

28 DE FEBRERO  
2025  
REC 2.910

## ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de dengue
- Circular de vigilancia ante el aumento de casos humanos de fiebre amarilla en la Región de las Américas
- Alerta epidemiológica ante el aumento de casos de hepatitis A
- La convivencia con perros y gatos como factor de riesgo para las infecciones por SARM
- Buenos Aires: Dos casos de fiebre hemorrágica argentina en San Nicolás de los Arroyos

## AMÉRICA

- Brasil: Anunciaron la primera vacuna monodosis 100% nacional contra el dengue
- Estados Unidos: Aumentan los casos de sarampión en las zonas rurales del oeste de Texas
- Honduras: Nueva muerte por mucormicosis

## EL MUNDO

- India: Brote de hepatitis C en una aldea de Uttarakhnad

- Kenya: Situación epidemiológica de la mpox por el clado Ib
- Palestina: Seis bebés mueren de hipotermia en Gaza por las bajas temperaturas y la falta de refugio
- República Democrática del Congo: Situación epidemiológica del síndrome febril agudo por agente etiológico desconocido
- Sudán: Más de 800 hospitalizados y decenas de fallecidos por cólera
- Los casos de cáncer de mama podrían aumentar 38% para el año 2050

## 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 PRYLUKA // FERNANDO RIERA // CHARLOTTE RUSS  
SALVADOR GARCÍA JIMÉNEZ // ALFONSO RODRÍGUEZ MORALES  
PILAR AOKI // HUGUES AUMAITRE // MARÍA BELÉN BOUZAS  
JORGE BENETUCCI // EDUARDO LÓPEZ // ISABEL CASSETTI  
HORACIO SALOMÓN // JAVIER CASELLAS // SERGIO CIMERMAN

## Patrocinador


**Societad Argentina de Infectología**  
WWW.SADI.ORG.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.

### Situación histórica

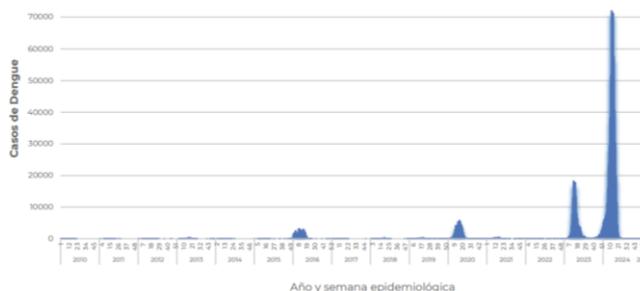
Un análisis histórico de la situación del dengue en Argentina muestra que desde el año 2010 se evidencia una notable disminución en los intervalos interepidémicos, tendencia que se ha acentuado en los últimos cinco años.

Desde la reemergencia del dengue en el país en 1998, se observa que los años 2023 y 2024 han sido escenario de dos epidemias de magnitud sin precedentes, concentrando 83% del total de casos históricos registrados en el país hasta el momento.

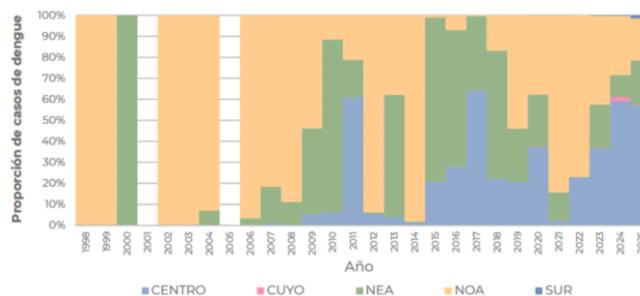
El aporte de casos de cada una de las regiones al total nacional varió a lo largo de los años. Hasta el año 2008, la región Noroeste Argentino (NOA) y, en menor medida, la Noreste Argentino (NEA), aportaron la mayor parte de los casos registrados. A partir de 2009, la región Centro comenzó a registrar un incremento en la contribución de casos durante los años epidémicos; desde entonces, esta región concentró, en varios de los años, una proporción considerable de los casos notificados, llegando a aportar más de 50% de todos los casos del país en la epidemia de 2024.

Por su parte, la región Cuyo reportó casos desde 2021, con una participación más destacada en los últimos dos años epidémicos. En la región Sur, durante los últimos dos años, se identificaron casos autóctonos en La Pampa, marcando un hito en la expansión territorial de la enfermedad.

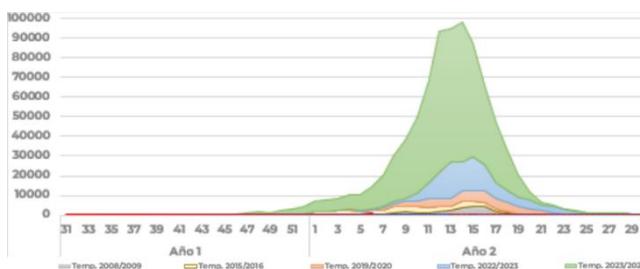
En los últimos cinco años, Argentina experimentó un incremento sostenido en el número de casos de dengue, con la aparición de brotes en departamentos sin antecedentes de transmisión. A partir de 2023, se constató la persistencia de la circulación viral durante la temporada



Casos de dengue por semana epidemiológica. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2010 a 7 de 2025. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N=845.635).



Distribución regional de los casos de dengue. Argentina. Años 1998/2025. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

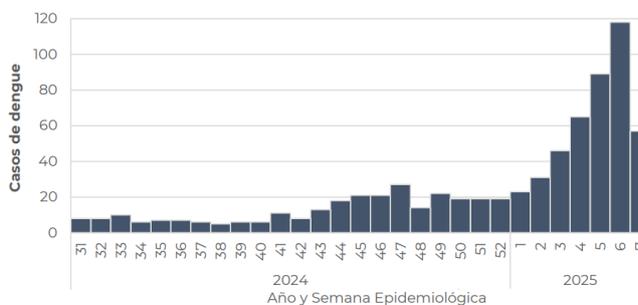


Casos totales de dengue por semana epidemiológica en temporadas epidémicas. Argentina. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

invernal en la región del NEA y un adelantamiento de los casos, evidenciando un cambio en la temporalidad.

## Temporada actual

En lo que va de la temporada 2024-2025 – desde la semana epidemiológica (SE) 31 de 2024 hasta la 7 de 2025–, se notificaron en Argentina 32.394 casos sospechosos de dengue en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS<sup>2,0</sup>), de los cuales 703 fueron confirmados. Un total de 674 casos (96%) no contaron con antecedentes de viaje. Se confirmaron además tres casos asociados a trasplantes de órganos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y las provincias de Buenos Aires y Santa Fe. Se notificaron 117 casos con antecedente de vacunación contra el dengue dentro de los 30 días previos al inicio de los síntomas<sup>1</sup>. Se confirmaron 29 casos importados de otros países con antecedentes de viaje a Brasil, Colombia, Cuba, India, Maldivas, México, Paraguay, Perú y Tailandia.



Casos confirmados de dengue, según semana epidemiológica. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2024 a 7 de 2025. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Durante la SE 7, se notificaron 1.939 casos sospechosos, de los cuales 117 se confirmaron y 84 fueron clasificados como casos probables. Estos casos pueden tener inicio de síntomas, consulta o toma de muestra en SE anteriores.

Del análisis de la curva epidémica de la temporada 2024-2025, se observa que:

Del análisis de la curva epidémica de la temporada 2024-2025, se observa que:

- Hasta la SE 42 se notificó un promedio de 7 casos por semana, observándose una tendencia estable en la curva.
- Entre la SE 42 y la SE 52, se distinguen sutiles oscilaciones en el aumento/descenso en la detección de casos confirmados de dengue, con una tendencia estable (18 casos promedio por SE) sin variaciones sustanciales en el comportamiento epidemiológico.
- A partir de la SE 1, y considerando la carga retrospectiva de casos al SNVS<sup>2,0</sup>, se evidencia un aumento progresivo de casos con una curva que tiende al ascenso, cuyo rango de casos fluctúa entre 23 y 118 (62 casos promedio por SE). Durante la última semana epidemiológica puede observarse un descenso aparente en el número de casos, el cual podría ser atribuible a retrasos en la notificación.

## Distribución geográfica

- **Formosa:** Los casos del país se presentaron durante todas las SE a expensas de las notificaciones aportadas principalmente por esta provincia. Desde la SE 31 se registran conglomerados de casos en los departamentos Patiño, Capital, Pilcomayo, Pilagás y Pirané, de poca cuantía. Desde la SE 52 de 2024, se observa un aumento de casos en dichos departamentos. El serotipo que circula con mayor frecuencia es DENV-2.

Dos departamentos están en fase de alerta temprana: Capital (desde la SE 2) y Pilcomayo (desde la SE 4). Dicha fase comienza luego de la finalización del período inter epidémico, cuando se evidencia un aumento en el registro de los casos. En el caso de la jurisdicción mencionada, se constata un aumento de casos confirmados y probables por tres semanas

<sup>1</sup> En los casos que cuentan con antecedente de vacunación reciente, un resultado positivo por métodos confirmatorios puede deberse a una transmisión vectorial (infección aguda) o infección por virus salvaje o vacunal. Por lo tanto, aquellos casos vacunados de menos de 30 días, se deberán considerar como sospechosos a los efectos de la vigilancia epidemiológica, y por lo tanto desencadenar las medidas de prevención y control pertinentes, pero no se recomienda realizar en ellos pruebas para el estudio etiológico, excepto en casos graves y fatales. Para más información, puede consultarse la *Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorial de Dengue y otros Arbovirus*, publicada por la Dirección de Epidemiología en noviembre de 2024.

consecutivas, el cual es una de las señales de alarma consideradas en el [Plan de preparación y respuesta integral a epidemias de dengue y otras enfermedades arbovirales](#).

Es importante continuar confirmando casos todas las SE para asegurar que los casos probables puedan estar relacionados con el virus Dengue y no a otros posibles flavivirus o arbovirus circulantes. Por lo tanto, para considerar aumento de casos de dengue se considerarán todas las SE con casos confirmados y probables, debiendo tener al menos un confirmado por laboratorio en cada semana.

Provincia/Región	Sin antecedente de viaje		Con antecedente de viaje		Laboratorio negativo	Sospechoso (sin laborat.)	Sospechosos notificados
	Confirmado	Probable	Confirmado	Probable			
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	6	62	5	1	1.444	490	2.008
Buenos Aires	23	185	6	5	3.137	682	4.038
Córdoba	153	338	4	2	4.206	300	5.003
Entre Ríos	12	31	1	4	499	6	553
Santa Fe	76	47	6	1	1.940	284	2.354
<b>Centro</b>	<b>270</b>	<b>663</b>	<b>22</b>	<b>13</b>	<b>11.226</b>	<b>1.762</b>	<b>13.956</b>
Mendoza	9	40	2	2	1.394	101	1.548
San Juan	–	3	–	1	255	7	266
San Luis	–	–	–	–	120	8	128
<b>Cuyo</b>	<b>9</b>	<b>43</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1.769</b>	<b>116</b>	<b>1.942</b>
Chaco	2	180	–	–	1.875	104	2.161
Corrientes	2	38	1	–	331	69	441
Formosa	292	4	–	–	3.806	4	4.106
Misiones	2	13	1	2	850	3	871
<b>Noreste Argentino</b>	<b>298</b>	<b>235</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>6.862</b>	<b>180</b>	<b>7.579</b>
Catamarca	1	11	1	1	633	3	650
Jujuy	–	–	–	–	779	2	781
La Rioja	5	28	–	–	432	10	475
Salta	5	31	–	7	1.459	74	1.576
Santiago del Estero	–	30	–	1	768	258	1.057
Tucumán	80	228	–	–	3.282	456	4.046
<b>Noroeste Argentino</b>	<b>91</b>	<b>328</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>7.353</b>	<b>803</b>	<b>8.585</b>
Chubut	–	–	2	1	17	2	22
La Pampa	6	4	–	–	188	25	223
Neuquén	–	2	–	–	29	2	33
Río Negro	–	–	–	1	2	–	3
Santa Cruz	–	–	–	1	34	3	38
Tierra del Fuego	–	–	–	–	10	–	10
Sur	6	6	2	3	280	32	329
<b>Total Argentina</b>	<b>674</b>	<b>1.275</b>	<b>29</b>	<b>30</b>	<b>27.490</b>	<b>2.893</b>	<b>32.391</b>

Casos de dengue según clasificación y jurisdicción. Argentina. Temporada 2024/2025, de semana epidemiológica 31 de 2024 a 7 de 2025. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Nota: Se excluyen los casos relacionados con la vacunación y trasplantados.

