

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de dengue

AMÉRICA

- El virus de Oropouche podría estar más extendido de lo que se creía
- Belize: Confirmaron dos casos de sarampión, los primeros desde 1991
- Colombia: Situación epidemiológica de la enfermedad de Chagas – Año 2024

- Estados Unidos: Ya se han declarado brotes de sarampión en ocho estados, incluido el primero de Michigan en 5 años

- México: Detectan en Chiapas el primer caso humano de miasis por gusano barrenador

EL MUNDO

- Burkina Faso: Confirmaron un caso de fiebre zika
- China: Cinco casos humanos de influenza aviar A(H9N2) en lo que va de 2025

- Etiopía: Situación epidemiológica del cólera

- Irak: Ascienden a 19 los casos de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en 2025

- Níger: Estudian un conglomerado de casos de ascitis de etiología indeterminada

- Pakistán: Inicia la segunda campaña de vacunación antipoliomielítica del año

- Palestina: La Franja de Gaza ha entrado en la fase de hambruna completa

- Samoa: Declararon brote de dengue

Comité Editorial

Editor Honorario ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021)

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

Editor en Jefe

ÍLIDE SELENE DE LISA

Editores adjuntos

RUTH BRITO
ENRIQUE FARÍAS

Editores Asociados

ISSN 2796-7050

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



Situación histórica

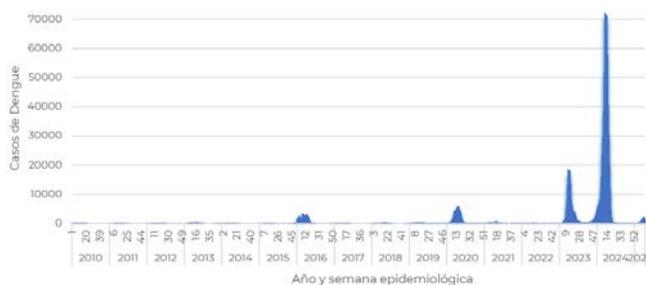
Un análisis histórico de la situación del dengue en Argentina muestra que desde el año 2010 se evidencia una notable disminución en los intervalos interepidémicos, tendencia que se ha acentuado en los últimos cinco años.

Desde la reemergencia del dengue en el país en 1998, se evidencia 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.

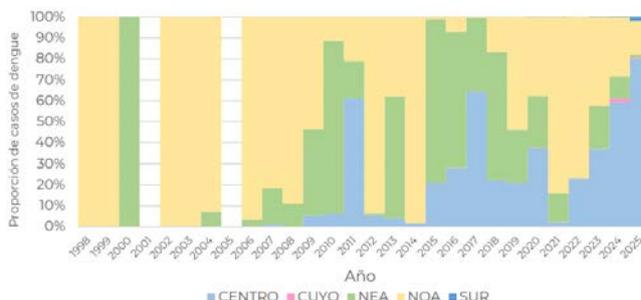
El aporte de casos de cada región al total nacional varió a lo largo de los años. Hasta el año 2008, la región Noroeste Argentino (NOA) y, en menor medida, la Noreste Argentino (NEA), aportaron la mayor parte de los casos registrados. A partir de 2009, la región Centro comenzó a registrar un incremento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

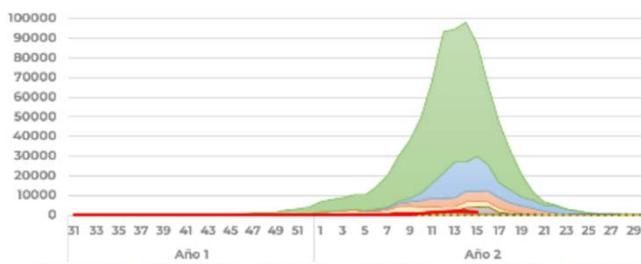
En los últimos cinco años, Argentina experimentó un incremento sostenido en el número de casos de dengue, con la aparición de brotes en departamentos sin antecedentes de transmisión. A partir de 2023, se constató la persistencia de la circulación viral durante la temporada



Casos de dengue por semana epidemiológica. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2010 a 15 de 2025. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N=856.727).



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.

Aunque los casos reportados en la temporada actual se encuentran por debajo de los niveles observados en temporadas epidémicas, superan los valores correspondientes a las temporadas no epidémicas, prácticamente en todas las semanas epidemiológicas (SE) desde la SE 41. Hasta la SE 4, los casos de la temporada actual siguen una tendencia muy similar a los de la temporada 2020/2021 (4.157 casos), teniendo en cuenta que esta última fue la de mayor magnitud dentro de las no epidémicas. A partir de la SE 5, la temporada actual muestra un aumento progresivo, fundamentalmente a partir de la SE 8, ubicándose en un escenario intermedio, cercano a la temporada 2008/2009 (25.945 casos).

En este contexto, si bien la situación epidemiológica actual no se asemeja a la elevada magnitud de casos registrada en las últimas dos temporadas epidémicas, el número de casos mayor al de las temporadas no epidémicas subraya la necesidad de monitorear su evolución en las próximas SE para determinar la tendencia definitiva de la temporada actual. Concomitantemente con esta descripción, es preciso tener en cuenta que se están comparando SE actuales con las de años cerrados, por lo que se hace necesario reforzar aún más la importancia del análisis y el monitoreo de la situación en el año 2025.

Por lo dicho, se instó a los equipos de salud a fortalecer las estrategias de vigilancia, incluyendo la sospecha clínica, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de los casos.

Temporada actual

En lo que va de la temporada 2024-2025 –desde la SE 31 de 2024 hasta la SE 15 de 2025–, se notificaron en Argentina 58.232 casos sospechosos de dengue en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2,0}), de los cuales 5.936 fueron confirmados por laboratorio. Un total de 5.793 casos (98%) no contaron con antecedentes de viaje. Se confirmaron además cuatro 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 137 casos con antecedente de vacunación contra el dengue dentro de los 30 días previos al inicio de los síntomas¹. Se confirmaron 143 casos importados de otros países con antecedentes de viaje a Brasil, Colombia, Cuba, India, México, Paraguay, Perú, Tailandia y Venezuela.

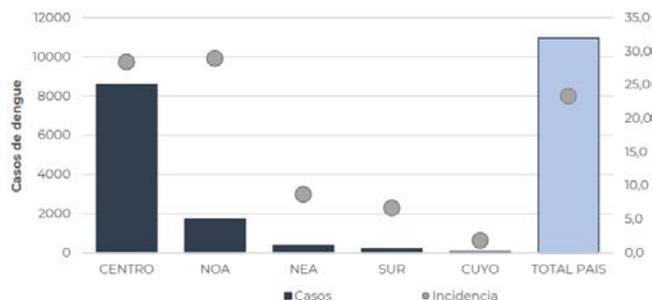
Durante la SE 15 de 2025, se notificaron 3.873 casos sospechosos, de los cuales 782 se confirmaron y 164 fueron clasificados como casos probables, de los que 87% se encuentran en investigación con respecto al antecedente epidemiológico. Estos casos pueden tener inicio de síntomas, consulta o toma de muestra en SE anteriores.

La incidencia acumulada a nivel nacional para la temporada actual es de 23 casos cada 100.000 habitantes. En cuanto a la afectación por región, la mayor incidencia acumulada fue la de la región NOA (29 casos cada 100.000 habitantes), seguida por la Centro (28), NEA (9), Sur (7) y Cuyo (2). En cuanto al aporte de casos absolutos, la región Centro aportó 78% de todos los casos de dengue notificados, seguida por las regiones NOA (16%), NEA (3%), Sur (2%) y Cuyo (1%).

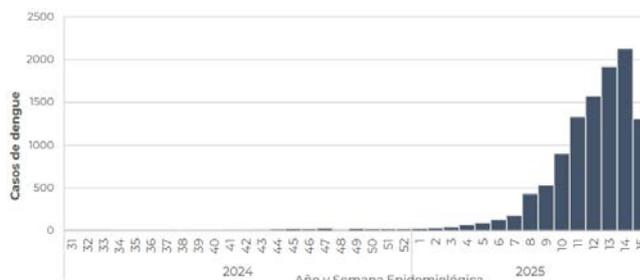
Del análisis de la curva epidémica de la temporada 2024-2025, se observa que:

¹ 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 laboratorio de Dengue y otros Arbovirus*, publicada por la Dirección de Epidemiología en noviembre de 2024.

- Hasta la SE 52 se notificaron 13 casos en promedio por semana, cuyo rango oscila entre 5 y 28. Si bien se observan sutiles oscilaciones asociadas al aumento/descenso de casos, la curva mantiene una tendencia estable sin variaciones sustanciales en el comportamiento epidemiológico.
- A partir de la SE 1, y considerando la carga retrospectiva de casos al SNVS^{2.0}, se evidencia un aumento progresivo de casos con una curva que tiende al ascenso, cuyo rango de casos fluctúa entre 2 (SE 1) y 2.127 (SE 14), con un promedio de casos de 712.
- Durante la última SE puede observarse un aparente descenso en el número de casos, lo cual podría estar relacionado con retrasos en la notificación. Esta variabilidad, causada por la carga retrospectiva, podría modificar la dinámica previamente observada. Sin embargo, este fenómeno se corregirá y reflejará adecuadamente en análisis posteriores, una vez que los registros sean actualizados.



