

28 DE MAYO
2025
REC 2.939

ARGENTINA

- Brote de infección invasiva por Kpn MBL/*Ralstonia* spp posiblemente relacionado a la exposición a un medicamento contaminado

AMÉRICA

- Bolivia: Alerta en Santa Cruz por brote de fiebre chikungunya
- Bolivia: Más de 1.000 casos de varicela en los últimos tres meses en La Paz
- Brasil: Más de 1.000 muertes por dengue en 2025

- Perú: La tos convulsa se cobró la vida de nueve personas en Loreto, con casi 500 casos

- Uruguay: Incorporan la vacuna antimeningocócica al calendario nacional de inmunizaciones

EL MUNDO

- Etiopia: Primer caso de mpox
- Grecia: Cierran escuelas por brotes de infecciones por *Streptococcus pyogenes*

- India: Nueva muerte por la enfermedad de la Selva de Kyasanur en Karnataka

- Islas Cook: Brote de dengue en Rarotonga

- Mongolia: Más de 3.100 casos de sarampión en lo que va de 2025

- Senegal: La insuficiencia renal en jóvenes, una amenaza para la economía del país

- Sri Lanka: El país enfrenta un brote de fiebre chikungunya después de 16 años

- Tailandia: Alerta de melioidosis ante el aumento de casos

Comité Editorial

Editor Honorario ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021)

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

Editor en Jefe

ÍLIDE SELENE DE LISA

Editores adjuntosRUTH BRITO
ENRIQUE FARÍAS**Editores Asociados**

ISSN 2796-7050

ADRIÁN MORALES // ÁNGELA GENTILE // NATALIA SPITALE
SUSANA LLOVERAS // TOMÁS ORDUNA // DANIEL STECHER
GUSTAVO LOPARDO // DOMINIQUE PEYRAMOND // EDUARDO SAVIO
CARLA VIZZOTTI // FANCH DUBOIS // GUILLERMO CUERVO
DANIEL PRYLKA // FERNANDO RIERA // CHARLOTTE RUSS
SALVADOR GARCÍA JIMÉNEZ // ALFONSO RODRÍGUEZ MORALES
PILAR AOKI // HUGUES AUMAITRE // MARÍA BELÉN BOUZAS
JORGE BENETUCCI // EDUARDO LÓPEZ // ISABEL CASSETTI
HORACIO SALOMÓN // JAVIER CASELLAS // SERGIO CIMERMAN

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.



BROTE DE INFECCIÓN INVASIVA POR KPN MBL/ *RALSTONIA* SPP POSIBLEMENTE RELACIONADO A LA EXPOSICIÓN A UN MEDICAMENTO CONTAMINADO

26/05/2025

El 7 de mayo de 2025 un establecimiento del subsector privado de salud de la provincia de Buenos Aires informó sobre un brote de infecciones por *Klebsiella pneumoniae* (Kpn) metalobetalactamasa (MBL) no betalactamasa de espectro extendido (BLEE) y *Ralstonia* spp. en pacientes internados en la unidad de terapia intensiva entre los meses de abril y mayo. En el marco de la investigación del brote, se hallaron ambos patógenos en el cultivo de ampollas de fentanilo en el establecimiento de origen.

A partir de ese momento se tomaron acciones de investigación y control y, en virtud de estos datos, el 8 de mayo, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) emitió un [alerta](#) sobre el uso de un lote de fentanilo, indicando que no deberá utilizarse en todo el territorio nacional el producto: “Fentanilo HLB / Fentanilo (Citrato), concentración 0,05 mg/ml, en la forma farmacéutica solución inyectable, lote 31202, vto. SEP-26, presentación por 100 ampollas por 5 ml, Certificado N°53.100” por encontrarse en investigación por desvío de calidad.

El 10 de mayo, la Dirección de Epidemiología y la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) ‘Dr. Carlos Gregorio Malbrán’ del Ministerio de Salud de la Nación emitió un comunicado y alerta a los establecimientos de salud para medidas de control, vigilancia, definiciones de caso, derivaciones de muestras y notificación al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}): “Brote en investigación posiblemente relacionado a exposición de fentanilo contaminado”.

El 11 de mayo se publicó en el Boletín Oficial la [Disposición N°3156/2025](#) de la ANMAT, por la cual se prohibió el uso, la comercialización y la distribución en todo el territorio nacional del producto. También se publicó el 13 de mayo la [Disposición N°3158/2025](#), de la ANMAT, por la cual se inhiben las actividades productivas de la firma HLB Pharma Group S.A. con planta sita en la provincia de Buenos Aires, por las razones expuestas en la disposición, donde se prohíbe el uso, distribución y comercialización en todo el territorio de la República Argentina, de todos los productos registrados a nombre de la firma, hasta que se hallen las condiciones técnicas y sanitarias para levantar la presente medida.

Además, en la misma disposición, se inhiben las actividades productivas de la firma Laboratorios Ramallo S.A. en la provincia de Buenos Aires, debido a que las ampollas habrían sido elaboradas en las instalaciones de esta firma.

Paralelamente a lo actuado por la ANMAT, la Región Sanitaria XI del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires reportó el mismo día la ocurrencia de un brote de infecciones invasivas por *Klebsiella pneumoniae* productora de metalobetalactamasa y *Ralstonia* spp, iden-

tificadas en el laboratorio de una institución de salud del subsistema privado de la provincia de Buenos y que fueron remitidas al Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI-ANLIS) para su confirmación y caracterización.

