

ARGENTINA

- Situación epidemiológica de la psitacosis

AMÉRICA

- La OPS evaluó como de “alto riesgo” para la salud pública la situación del sarampión en la Región
- Brasil: São Paulo registra 20 muertes por fiebre amarilla desde diciembre
- Costa Rica: Toman acciones ante reporte de casos de histoplasmosis en ciudadanos estadounidenses

- Estados Unidos: Vinculan las picaduras de dos tipos de garrapatas con el síndrome alfa-gal

- México: La tuberculosis, un problema creciente

- Uruguay: Primer caso autóctono de dengue de 2025

EL MUNDO

- Camboya: Tercera muerte humana en el año causada por la influenza aviar A(H5N1)

- Namibia: El número de casos de malaria ya superó los 20.000 en 2025

- Rusia: Brote de meningitis meningocócica entre trabajadores migrantes en el óblast de Vologda

- Somalia: Brote de leishmaniosis visceral en la región de Sanaag

- Sudán del Sur: Situación epidemiológica del cólera

- Tanzania: Situación epidemiológica de la mpox

OPINIÓN

- Palestina: La guerra de Israel contra Gaza se dirige deliberadamente contra los niños

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

Patrocinadores



Adherentes



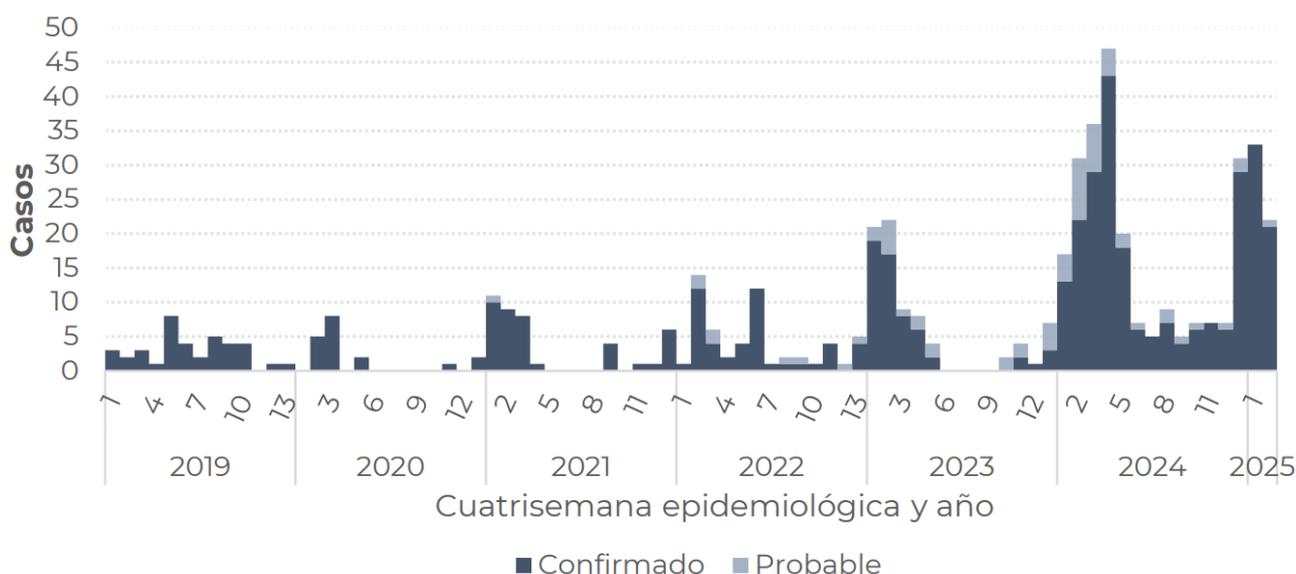
Distinguido por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

© 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.

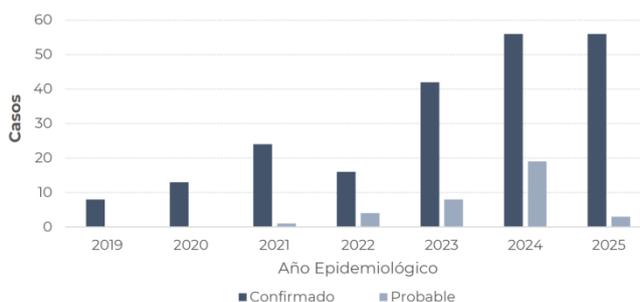
Durante las primeras 11 SE del año 2025, se realizaron 255 notificaciones al SNVS^{2,0}, de las cuales 56 casos fueron confirmados y tres son considerados probables.

Considerando el período comprendido entre la SE 1 de 2019 y la SE 11 de 2025, se observan aumentos en las primeras SE de cada año, los cuales corresponden a los meses más calurosos. El mayor pico se registró en la cuatrisesmana 4 de 2024 (SE 13 a SE 16), con 43 casos confirmados y cuatro probables. En 2025 se observó un pico en la cuatrisesmana 1 (SE 1 a SE 4), con 33 casos confirmados.



Casos confirmados y probables de psitacosis. Argentina. De cuatrisesmana epidemiológica 1 de 2019 a 2 de 2025. Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis, Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Ministerio de Salud de Argentina. (N=514).

Al comparar los casos entre la SE 1 y la SE 11 de cada año, se observa que las mayores cifras absolutas corresponden a los años 2024 y 2025, con 56 confirmados en cada uno de los períodos considerados.



Casos confirmados y probables de psitacosis. Argentina. Años 2019/2025, hasta semana epidemiológica 11. Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis, Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Ministerio de Salud de Argentina. (N=250).

Distribución espacial

Los casos registrados en 2025, hasta la SE 11, se registraron en las regiones Centro (Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos y Santa Fe),

Cuyo (Mendoza y San Juan), Sur (La Pampa y Río Negro) y Noroeste Argentino (Salta y Santiago del Estero).

Provincia/Región	2024		2025	
	Casos	Incidencia	Casos	Incidencia
Buenos Aires	24	0,13	10	0,05
Córdoba	2	0,05	13	0,33
Entre Ríos	22	1,53	20	1,38
Santa Fe	14	0,38	6	0,16
Centro	62	0,20	49	0,16
Mendoza	—	—	3	0,14
San Juan	5	0,61	2	0,24
San Luis	3	0,56	—	—
Cuyo	8	0,23	5	0,15
Catamarca	1	0,23	—	—
Salta	—	—	1	0,07
Santiago del Estero	2	0,20	1	0,10
Noroeste Argentino	3	0,05	2	0,03
La Pampa	1	0,27	2	0,54
Río Negro	1	0,13	1	0,13
Sur	2	0,06	3	0,10
Total Argentina	75	0,16	59	0,12

Casos e incidencia cada 100.000 habitantes, según jurisdicción. Argentina. Años 2024 y 2025, hasta semana epidemiológica 11. Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis, Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Ministerio de Salud de Argentina. (N=134).

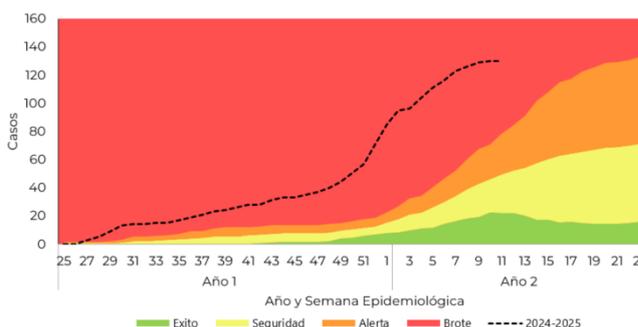
Distribución por edad y sexo

Durante 2025, se notificaron casos entre los 5 y los 74 años, con una mediana de 41 años. El 56% (33 casos) correspondieron al sexo masculino.

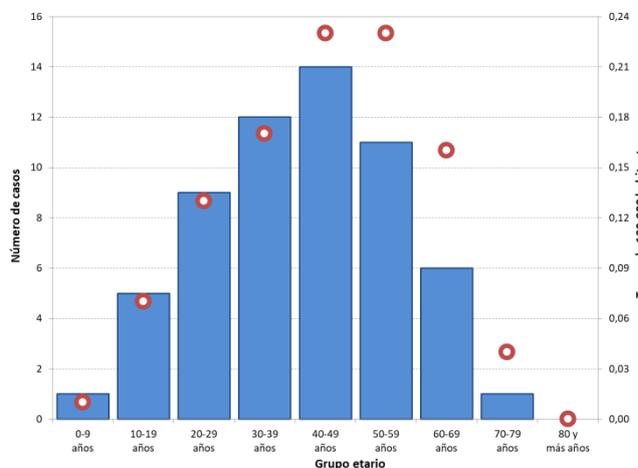
Antecedentes epidemiológicos

De los 59 casos de 2025, 43 (73%) presentaron información sobre uno o más antecedentes epidemiológicos; los más comunes fueron contacto con aves y/o sus deyecciones (69%), presencia de aves en jaula y/o gallinero (12%) o exposición a fuente ambiental (excreciones, polvo contaminado, otros) (10%).