Casos y tasas de incidencia acumulada cada 100.000 habitantes, según región. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2024 a 15 de 2025. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Casos confirmados de dengue, según semana epidemiológica. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2024 a 15 de 2025. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Distribución geográfica

Provincia/Región	Sin antecedente de viaje		Con antecedente de viaje		Casos por crit. clínico epidemiológ.	Total de casos de dengue	Laboratorio negativo	Sospechoso (sin laborat.)	Total notificados
	Confirmado por laborat.	Probable	Confirmado por laborat.	Probable					
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	90	108	17	2	—	107	1.918	680	2.815
Buenos Aires	269	376	10	10	—	279	4.715	1.030	6.410
Córdoba	2.062	869	8	3	1.235	3.305	7.129	726	12.032
Entre Ríos	68	76	6	5	6	80	717	6	884
Santa Fe	1.738	399	60	6	3.030	4.828	2.930	961	9.124
Centro	4.227	1.828	101	26	4.271	8.599	17.409	3.403	31.265
Mendoza	11	35	3	2	—	14	1.628	101	1.780
San Juan	1	2	1	1	—	2	332	13	350
San Luis	40	16	6	2	—	46	244	32	340
Cuyo	52	53	10	5	—	62	2.204	146	2.470
Chaco	6	195	1	—	—	7	2.194	104	2.500
Corrientes	30	32	1	—	—	31	394	92	549
Formosa	337	4	—	—	—	337	5.013	52	5.406
Misiones	2	18	1	4	—	3	1.096	3	1.124
Noreste Argentino	375	249	3	4	—	378	8.697	251	9.579
Catamarca	7	11	5	2	1	13	817	2	845
Jujuy	—	—	—	—	—	—	977	8	985
La Rioja	88	40	—	—	—	88	1.051	11	1.190
Salta	16	53	6	11	2	24	1.953	75	2.116
Santiago del Estero	—	34	1	1	—	1	927	282	1.245
Tucumán	872	333	—	1	718	1.590	5.081	624	7.629
Noroeste Argentino	983	471	12	15	721	1.716	10.806	1.002	14.010
Chubut	—	—	6	3	—	6	26	2	37
La Pampa	156	31	9	1	33	198	479	43	752
Neuquén	—	2	2	—	—	2	35	6	45
Río Negro	—	—	—	1	—	—	3	—	4
Santa Cruz	—	—	1	1	—	1	44	5	51
Tierra del Fuego	—	—	—	3	—	—	12	2	17
Sur	156	33	18	9	33	207	599	58	906
Total Argentina	5.793	2.634	144	59	5.025	10.962	39.715	4.860	58.230

Casos de dengue según clasificación y jurisdicción. Argentina. Temporada 2024/2025, de semana epidemiológica 31 de 2024 a 15 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.

- **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 y hasta la SE 4 de 2025, se observó un aumento de casos en dichos departamentos. A partir de la SE 5 de 2025, se observa una tendencia estable en la curva epidémica de la jurisdicción. El serotipo que circula con mayor frecuencia es DENV-2.

Tres departamentos están en fase de alerta temprana: Patiño (desde la SE 34 de 2024), Capital (desde la SE 46 de 2024) y Pilcomayo (desde la SE 50 de 2024). Hasta la fecha, ninguno de los tres departamentos cumple con los criterios indicados en el [Plan de preparación y respuesta integral a epidemias de dengue y otras enfermedades arbovirales](#) para pasar a fase de respuesta a epidemia.

- **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.

Desde la SE 3 se verifica un aumento de casos a expensas de conglomerados localizados en los departamentos Capital, Colón, San Javier, San Alberto, Santa María y General San Martín. El serotipo predominante es el DENV-1.

A partir de la SE 5, el departamento San Javier ingresó en la fase de alerta temprana, pasando en la SE 7 a la fase de respuesta a epidemia. Las localidades más afectadas son Villa Dolores, San José y Los Cerritos.

Durante la SE 5, el departamento General San Martín ingresó a la fase de alerta temprana, pasando en la SE 9 a la fase de respuesta a epidemia. El epicentro del brote es Villa María. A partir de la SE 11 dicho departamento ingreso en fase de recuperación.

Los departamentos San Alberto y Santa María, que se encontraban en fase de alerta temprana desde la SE 8, durante la SE 11 pasaron a fase de respuesta a epidemia. En San Alberto, la localidad con mayor número de casos es San Pedro, mientras que, en Santa María, es Alta Gracia.

El departamento Ischilín, a expensas de la localidad de Deán Funes (que desde la SE 11 se encontraba en fase de alerta temprana), en la SE 13 pasó a fase de respuesta a epidemia.

Los departamentos Capital (desde la SE 4), Colón (desde la SE 5), Marcos Juárez (desde la SE 11) y San Justo (desde la SE 11) continúan en fase de alerta temprana. Las localidades más afectadas son las ciudades de Córdoba, Jesús María, General Roca y Las Varillas, respectivamente.

Durante la SE 13, el departamento Totoral, con epicentro en las localidades de Sarmiento y Sinsacate, ingresó a la fase de alerta temprana.

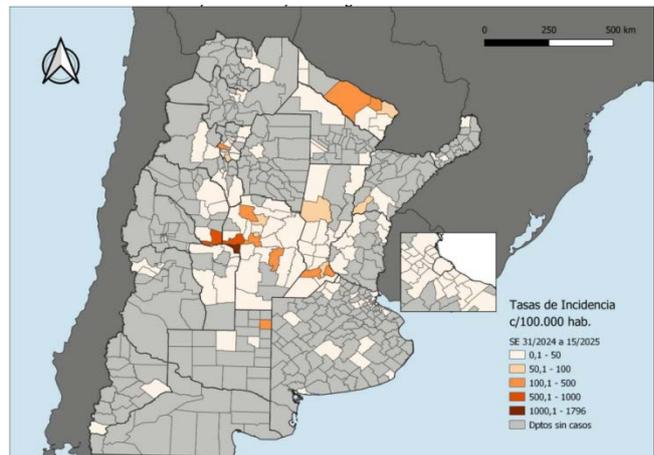
- **Santa Fe:** Se notificaron los primeros casos aislados de dengue a partir de la SE 43 en la localidad de Sunchales (departamento Castellanos). Posteriormente se adicionaron casos esporádicos en otros departamentos como Rosario, Belgrano y San Lorenzo.

Desde la SE 1 se constata un aumento progresivo de casos en la ciudad de Rosario (departamento Rosario), observándose en primera instancia el ingreso a la fase de alerta temprana a expensas de los serotipos DENV-1 y DENV-2 y, a partir de la SE 11, el pase a la fase de respuesta a epidemia. Posteriormente, la localidad de Pérez (departamento Rosario) presentó un aumento progresivo de casos declarándose en brote por la jurisdicción.

En la SE 7, el departamento San Lorenzo ingresó en la fase de alerta temprana, cuyo epicentro es la localidad de Fuentes. El serotipo detectado es DENV-2.

El departamento Caseros, a expensas de la localidad de Casilda, registró un aumento progresivo de casos. Por ello, a partir de la SE 10, el departamento ingresó en fase de alerta temprana y, a partir de la SE 12, pasó a la fase de respuesta a epidemia. El serotipo detectado es DENV-2.

Desde la SE 10, la localidad de Villa Trinidad (departamento San Cristóbal) registra brotes por el serotipo DENV-2. A partir de la SE 13, ingresó a fase de alerta temprana.



Tasas de incidencia acumulada de casos autóctonos de dengue cada 100.000 habitantes, según departamento. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2024 a 15 de 2025. Fuente: Área de Análisis de Información e Investigación, Ministerio de Salud de Argentina.

- **Tucumán:** Desde la SE 50 se registran conglomerados de casos en las localidades de Aguilares y Los Sarmientos (departamento Río Chico), por el serotipo DENV-1. En la SE 7, Río Chico ingresó en la fase de alerta temprana, y en la SE 9 a la de respuesta a epidemia.

Desde la SE11, el departamento Chicligasta ingresó en la fase de alerta temprana, con epicentro en la localidad de Concepción. En la SE 13, pasó a fase de respuesta a epidemia. El serotipo detectado con mayor frecuencia es DENV-1.

En el transcurso de la temporada se detectaron casos aislados en Cruz Alta y Monteros.