Los esfuerzos de la investigación están centrados en dimensionar el brote en magnitud y extensión y relacionar los casos sospechosos identificados con los patógenos originalmente detectados, para establecer el vínculo que pueda asociarlos a una fuente común.

Los focos confirmados son establecimientos con casos sospechosos en los que se haya podido establecer una alta relación genómica o molecular con los aislamientos ya caracterizados como involucrados en el brote por parte del Laboratorio Nacional de Referencia.¹

La vigilancia epidemiológica constituye una herramienta fundamental para la detección precoz, el análisis y el control de eventos adversos relacionados con la atención sanitaria. En este contexto, la aparición de brotes nosocomiales asociados a productos farmacológicos contaminados representa un desafío clave para la seguridad del paciente y la calidad de la atención médica.

Con respecto a los aislamientos identificados, *Ralstonia* spp es un bacilo gramnegativo ambiental, conocido por su capacidad para contaminar soluciones estériles y provocar infecciones nosocomiales, especialmente en pacientes inmunocomprometidos. Si bien históricamente ha sido considerada de baja virulencia, en años recientes se ha documentado su implicancia en infecciones severas como bacteriemias, meningitis y otras complicaciones graves.

Por su parte, *Klebsiella pneumoniae* metalobetalactamasa (MBL) no BLEE (betalactamasa de espectro extendido, o sea que no produce las betalactamasas que hidrolizan antibióticos de espectro extendido, como las cefalosporinas) es un patógeno multirresistente de alta relevancia clínica.

Situación epidemiológica

Hasta el 23 de mayo de 2025, se notificaron 69 infecciones por exposición a medicamento contaminado al SNVS^{2,0}.

Los casos sospechosos corresponden a pacientes atendidos en las jurisdicciones de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2 casos) y las provincias de Santa Fe (46 casos) y Buenos Aires (20). Por otra parte, la provincia de Neuquén notificó un caso sospechoso que se encuentra en investigación.

Con respecto a la evolución clínica de los casos notificados, 33 resultaron fallecidos, siendo el grupo más afectado el sexo masculino de 45 a 64 años de edad (mediana de 57 años). A la totalidad de los casos fallecidos se les suministró previamente el lote de fentanilo mencionado, siendo 12 días la mediana entre la administración y el fallecimiento. De todas maneras, aún se encuentra en investigación si la causa del fallecimiento está vinculada al evento en estudio.

En todos los casos se trató de pacientes que se encontraban previamente internados por otras causas y se les administró el medicamento en el contexto de la intervención que cada uno requería por su estado clínico.

¹ Se consideran casos confirmados asociados al brote cuando desde el Laboratorio Nacional de Referencia se haya estudiado hasta poder identificar su alta relación con los patógenos caracterizados en este brote. Los casos asociados por nexo epidemiológico son todos los casos que cumplan con la definición de caso sospechoso en un establecimiento donde se ha podido confirmar un foco, es decir, donde hay casos en los que ya se ha establecido la alta relación con los patógenos asociados a este brote.

El análisis de la información distinguirá casos del brote (todo caso sospechoso o confirmado por laboratorio en establecimientos donde pudo confirmarse un foco) y casos sospechosos (casos que cumplen con la definición de sospechoso pero no pudo establecerse todavía la confirmación por laboratorio de la asociación con el brote en ninguno de los casos de ese establecimiento).

Los casos descartados, no asociados al brote, son los que habiendo cumplido la definición de sospechoso se haya establecido que los aislamientos no tienen relación genómica con los patógenos asociados al brote.

EL DEBER

BOLIVIA

ALERTA EN SANTA CRUZ POR
BROTE DE FIEBRE CHIKUNGUNYA

26/05/2025

El Servicio Departamental de Salud (SEDES) de Santa Cruz declaró, el 26 de mayo, alerta naranja en todo el departamento por el aumento de los casos de fiebre chikungunya. La enfermedad ya provocó la muerte de un recién nacido y mantiene a otros tres neonatos internados en estado delicado.

Según el informe, un adulto mayor de 80 años está internado en el Hospital Francés, además de tres neonatos, dos de ellos en el Hospital Francés y uno en el Hospital de Niños, en estado delicado.

Según la autoridad, la cantidad de casos aumentó de forma considerable en el último mes. En lo que va del año, el departamento registró 1.146 casos. El primer fallecido fue un neonato de 27 días, aunque el Comité Científico aún evalúa si la causa fue la fiebre chikungunya.

El 24 de mayo, el municipio de Santa Cruz de la Sierra ya había emitido alerta naranja y desplazó brigadas para eliminar criaderos y fumigar en los distritos más afectados. El alcalde Max Jhonny Fernández Saucedo aseguró que cuatro distritos están en alerta roja.

El SEDES insistió en que la prevención comienza en el hogar. “Pedimos a la población que limpie sus patios, que elimine recipientes con agua limpia o sucia. Ahí se crían los mosquitos. Es una acción simple, pero clave para evitar más contagios”, remarcó Bilbao.