Adicionalmente, se registró un caso confirmado de psitacosis, notificado en la provincia de Santa Fe, en una paciente de 49 años, de nacionalidad norteamericana, que inició síntomas en febrero de 2025. Como antecedente epidemiológico, se registró un viaje de ida y vuelta de Buenos Aires a Colonia (Uruguay), luego de Buenos Aires a Ushuaia y posteriormente en un crucero internacional hacia la Antártida, donde pudo haber tenido



Corredor endémico acumulado semanal. Argentina. De semana epidemiológica 25 de 2024 a 11 de 2025, en base a datos de los años 2019 a 2024. Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis, Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Ministerio de Salud de Argentina. (N=496).



Casos y tasa de incidencia cada 100.000 habitantes, según grupos etarios. Argentina. Año 2025, hasta semana epidemiológica 11. Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis, Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Ministerio de Salud de Argentina. (N=59).

exposición a colonias de pingüinos, con especí-

menes fallecidos. Debido a que en el crucero viajaban 348 personas de diferentes nacionalidades, a través del Centro Nacional de Enlace (CNE) se notificó esta situación a 11 países, para que pudieran realizar el seguimiento e implementar las medidas correspondientes.

Gravedad y mortalidad

Se contó con información sobre internación en 56 de los casos de 2025 (95%). Entre éstos, 10 casos (18%) requirieron internación en unidades de terapia intensiva, 28 casos (50%) internación en sala común y 18 casos (32%) no requirieron internación.

En 2025, hasta la SE 11, se registró un caso fallecido en la provincia de Mendoza, correspondiente a una mujer de 38 años de edad, la cual contó con exposición a fuentes ambientales (excreciones, polvo contaminado, otros) como antecedente epidemiológico. El caso registró internación en unidad de terapia intensiva.

La psitacosis es una zoonosis de notificación obligatoria causada por la bacteria *Chlamydophila psittaci*. La transmisión al hombre se produce principalmente por inhalación del agente, que es excretado por las aves en las heces, en gotitas del tracto respiratorio y/o por el contacto de plumas contaminadas. El periodo de incubación de la enfermedad es de 5 a 14 días. La neumonía adquirida en la comunidad es la presentación más importante de psitacosis humana; no obstante, dado que el diagnóstico suele realizarse solo en casos graves, es probable que la enfermedad esté subdiagnosticada. Las aves aparentemente sanas, pueden ser portadoras y actúan como reservorios del agente causal en todo el mundo. Las aves psitácidas (loros, cotorras y guacamayos) son las que se han asociado más frecuentemente con la transmisión de *C. psittaci* a humanos, pero también se ha evidenciado la transmisión zoonótica a partir de palomas, pavos, pollos y patos.



LA OPS EVALUÓ COMO DE "ALTO RIESGO" PARA LA SALUD PÚBLICA LA SITUACIÓN DEL SARAMPIÓN EN LA REGIÓN

24/03/2025

La Organización Panamericana de la Salud realizó una [evaluación rápida de riesgos](#) que tiene como objetivo evaluar el riesgo actual para la salud pública en la Región de las Américas, asociado con el aumento de brotes y casos de sarampión durante el año 2025 en algunos países de la Región.

Esta evaluación rápida de riesgos se realizó considerando los siguientes criterios:

- el riesgo potencial para la salud humana, que incluye el comportamiento clínico-epidemiológico de la enfermedad, el riesgo de exposición, los indicadores de magnitud y gravedad, basados en la tendencia creciente de confirmación de casos durante 2024 y 2025;
- el riesgo de diseminación, en particular la posible propagación a países con bajas coberturas de vacunación, y
- el riesgo para la salud pública en relación con las capacidades de detección temprana, prevención y control en los países, especialmente aquellos con baja cobertura de vacunación contra el sarampión.

Tras la declaración de la eliminación del sarampión en la Región de las Américas en 2016, entre 2017 y 2019 se observó un aumento inusitado y constante de casos confirmados de esta enfermedad. En 2019 se registró la mayor tasa de incidencia regional, con 21,5 casos cada millón de habitantes. Este incremento en los casos notificados durante 2019 se debió principalmente a grandes brotes de sarampión en Venezuela y Brasil, que conllevaron al restablecimiento de la transmisión endémica de este virus y la pérdida de la eliminación. Entre 2018 y 2023, la Región de las Américas reportó un total de 49.187 casos confirmados de sarampión en 18 países como resultado de la importación de virus desde otras regiones del mundo y al reestablecimiento de la transmisión endémica del virus en Venezuela y Brasil. El último caso endémico de sarampión en la Región de las Américas fue reportado por Brasil en julio de 2022. En 2024, se registraron 465 casos confirmados de sarampión, los cuales fueron importados o relacionados con la importación. Ese mismo año, se logró la reverificación de la eliminación de la enfermedad endémica en la Región de las Américas.

En 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 11, se confirmaron 507 casos en la Región, lo que muestra un aumento de 5,5 veces en comparación con los 91 casos notificados en el mismo periodo de 2024. Los casos registrados durante 2025, hasta el 14 de marzo han sido reportados por cuatro países: Estados Unidos (301 casos, incluyendo dos defunciones), Canadá (173 casos), México (22 casos) y Argentina (11 casos).

El riesgo para la salud pública en la Región de las Américas, en relación con el sarampión, se considera “Alto” debido a los siguientes factores:

- La persistencia de la circulación del virus a partir de casos importados, evidenciada en un número limitado de brotes, pero con largas cadenas de transmisión debido al incremento del número de casos secundarios y la aparición de casos asociados a brotes preexistentes en nuevas áreas geográficas en los cuatro países que registran brotes activos durante 2025.
- La falta de mantenimiento de un nivel óptimo de coberturas de vacunación (mayor a 95%) en la mayoría de los países y territorios de la Región. De acuerdo con la cobertura de vacunación con primera dosis (SRP1) y segunda dosis (SRP2) con triple viral, reportada por 42 países y territorios de las Américas en 2023, solo 28,6% alcanzó una cobertura superior a 95% para SRP1 y solo 16,7% alcanzó más de 95% de cobertura para SRP2. La cobertura regional fue de 87% para SRP1 y de 76% para SRP2. Las coberturas de 2024 están en proceso de consolidación por los países de la región.
- El aumento de la población susceptible debido a la persistencia de bajas coberturas de vacunación relacionadas con factores como la pandemia de covid, el aumento de la reticencia a las vacunas en algunas comunidades y sectores de la población y la limitación de acceso a los servicios de salud por parte de poblaciones especialmente vulnerables (migrantes, desplazados, indígenas, etc.).

El riesgo general de este evento en la Región de las Américas, especialmente en los países con coberturas bajas de vacunación, se clasifica como "Alto" con un nivel de confianza "Alto" basado en la información disponible.

La evaluación rápida del riesgo se revisará en caso de que se disponga de más información epidemiológica, clínica o virológica.

Entre diciembre de 2024 y febrero de este año, el estado de São Paulo registró 20 muertes por fiebre amarilla. La mayoría de las muertes por la enfermedad, 11, ocurrieron en febrero.

Durante este periodo se confirmaron 32 casos de la enfermedad en todo el estado, una cifra muy superior a la registrada a lo largo del año pasado, cuando hubo dos confirmaciones y una defunción. Se trata de la mayor cantidad de casos registrados en el estado desde 2018, cuando se confirmaron 502 casos autóctonos, con 175 defunciones.

Los casos de la enfermedad este año ocurrieron en ciudades que componen las regiones de Bauru, Campinas, Piracicaba y São José dos Campos. En dos casos aún se investiga el lugar donde se contrajo la enfermedad. También hay dos casos importados, de personas que contrajeron el virus mientras viajaban por Minas Gerais.

Ocho de cada diez personas infectadas por el virus (81% del total) no habían sido vacunadas contra la enfermedad. Dos casos todavía están bajo investigación.

Monos

Desde diciembre, se confirmaron 47 monos con fiebre amarilla en el estado, 25 de ellos identificados en la región de Ribeirão Preto y 18 en la región de Campinas. También hubo casos confirmados en las regiones de Barretos y del área metropolitana de São Paulo.

Los monos no transmiten la fiebre amarilla, pero son indicadores importantes de la circulación del virus en la región.