- **La Pampa:** Desde la SE 2 se registra un aumento de casos sin antecedente de viaje en la localidad de General Pico (departamento Maracó), ingresando a fase de alerta temprana en la SE 7; en la SE 13 se produjo el pase a respuesta a epidemia. El serotipo detectado es DENV-1.
- **La Rioja:** Desde la SE 9, las localidades de Ulapes, Aguayo y Solano (departamento General San Martín) registran brotes a expensas del serotipo DENV-1. En Aguayo se registró por primera vez la presencia del vector. En la SE 10, el departamento Rosario Vera Peñaloza ingresó a fase de alerta temprana, con epicentro en la localidad de Chepes.
- **San Luis:** Desde la SE 9, la localidad de Tilisarao (departamento Chacabuco) registra conglomerados de casos por el serotipo DENV-1. Otros departamentos con casos son General Pedernera, Junín y Ayacucho.
- **Buenos Aires:** Se han identificado brotes de dengue por los serotipos DENV-1 y DENV-2 en al menos siete municipios: Lanús (DENV-1), Ituzaingó (DENV-1), General San Martín (DENV-1), Tres de Febrero (DENV-1), La Plata, Vicente López (DENV-2) y La Matanza (DENV-2). Por el momento, todos los brotes son de escasa magnitud.

De acuerdo a los indicadores para determinar fases epidemiológicas, Lanús, Vicente López, Ituzaingó y General San Martín se encuentran en fase de alerta temprana.

- **Salta:** Desde la SE 10, el departamento Capital ingresó a la fase de alerta temprana. El serotipo detectado es DENV-1.

Otras jurisdicciones que notificaron casos aislados sin antecedente de viaje son: Mendoza (Luján de Cuyo, Maipú, Guaymallén y Godoy Cruz), CABA (Comunas 1, 2, 3, 6, 7, 10, 11, 12, 14 y 15), Entre Ríos (Concordia, La Paz, Nogoyá, Paraná y Victoria), Catamarca (Capital, Belén y Andalgala), Misiones (Leandro N. Alem e Iguazú), y Corrientes (Capital y Esquina). Los casos se distribuyen de manera dispersa en diversas localizaciones.

Serotipos circulantes

Se observa una mayor prevalencia del serotipo DENV-1 (64%). Los casos de DENV-2 alcanzan a 35,6% de los casos, sobre todo a expensas de la notificación de las provincias de Córdoba, Formosa y Santa Fe.

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 (México, Venezuela, Brasil, Tailandia y Cuba).

Dengue durante el embarazo

En Argentina, durante la 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 306 casos sospechosos de dengue durante el embarazo, de los cuales, 71 fueron confirmados, seis se clasificaron como probables, 201 cuentan con laboratorio negativo y 28 no cuentan con laboratorio.

El primer caso confirmado se registró en la jurisdicción de Tucumán (departamento Río Chico) y correspondió al serotipo DENV-1.

En Santa Fe se registraron 38 casos confirmados en la ciudad de Rosario. En 19 de ellos se detectó el serotipo DENV-2.

En la provincia de Córdoba se registraron 27 casos confirmados, nueve con residencia en el departamento San Javier (DENV-1), dos en Colón (DENV-2), cuatro en Capital (DENV-1), uno en Santa María (DENV-2), tres en San Alberto y dos en Marcos Juárez (DENV-1).

En uno de los casos del departamento Colón, se arribó al diagnóstico a las pocas horas del nacimiento, dado que su madre se encontraba sintomática. Se detectó el serotipo DENV-2, interpretándose como dengue asociado a transmisión vertical. Las manifestaciones clínicas registradas en el recién nacido fueron exantema y trombocitopenia. Permaneció internado en el Área de Neonatología, con buena evolución. Se encuentra de alta médica, sin complicaciones asociadas.

Además, se registraron un caso en Corrientes (departamento Esquina; DENV-2), un caso en la CABA (Comuna 14; DENV-1) y tres en la provincia de Buenos Aires. De estos últimos, uno se detectó en La Matanza (DENV-1), otro en Vicente López (DENV-2) y el último en Almirante Brown (DENV-1).

Ninguna de las pacientes embarazadas presentaba antecedentes de viaje ni vacunación y todas mostraron una evolución clínica favorable.

Dengue grave

Entre la SE 31 de 2024 y la SE 14 de 2025 se registraron 23 casos confirmados de dengue grave en las jurisdicciones de Buenos Aires (San Martín, Lanús, Moreno), CABA (Comuna 11 y 12), Córdoba (Capital, Colón, Ischilín, San Alberto y Santa María), La Pampa (Maracó), La Rioja (Ca-

pital) y Santa Fe (Rosario). Del total de los casos graves, 10 ya recibieron el alta y nueve no cuentan con información de alta, por lo que continúan en investigación.

Durante la SE 12, en la localidad de General Pico (La Pampa) se notificó un caso confirmado de dengue en un paciente con comorbilidad grave preexistente: obesidad mórbida con insuficiencia cardíaca dilatada severa, con insuficiencia aórtica y mitral severa, quien, aunque no manifestó criterios de dengue grave, presentó descompensación de su patología cardiovascular, desarrollando un shock cardiogénico que resultó en su fallecimiento. Tras el análisis interdisciplinario del caso, el equipo jurisdiccional concluyó que la causa del deceso no se encuentra vinculada directamente a la infección por dengue, sino a la progresión de su enfermedad de base.

En la SE 13, se notificaron dos casos confirmados de dengue fallecidos:

- Uno de ellos ocurrió en la provincia de Santa Fe (Caseros, Casilda), donde se registró un caso confirmado de dengue que presentaba enfermedad cardíaca, enfermedad neurológica, enfermedad renal crónica e hipertensión como comorbilidades. Ingresó al efector de salud y permaneció internado sin requerimiento de ingreso a una unidad de terapia intensiva. Falleció a los 10 días de la internación y luego de la investigación realizada por la jurisdicción se concluyó que la causa del fallecimiento estaba relacionada con una complicación de su enfermedad preexistente.
- El otro caso confirmado de dengue ocurrió en la CABA en una paciente que presentaba comorbilidades, con una evolución rápida y tórpida. El cuadro atípico y la presencia de leucocitosis, asimismo, torna menos probable que el dengue haya sido la causa directa del desenlace. No obstante, al momento no se ha tenido aislamiento de otros agentes infecciosos. Luego de la investigación epidemiológica realizada, se consideró que la enfermedad podría haberse hallado entre los elementos de la cadena causal, aunque no pueden descartarse otros factores precipitantes o coadyuvantes dada la rápida evolución del cuadro en el establecimiento sanitario.

En la SE 14 se recibió la notificación de un caso confirmado de dengue correspondiente a la provincia de Córdoba, departamento San Alberto, quien presentaba diabetes e hipertensión como comorbilidades y se internó a principios de abril con signos de alarma, requiriendo cuidados intensivos. Su evolución clínica fue tórpida, con acetonuria, oligoanuria, alteración de la conciencia, shock cardiogénico y falleció a los dos días de su internación. Hasta la fecha, se encuentra en investigación la causa de su deceso.

Un reciente [estudio](#) muestra que el virus de Oropouche puede estar más extendido en América Latina de lo que se creía anteriormente y que hasta una de cada 10 personas que viven en la región probablemente hayan experimentado una infección previa con el patógeno.

Identificado por primera vez en la década de 1950, el virus causa síntomas inespecíficos, generalmente leves, como fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, dolor en las extremidades y, en algunos casos, náuseas y erupciones cutáneas. El virus se transmite principalmente por la picadura del jején *Culicoides paraensis* y, posiblemente, algunos mosquitos del género *Culex*.

Pero desde que comenzó un gran brote en 2023, se han reportado más casos de complicaciones graves de la infección en mujeres embarazadas y al menos dos muertes entre más de 20.000 casos observados en países latinoamericanos y caribeños.

Para comprender este cambio, se analizaron más de 9.400 muestras de sangre recolectadas de personas sanas y enfermas en Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador y Perú entre 2001 y 2022. Se detectaron anticuerpos contra el virus en 6,3% de las muestras. Las muestras tomadas de personas que viven en la región amazónica mostraron una prevalencia de anticuerpos de 10%, mientras que solo 2% de las muestras de Costa Rica mostraron anticuerpos.

Además, los patrones de lluvia y clima tuvieron una influencia directa en el número de infecciones por el virus de Oropouche, lo que sugiere que fue el clima y el ambiente, y no los cambios virales, los que impulsaron el brote actual.

Por lo tanto, se asume que el brote actual de fiebre de Oropouche se ha visto impulsado por fenómenos meteorológicos, como El Niño. Por el contrario, no se encontró evidencia de que las propiedades cambiantes del virus puedan explicar el alto número de casos actual.

Es posible que el virus de Oropouche se propague aún más en el futuro, a medida que avanza el cambio climático.





El Ministerio de Salud y Bienestar informó a la población sobre dos casos confirmados de sarampión en Belice. El último caso confirmado de esta enfermedad se había registrado en 1991. Los casos positivos se identificaron en personas de los distritos de Corozal y Cayo que formaban parte de un grupo con antecedentes de viajes recientes a México. Desde su regreso el 31 de marzo de 2025, dos de las personas presentaron fiebre y sarpullido, y se tomaron muestras que confirmaron el diagnóstico. Todas las personas que viajaron en ese grupo permanecen aisladas actualmente, y el ministerio continúa monitoreando la aparición de fiebre y sarpullido.

