

## ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de enfermedad tipo influenza

## AMÉRICA

- Situación epidemiológica del dengue
- Bolivia: Confirmaron un brote de sarampión en Santa Cruz y lanzaron una alerta nacional
- Estados Unidos: Recomendaciones para los campamentos de verano ante el aumento de casos de sarampión

- Honduras: Se registraron 64 casos humanos de gusano barrenador en lo que va del año

- México: Refuerzan los controles sanitarios tras detectar 20 casos de brucelosis en Jalisco

- Paraguay: Alerta sanitaria en San Lorenzo tras la muerte de ocho niños por cuadros respiratorios graves

## EL MUNDO

- Albania: Detectan el primer caso de mpox en el país

- Australia: ¿Debería adelantarse la vacunación de los niños contra el sarampión?

- Francia: Primer caso autóctono de fiebre chikungunya de 2025

- Kenya: Situación epidemiológica de la mpox

- Sudáfrica: Confirmaron 58 casos de difteria desde 2024 hasta la fecha

- Ucrania: Tres casos de tétanos en los primeros cinco meses de 2025, dos de ellos mortales

- Uganda: Situación epidemiológica de la mpox

### 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  
MARIANA MONTAMAT

### 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 colaborado



Desde la semana epidemiológica (SE) 11 de 2025, se registra en Argentina un ascenso sostenido en el número de casos de influenza, con predominio de influenza A(H1N1), alcanzando valores elevados de positividad desde la SE 13. Esta tendencia se observa tanto en casos ambulatorios registrados por las Unidades de Monitoreo Ambulatorio (UMAs) de enfermedad tipo influenza (ETI) como en hospitalizados por infecciones respiratorias agudas graves (IRAG), que muestran un aumento a partir de la SE 12. Las notificaciones de ETI alcanzaron niveles de brote entre la SE 12 y la SE 14, y se mantuvieron en las semanas posteriores por encima de los límites esperados. Este comportamiento representa un ascenso estacional adelantado en comparación con años previos, con excepción de 2022, durante el cual la influenza presentó un comportamiento atípico.

En las UMA, a partir de la SE11, se verifica una tendencia ascendente tanto de las detecciones como del porcentaje de positividad para influenza. En 2025, hasta la SE 22, se detectaron 375 casos de influenza entre 1.828 muestras estudiadas, con una positividad acumulada de 20,51%.

En relación con los casos internados registrados en las Unidades Centinela de IRAG, se observa un aumento sostenido en las notificaciones desde la SE 12. A partir de la SE 13, se verifica un incremento en las detecciones de virus influenza, principalmente del subtipo A(H1N1). En menor proporción, también se detectaron casos de influenza B, correspondientes al linaje Victoria.

En 2025, se registraron casos de influenza en todas las SE. A partir de la SE 11, se verifica un aumento en las detecciones, con predominio de influenza A sin subtipificación y del subtipo A(H1N1), con valores elevados de positividad desde la SE 13. Este comportamiento representa un inicio adelantado en relación a lo observado en años históricos en el país. Las temporadas de mayor circulación de virus influenza en el periodo 2017/2024 tuvieron un inicio posterior a lo observado en la temporada actual, excepto por el año 2022 en el que el comportamiento fue inusual tanto en el número de casos como en la estacionalidad.

## Casos fallecidos

En 2025, hasta la SE 22, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS<sup>2.0</sup>) un total de 38 casos fallecidos con diagnóstico de influenza. En cuanto a la distribución etiológica, 33 casos (86,8%) corresponden a influenza A y dos (5,3%) a influenza B; las restantes permanecen sin tipificar. Entre las detecciones de influenza A, 16 fueron subtipificadas, todas identificadas como influenza A(H1N1). De los casos de influenza B, se detectó una con linaje Victoria.

La mediana de edad de las personas fallecidas fue de 63,5 años. Los grupos de edad con mayor número de fallecidos fueron los de 65 años y más, y el de 45 a 64 años, en los cuales predominó la detección de influenza A no subtipificada e influenza A(H1N1). Se registraron dos fallecimientos en menores de 5 años, uno de ellos en una persona menor de 1 año, con diagnóstico de influenza A(H1N1).

Del total de personas fallecidas, 34 (89,5%) cuentan con información sobre comorbilidades o factores de riesgo en el SNVS<sup>2.0</sup>. De ellas, 31 (91,2%) registran al menos una comorbilidad o factor de riesgo para enfermedad grave. En cuanto al antecedente de vacunación antigripal, solo dos casos contaban con registro de vacunación antigripal en la temporada actual.

### **Caracterización genómica de virus influenza 2024/2025**

A partir de una selección de muestras recibidas en el Laboratorio Nacional de Referencia durante 2024, se llevó a cabo la caracterización genómica y el análisis filogenético de las cepas circulantes y su comparación con la fórmula de la vacuna antigripal. La secuenciación de 119 influenza A(H3N2) mostró que la gran mayoría pertenecía al clado 2a.3a.1 subclado J.2 (derivado del clado J que incluía a la cepa vacunal). La caracterización genética de ocho virus influenza A(H1N1)pdm09 mostró que cinco pertenecían al clado 5a.2a, subclados C.1.1 (3) y C.1.9 (2) y tres pertenecían al clado 5a.2a.1, subclado D.5; coincidiendo con los clados que incluían a las componentes vacunales correspondientes. La secuenciación de 19 virus influenza B linaje Victoria mostró que todos pertenecían al clado V1A.3a.2 (C) que incluía al componente vacunal; la mayoría de ellos pertenecían al subclado C.5.1 y el resto al subclado C.5.7.

Para el año 2025, la caracterización genómica preliminar de 17 virus influenza A(H1N1)pdm09 mostró que la mayoría pertenece al clado 5a.2a.1 (D), coincidiendo con el clado que incluye la cepa vacunal A/Victoria/4897/2022 (H1N1)pdm09.

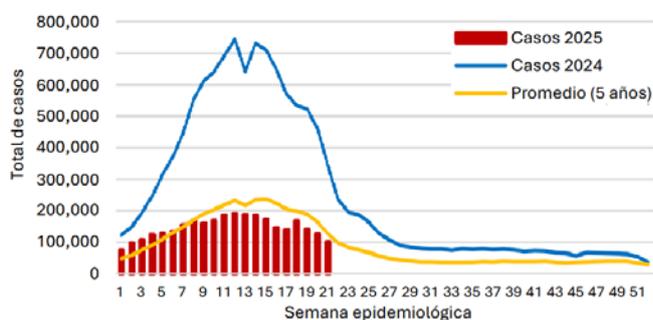
En 2025 hasta la semana epidemiológica (SE) 21, se reportan en la Región de las Américas un total de 3.035.646 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 299 casos cada 100.000 habitantes). Esta cifra representa una disminución de 70% en comparación con el mismo periodo de 2024 y de 12% respecto del promedio de los últimos 5 años.

Los países que más casos notificaron en 2025, hasta la SE 21, son Brasil (2.734.347 casos), Colombia (73.742), México (40.109), Perú (34.014) y Ecuador (23.623); estos cinco países representan 95,72% de los casos sospechosos de dengue notificados en 2025, hasta la SE 21.

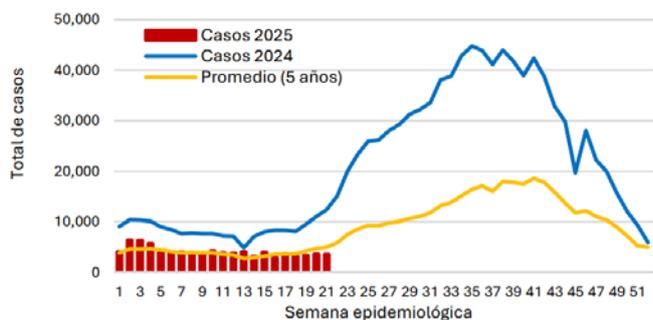
De los 3.035.646 casos de dengue reportados en las Américas, 1.210.296 casos (40%) fueron confirmados por laboratorio y 3.830 (0,1%) fueron clasificados como dengue grave. Se registró un total de 1.324 muertes por dengue, para una letalidad de 0,044%.

Veinte países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 21. Estos países registran en conjunto 100.772 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 21. Los países que más casos notificaron en la SE 21 son Brasil (90.066 casos), Colombia (2.956), México (2.040), Perú (1.629) y Ecuador (1.212); estos cinco países representan 97,15% de los casos sospechosos de dengue notificados en la SE 21.