- **Córdoba:** En la SE 42 se notificaron los primeros casos de dengue sin antecedente de viaje en el departamento Capital. Córdoba se convirtió así en la primera jurisdicción de la región Centro en registrar casos de dengue durante la temporada 2024/2025. Durante las SE subsiguientes se notificaron casos aislados además en Colón, General San Martín, Ischilín, Marcos Juárez, Río Primero, San Alberto, Santa María y Unión.

Desde la SE 3 se verifica un aumento de casos de dengue a expensas de conglomerados localizados en los departamentos Capital (Córdoba), Colón (Jesús María), San Javier (San José), San Alberto (San Pedro), Santa María (Alta Gracia) y General San Martín (Villa María).

El serotipo detectado principalmente es DENV-1.

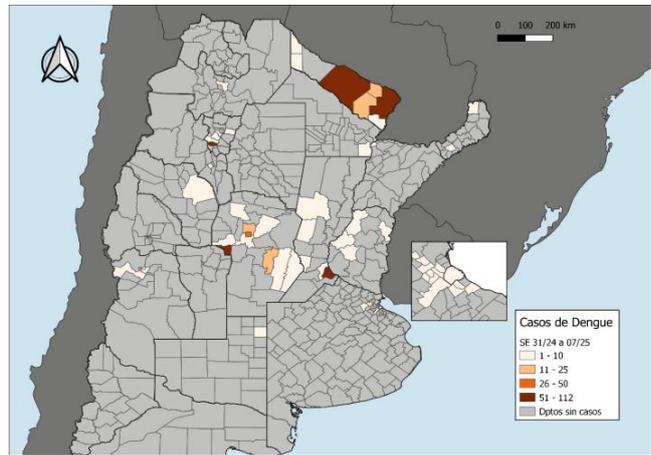
A partir de la SE 5, el departamento San Javier se encuentra en la fase de alerta temprana, así como también el departamento Capital (Córdoba) desde la SE 6.

- **Santa Fe:** Se notificaron los primeros casos aislados de dengue a partir de la SE 43 en localidad de Sunchales (departamento Castellanos). Posteriormente se adicionaron casos esporádicos en otros departamentos como Rosario, Belgrano y San Lorenzo. Durante la SE 1 se

constata un aumento progresivo de casos en Rosario, detectándose pequeños conglomerados, a expensas del serotipo DENV-1.

- **Tucumán:** Desde la SE 50 se registran conglomerados de casos de dengue en las localidades de Aguilares y Los Sarmientos (departamento Río Chico), cuyo serotipo detectado es DENV-1. Además, en el transcurso de la temporada se han detectado casos aislados en Cruz Alta, Chichligasta y Monteros.

- **La Pampa:** Desde la SE 2 se registró un conglomerado de casos sin antecedente de viaje en la localidad de General Pico (departamento Maracó). El serotipo detectado es DENV-1.



Casos de dengue por departamento con casos autóctonos y en investigación. Argentina. Temporada 2024/2025, de semana epidemiológica 31 de 2024 a 7 de 2025. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Otras jurisdicciones que notificaron casos aislados sin antecedente de viaje son: Mendoza (Luján de Cuyo, Maipú, Guaymallén y Godoy Cruz), CABA (Comunas 1, 3 y 14), Buenos Aires (San Martín, Tres de Febrero, Ituzaingó, Hurlingham, La Matanza, Lanús, Quilmes, Lomas de Zamora, Malvinas Argentinas, Morón, Luján y Pilar), Entre Ríos (Concordia, La Paz, Nogoyá y Paraná), Salta (Capital), Misiones (Leandro N. Alem e Iguazú), La Rioja (Capital) y Corrientes (Capital).

Con excepción de las provincias de Formosa, Tucumán, Córdoba, Santa Fe y La Pampa, no se identificaron conglomerados de casos confirmados concentrados en localidades específicas; en el resto de las jurisdicciones, los casos se distribuyen de manera dispersa en diversas localizaciones.

## Serotipos circulantes

En relación con la distribución de los serotipos detectados, se observa una mayor prevalencia de DENV-1 (62,5%). Los casos de DENV-2 alcanzan a 36,2% de los casos%, sobre todo a expensas de la notificación de la provincia de Formosa.

En la SE 4 se notificó el primer caso de dengue por el serotipo DENV-3, sin antecedente de viaje, en el departamento de Rosario, Santa Fe.

Los restantes casos de DENV-3 y un caso de DENV-4, corresponden a notificaciones de casos con antecedente de viaje al exterior del país.

## Dengue durante el embarazo

En Argentina, durante la última temporada 2023/2024, se notificaron 2.380 casos de dengue en embarazadas, con una mediana de edad de 27 años; 21 casos se notificaron como dengue grave y cuatro casos fallecieron. Por esta razón, se creó en octubre de 2024 el evento “Dengue durante el embarazo” para garantizar la correcta notificación de los casos de dengue asociados a dicha condición clínica y poder registrar los mortinatos, las muertes fetales y los abortos, si correspondiera.

Desde su creación, se han notificado 154 casos sospechosos de dengue durante el embarazo, de los cuales, siete fueron confirmados, cuatro se clasificaron como probables, 125 cuentan con laboratorio negativo y 18 no cuentan con laboratorio.

El primer caso confirmado se registró en la jurisdicción de Tucumán (departamento Río Chico) y correspondió al serotipo DENV-1. El segundo caso se detectó en Santa Fe (departamento Rosario), con el serotipo DENV-2.

En la provincia de Córdoba (departamento Colón) se registraron dos casos confirmados con el serotipo DENV-2. En uno de los casos, se registró un recién nacido con diagnóstico de dengue por DENV-2 (el mismo serotipo que su madre) asociado a transmisión vertical. Como manifestaciones clínicas asociadas se registraron exantema y trombocitopenia. Permaneció internado en el área de Neonatología, con buena evolución. Se encuentra de alta médica.

Por otra parte, en la CABA se registró un caso confirmado (Comuna 14) y correspondió al serotipo DENV-1. Ninguna de las pacientes embarazadas presentaba antecedentes de viaje ni vacunación, y todas mostraron una evolución clínica favorable.

### **Dengue grave**

Se notificó el primer caso de dengue grave durante la SE 6 en la provincia de La Rioja, con antecedente de viaje a Formosa, en un niño de 12 años. La signo-sintomatología inicial referida fue fiebre, cefalea, disnea, dolor retroocular y malestar general, agregando al cuarto día sangrado de mucosas y dificultad respiratoria. Cursó cuatro días de internación, con recuperación total, actualmente de alta médica. Se detectó el serotipo DENV-2.



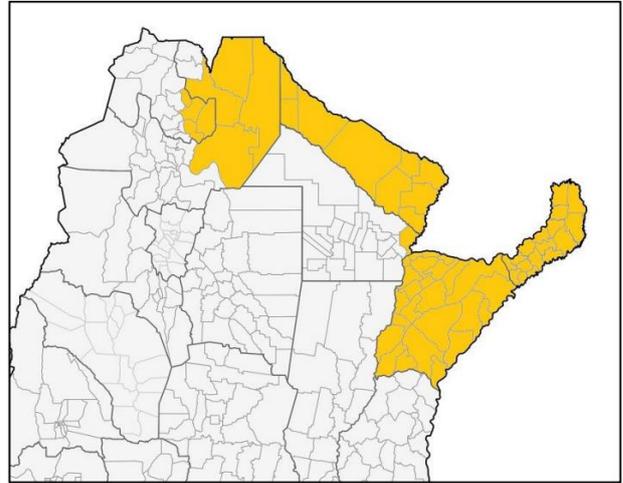
## CIRCULAR DE VIGILANCIA ANTE EL AUMENTO DE CASOS HUMANOS DE FIEBRE AMARILLA EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

26/02/2025

### Situación actual en la Región de las Américas

En 2024, se confirmaron 61 casos de fiebre amarilla en seres humanos en la Región de las Américas, de los cuales 30 resultaron fatales, distribuidos en cinco países: Bolivia (8 casos, incluidas 4 muertes), Brasil (8 casos, incluidas 4 muertes), Colombia (23 casos, incluidas 13 muertes), Guyana (3 casos) y Perú (19 casos, incluidas 9 muertes).

En 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 4, se han notificado 17 casos humanos confirmados en tres países de la Región: Brasil, en el estado de São Paulo (8 casos, incluidas 4 muertes), Colombia (8 casos, incluidas 2 muertes) y Perú (1 caso fatal).



Departamentos con riesgo de circulación viral de fiebre amarilla selvática. Argentina. Año 2025. Fuente: Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, Ministerio de Salud de Argentina.

En la vigilancia de epizootias en primates no humanos, Brasil reportó durante 2024 un total de 22 casos confirmados, en los estados de São Paulo (12 epizootias), Minas Gerais (7), Tocantins (2) y Roraima (1). En 2025, hasta la SE 4, se confirmaron 16 epizootias por fiebre amarilla, de las cuales 15 ocurrieron en São Paulo y una en Minas Gerais.

Por último, la [alerta epidemiológica](#) emitida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el 3 de febrero de 2025 difundió los resultados del Modelo combinado de favorabilidad de ocurrencia de fiebre amarilla desarrollado por Brasil, que estima un mayor riesgo en los estados del sur del país vecino. Si se cumplen las proyecciones de este modelo, es posible que países como Argentina y Paraguay también se vean afectados, como ocurrió entre 2007 y 2009.

### Situación epidemiológica en Argentina

En Argentina no se registran casos en viajeros desde 2018 ni transmisión autóctona desde 2009. Se contempla una zona con riesgo de circulación viral de fiebre amarilla selvática que incluye a las provincias de Formosa, Misiones, Corrientes, Jujuy (departamentos Ledesma, Santa Bárbara, San Pedro, Valle Grande), Salta (departamentos General José de San Martín, Orán, Rivadavia, Anta) y Chaco (departamento Bermejo), donde se encuentra contemplada la vacunación para todas las personas residentes.

En los últimos 60 años, Argentina registró tres brotes de fiebre amarilla selvática. En el brote de 1966, en las provincias de Misiones y Corrientes, en la frontera con Brasil, se reportaron 62 casos humanos con una letalidad de 29%. A partir del año 2007, se registró nuevamente la re-emergencia de fiebre amarilla selvática, con la ocurrencia de dos brotes diferentes. El primero ocurrió entre noviembre de 2007 y abril de 2008, en el norte y centro de Misiones, registrándose 27 epizootias en primates no humanos y ocho casos humanos. El segundo ocurrió entre octubre de 2008 y enero de 2009, en el centro-sur de Misiones y norte de Corrientes, donde se reportaron 22 epizootias y un caso humano. En suma, hubo nueve casos humanos con una tasa

de letalidad de 22%. Los mismos correspondían a trabajadores que ingresaron al área selvática como parte de su dinámica laboral. Ninguno contaba con antecedente de vacunación anti-amariílica. En cuanto a las epizootias, corresponden a casos clínicos y óbitos en primates no humanos del género *Alouatta*, en su mayoría de la especie *Alouatta caraya* y en menor medida de *A. guariba clamitans* (esto está vinculado con la densidad de cada una de las especies en el territorio). En ambas oportunidades la detección de epizootias anticipó la aparición de casos humanos.