Además, pidió el apoyo de los medios de comunicación para reforzar la campaña de concientización. “Cada año sufrimos por el dengue, la influenza y ahora por la fiebre chikungunya. Necesitamos que la población tome conciencia y actúe a tiempo”, sostuvo.

El 26 de mayo, la Alcaldía de Santa Cruz inició las fumigaciones y la ejecución de los protocolos necesarios en diferentes zonas para la eliminación de los mosquitos transmisores del virus.

“Se dará inicio al trabajo de la fumigación en los 30 barrios del Distrito Municipal 13. Se hizo un trabajo previo con los vecinos de la recolección de todo lo que podría convertirse en un criadero de mosquitos”, informó Michael Méndez Pinto, secretario municipal de Salud.

De acuerdo con el funcionario municipal, los distritos 12, 13 y 7 son los más afectados, por lo que se priorizará la fumigación en estas zonas.

Un aumento significativo de casos de varicela en Bolivia ha encendido las alertas sanitarias. Según datos del Servicio Departamental de Salud (SEDES) de La Paz, más de 1.000 contagios se han registrado entre marzo y mayo, y lo más preocupante es que la enfermedad está afectando con mayor severidad a los adultos.

En este contexto, autoridades y especialistas recomendaron reforzar las medidas de prevención, con especial énfasis en la vacunación y el monitoreo de síntomas en personas mayores de edad.

“En el departamento de La Paz hablamos de 1.000 casos, nos referimos a casos registrados en marzo, abril y mayo”, informó Javier Mamani Acarapi, jefe de Epidemiología del SEDES.

“Se han presentado casos de varicela en distintas unidades educativas en La Paz, El Alto y provincias. Gracias a las redes de salud fue posible el control de esta enfermedad exantemática, viral y altamente contagiosa. No se trata de un solo colegio, sino de varios, pero al momento los casos fueron controlados”, informó el 20 de mayo.

En la última semana se notificaron 50 contagios esporádicos, de entre uno y ocho casos, lo que, según Mamani Acarapi, “es un comportamiento normal de la época”. Hasta la primera semana de abril, el SEDES registraba 662 casos de esta infección viral.

Sin embargo, enfatizó que los adultos infectados pueden presentar complicaciones más graves, como el compromiso del sistema nervioso periférico. “Ya necesitan una atención médica en un centro de salud”, alertó.

El SEDES recomendó a la población adulta que presente síntomas acudir inmediatamente a un centro de salud para una valoración médica oportuna y evitar complicaciones mayores.

“Las autoridades sanitarias deben mantener un monitoreo continuo de los casos y estar preparadas para implementar medidas de control como el cierre de instituciones educativas en casos de brotes significativos. Además, la educación continua de los profesionales de la salud y de la comunidad es crucial para reducir la propagación de la enfermedad y minimizar su impacto”, advirtió Griselda Freja Vargas Barrera, médica epidemióloga y directora de la carrera de Medicina de la Universidad Franz Tamayo.

La vacuna contra la varicela es la mejor forma de prevenir la enfermedad. Se administra en dos dosis: la primera a los 12 meses y la segunda entre los 4 y 6 años. Los adultos que no hayan tenido varicela, ni hayan sido vacunados deben consultar a un médico.

“Tanto niños como adultos deben estar inmunizados para evitar formas graves de la enfermedad”, subrayó Vargas Barrera.

Si un niño o adulto presenta síntomas, debe permanecer en su hogar hasta que todas las lesiones estén secas y con costra, lo cual suele tomar entre 7 y 10 días. “El aislamiento evita que el virus siga circulando y alcance a personas vulnerables”, recalcó la especialista.

El brote de varicela en La Paz es un recordatorio de que esta enfermedad, aunque común, no debe subestimarse, especialmente en adultos. La vacunación, la vigilancia epidemiológica y las prácticas de higiene son las mejores herramientas para cortar la cadena de contagio.

“La prevención de brotes no solo depende de la vacuna, sino también de la capacidad del sistema de salud para educar, monitorear y responder a tiempo”, concluyó Vargas Barrera.

Frente a una enfermedad que puede parecer inofensiva en su fase infantil, pero que en adultos representa un riesgo elevado, la responsabilidad ciudadana y el fortalecimiento de las políticas sanitarias son más urgentes que nunca.

El Ministerio de Salud de Brasil reportó 1.008 muertes relacionadas con el dengue en 2025, hasta el 17 de mayo. Otras 817 muertes están bajo investigación.

Hasta la fecha se han notificado 1.376.119 casos probables de dengue a nivel nacional.

La mayor parte de los casos y muertes se registran en el estado de São Paulo: 770.339 casos (56% del total) y 693 muertes (69%).

Le siguen a São Paulo en casos mortales, de lejos, Paraná, con 84 fallecidos, y Minas Gerais, con 73.

En cuanto a casos, Minas Gerais ocupa el segundo lugar con 147.083, seguido de Paraná con 108.738 casos.

En la región amazónica de Loreto, al noreste de Perú, las autoridades enfrentan un grave brote de tos convulsa, que ha ocasionado – hasta el momento– la muerte de nueve personas y ha infectado a 490.

El Centro de Prevención y Control de Enfermedades de la Gerencia Regional de Salud (GERESA) así lo confirmó, tras detallar que los más perjudicados son los niños de comunidades recónditas que no han recibido el esquema completo de vacunación. En muchos casos tienen la primera dosis, pero no la segunda de refuerzo.