Del total de casos registrados en la SE 21, 84 fueron casos de dengue grave (0,1%) y se reportaron 15 muertes, para una letalidad de 0,015%.



Casos sospechosos de dengue, según semana epidemiológica. Región de las Américas. Año 2024, año 2025 hasta semana epidemiológica 21 y promedio de los últimos 5 años. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.



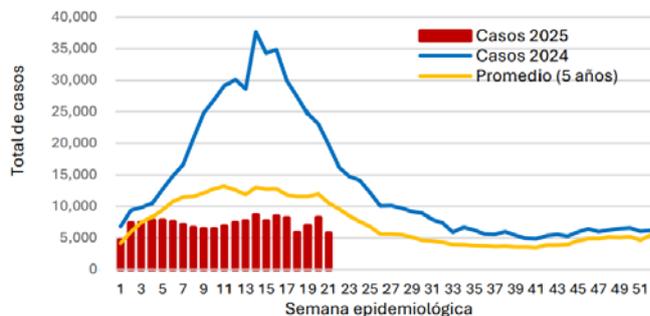
Casos sospechosos de dengue, según semana epidemiológica. Subregión de Centroamérica y México. Año 2024, año 2025 hasta semana epidemiológica 21 y promedio de los últimos 5 años. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.



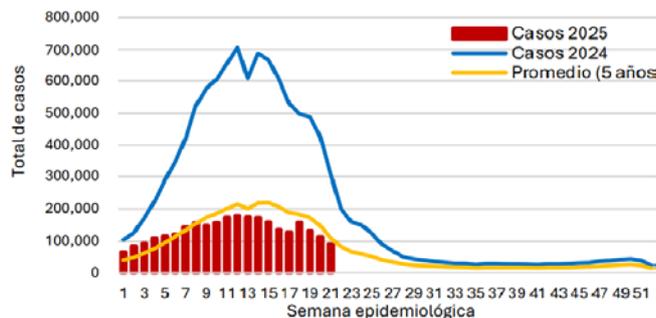
Casos sospechosos de dengue, según semana epidemiológica. Subregión del Caribe. Año 2024, año 2025 hasta semana epidemiológica 21 y promedio de los últimos 5 años. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

## Análisis por subregiones

- Subregión Centroamérica y México:** Se notificó un total de 3.468 nuevos casos sospechosos durante la SE 21. Hasta esta SE la subregión presenta una disminución de 53% en comparación con el mismo periodo de 2024 y un incremento de 2% con respecto al promedio de los últimos 5 años. Los casos reportados esta semana por Honduras presentan un incremento de 30% y México de 22% en comparación al promedio de sus cuatro SE previas.
- Subregión Caribe:** Se notificaron 226 nuevos casos sospechosos durante la SE 21. Hasta esta SE la subregión presenta una disminución de 63% en comparación con el mismo periodo de 2024 y de 7% respecto del promedio de los últimos 5 años.
- Subregión Andina:** Durante la SE 21 se notificaron 5.797 nuevos casos sospechosos. Hasta esta SE la subregión presenta una disminución de 68% en comparación con el mismo periodo de 2024 y de 34% respecto del promedio de los últimos 5 años.
- Subregión Cono Sur:** Se notificaron 91.281 nuevos casos sospechosos durante la SE 21. Hasta esta SE la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 71% en comparación con la misma SE de 2024 y de 12% respecto del promedio de los últimos 5 años. Los casos reportados esta SE por Paraguay presentan un incremento de 18% en comparación con el promedio de sus cuatro SE previas.



Casos sospechosos de dengue, según semana epidemiológica. Subregión Andina. Año 2024, año 2025 hasta semana epidemiológica 21 y promedio de los últimos 5 años. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.



Casos sospechosos de dengue, según semana epidemiológica. Subregión del Cono Sur. Año 2024, año 2025 hasta semana epidemiológica 21 y promedio de los últimos 5 años. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

País	DENV-1	DENV-2	DENV-3	DENV-4
Argentina	●	●	●	
Bolivia	●	●		
Brasil	●	●	●	●
Costa Rica	●	●	●	●
El Salvador	●	●	●	●
Guadeloupe			●	
Guatemala	●	●	●	
Honduras			●	
México	●	●	●	●
Panamá	●	●	●	●
Paraguay	●	●	●	
Perú	●	●	●	
Puerto Rico	●	●	●	

Distribución geográfica de los serotipos del virus Dengue. Región de las Américas. Año 2025, hasta semana epidemiológica 21. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

## Serotipos del virus

Trece países han reportado la circulación de serotipos de dengue en las Américas. Brasil, Costa Rica, El Salvador, México y Panamá presentan una circulación simultánea de los serotipos DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4.

Ante la detección de nuevos casos sospechosos de sarampión en el país, el Ministerio de Salud y Deportes hizo un llamado a la población para sumarse activamente a las acciones de prevención y control de esta enfermedad altamente contagiosa, en el marco de corresponsabilidad de llevar a sus hijos a la vacunación antisarampionosa oportuna y fundamental para evitar complicaciones graves.

“Desde el Ministerio de Salud también nos incorporamos a este trabajo conjunto en un esfuerzo que debe ser compartido bajo las tres responsabilidades: el nivel nacional, el nivel departamental a través de los Servicios Departamentales de Salud (SEDES), y el nivel municipal. Todos debemos aunar esfuerzos en esta cruzada para evitar y controlar el brote de sarampión que se nos ha presentado”, manifestó el viceministro de Promoción, Vigilancia Epidemiológica y Medicina Tradicional, Max Francisco Enríquez Nava.

La autoridad se encuentra en el departamento de Santa Cruz, que a la fecha concentra ocho casos confirmados de sarampión, registrados en la capital cruceña, el municipio de Porongo y San Ignacio de Velasco, donde se intensifican las acciones de vigilancia epidemiológica y bloqueo vacunal mediante brigadas médicas, además de la búsqueda de casos sospechosos para evitar contagios masivos en la población.

El viceministro informó que estas actividades forman parte de la Alerta Epidemiológica Nacional, emitida el 22 de abril de este año, por lo que el sistema de salud se encuentra desplegado en vigilancia activa no solo en los municipios afectados, sino en todo el país.

“El personal de salud está dando más allá de su tiempo y esfuerzo, permaneciendo en los establecimientos más allá de sus horarios, desplazándose a diferentes zonas para realizar bloqueos vacunales y el seguimiento de contactos cercanos. Es un compromiso que valoramos profundamente”, añadió Enríquez Nava.

Sin embargo, advirtió que el esfuerzo institucional es insuficiente sin la participación activa de la ciudadanía. “Las vacunas son gratuitas, las compra el Estado, pero por más brigadas que podamos enviar, sin el concurso de la población quedamos cortos. Necesitamos que las familias se acerquen a los centros de salud más cercanos para vacunar a sus hijos”.

El llamado se dirige especialmente a los padres de familia, a quienes se solicita acudir con sus hijos a los establecimientos de salud, portando su carné de vacunación o de identidad.

El esquema regular de vacunación contra el sarampión es de dos dosis: la primera a los 12 meses de edad y la segunda a los 18 meses. Sin embargo, debido a la situación de emergencia, se aplica un esquema acortado: la primera dosis se administra al momento del contacto con el establecimiento de salud (a partir de los 12 meses de edad), y la segunda dosis se aplica un mes después de la primera. Para los mayores de 5 años que no cuentan con antecedentes de vacunación, se administra una dosis de la vacuna doble viral, contra el sarampión y la rubéola.

“Estamos trabajando en conjunto, pero necesitamos del brazo de la sociedad, ese que se moviliza y lleva a sus hijos a vacunar. Esa es la única forma de cortar la cadena de transmisión del sarampión”, concluyó el viceministro.



11/06/2025

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos emitieron esta semana nuevas recomendaciones dirigidas a los operadores de campamentos de verano en todo el país, instándolos a verificar el estado de inmunización contra el sarampión de todos los niños, personal y voluntarios que participen en sus programas. La advertencia se publicó en medio de un año marcado por brotes que han escalado rápidamente y que, con 1.197 casos confirmados hasta la fecha, se acercan peligrosamente al récord histórico del país.

“El sarampión puede propagarse rápidamente en los campamentos de verano porque los campistas y el personal pasan mucho tiempo juntos en contacto cercano”, advirtieron los CDC en una lista de verificación publicada esta semana. “El sarampión puede causar complicaciones graves o incluso la muerte”, señala el documento oficial que busca facilitar respuestas rápidas ante posibles brotes dentro de estas instalaciones temporales.