Estos brotes no se dieron en forma aislada en la región, sino que ocurrieron en un contexto regional de expansión de ondas epidémicas iniciadas en el sureste de Brasil y que también afectaron a Paraguay.

En el año 2018, se reportaron los últimos siete casos, tres de ellos fatales, todos luego de viajar a zonas con transmisión activa en Brasil y sin antecedente de vacunación.

Entre la SE 31 de 2024 y la SE 6 de 2025 se han estudiado 72 casos humanos con sospecha de fiebre amarilla en las provincias de Buenos Aires, Catamarca, Chaco, Entre Ríos, La Rioja, Misiones, Santa Fe y Tucumán. Todos los casos presentaron pruebas negativas.

Durante el mismo período se reportaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS<sup>2.0</sup>), dos epizootias en primates no humanos en la provincia de Misiones y una en la provincia de Corrientes, que fueron estudiadas para fiebre amarilla: un ejemplar de *Alouatta caraya* (Paso de los Libres, Corrientes) y dos ejemplares de *Sapajus nigritus* (Puerto Iguazú, Misiones). Todos fueron descartados para fiebre amarilla por el laboratorio nacional de referencia del Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas (INEVH) 'Dr. Julio Isidro Maiztegui'.

---

La fiebre amarilla es una enfermedad reemergente que representa un desafío para la salud pública en Argentina, debido a que, en algunas regiones, confluyen varios factores que favorecen la circulación del virus: personas no inmunizadas, presencia del vector, el creciente desplazamiento de personas y de los hospedadores primarios (primates no humanos), la biota y las condiciones climáticas favorables, especialmente el incremento de las precipitaciones y las altas temperaturas. Se trata de una enfermedad con alto potencial de transmisión en escenarios donde coexisten personas susceptibles (no vacunadas) y mosquitos infectados.

En el continente americano se describen dos ciclos de transmisión del virus de la fiebre amarilla, el selvático y el urbano.

El ciclo selvático se produce en ambientes silvestres, y es sostenido por mosquitos silvestres infectados de los géneros *Haemagogus* y *Sabethes*, los cuales transmiten el virus a los primates no humanos que viven en las selvas tropicales. Estos primates son los principales mamíferos hospedadores del virus. Las personas que mayormente se exponen a este ciclo pueden ser trabajadores, cazadores, agricultores o habitantes de la zona de interfaz urbano-silvestre o rural-silvestre y turistas. La circulación viral entre primates no humanos (que se reportan como epizootias con sospecha de fiebre amarilla) suele preceder a la aparición de casos en seres humanos.

Mientras tanto, el ciclo urbano se caracteriza por la transmisión del virus mediante picaduras del mosquito vector entre personas virémicas y personas susceptibles (no vacunadas). En América, el vector urbano clásicamente descrito es *Aedes aegypti*, que tiene características fundamentalmente domésticas. Las grandes epidemias se producen cuando personas infectadas introducen el virus en zonas densamente pobladas, con alta presencia de mosquitos y donde la mayoría de la población no está vacunada o tiene nula inmunidad. En Argentina no se registra el ciclo urbano desde 1890, mientras que en la región de las Américas el último reporte data de mediados del siglo pasado; sin embargo, se debe considerar el riesgo de reintroducción de la fiebre amarilla urbana.

Actualmente la presencia de *Aedes albopictus* en Argentina, y la expansión de su distribución en provincias como Misiones y parte de Corrientes, representa un desafío para el abordaje de esta enfermedad, ya que esta especie ha sido propuesta como un potencial vector puente debido a que podría conectar los ciclos silvestres de transmisión con las áreas urbanas.

Puede consultar el documento completo haciendo clic [aquí](#).



## ALERTA EPIDEMIOLÓGICA ANTE EL AUMENTO DE CASOS DE HEPATITIS A

19/02/2025

Ante el incremento de casos confirmados de hepatitis A en menores de 20 años y una mayor afectación en varones de 20 a 39 años, en un contexto de cambio en el perfil epidemiológico de la enfermedad, el Ministerio de Salud de Argentina enfatizó la importancia de fortalecer las medidas de prevención, con especial foco en la vacunación, la notificación oportuna de casos y la adecuada derivación de muestras al laboratorio de referencia. Instó a los equipos de salud a verificar la cobertura de inmunización en poblaciones susceptibles y a reforzar las estrategias de control y vigilancia.

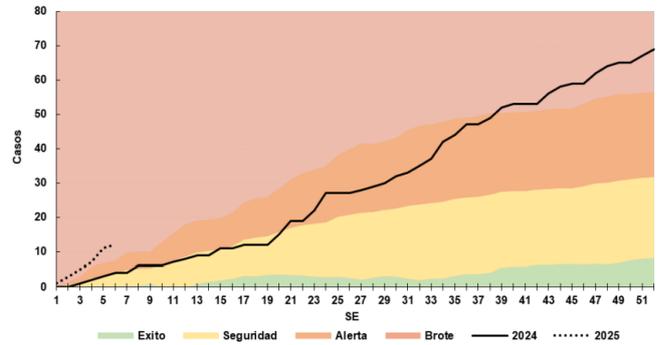
### Situación epidemiológica actual

En el contexto de la vigilancia epidemiológica, se observó una variación en la incidencia de la hepatitis A en los últimos años. Durante el quinquenio 2019-2023, se notificó un promedio de 31 casos anuales, con un mínimo de 10 en 2021 y un máximo de 55 en 2022. En 2024, se confirmaron 69 casos, superando el umbral de alerta a partir de la semana epidemiológica (SE) 39. Desde el inicio de 2025, la cantidad de casos confirmados fue superior a los valores esperados.

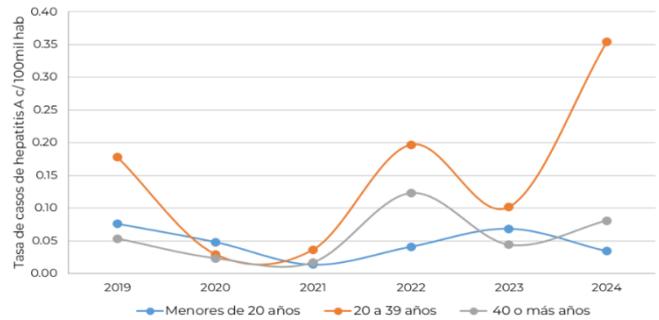
Respecto de la distribución por grupos etarios, durante el periodo 2019/2024, se observó mayor afectación en el grupo de 20 a 39 años (123 casos, 55%), seguido por el grupo de mayores de 40 años (61 casos, 27%). Posterior al periodo de la pandemia de covid, se observó un aumento de las tasas en todos los grupos, más marcado en los grupos previamente mencionados, alcanzando en 2024 la mayor tasa del periodo el grupo de 20 a 39 años con 0,35 cada 100.000 habitantes.

En cuanto a la afectación por sexo, durante el periodo analizado (2019/2024) hay un predominio del sexo masculino (149 casos, 70%).

En 2025, hasta la SE 6 se notificaron 24 casos de hepatitis A en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS<sup>2.0</sup>), de los cuales 12 cumplen con los criterios de laboratorio de caso confirmado de hepatitis A. De los 12 casos, siete se encuentran en la región Centro (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe), el resto en Salta, Formosa y Chubut. Respecto de la edad, cinco corresponden al grupo etario de menores de 20 años, cinco al de 20 a 39 años y los dos restantes al de mayores de 40 años. La distribución por sexo, al igual que años anteriores, presenta una mayor afectación masculina (7 casos, 58%).



Corredor endémico semanal acumulado de casos confirmados de hepatitis A. Argentina. Periodo 2019- semana epidemiológica 6 de 2025. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



Tasas de incidencia de hepatitis A cada 100.000 habitantes, según grupos etarios y año. Argentina. Años 2019/2024. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

De los casos registrados en menores de 20 años (rango de edad: 5 a 12 años), dos corresponden a la provincia de Formosa, dos a la de Salta y uno a la de Santa Fe.

Tres de los cinco casos no contaban con antecedentes de vacunación; uno de ellos corresponde a un paciente extranjero. Uno de los casos con antecedente de vacunación había recibido una dosis en 2019 en contexto de desnutrición, aunque no se pudo corroborar, y el otro fue inmunizado recientemente como parte de una estrategia de bloqueo.

Con respecto a los antecedentes de vacunación de los casos confirmados, los programas de inmunización de las provincias afectadas, están realizando monitoreos de vacunación, recupero de esquemas atrasados y medidas de bloqueo en los contactos estrechos.

---

La hepatitis A es una inflamación hepática causada por el virus de la hepatitis A, un virus RNA clasificado en el género *Hepatovirus*, miembro de la familia Picornaviridae. Su reservorio es el ser humano y, en raras ocasiones, los primates no humanos.

El virus se transmite principalmente por vía fecal-oral. Los principales vehículos de esta transmisión son el agua y los alimentos contaminados con materia fecal que contienen el virus, lo que explica su mayor prevalencia en individuos residentes en zonas con deficientes sistemas sanitarios. Considerando que los nuevos brotes esporádicos se produjeron con mayor foco en hombres que tienen sexo con hombres, las prácticas sexuales bucoanales representan un riesgo. La higiene adecuada, incluyendo el lavado de manos, es fundamental para prevenir la infección. Asimismo, el uso de método de barrera reduce significativamente el riesgo de contagio. El período de incubación es de 15 a 50 días, dependiendo del inóculo y el individuo; el promedio es de 28 a 30 días.

A diferencia de las hepatitis B y C, la hepatitis A no evoluciona hacia la enfermedad hepática crónica. Sin embargo, puede generar síntomas incapacitantes y, en casos raros, provocar hepatitis fulminante (insuficiencia hepática aguda), una condición potencialmente mortal.

En Argentina, antes de la introducción de la vacunación sistemática, la hepatitis A fue la principal causa de hepatitis fulminante en niños menores de 10 años, requiriendo en algunos casos trasplante hepático, el último registrado en 2007.

Desde 2005, con la incorporación de la vacuna contra la hepatitis A al año de vida en el Calendario Nacional de Vacunación, la incidencia y morbimortalidad de la enfermedad disminuyeron drásticamente. Gracias a esta estrategia, Argentina se convirtió en un país de baja endemicidad.

A pesar de la reducción general de casos, se registraron brotes esporádicos en los años 2009, 2012, 2014 y 2018. En los últimos años, estos brotes afectaron principalmente a adultos de entre 20 y 39 años, con una distribución por sexo que muestra una tasa cuatro veces mayor en varones que en mujeres.

Puede consultar el documento completo haciendo clic [aquí](#).

Un reciente estudio analizó la relación entre el aislamiento de *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (SARM) en muestras clínicas de infecciones de la piel y tejidos blandos en adultos que viven con caninos y felinos domésticos.