Se estima que en 2023 se reportaron 10,3 millones de casos de sarampión, cifra que sigue aumentando, con brotes que actualmente afectan a todas las regiones del mundo. Las personas no vacunadas corren el riesgo de contraer sarampión al viajar y podrían, sin saberlo, traer la enfermedad de vuelta a su país, contagiando a otras personas. En respuesta al aumento de casos de sarampión a nivel mundial y a los dos casos confirmados en Belice, el Ministerio de Salud y Bienestar intensificó la vigilancia de los síntomas de fiebre y sarpullido en todo el país, y amplió el acceso a la vacuna contra el sarampión. La vacuna, conocida comúnmente como triple viral (sarampión, parotiditis y rubéola), se administra generalmente a los niños en dos dosis: la primera a los 12 meses y la segunda a los 18 meses de edad.

Si bien el sarampión es altamente contagioso, se puede prevenir mediante la vacunación. El ministerio recomendó enfáticamente a los padres y tutores que revisen la cartilla de vacunación de los niños para asegurarse de que hayan recibido ambas dosis de la vacuna contra el sarampión.

Cualquier persona que no se haya vacunado contra el sarampión, independientemente de su edad, debe acudir al centro de salud más cercano para obtener más información o vacunarse.

El Ministerio de Salud y Bienestar instó a la población a mantenerse alerta y reportar cualquier caso de fiebre y síntomas de erupción cutánea al centro de salud más cercano sin demora.

El grupo de viajeros visitó Chihuahua, en el norte de México, donde se ha producido una propagación cruzada del sarampión con Texas, su vecino del norte.

Los casos se dieron en viajeros internacionales no vacunados. Sin embargo, un caso de sarampión detectado en viajeros no desencadena necesariamente un brote autóctono. En el caso del sarampión, contar con una población bien vacunada lo evitará, junto con el rápido reconocimiento del caso índice para fines de aislamiento e identificación de contactos.

Según el contexto epidemiológico, en 2024 se registraron en Colombia 18 casos de enfermedad de Chagas aguda, 12 casos (66,7%) en el régimen de afiliación subsidiado, y seis (33,3%) en el régimen contributivo. Diez casos (55,6%) correspondieron al sexo femenino.

Respecto de la vía de transmisión de los casos agudos, se identificó a nueve (50,0%) como de transmisión vectorial, a diferencia del año anterior, en el que predominó la transmisión oral.

Una característica importante identificada en los casos notificados de enfermedad de Chagas aguda es que 15 (83,3%) pertenecían a los estratos socioeconómicos 1 y 2². En las investigaciones epidemiológicas de campo realizadas por las entidades territoriales, se identificó que las condiciones de las viviendas es un factor de importancia para la transmisión vectorial o por intrusión de los triatominos y animales silvestres.

Colombia ha logrado importantes avances en la lucha contra la enfermedad de Chagas. Actualmente, 66 municipios han sido certificados para la interrupción de la transmisión intradomiciliaria por vía vectorial, y otros 34 se encuentran en proceso de certificación. Además, se realiza tamizaje de 100% de las bolsas de sangre donadas para prevenir la transmisión por transfusión. Para 2017, un nuevo flujograma de diagnóstico fue desarrollado y el impacto sobre la cobertura de diagnóstico ha sido consistente. Recientemente se trabaja en una recomendación técnica para el uso de pruebas de diagnóstico rápido, lo que permitirá mejorar el acceso principalmente en los territorios más alejados del país.

En Colombia, los casos de enfermedad de Chagas aguda se distribuyen en los departamentos de Casanare, Córdoba, Boyacá, Santander, Arauca, Guaviare, Santa Marta y Valle del Cauca.

La incidencia general de la enfermedad de Chagas aguda en 2024, fue de 0,31 casos cada 100.000 habitantes. Los municipios con las incidencias más altas fueron Puerto Rondón (Arauca; 57,84 casos cada 100.000 habitantes, Cubará (Boyacá; 23,48) y San Luis de Palenque (Casanare; 18,10), la vía de transmisión identificada en estos brotes fue la vectorial.

Se registró un único muerto por enfermedad de Chagas aguda en 2024, lo que indica una tasa de letalidad de 5,6%.

Respecto del comportamiento de los casos de enfermedad de Chagas crónica, se registran 947 casos en 2024. El análisis de las características demográficas, donde la población del sexo femenino es de 190 casos (20,1% del total). Proceden del área rural 566 casos (59,8%), y 751 casos (79,3%) pertenecen al régimen subsidiado.

² Según el Departamento de Planeación Nacional de Colombia, los estratos socioeconómicos en los que se pueden clasificar las viviendas o los predios son seis. Pertenecer al estrato 1 significa Bajo-bajo, el 2 es Bajo, 3 Medio-bajo, 4 Medio, 5 Medio-alto y 6 Alto. Desde hace varios años, el Gobierno Nacional estipuló que las personas que habitan casas, departamentos o predios pertenecientes a los niveles 1, 2 y 3 son clasificados como de estrato bajo, por lo que estas personas son las que reciben mayores beneficios y ayudas socioeconómicas, ya que en esta población están los ciudadanos de menos recursos.

La clasificación en cualquiera de los seis estratos es una aproximación a la diferencia socioeconómica jerarquizada. Como resultado de dicha clasificación, en una misma ciudad se pueden encontrar viviendas tan distintas como las que van desde el tugurio (hogar en condiciones precarias para vivir) habitado por personas sin recursos, hasta la mansión que, en igual forma evidencia una enorme acumulación de riqueza.

Cada estrato está directamente relacionado con el estado físico, externo e interno de la vivienda, su entorno inmediato y su contexto habitacional y funcional urbano o rural.

Se identificó que 228 casos corresponden a población indígena (24,1%); de ellos, 121 casos proceden de Cesar (Valledupar; 53,1%) y 62 de La Guajira (San Juan del Cesar; 27,2%).

De los 947 casos de enfermedad de Chagas crónica del año 2024, 141 casos (14,9%) son gestantes y 371 (39,2%) corresponde a mujeres en edad fértil.

Un total de 853 casos de enfermedad de Chagas crónica (90,1%) se identificaron en los departamentos de Santander, Boyacá, Cesar, Casanare, Norte de Santander, Arauca, La Guajira, Cundinamarca, y Meta. Estos departamentos forman parte del plan de interrupción de la enfermedad de Chagas, donde se ha intensificado y fortalecido el diagnóstico y tratamiento, priorizando la población en riesgo.

Respecto del único caso fatal confirmado de enfermedad de Chagas aguda en 2024, se presentó en el municipio de Sahagún, departamento de Córdoba, en el contexto de un brote de transmisión oral. Se trató de un adulto mayor de 88 años, quien consumió un armadillo en un almuerzo familiar con su esposa y una prima.

Se trató de un individuo con deficientes conocimiento, actitudes y prácticas en salud, con baja percepción de riesgo como para acudir a un servicio de salud. Residía en una zona sub-urbana, con vulnerabilidad geográfica y social, en un hogar con servicios públicos deficientes.

La enfermedad de Chagas o tripanosomosis americana es una afección parasitaria, sistémica, crónica transmitida por vectores, causada por el protozoario *Trypanosoma cruzi*. Se ha evidenciado vinculación con aspectos socioeconómico-culturales deficitarios, considerándose una enfermedad desatendida. Según datos para la Región de las Américas, la enfermedad es endémica en 21 países; se estima que afecta a 7,5 millones de personas, con un riesgo de infección en 100 millones de personas expuestas, 30.000 casos nuevos, lo que puede producir 12.000 muertes al año; 1,5 millones de personas padecen de cardiopatía chagásica y anualmente nacen 9.100 niños infectados por la enfermedad de Chagas.

Los casos de enfermedad de Chagas están relacionados con situaciones de pobreza, donde la carga por la enfermedad se evidencia con graves consecuencias para la salud y la economía de las personas infectadas. Las condiciones eco-epidemiológicas y socioeconómicas son determinantes, y se reflejan en viviendas con deficiencias estructurales de riesgo, limitado acceso a los servicios públicos, condiciones de vulnerabilidad de las poblaciones, migración activa, urbanización en zonas de riesgo, intensificación del turismo, modificación de estrategias agrícolas y el cambio climático, entre otros aspectos relacionados. Se hace necesario establecer y dar continuidad a las estrategias de control y planes de atención médica integral que se han venido trabajando a lo largo del tiempo para reducir la mortalidad y la morbilidad, con especial énfasis en la detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de los casos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a través de la estrategia de [eliminación de la transmisión materno infantil de enfermedades prevenibles \(ETMI-Plus\)](#) trazó la meta de eliminar la transmisión congénita de la enfermedad de Chagas en países endémicos.

Es importante resaltar que el plan de interrupción es liderado en Colombia por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo técnico del Instituto Nacional de Salud y el trabajo articulado con las entidades territoriales. Actualmente los departamentos de Arauca, Boyacá, Casanare, Cundinamarca, Meta, Santander, Norte de Santander, Tolima y Vichada realizan acciones del [Plan de interrupción de la transmisión intradomiciliaria de *Trypanosoma cruzi* por *Rhodnius prolixus*](#), siendo esta última una meta en la que el país pretende disminuir la morbilidad de la enfermedad en el principal escenario (vivienda) y mecanismo de transmisión para Colombia (vectorial por *Rhodnius prolixus*).