Un paciente de tos convulsa recibe tratamiento de parte del personal de salud en un establecimiento del norte de Perú.

Carlos Alberto Álvarez Antonio, un especialista de la GERESA, comentó que la situación es crítica, ya que muchos de los afectados se encuentran en localidades de difícil acceso, donde la infraestructura sanitaria es limitada.

Afectación en áreas remotas

El brote es particularmente severo en el Datem del Marañón, una provincia situada al sur de Iquitos, que alberga algunas de las comunidades más alejadas y vulnerables. Estas regiones carecen no solo de infraestructura de salud adecuada, sino también de acceso constante a servicios básicos como agua potable y electricidad.

La tos convulsa golpeó especialmente a esta población, y las víctimas mortales son en su mayoría niños pequeños que, debido a la falta de vacunación completa, están siendo víctimas de esta enfermedad altamente peligrosa.

La propagación de la enfermedad no se limita a las zonas rurales. En Iquitos, la mayor ciudad de Loreto, junto con otras localidades urbanas como Punchana, Belén y San Juan, también se han reportado casos. Estos incidentes han generado una situación de alarma y preocupación en las entidades de salud pública, quienes están redoblando esfuerzos para tratar de contener la expansión de la enfermedad y asegurar la salud de la población.

Esta emergencia se ve agravada por factores climáticos adversos, ya que las lluvias prolongadas han dejado a muchas áreas en estado de vulnerabilidad, complicando las acciones de los equipos de salud.

Desafíos logísticos

La estructura geográfica de Loreto crea un desafío logístico significativo. Durante meses, inundaciones afectaron el traslado por los ríos Marañón, Amazonas, Huallaga y Ucayali, rutas clave para llegar a las poblaciones afectadas.

Aunque existe suficiente provisión de vacunas, la restauración de estas vías fluviales es esencial para la implementación efectiva de las campañas de vacunación. A menudo, los trabajadores de salud deben enfrentarse a rutas difíciles y a condiciones críticas para llevar inmunizaciones a estas comunidades fronterizas con zonas de selva densa.

Desconfianza comunitaria

Otro obstáculo es la desconfianza generalizada hacia las vacunas. Esta incertidumbre se ve exacerbada por la figura de las autoridades comunales, conocidas como *Apus*, quienes son protectores culturales en las comunidades nativas y, a veces, impiden la entrada del personal médico estatal. La historia de desconfianza hacia las intervenciones estatales subraya la necesidad de un enfoque culturalmente sensible y de la colaboración con estos líderes para asegurar que las vacunas lleguen a quienes más las necesitan.

Para contrarrestar estos desafíos, el Ministerio de Salud junto con la GERESA han lanzado campañas intensivas de vacunación y sensibilización comunitaria, enfatizando la importancia de completar el esquema de inmunización para salvar vidas. Estas incluyen mensajes dirigidos para desmitificar rumores falsos sobre las vacunas y talleres de educación sanitaria que resaltan los beneficios de la inmunización regular.

A medida que las autoridades de salud trabajan para detener el brote en Loreto, se enfrentan a un balance delicado entre respuesta inmediata a la emergencia y desarrollo de estrategias sostenibles a largo plazo para reforzar la salud pública. La labor de generar confianza y facilitar el acceso a servicios de salud es fundamental para limitar el impacto de futuros brotes y evitar que se sigan perdiendo más vidas.



El Ministerio de Salud Pública de Uruguay informó que, gracias al esfuerzo conjunto con el Ministerio de Economía y Finanzas, logró adelantar la incorporación de las vacunas contra el meningococo de los serogrupos A, C, W e Y, en menores de 2 años y a los 11-12 años, y contra el serogrupo B en los menores de dos años. Esta acción se enmarca en una política sanitaria que prioriza el bienestar y la salud de la infancia.

La bacteria *Neisseria meningitidis* pueden causar enfermedades como meningitis, meningococcemia cuando la infección se da en la sangre –que puede derivar en púrpura y en la afectación de órganos vitales– y, con menor frecuencia, artritis, neumonía, pericarditis, endocarditis, conjuntivitis, entre otras infecciones. La transmisión de la bacteria se da a través de secreciones de una persona infectada al toser o estornudar, besar y, en menor medida, al compartir objetos que contengan secreciones respiratorias y de garganta para lo que, generalmente, es necesario un contacto cercano estrecho y prolongado, especialmente en ambientes cerrados (en hogares, aulas, etc.).

Durante la asunción de las nuevas autoridades del Ministerio de Salud Pública, en marzo de 2025, se expresó que “los problemas del sistema de salud en Uruguay requieren estrategias de corto, mediano y largo plazo, incluso más allá de los ciclos de gobierno”. En esa dirección, la actual administración ya venía trabajando en la incorporación de estas vacunas, no solo como una medida puntual, sino como parte de un compromiso sostenido: integrarlas de forma permanente al esquema nacional de vacunación, con su continuidad asegurada en los próximos años.

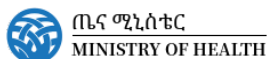
Si bien su incorporación había sido recomendada anteriormente por la Comisión Nacional Asesora de Vacunas, al asumir la actual gestión no existía ninguna previsión presupuestaria ni proceso de compra iniciado para estas vacunas.