El SARM adquirido en la comunidad es un microorganismo que coloniza la piel y las mucosas de los seres humanos. Se estima que entre

15% y 80% de la población de Argentina es portadora asintomática de este patógeno. La colonización por SARM es un factor de riesgo significativo para las infecciones causadas por este microorganismo. Estas infecciones pueden incluir osteomielitis, espondilodiscitis, artritis séptica, endocarditis infecciosa, neumonía necrotizante, infecciones del sitio quirúrgico, infecciones de la piel y tejidos blandos (IPTB) y bacteriemia, entre otras. Incluso con el tratamiento adecuado, algunas de estas infecciones pueden tener resultados fatales si no se diagnostican a tiempo.



A pesar de la disponibilidad de antimicrobianos efectivos, el SARM sigue siendo un desafío no solo para el tratamiento, sino también para la descolonización humana. Sin embargo, se cree que la aplicación de productos antibacterianos tópicos al paciente y sus convivientes puede tener una eficacia de 60% en la prevención de infecciones por *S. aureus* hasta por un año. Por lo tanto, es crucial identificar factores de riesgo adicionales para infecciones estafilocócicas. Un área que aún no se comprende bien es el papel de las mascotas domésticas, específicamente perros y gatos, en facilitar la colonización humana y su impacto clínico. Cabe destacar que actualmente no existen recomendaciones estandarizadas para la vigilancia y descolonización de mascotas, a pesar de la posibilidad de que puedan actuar como “fómites vivos”, reiniciando el ciclo de transmisión del SARM dentro de los hogares al no ser objetivo de estas medidas. Además, existe una falta de datos confiables sobre la tasa de portadores de SARM en mascotas domésticas en Argentina.

El estudio se realizó en dos hospitales generales, uno en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y el otro en la provincia de Buenos Aires, desde octubre de 2014 hasta enero de 2018.

De los 166 pacientes evaluados, 65,1% eran varones y 34,9% mujeres. La mediana de edad fue de 39 años. De las IPTB evaluadas, en 54,2% se aisló SARM. Los casos restantes presentaron otras bacterias o cultivos negativos. Del total de casos evaluados, 72,3% fueron IPTB supurativas (forúnculos, celulitis supurativa o abscesos). La mayoría de la población en estudio cohabitaba con perros y/o gatos (67,5%), aunque solo un tercio de ellos informó tener contacto cercano con sus mascotas (35,5%).

Los pacientes que vivían con perros y/o gatos mostraron una mayor probabilidad de tener un cultivo positivo para SARM de sus IPTBs. Esto sugiere que vivir cerca de estas mascotas puede ser un factor contribuyente. Además, se encontró que los pacientes más jóvenes y aquellos con

factores de riesgo de SARM “clásicos” (incluidos los trastornos de la piel) presentaban una mayor frecuencia de aislamiento de SARM. Además, se encontró que los pacientes que vivían en proximidad cercana a perros y/o gatos tenían una probabilidad 1,3 veces mayor de contraer infecciones de la piel causadas por SARM. Además, por cada año de aumento de edad, la probabilidad de contraer infecciones de la piel causadas por SARM disminuyó 4%. Además, presentar infecciones de la piel causadas por SARM de manera repetida y tener una alteración evidente de la piel fueron factores independientes asociados con el aislamiento de SARM.

Finalmente, el estado de gestación de las mascotas, la castración, la desparasitación, la vacunación antirrábica, la raza o la edad, no mostró una asociación con infecciones de la piel causadas por SARM en ninguno de los casos.

## Discusión

Numerosos estudios han demostrado la influencia de diferentes factores de riesgo “modificables” en la predicción de infecciones por SARM. Este es el primer estudio a nivel regional que demuestra la asociación entre IPTB por SARM y la convivencia con perros y/o gatos, ya que la mayoría de los trabajos previos incluían tanto humanos enfermos como portadores nasales asintomáticos. Aunque muchos ensayos clínicos han examinado la prevalencia de *S. aureus* entre los animales de compañía, faltan estudios centrados en la colonización de animales sanos –sin signos ni síntomas clínicos– que tengan contacto estrecho con sus dueños. Para explicar esto, se deben resolver dificultades operativas derivadas del desconocimiento de la portación animal del SARM (tiempo de colonización, mejores sitios anatómicos para la toma de muestras, implicaciones clínicas a mediano y largo plazo, sensibilidad y especificidad de los métodos a utilizar, influencia de la raza, salud y sexo del animal, etc.).

Es interesante destacar que el factor de “convivencia cercana” con las mascotas estuvo más asociado que el de “convivir”, independientemente de si esta convivencia era cercana o no, especialmente en el grupo de la CABA. Esto se puede atribuir a que se contó con datos de pacientes provenientes de la provincia de Buenos Aires, que fueron incluidos en el análisis global. En este sentido, el número de pacientes que no convivían cerca de sus mascotas era mayor, ya que contaban con un área descubierta más grande en sus hogares para que sus animales de compañía estuvieran. Por lo tanto, la mayoría de los pacientes del grupo de la CABA estaban “obligados” a convivir cerca de sus mascotas, dado que los departamentos son el tipo de vivienda más común en la ciudad. Esto, a su vez, podría resultar en otro punto de intervención en el esfuerzo por controlar los factores de riesgo potenciales sobre los que se puede intervenir para prevenir la ocurrencia de infecciones por SARM.

Es evidente, considerando estos hallazgos, que *S. aureus* es un patógeno zoonótico, por lo que resulta crucial comprender la naturaleza bidireccional de la transmisión de esta bacteria en el contexto de la díada humano-animal. Por ello, es necesario comprender el impacto del uso de antimicrobianos en el ámbito veterinario y la resistencia antimicrobiana existente a este nivel. En los últimos años, numerosos estudios han demostrado mayores tasas de portación de SARM en animales de compañía en comparación con los animales callejeros; y cómo esto se ve influenciado por otros factores extras (como el tipo de muestreo, la edad del animal, el tiempo que el animal permanece en el hogar, etc.). Esto refuerza la perspectiva respecto de la profundización de aspectos “modificables” de la convivencia entre perros, gatos y humanos que, sin duda, tendrían un impacto en la co-colonización estafilocócica (y, por ende, la enfermedad) en ambos miembros de la díada. Por ello, el hecho de que la raza o el número de mascotas en el hogar no tuvieran influencia en los resultados obtenidos son aspectos que necesitan mayor

investigación, evaluando poblaciones mayores de humanos enfermos que conviven con perros y/o gatos.

Finalmente, es necesario un trabajo integrado entre los equipos médicos humanos y veterinarios para estandarizar las prácticas de muestreo, procesamiento y evaluación de datos para futuras investigaciones sobre la transmisión de “bacterias problemáticas” entre animales y humanos. Experiencias como esta pueden ser el puntapié inicial para estudios de intervención que apuntan a evaluar guías y productos apropiados para la descolonización bacteriana en animales de compañía y humanos con los que conviven. En consecuencia, las guías de recomendaciones actuales sobre el tema podrían ampliarse, entendiendo a las mascotas como “fómites vivos” o “miembros del grupo conviviente o familiar” del caso índice. En este sentido, la obtención de datos generalizables sobre el estado de portadores de los animales de compañía podría apoyar la implementación de políticas activas de descolonización dirigidas a la prevención en entornos domésticos, similares a los protocolos de desparasitación periódica aplicados a estos modelos animales. Sin embargo, tales medidas deberían basarse en ensayos clínicos mixtos que involucren tanto a humanos como a mascotas para evaluar el impacto potencial de estas estrategias, así como para asegurar su implementación de la manera más costo-efectiva y factible.

Una joven de 19 años se encuentra internada en el Hospital Interzonal General de Agudos 'San Felipe' de San Nicolás de los Arroyos, con un diagnóstico compatible con fiebre hemorrágica argentina, una enfermedad endémica en la región. Ante esta situación, se solicitó con urgencia donantes de sangre de personas que hayan tenido la enfermedad, con el objetivo de extraer plasma de convaleciente para su tratamiento.



La nicoleña, residente en el barrio 7 de Septiembre, consultó al médico de familia, quien la derivó de urgencia al Hospital San Felipe para realizarse análisis. Tras recibir los resultados, la joven fue hospitalizada.

La paciente ya recibe atención médica en el nosocomio, pero el plasma de personas que han superado la fiebre hemorrágica es un recurso valioso para ayudar en su recuperación.

Fuentes del establecimiento confirmaron un segundo caso de fiebre hemorrágica argentina con internación en el nosocomio.

---

La fiebre hemorrágica argentina es una infección zoonótica provocada por el virus Junín, de la familia Arenaviridae. El vector natural es el ratón maicero (*Calomys musculinus*), siendo las principales zonas endémicas el noroeste de la provincia de Buenos Aires, sur de Santa Fe y Córdoba y noreste de La Pampa.

La principal vía de transmisión es a través del contacto con excretas del vector infectado, ya sea por inhalación de aerosoles o contacto directo de piel y mucosas. Si bien es infrecuente, también está descrito el contagio interhumano.

La evolución de la infección se caracteriza por un período de incubación con una media de 7 a 14 días y una fase clínica con un síndrome febril inespecífico, caracterizado por fiebre, astenia, cefalea retroocular, mialgias, artralgias, náuseas y vómitos. En algunos casos se presenta un exantema con predominio de la región axilar o cara interna del brazo. La infección subclínica varía entre 1% y 4,4% de los casos. Una pequeña proporción evoluciona con cuadros graves neuro-hemorrágicos, alcanzando una mortalidad de 30%.

El tratamiento dentro de los ocho días de instaurado el cuadro clínico es el plasma inmune de convalecientes, el cual disminuye la mortalidad a cerca de 1%. Existen estudios que evalúan el tratamiento con análogos de ribavirina pasados los ocho días de iniciado el cuadro clínico, pero que no demostraron una disminución de la mortalidad.

La vacuna Candid#1 se encuentra desde el año 2007 en el Calendario Nacional de Vacunación y está indicada en mayores de 15 años que residan o trabajen en áreas endémicas. Se trata de una vacuna a virus atenuado de producción nacional con una eficacia protectora de 95,5%.

El gobierno federal de Brasil anunció el 25 de febrero un acuerdo para la producción a gran escala de la primera vacuna 100% nacional y de dosis única contra el dengue. La iniciativa es parte de una estrategia para fortalecer la industria brasileña, dar autonomía y buscar nuevas soluciones para el Sistema Único de Salud (SUS).

A partir de 2026 se ofrecerán 60 millones de dosis anuales, con posibilidad de aumentar la cantidad en función de la demanda y la capacidad de producción. El objetivo es atender a la población elegible por el Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI) entre 2026 y 2027.

El vicepresidente y ministro de Desarrollo, Industria, Comercio y Servicios (MDIC), Geraldo José Rodrigues de Alckmin Filho, destacó la importancia de la innovación para la salud y explicó que las vacunas, junto con los antibióticos y el agua potable, han cambiado la realidad del mundo al generar calidad de vida para las personas. “Destaquemos este día histórico. Un gran avance contra el dengue, una vacuna tetravalente, contra los cuatro serotipos del virus, que facilita mucho las cosas”, dijo Rodrigues de Alckmin sobre la vacuna de dosis única, que facilita a la población tomar la vacuna, durante un acto al que asistieron el presidente Luiz Inácio da Silva y la ministra de Salud, Nísia Verônica Trindade Lima.

A partir de una asociación entre el Instituto Butantan y la empresa WuXi Biologics, la producción se realizará a través del Programa de Desarrollo Local e Innovación del Ministerio de Salud, que ya fue aprobado y se encuentra en la fase final de desarrollo tecnológico. El programa representa un gran avance en la lucha contra el dengue en Brasil, pues la combinación de las capacidades de producción de las instituciones permitirá ampliar la vacunación. El protagonismo del Gobierno Federal logrará que la capacidad de producción y de oferta de una vacuna 100% nacional contra el dengue se multiplique por 50.