Michigan ha informado oficialmente de un brote de sarampión en el estado. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (MDHHS) y la División de Salud del condado de Oakland confirmaron su primer caso de sarampión en el condado de Oakland el 14 de marzo.

Y el 17 de abril, el departamento anunció un brote distinto en el condado de Montcalm, tras confirmarse tres casos.



Se trata del primer brote de sarampión en Michigan desde 2019, con un total de ocho casos detectados en todo el estado en 2025.

Un brote se refiere a una incidencia de tres o más casos que comparten una fuente de infección, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos.

Este año se han identificado brotes de sarampión en otros siete estados del país, entre ellos Texas, New México, Kansas, Ohio, Indiana, Pennsylvania y California, según los departamentos de salud de los estados.

Hasta el 10 de abril de 2025, los CDC han confirmado 712 casos de sarampión en todo el país.

La Dra. Natasha Bagdasarian, directora médica del MDHHS, mencionó en un comunicado que el brote de Michigan “subraya lo contagioso que es el sarampión y lo rápido que puede propagarse”.

“La vacuna triple viral –contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola– sigue siendo la mejor defensa, y dos dosis ofrecen 97% de protección contra el sarampión”, dijo.

“Instamos a todos los residentes de Michigan a que comprueben sus registros de vacunación para asegurarse de que están al día con la vacuna triple viral”.

Al parecer, el brote del condado de Montcalm está relacionado con un brote mayor que se está produciendo en Ontario (Canadá).

El MDHHS confirmó que, al 17 de abril, no hay nuevos lugares de exposición pública de los que informar.

El sarampión es muy contagioso, especialmente para quienes no están vacunados, ya que la mayoría de los casos en todo el país se han producido en niños en edad escolar no vacunados.

Los síntomas comunes son fiebre, tos, conjuntivitis, secreción nasal y una erupción que empieza en la cara y luego se extiende al resto del cuerpo.

Los síntomas pueden aparecer entre siete y catorce días después de la exposición, según el MDHHS, que reitera que la mejor forma de prevenir la infección es la vacunación.

“El MDHHS y el Departamento de Salud del Distrito de Mid-Michigan (MMDHD) recomiendan encarecidamente a las personas de 1 año o más que no hayan recibido la vacuna triple viral que lo hagan cuanto antes para protegerse a sí mismas y a los demás”, aconsejó el departamento.

“Las vacunas están disponibles en la consulta médica, en la mayoría de las farmacias y en el departamento de salud local”.



Primeros casos del año en Virginia, Montana, Missouri y Louisiana

El Departamento de Salud de Virginia (VDH) confirmó el primer caso de sarampión del estado en 2025, en un niño menor de cuatro años que potencialmente expuso a otros en clínicas de Woodbridge y Fredericksburg. El paciente viajó recientemente al extranjero y vive en la región noroeste de la agencia, que incluye los condados de Stafford, Fauquier y Rappahannock.

El Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos (DPHHS) de Montana y el Departamento de Salud de la Ciudad-Condado de Gallatin (GCCHD) están investigando cinco casos confirmados de sarampión, los primeros en el estado desde 1990. Se trata de niños y adultos que estuvieron expuestos durante un viaje fuera de Montana. Residen en el condado de Gallatin y se encuentran aislados en sus hogares. Las cinco personas no están vacunadas o se desconoce su estado de vacunación.

En Missouri, el Departamento de Salud y Servicios para Personas Mayores (DHSS) confirmó un caso de sarampión en un visitante del condado de Taney, asociado con un viaje internacional reciente. Se trata de un niño cuyo estado de vacunación aún no se ha verificado. No hay indicios de exposición generalizada, ya que esta persona fue diagnosticada poco después de llegar al condado de Taney.

El Departamento de Salud de Louisiana (LDH) confirmó el primer caso de sarampión de 2025, en un adulto residente de la Región 1 (compuesta por las parroquias de Jefferson, Orleans, Plaquemines y St. Bernard). Hasta el momento, la exposición del paciente parece estar relacionada con viajes internacionales. El caso se encuentra aislado y recibió tratamiento en un hospital de la Región 1. No fue hospitalizado y permanecerá aislado hasta que deje de ser contagioso. No estaba vacunado. En 2024, se reportaron tres casos confirmados de sarampión asociados a viajes en Louisiana, todos en el área metropolitana de New Orleans.

La Secretaría de Salud de México informó la detección del primer caso humano de miasis por gusano barrenador (*Cochliomyia hominivorax*) en una mujer de 77 años de edad residente del municipio de Acacoyagua, estado de Chiapas.

De acuerdo con el informe, la paciente se encuentra estable, en tratamiento con esquema antibiótico y fue trasladada al Hospital Regional de Alta Especialidad 'Ciudad Salud' de Tapachula, Chiapas, en donde continúa recibiendo atención médica.

Derivado de la notificación del caso detectado, los servicios estatales de Chiapas realizaron la investigación correspondiente en relación con este gusano que se localiza en el ganado.

La Secretaría detalló que las autoridades de Agricultura y de Salud ya ejecutan intervenciones encaminadas a proteger a la población; además, se capacita sobre la vigilancia epidemiológica, prevención y control de miasis con la participación de personal de Servicio Nacional de Sanidad, Inocuidad y Calidad Agroalimentaria (SENASICA).

Hasta el momento no se han identificado más casos en humanos, por lo que la brigada epidemiológica de la jurisdicción sanitaria de Tapachula se encuentra realizando acciones de promoción de la salud, vigilancia y contención en la localidad de residencia de la mujer.

En el mes de octubre de 2024, Guatemala reportó el primer caso de gusano barrenador en el ganado, a unos 500 kilómetros de la frontera con México.

Pero, tras el contrabando de ganado, el 24 de noviembre de 2024 en el municipio de Catazajá, y en el mes de marzo de 2025, el SENASICA reportó al menos 369 casos de infección por este parásito en Chiapas, Tabasco, Campeche y Quintana Roo.

A fines del año pasado, Estados Unidos suspendió temporalmente las importaciones de ganado vivo mexicano después de que se identificó un caso de gusano barrenador en ganado en la localidad de Catazajá, en el sur del estado de Chiapas.

El Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA) señaló en su momento que la Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural le había notificado la detección del gusano barrenador en una vaca en un puesto de control cerca de la frontera sur con Guatemala.

Debido a lo anterior, se realizó una barrera de inspección sanitaria al ganado al sur del país para erradicar la plaga en el menor tiempo posible, lo cual fue reforzado en cooperación con el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA) en febrero pasado para prevenir y controlar al gusano barrenador del ganado.





En una [nota](#) del 15 de abril de 2025 dirigida a los establecimientos de salud, el Ministerio de Salud y de Higiene Pública de Burkina Faso confirmó un caso de fiebre zika registrado a principios de abril en el distrito sanitario de Ziniaré, en la región Plateau-Central.

El sistema de vigilancia epidemiológica recibió la notificación del Laboratorio Nacional de Referencia para Fiebres Hemorrágicas Virales (LNR-FHV) de un caso confirmado de enfermedad por el virus Zika el 8 de abril de 2025, señala la nota, enfatizando que la fiebre zika es una enfermedad prioritaria bajo vigilancia en Burkina Faso.

“El riesgo de transmisión es alto, teniendo en cuenta los datos entomológicos que indican la fuerte presencia de mosquitos del género *Aedes*, vectores implicados en la transmisión de esta enfermedad, y la situación sanitaria subregional que indica la circulación del virus Zika”, advirtió el Secretario General del Ministerio de Salud, Joël Arthur Kiendrébéogo.

Al llamar a los actores involucrados a fortalecer la vigilancia epidemiológica de la fiebre zika, Kiendrébéogo explicó que todo caso sospechoso debe ser notificado sistemáticamente y ser objeto de toma de muestra para su análisis.

El virus Zika se transmite a los humanos a través de la picadura de mosquitos *Aedes*, incluidos *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*.

La enfermedad puede provocar complicaciones neurológicas y defectos de nacimiento.

No existe ningún tratamiento antiviral específico ni vacuna activa contra el virus Zika.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), a pesar de una reducción global de los casos de fiebre zika desde 2017, se ha confirmado la circulación de este virus transmitido por mosquitos en 89 países de todo el mundo.

China detectó cinco casos de influenza aviar A(H9N2), que afectaron a tres niños y dos adultos de cinco provincias diferentes, según una actualización semanal sobre influenza aviar del Centro para la Protección de la Salud de Hong Kong (CHP).

Este virus circula en aves de corral en China y otras regiones de Asia, y se siguen reportando infecciones humanas esporádicas, principalmente en China. Las infecciones suelen presentarse en niños, quienes suelen presentar síntomas leves. Sin embargo, las infecciones pueden ser graves.