La enfermedad

La fiebre amarilla es una enfermedad infecciosa febril aguda causada por un virus que se transmite por la picadura de un mosquito salvaje que vive en zonas boscosas, y no existe transmisión directa de persona a persona.

Un indicador de la presencia de mosquitos transmisores en una zona determinada es la muerte de monos, que también sufren altas tasas de mortalidad cuando se infectan. Por lo tanto, los avistamientos de monos muertos deben notificarse a los equipos de salud municipales.

Los síntomas iniciales de la fiebre amarilla son fiebre, escalofríos, dolor de cabeza intenso, dolor de espalda, dolores corporales, náuseas y vómitos, fatiga y debilidad.

La enfermedad se puede prevenir a través de una vacuna, que está disponible de forma gratuita a través del Sistema Único de Salud (SUS).

Desde abril de 2017, Brasil adoptó un esquema de vacunación de una sola dosis a lo largo de toda la vida, una medida que está en línea con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. La vacuna es la mejor forma de prevenir la enfermedad y está disponible en todos los centros de salud del estado de São Paulo.



El Ministerio de Salud de Costa Rica tomó conocimiento de una alerta de la embajada de Estados Unidos en San José, en la que informa de la notificación de 12 casos de histoplasmosis en ciudadanos norteamericanos que visitaron en diciembre de 2024 las Cavernas del Venado, ubicadas en la zona de San Carlos.

Ante este reporte la institución procedió con una serie de acciones para atender la situación. Entre ellas, solicitó a la Dirección Regional en San Carlos que realizara una investigación, emitiera recomendaciones y presentara un informe sobre lo sucedido. Durante la inspección, los funcionarios del Ministerio de Salud giraron indicaciones a los dueños de la finca donde se encuentran las Cavernas del Venado, incluyendo la solicitud de un consentimiento informado sobre los riesgos asociados con la visita a estas zonas.



El informe preliminar y final se presentó a los encargados de vigilancia de todas las regiones para avanzar en el tema y se recomendó visitar las cavernas existentes en otras regiones.

También se hizo una revisión de datos en el hospital de San Carlos y el Hospital Nacional, sin detectarse ningún reporte de brotes de histoplasmosis en el país.

Todas estas acciones fueron notificadas a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) en Guatemala. Desde el Ministerio de Salud, se respondió indicando las recomendaciones dadas y aplicadas en los sitios y en otras áreas similares del país.

El ministerio de Salud recordó a las personas que visiten este tipo de lugares, que deben utilizar una mascarilla N95 o kN95, completamente nueva y en buen estado, advirtiendo que en estas cavernas hay tramos del trayecto donde la mascarilla puede mojarse, por lo que es necesario siempre contar con un repuesto.

Este tipo de riesgo es similar en todas las cavernas del mundo, pues la histoplasmosis es una enfermedad causada por el hongo *Histoplasma capsulatum*, que se encuentra en zonas de América del Norte, América Central y América del Sur. Esta enfermedad se contrae al respirar las esporas del hongo que suele encontrarse en los excrementos de los pájaros y de los murciélagos.

La histoplasmosis es una infección micótica endémica y sistémica producida por el hongo dimórfico térmico *Histoplasma capsulatum* variedad *capsulatum*, frecuente en las Américas. La infección resulta por exposición pasiva al hongo, el cual se encuentra presente en suelos enriquecidos con excretas de aves y guano de murciélagos. Tal exposición ocurre como resultado de los aerosoles producidos durante actividades ocupacionales o recreacionales tales como limpieza de corrales de aves y de áticos, restauración de edificios antiguos, remoción de tierra, tala de árboles y visita a cuevas habitadas por murciélagos.

La histoplasmosis compromete más a hombres que a mujeres, con una relación de 6:1. Suele presentarse en todas las edades, pero es más severa en niños, personas mayores y en aquellos con algún tipo de inmunodeficiencia, especialmente en personas infectadas por el VIH, las cuales son más jóvenes. El sida ha tenido un impacto importante en la epidemiología de la histoplasmosis, anotándose una incidencia global de coinfección de 0,9%, si bien en áreas endémicas puede llegar hasta 27%. Adicionalmente, en 29% de los casos, la histoplasmosis se considera una enfermedad definitiva de sida. A pesar de la importancia de la terapia

antirretroviral altamente efectiva, que reduce significativamente la frecuencia de esta micosis, esta continúa presentándose como una infección oportunista grave, frecuente en pacientes que desconocen estar infectados por el VIH y quienes, por consiguiente, están sin terapia antirretroviral altamente efectiva.

Las formas clínicas más frecuentes de histoplasmosis son las siguientes:

- **Histoplasmosis pulmonar aguda:** El resultado usual de la exposición a *H. capsulatum* por un hospedero sano resulta en una infección autolimitada usualmente asintomática o con síntomas leves, de tipo gripal. Por el contrario, si el inóculo contenía un número elevado de conidias –las esporas asexuales que forma el hongo y que sirven para dispersarlo hacia nuevos hábitats–, la exposición resultará en enfermedad respiratoria aguda, aun en una persona inmunocompetente. Esta forma está caracterizada por tos seca, fiebre, escalofríos, dolor torácico y fatiga, desarrollo de eritema nodoso y artralgias. Estos casos requieren tratamiento pues, usualmente, no se autolimita y puede conducir a falla respiratoria aguda. Su diagnóstico se establece primordialmente por hallazgos clínicos y epidemiológicos, ya que los exámenes de laboratorio suelen ser negativos en etapas tempranas de la primoinfección.
- **Histoplasmosis pulmonar crónica:** Se trata de un proceso crónico que se presenta regularmente en pacientes con enfermedad pulmonar de base y que se manifiesta por fatiga, fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso, empeoramiento de los síntomas respiratorios previos, con disnea, tos con producción de esputo y, algunas veces, hemoptisis. Radiológicamente, se caracteriza por la formación de cavernas y fibrosis progresiva asentadas en lóbulos superiores, cuadro que semeja tuberculosis, enfermedad con la que se la confunde de forma regular. Las pruebas de laboratorio son casi siempre positivas, y por lo tanto, resultan efectivas en el establecimiento del diagnóstico.
- **Histoplasmosis diseminada progresiva:** La enfermedad puede desarrollarse por reactivación de una antigua infección que dejó focos donde el hongo se encontraba latente pero viable, o bien, representar la diseminación de una nueva infección ocurrida en pacientes con alteración del sistema inmune, como lo son personas en los extremos de la vida, aquellos infectados con el VIH que tienen menos de 150 CD4 células/ μ L, los sometidos a terapia con corticosteroides o también con antagonistas del factor de necrosis tumoral α .

El curso clínico de esta forma de histoplasmosis puede ser agudo con falla multiorgánica y coagulopatía de consumo que lleven a la muerte. Una forma subaguda, frecuente en los pacientes infectados por el VIH, se presenta con sudoración, pérdida de peso, fiebre, síntomas respiratorios, hepatoesplenomegalia, crecimiento ganglionar y lesiones de piel y mucosas. Existe también una forma crónica, frecuente en personas de mayor edad, que se manifiesta por fatiga, fiebre, sudoración, lesiones en la mucosa oral y escasos síntomas respiratorios.

En los casos anteriores, la radiografía de tórax puede ser normal, mostrar escasos infiltrados intersticiales o bien, revelar compromiso extenso de tipo miliar.

Dos estudios sobre enfermedades infecciosas emergentes vinculan las picaduras de la garrapata patas negras (*Ixodes scapularis*) y de la garrapata patas negras occidental (*Ixodes pacificus*) con el síndrome alfa-gal, o alergia a la carne roja, potencialmente mortal.

El síndrome alfa-gal es una alergia mediada por inmunoglobulina E (IgE) a la galactosa- α -1,3-galactosa (alfa-gal), un disacárido presente en la mayoría de las carnes de mamíferos no primates. Puede causar síntomas gastrointestinales, malestar general y anafilaxia. En Estados Unidos, el síndrome alfa-gal suele asociarse con la picadura de la garrapata estrella solitaria (*Amblyomma americanum*).



Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos [estiman](#) que el síndrome alfa-gal afecta a hasta 450.000 estadounidenses.

Mujer de 45 años en Maine

El primer [estudio](#) investigó a una paciente en Maine que mostraba síntomas del síndrome alfa-gal 9 días después de la picadura de una garrapata patas negras en mayo de 2022. También recopiló datos de vigilancia de 57 casos confirmados o sospechosos del síndrome, incluido este caso.

El caso involucró a una mujer de 45 años que se extrajo una garrapata patas negras del bíceps izquierdo tras regresar de un paseo por un sendero boscoso en el condado de York. Tres días después, la zona de la picadura se inflamó, picó y presentó una circunferencia roja agrandada.