A través del Complejo Económico-Industrial de Salud, el proyecto cuenta con el apoyo del Banco Nacional de Desarrollo Económico y Social, en el financiamiento de investigaciones clínicas; y la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA), en el análisis de la solicitud de registro, que abarca a la población de entre dos y 59 años.

La actual administración del Gobierno Federal fue la primera en ofrecer una vacuna contra el dengue a nivel mundial como una acción de política pública y, ahora, permitirá ampliarla a un mayor número de personas. El Instituto Butantan es uno de los grandes beneficiarios de las inversiones en infraestructura y fortalecimiento del Complejo Económico Industrial de la Salud. La medida es un ejemplo de la importancia de fortalecer la industria nacional para garantizar el acceso de la población a las nuevas tecnologías de salud. También se destinarán fondos

a estudios clínicos para ampliar el rango de edad y evaluar la coadministración con la vacuna contra la fiebre chikungunya.

La vacuna seguirá siendo una prioridad en el combate al dengue en el país. Sin embargo, hasta lograr la vacunación masiva, sigue siendo imprescindible reforzar las acciones de prevención, vigilancia y preparación de la red asistencial, fundamentales para prevenir muertes. La actual administración del Gobierno Federal es responsable de ampliar el uso de nuevas tecnologías de prevención del dengue, como el método Wolbachia y las Estaciones de Diseminación de Larvicidas (EDL). Se han mejorado todas las herramientas disponibles en el país.

---

En 2024, Brasil registró un récord de 6,65 millones de casos probables de dengue y una cifra histórica de 6.022 muertes por esa enfermedad, que en los últimos años ha avanzado con fuerza en el país. En lo que va de 2025, ya se han registrado 402.000 casos probables, 30% menos que en el mismo período de 2024.

Pese a esa reducción, la situación es preocupante en algunas regiones, como el estado de São Paulo, que se declaró en emergencia sanitaria tras registrar entre enero y febrero unos 200.000 casos probables, con 102 muertes confirmadas y otras 225 en investigación.

Durante el año pasado, el Gobierno promovió una inédita campaña de inmunización contra el dengue con la vacuna Qdenga®, de la firma japonesa Takeda, pero las dosis adquiridas solo fueron suficientes para inmunizar a 3,3 millones de niños de entre 10 y 14 años.

Para este año, el Ministerio de Salud adquirió hasta ahora nueve millones de dosis de la vacuna japonesa, una cifra que podría aumentar durante el segundo semestre.

El brote de sarampión en el oeste de Texas alcanzó los 124 casos en nueve condados, informó el 25 de febrero el Departamento de Salud del estado; hay 18 personas hospitalizadas.

El brote se propaga principalmente en la comunidad menonita, en un área con pequeños pueblos separados por vastas extensiones de tierras abiertas salpicadas de plataformas petroleras, pero conectados debido a que las personas viajan entre ellos por cuestiones de trabajo, para asistir a la iglesia, comprar comestibles y otras diligencias diarias.



El alcalde de Brownfield, Eric Horton, dijo que cree en la seguridad de la vacuna triple viral –contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola–, porque ha sido utilizada durante muchos años y ha detenido la propagación del sarampión en Estados Unidos.

Brownfield se encuentra en el condado de Terry, donde se registran 21 casos.

“Nunca lo había visto tan cerca”, dijo Horton. “Sé que hemos tenido algunos brotes en años anteriores, pero en lo que respecta a este lugar, que haya llegado a las noticias nacionales es impactante”.

En el vecino New México, el conteo de casos de sarampión se mantuvo en nueve el 25 de febrero. Los funcionarios de salud pública del estado dijeron la semana pasada que aún no hay pruebas de que el brote de New México esté conectado con el de Texas.

El conteo del 25 de febrero en el oeste de Texas sumó 34 nuevos casos desde el día 21. Los casos siguen concentrándose en el condado de Gaines, donde hay 80 personas infectadas, y en el condado de Terry, al norte de Gaines, donde ahora hay 21.

En el condado de Dawson, al este de Gaines, hay siete casos; en el condado de Yoakum hay cinco; en el condado de Ector hay dos, y en los condados de Lubbock y Lynn hay un caso en cada uno. En el condado de Martin, también cerca de Gaines, se presentaron tres casos.

El estado también informó que hay cuatro casos en el condado de Dallam, que se encuentra en la zona más alejada del área del Panhandle del estado y a unos cientos de kilómetros al norte del condado de Gaines, así como posibles exposiciones, ocurridas a mediados de febrero, debidas a una persona infectada y contagiosa que viajó a San Marcos, San Antonio y New Braunfels.

Los datos del Departamento de Salud de Texas muestran que la gran mayoría de los casos se han producido entre personas menores de 18 años: 39 infecciones ocurrieron en niños menores de 4 años y 62 en niños de 5 a 17 años. Dieciocho adultos tienen sarampión y en cinco casos, la determinación de la edad está “pendiente”.

Las autoridades de salud del estado han dicho que este brote es el más grande ocurrido en Texas en casi 30 años. Los casos se han concentrado en una comunidad menonita “unida y con un bajo índice de vacunación”, señaló la portavoz del Departamento de Salud, Lara Anton, especialmente entre familias que asisten a pequeñas escuelas religiosas privadas o que son educadas en casa.

En New México, todos los casos se concentran en el condado de Lea, que limita con el condado de Gaines en Texas. El Departamento de Salud del estado señaló que las personas pudieron haber estado expuestas en un supermercado, una escuela primaria, una iglesia, el Hospital Nor-Lea y un Walgreens en Hobbs, New México.

## **La vacuna**

La vacuna triple viral es segura y altamente efectiva para prevenir la infección por sarampión y los casos graves de la enfermedad. Se recomienda aplicar la primera dosis a los niños de entre 12 y 15 meses, y la segunda, a los de entre 4 y 6 años. La serie de vacunas es obligatoria para los niños antes de ingresar al jardín de infantes en las escuelas públicas de todo el país.

Antes de que se introdujera la vacuna en 1963, en Estados Unidos se producían entre tres y cuatro millones de casos por año. Ahora, generalmente son menos de 200 en un año normal.

No existe un vínculo entre la vacuna y el autismo, a pesar de que se publicó un estudio al respecto, ahora desacreditado, y de la desinformación sobre la salud.

En comunidades con altas tasas de vacunación –por encima de 95%–, enfermedades como el sarampión tienen más dificultades para propagarse. Esto se llama “inmunidad colectiva”.

Pero las tasas de vacunación infantil disminuyeron a escala nacional desde la pandemia de covid y hay cada vez más padres que solicitan exenciones por motivos religiosos o de conciencia personal para evitar que sus hijos reciban las vacunas requeridas.

En Estados Unidos se produjo un aumento en los casos de sarampión en 2024, incluido un brote en Chicago donde enfermaron más de 60 personas. Cinco años antes, en 2019, los casos de esa enfermedad fueron los peores en casi tres décadas.

El condado de Gaines tiene una de las tasas más altas en Texas de niños en edad escolar que optan por no recibir al menos una vacuna obligatoria, y casi 14% de los niños desde el jardín de infantes hasta el 12° grado en el año escolar 2023-2024 carecían de por lo menos una vacuna. Las autoridades de salud dicen que es probable que ese número sea mayor porque no incluye a muchos niños que son educados en casa y cuyos datos no se reportan.

Las autoridades de salud de New México organizaron clínicas de vacunación para el 26 y 27 de febrero.

En Texas, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) proporcionan “asistencia técnica, apoyo de laboratorio y vacunas según sea necesario”, informó la agencia. Pero el Departamento de Salud del estado encabeza la investigación del brote.

Los trabajadores de la región del oeste de Texas organizan clínicas de vacunación y programas de detección periódicos, y también dijeron que trabajan con las escuelas para educar a las personas sobre la importancia de la vacunación y para proporcionar vacunas.

La mucormicosis, una infección poco común pero peligrosa, causó la muerte de una mujer en Honduras, elevando a siete el número de fallecidos en el país a causa de esta enfermedad.

Entre las víctimas también se encuentra una niña de tres años, cuyo deceso ocurrió entre diciembre de 2024 y enero de 2025, según los registros médicos.

La paciente fallecida ingresó al Hospital Escuela Universitario, en Tegucigalpa, en estado crítico y, pese a los esfuerzos del personal médico, no logró recuperarse. Sandra Aracely Montoya Ramírez, jefa del Laboratorio de Microbiología, explicó que “hay pacientes que llegan de otros hospitales en etapas donde ya no se puede hacer mucho; los médicos han trabajado en diagnósticos y con equipos multidisciplinarios, pero aún no han logrado ayudar”.

Montoya Ramírez también señaló que algunos centros asistenciales no están cumpliendo con los protocolos de referencia establecidos para tratar la enfermedad a tiempo.

“Todos los hospitales tienen los lineamientos para detectar la mucormicosis, y está establecido que todo paciente con esta condición debe ser referido al Hospital Escuela Universitario”, enfatizó la especialista.

Aunque esta infección no se transmite de persona a persona, es más común en personas con diabetes mellitus, leucemia, linfoma o aquellas que consumen altas dosis de esteroides.

En Honduras, los casos han ido en aumento desde la pandemia de covid. En 2021, se reportaron 15 casos; en 2022, el número subió a 42, con 22 muertes. En 2023, hubo cuatro casos y dos fallecimientos, mientras que en 2024 se registraron más de 12 contagios y dos muertes.

El tratamiento debe ser rápido y agresivo. La mayoría de los pacientes requieren medicamentos antifúngicos y cirugías para eliminar el tejido afectado. “Sin un desbridamiento quirúrgico agresivo del área infectada, la probabilidad de muerte es alta”, advirtió la especialista.

A pesar de los esfuerzos médicos, la mucormicosis sigue siendo un desafío para el sistema de salud hondureño, especialmente por la dificultad de detectar los casos a tiempo y la falta de derivación oportuna a centros especializados.

---

La mucormicosis es una infección de la cavidad nasal y los senos paranasales por hongos saprofitos del orden Mucorales, principalmente de los géneros *Mucor*, *Absidia* y *Rhizopus*. Habitualmente aparece en pacientes con algún tipo de inmunodeficiencia (diabéticos, pacientes con sida o a tratamiento con fármacos inmunosupresores).

Las diferentes mucormicosis pueden dividirse en varios tipos, según el lugar de infección, como pueden ser la cerebral (por extensión desde la rinofaringe o por diseminación hematógena), cutánea (más habitualmente en pacientes con cetoacidosis diabética o leucemia) y pulmonar, entre otras.

La mayoría de los casos fatales de mucormicosis son debidos a la invasión de especies del género *Rhizopus* y *Mucor*. En una menor proporción son causados por *Lichtheimia*, y aún más raramente por *Apophysomyces*. Otros hongos incluyen a *Cunninghamella*, *Mortierella* y *Saksena*.

Las manifestaciones clínicas precoces más frecuentes son el dolor facial, la proptosis y la oftalmoplejía. También pueden aparecer otros síntomas y signos como flemas mucosanguinolentas y/o fétidas; cefalea nasofrontal, facial y ocular; disminución de la agudeza visual; y tumoración y necrosis palatina y nasal.

Aunque la clínica es muy sugerente, se requiere la realización de cultivos o biopsia de las lesiones, que demuestren la presencia de las hifas características.

Se utiliza la anfotericina B como tratamiento de elección. Puede incluirse además la desbridación quirúrgica del tejido necrótico y la corrección del estado predisponente.