Según los CDC, tener un registro claro del estado de inmunización permite que los departamentos de salud identifiquen con rapidez a quienes necesiten recibir la vacuna o ser tratados con inyecciones de anticuerpos en caso de exposición al virus. La Asociación Estadounidense de Campamentos también compartió esta guía oficial, alentando a los administradores a decidir de forma consciente si aceptarán o no a participantes sin protección inmunológica.

## Recomiendan áreas de aislamiento y uso de barbijo ante potenciales brotes

Entre las medidas que los CDC recomiendan incluir en los planes de contingencia de los campamentos, se encuentra la preparación de un área de aislamiento para posibles casos sospechosos, así como el abastecimiento de barbijos. Aunque el sarampión se transmite principalmente por gotas respiratorias, su alto nivel de contagio –capaz de infectar hasta a 90% de las personas no inmunizadas expuestas– hace que cualquier brote represente un riesgo considerable para la comunidad campista.

El documento oficial plantea como parte de la planificación que los responsables de los campamentos comprendan plenamente los riesgos de aceptar a personas no vacunadas. “Decidan si permitirán campistas y personal no vacunados. Comprender el riesgo si aceptan a alguien que no haya sido inmunizado contra el sarampión”, recomienda el checklist de la Asociación Estadounidense de Campamentos, basado en los lineamientos de los CDC.

## A menos de 100 casos de igualar el peor brote desde el año 2000

El año 2025 ya representa uno de los periodos más críticos para el control del sarampión en Estados Unidos. Con 1.197 infecciones confirmadas al corte actual, el país se encuentra a me-

**PREPARING AND RESPONDING TO MEASLES: Checklist for Summer Camps**

**WHY SHOULD SUMMER CAMPS PREPARE FOR MEASLES?**

Measles is a highly contagious virus that spreads through the air when an infected person coughs or sneezes. If one person has measles, up to 9 in 10 people nearby will become infected if they are not protected.

Measles can spread quickly in summer camps because campers and staff spend a lot of time together in close contact with each other. Measles is more than just a rash—it can cause serious health complications or even death. About 1 in 5 people who get measles will be hospitalized. The best protection is the measles, mumps, and rubella (MMR) vaccine.

The risk for widespread measles in the US remains low. However, measles cases occur in the US every year when unvaccinated travelers get measles while they are in other countries. Outbreaks also occur when measles spreads in under-vaccinated communities. Anyone without immunity to measles is at risk.

**PREPARE FOR MEASLES BEFORE SUMMER CAMP OPENS**

- Know how to contact your health department for assistance when measles is suspected in a camper, staff member, or volunteer.
- Review applicable state or local laws and regulations on public health-related camp requirements.
- Communicate applicable state, local, and/or camp vaccine requirements to campers, staff, and volunteers before camp begins. The best way to prevent the spread of measles is to ensure that all campers, staff, and volunteers are vaccinated or are immune to measles.
- Maintain documentation of measles immunity status for all campers, staff, and volunteers, including any with medical or other exemptions from vaccination. This information will help the health department identify people who are not immune to measles, so that they can be offered post-exposure prophylaxis to help prevent them from getting sick if they are exposed. See sample documentation template.
- Make sure you have a supply of facemasks to give to a person with measles symptoms.
- Identify an isolation space where a camper with measles symptoms can wait for a caregiver to pick them up. This will help prevent other people from getting sick.
- Choose a separate room (not shared with anyone else) with a door that can close and a window that can open to the outdoors, ideally with access to a separate bathroom.
- Remind staff and caregivers that people should stay at home when they are sick.
- Be watchful for campers, staff, and volunteers who may come to camp with fever and other signs and symptoms of measles:
  - First symptoms: Fever with cough, runny nose, and/or red, watery eyes
  - 2–3 days after symptoms start: Tiny white spots inside the mouth
  - 3–5 days after symptoms start: Rash (flat, red spots that appear on the face at the hairline and spread downward to the neck, torso, arms, legs, and feet)

BE READY FOR MEASLES  
cdc.gov/measles

nos de 100 casos de alcanzar el récord de 1.274 notificados durante todo el año 2019. Aquella cifra había sido considerada en su momento el peor repunte desde el siglo XX, después de que en el año 2000 se declarara oficialmente eliminada la transmisión comunitaria sostenida de esta enfermedad en el país gracias a la vacunación masiva.

Sin embargo, el brote de este año ya ha resultado más letal que el de 2019, según reportes

preliminares, lo que expertos atribuyen a infecciones que no fueron diagnosticadas ni reportadas a tiempo. Esto generó preocupación en el ámbito sanitario, pues evidencia debilidades en la detección temprana y en la cobertura de vacunación, sobre todo entre menores.



### **Niños, adolescentes y estados del sur lideran los contagios**

Las cifras de los CDC indican que aproximadamente dos de cada tres casos confirmados en 2025 corresponden a niños y adolescentes. La mayoría de estos contagios se originaron en brotes locales dentro del país, particularmente en Texas y estados vecinos, donde se registraron los primeros focos de infección a comienzos de año.

Aunque los casos comenzaron a descender en abril en esa región, datos más recientes de los CDC –basados en la fecha de inicio de los síntomas– apuntan a una aceleración nacional en los contagios desde mayo. Esto ha generado nuevas alertas entre las autoridades sanitarias, especialmente ante el inicio de las vacaciones escolares y la movilidad masiva de menores hacia campamentos y actividades grupales.

### **Alertas en vuelos nacionales y nuevas precauciones para viajeros**

La agencia federal también emitió recientemente una alerta reforzada sobre el riesgo de contraer sarampión durante viajes aéreos, tras la aparición de decenas de casos de personas infectadas que volaban dentro del país mientras eran contagiosas. Un caso incluso es sospechoso de haber originado un brote a bordo de un avión.

Las recomendaciones de los CDC no sólo se enfocan ahora en el monitoreo comunitario, sino también en la vigilancia a pasajeros y medidas de protección para quienes viajan con menores no inmunizados. Estas advertencias se suman al contexto de mayor vulnerabilidad sanitaria, donde la pérdida de cobertura inmunológica tras la pandemia ha sido un factor ampliamente documentado.

### **Medidas estatales y antecedentes: el caso de New York en 2019**

Durante el brote récord de 2019, el estado de New York se convirtió en ejemplo nacional de medidas contundentes. En respuesta a la emergencia, se endurecieron los requisitos de vacunación en campamentos de verano y, tras los brotes en comunidades con baja inmunización, el entonces gobernador Andrew Mark Cuomo firmó una ley que eliminó las exenciones religiosas a la vacuna contra el sarampión para escuelas y guarderías.

Este antecedente se mantiene vigente como referencia ante los desafíos actuales. Mientras tanto, autoridades federales y estatales coinciden en que reforzar la vigilancia y promover la inmunización completa es la vía más eficaz para evitar que se repitan escenarios como el de 2019, ahora con consecuencias potencialmente más graves.

Honduras detectó en lo que va de 2025 al menos 1.655 casos de gusano barrenador en animales y 64 en humanos, con una muerte confirmada a causa de la enfermedad, informó el 11 de junio una fuente oficial.

El director general del Servicio Nacional de Sanidad e Inocuidad Agroalimentaria (SENASA), Ángel Emilio Aguilar Mejía, precisó que, de los casos confirmados en animales, 93 fueron detectados solo en la última semana.

Aunque las cifras se mantienen por debajo de las reportadas en otros países de la región, Aguilar Mejía advirtió que la enfermedad continúa avanzando y ganando terreno en varios departamentos del país, lo que representa un riesgo creciente tanto para la salud humana como para la producción agropecuaria.

El SENASA, dependiente de la Secretaría de Agricultura y Ganadería, mantiene una vigilancia activa en fincas afectadas y coordina acciones de prevención y control con los ganaderos para contener la propagación.

Hasta la fecha, se han inspeccionado 192.280 animales en distintas regiones del país.

La presencia del gusano barrenador en animales fue detectada en Honduras en septiembre de 2024, lo que llevó a las autoridades a declarar la emergencia sanitaria. El primer caso humano se registró el 6 de febrero de 2025, en un hombre residente en Catacamas, departamento de Olancho, al oriente del país.

Honduras había sido declarada libre del gusano barrenador en 1996, pero la reaparición del parásito encendió las alertas sanitarias. Hasta el momento, se ha confirmado una víctima mortal con complicaciones asociadas a esta miasis.

La miasis por gusano barrenador es una enfermedad parasitaria causada por las larvas de la mosca *Cochliomyia hominivorax*, que deposita sus huevos en heridas abiertas de animales de sangre caliente, incluidos los humanos.