Nueve días después de la picadura, presentó síntomas gastrointestinales dos horas y media después de comer conejo asado y tomar una bebida alcohólica. Síntomas como dolor abdominal de aparición tardía y malestar general persistieron durante dos semanas después de comer carne roja, y buscó atención médica 20 días después de la picadura tras sufrir un episodio intenso de vómitos y diarrea tras comer carne de res.

Los análisis de sangre revelaron un nivel de IgE específica de alfa-gal en suero por encima del límite superior de detección, y el médico de la mujer recomendó evitar la carne de res, cordeiro y cerdo.

Fuera del rango de la garrapata estrella solitaria

En los dos meses posteriores a la picadura, la paciente encontró otra garrapata patas negras y una garrapata americana del perro (*Dermacentor variabilis*). Comer tocino a los tres meses y bistec a los siete meses después de los primeros síntomas le provocó acidez estomacal retar-

dada. Diez meses después de los síntomas iniciales, la paciente toleró una cena de bistec y un sándwich de rosbif, y volvió a consumir carne roja.

Después de aumentar la vigilancia del síndrome alfa-gal, el CDC de Maine recibió informes de laboratorio positivos de IgE específica de alfa-gal en 57 residentes de Maine en 12 condados desde noviembre de 2014 hasta octubre de 2023. La edad promedio de los pacientes fue de 57 años, 61% eran hombres y 74% vivía en zonas costeras.

El CDC de Maine confirmó el síndrome alfa-gal en 23 de los 57 pacientes tras entrevistar a profesionales de la salud o pacientes y revisar sus historiales médicos. La revisión de los historiales médicos de los 23 pacientes reveló evidencia de alergia a la carne o a productos que contienen alfa-gal.

De los 12 pacientes entrevistados, 11 informaron haber tenido al menos una picadura reciente de una garrapata estrella solitaria, de patas negras u otra.

Los datos indican que los profesionales de salud pública estadounidenses deben estar al tanto del síndrome alfa-gal fuera del área de distribución establecida para la garrapata estrella solitaria. Es necesario seguir explorando el papel de la garrapata *I. scapularis* en el síndrome alfa-gal y los factores que impulsan su aparición en pacientes que residen fuera del área de distribución establecida para la garrapata estrella solitaria.

Mujer de 61 años en Washington

Otra [investigación](#) detalló un caso de síndrome alfa-gal en una residente del estado de Washington picada por una garrapata patas negras occidental. La mujer de 61 años, bióloga de fauna silvestre, reportó urticaria difusa e hinchazón labial a una enfermera, quien le recomendó tomar ranitidina y difenhidramina, dos antihistamínicos. Sus síntomas remitieron en 24 horas.

Un mes después, la mujer llamó al 911 tras experimentar picazón en la ingle, urticaria en la espalda, inflamación repentina de la lengua y dificultad para hablar. Tras notar sibilancias, presión arterial baja y frecuencia cardíaca alta, los paramédicos le administraron epinefrina para la anafilaxia. Su estado mejoró ligeramente, pero en pocos minutos, los paramédicos documentaron un empeoramiento de la inflamación de la lengua, opresión en la garganta y visión de túnel.

La mujer recibió una segunda dosis de epinefrina y, tras el empeoramiento de sus síntomas en la ambulancia, también recibió el corticosteroide metilprednisolona y un nebulizador de epinefrina. Sus síntomas mejoraron en urgencias y le dieron el alta con prescripciones de prednisona, los antihistamínicos famotidina y difenhidramina, y un autoinyector de epinefrina.

Más tarde, la paciente recordó que había paseado a su perro por una zona boscosa el mes anterior y que sentía picazón en la espalda. Encontró una garrapata no hinchada incrustada en su hombro izquierdo, que probablemente llevaba allí unas 12 horas.

Tras retirar partes de la garrapata, la zona de la picadura se volvió dolorosa y enrojecida. Ese mismo día, acudió a urgencias, donde le extirparon las piezas bucales y le recetaron doxiciclina.

El vínculo entre el síndrome alfa-gal y las garrapatas *Ixodes*

La mujer acudió a un alergólogo, quien detectó niveles elevados de IgE alfa-gal, le diagnosticó el síndrome alfa-gal, le indicó que evitara la carne de mamíferos y le advirtió sobre el consu-

mo de leche y gelatina. Posteriormente, evitó la carne y la gelatina y no volvió a presentar episodios alérgicos. En seis meses, su nivel de IgE alfa-gal había disminuido notablemente.

La paciente reportó dos picaduras más de garrapatas *I. pacificus* en abril de 2020 y marzo de 2022, tras las cuales experimentó reacciones de picazón similares en la zona de la picadura, así como niveles elevados de IgE alfa-gal. Si la paciente no hubiera adoptado una dieta vegetariana, la experiencia clínica sugiere que el aumento en los niveles de IgE podría haber incrementado su probabilidad de presentar una reacción alérgica tras el consumo de carne roja.

Se necesitan más investigaciones para determinar una posible relación entre *I. pacificus* u otras garrapatas *Ixodes* spp. y el síndrome alfa-gal en Estados Unidos. Los profesionales de la salud pública en Estados Unidos deben continuar sus esfuerzos centrados en la prevención de las picaduras de garrapatas, la educación de los profesionales de la salud y la mejora de la vigilancia de estos arácnidos y las enfermedades transmitidas por ellos.

El director ejecutivo de la Coalición TB de las Américas y del Observatorio Social Regional de Tuberculosis, Alberto Colorado advirtió que la tuberculosis en México sigue "rampante y en aumento, causando nuevas infecciones, enfermedad, muerte y sufrimiento en todo el país", sobre todo a las personas y comunidades más vulnerables de la sociedad.



“Las personas más afectadas, son los indígenas, migrantes, privados de la libertad, personas con diabetes, VIH, en situación de calle, niños, mujeres, personas de la tercera edad, malnutridos y usuarios de alcohol, tabaco y drogas, entre otros”, dijo.

En el año 2023 en México, según la Organización Mundial de la Salud, se registraron 38.000 casos de tuberculosis de todas las formas, pulmonares y extrapulmonares.

Según la Secretaría de Salud federal, México diagnostica 28.936 casos de todas las formas de tuberculosis, y en las cifras reportadas por edad y sexo se aprecia que se diagnostican más casos en hombres que mujeres: 63% y 37%, respectivamente.

El 76% de los casos oscilan entre las edades de 20 y 64 años de edad; se registraron 2.400 casos en edades de 0 a 19 años en 2023, es decir, 9% de todos los casos.

Alberto Colorado señaló que todavía se pueden observar diagnósticos tardíos y con enfermedad avanzada, y que el uso de las técnicas moleculares para el diagnóstico sigue con rezago en el país. En México se reportaron 2.671 muertos por esta enfermedad.

Mientras que 11 estados del norte del país reportan la mortalidad arriba de la media nacional, los cinco estados del sur con mayor mortalidad son Tabasco, Veracruz, Chiapas, Quintana Roo y Oaxaca.

El panorama en Oaxaca, al igual que en todo el país, "también es de muchos retos para una respuesta integral y multisectorial", dijo.

Alberto Colorado explicó que hay brechas considerables entre los casos estimados y diagnosticados por la falta de laboratorios equipados, personal, presupuestos, insumos, tratamientos y una política de protección social para los afectados.

"Existen municipios prioritarios para la respuesta contra la tuberculosis que vale la pena poner atención como el Istmo, Valles Centrales, Tuxtepec y la Costa. Y es de gran importancia atender significativamente las comorbilidades con diabetes y VIH, el estudio de contactos y reducir la mortalidad", agregó.

“Según datos oficiales, en el primer trimestre de 2025, Oaxaca reportó 105 casos de tuberculosis, la mayoría de ellos en municipios de los Valles Centrales y la Cuenca del Papaloapan”, apuntó.

El Ministerio de Salud Pública de Uruguay confirmó un caso de dengue autóctono en Montevideo y lanzó un operativo de control en la zona afectada.

La ministra de Salud Pública, María Cristina Lustemberg Haro, afirmó que este es el primer caso autóctono del año. Informó que el paciente se encuentra bien y se recupera en su domicilio.

El 22 de marzo, un equipo del Ministerio de Salud Pública, junto con el Director Departamental de Salud de Montevideo y siete equipos técnicos, realizó un relevamiento en nueve manzanas del barrio de Reus.

No se identificaron personas con síntomas sospechosos.

Durante el evento, en colaboración con el departamento de salud de la Municipalidad de Montevideo, se proporcionó a los residentes información sobre los síntomas a los que debían prestar atención, se distribuyeron folletos informativos y se trabajó para eliminar las larvas y los criaderos de mosquitos. También se tomaron muestras para su análisis e identificación.