Durante la pandemia de covid, se informaron en India varios casos relacionados con el tratamiento inmunosupresor para la virosis. En Ahmedabad, a mediados de diciembre de 2020 se notificaron 44 casos, incluidas nueve muertes. También se notificaron casos en Mumbai y Delhi. En 2021, se notificaron más casos en el resto de India.

Gadharona, una aldea en Roorkee, estado de Uttarakhand se ha convertido en el epicentro de un brote de hepatitis C durante los últimos dos meses. Hasta la fecha se han reportado más de 100 casos de esta enfermedad en la aldea.



Considerando la gravedad del brote, el Departamento de Salud llevó a cabo un campamento médico de dos días en la aldea, recogiendo muestras de 75 pacientes sospechosos, de los cuales 54 dieron positivo. Sin embargo, el Departamento de Salud aseguró que no hay necesidad de entrar en pánico, ya que la enfermedad es tratable y la situación está bajo control.

Los informes indican que los casos de hepatitis C están aumentando en las áreas alrededor de Roorkee. En los últimos tres meses, 450 pacientes que sufrían de hepatitis C fueron registrados en el Hospital Civil de Roorkee.

Gadharona, una aldea con una población de 4.000 habitantes cerca de la ciudad de Landaura, comenzó a registrar casos en los que muchas personas se quejaban de fiebre leve, pérdida de apetito y fatiga. Inicialmente, buscaron tratamiento en curanderos locales, pero cuando no se recuperaron, visitaron hospitales privados y el Hospital Civil en Roorkee, donde se les diagnosticó hepatitis C.

“Cuando comenzamos a notar que uno de cada diez hogares presentaba casos similares, informamos al Departamento de Salud, que estableció campamentos médicos en la aldea para controlar a los pacientes”, dijo el jefe de la aldea, Satendra Giri.

El 18 y 19 de febrero, el Departamento de Salud realizó campamentos médicos en la aldea y recolectó 75 muestras de personas sospechosas de tener hepatitis C. De ellos, 54 dieron positivo.

“Tenía una fatiga extrema y pérdida de apetito. Cuando el Departamento de Salud me hizo la prueba, me diagnosticaron hepatitis C. Me informaron que necesitaría tomar medicación durante tres meses. Actualmente, el Hospital Civil me está proporcionando los medicamentos para una semana”, dijo Pradeep Giri, de 40 años.

Según los registros del Hospital Civil de Roorkee, entre noviembre y enero se registraron 450 casos de hepatitis C en Roorkee y sus alrededores.

“Esta enfermedad se propaga principalmente por transmisión sanguínea y sexo sin protección. Sin embargo, es completamente curable. Durante el tratamiento, es esencial evitar el alcohol y los alimentos fritos o grasosos, ya que pueden empeorar la afección. En el caso de la aldea de Gadharona, la situación está completamente bajo control y los pacientes están mostrando síntomas graduales de mejoría”, dijo el director médico, Dr. R.K. Singh.

Kenya sigue enfrentando un brote de mpox desde que el Ministerio de Salud lo declaró oficialmente el 31 de julio de 2024. En la semana epidemiológica 8 de 2025 se notificaron siete nuevos casos confirmados en los condados de Makueni (4 casos), Busia (2) y Bungoma (1). En 2025, hasta el 21 de febrero, se han notificado 17 nuevos casos en los condados de Busia (8), Makueni (5), Kericho (1), Taita Taveta (1), Kelifi (1) y Bungoma (1).

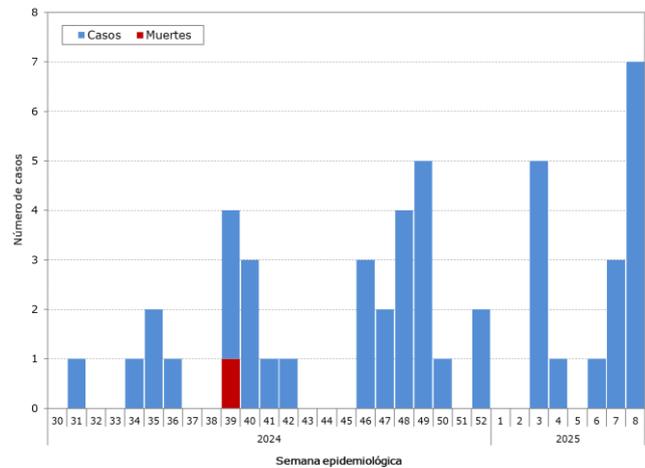
Entre el 31 de julio de 2024 y el 21 de febrero de 2025, se registró un total acumulado de 48 casos confirmados, incluida una muerte (tasa de letalidad de 2,1%), en 12 condados. La mayoría de los casos se han notificado en los condados de Nakuru (10 casos), Busia (9), Mombasa (8) y Makueni (6), lo que representa 68,8% de todos los casos notificados en todo el país. La única muerte se notificó en el condado de Bungoma en septiembre de 2024. La ciudad de Mai Mahiu en el condado de Nakuru y los subcondados de Jomvu y Changamwe en el condado de Mombasa se encuentran entre los puntos críticos conocidos. Se registraron 31 casos en mujeres (64,0% del total), y 24 casos (50,0%) en el grupo etario de 30 a 39 años.

De los 285 contactos registrados desde el inicio del brote, 13 dieron positivo y 26 siguen bajo seguimiento al 21 de febrero de 2025. La mayoría de los casos (38 casos; 79,2%) se han recuperado, mientras que cinco pacientes están actualmente hospitalizados y cinco reciben atención domiciliaria. La secuenciación genética de muestras de 33 casos identificó al clado Ib como la cepa circulante.

El brote en Kenya afectó principalmente a camioneros, trabajadores sexuales y sus contactos inmediatos, con focos observados a lo largo de la autopista principal A104 (corredor Kampala-Nakuru-Nairobi-Mombasa). Esta autopista es una importante ruta de comercio y transporte internacional en África oriental, que conecta Uganda, Rwanda, Sudán del Sur y República Democrática del Congo con el puerto de Mombasa en Kenya.

### Acciones de salud pública

- Se activó el Centro de Operaciones de Emergencia de Salud Pública y se estableció un Sistema de Gestión de Incidentes para coordinar la respuesta. Se formó una Fuerza de Tareas Conjunta para Mpox y la Enfermedad por el Virus de Marburg para agilizar los esfuerzos, guiado por un borrador del Plan Nacional de Respuesta y reuniones periódicas con las partes interesadas para mejorar la colaboración. Se ha involucrado a socios del sector de la salud para la movilización de recursos y la implementación de la respuesta. Se realizó una Revisión Intra-Acción para evaluar el progreso en respuesta al brote e identificar áreas a mejorar.



Casos y muertes por mpox. Kenya. De semana epidemiológica 30 de 2024 a 8 de 2025. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

- Se han intensificado las medidas de detección en los puntos de ingreso a Kenya, y desde que se declaró el brote se han examinado 466.873 viajeros en 26 puntos de ingreso. Se han desplegado equipos de respuesta rápida en Mombasa, Nakuru, Kericho, Busia y Taita Taveta para realizar la investigación de casos y apoyar los esfuerzos de respuesta locales. Se han desarrollado definiciones de casos de mpox, directrices de vigilancia y un plan de respuesta de comunicación de riesgos y participación comunitaria para orientar la detección y el control de brotes.
- Se están realizando pruebas de casos sospechosos, y la secuenciación genómica desempeña un papel clave para orientar la respuesta. Hasta ahora, se han realizado pruebas a 435 casos sospechosos, de los cuales 48 fueron confirmados para la infección por mpox. Se ha fortalecido la capacidad de laboratorio mediante el despliegue de personal en el Laboratorio Nacional de Salud Pública (NPHL), junto con la entrega de suministros de diagnóstico críticos y el desarrollo de protocolos de prueba para mejorar la eficiencia.
- Más de 196.154 personas, incluidos viajeros, conductores de camiones y miembros de la comunidad, han sido sensibilizadas sobre la mpox. Se ha desarrollado una estrategia nacional de comunicación de riesgos y participación comunitaria, que incorporó reuniones de promoción y participación de las partes interesadas para mejorar la conciencia pública y fomentar la adopción de medidas preventivas.
- Los trabajadores sanitarios de los puntos de ingreso han recibido formación específica para mejorar la capacidad de respuesta. Se han elaborado materiales de formación específicos sobre la mpox para mejorar los conocimientos y la preparación de los trabajadores sanitarios.
- Se han elaborado directrices de gestión de casos para apoyar el tratamiento eficaz de los casos de mpox. Se están elaborando planes para identificar centros de aislamiento en condados de alto riesgo y establecer un nuevo centro de aislamiento en Thika, condado de Kiambu, para reforzar las medidas de contención.
- La Organización Mundial de la Salud sigue prestando apoyo técnico y operativo a la respuesta, con la provisión de suministros y logística esenciales, incluidos equipos de protección personal y dispositivos de detección para mejorar la prevención y el control de las infecciones.

## **Interpretación de la situación**

El brote de mpox en Kenya presenta un desafío complejo para la salud pública, dada su propagación geográfica, los grupos de población afectados y el potencial de transmisión regional. La concentración de casos a lo largo de la autopista A104, un importante corredor comercial que une a varios países de África oriental, plantea inquietudes sobre la propagación transfronteriza, en particular en una región que ya enfrenta múltiples amenazas de enfermedades infecciosas. La alta proporción de casos femeninos y la concentración entre camioneros y trabajadores sexuales sugieren una dinámica de transmisión impulsada por la exposición por contacto cercano dentro de poblaciones altamente móviles. La identificación del clado Ib, una cepa asociada con una enfermedad más grave, agrega otra capa de riesgo. Si bien Kenya ha tomado medidas encomiables para responder al brote, el fortalecimiento de la coordinación transfronteriza, las intervenciones dirigidas a los grupos de alto riesgo y la consideración de estrategias de vacunación, si es posible, son fundamentales para un enfoque regional, dada la naturaleza interconectada del comercio y los viajes en África oriental.

Al menos seis bebés murieron en las dos últimas semanas en Gaza debido al frío y a la falta de refugio y calefacción adecuadas, según médicos y funcionarios de sanidad palestinos.

Médicos del hospital de la Sociedad Benéfica de Amigos del Paciente (PFBS) de la ciudad de Gaza declararon que habían ingresado nueve recién nacidos con hipotermia, cinco de los cuales habían muerto, y otro se encontraba en estado crítico.



Un bebé prematuro recibe tratamiento en el hospital de la Sociedad Benéfica de Amigos del Paciente, en la ciudad de Gaza, el 26 de febrero de 2025.

La familia de una niña de dos meses también dijo que la pequeña había muerto a causa del frío cerca de la ciudad de Jan Yunis, en el sur, durante la noche.

El hospital PFBS pidió el envío urgente de caravanas y combustible para mejorar las condiciones de los 945.000 palestinos desplazados que se calcula que viven en tiendas y refugios improvisados.

El grupo armado palestino Hamás acusó a Israel de no permitir la entrada de las cantidades acordadas de tiendas, caravanas y otros suministros para refugios durante el alto el fuego que comenzó hace cinco semanas. Israel niega las acusaciones.

La mayoría de los 2,1 millones de habitantes de Gaza se han visto desplazados en múltiples ocasiones durante los 16 meses de guerra entre Israel y Hamás, y se calcula que casi 70% de los edificios del territorio están dañados o destruidos.

El sistema sanitario también se encuentra colapsado: sólo 18 de los 35 hospitales funcionan parcialmente y hay escasez de equipos médicos esenciales.

### **Bajas temperaturas y falta de recursos**

La temperatura nocturna en Gaza ha descendido regularmente por debajo de los 10°C durante las dos últimas semanas.