Pocas horas después de la puesta, nacen las larvas, que se alimentan de tejido vivo, provocando lesiones graves, pérdida de función en los órganos afectados y, en casos severos, la muerte.

El tratamiento generalmente implica la extracción quirúrgica de la larva, seguida de cuidados locales para prevenir la infección.

Las autoridades instaron a la población, especialmente a quienes presentan heridas o úlceras, a mantener una higiene adecuada y buscar atención médica oportuna, con el fin de evitar que las moscas depositen sus huevos y se desencadene el proceso infeccioso.

La Secretaría de Salud de Jalisco (SSJ) confirmó 20 casos de brucelosis en lo que va del año, con una mayor incidencia en los municipios de Autlán, La Barca, Ameca, Guadalajara y Zapopan. Además, se han registrado 130 casos sospechosos, lo que llevó a activar los protocolos de vigilancia epidemiológica en toda la entidad para prevenir la propagación de la enfermedad.

Ante esta situación, las autoridades estatales emitieron una alerta sanitaria, recomendando evitar el consumo de productos animales sin pasteurizar o de procedencia desconocida, ya que representan un riesgo significativo de contagio.

La brucelosis es una infección bacteriana causada por bacterias del género *Brucella*, que puede transmitirse a los humanos mediante el consumo de carne, leche o quesos contaminados. Este padecimiento afecta principalmente a vacas, cerdos, cabras y ovejas, y representa un riesgo para quienes tienen contacto directo con estos animales o sus productos derivados sin un adecuado control sanitario.

Las personas infectadas con brucelosis pueden presentar síntomas tales como fiebre intermitente, debilidad muscular, dolor articular intenso y pérdida de peso inexplicable. Debido a la naturaleza de estos síntomas, la enfermedad puede confundirse con otras, lo que puede retrasar el diagnóstico oportuno y el inicio del tratamiento adecuado.

La SSJ advirtió que la automedicación puede empeorar el cuadro clínico, ya que la bacteria puede permanecer en el organismo por semanas o meses, provocando complicaciones hepáticas y neurológicas si no se trata con antibióticos específicos.

Los grupos de mayor riesgo incluyen a trabajadores de rastros, veterinarios y personas que consumen productos lácteos artesanales sin regulación sanitaria.

El periodo de incubación varía entre 5 días y varios meses, lo que dificulta la detección temprana y la prevención de los contagios.

### **Refuerzo de las medidas de prevención**

El año pasado, Jalisco registró 310 casos sospechosos y 68 confirmados, lo que llevó a un fortalecimiento de las estrategias de prevención para el año 2025.

Para controlar los brotes, la Comisión para la Protección contra Riesgos Sanitarios de Jalisco (COPRISJAL) llevó a cabo 180 verificaciones en establecimientos que comercializan productos de origen animal, incluyendo cremerías, queserías artesanales y puntos de venta de carne.

Además, las autoridades sanitarias emitieron una serie de recomendaciones para la población, que incluyen hervir la leche antes de su consumo, adquirir productos cárnicos únicamente en establecimientos certificados y reportar síntomas persistentes en unidades de salud para un diagnóstico oportuno.

Para los municipios con mayor incidencia histórica (Autlán, La Barca y Ameca), se desplegarán brigadas sanitarias especiales con el objetivo de detectar posibles focos de infección en hatos ganaderos y centros de producción láctea.

El Hospital General Pediátrico ‘Niños de Acosta Ñu’ de San Lorenzo atraviesa semanas críticas por el aumento sostenido de casos respiratorios graves. Desde mayo hasta la fecha, ocho menores fallecieron a causa de complicaciones respiratorias y más de 90 debieron ser ingresados a unidades de terapia intensiva, informaron autoridades médicas.



El director del centro asistencial, Dr. Héctor Raúl Castro Leguizamón, explicó que la circulación viral se intensificó con la llegada del frío, lo que disparó las internaciones por cuadros de influenza, covid y virus sincitial respiratorio (VSR). En apenas un mes, el hospital registró más de 500 internaciones pediátricas por infecciones respiratorias.

“Desde el 4 de mayo estamos viendo un aumento sostenido de casos. En menos de dos semanas de junio ya superamos el número de consultas respiratorias de todo mayo”, señaló Castro Leguizamón.

Advirtió que los niños son los principales vectores de contagio, debido a que excretan virus por más tiempo y en mayor cantidad que los adultos. Esto, sumado a las bajas temperaturas, la humedad y el encierro prolongado, facilita la propagación y genera una mayor presión sobre el sistema hospitalario.

Alertó sobre la baja cobertura de vacunación en la población infantil, especialmente contra la influenza y el VSR, virus que están detrás de la mayoría de las internaciones. “La mayoría de los niños hospitalizados no recibió ninguna de estas vacunas”, indicó.

Ante esta situación, el hospital instó a las familias a completar los esquemas de vacunación y extremar los cuidados para proteger especialmente a los menores y a las personas más vulnerables frente al virus.



ALBANIA

DETECTAN EL PRIMER CASO DE MPOX EN EL PAÍS

12/06/2025

El Ministerio de Salud y Protección Social de Albania informó a la población que el Comité para la Prevención y el Control de la Mpox se reunió recientemente, tras la identificación y confirmación del primer caso en el país.

Se trata de un caso importado, de un ciudadano albanés de unos treinta años de edad. El personal médico del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario de Tirana sospechó de la enfermedad, y el caso fue confirmado por el Instituto de Salud Pública.

El Ministerio de Salud y Protección Social aseguró a la ciudadanía que se han tomado y se están implementando todas las medidas necesarias para prevenir la propagación de la infección, de acuerdo con las directrices y protocolos nacionales, así como en apoyo a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

Los síntomas de esta enfermedad incluyen fiebre, dolores corporales, inflamación de los ganglios linfáticos, sarpullido y ampollas que se convierten en costras. Suelen aparecer en las manos, la cara y los genitales.

La enfermedad se transmite por contacto directo con personas infectadas, como el contacto piel con piel o las relaciones sexuales. Sin embargo, una persona también puede infectarse por contacto con objetos contaminados, como sábanas, toallas o ropa.

El virus que causa la mpox se descubrió en 1958, cuando se produjeron dos brotes de una enfermedad similar a la viruela en colonias de monos criados para investigación.

A pesar de que originalmente se llamaba viruela del simio, se desconoce su origen. Los científicos sospechan que los roedores y monos africanos podrían ser portadores del virus e infectar a los humanos.

El primer caso humano de mpox se registró en 1970 en República Democrática del Congo. Para 2020, la enfermedad se había propagado por todo el mundo.

El sarampión ha aumentado a nivel mundial en los últimos años. Se estima que en 2023 se registraron 10,3 millones de casos a nivel mundial, un aumento de 20% con respecto a 2022.

Se están reportando brotes en todo el mundo, incluyendo Estados Unidos, Europa y la Región del Pacífico Occidental (que incluye a Australia). Por ejemplo, Vietnam registró miles de casos en 2024 y 2025.

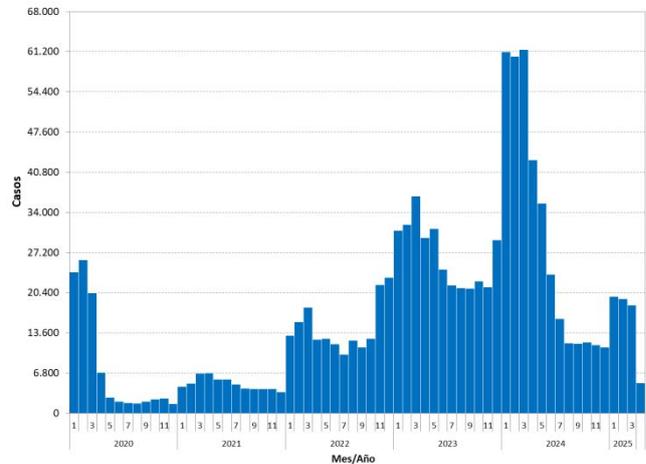
En Australia se registraron 77 casos de sarampión en los primeros cinco meses de 2025, en comparación con 57 casos en todo el año 2024.

Los casos de sarampión en Australia están casi todos relacionados con viajes internacionales. Se presentan en viajeros que regresan del extranjero o se contraen localmente tras interactuar con un viajero infectado o sus contactos.