La vigilancia se intensificará, sobre todo de cara a la Semana Santa, pese a que este año no hay casos autóctonos previos, siendo las dos únicas ocurrencias detectadas en personas con antecedentes de viajes a Argentina y Brasil.

Las autoridades enfatizaron la importancia de la prevención, recomendando retirar recipientes con agua estancada, mantener tapados los tanques y depósitos, utilizar repelente de insectos y ropa de manga larga, y consultar al médico si presenta fiebre, dolor de cabeza o muscular.





CAMBOYA

TERCERA MUERTE HUMANA EN EL AÑO
CAUSADA POR LA INFLUENZA AVIAR A(H5N1)

23/03/2025

El Ministerio de Salud de Camboya informó el 23 de marzo el tercer caso humano de influenza aviar A(H5N1) de este año, un niño de 3 años y medio, que falleció a causa de la infección.

El caso vivía en la aldea de Prek Ta Am, comuna de Bos Leav, distrito de Chit Borei, provincia de Kratie, en el centro-este del país. Antes de morir, estuvo hospitalizado con síntomas graves, como fiebre, tos y dificultad para respirar.

El caso fue confirmado positivo para el virus de la influenza aviar A(H5N1) por el Instituto Nacional de Salud Pública el 22 de marzo.

Los investigadores descubrieron que la familia criaba pollos, y que cinco de ellos habían muerto y otros estaban enfermos. La familia había cocinado pollos muertos para comer.

Los equipos de respuesta a emergencias nacionales y subnacionales del Ministerio de Salud han estado trabajando en estrecha colaboración con los departamentos de agricultura provinciales y las autoridades locales para investigar activamente el brote de influenza aviar y responder a los métodos y protocolos técnicos, continuar buscando fuentes de transmisión tanto en animales como en humanos, y casos sospechosos y afectados para prevenir la transmisión a otras personas en la comunidad.

Los tres casos humanos de influenza aviar A(H5N1) registrados en Camboya este año fueron mortales. El caso más reciente fue el de un niño de 2 años de la provincia de Prey Veng, que había estado expuesto a las gallinas enfermas de su familia.

Desde 2003 hasta la fecha, se registraron 75 casos humanos de influenza aviar A(H5N1), incluidas 46 muertes en el país, según el ministerio.

Camboya experimentó un drástico aumento de casos humanos de influenza aviar A(H5N1) a fines de 2023. Algunos casos se han debido a un nuevo reordenamiento que combina genes de un clado más antiguo, el 2.3.2.1c, que circula en el sudeste asiático, con genes internos del clado más reciente, el 2.3.4.4b, que se ha extendido globalmente. Este clado más antiguo aún circula en aves de corral camboyanas, con infecciones esporádicas reportadas en personas.

El Ministerio de Salud y Servicios Sociales de Namibia informó que ha registrado un total de 20.135 casos de malaria en 2025, hasta el 9 de marzo.

Además, se han registrado 44 muertes por la enfermedad.

El Ministro de Salud y Servicios Sociales, Dr. Kalumbi Shangula, informó que “los distritos sanitarios más afectados son Katima Mulilo, Andara, Nkurenkuru, Outapi, Engela, Eenhana, Okongo y Nyangana”.

El 23 de diciembre de 2024, el Ministerio de Salud y Servicios Sociales emitió un Aviso Público informando a la nación sobre el creciente número de casos de malaria en la mayoría de las regiones endémicas de malaria de Namibia.

Shangula dijo que el Ministerio de Salud, en colaboración con diversas partes interesadas, ha participado activamente en actividades de respuesta destinadas a salvar vidas, educar al público y contener la propagación de la enfermedad.

Instó a la población a permanecer alerta, utilizar herramientas preventivas como mosquiteros y buscar atención médica inmediata si presentan síntomas de malaria.



En Cherepovets, óblast de Vologda, finalizó una campaña de vacunación tras un brote de infección meningocócica entre migrantes, donde 12 ciudadanos extranjeros fueron hospitalizados.

El ministerio de Salud del óblast de Vologda informó que fueron examinadas 92 personas en las zonas afectadas por el brote, a todas se les prescribió quimioprofilaxis y 68 fueron vacunadas contra la infección meningocócica, todas ellas en contacto cercano con los enfermos.

“Ya se han entregado lotes adicionales de vacunas a las instituciones médicas que atienden las zonas donde viven y trabajan los empleados de la empresa”, informó el ministerio de Salud del óblast de Vologda.

Hasta el 20 de marzo, no se han registrado nuevos casos de infección meningocócica ni nuevas hospitalizaciones. Seis ciudadanos extranjeros se encuentran hospitalizados: tres con meningococemia y tres con resultado negativo en la prueba de meningococo, según informó el servicio de prensa del ministerio de Salud del óblast.

Según el ministerio, entre el 5 y el 18 de marzo en Cherepovets se registraron y hospitalizaron 12 ciudadanos extranjeros procedentes de focos epidémicos de infección meningocócica, de los cuales seis recibieron un diagnóstico final de infección meningocócica, uno de meningitis no especificada y los cinco restantes fueron diagnosticados con infección viral respiratoria aguda. Después de recibir la confirmación de laboratorio del meningococo, las organizaciones médicas garantizaron la implementación de medidas antiepidémicas de acuerdo con las instrucciones del Servicio Federal para la Supervisión y la Protección de los Consumidores (Rospotrebnadzor).

Los migrantes fueron reclutados para trabajar en la construcción de instalaciones industriales en el territorio de la planta metalúrgica de Cherepovets. Según información de Esta, una de las empresas contratistas de Severstal, varios trabajadores presentaron síntomas de infección por meningococo, por lo que se decidió poner en cuarentena a todos los que habían estado en contacto cercano con los enfermos. Un médico infectólogo calificado fue llamado desde Moscú para examinar a todos los trabajadores con el fin de identificar posibles síntomas de meningitis y brindar tratamiento. Del 15 al 16 de marzo, la mayoría de los empleados fueron trasladados de los albergues a un campamento de construcción en el territorio del polígono industrial de la Planta Metalúrgica de Cherepovets, por lo que se excluye su contacto directo con los habitantes de la ciudad, enfatizó la empresa contratista.

Desde el 3 de enero de 2025, el Hospital Regional de Erigavo, en la región de Sanaag, ha notificado cinco casos de leishmaniosis visceral, una enfermedad que históricamente no ha sido prevalente en esas zonas de Somaliland. Cuatro de estos casos dieron positivo para IgG de *Leishmania* mediante pruebas de diagnóstico rápido (PDR), lo que genera preocupación por la posible aparición de un brote localizado. Análisis de laboratorio posteriores confirmaron dos fallecimientos en Rugay y Cirshiida, en el distrito de Erigavo, lo que pone de relieve la gravedad de la situación. El caso más reciente se confirmó oficialmente el 26 de febrero de 2025, lo que subraya aún más el riesgo de transmisión.

A pesar de estos casos notificados en el hospital, la extensión de la leishmaniosis visceral en la comunidad sigue siendo incierta debido a la escasez de datos de vigilancia. La falta de información epidemiológica exhaustiva dificulta la evaluación de la dinámica de transmisión y los posibles factores de riesgo, lo que requiere una respuesta urgente y coordinada.

El 2 de marzo, ante el agravamiento de la situación, el Ministerio de Desarrollo Sanitario emitió formalmente un comunicado en el que informaba a los socios sobre la grave preocupación por la salud pública relacionada con el reciente brote de leishmaniosis visceral en la región de Sanaag, lo que dio lugar a un llamamiento a los socios humanitarios para una intervención urgente. Esta solicitud constituye un llamamiento social de apoyo, instando a las organizaciones internacionales y locales a colaborar en el control de la enfermedad, el tratamiento médico y las iniciativas de prevención. La fecha de inicio, marcada por la publicación de esta carta de solicitud, significa que el gobierno reconoce la crisis y su necesidad de ayuda externa para combatir eficazmente el brote.

La leishmaniosis visceral sigue siendo un problema de salud pública en la región de Sanaag. Clasificada como enfermedad tropical desatendida, plantea un grave desafío, especialmente en comunidades que ya son vulnerables debido a la escasez de recursos y a la competencia entre las prioridades sanitarias. Esta situación se agrava por el riesgo de que se despriorice la leishmaniosis visceral, lo que podría agravar aún más su impacto en estas comunidades.