El 24 de febrero por la noche bajó a 3°C, después de que el director médico del hospital PFBS, Dr. Saeed Salah, advirtiera que tres bebés que sufrían lesiones por frío, incluida hipotermia, habían muerto en el mismo periodo.

Según explicó, los bebés sólo tenían uno o dos días de vida y pesaban entre 1,7 y 2 kg.

El 25 de febrero, Salah y un pediatra del hospital, el Dr. Samer Lubad, informaron de la muerte de otros dos recién nacidos.

“En las últimas semanas hemos tenido nueve neonatos en nuestro hospital. Y vinieron con lo que se denomina “lesión por frío” o hipotermia”, dijo Lubad.

”Tres bebés sobrevivieron y fueron tratados con éxito y dados de alta. Todavía hay un bebé en nuestra unidad de cuidados intensivos neonatal en estado general crítico”.

Y añadió: “Por supuesto, este estado se debe al frío y a la falta de refugios seguros, de calefacción central y de electricidad en la Franja de Gaza”.

Mientras tanto, el jefe del departamento de pediatría del Hospital Nasser de Jan Yunis, dijo que había recibido el cuerpo de una niña de dos meses que había muerto de hipotermia el 25 de febrero.

Un video publicado por un periodista local parecía mostrar a la niña siendo enterrada por su padre y su tío, quien dijo que se llamaba Sham Yousef al-Shambari. El hombre relató que la niña había estado sana y que su madre la había encontrado “tiesa como la madera por el frío” cuando intentó despertarla para alimentarla durante la noche en el interior de la tienda de campaña de la familia en la zona de Al-Mawasi.



Casi un millón de gazatíes viven en tiendas de campaña y refugios improvisados que no están acondicionados para el invierno.

## **Incertidumbre**

El Dr. Muneer al-Boursh, director general del Ministerio de Salud de Gaza, dirigido por Hamás, afirmó que un total de 15 niños habían muerto de frío desde el comienzo del invierno.

También denunció que Israel había “incumplido los protocolos humanitarios, entre ellos permitir la entrada de equipos médicos, suministros de calefacción, tiendas de campaña y casas móviles” desde que comenzó el alto el fuego el 19 de enero.

Hamás había afirmado anteriormente que Israel debía permitir la entrada de unas 300.000 tiendas y 60.000 caravanas durante la primera fase del acuerdo, de seis semanas de duración.

El Coordinador de las Actividades Gubernamentales en los Territorios (COGAT) declaró que Israel estaba “comprometido y cumple con la obligación de permitir la entrada de 4.200 camiones de ayuda humanitaria a la semana” en Gaza, incluidos los que transportan tiendas y suministros para refugios.

“Según los datos de que disponemos, cientos de miles de tiendas de campaña han ingresado en la Franja de Gaza desde que entró en vigor el acuerdo”, añadió.

La noticia se produce en medio de la incertidumbre sobre si el alto el fuego se prolongará más allá del 28 de febrero, cuando expira la primera fase del acuerdo.

El ejército israelí lanzó una campaña para destruir a Hamás en respuesta a un ataque transfronterizo sin precedentes el 7 de octubre de 2023, en el que murieron unas 1.200 personas y 251 fueron tomadas como rehenes.

Al menos 48.348 personas han muerto en Gaza desde entonces, según el Ministerio de Sanidad del territorio.

Las autoridades sanitarias de la República Democrática del Congo siguen luchando contra un brote de casos de síndrome febril agudo debido a un agente etiológico desconocido en la provincia de Équateur. Desde el 16 de febrero de 2025, se ha notificado un total de 524 casos nuevos con siete muertes en el conglomerado de la zona sanitaria de Basankusu, provincia de Équateur. En total, se han registrado 943 casos con 52 muertes (tasa de letalidad de 5,5%) en la zona sanitaria de Basankusu del 9 al 19 de febrero de 2025. Los niños menores de cinco años constituyen 18,0% de los casos (170 casos) y 15,5% de las muertes (9 muertes). Se notificó una tasa de letalidad de 5,3% entre los niños menores de cinco años. No se han notificado nuevos casos en el conglomerado de la zona sanitaria de Bolomba, que anteriormente registró 12 casos con ocho muertes (tasa de letalidad de 66,7%), predominantemente entre niños menores de cinco años, entre el 10 y el 27 de enero de 2025.

La causa definitiva de la enfermedad en ambos brotes sigue sin determinarse. Sin embargo, las pruebas han descartado las enfermedades causadas por el virus del Ébola y el de Marburg. Entre las 571 muestras analizadas para detectar malaria en el conglomerado de Basankusu mediante pruebas de diagnóstico rápido, 309 (54,1%) dieron positivo.

Las principales manifestaciones clínicas de los casos incluyen fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, mialgia, poliartralgia, dolores corporales, sudoración, rinorrea, dolor de cuello, tos, vómitos, diarrea, anorexia, disnea y calambres abdominales. Entre los niños menores de cinco años, la mayoría presentó fiebre objetiva de 38,0°C o superior (93,6%), escalofríos (79,8%), vómitos (76,6%), dolor abdominal (76,6%) y disnea (73,4%). Los diagnósticos diferenciales que se están investigando incluyen malaria, intoxicación alimentaria o hídrica y fiebre tifoidea.

Se han establecido las siguientes definiciones de casos para clasificar los casos en el brote en curso en la zona sanitaria de Basankusu:

- **Caso sospechoso:** cualquier persona que viva o provenga de la zona sanitaria de Basankusu y sus alrededores que presente un inicio repentino de fiebre o antecedentes de fiebre, junto con uno o más de los siguientes síntomas: escalofríos, dolor de cabeza, poliartralgia, dolores corporales, mialgia, dolor de cuello, sudoración, vómitos, dolor abdominal o disnea.
- **Caso probable:** cualquier persona que haya fallecido por una causa desconocida mientras vivía o provenía de la zona sanitaria de Basankusu y sus alrededores.

Hasta el 19 de febrero de 2025, se ha notificado un total de 955 casos con 60 muertes (tasa de letalidad de 6,3%) en las dos zonas sanitarias de la provincia de Équateur. La zona sanitaria de Bolomba registró 12 casos con 8 muertes (tasa de letalidad de 66,7%), mientras que la zona sanitaria de Basankusu registró 943 casos con 52 muertes (tasa de letalidad de 5,5%). Las circunstancias exactas de exposición aún no se han establecido en ambos brotes. Además, no se han establecido vínculos epidemiológicos entre los casos en las dos zonas sanitarias afectadas. Se están realizando investigaciones clínicas, epidemiológicas y de laboratorio detalladas para determinar la causa de la enfermedad y las muertes en las dos zonas sanitarias.

## Acciones en materia de salud pública

- La respuesta al brote se está coordinando a nivel provincial bajo el liderazgo de las autoridades locales. Se están celebrando a diario reuniones de coordinación en las que participan todas las partes clave interesadas, incluidas las autoridades sanitarias locales, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los asociados en materia de salud, para gestionar las iniciativas de respuesta.
- La OMS está prestando apoyo técnico y operativo a las autoridades provinciales para responder al brote. El 21 de febrero de 2025, la OMS desplegó un equipo de expertos del nivel nacional para apoyar las actividades de respuesta sobre el terreno, en particular las investigaciones clínicas y epidemiológicas detalladas, así como la gestión de casos y las iniciativas de participación comunitaria. Un equipo de respuesta rápida del nivel provincial, que se desplegó en la zona sanitaria de Basankusu, sigue apoyando las actividades de respuesta sobre el terreno, incluida la provisión de suministros esenciales.
- Con el apoyo de la OMS y los asociados en materia de salud, se están enviando a las zonas sanitarias afectadas suministros y productos médicos esenciales para la gestión de casos, las pruebas de laboratorio y la prevención y el control de infecciones.
- Se están llevando a cabo investigaciones y búsquedas activas de casos en las zonas afectadas, incluidas las comunidades, las iglesias y los centros de salud. Se están haciendo listados de casos y los equipos de salud, con el apoyo de la OMS, están realizando investigaciones sobre el terreno. Los trabajadores de salud comunitarios en las áreas afectadas han recibido capacitación en la búsqueda activa de casos utilizando una definición de caso comunitario simplificada y sensible. La definición de caso comunitario utilizada por los trabajadores de salud o cualquier otra persona de la comunidad para informar una alerta incluye a cualquier persona que viva o provenga de la Zona de Salud de Basankusu y sus alrededores que presente fiebre y debilidad generalizada o cualquier persona que haya muerto por una causa desconocida.
- El equipo de investigación recogió y envió 18 muestras de las dos zonas sanitarias afectadas para su análisis, todas las cuales dieron negativo para los virus del Ébola y de Marburg en el Instituto Nacional de Investigación Biomédica (INRB) de Kinshasa mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Además, se han analizado 571 muestras del conglomerado de Basankusu para detectar malaria utilizando pruebas de diagnóstico rápido, de las cuales 309 (54,1%) dieron positivo. La microscopía confirmó malaria en 67 de las 86 muestras analizadas. Se están recogiendo más muestras y se están enviando al INRB para realizar investigaciones de laboratorio adicionales, incluida la secuenciación metagenómica. También se han recogido muestras de agua para su análisis.
- El tratamiento clínico de los casos continúa en el Hospital General de Referencia de Basankusu y en los centros de salud de Ekoto, Bafumba y Lisafa, donde se está tratando la mayoría de los casos de malaria. Se está tratando, registrando y haciendo un seguimiento de los casos ambulatorios.
- En la zona sanitaria de Bolomba, las iniciativas de comunicación de riesgos y participación comunitaria incluyeron múltiples reuniones de sensibilización con líderes y residentes de las aldeas afectadas y vecinas, así como sesiones de capacitación para trabajadores de salud comunitarios sobre la búsqueda activa de casos y la notificación de la vigilancia. En la zona sanitaria de Basankusu, las actividades de sensibilización incluyeron reuniones informativas comunitarias, promoción con líderes religiosos, emisiones de radio locales sobre medidas preventivas y debates específicos en las aldeas para promover la detección temprana y el comportamiento de búsqueda de atención médica.

## **Interpretación de la situación**

El brote de síndrome febril agudo en la provincia de Équateur representa una amenaza importante para la salud pública, con casi 1.000 casos notificados, una causa desconocida y una alta tasa de letalidad, en particular entre los niños menores de cinco años. Las zonas sanitarias afectadas de Basankusu y Bolomba son remotas y tienen un acceso limitado a la atención sanitaria, lo que puede haber retrasado el diagnóstico, el tratamiento y las iniciativas de respuesta. La falta de vínculos epidemiológicos claros entre los casos en las dos zonas sanitarias, que están a 100 kilómetros de distancia, sugiere la posibilidad de eventos sanitarios separados. Dada la alta prevalencia de malaria en la región, los resultados positivos de las pruebas de diagnóstico rápido pueden indicar una coinfección, lo que requiere una investigación más profunda. Se necesitan medidas inmediatas para fortalecer la gestión clínica, ampliar los diagnósticos de laboratorio, mejorar la vigilancia de la enfermedad y mejorar la comunicación de riesgos y la participación de la comunidad para promover la detección temprana y el comportamiento de búsqueda de atención. Las evaluaciones ambientales en curso, incluidos los análisis de agua, son fundamentales para identificar posibles fuentes de transmisión. Las autoridades sanitarias, en colaboración con la OMS y sus asociados, deben intensificar urgentemente las iniciativas de respuesta y desplegar recursos adicionales para contener el brote y prevenir más muertes.