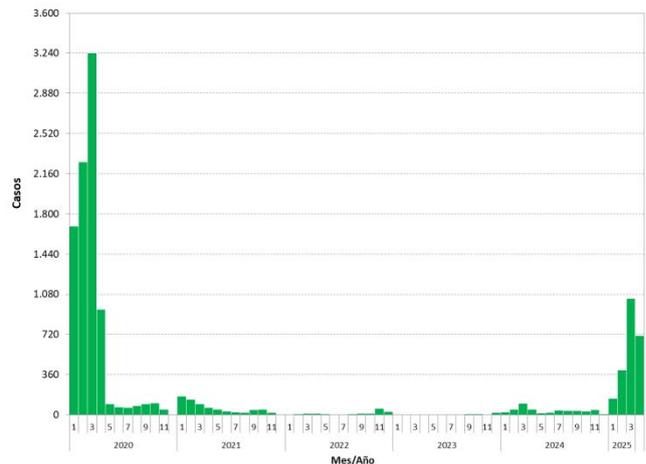
El sarampión afecta con mayor frecuencia a los niños y se puede prevenir mediante la vacunación, que en Australia se administra en dos dosis, a los 12 y 18 meses de edad. Sin embargo, en vista de los brotes actuales a nivel mundial, ¿es necesario revisar el calendario de vacunación contra el sarampión?

### Algunos conceptos básicos

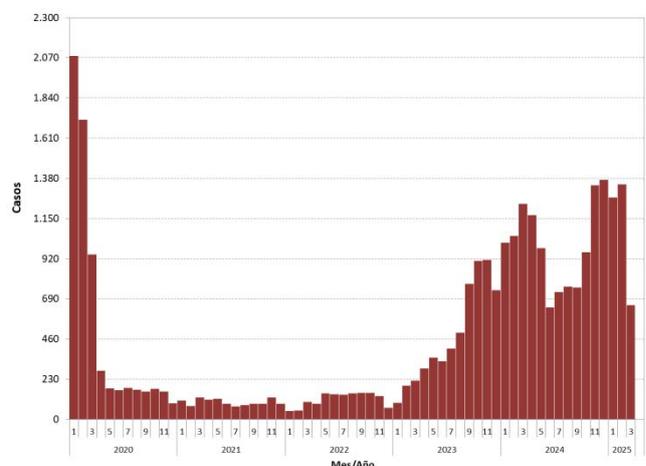
El sarampión es causado por un virus del género *Morbillivirus*. Los síntomas incluyen fiebre, tos, secreción nasal y sarpullido. Si bien se presenta como una enfermedad leve en la mayoría de los casos, el sarampión puede agravarse y requerir hospitalización, e incluso puede provocar la muerte. Los brotes extensos pueden saturar los sistemas de salud.



Casos globales de sarampión, según mes y año. De enero de 2020 a abril de 2025. Fuente: Organización Mundial de la Salud.



Casos de sarampión, según mes y año. Región de las Américas. De enero de 2020 a abril de 2025. Fuente: Organización Mundial de la Salud.



Casos de sarampión, según mes y año. Región del Pacífico Occidental. De enero de 2020 a abril de 2025. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

El sarampión puede tener graves consecuencias para la salud, por ejemplo [en el cerebro](#) y [el sistema inmunológico](#), años después de la infección.

El sarampión [se transmite](#) de persona a persona a través de pequeñas gotitas respiratorias que pueden permanecer suspendidas en el aire durante dos horas. Es altamente contagioso: una persona con sarampión puede contagiar la infección a [entre 12 y 18 personas que no son inmunes](#).

Debido a que el sarampión es tan contagioso, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda una [cobertura de vacunación de con la segunda dosis superior a 95%](#) para detener la propagación y lograr la “[inmunidad colectiva](#)”.

La [cobertura de vacunación baja y en descenso](#), especialmente desde la pandemia de covid, está impulsando los brotes mundiales.

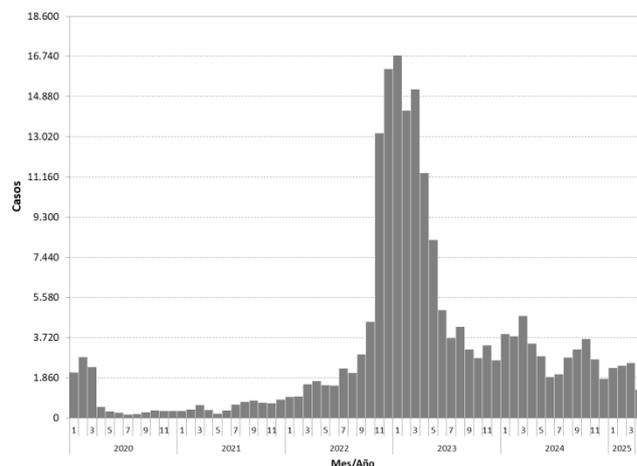
### ¿Cuándo se debe vacunar a los niños?

Los recién nacidos generalmente están protegidos contra el sarampión gracias a los [anticuerpos maternos](#). Estos anticuerpos se transmiten de la madre al bebé a través de la placenta y la leche materna, y brindan protección contra infecciones como el sarampión.

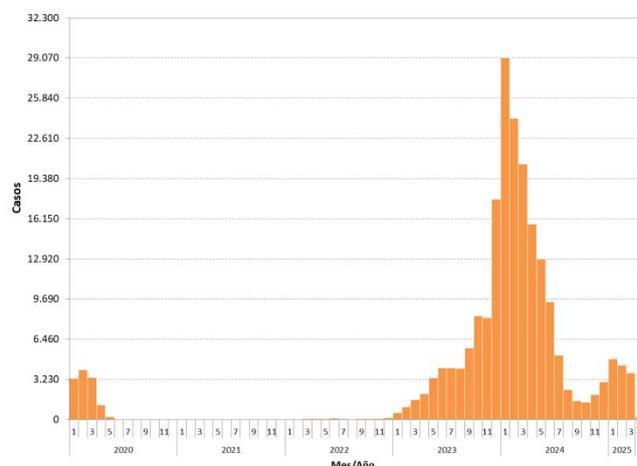
La OMS [recomienda](#) que todas las personas reciban dos dosis de la vacuna contra el sarampión. En lugares con alta incidencia de la enfermedad, generalmente se recomienda que los niños reciban la primera dosis alrededor de los nueve meses. Esto se debe a que, a esa edad, se espera que los anticuerpos maternos hayan disminuido significativamente en la mayoría de los bebés, dejándolos vulnerables a la infección.

Si [todavía están presentes anticuerpos maternos contra el sarampión](#), es menos probable que la vacuna produzca una respuesta inmunitaria.

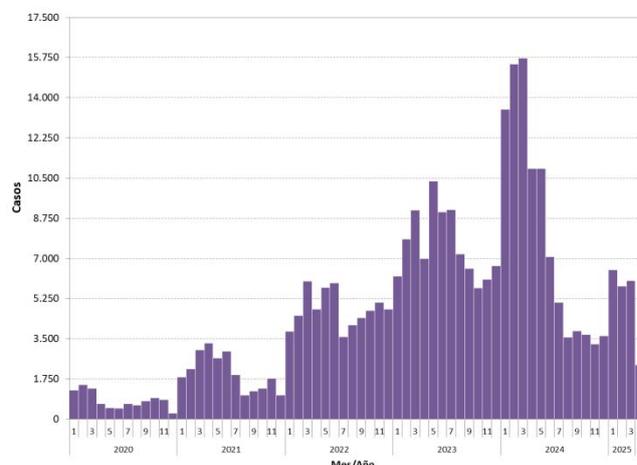
Las investigaciones también han demostrado que la vacuna contra el sarampión administrada [antes de los 8,5 meses de edad](#) puede provocar una disminución más rápida de la respuesta de anticuerpos. Esto podría deberse a una interferencia con los anticuerpos maternos, pero los investigadores aún están tratando de comprender las razones.



Casos de sarampión, según mes y año. Región del Sudeste Asiático. De enero de 2020 a abril de 2025. Fuente: Organización Mundial de la Salud.



Casos de sarampión, según mes y año. Región de Europa. De enero de 2020 a abril de 2025. Fuente: Organización Mundial de la Salud.



Casos de sarampión, según mes y año. Región del Mediterráneo Oriental. De enero de 2020 a abril de 2025. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Generalmente, se administra una segunda dosis de la vacuna entre 6 y 9 meses después. Es importante administrarla porque entre 10 y 15% de los niños no desarrollan anticuerpos después de la primera vacuna.