Las personas con mayor probabilidad de sufrir los efectos de esta enfermedad son quienes viven en la región de Sanaag, especialmente en las zonas montañosas donde se realizan actividades de extracción artesanal de oro. Estas regiones ofrecen un entorno natural propicio para la supervivencia de la mosca de la arena, el vector que transmite la leishmaniosis visceral. La presencia de suelos arcillosos agrietados, árboles de acacia y de datilero del desierto (*Balanites aegyptiaca*), y las actividades de los agricultores y pescadores locales crean un entorno ideal para la reproducción de este insecto, lo que aumenta el riesgo para la población local.

Los grupos más vulnerables dentro de estas poblaciones son los niños, los ancianos, las personas con discapacidad y las personas desplazadas. Los niños, especialmente los menores de cinco años, corren un mayor riesgo debido al desarrollo de su sistema inmunitario y a la amenaza adicional que supone la desnutrición. Los ancianos, que a menudo tienen un sistema inmunitario debilitado, también son particularmente vulnerables. Los desplazados internos, especialmente en Erigabo y las aldeas circundantes, son muy susceptibles debido al hacina-

miento, las condiciones sanitarias inadecuadas y el acceso limitado a los servicios de salud. Las mujeres y las niñas, que soportan la carga del cuidado, también se enfrentan a consecuencias desproporcionadas debido a su limitado acceso a la atención médica y a otros recursos.

El impacto de la leishmaniosis visceral ha sido grave en estas zonas, y los brotes recientes indican la persistencia de la amenaza. En Somaliland, el Ministerio de Salud informó el 26 de febrero de 2025 sobre los casos acumulados desde el 3 de enero, mencionando que se atendieron 28 casos sospechosos en el centro de salud de Erigabo, de los que cinco dieron positivo en sus pruebas de diagnóstico rápido. De estos casos, cuatro fallecieron (tres de sexo masculino y uno femenino), de entre 3 y 20 años; el restante es un niño de 2 años, cuya condición mejoró y se había recuperado. Estas cifras solo incluyen los casos hospitalarios, no los casos comunitarios.

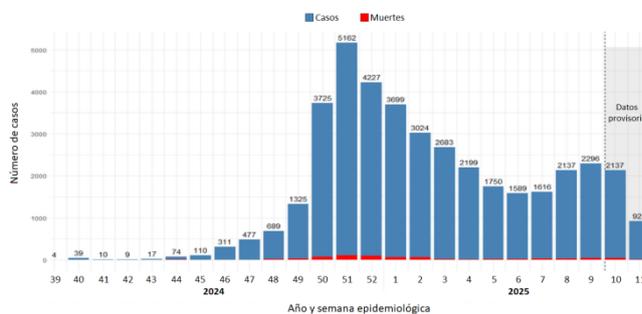
La región se ha visto aún más desestabilizada por el conflicto en curso en el distrito de Erigabo, lo que ha provocado el desplazamiento de 43.000 personas. Estas poblaciones desplazadas, sumadas a los efectos agravantes de la sequía recurrente, las inundaciones causadas por el fenómeno de El Niño y las altas tasas de desnutrición infantil, se encuentran en una situación cada vez más precaria. La falta de instalaciones sanitarias adecuadas, junto con las condiciones de hacinamiento en los campamentos de desplazados, aumenta significativamente el riesgo de transmisión de leishmaniosis visceral. Además, la inseguridad alimentaria generalizada agrava la situación general. Según la Clasificación Integrada de las Fases de la Seguridad Alimentaria (IPC) de enero a junio de 2025, aproximadamente 78.400 personas en Sanaag experimentan altos niveles de inseguridad alimentaria aguda, y más de 88.000 niños necesitan tratamiento urgente para la desnutrición. Este contexto aumenta la vulnerabilidad a la enfermedad y limita la capacidad de acceder a los artículos necesarios para la prevención de vectores y el saneamiento debido a la competencia de prioridades.

El brote actual de leishmaniosis visceral en la región de Sanaag complica aún más la ya grave situación. La enfermedad está estrechamente vinculada a factores como la desnutrición, el desplazamiento de la población, las malas condiciones de vivienda y el debilitamiento del sistema inmunitario, afecciones prevalentes en la región. El brote se ha propagado rápidamente, afectando tanto a la población en general como a los grupos particularmente vulnerables. Las enfermedades, muertes, perturbaciones sociales y la sobrecarga de los servicios e infraestructura de salud resultantes complican aún más la capacidad de recuperación de la región.

Por lo tanto, la población afectada requiere urgentemente tratamiento médico, control de vectores, concienciación comunitaria, vigilancia y campañas de salud pública para educar a las comunidades sobre la prevención y la búsqueda temprana de tratamiento. El monitoreo continuo y la coordinación con las autoridades sanitarias locales garantizarán una respuesta eficaz y oportuna, reduciendo en última instancia el impacto del brote y fortaleciendo los sistemas de salud locales para una mayor resiliencia futura.

La leishmaniosis visceral es una enfermedad parasitaria grave causada por *Leishmania donovani*. En Somalia, esta enfermedad se reportó principalmente en las regiones del sur. Sin embargo, brotes recientes surgieron en las regiones del norte, incluyendo áreas cercanas a Erigabo, en la región de Sanaag. En 2019, el Hospital General de Bosaso documentó más de 100 casos de leishmaniosis visceral, principalmente en niños, provenientes de las regiones de Sanaag y Bari. Los organismos pertinentes no han realizado la investigación necesaria para explicar este desplazamiento geográfico. En resumen, esta emergencia subraya la necesidad de fortalecer la vigilancia y los servicios de salud en estas zonas del norte para gestionar y controlar eficazmente la enfermedad.

El brote de cólera, notificado por primera vez en Sudán del Sur en la semana epidemiológica (SE) 39 de 2024, continúa su propagación. En la SE 10 de 2025, se notificó un total de 922 casos nuevos y nueve fallecimientos en nueve estados y dos áreas administrativas. La mayoría de los casos nuevos se registraron en el estado de Unity (268 casos), Shamal Bahr al-Gazal (227) y Jonglei (112), que en conjunto representaron 65,8% de los nuevos casos. Se notificaron nuevas muertes en los estados de Unity (2 muertes), Jonglei (2), Sharq al-Istiwa'iyah (2), al-Istiwa'iyah al-Wusta (1), Al-Buhayrat (n=1) y Warab (n=1). Debido a retrasos en la transmisión y recopilación de datos, es probable que el número real de casos y fallecimientos en las últimas dos SE (SE 10 y 11) sea superior al notificado actualmente. Hasta el 16 de marzo de 2025, Sudán del Sur había notificado un total acumulado de 40.231 casos de cólera, con 694 muertes (tasa de letalidad de 1,7%) en nueve estados y dos zonas administrativas. La mayoría de los casos se registraron en los estados de Unity (17.372 casos), Shamal Bahr al-Gazal (6.751), Jonglei (5.475), al-Istiwa'iyah al-Wusta (5.009) y A'aly an-Nyl (3.949), que representan 95,8% del total de casos. Las mujeres (20.361 casos) representan 50,6% de todos los casos notificados. Entre los 40.156 casos con edad conocida, 11.231 son niños menores de cinco años (28,0% del total). La tasa de letalidad más alta (4,4%) se registra en personas de 50 años o más, que representan 8,5% (3.418 casos) del total.



Casos y muertes por cólera. Sudán del Sur. Del 23 de septiembre de 2024 al 16 de marzo de 2025. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Tras un aumento constante desde el inicio, el brote alcanzó su punto máximo en la SE 51 de 2024, cuando se notificaron 5.162 casos y 101 fallecimientos. A esto le siguió un descenso gradual hasta la SE 6 de 2025, cuando se registraron 1.589 casos y 22 fallecimientos. Sin embargo, el número de casos ha vuelto a aumentar en las últimas tres SE. La mayoría de los casos provienen de la comunidad de acogida (69%), mientras que las poblaciones desplazadas internamente y los refugiados representan 12,2% y 6,4% del total de casos, respectivamente. La tasa de letalidad semanal también ha aumentado de forma constante durante las últimas seis SE, alcanzando a 2,1% en la SE 10. Sudán del Sur ha llevado a cabo múltiples campañas de vacunación oral contra el cólera en cuatro estados con alta incidencia, dirigidas a 4.038.037 personas. La campaña logró una cobertura de 92,3%, con 3.726.378 personas vacunadas.

Acciones de salud pública

- Una plataforma multisectorial dependiente del Ministerio de Salud de Sudán del Sur, con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros socios en materia de salud, continúa coordinando las iniciativas nacionales de respuesta al cólera. A nivel estatal, se han activado grupos de trabajo para responder al brote.
- Se han establecido mecanismos de coordinación transfronteriza con los países vecinos, en particular Etiopía y Sudán, para el intercambio de información y la coordinación de las ini-

ciativas de respuesta al brote de cólera entre los refugiados y las comunidades de acogida en las zonas limítrofes.