Decenas de personas han muerto y más de 800 están siendo tratadas por una infección transmitida por el agua, con síntomas de diarrea aguda, deshidratación y vómitos, en el Centro de Tratamiento del Cólera del Ministerio de Salud del Hospital Docente de Kosti, que Médicos Sin Fronteras (MSF) apoya en el estado sudanés de An Nil al-Abyad.



Pacientes esperando ser atendidos en un Centro del Tratamiento del Cólera.

MSF apoya la respuesta al cólera en los hospitales de Kosti y Rabak desde octubre del año pasado. El número de casos había disminuido en las últimas fechas y algunos días había menos de 20 pacientes. Sin embargo, la situación cambió repentinamente el 20 de febrero, cuando llegaron los primeros 100 pacientes al Centro de Tratamiento del Cólera. El 21 de febrero había más de 800 pacientes ingresados. Al menos una veintena de personas fallecieron en el centro y una falleció a su llegada. Hasta ahora se ha dado el alta a 48. Las cifras siguen aumentando y llevar un recuento detallado se ha vuelto difícil para el equipo implicado en la respuesta.

La afluencia de pacientes desbordó el Centro de Tratamiento del Cólera que MSF construyó en el hospital de Kosti, lo que obligó a utilizar las salas de urgencias pediátricas y de adultos del centro para disponer de espacio adicional para el tratamiento. El equipo de MSF está colaborando con el personal del Ministerio de Salud del hospital y con personal médico adicional del hospital de Rabak para gestionar el enorme número de pacientes.

“La situación es alarmante y está a punto de descontrolarse. El Centro de Tratamiento del Cólera sigue recibiendo pacientes en estado crítico. Nos hemos quedado sin espacio y ahora ingresamos a los pacientes en una zona abierta y los tratamos en el suelo porque no hay suficientes camas”, explicó el Dr. Francis Layoo Ocan, referente médico de MSF en Kosti.

“Estamos movilizandour recursos y hemos podido manejanos hasta ahora, pero nos preocupa que, si la situación sigue así los próximos días, nos quedemos sin material médico fungible para tratar la deshidratación aguda y mantener con vida a los pacientes. Por no hablar de que los equipos médicos se verían completamente desbordados”, afirmó Layoo Ocan.

“Necesitamos urgentemente que otras organizaciones ayuden a responder a esta emergencia con personal y suministros para tratar a los pacientes. La gente necesita agua y es vital que empiecen las actividades de promoción de la salud para atajar esta crisis en su origen”, añadió.

MSF apoya al Ministerio de Salud del estado de An Nil al-Abyad en el tratamiento de los pacientes mientras evalúa las causas de este repunte e identifica formas de reducir y detener la propagación de la enfermedad. La fuente más probable de infección es el río, donde muchas familias han estado recogiendo agua con carros tirados por burros tras un importante corte de electricidad en la zona.

Las autoridades sanitarias locales han prohibido tomar agua del río en carros tirados por burros y han pedido que se refuerce la cloración en el sistema de distribución de agua. El mercado y la mayoría de los restaurantes están cerrados.

El cáncer de mama sigue siendo uno de los tumores más frecuentes en el mundo y una de las principales causas de mortalidad oncológica en mujeres. Sin embargo, los avances en detección temprana, tratamientos innovadores y estrategias de salud pública están marcando una diferencia en la lucha contra esta enfermedad. La [Iniciativa Global del Cáncer de Mama \(GBCI\)](#) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece un ambicioso objetivo: reducir la mortalidad en 2,5% cada año hasta 2040, lo que podría salvar millones de vidas.



A nivel mundial, los esfuerzos se están centrando en mejorar el acceso al diagnóstico precoz, garantizar [tratamientos](#) efectivos y fortalecer los sistemas de salud para cerrar la brecha entre países con diferentes niveles de recursos. No obstante, un reciente [estudio](#) analizó los patrones y tendencias mundiales actuales (2022) y futuras (2050) en la incidencia y mortalidad de esta enfermedad y los hallazgos no son positivos.

Cada minuto, cuatro mujeres son diagnosticadas con cáncer de mama en todo el mundo y una mujer muere a causa de la enfermedad, y estas cifras siguen en aumento.

Todos los actores involucrados, especialmente los gobiernos, pueden mitigar o incluso revertir esta tendencia adoptando políticas de prevención primaria, como las estrategias recomendadas por la OMS para la prevención de enfermedades no transmisibles, e invirtiendo en la detección temprana y el tratamiento. Con el apoyo de la Iniciativa Global contra el Cáncer de Mama de la OMS, estas acciones podrían salvar millones de vidas en las próximas décadas.

La actualización de las estimaciones actuales y proyectadas sobre la carga del cáncer de mama es clave para evaluar el impacto de las estrategias de control en curso, como la Iniciativa Mundial contra el Cáncer de Mama de la OMS. Este trabajo analizó la carga global del cáncer de mama diferenciando por grupos de edad en 185 países, a partir de la base de datos [GLOBOCAN](#). Además, examinó las tendencias de incidencia y mortalidad en los últimos diez años en 50 y 46 países, respectivamente, utilizando las bases de datos de incidencia del cáncer en los cinco continentes y de mortalidad de la OMS.

## Cáncer de mama en el mundo

De acuerdo con este análisis, en 2022 se registraron 2,3 millones de nuevos casos de cáncer de mama en mujeres y 670.000 muertes a nivel mundial. Esto indica que las tasas anuales de incidencia aumentaron entre 1% y 5% en la mitad de los países analizados. Sin embargo, la mortalidad mostró una tendencia a la baja en 29 naciones con un índice de desarrollo humano muy alto. Siete de estos países, entre ellos Bélgica y Dinamarca, lograron cumplir el objetivo de la Iniciativa Mundial contra el Cáncer de Mama, reduciendo la mortalidad en al menos 2,5% cada año.

Los datos del estudio muestran que para el año 2050 los nuevos casos de cáncer de mama aumentarán 38% y las muertes 68%, con un impacto desproporcionado en los países con un índice de desarrollo humano bajo. Para reducir estas desigualdades y monitorear los avances en el control del cáncer, es crucial disponer de datos de alta calidad sobre la enfermedad y el estado vital de los pacientes, así como seguir mejorando el diagnóstico temprano y el acceso a tratamientos en países con un índice de desarrollo humano bajo y medio.



El documento muestra que, por ejemplo, las tasas de incidencia de cáncer de mama fueron más altas en Australia y Nueva Zelanda (alrededor de 100 nuevos casos cada 100.000 mujeres), seguidas de América del Norte y el norte de Europa, mientras que las más bajas se registraron en el sur de Asia (alrededor de 27 nuevos diagnósticos cada 100.000 mujeres), África Central y África Oriental. Este patrón está relacionado con una mayor exposición a factores de riesgo, como un mayor consumo de alcohol o menores niveles de actividad física.

En contraste, las tasas de mortalidad por cáncer de mama fueron más elevadas en Melanesia, una región perteneciente a Oceanía, (27 muertes cada 100.000 mujeres), Polinesia y África Occidental, mientras que las más bajas se observaron en Asia Oriental (7 muertes cada 100.000 mujeres), América Central y América del Norte.

## **Inequidades globales**

Según este trabajo, evaluar las tasas de mortalidad por cáncer de mama junto con las tasas de incidencia permite medir indirectamente la letalidad de la enfermedad en diferentes países. El informe reveló que, en naciones con un índice de desarrollo humano muy alto, cada 100 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, 17 mueren a causa de la enfermedad. En cambio, en los países con un índice de desarrollo humano bajo, más de la mitad de las pacientes (56 de cada 100) fallecen, una disparidad que probablemente refleja inequidades en la detección temprana, el diagnóstico oportuno y el acceso a tratamientos integrales.

El informe también reflejó que, de acuerdo con las tasas de 2022, a nivel mundial, una de cada 20 mujeres será diagnosticada con cáncer de mama a lo largo de su vida, y una de cada 70 morirá por esta causa. Sin embargo, existen grandes diferencias entre regiones y países.

Por ejemplo, el riesgo de ser diagnosticada con cáncer de mama durante la vida es más alto en Francia (una cada nueve) y en América del Norte (una cada 10), mientras que el riesgo de morir por la enfermedad es mayor en Fiyi (una cada 24) y en África (una cada 47). En contraste, el riesgo de fallecer por cáncer de mama es menor en Francia (una cada 59) y en América del Norte (una cada 77).

A nivel mundial, la mayoría de los casos y muertes por cáncer de mama ocurren en personas de 50 años o más, representando 71% de los nuevos diagnósticos y 79% de los fallecimientos. No obstante, en África, casi la mitad de los casos (47%) se detectan en personas menores de 50 años, una proporción significativamente mayor que en América del Norte (18%), Europa (19%) y Oceanía (22%).

Si bien el porcentaje de muertes por cáncer de mama en menores de 50 años es menor que el de incidencia, varía considerablemente según la región, desde un 8% en Europa hasta un 41% en África.

# Curso virtual

100% online

Otorga créditos SADI  
Inicio: marzo

sadi Sociedad Argentina de Infectología



Curso virtual

## Presente y futuro de las infecciones en trasplante de órgano sólido Una mirada latinoamericana



**Directoras:**  
Dra. Elena Temporiti y Dra. Laura Barcán  
**Coordinadora:**  
Dra. Melisa Martínez Ríos

### Otorga 53 horas cátedra y créditos para el programa de recertificación de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI).

**Destinado a:** Infectólogos/as especialistas en trasplante; Infectólogos/as generales y en formación interesados en profundizar estos temas. Trasplantólogos/as; Internistas que asisten a estos pacientes.

#### Módulo 1 | Generalidades que aplican a todos los TOS

- ✓ Línea de tiempo de las infecciones: ¿todo sigue igual? *Dra. Laura Barcán, Argentina.*
- ✓ Inmunosupresión: nuevas drogas, nuevos riesgos de toxicidad. *Dra. Natalia Pujato, Argentina.*
- ✓ Infecciones derivadas del donante. *Dra. Patricia Giorgio, Argentina.*

#### Módulo 2 | Infecciones específicas en TOS (I)

- ✓ Organismos multirresistentes: un enemigo muy actual. *Dra. Jimena Prieto, Uruguay.*
- ✓ Enfermedad de Chagas. *Dra. Laura Barcán, Argentina.*
- ✓ Micobacterias y TOS. *Dr. Jackes Simkins, Estados Unidos / Venezuela.*

- Clase en vivo integradora al finalizar el Módulo

#### Módulo 3 | Infecciones específicas en TOS (II)

- ✓ CMV: ¿hemos avanzado en algo? *Dra. Elena Temporiti, Argentina.*
- ✓ Infecciones Fúngicas Invasivas y TOS: Anfotericinas, Azólicos, Equinocandinas: estrategias de tratamiento. ¿Algo nuevo? *Dr. Daniel Zapata, México.*
- ✓ ITU en Trasplante renal: una puesta al día. *Dra. Melisa Martínez, Argentina.*

#### Módulo 4 | Prevención de enfermedades y multirresistencia en TOS

- ✓ Arbovirosis: una epidemia que golpea a América latina. *Dra. Ligia Pierotti, Brasil.*
- ✓ Vacunas y TOS: ¿cuál es el calendario? *Dra. Astrid Smud, Argentina.*
- ✓ Stewardship en TOS. Tratamientos orales en infecciones severas y Tratamientos acortados: ¿es eso posible? *Dra. Laila Woc Colburn, Atlanta / Guatemala.*

- Clase en vivo integradora al finalizar el Módulo

Completando el curso obtendrás un certificado con **créditos SADI**

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 [reporteepidemiologicocoba@gmail.com](mailto:reporteepidemiologicocoba@gmail.com) aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.