al mismo tiempo, otro sistema predice que las condiciones climáticas favorecerán la proliferación del mosquito que transmite el dengue. La plataforma lanza una alerta local y se activan campañas de información a la población, vigilancia del mosquito transmisor y refuerzo sanitario. Todo esto, en tiempo real y actualizado día a día.

La IA también puede contribuir a la educación sanitaria mediante aplicaciones móviles que permiten reportar síntomas, recibir recomendaciones o conocer el nivel de riesgo en una zona determinada. Esta “vigilancia participativa” es una forma efectiva de ampliar el alcance de los sistemas tradicionales.

Por supuesto, todavía existen desafíos: los modelos deben ser validados, transparentes y respetuosos con la privacidad. Aun así, los beneficios superan con creces las barreras, especialmente, si se desarrollan con un enfoque ético y centrado en el bien común.

La medicina del futuro (y del presente)

Muchas de estas soluciones ya se están implementando. Grupos de investigación en todo el mundo desarrollan tecnologías que combinan IA y nanotecnología para mejorar el diagnóstico

de enfermedades virales como el dengue. A medida que dichas herramientas evolucionen, también se adaptarán a otros virus emergentes como el Zika, el Chikungunya o futuras amenazas pandémicas.

El mensaje es claro: en un mundo cada vez más vulnerable a las enfermedades infecciosas, necesitamos aprovechar todas las herramientas disponibles. Y la IA, bien aplicada, puede ser una de las más poderosas.

El dengue ya no es una enfermedad lejana. Está más cerca de lo que creemos, y su control exige nuevas formas de pensar y actuar. La IA no sustituye a los profesionales de la salud, pero los potencia. Nos ayuda a ver antes, actuar antes... y salvar más vidas.

<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>Toda persona interesada en recibir el Reporte Epidemiológico de Córdoba en formato electrónico, por favor solicitarlo por correo electrónico a reporteepidemiologicocoba@gmail.com aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.</p>
--	--	---