

ARGENTINA

- Situación epidemiológica actual del ofidismo
- Buenos Aires: Aumento estacional de casos de fiebre hemorrágica argentina

AMÉRICA

- Bolivia: Llegan a 43 los casos de sarampión en el departamento Santa Cruz
- Estados Unidos: Menos de 20 casos de sarampión esta semana, pero Iowa y Georgia reportaron brotes

- Uruguay: Aumento de casos de varicela

EL MUNDO

- Angola: El apoyo comunitario impulsa la respuesta al cólera

- Asia Pacífico: Disminuyen las posibilidades de eliminar la malaria en la región

- Europa: Es necesario implementar medidas para abordar el aumento de casos de hepatitis A

- Francia: Brote de infecciones por *Escherichia coli* en Aisne

- Indonesia: Ocho casos de fiebre hemorrágica con síndrome renal por hantavirus en lo que va de 2025

- Japón: Caso fatal de síndrome de fiebre severa con trombocitopenia

- Malawi: Situación epidemiológica de la mpx

- Uganda: Brote de carbunco en Western Region

- Yemen: Los casos de cólera ya superan los 18.000

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 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
MARIANA MONTAMAT

Patrocinadores



Adherentes



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

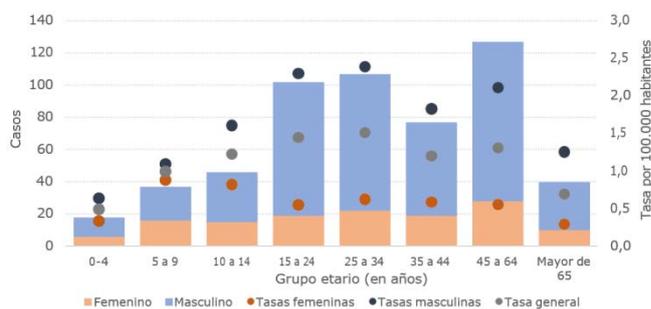
© Copyright 2020 - ISSN 2796-7050 - recfot - All Rights Reserved

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 colaboradores.

17/06/2025

En 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 22, se notificaron 554 casos de accidente ofídico con identificación de sexo y edad. El 75,3% de los eventos correspondió a personas de sexo masculino (417 casos) y 24,5% a personas de sexo femenino (136 casos), mientras que en un caso (0,2%) no se registró el dato de sexo.

La distribución según grupos etarios muestra que los accidentes ocurrieron predominantemente en personas de 14 a 64 años. Teniendo en cuenta las tasas específicas por edad, se puede observar que, entre los grupos de 10 a 64 años, los valores son semejantes, oscilando entre 1,2 a 1,5 cada 100.000 habitantes, siendo la mediana de 1,34. En relación con la edad y el sexo, en términos generales las tasas de los varones son casi cuatro veces más elevadas que en las mujeres. Asimismo, dentro de los varones, los grupos más afectados son los que se encuentran entre los 15 a 34 años.



Casos y tasas cada 100.000 habitantes de accidente ofídico, según sexo y edad. Argentina. Año 2025, hasta semana epidemiológica 22. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N= 554).
Nota: Se excluyó un caso cuyo sexo no fue identificado.

Género *Bothrops*¹

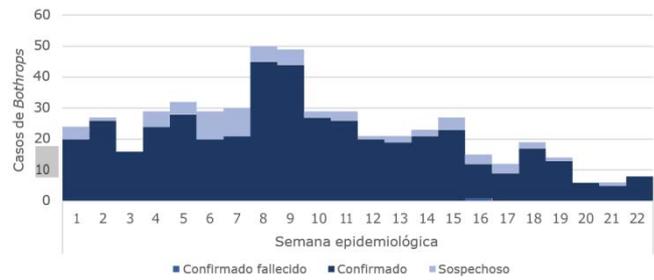
En 2025, hasta la SE 22, se notificaron 516 casos de accidentes ofídicos atribuibles al género *Bothrops* en Argentina. Al igual que en años anteriores, la mayor carga de notificaciones se concentró en la Región Noreste Argentino (NEA), que acumuló 260 casos, representando cerca de la mitad del total nacional registrado hasta la fecha. Dentro de esta región, las provincias de Chaco (106 casos) y Misiones (100) encabezaron las notificaciones, seguidas por Formosa (36) y Corrientes (18).