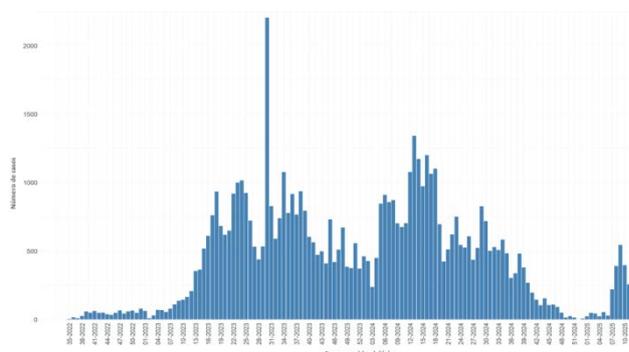
Los datos de los casos se detallan a continuación:

- Niño de 15 años de edad, de la provincia de Hunan, cuyos síntomas iniciaron el 8 de enero.
- Mujer de 56 años de edad, de la provincia de Guangdong, cuyos síntomas iniciaron el 20 de enero.
- Niña de 7 años de edad, de la provincia de Henan, cuyos síntomas iniciaron el 11 de febrero.
- Niño de 5 años de edad, de la Región Autónoma de Guangxi Zhuang, cuyos síntomas iniciaron el 3 de marzo.
- Mujer de 35 años de edad, de la provincia de Guizhou, cuyos síntomas iniciaron el 10 de marzo.

El informe del CHP no indica cómo contrajeron el virus, pero muchas infecciones por el virus de la influenza aviar A(H9N2) en el pasado se relacionaron con la exposición a aves de corral o a entornos avícolas. El informe no detalla las afecciones de los pacientes.

En 2024, China reportó 11 casos de influenza aviar A(H9N2), en la provincia de Hunan (4 casos), la provincia de Hubei (2), la Municipalidad de Chongqing (1), la provincia de Guangdong (1), la Región Autónoma de Guangxi Zhuang (1), la provincia de Guizhou (1) y la provincia de Jiangxi (1).

Etiopía se enfrenta a un resurgimiento del cólera tras un período de descenso significativo de casos. El brote prolongado, que comenzó en la semana epidemiológica (SE) 35 de 2022, mostró una marcada mejoría en la última parte de 2024 y las primeras SE de 2025, con muy pocos casos hasta la SE 6 de 2025. Sin embargo, se ha observado un aumento notable en el número de casos desde la SE 7 de 2025. En la SE 13, se notificaron en el país un total de 322 nuevos casos, sin muertes. Entre el 1 de enero y el 30 de marzo de 2025, se notificó un total de 2.567 casos con 35 fallecimientos, principalmente en las regiones de Amhara y Gambella.



Casos notificados de cólera, según semana epidemiológica. Etiopía. Del 28 de agosto de 2022 al 30 de marzo de 2025. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Desde la SE 35 de 2022 hasta la SE 13 de 2025, se notificó un total acumulado de 60.962 casos con 779 fallecimientos (tasa de letalidad de 1,3%) en 12 regiones de Etiopía; las más afectadas fueron Oromia (17.917 casos), Somali (15.183) y Amhara (10.277), que en conjunto representan 71,2% del total de casos notificados en todo el país. Las mujeres fueron las más afectadas (32.750 casos; 53,7% del total de casos notificados). Si bien todos los grupos de edad se han visto afectados, el de 15 a 34 años reporta el mayor número de casos (24.439 casos; 40% del total).

El brote actual se concentra en las regiones de Amhara y Gambella, donde 13 woredas³ (ocho en Gambella y cinco en Amhara) están reportando casos activamente. El brote en Gambella, detectado por primera vez el 11 de febrero de 2025 en la woreda de Akobo, se ha extendido a ocho woredas y campos de refugiados, y se desarrolla en el contexto de conflictos en curso y una afluencia de refugiados de Sudán del Sur, en medio de una infraestructura WASH (agua, saneamiento e higiene) limitada en los campos de refugiados superpoblados.

En Amhara, los desplazamientos debido al conflicto armado y las reuniones masivas en un lugar religioso popular se han asociado con el brote actual de cólera desde febrero de 2025, en un contexto de acceso limitado a los servicios WASH.

Acciones de salud pública

- Se ha fortalecido la coordinación y la colaboración entre organismos gubernamentales, agencias de la Organización de Naciones Unidas, ONG y otros socios humanitarios para garantizar una respuesta unificada y eficaz.
- Se han reforzado las actividades de vigilancia para mejorar la búsqueda activa de casos, el rastreo de contactos y la confirmación de laboratorio de casos sospechosos en todas las

³ Woreda es el nombre que reciben las circunscripciones administrativas, o gobiernos locales, en que se dividen las regiones de Etiopía; son equivalentes a un distrito. Los woredas se componen de una serie de kebele, o asociaciones de vecinos, equivalentes a una municipalidad, y constituyen la unidad más pequeña del gobierno local en Etiopía. Los woredas suelen ser recogidos en zonas, que forman un kilil (administración regional); algunos woredas no forman parte de ninguna zona, y se llaman woredas especiales, que funcionan como entidades autónomas.

regiones afectadas. Se está mejorando la recopilación y el análisis de datos para comprender la evolución epidemiológica de los brotes.

- Se está llevando a cabo una campaña de vacunación oral contra el cólera en la región de Gambella, dirigida a poblaciones de alto riesgo y zonas con transmisión activa. Desde el inicio del brote en 2022, más de 15 millones de personas en todo el país han recibido al menos una dosis de la vacuna oral contra el cólera.
- La gestión de casos continúa para garantizar una capacidad adecuada para el manejo de los casos de cólera en todos los niveles del sistema de salud, incluyendo los centros de terapia de rehidratación oral, los centros de tratamiento del cólera y los mecanismos de derivación para casos graves.
- La capacitación del personal sanitario es continua y necesaria. Se les han proporcionado suministros médicos.
- Se prioriza la comunicación de riesgos y la participación comunitaria mediante información oportuna y precisa al público sobre el brote, sus causas, las medidas de prevención y los servicios disponibles. Se ha involucrado a líderes comunitarios y personas influyentes para promover la búsqueda de atención médica y la participación en las iniciativas de control.
- Se trabaja para abordar las limitaciones de acceso en las zonas afectadas por el conflicto mediante la negociación y mecanismos alternativos de prestación de servicios cuando sea posible.

Interpretación de la situación

El resurgimiento del cólera en Etiopía, tras una disminución significativa de los casos, pone de relieve desafíos críticos de salud pública que requieren atención urgente. El brote, que ahora se concentra principalmente en las regiones de Amhara y Gambella, se ve agravado por varios factores de riesgo, como el desplazamiento, el saneamiento deficiente y el acceso limitado a los servicios WASH.

El cólera se controló en gran medida en Etiopía, y el número de woredas afectados disminuyó de 436 en el pico del brote a tan solo 13 a principios de 2025, gracias al firme liderazgo gubernamental y al apoyo de los socios sanitarios para garantizar una mejor vigilancia, una gestión eficaz de los casos y el éxito de las campañas de vacunación contra el cólera, que alcanzaron a más de 15 millones de personas. Sin embargo, ante el actual rebrote, es fundamental intensificar estos esfuerzos para mantener los logros, centrándose en las zonas de alto riesgo con la vacunación continua, una mejor infraestructura WASH y una colaboración sostenida entre los organismos sanitarios, las organizaciones no gubernamentales y las comunidades locales para abordar los factores de riesgo subyacentes y garantizar una respuesta rápida a los nuevos casos.

El Ministerio de Salud iraquí anunció el 20 de abril que se confirmaron cinco nuevos casos de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo, lo que eleva a 19 el total nacional en lo que va de 2025.

El portavoz del ministerio, Saif Al-Badr, declaró que los nuevos casos reportados se distribuyeron en varias provincias: Dhi Qar (7 casos), Kirkuk (4 casos, 2 fallecimientos), Al-Muthanna (3 casos), Nínive (1 caso), Basora (1 caso), el distrito de Rusafa en Bagdad (1 caso), Maysan (1 caso) y Wasit (1 caso).



La Dirección de Salud de Kirkuk negó los informes de nuevos casos, afirmando que el número oficial de contagios en la provincia se mantiene en cuatro confirmados y dos fallecimientos. “El total incluye dos casos en el centro de la ciudad y dos en los distritos circundantes”, declaró Arjan Mohammed Rashid, Director General de la Dirección de Salud de Kirkuk. Rashid destacó la importancia de verificar la información a través de los canales oficiales y confirmó que los equipos de salud están monitoreando de cerca la situación.

En el sur de Irak, las autoridades sanitarias de Basora confirmaron el primer caso de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en la provincia durante el fin de semana, detectado mediante alerta temprana en el marco de una campaña nacional de vigilancia veterinaria. Riyadh Mohammed, director del Hospital Veterinario de Basora, indicó que 24 equipos de campo trabajan para monitorear el ganado y aplicar tratamientos insecticidas para reducir las poblaciones de garrapatas, el principal vector del virus.