Esta decisión reafirma el compromiso de este gobierno con la salud pública y representa un paso firme en la consolidación de una política que perdurará.

Esta medida, que ya estaba prevista por el gobierno, se adelantó debido a que el 22 de mayo de 2025 falleció por meningitis un niño de dos años que asistía a un Centro de Atención a la Infancia y la Familia en Barros Blancos, Canelones.

Esta vacuna contra el meningococo será incluida en el esquema general de vacunación a partir de julio. Se trata de una vacuna de alto costo; la inversión inicial será de 2 millones de dólares, y la cobertura estimada es de 120.000 a 130.000 niños y preadolescentes. Actualmente la única forma de acceder a esta vacuna es pagando de manera privada a un costo de 400 dólares por menor de edad.

Las cifras oficiales indican que en 2025 se registraron 10 casos de meningitis meningocócica y una muerte, mientras que en 2024 hubo 45 casos y nueve fallecimientos.



ETIOPIA

PRIMER CASO DE MPOX

25/05/2025

El Ministerio de Salud de Etiopía confirmó en un comunicado el primer caso de mpox registrado en el país, en un bebé de 21 días que dio positivo para la enfermedad cerca de la frontera con Kenya.

Pruebas posteriores también confirmaron que la madre del niño está infectada con el virus, por lo que ambos han sido puestos en cuarentena y se encuentran estables.

Moyale, un importante centro de comercio y transporte, está ubicado cerca de la frontera sur de Etiopía con Kenia y cerca de Somalia, países en los que se han reportado casos de mpox en los últimos años.

Varios familiares que tuvieron contacto con la familia se encuentran actualmente en cuarentena como medida de precaución.

Se está investigando el origen de la infección, pero los hallazgos iniciales sugieren transmisión transfronteriza. Se han desplegado equipos de salud pública para rastrear los contactos y prevenir una mayor propagación, especialmente en las zonas fronterizas.

Expertos del Instituto de Salud Pública de Etiopía sospechan que el padre del niño contrajo el virus en sus recientes viajes al extranjero. Las autoridades sanitarias están trabajando para contactar a otras personas que podrían haber estado expuestas.

La mpox se encuentra con mayor frecuencia en África central y occidental. Si bien este es el primer caso confirmado de mpox en Etiopía, el país ha estado en alerta desde 2022, cuando la Organización Mundial de la Salud declaró el brote como una emergencia de salud pública mundial.

El número total de países afectados en África desde principios del año pasado llegó a 26 con estos casos en Etiopía, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de África (África-CDC).

Desde el inicio del brote en África, el Ministerio de Salud implementó una serie de medidas coordinadas para prevenir la entrada del virus en la nación, a la vez que estableció estrategias para controlar su propagación en caso de su ingreso al país. Además, se estableció un centro de coordinación de emergencias en el Instituto de Salud Pública para facilitar dichas iniciativas.

El Ministerio de Salud, en colaboración con las partes interesadas pertinentes, reiteró su compromiso de reforzar las medidas en curso para prevenir y controlar la propagación de la enfermedad. También instó a toda persona que haya estado en contacto con personas infec-

tadas con el virus, así como a quienes presenten síntomas de mpox, a buscar atención médica adecuada de inmediato.

Dado que el virus se ha reportado solo en un área confinada, la población debe mantener la calma y mantener sus rutinas diarias habituales mientras se adhieren a los protocolos de seguridad delineados por las autoridades sanitarias.

El 22 de mayo, los África-CDC anunciaron que 25 países africanos afectados por la mpox habían reportado más de 130.000 casos desde principios del año pasado. De estos, 31.745 fueron confirmados y se registraron aproximadamente 1.774 muertes relacionadas.

Los últimos casos de infecciones por *Streptococcus pyogenes* –también llamado estreptococo del grupo A, GAS– en Grecia han provocado el cierre de escuelas y la emisión de un comunicado por parte de la Organización Nacional de Salud Pública (EODY) de Grecia aclarando que nunca dio tal orden. La EODY se muestra tranquilizadora, pero también da instrucciones claras a las escuelas y a los padres.

Concretamente, la EODY declaró que “el estreptococo del grupo A, también conocido como *Streptococcus pyogenes* o estreptococo del grupo A es una bacteria que puede causar diversas infecciones en los seres humanos, por lo general leves, pero en raras ocasiones muy graves e incluso mortales si no se tratan adecuadamente. Una parte de las personas son portadoras de la bacteria en la garganta o en la piel sin enfermar, lo que las convierte en portadoras sanas de la bacteria”.

“El GAS se transmite por gotitas infectadas procedentes de secreciones de pacientes, contacto con lesiones cutáneas infectadas de pacientes y contacto con portadores sanos de la bacteria. La transmisión es más fácil en personas sintomáticas y enfermas que en portadores sanos”.

“Hasta 2023, el GAS no estaba incluido en la lista de enfermedades de declaración obligatoria. En 2023, debido al aumento de la forma grave de la infección, se creó un sistema de registro de esta forma invasiva”.

25 casos de la infección invasiva

“Los casos de infección por la forma invasiva del estreptococo del grupo A (iGAS) tienen una elevada tasa de mortalidad, de hasta 25%. En 2023 se registraron 90 casos de iGAS, 68 en 2024 y en 2025, hasta el 26 de mayo, se han notificado 25 casos. Se trata de un descenso relativo en el número de casos de iGAS registrados”.