En entornos donde la transmisión del sarampión está mejor controlada, se recomienda administrar la primera dosis a los 12 meses de edad. Se considera que la vacunación a los 12 meses, en comparación con la de los nueve meses, genera una respuesta inmunitaria más fuerte y duradera.

En Australia, a los niños se les administra rutinariamente la vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola (triple viral) a los 12 meses y la vacuna contra el sarampión, la parotiditis, la rubéola y la varicela (cuádruple viral) a los 18 meses.

Los bebés con mayor riesgo de contraer la enfermedad también pueden recibir una dosis temprana adicional. En Australia, se recomienda esta dosis para bebés a partir de los seis meses cuando hay un brote o si viajan al extranjero a un entorno de alto riesgo.

### Los anticuerpos contra el sarampión en los bebés

Una revisión reciente analizó datos sobre anticuerpos contra el sarampión en bebés menores de nueve meses que viven en países de ingresos bajos y medios. La revisión combinó los resultados de 20 estudios, que incluyeron a más de 8.000 bebés. Los investigadores descubrieron que, si bien 81% de los recién nacidos presentaba anticuerpos maternos contra el sarampión, solo 30% de los bebés de cuatro meses presentaba anticuerpos maternos.

Este estudio sugiere que los anticuerpos maternos contra el sarampión disminuyen mucho antes de lo que se creía. Esto plantea la pregunta de si la primera dosis de la vacuna contra el sarampión se administra demasiado tarde para maximizar la protección de los bebés, especialmente cuando hay una alta incidencia de esta enfermedad.

### ¿Se debería adelantar la vacuna contra el sarampión?

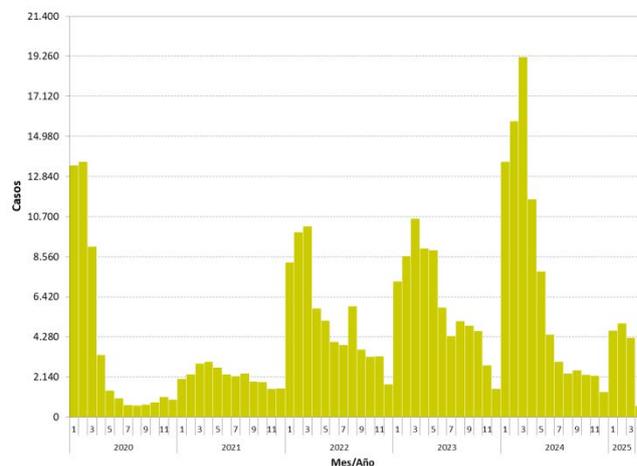
Todos los datos de este estudio proceden de países de ingresos bajos y medios, y podrían no reflejar la situación en Australia, donde la cobertura de vacunación contra el sarampión es mucho mayor y se registran muy pocos casos.

La cobertura de Australia para la segunda dosis de la vacuna triple viral a los dos años es superior a 92%. Aunque esta cifra es inferior al 95% óptimo, el riesgo general de que el sarampión aumente en Australia es relativamente bajo.

No obstante, podría justificarse ampliar la edad a la que se puede administrar una dosis adicional temprana de la vacuna contra el sarampión a los niños con mayor riesgo. En Nueva Zelanda, los bebés de tan solo cuatro meses pueden recibir la vacuna contra el sarampión antes de viajar a un país endémico.

Pero es poco probable que el actual programa de vacunación rutinaria en Australia cambie.

Añadir una dosis adicional al calendario sería costoso y logísticamente difícil. Reducir la edad para la primera dosis podría tener algunas ventajas en ciertos entornos y no plantea ningún



Casos de sarampión, según mes y año. Región de África. De enero de 2020 a abril de 2025. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

problema de seguridad, pero se necesitarían más pruebas para respaldar este cambio. En particular, se necesita investigación para garantizar que no afecte negativamente la protección a largo plazo que ofrece la vacunación contra el sarampión.

### **Garantizar la protección**

Mientras tanto, garantizar altos niveles de cobertura de la vacuna contra el sarampión con dos dosis es una prioridad mundial.



Se recomienda que las personas nacidas después de 1966 reciban dos dosis de la vacuna contra el sarampión. Esto se debe a que quienes nacieron antes de mediados de la década de 1960 probablemente contrajeron el sarampión en la infancia (cuando la vacuna aún no estaba disponible) y, por lo tanto, tendrían inmunidad natural.

Quien no está seguro de su estado de vacunación, puede consultarlo en el Registro Australiano de Inmunización. Si no tiene un registro documentado, debe consultar a un médico.

La vacunación de recuperación está disponible en el marco del Programa Nacional de Inmunización.

El primer caso autóctono de fiebre chikungunya se detectó el 11 de junio de 2025 en la comuna de La Crau, departamento de Var.

Este es el primer caso confirmado en Francia metropolitana este año. Se están implementando medidas inmediatas para limitar el riesgo de propagación.

Se considera caso autóctono a aquél en el que una persona contrajo la enfermedad en territorio nacional y no viajó a una zona con circulación del virus en los 15 días anteriores al inicio de los síntomas.

Como recordatorio, la fiebre chikungunya se transmite de persona a persona a través de la picadura de un mosquito –*Aedes albopictus*, presente en Francia metropolitana– infectado con el virus chikungunya.

### **Acciones de campo**

Para prevenir la propagación de la enfermedad, el Convenio Interdepartamental para el Control de Mosquitos en la Costa Mediterránea (EID-Med) está implementando medidas de control de mosquitos en el municipio, tanto en la vía pública como en los jardines privados de la zona. El objetivo es eliminar rápidamente los criaderos y los mosquitos adultos, que pueden transmitir el virus.

Estas acciones de control de mosquitos se completarán con una encuesta puerta a puerta realizada por la Agencia Regional de Salud de Provence-Alpes-Côte d'Azur y Salud Pública Francia en los hogares de la zona afectada para identificar a las personas que puedan presentar síntomas, informarles sobre qué hacer y difundir mensajes de prevención.

Salud Pública Francia informó que del 1 de enero al 30 de abril de 2025 se identificaron 1.099 casos importados de dengue, 919 casos importados de fiebre chikungunya y 5 casos importados de fiebre zika.

En tanto, desde el 1 de mayo –inicio de la vigilancia intensificada– hasta el 10 de junio de 2025, se identificaron 337 casos importados de dengue, 507 casos importados de fiebre chikungunya y 2 casos importados de fiebre zika.

Por último, los hospitales, médicos privados y laboratorios de análisis médicos de la zona también se movilizan para atender, tamizar y recordar las medidas de prevención a las personas que puedan presentar síntomas de fiebre chikungunya.

El brote de mpox en Kenya está escalando, con la enfermedad propagándose a múltiples condados y aumentando la transmisión a lo largo de la ruta de tránsito del Corredor Norte. Durante la semana epidemiológica (SE) 20 se notificaron seis nuevos casos en tres condados: Mombasa (2), Makueni (2) y Nakuru (2). En las últimas SE, dos nuevos condados se vieron afectados, lo que eleva el número total de condados afectados a 15.

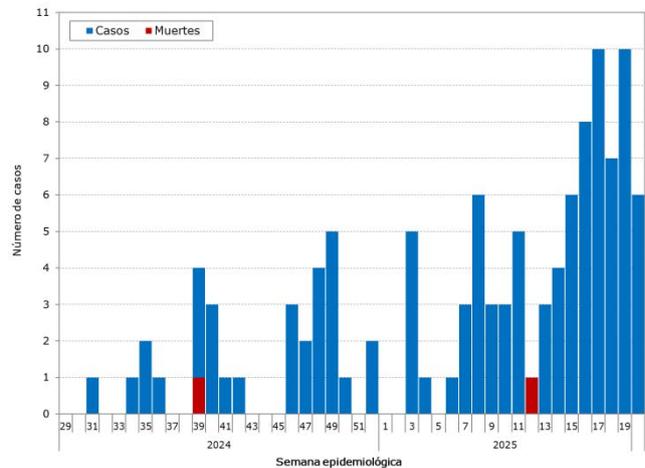
Desde el inicio del brote el 29 de julio de 2024 y hasta el 18 de mayo de 2025, se han registrado 113 casos, con una gran mayoría (73,0%) solo en 2025. En total, se han producido dos fallecimientos (tasa de letalidad de 1,7%), siendo el fallecimiento más reciente en Busia durante la SE 12. Cuatro condados han sido los más afectados, representando en conjunto 80,0% (90 casos) de todos los casos notificados.