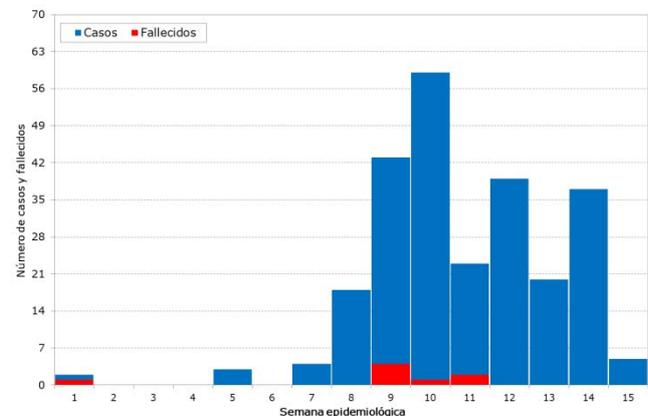
En Al-Anbar, donde hasta el momento no se han reportado casos, el Departamento de Salud Pública intensificó las inspecciones de campo para garantizar el cumplimiento de las medidas de seguridad en las carnicerías y mataderos locales. El director del departamento afirmó que se emprendieron acciones legales contra los infractores durante las inspecciones sorpresa en Ramadi. Los equipos de salud pública también distribuyeron materiales de concienciación a los comerciantes sobre los riesgos de transmisión y las estrategias de prevención.

No se han registrado casos en la región del Kurdistán, según el ministro de Salud, Saman Barzanji. Aseguró que la situación se mantiene estable en todas las provincias de la región.

La fiebre hemorrágica de Crimea-Congo es una fiebre hemorrágica viral que se transmite por picaduras de garrapatas o por contacto directo con sangre de animales infectados. Es altamente infecciosa y puede provocar hemorragias internas, insuficiencia orgánica y, en casos graves, la muerte. Los primeros síntomas pueden incluir fiebre, fatiga, mareos y dolor muscular. En etapas avanzadas, puede causar hemorragias, deterioro neurológico, insuficiencia renal y dificultad respiratoria.

Las autoridades sanitarias de todo Irak siguen pidiendo una mayor concienciación pública y una estricta adhesión a los protocolos de seguridad mientras trabajan para contener el brote.

Se ha notificado un nuevo conglomerado de casos de ascitis (acumulación de líquido en el abdomen) en las regiones de Dosso y Maradi, Níger. Los afectados presentan distensión abdominal acompañada de síntomas como dolor abdominal, vómitos y fiebre, sin que se hayan identificado causas subyacentes. En la semana epidemiológica (SE) 15, se notificaron cinco nuevos casos, sin fallecimientos. Conglomerados similares se identificaron por primera vez en Nigeria y Níger en 2024.



Casos y muertes por ascitis de etiología indeterminada. Níger. Año 2025, hasta semana epidemiológica 15. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

En 2025, hasta el 13 de abril, se notificó un total acumulado de 253 casos, con ocho fallecimientos (tasa de letalidad de 3,2%) en cuatro distritos de las regiones de Dosso y Maradi. La mayoría de los casos se concentran en los distritos de Dogondoutchi (132 casos) y Tibiri (103) de la región de Dosso, que representan 92,9% del total de casos. Los otros distritos con casos son Guidan Roundji (16 casos) y Dioundiou (2), en las regiones de Maradi y Dosso, respectivamente. Las ocho muertes ocurrieron en los distritos de Dogondoutchi (7 muertes) y Tibiri (1). La edad media de las personas afectadas es de 8 años. El grupo de edad de 5 a 14 años es el más afectado, con 175 casos (69,2% de los casos notificados). Los niños menores de cinco años suman 46 casos (18,2% de los casos), con cuatro muertes (50,0% de las muertes).

Entre abril y principios de junio de 2024, Níger notificó un conglomerado similar de casos en seis regiones: Dosso, Tahoua, Maradi, Zinder, Tillaberi y Niamey, con un total de 60 casos y una muerte. El 11 de julio de 2024, en el Instituto 'Dr. Louis Pasteur' de Dakar se realizaron análisis moleculares, incluyendo la reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR) y la secuenciación metagenómica, en muestras recolectadas (nueve de suero, 10 de líquido pleural y una de heces). No se identificaron agentes infecciosos en los casos investigados.

En el brote actual, se siguen considerando varias hipótesis, como la exposición a aflatoxinas, la intoxicación por metales pesados, la contaminación por formaldehído y toxinas naturales, en particular alcaloides de pirrolizidina.

Se están realizando investigaciones para identificar la etiología y orientar las intervenciones de salud pública adecuadas.

Acciones de salud pública

- Se realizó una investigación de campo inicial en las zonas afectadas y se difundió un informe a las partes interesadas nacionales. Se recogieron muestras humanas de pacientes hospitalizados y se transportaron a laboratorios en Niamey para su análisis preliminar.

Durante la misma investigación, personas de la comunidad destacaron casos de enfermedad y muertes en perros, con dos muertes confirmadas.

- Se está planificando una segunda investigación multidisciplinaria más exhaustiva, en la que participarán epidemiólogos, expertos en salud ambiental, veterinarios, entomólogos y toxicólogos. Esta incluirá un amplio muestreo de campo y de autopsias cuando sea posible. También se enviarán muestras a laboratorios de referencia para su análisis.
- Como parte de la investigación clínica intensificada, una cohorte de aproximadamente 12 pacientes será remitida a dos importantes hospitales de Niamey para una evaluación exhaustiva. Estos casos se seleccionarán para representar diferentes grupos de edad y sexos, con el fin de facilitar una comprensión clínica y epidemiológica amplia.
- Se ha elaborado un borrador de protocolo para la gestión de casos y se han movilizado medicamentos para el manejo sintomático y de apoyo de los casos.
- Con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud y sus socios, las autoridades de salud pública han activado equipos de campo para realizar investigaciones comunitarias, reforzar la vigilancia e involucrar a los líderes locales en la comunicación de riesgos.

Interpretación de la situación

La recurrencia del síndrome ascítico en Níger, que afecta predominantemente a niños y adolescentes, pone de relieve una amenaza creciente y no resuelta para la salud pública, con posibles orígenes ambientales o toxicológicos. La recurrencia de un nuevo conglomerado de casos en 2025 subraya los riesgos de exposición actuales y sugiere una fuente de contaminación compleja, posiblemente localizada. Este evento requiere atención urgente, sobre todo porque la causa sigue siendo desconocida y la capacidad nacional de diagnóstico es limitada. La ausencia de agentes infecciosos confirmados indica la necesidad de realizar investigaciones de salud ambiental y análisis toxicológicos rigurosos. Una acción eficaz de salud pública depende ahora de acelerar una respuesta coordinada y multidisciplinaria, mejorar la capacidad nacional y movilizar el apoyo técnico internacional para identificar el agente etiológico y prevenir más enfermedades y muertes.

Pakistán inició el 21 de abril una segunda campaña nacional de vacunación de una semana de duración destinada a proteger a 45 millones de niños de la poliomielitis, dijeron las autoridades.

Según la Organización Mundial de la Salud, Pakistán y el vecino Afganistán siguen siendo los únicos dos países donde no se ha podido erradicar el virus potencialmente mortal y paralizante.

Desde enero, Pakistán reportó solo seis casos de poliomielitis. El año pasado, este país del sur de Asia experimentó un aumento repentino de casos, que ascendieron a 74, aunque había reportado solo un caso en 2021.

El Ministro de Salud de Pakistán, Mustafa Kamal, instó a los padres a cooperar con el personal médico que visita puerta a puerta para vacunar a los niños.

Los trabajadores de la salud son a menudo atacados por militantes que afirman falsamente que los esfuerzos de vacunación son parte de un complot occidental para esterilizar a los niños musulmanes.

El 21 de abril, la policía mató a un militante cuando abrió fuego contra los agentes encargados de proteger a los trabajadores sanitarios en la campaña contra la poliomielitis en Azam Warsak, distrito de la provincia de Khyber Pakhtunkhwa, según el jefe de la policía local, Alamgir Mahsud. Añadió que todos los agentes resultaron ilesos.

Desde la década de 1990, más de 200 trabajadores de la lucha contra la poliomielitis y los policías encargados de protegerlos han muerto en ataques.



El niño gazatí Osama al Raqab, de 5 años, quiere jugar al fútbol o montar en bicicleta, pero la falta de energía no se lo permite. Como él, decenas de miles de niños en Gaza padecen malnutrición, debido a que Israel no permite la entrada de suministros –agua, alimentos, ayuda humanitaria o combustible– desde hace 50 días.



“La vida se ha convertido en un infierno insoportable”, dicen los residentes de Gaza, ya que todas las necesidades básicas de la vida se han colapsado: las panaderías han dejado de funcionar, los hospitales se han convertido en escenarios de muerte lenta, y [los niños mueren de hambre](#), el más reciente Uday Fadi Ahmed, que murió de desnutrición en el Hospital Al-Aqsa de [Deir al-Balah](#).

La madre de Osama, Mona al Raqab, dice que su hijo pesaba 14 kilos antes de la ofensiva israelí que comenzó en octubre de 2023. Hoy, cada una de sus vértebras y costillas son visibles, y tanto sus brazos como sus piernas se han convertido en dos mástiles frágiles y huesudos que apenas le permiten moverse.