“Al mismo tiempo, cientos de casos de infección estreptocócica (por ejemplo, faringoamigdalitis, infección cutánea, escarlatina, etc.) se observan en la comunidad en todo el territorio a lo largo del tiempo y se tratan con éxito con el tratamiento antibiótico adecuado”.

Medidas a tomar en las escuelas ante la detección de un caso

En caso de infección estreptocócica en una unidad escolar, leve o invasiva, se recomienda que el alumno permanezca en casa hasta que haya recibido el tratamiento antibiótico adecuado entre uno o dos días. Se recomienda la aplicación de medidas reforzadas de higiene personal, lavado regular de manos, evitar objetos utilizados por otros niños. Además, es importante ventilar regularmente las habitaciones y reforzar la limpieza regular de las salas.

No es necesario el cierre de centros escolares

Sin embargo, no es necesaria la desinfección de las salas y superficies por equipos especiales, ni tampoco es necesario cerrar los centros y departamentos en los que se hayan dado casos de infección estreptocócica.

Los gobiernos de algunos municipios declararon que el cierre de las escuelas se hizo en consulta con la EODY, que sin embargo niega haber recomendado esta medida.

El cierre de colegios es una medida de Salud Pública extrema con muchas implicaciones y que sólo debe aplicarse por recomendación de los servicios de Salud Pública correspondientes. En las últimas semanas varios colegios han tomado la decisión de cerrar tras un brote de infecciones por GAS.

La enfermedad de la Selva de Kyasanur se cobró su segunda víctima en el distrito de Uttara Kannada este año, con la muerte de un hombre de 74 años el 24 de mayo.

El fallecido era residente de la zona del mercado pesquero de Haladipur, en Honnavar.

Según las autoridades sanitarias, el caso recibió tratamiento en un hospital privado de Manipal tras dar positivo en la prueba para la enfermedad de la Selva de Kyasanur. Falleció en la madrugada del 24 de mayo, a pesar de recibir cuidados intensivos.

Se le diagnosticó la enfermedad el 9 de mayo y fue trasladado inmediatamente desde el hospital del taluk al Hospital Manipal por funcionarios del Departamento de Salud. Desde entonces, estuvo en tratamiento en la unidad de cuidados intensivos.

Además de la enfermedad de la Selva de Kyasanur, el fallecido sufría afecciones renales y hepáticas. Si bien inicialmente respondió al tratamiento, las complicaciones propias de la edad empeoraron su condición, lo que provocó su fallecimiento.

Se informó que el fallecido había visitado un sitio de recolección de hojas secas en Janakadka, donde pudo haber contraído el virus y posteriormente desarrollado problemas de salud.

El Ministerio de Salud de Islas Cook declaró oficialmente un brote de dengue en Rarotonga el 22 de mayo de 2025, tras la confirmación de dos nuevos casos desde el 19 de mayo.

Hasta el 22 de mayo, se habían notificado un total de siete casos autóctonos de dengue en los últimos 18 días, alcanzando el umbral de brote.

El ministerio aseguró que todos los casos confirmados de dengue se limitan a Rarotonga, sin registrarse casos en Pa Eヌua.

Desde febrero de 2025, se habían registrado un total de once casos aislados, y Tupapa es actualmente la zona con el mayor número de casos, con cinco casos y tres viviendas afectadas. Le siguen Ruaau y Titikaveka, con dos casos cada una, y Ngatangia y Nikao, con un caso cada una. RAPA (Ruatonga-Avatiu-Panama-Atupa), Takuvaine, Akaoa y Murienua aún no han reportado casos.

De los 11 casos reportados hasta el momento, 10 corresponden al serotipo DENV-1 y uno al DENV-2. El serotipo DENV-1 proviene de la zona de Tupapa.

Para detener la propagación del dengue, el Gobierno activó la Operación Namu 2025, que incluye un operativo de limpieza comunitaria en Rarotonga el 23 de mayo, el control de vectores y fumigación alrededor de áreas con casos confirmados y la coordinación con los gobiernos de la isla Pa Eヌua para permanecer libre de dengue.

Se ha notificado a la Organización Mundial de la Salud y a los socios regionales.

No se han implantado restricciones de viaje, pero se recomiendan precauciones.

Se instó a la población a eliminar los criaderos de mosquitos, usar repelentes, usar vestimentas de mangas largas y buscar atención médica si aparecen síntomas.



Las Islas Cook son un país insular de la Polinesia, en el océano Pacífico Sur. Consta de 15 islas con una superficie total de aproximadamente 236,7 km². La Zona Económica Exclusiva de las Islas Cook abarca 1.960.027 km² de océano. Avarua es su capital.

Las Islas Cook son autónomas aunque están en libre asociación con Nueva Zelanda. Desde principios del siglo XXI, las Islas Cook han dirigido su propia política exterior y de defensa independiente, y también tienen sus propias regulaciones aduaneras. Como la mayoría de los miembros del Foro de las Islas del Pacífico, no tiene fuerzas armadas, pero el Servicio de Policía de las Islas Cook posee un barco patrullero de clase Guardian, proporcionado por Australia, para vigilar sus aguas. La mayoría de los cookianos también son ciudadanos de Nueva Zelanda, pero también tienen el estatus de nacionales de las Islas Cook, que no se otorga a otros ciudadanos neozelandeses. Las Islas Cook han sido un miembro activo de la Comunidad del Pacífico desde 1980.