La Región Noroeste Argentino (NOA) notificó 145 casos, con registros elevados en Santiago del Estero (56 casos), Salta (40) y Tucumán (29), lo que indica una continuidad en la ocurrencia del evento en esta región. En la Región Centro, se reportaron 99 casos, distribuidos principalmente en Córdoba (31), Santa Fe (30) y Entre Ríos (25), manteniéndose en valores similares a los observados en años recientes. Las regiones Cuyo y Sur notificaron cifras menores, con

¹ El género *Bothrops* es el principal agente etiológico de los accidentes ofídicos en Argentina. Incluye especies como *B. alternatus* (yará grande) y *Bothrops diporus* (yará chica), de amplia distribución en las regiones Noreste Argentino, Noroeste Argentino y Centro y otras de menor distribución, principalmente, en la selva paranaense de Misiones. Estas serpientes se caracterizan por una notable plasticidad ecológica, con hábitos mayormente crepusculares y un comportamiento defensivo, lo que facilita el contacto con humanos, especialmente en zonas rurales, agrícolas o selváticas.

10 y 2 casos respectivamente, aunque se mantiene la presencia del evento en forma sostenida en jurisdicciones como San Luis (4), Mendoza (3), La Pampa (1) y Chubut (1).

El análisis de los casos semanales notificados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS_{2.0}), muestra una marcada concentración en el primer trimestre del año. El número de eventos alcanzó su punto máximo entre la SE 8 y la SE 10, con más de 40 casos semanales reportados, reflejando el patrón estacional históricamente descrito para este género, cuya mayor incidencia se produce durante los meses cálidos y húmedos (enero-marzo). Posteriormente, se observó una tendencia descendente, con una disminución sostenida del número de casos hacia el final del período analizado.



Casos notificados de ofidismo por *Bothrops*, según semana epidemiológica. Argentina. Año 2025, hasta semana epidemiológica 22. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N=516).

Desde el punto de vista clínico, el síntoma más frecuentemente consignado fue el dolor local intenso (480 casos; 31% del total), seguido por edema sin signo de Godet (299 casos; 19%) e inflamación local (130 casos; 8%). También se notificaron con frecuencia la impronta de los dientes inoculadores del animal (167 casos; 11%) y la equimosis (65 casos; 4%). Entre las manifestaciones sistémicas, se destacan náuseas (50 casos; 3%), vómitos (48 casos; 3%), taquicardia (38 casos; 2,5%), hipotensión arterial (29 casos; 2%) y trastornos en la coagulación (29 casos; 2%). Además, se registraron 13 casos con vesículas y/o ampollas serohemáticas, y al menos 11 con hemorragias gingivales y hematuria, signos indicativos de compromiso hemostático. Si bien algunas manifestaciones menos frecuentes, como melena, hematemesis, escara u oligoanuria, fueron escasamente consignadas o ausentes, no puede descartarse su posible subregistro. El alto número de campos clínicos sin datos (134 casos; 9%) limita el análisis completo de la presentación clínica. Este patrón clínico reafirma la necesidad de mantener disponibles los recursos terapéuticos adecuados –en particular el antiveneno botrópico específico– y de fortalecer la capacitación del personal sanitario para el reconocimiento precoz de signos de progresión, especialmente en áreas endémicas.

En relación con la clasificación de gravedad del envenenamiento, se dispone del dato del estadio clínico en apenas 20% de los casos notificados. De los casos con información consignada, se notificaron: 59 leves, 41 moderados y 4 graves. La escasez de datos en este campo limita significativamente el análisis clínico-epidemiológico y la estimación de la carga de formas graves o complicadas.

En 2025, hasta la SE 22, se notificó un fallecimiento asociado al accidente ofídico por *Bothrops* en la provincia de Misiones (Región NEA). El caso corresponde a una persona de sexo masculino, mayor de 65 años, que recibió tratamiento con suero antiofídico tetravalente o suero anti-yará Misiones.