En Busia se registraron 39 casos (35,0%), en Mombasa 28 (25,0%), en Nakuru 15 (13,0%) y en Makueni 8 (7,0%). El grupo etario con mayor número de infecciones es el de entre 30 y 40 años (25 casos; 43,0%), mientras que las mujeres constituyen la mayor proporción de casos (62 casos; 55,0%).

Se analizaron 552 muestras, de las cuales 113 (20,4%) dieron positivo. La secuenciación genómica de los casos confirmados verificó la circulación del subclado Ib de la mpox en Kenya. La mayoría de los casos (49 casos; 79,2%) se han recuperado, mientras que 17 pacientes se encuentran hospitalizados y 46 reciben atención domiciliaria. Hasta la fecha, se han registrado 330 contactos, de los que 274 han completado el seguimiento.

### Acciones de salud pública

- Se ha activado el Centro de Operaciones de Emergencia de Salud Pública para coordinar las actividades nacionales de respuesta. Además, se está elaborando un borrador del plan nacional de vacunación para guiar las iniciativas de inmunización una vez que comience el despliegue.
- Se han implementado actividades de vigilancia reforzadas a través de equipos de respuesta rápida, que apoyan la investigación de casos y el rastreo de contactos en los condados afectados.
- Kenya recibió 10.700 dosis de la vacuna contra la mpox de las Operaciones de Protección Civil y Ayuda Humanitaria de la Unión Europea. Los preparativos para una campaña nacional de vacunación están en curso y se están finalizando los planes de despliegue.
- Se están implementando procedimientos intensificados de detección en todos los puntos de entrada a Kenya, incluidos aeropuertos, puertos marítimos y cruces fronterizos terres-



Casos y muertes por mpox, según semana epidemiológica. Kenya. De semana epidemiológica 29 de 2024 a 20 de 2025. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

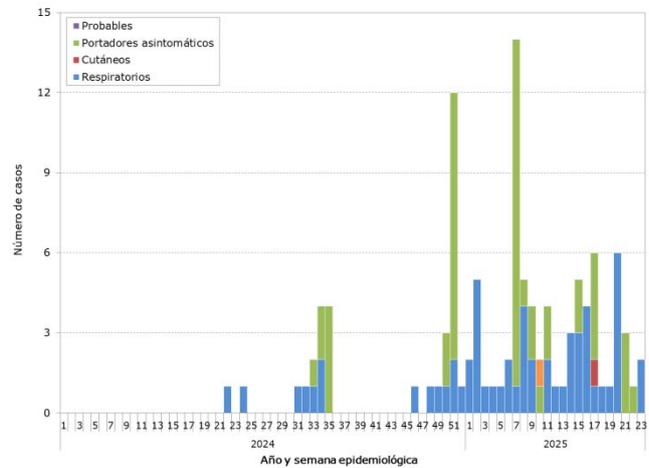
tres. Desde que se declaró el brote, se han examinado a 4.550.145 viajeros en 26 puntos de ingreso oficiales.

- Se están intensificando las sesiones de capacitación y los programas de sensibilización para mejorar la capacidad del personal sanitario para identificar y gestionar eficazmente los casos de mpox.
- Los casos confirmados se están tratando en centros de aislamiento designados como parte de la estrategia de contención.
- Continúan las pruebas de los casos sospechosos, y la secuenciación genómica desempeña un papel crucial en la orientación de la respuesta. Se ha mejorado la capacidad de los laboratorios con la incorporación de personal al Laboratorio Nacional de Salud Pública.
- Se está intensificando la comunicación de riesgos a través de los medios de comunicación y con el apoyo de voluntarios de salud comunitaria capacitados.
- Se reforzaron las capacidades de diagnóstico en el Laboratorio Nacional de Referencia para mejorar las modalidades de prueba de arbovirus.

### **Interpretación de la situación**

Durante las últimas seis SE, los casos de mpox en Kenya se han mantenido constantemente altos, lo que indica una transmisión comunitaria sostenida a pesar de los continuos esfuerzos de control. La aparición de casos en nuevos países refleja las persistentes dificultades en la sensibilidad de la vigilancia y la contención del brote, probablemente influenciadas por el movimiento de población a lo largo de los principales corredores comerciales. Este incidente en curso pone de relieve las deficiencias en el rastreo de contactos, la detección de casos y la adhesión comunitaria a las medidas de salud pública. Para reducir eficazmente la transmisión, es fundamental intensificar la participación comunitaria, mejorar la capacidad de diagnóstico y acelerar la distribución de la vacuna. Sin estas medidas, se corre el riesgo de que la mpox se vuelva endémica en las regiones afectadas, lo que representa un desafío prolongado para la salud pública.

Entre el 1 de enero de 2024 y el 8 de junio de 2025, se identificaron en Sudáfrica 58 casos confirmados de difteria respiratoria, un caso probable de difteria respiratoria y 48 portadores asintomáticos de *Corynebacterium diphtheriae* toxigénica detectados durante el rastreo de contactos. La mayoría de los casos confirmados y portadores (69%, 74/106) procedían de Western Cape, con 36 casos de difteria respiratoria y 38 portadores asintomáticos. La mediana de edad de los casos de difteria respiratoria confirmada fue de 27 años (rango: 2-55 años), y 71% (41/58) tenía 18 años de edad o más. La tasa de letalidad entre los casos probables y confirmados de difteria respiratoria fue de 20% (12/59). Entre los niños y adolescentes menores de 18 años, la tasa de letalidad fue de 18% (3/17), en comparación con el 21% (9/42) entre los adultos.



Casos de difteria según clasificación. Sudáfrica. De semana epidemiológica 1 de 2024 a 23 de 2025. Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Transmisibles de Sudáfrica.

En el primer semestre de 2024, se notificaron dos casos confirmados de difteria respiratoria: uno en KwaZulu-Natal y otro en Western Cape. Entre la semana epidemiológica (SE) 31 y la SE 37, se identificó un conglomerado de tres casos de difteria respiratoria y siete portadores asintomáticos en una comunidad escolar del subdistrito Western de Cape Town. Además, durante este período, se notificaron dos casos esporádicos confirmados de difteria respiratoria en Cape Town, no relacionados con este conglomerado.

Desde la SE 46 de 2024, se ha observado un aumento de casos de difteria en Western Cape (ciudad de Cape Town), con 30 casos respiratorios y 31 portadores asintomáticos que dieron positivo para *C. diphtheriae* toxigénica. Se identificaron seis conglomerados, incluyendo dos vinculados a un centro penitenciario (SE 50-51 y SE 7), un conglomerado de niños que jugaban juntos (SE 1-2), un conglomerado familiar (SE 6 y 8), un conglomerado de dos personas (SE 8-9) y el conglomerado más reciente en Hanover Park, compuesto por un caso índice y tres contactos asintomáticos. Otros 21 casos respiratorios en Western Cape no presentaron vínculos epidemiológicos conocidos.

Fuera de Western Cape, se notificó un conglomerado en Gauteng (SE 2 de 2025) compuesto por dos casos respiratorios y otro en Mpumalanga (SE 9-10 de 2025), compuesto por un caso respiratorio y un portador asintomático. Además, en la SE 11 de 2025 se reportó un conglomerado que abarcaba Limpopo y Mpumalanga, compuesto por un caso probable que residía en Limpopo y viajó a Mpumalanga tras la aparición de los síntomas, un caso confirmado y dos portadores asintomáticos en Mpumalanga. Se identificaron cinco conglomerados más en Limpopo entre las SE 14 y 21, cada uno compuesto por un caso y un contacto. El conglomerado más reciente se identificó en KwaZulu-Natal, en las SE 16 y 17, compuesto por un caso y dos portadores asintomáticos. Además de estos grupos, también se han notificado casos esporádicos sin vínculos epidemiológicos conocidos, incluyendo seis en Mpumalanga (SE 11 a

20 de 2025), cuatro en Limpopo (SE 12, 17, 19 y 20 de 2025) y uno en KwaZulu-Natal, notificado en la SE 20 de 2025. Se notificó un caso de difteria toxigénica cutánea en Gauteng en la SE 17 de 2025.

### **Casos sospechosos**

Del 1 de enero de 2024 al 8 de junio de 2025, se notificaron 270 casos sospechosos de difteria con resultados negativos para *C. diphtheriae*. Se dispuso de diagnósticos alternativos para algunas personas con sospecha de difteria, entre ellos *Streptococcus pyogenes*, *Corynebacterium* spp. NO difteria, angina de Ludwig, absceso retrobulbar o virus respiratorios, como el virus sincicial respiratorio y el SARS-CoV-2.