Los principales centros de población de las Islas Cook se encuentran en la isla de Rarotonga (10.863 habitantes en 2021). El Aeropuerto Internacional de Rarotonga, la principal puerta de entrada internacional al país, se encuentra en esta isla. El censo de 2021 situó la población total en 14.987 habitantes. También hay una gran población de cookianos en Nueva Zelanda y Australia: en el censo de Nueva Zelanda de 2018, 80.532 personas dijeron ser cookianos o de ascendencia de las Islas Cook. El último censo australiano registró 28.000 cookianos viviendo en Australia, muchos de ellos con ciudadanía australiana. Con más de 168.000 visitantes a las islas en 2018, el turismo es la principal industria del país y el principal elemento de su economía, por delante de la banca offshore, las perlas y las exportaciones marinas y de frutas.

Mongolia registró 119 nuevos casos de sarampión en las últimas 24 horas, lo que eleva el total nacional de casos a 3.161, según informó el 25 de mayo el Centro Nacional de Enfermedades Transmisibles (NCCD) del país.

El 15 de mayo, el número de casos notificados era de 1.891, lo que supone un incremento de 1.270 casos en tan solo diez días.

Mientras tanto, 93 pacientes más de sarampión se han recuperado de la enfermedad, lo que eleva el número total de recuperaciones a 1.997, dijo el NCCD en un comunicado.

Según los médicos mongoles, los casos se concentran principalmente en las escuelas secundarias, por lo que las autoridades sanitarias instaron a estudiantes, educadores y quienes trabajan estrechamente con niños a vacunarse para protegerse y proteger a los demás.

En vista de esto, el NCCD aconsejó a los padres que protejan a sus hijos de esta enfermedad potencialmente grave administrándoles las dos dosis de la vacuna contra el sarampión.

La insuficiencia renal está aumentando entre los jóvenes de Touba, una ciudad del centro-oeste de Senegal. Así lo constató Amadou Samba Sow, nefrólogo y jefe del servicio de nefrología del Hospital Ndamatou de Touba.

A falta de algún estudio específico sobre el tema, el especialista afirmó que durante sus consultas observa a muchos jóvenes en la cohorte de pacientes de hemodiálisis.



“En nuestras consultas, de cada 10 pacientes, hay dos o tres que llegan a la fase terminal y necesitan hemodiálisis. Entre estos pacientes, hay pacientes jóvenes, con una edad promedio de alrededor de 40 años. Esto es una observación. Sin embargo, se necesitaría un estudio epidemiológico para examinar esta prevalencia en jóvenes en detalle”, explicó el médico.

Abdou Niang, jefe de la cátedra de nefrología de la Facultad de Medicina de la Universidad Cheikh Anta Diop de Dakar y presidente de la Asociación Africana de Nefrología, coincidió.

Dijo que la edad media de los pacientes con insuficiencia renal en los países en desarrollo es de 40 años, en comparación con 67 años en Europa.

Así, la insuficiencia renal afecta aproximadamente a 5% de la población senegalesa, con un aumento del número de pacientes jóvenes. “Es la parte activa de nuestra población la que se ve afectada”, se lamentó Abdou Niang. “Cuando un joven enferma, es una situación desastrosa porque le arruina la vida”.

“Tenemos estudiantes de último año de secundaria y universitarios, en la flor de la vida, afectados por enfermedades que les impiden continuar sus estudios”, afirmó Abdou Niang.

“Tienes que ir a la sala de hemodiálisis tres veces por semana durante cuatro horas. Rindes tus exámenes, recibes tus diplomas, y luego, por desgracia, la enfermedad te lleva”, lamentó.

“Un joven enfermo no puede producir”

Amadou Samba Sow, por su parte, insistió en que “un joven enfermo no puede producir, y cuando hablamos de economía, hablamos de producción... La hemodiálisis y los trasplantes de riñón son muy caros para los enfermos, pero también para el Estado. Por lo tanto, tienen consecuencias socioeconómicas muy importantes”, sostuvo.

La atención a los pacientes que padecen insuficiencia renal es gratuita en el país. Unas 1.000 personas afectadas por la enfermedad están siendo tratadas por el Estado, según Mamadou Moustapha Diop, director de lucha contra las enfermedades en el Ministerio de Salud y Acción Social de Senegal.

Así, el país destina nueve millones de dólares a financiar la diálisis gratuita. Además, se firman convenios entre el Estado y entidades privadas para que contribuyan a la atención de las personas en diálisis, explicó.

Esta fuente afirmó que “el país cuenta actualmente con más de 42 centros de diálisis públicos y privados, con al menos un centro por región. En Dakar, hay un centro de diálisis especialmente dedicado a niños, ubicado en el Hospital Abass Ndao”.

Pese al aumento del número de centros de diálisis y de los recursos económicos inyectados, el director de lucha contra la enfermedad reconoce que aún queda mucho por hacer.

“El número de casos sigue aumentando y hay personas que no pueden acceder a esta atención gratuita”, lamentó Mamadou Moustapha Diop, quien subrayó la urgencia de seguir apostando por la prevención.