Género *Crotalus*²

En 2025, hasta la SE 22, se notificaron 32 casos de accidente ofídico por *Crotalus* en el país. La distribución territorial evidencia una concentración significativa en la Región NOA, que acumuló 20 casos (62,5%), con predominio de la provincia de Santiago del Estero, que reportó

² El género *Crotalus* comprende serpientes del tipo “cascabel”, presentes en zonas secas y semiáridas del país, con hábitats preferentemente abiertos y comportamiento menos agresivo que otras especies ofídicas, aunque con un veneno neurotóxico de alta potencia. En Argentina, el evento es de notificación obligatoria y su ocurrencia está circunscrita principalmente a regiones del norte, con registros esporádicos en otras áreas.

12 eventos. Le siguió en volumen la Región NEA con 11 casos (34%), concentrados exclusivamente en las provincias de Chaco (4 casos) y Misiones (7 casos). El único otro caso informado provino de la provincia de Santa Fe, correspondiente a la región Centro.

No se registraron eventos en las regiones de Cuyo ni del Sur durante el período analizado. Esta distribución preliminar mantiene el patrón geográfico observado en años anteriores, con predominio en jurisdicciones del norte del país, y subraya la necesidad de sostener las capacidades de vigilancia, diagnóstico y respuesta en las zonas históricamente más expuestas al evento.

El análisis de los casos semanales de accidente ofídico por *Crotalus* notificados indican una mayor frecuencia en el primer trimestre del año, observándose un pico entre la SE 4 y la SE 9, donde se concentró la mayoría de los registros. La máxima incidencia semanal fue de hasta 5 casos, lo cual representa un valor inusualmente alto para este género, históricamente asociado a una distribución dispersa y esporádica. En comparación con años previos, se advierte una mayor carga de casos en las primeras SE del año, lo que podría reflejar una mayor circulación del evento o bien una mejora en la oportunidad de la notificación. Entre la SE 15 y la SE 20 se reportaron algunos casos adicionales de forma aislada, sin conformar un nuevo pico.

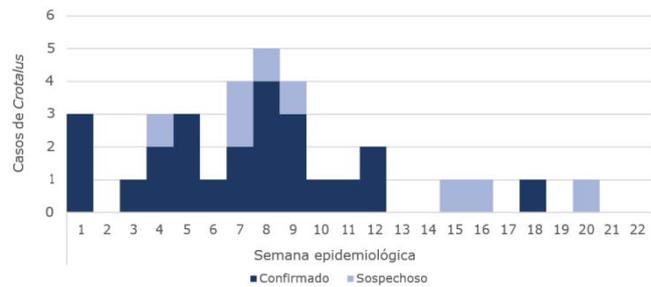
Desde el punto de vista clínico, los casos notificados mantuvieron el perfil neurotóxico y miotóxico característico de este género. Los síntomas más frecuentemente consignados fueron edema local y disminución en la agudeza visual (10 casos; 31% del total cada uno), seguidos por mialgia y náuseas (9 casos; 28% cada uno). También se reportaron con frecuencia visión borrosa, agitación y anestesia en la zona de mordedura (6 casos; 19% cada uno). Otros signos clínicos relevantes incluyeron vómitos, trastornos en la coagulación y ptosis palpebral (facies miasténica) (3 casos; 9% cada uno), así como manifestaciones neuromusculares de mayor especificidad como parálisis progresiva y debilidad muscular (2 casos; 6%). La afectación renal, mioglobulinuria, somnolencia, inquietud y diplopía fueron menos frecuentes, aunque compatibles con cuadros de mayor complejidad clínica. Este patrón de presentación clínica confirma la necesidad de un abordaje médico especializado, con monitoreo de signos neuromusculares y función renal, y la disponibilidad oportuna de antiveneno en centros de atención de zonas endémicas.

En relación con la clasificación de gravedad del envenenamiento, se dispone del dato del estadio clínico en apenas 13% de los casos notificados. De los casos con información consignada, se notificaron: 2 leves, 1 moderado y 1 grave. La escasez de datos en este campo limita significativamente el análisis clínico-epidemiológico y la estimación de la carga de formas graves o complicadas.