### **Difteria no toxigénica**

Del 1 de enero de 2024 al 8 de junio de 2025, se detectaron 25 personas con *C. diphtheriae* no toxigénica (16 cutáneas, 3 respiratorias, 5 contactos asintomáticos y 1 endocarditis infecciosa), dos con *C. belfantii* (1 respiratoria, 1 bacteriemia y respiratoria) y una con *C. ulcerans* (cutánea).

### **Estado de vacunación**

De los 58 casos de difteria respiratoria, 14 (25%) se dieron en niños de 12 o menos años de edad. Se dispone de historial de vacunación para cinco de ellos: un caso (de 9 años) solo había recibido tres dosis de vacuna infantil, pero ninguna dosis de refuerzo; dos casos fueron reportados como no vacunados y dos casos (de 6 y 12 años) estaban al día con sus vacunas.

### **Epidemiología histórica de la difteria en Sudáfrica 2015-2023**

Entre 2015 y 2023, el Instituto Nacional de Enfermedades Transmisibles confirmó 42 infecciones toxigénicas por *C. diphtheriae*, que incluyeron 26 casos de difteria respiratoria, 14 portadores asintomáticos detectados mediante rastreo de contactos y 2 casos de difteria cutánea. Todos los casos respiratorios se notificaron en KwaZulu-Natal (17 casos) o Western Cape (9). Los totales anuales más altos se registraron en 2015 (11 casos) y 2023 (6), mientras que en otros años se notificaron entre 0 y 4 casos.

### **Medidas de salud pública implementadas**

Para cada caso, se ha iniciado una respuesta de salud pública. Esta respuesta incluye el aislamiento de contactos cercanos, el aislamiento de contactos en riesgo, la administración de profilaxis y la vacunación de los contactos. Estas medidas de salud pública se implementan para los contactos en todos los entornos, incluyendo el hogar, el trabajo, el personal de centros de salud y el personal de servicios médicos de emergencia. Se han realizado campañas de vacunación adicionales en escuelas y comunidades de Western Cape y Limpopo.

El tétanos es una enfermedad infecciosa peligrosa que afecta el sistema nervioso y causa convulsiones graves, problemas respiratorios y deglutorios. También provoca espasmos musculares dolorosos, que pueden llegar a fracturas óseas, y puede ser mortal. En cinco meses de 2025, se registraron tres casos de tétanos, dos de ellos mortales.



Las esporas de la bacteria *Clostridium tetani*, causante del tétanos, se encuentran en todas partes: en la tierra, el polvo y el humus. La infección puede producirse por una lesión con un objeto contaminado, al trabajar con madera o tierra, o incluso por un pequeño rasguño.

En Ucrania se registran casos de tétanos cada año. En 2024, se registraron 12 casos, el doble que en 2023.

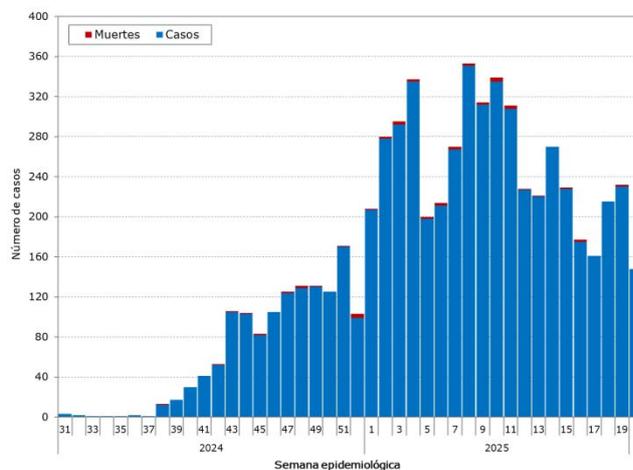
El tétanos no se transmite de persona a persona, por lo que no existe inmunidad colectiva, por lo que la vacunación es la única protección fiable contra la enfermedad.

La eficacia de la vacunación contra el tétanos es de 100%, con la pauta completa de vacunación, pero la inmunidad adquirida frente a esta enfermedad debe renovarse periódicamente, por lo que es necesario vacunarse contra esta enfermedad regularmente durante toda la vida.

Los niños se vacunan a partir de los 2 meses con una vacuna combinada contra la tos convulsiva, la difteria y el tétanos.

Los adultos deben vacunarse contra el tétanos una vez cada 10 años, a partir de los 16, siempre respetando el Calendario de Vacunación Preventiva. Para ello, la vacuna que se utiliza inmuniza contra dos enfermedades: tétanos y difteria.

El brote de mpox permanece activo y en evolución, con dinámicas de transmisión variables en todo el país. Si bien se observa una disminución notable en los casos, la transmisión sostenida continúa en los focos identificados. Desde el 15 de abril de 2025, se han notificado 1.162 nuevos casos confirmados, con cinco fallecimientos. Solo en la semana epidemiológica (SE) 20, se notificaron 148 nuevos casos sin fallecimientos en todo el país, lo que representa una disminución de 37% en los nuevos casos en comparación con la SE anterior.



Casos y muertes por mpox, según semana epidemiológica. Uganda. De semana epidemiológica 31 de 2024 a 20 de 2025. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Del 24 de julio de 2024 al 18 de mayo de 2025, se notificó un total acumulado de 6.324 casos con 42 fallecimientos (tasa de letalidad de 0,7%) en 115 de los 146 distritos de Uganda (79%). Los hombres siguen siendo los más afectados, con 3.557 casos (56,3% del total). La mayoría de los casos se presentan en personas de entre 20 y 39 años (65% del total).

Los distritos más afectados son Kampala (2.564 casos), Wakiso (753), Mbarara (523), Mukono (227), Masaka (223) y Hoima (128), que en conjunto representan 70% de los casos acumulados notificados en todo el país. La mayoría de las muertes se han reportado en Kampala (16 muertes), seguida de Wakiso (7), Masaka City (3), Mbarara (2), Mukono (2), Kole (2) y Hoima (2), que en conjunto representan 81,0% del total de muertes reportadas. Además, se ha reportado una muerte en cada uno de los siguientes distritos: Kabale, Kalungu, Kikuube, Masindi, Mpigi, Nakasongola y Pallisa.

Al 18 de mayo de 2025, estaban hospitalizados 75 casos, incluidos 17 en estado crítico. Aproximadamente 39,0% de estos casos ingresaron en Entebbe (29 casos). Uganda es uno de los países con mayor número de casos confirmados de mpox en la región africana. El brote continúa concentrándose principalmente en la capital, Kampala, y sus alrededores.

### Acciones de salud pública

- Se siguen celebrando reuniones semanales de coordinación bajo la dirección del Ministerio de Salud de Uganda, con el apoyo y la participación activa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros socios sanitarios.
- Los grupos de trabajo distritales siguen coordinando la implementación de las estrategias de respuesta sobre el terreno, en particular el fortalecimiento de la vigilancia de enfermedades, la sensibilización comunitaria, la gestión de casos y la vacunación.
- A principios de febrero de 2025, se llevó a cabo la primera ronda de vacunación contra la mpox con la vacuna Modified Vaccinia Ankara – Bavarian Nordic (MVA-BN), dirigida a las

poblaciones de alto riesgo en las zonas más afectadas. Diez mil personas fueron vacunadas en los distritos de Kawempe y Makindye de la ciudad de Kampala.

- El pilar de comunicación de riesgos y participación comunitaria está llevando a cabo campañas conjuntas de concienciación, sensibilización puerta a puerta y la participación continua de las partes interesadas en varios distritos.
- Cuatro laboratorios nacionales están realizando pruebas para mpox en todo el país. La OMS, los Centros Africanos para el Control y la Prevención de Enfermedades y otros socios en materia de salud continúan apoyando el desarrollo de capacidades de los técnicos de laboratorio, la recolección y el transporte de muestras, la secuenciación genómica y la adquisición de kits de prueba.

## Interpretación de la situación

La situación de la mpox en Uganda sigue siendo preocupante, ya que se sigue notificando un número significativo de casos confirmados semanalmente. Hasta el momento, la estrecha colaboración y los esfuerzos entre las autoridades nacionales y los socios han seguido siendo fundamentales y deben mantenerse para controlar este brote. Además, es necesario fortalecer la comunicación de riesgos y la participación comunitaria en este brote para prevenir la llegada tardía de casos a los centros de salud y las consiguientes muertes. Las autoridades nacionales, con el apoyo de los socios en materia de salud, también deben continuar proporcionando los suministros y equipos necesarios para mejorar la atención clínica de los pacientes con mpox en las zonas afectadas.

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