Higiene alimentaria

Existen diversos factores que contribuyen a la aparición de esta enfermedad, empezando por los malos hábitos alimentarios. Según Amadou Samba Sow, uno de los factores de riesgo son los malos hábitos alimentarios de la población, que consume demasiada grasa, demasiado azúcar y demasiada sal.

El nefrólogo afirmó que “la hipertensión y la diabetes son factores de aparición de insuficiencia renal, si no se tratan bien o no se atienden precozmente”.

Estas dos patologías son crónicas y están causadas por factores metabólicos, explicó. Además, la automedicación, el consumo de drogas y los tratamientos tradicionales que practican algunos también son causas de enfermedad renal.

Para Abdou Niang, es necesario reforzar la concienciación y la prevención para revertir la tendencia y hacer todo lo posible para reducir el número de personas con insuficiencia renal terminal.

Esta es una opinión compartida por Amadou Samba Sow, quien recomendó que el Estado se implique en campañas de concienciación dirigidas a los jóvenes para animarlos a mejorar sus hábitos alimentarios y reducir su consumo de sal, azúcar y grasas.

También debe fomentarse la práctica regular de ejercicio físico y los jóvenes deben evitar la intoxicación por alcohol y tabaco, añadió el presidente de la Asociación Africana de Nefrología.

Las autoridades sanitarias de Sri Lanka informaron de un brote de fiebre chikungunya en el país por primera vez en 16 años.

Se notificó un total de 173 casos en los sitios centinela de las instituciones de atención sanitaria de Colombo, Gampaha y Kandy (22 casos en noviembre y diciembre de 2024, y 151 casos durante 2025 a partir de la segunda semana de marzo).

La mayor carga de casos se observó en el grupo de edad de 41 a 60 años (40,5%) con predominio femenino (60,2%).

La científica de Sri Lanka, profesora Neelika Malavige, y su equipo llevaron a cabo la secuenciación genómica completa de la cepa del virus Chikungunya (CHIKV) actualmente circulante y descubrieron que corresponde al linaje del océano Índico (IOL), similar a las cepas actualmente circulantes en el sur de Asia.

Si bien la mutación E:226V, que se ha asociado con la eficiencia en la transmisión por parte del mosquito *Aedes albopictus*, estuvo ausente en las 2.025 secuencias virales de CHIKV, estas portaban las mutaciones E1:K211E y E2:V264A, que dan como resultado una mejor aptitud viral para *Aedes aegypti*, el principal vector responsable de la propagación de la enfermedad en entornos urbanos.

Se detectaron las mutaciones nsP1:I167V, nsP2:I171V, nsP2:T224I, nsP3:A382I y nsP4: en la proteína no estructural, y las cepas CHIKV 2025 de Sri Lanka mostraron mutaciones únicas dentro de nsP3:T224I y nsP4: S90A.

En Sri Lanka, la primera epidemia de fiebre chikungunya se reportó a principios de la década de 1960, seguida de décadas de inactividad. En 2006, Sri Lanka experimentó un resurgimiento significativo de la enfermedad tras varias décadas de silencio epidemiológico. Desde entonces, se han reportado casos intermitentes y brotes, especialmente en zonas con alta densidad de vectores. Entre 2006 y 2007, se estima que 40.000 personas se vieron afectadas, con un número similar de casos registrados en 2008.

El Dr. Taweechai Wisanuyothin, Director de la Oficina de Control de Enfermedades de la Región 9 con sede en Nakhon Ratchasima, informó de un brote de melioidosis en la región, con 147 casos confirmados y 5 muertes registradas desde principios de año hasta el 19 de mayo.

El mayor número de casos se registró en la provincia de Buriram, con 61 contagios y una muerte. Le siguieron Surin (37 casos), Nakhon Ratchasima (33 casos y una muerte) y Chaiyaphum (16 casos y 3 muertes).



La mayoría de los pacientes eran personas mayores, en particular de 65 años o más, seguidas de las personas de 55 a 64 años y de 45 a 54 años, respectivamente. En cuanto a la ocupación, los agricultores de arroz y los trabajadores agrícolas fueron los más afectados.

Taweechai explicó que la melioidosis es causada por la bacteria *Burkholderia pseudomallei*, que se encuentra comúnmente en el suelo y el agua, especialmente en áreas agrícolas como arrozales, campos y plantaciones de caucho en toda Tailandia.

Las personas con enfermedades crónicas como diabetes, enfermedad renal, talasemia o deficiencias inmunitarias corren un riesgo especial, ya que sus sistemas inmunitarios debilitados las hacen más vulnerables a infecciones graves.

La melioidosis es la infección causada por el bacilo gramnegativo *Burkholderia pseudomallei*, una bacteria saprofita del suelo. Es endémica en el sudeste asiático, India, China y el norte de Australia.

Afecta principalmente a personas que están en contacto con tierra o aguas contaminadas con *B. pseudomallei*. El principal mecanismo de infección es la inoculación directa de la bacteria a través de heridas en la piel. Otras formas de contagio son la inhalación y la ingestión del microorganismo. La melioidosis puede manifestarse de diferentes formas clínicas, y el pulmón es el órgano con mayor frecuencia afectado en estos pacientes.

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