- Desde octubre de 2024, la OMS ha suministrado más de 53 toneladas de suministros médicos a las zonas afectadas por el cólera, incluyendo kits de tratamiento, pruebas de diagnóstico rápido (PDR), material de transporte Cary Blair y triple embalaje.
- Las actividades de vigilancia continúan en todo el país. Se han desplegado equipos de respuesta rápida para apoyar las investigaciones del brote y reforzar la vigilancia activa del cólera en los estados afectados. La vigilancia del cólera continúa en los puntos de ingreso y en los lugares de tránsito, en particular entre los refugiados que huyen de las crisis en los países vecinos y las poblaciones desplazadas internamente.
- Se están realizando la toma de muestras y el análisis sistemáticos mediante PDR. Se han distribuido kits de recolección de muestras en los estados y zonas administrativas afectados.
- Varios socios sanitarios, como Médicos Sin Fronteras (MSF), el Cuerpo Médico Internacional (CMI), la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), entre otros, apoyan la gestión clínica de los casos de cólera en las Unidades de Tratamiento del Cólera (UTC) y los Centros de Tratamiento del Cólera (CTC) de las zonas afectadas. Se han establecido Puntos de Rehidratación Oral (PRO) en algunas zonas de difícil acceso para estabilizar a los pacientes antes de su derivación.
- Socios humanitarios y de desarrollo, como MSF, Kapoeta Aid for South Sudan (KASS), Médair, el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), la OIM, el CMI, World Vision International (WVI), el Fondo Africano de Ayuda y Desarrollo (ARDF) y el Comité Internacional de Rescate (IRC), han establecido UTC, CTC y PRO en los estados que han notificado casos de cólera. Estas instalaciones están equipadas con suministros para el tratamiento del cólera, y se están realizando esfuerzos de desarrollo de capacidades para mejorar la gestión de los casos. Además, las intervenciones específicas en áreas con casos cuentan con el apoyo de socios implementadores.
- Los socios de WASH (agua, saneamiento e higiene) proporcionan agua potable a las poblaciones afectadas, incluidas las que se encuentran en campamentos de desplazados internos y centros de tránsito, a la vez que apoyan las pruebas de calidad del agua en centros de salud y comunidades que reportan casos de cólera. Se distribuyen tabletas purificadoras de agua.
- También se han establecido mensajes de promoción de la higiene e instalaciones para el lavado de manos en lugares clave.
- El 7 de diciembre de 2024 se lanzó una campaña de vacunación oral contra el cólera, dirigida a más de 4 millones de personas en cuatro estados con alta incidencia, con una cobertura de 92,3%. La campaña se llevó a cabo en diferentes momentos en varios estados del país. Las iniciativas de vacunación variaron según la ubicación: Jieng Abielang alcanzó el 97% de su objetivo, mientras que otras áreas, como Juba y Rub-Koni, tuvieron una cobertura menor.

Interpretación de la situación

El brote de cólera en Sudán del Sur, declarado por primera vez en septiembre de 2024, se ha visto exacerbado por varios factores, como el acceso inadecuado a los servicios de agua, saneamiento e higiene y un significativo desplazamiento de la población. El brote sigue estando

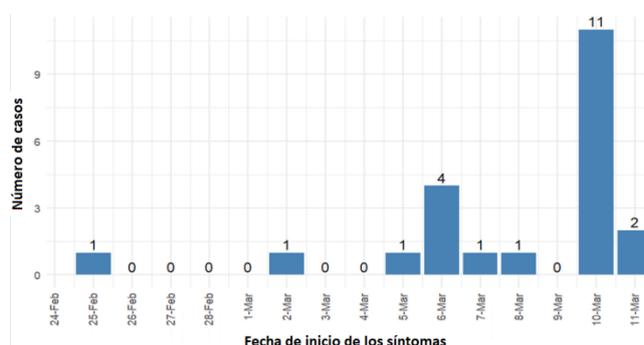
muy concentrado en unos pocos estados, en particular en Unity, Shamal Bahr al-Gazal y Jonglei. La afluencia de refugiados y repatriados ha intensificado la presión sobre la ya frágil infraestructura sanitaria de Sudán del Sur, que se ve afectada por la escasez de instalaciones y recursos debido a años de conflicto. Si bien se han implementado importantes esfuerzos, incluidas campañas de vacunación, se necesitan intervenciones más específicas, especialmente en zonas de alto riesgo, para prevenir una mayor propagación y reducir la mortalidad. Para abordar el brote es necesario reforzar la capacidad del sistema de salud, mejorar el acceso a los servicios de WASH y garantizar mecanismos sólidos de vigilancia y respuesta para gestionar y contener eficazmente la propagación del cólera. Es probable que la próxima temporada de lluvias agrave la situación del brote de cólera si no se implementan medidas adecuadas de respuesta, preparación y disponibilidad.

Tanzania es el último país en notificar un brote de mpox, sumándose al creciente número de países que informan brotes en la Región Africana de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El 10 de marzo de 2025, el Ministerio de Salud de Tanzania notificó a la OMS dos casos de mpox tras la confirmación de laboratorio.

El primer caso corresponde a un camionero de 39 años del barrio de Tabata, en el Ayuntamiento de Ilala, Dar as-Salam, que inició los síntomas el 25 de febrero de 2025. Acudió a un centro de salud en Dar as-Salam el 7 de marzo con signos y síntomas de fiebre, erupciones cutáneas, dolor muscular y debilidad corporal general. Ante la sospecha clínica de mpox, los médicos que lo atendieron tomaron muestras cutáneas y las enviaron al Laboratorio Nacional para su análisis. Los resultados, recibidos el 9 de marzo, confirmaron la presencia del virus de la mpox. Según informó, el paciente había viajado a un país vecino con un brote activo de mpox el 15 de febrero, donde probablemente estuvo expuesto a la enfermedad.

El segundo caso es un empresario de 38 años del distrito de Kunduchi, en el Ayuntamiento de Kinondoni, Dar as-Salam, que inició los síntomas el 2 de marzo de 2025. También acudió al mismo centro de salud que el primer caso el 7 de marzo, con síntomas similares. Se tomaron muestras cutáneas y se enviaron para su análisis, cuyos resultados confirmaron la presencia del virus de la mpox el 9 de marzo.

Del 10 al 12 de marzo de 2025, se notificó un total de 22 casos confirmados en 10 regiones del país. La mayoría de los casos confirmados se notificaron en las regiones de Dar as-Salam (6 casos) y Simiyu (5), que en conjunto representan 50% del total de los casos notificados. Otras regiones que reportaron casos confirmados son Dodoma (2 casos), Mbeya (2), Pwani (2), Mwanza (1), Morogoro (1), Tabora (1), Ruvuma (1) y Manyara (1). Se ha identificado un total de 122 contactos para su seguimiento al 12 de marzo.



Número diario de casos de mpox. Tanzania. Del 24 de febrero al 11 de marzo de 2025. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Acciones de salud pública

- Se activó un Grupo de Trabajo Nacional bajo el liderazgo del Ministerio de Salud de Tanzania para coordinar la respuesta al brote, con el apoyo técnico y operativo de la OMS y los socios sanitarios. Se celebran reuniones de coordinación periódicamente, con la participación de todas las partes interesadas y socios. Se está desarrollando un plan nacional de respuesta para orientar las estrategias de respuesta y las iniciativas de movilización de recursos.
- La definición estándar de caso de mpox y otras herramientas de vigilancia se han difundido a todos los centros de salud para facilitar la detección de casos. Se está intensificando la vigilancia, con una búsqueda activa de casos en las comunidades y centros de salud. Se es-

tán realizando actividades de rastreo de contactos. Se ha registrado un total de 122 contactos que están bajo seguimiento.

- Se han notificado y muestreado 55 casos sospechosos entre el 10 y el 12 de marzo de 2025. De estos, 22 dieron positivo para el virus de la mpox.
- Se desarrolló una guía de trabajo para la gestión de casos y se la difundió a los centros de salud para orientar el manejo clínico de los casos de mpox. Todos los casos confirmados han sido aislados e ingresados para recibir atención clínica. Se está utilizando a trabajadores de salud comunitarios y voluntarios para llegar a los hogares con mensajes sobre la prevención de la mpox y la búsqueda de atención médica. La línea directa nacional, Afya Call Centre, continúa rastreando y respondiendo a los rumores y la desinformación de las comunidades, proporcionando información adecuada. También se está brindando educación a través de los medios de comunicación de la Corporación de Radiodifusión de Tanzania.
- La descontaminación de los hogares de los casos confirmados se realiza de forma rutinaria, y se están reforzando las prácticas de prevención y control de infecciones en los centros de salud.