“Los médicos me dijeron que debía darle de comer más carne, huevos, pollo. Más proteínas y alimentos con grasa como nueces, pero con el cierre de los cruces hay mucha carencia de estos productos, y mi hijo se puso muy débil”, dijo la progenitora en la tienda donde ambos se refugian en Jan Yunis, en el sur de Gaza. Desde el pasado 2 de marzo no ha entrado nada de ayuda humanitaria o comercial en la Franja, donde viven más de 2,1 millones de personas.

Hamás acusó a Israel de [utilizar el hambre como arma de guerra](#) y confirmó en un comunicado que Gaza ha entrado en la fase de hambruna real, describiendo la crisis como “uno de los peores desastres humanitarios de la historia moderna”. El movimiento afirmó: “Desde el 2 de marzo, Israel intensificó su asedio cerrando los pasos fronterizos e impidiendo la entrada de alimentos, agua y medicinas, en un crimen que representa una grave escalada de la política de genocidio”.

El bloqueo, junto a nuevas órdenes de evacuación forzosa y la reanudación de los ataques israelíes el pasado 18 de marzo, forzó a principios de abril el cierre de 21 centros de tratamiento contra la desnutrición, según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), interrumpiendo la atención a unos 350 niños. De forma paralela, ante la falta de harina y de gas para cocinar, el Programa Mundial de Alimentos se vio obligado a cerrar 25 panaderías que mantenía en Gaza.

El bloqueo duplica los niños con desnutrición aguda

Mona dice que, pese a los bombardeos, todavía quiere que su hijo juegue y salga a caminar. Pero reconoce que “apenas da dos pasos se cansa” y es ella la que tiene que cargar con el peso de un lado a otro.

“No queda comida nutritiva, es como si no comiera nada”, dijo esta madre, que enumera de memoria los precios disparados de productos esenciales como huevos (uno solo cuesta más de dos euros) o nueces (28 gramos por unos ocho euros).

El UNICEF calcula en “decenas de miles” los niños desnutridos en Gaza en los 50 días de bloqueo israelí, el periodo más largo desde los ataques de Hamás de octubre de 2023, indicó su portavoz en Palestina, Kazem Abu Khalaf.



Cientos de palestinos reunidos frente a un *takiyat* para recibir ayuda alimentaria.

“El estado nutricional actual de los niños en Gaza es realmente grave y empeora día a día”, dijo para añadir que “el consumo de grupos de alimentos clave como la carne, los lácteos, las verduras y las frutas sigue siendo críticamente bajo”.

En febrero, el UNICEF registró 2.027 casos de desnutrición aguda, que casi se duplicaron en marzo, cuando se alcanzaron 3.696 ingresos por esta causa.

El pediatra norteamericano John Kahler, cofundador de la ONG MedGlobal y que ha sido voluntario en Gaza en múltiples ocasiones, explicó que cuando el sistema inmunológico está tan debilitado, los niños son más propensos a sufrir diarreas e infecciones respiratorias, además se sentir dolor físico por la falta de alimento.

Cifras recientes reflejan la magnitud de la tragedia: 3.600 niños reciben actualmente tratamiento por desnutrición, lo que supone un aumento de 80% con respecto al mes pasado, según la Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA).

El UNICEF advirtió que 335.000 niños menores de cinco años, todos los niños de Gaza en este grupo de edad, están al borde de la muerte por desnutrición aguda. El panorama es aún más sombrío, ya que, según los informes, 96% de la población de Gaza sufre inseguridad alimentaria aguda.

Según la Red de ONG palestinas, [la Franja de Gaza](#) ha entrado en la fase de hambruna completa, advirtiendo de un desastre humanitario sin precedentes que amenaza la vida de la población, especialmente de niños y mujeres, debido a la continua denegación de ayuda humanitaria desde el 2 de marzo de 2025.

La red indicó en su comunicado que, según los datos publicados por las organizaciones de ayuda, 91% de la población de la Franja de Gaza vive actualmente en la fase de “crisis” de inseguridad alimentaria (fase 3 y superiores), mientras que 345.000 personas se encuentran en la quinta fase, la más peligrosa, que significa hambruna completa.

Según Al-Shabaka, las cifras revelan que 92% de los niños de entre 6 meses y 2 años, así como las madres lactantes, no tienen acceso a sus necesidades nutricionales básicas mínimas, lo que les expone a graves riesgos para la salud que les perseguirán durante toda su vida. Además, 65% de la población ya no tiene acceso a agua limpia para beber o cocinar.

Una lucha diaria contra el hambre y la desnutrición

Frente a su tienda de campaña, Umm Ayman al-Ar se sienta con su familia de siete miembros y relata su lucha diaria para satisfacer las necesidades más básicas de la vida. Su marido, que perdió su trabajo a causa de la guerra, sale cada mañana en busca de cualquier fuente de sus-

tento, mientras que la familia depende por completo de lo que le proporcionan las *takiyat*⁴ cercanas y los proyectos temporales de alimentación del campo, que a su vez ha sufrido una grave escasez de alimentos tras el cierre de los pasos fronterizos.



”Volvemos al punto de partida”, lamentó Umm Ayman, señalando que las verduras y la carne han desaparecido de los mercados, lo que la obliga a depender de una ayuda limitada que ya no es suficiente para cubrir las necesidades de su familia.

En otro campamento, Siham al-Mabhough relató su dolorosa historia con sus sobrinos, de los que se hizo responsable después de que su madre fuera asesinada y su padre viajara para recibir tratamiento médico a principios de enero.

“Estamos hartos de pasta, lentejas y arroz”, dijo la mujer, que, junto con sus sobrinos, sufre desnutrición tras depender diariamente de estos alimentos desde el comienzo del Ramadán.

Siham añadió que es alérgica a los conservantes de los alimentos enlatados, que durante mucho tiempo fueron el único sustento de la familia. Se esfuerza por instar a los niños a que coman lo que hay, pero a menudo fracasa, mientras que los problemas de salud de todos se agravan por la falta de una nutrición adecuada.

10.000 gazatíes necesitan evacuación médica

Osama padece varias infecciones de este tipo y, según su madre, debería administrarle tres medicamentos diferentes en vapor mediante un nebulizador, pero la falta de electricidad se lo impide.

“Necesitaríamos electricidad durante 24 horas al día”, dijo Mona. “Pido a los vecinos que me extiendan un cable por una hora. Habría que darle dos medicamentos dos veces al día y el tercero una vez. Pero claro, por la dificultad de no tener electricidad todo el día me veo obligada darle el tratamiento de vapor con los tres medicamentos al mismo tiempo, solo una vez al día”.

Los médicos que le hicieron análisis y chequeos a Osama le recomendaron que sea tratado con urgencia fuera de la Franja, pero el número de evacuaciones médicas se ha reducido aún más desde el cierre total del cruce de Rafah el pasado 18 de marzo y la suspensión del medio centenar de evacuados diarios, según lo pactado en el acuerdo de alto el fuego.

El pasado 9 de abril, 18 pacientes gazatíes salieron a través del cruce de Kerem Shalom para recibir tratamiento en Noruega, Malta, Luxemburgo y Rumania, junto con 29 acompañantes, informó la Organización Mundial de la Salud (OMS), que dijo que otros 1.823 pacientes, incluidos 689 niños, habían sido evacuados para recibir atención especializada entre el 1 de febrero y el 9 de abril.

Sin embargo, según la OMS, se estima que entre 10.500 y 12.500 gazatíes aún necesitan urgentemente tratamiento médico inaccesible en la Franja, tras 18 meses de ataques israelíes también contra hospitales y centros médicos, falta de cirujanos y extrema escasez tanto de insumos médicos como de medicamentos.

⁴ En medio de esta crisis humanitaria, las *takiyat* son una iniciativa clave en la campaña de ayuda urgente para los desplazados en Gaza, proporcionando comidas calientes diarias a quienes más lo necesitan, gracias al apoyo de donantes y voluntarios.

El Ministerio de Salud declaró oficialmente un brote de dengue en Samoa. Se ha observado un aumento significativo en el número de casos sospechosos y confirmados, especialmente en Upolu, en las últimas dos semanas.

Desde enero, se han reportado 15 casos confirmados por laboratorio, uno de los cuales se identificó en las últimas dos semanas. La mayoría de los casos se reportaron en el Hospital Principal de Moto'otua, donde los pacientes inicialmente presentaron síntomas gripales antes de dar positivo en la prueba de dengue.

La mayoría de estas personas se han recuperado sin necesidad de ingreso hospitalario.

Las zonas más afectadas son las del noroeste de Upolu, con casos reportados en todos los grupos de edad. Lamentablemente, se ha confirmado una muerte relacionada con el dengue.

El Ministerio de Salud está monitoreando activamente la situación y continúa fortaleciendo sus esfuerzos de respuesta.

Países vecinos, como Tonga, Fiji y Polinesia Francesa están experimentando brotes de dengue similares.

El Ministerio de Salud seguirá informando periódicamente y se mantiene en contacto con la Organización Mundial de la Salud (OMS) para reforzar su respuesta.



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 aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.