Interpretación de la situación

El nuevo brote de mpox reportado en Tanzania se suma a la creciente carga de este tipo de brotes en la Región Africana. Esto se produce inmediatamente después de un brote de la enfermedad por el virus de Marburg que acaba de finalizar, lo que supone un desafío para los recursos existentes para la respuesta de emergencia. El retraso entre la aparición de los síntomas y la detección de los dos primeros casos genera preocupación por la posible transmisión a contactos cercanos. Además, aún no está claro si los otros 20 casos confirmados en todo el país están relacionados con los dos primeros, son casos importados o representan transmisión local. Dado que varios países vecinos también luchan contra brotes activos de mpox, comprender la dinámica de transmisión es crucial para una respuesta específica. Tanzania debe priorizar el fortalecimiento de la colaboración transfronteriza, la mejora de la vigilancia mediante la búsqueda activa de casos y el rastreo de contactos, y la implementación de esfuerzos integrales de comunicación de riesgos y participación comunitaria para contrarrestar la desinformación y crear conciencia entre la población general y los grupos de alto riesgo.

Una nueva ronda de [ataques aéreos israelíes](#) sobre Gaza, que ha matado a más de 400 palestinos, destruyó cualquier esperanza de que se mantuviera el alto el fuego negociado en enero. Un comunicado de la organización defensora de los derechos de la infancia, Defensa de los Niños de Palestina, afirmó que [174 niños habían muerto en el bombardeo](#), afirmando: “Hoy es uno de los días más mortíferos de la historia para los niños palestinos”.



10 de marzo de 2025, Beit Lahia, norte de la Franja de Gaza.

El nuevo bombardeo se produce tras [reiteradas violaciones](#) de los términos del alto el fuego por parte de Israel y días después de que un informe encargado por la Organización de Naciones Unidas (ONU) afirmara que Israel está "infligiendo deliberadamente condiciones de vida calculadas para provocar la destrucción física de los palestinos como grupo". El [informe del 13 de marzo](#) de la Comisión Internacional Independiente de Investigación de la ONU sobre el Territorio Palestino Ocupado examina lo que denomina el "uso sistemático por parte de Israel de la violencia sexual, reproductiva y otras formas de violencia de género desde el 7 de octubre de 2023".

El informe alega que se han cometido actos deliberados contra madres e hijos, incluyendo la destrucción de la principal clínica de fertilidad de Gaza, la clínica Basma IVF, lo que, según el informe, constituye “un acto genocida según el Estatuto de Roma y la Convención sobre el Genocidio”. Concluye que “esto se hizo con la intención de destruir a los palestinos de Gaza como grupo, total o parcialmente, y que esta es la única conclusión que razonablemente se puede extraer de los actos en cuestión”.

La Corte Internacional de Justicia (CIJ) aún no se ha pronunciado sobre un caso presentado por Sudáfrica en diciembre de 2023, en el que se acusa a Israel de [cometer genocidio en Gaza](#). En enero de 2024, [emitió un fallo](#) que establecía que los palestinos de Gaza tenían "derechos plausibles a la protección contra el genocidio" y establecía medidas provisionales que Israel debía seguir para prevenir el genocidio. No hay pruebas de que Israel haya seguido esta recomendación.

¹ Rachel Rosen es profesora de Sociología en la University College de Londres.

Mai Abu Moghli es profesora adjunta en el Instituto de Estudios de Posgrado de Doha.

En su intervención ante el Comité de Derechos Humanos de la ONU en octubre de 2024, la relatora especial [Francesca Albanese](#) afirmó que consideraba importante “calificar un genocidio como tal”. Si bien tomamos nota de la postura jurídica de la CIJ, coincidimos con ella en que una sentencia de genocidio a posteriori no impide que este ocurra.



Ataques aéreos israelíes impactaron la sala de maternidad del Hospital Nasser en Khan Younis, en el sur de la Franja de Gaza, en diciembre de 2023.

El informe de la comisión no marca la primera vez que organizaciones internacionales y legisladores llaman la atención sobre la violencia de Israel contra madres y niños palestinos. En marzo de 2024, Philippe Lazzarini, comisionado general del Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en Cercano Oriente (UNRWA), [escribió en X](#): “Esta es una guerra contra los niños. Es una guerra contra su infancia y su futuro”. Las cifras son “alarmantes”, afirmó. En cuatro meses, murieron más niños en Gaza que en todos los conflictos mundiales de los cuatro años anteriores.

Esto ocurrió continuamente durante el ataque israelí contra Gaza. Entre el 7 de octubre de 2023 y el 15 de enero de 2025, al menos 18.000 de los [46.707 palestinos asesinados en Gaza](#) eran niños, según datos recopilados por el Ministerio de Salud de Gaza. Es probable que ambas cifras [estén subestimadas](#), ya que muchos cuerpos permanecen enterrados bajo los escombros.

La mayoría de los niños han muerto por ataques militares directos. Israel ha lanzado aproximadamente [85.000 toneladas de explosivos](#) sobre Gaza, matando a palestinos por impactos directos, derrumbes de edificios, incendios e inhalación de sustancias tóxicas. Los médicos también han reportado evidencia de niños muertos en ataques con drones y francotiradores, [incluso con disparos en la cabeza y el pecho](#).

El 2 de marzo, Israel [bloqueó el ingreso de ayuda humanitaria](#) a Gaza, utilizando el hambre y la deshidratación como estrategia militar. El 15 de marzo, un informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) afirmó que 31% de los niños menores de dos años en el norte de la Franja [sufrían desnutrición aguda](#). También se produjo un drástico aumento de las muertes infantiles por [esta causa](#).

La destrucción por parte de Israel de la infraestructura médica y de otro tipo en la Franja ha provocado ["muertes indirectas"](#) por enfermedades transmisibles y no transmisibles. En abril de 2024, un informe publicado en la revista científica *Frontiers* reveló que más de 90% de los niños de Gaza [padecían enfermedades infecciosas](#). También se han registrado [múltiples muertes infantiles por hipotermia](#), mientras las familias desplazadas intentan sobrevivir al invierno.

Asesinando el futuro

La tasa de mortalidad infantil, anormalmente alta, se debe en parte a la demografía. Alrededor de 47% de la población de Gaza era [menor de 18 años](#) a fines de 2022. Los niños son, en general, más [susceptibles a la deshidratación, la diarrea, las enfermedades y la desnutrición](#), según el UNICEF, que afirma que las [necesidades nutricionales](#) de los bebés menores de 23 meses son mayores por kilogramo de peso corporal que en cualquier otra etapa de su vida.

Pero el problema con estos argumentos es que presentan las tasas de mortalidad infantil en Gaza como un simple reflejo de factores naturales. No lo son. Son una consecuencia directa de la agresión militar de Israel en Gaza.

Israel ha utilizado sistemáticamente potentes explosivos en zonas densamente pobladas y, mediante sistemas de rastreo de IA como "¿Dónde está papá?", ha atacado deliberadamente a los palestinos en sus hogares. Dada la amplia evidencia sobre la salud infantil, la consecuencia lógica de usar la hambruna como método de guerra, negar activamente la ayuda y destruir las infraestructuras que permiten la vida es que los niños morirán de forma desproporcionada.

Niños palestinos están siendo asesinados intencionalmente. El Estado israelí lo ha expresado explícitamente.

Itamar Ben-Gvir, quien esta semana fue reelecto ministro de policía en el gobierno de Benjamin Netanyahu, defendió públicamente la directiva de "fuego abierto" del ejército, declarando: "No podemos permitir que mujeres y niños se acerquen a la frontera... cualquiera que se acerque recibirá un disparo en la cabeza". En enero, el diputado y vicepresidente de la Knéset, Nissim Vaturi, afirmó que todo niño nacido en Gaza "ya es un terrorista, desde el momento de su nacimiento".

Pero los niños representan los sueños de su comunidad para el futuro. Matar a un gran número de niños en Gaza no es simplemente una despoblación forzosa. Es un esfuerzo para desestabilizar a las comunidades y aplantar sus esperanzas de liberación y el derecho al retorno, tal como lo exige la ONU.

Los niños palestinos de Gaza han estado compartiendo sus historias con una audiencia global. Las muertes, las heridas y la hambruna que testifican han demostrado ser una poderosa contraargumentación que contradice la idea de que Israel simplemente se está "defendiendo". El derecho internacional humanitario establece que "los niños afectados por conflictos armados tienen derecho a respeto y protección especiales".

Pero en Gaza, miles de niños están siendo asesinados.

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 reporteepi-demilogicocoba@gmail.com aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.