No se reportaron fallecidos durante el período analizado, lo cual puede reflejar una adecuada respuesta asistencial en los casos más complejos, aunque también debe interpretarse con cautela debido a la ausencia de datos en algunos campos clínicos en el sistema de vigilancia.

Género *Micrurus*³

En 2025, hasta la SE 22, se notificaron 7 casos de accidente ofídico atribuible a *Micrurus* en Argentina. La distribución geográfica de los casos se concentró principalmente en la Región NEA, que reportó 5 de los 7 eventos (71%), con predominio de la provincia de Misiones (3 ca-



Casos notificados de ofidismo por *Crotalus*, según semana epidemiológica. Argentina. Año 2025, hasta semana epidemiológica 22. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N=32).

sos), seguida por Formosa y Corrientes (1 caso cada una). Las regiones Cuyo y NOA notificaron un caso respectivamente, correspondientes a las provincias de San Juan y Tucumán. No se registraron casos en las regiones Centro ni Sur durante el período analizado.

La distribución territorial confirma la persistencia del evento en áreas históricamente endémicas del norte y nordeste del país, con apariciones esporádicas en otras jurisdicciones. Estos hallazgos refuerzan la importancia de mantener activos los sistemas de vigilancia clínica y garantizar la disponibilidad de antiveneno específico, especialmente en zonas con baja frecuencia de casos, pero potencial exposición.

El análisis de los casos semanales de accidente ofídico por *Micrurus* muestra que se notificaron casos de manera esporádica. La dispersión temporal de los eventos reafirma el perfil de baja incidencia y presentación aislada que caracteriza a este género en Argentina. Se registraron picos de hasta 2 casos en semanas puntuales (SE 2 y SE 9), pero en general, la frecuencia se mantuvo en valores mínimos (1 caso semanal aislado) y con una distribución despereja a lo largo del primer semestre.

En 2025, hasta la SE 22, los accidentes por *Micrurus* afectaron a personas de ambos sexos, con una leve mayoría de casos masculinos (4 casos) respecto de los femeninos (3 casos). Los eventos se distribuyeron en rangos etarios diversos, 15 a 24 años (3 casos), 35 a 44 años (1 caso) y 45 a 64 años (1 caso).

En relación con la clasificación de gravedad del envenenamiento, no se dispone del dato del estadio clínico en ninguno de los casos notificados, lo que torna imposible el análisis clínico-epidemiológico y la estimación de la carga de formas graves o complicadas.

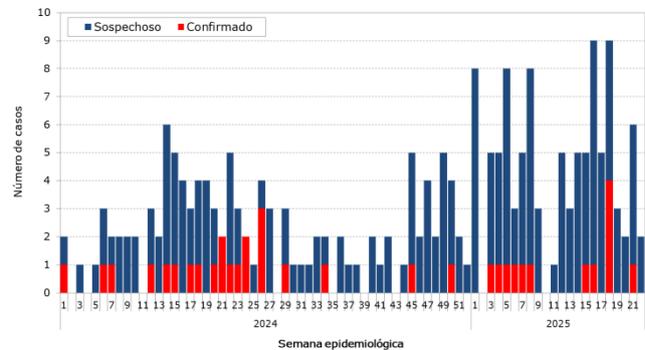
Tampoco se reportaron defunciones asociadas al evento durante el período analizado.

³ El género *Micrurus* agrupa serpientes comúnmente denominadas “corales verdaderas”, distribuidas en diversas regiones de Argentina, especialmente en áreas selváticas, boscosas y de pastizales húmedos. Poseen un comportamiento críptico y no agresivo, con una mordedura poco frecuente pero clínicamente relevante por la potente acción neurotóxica de su veneno, caracterizado por producir parálisis muscular progresiva. En el país, los accidentes por *Micrurus* son eventos de notificación obligatoria, con mayor frecuencia en el norte argentino y registros ocasionales en otras regiones.

Situación actual

La fiebre hemorrágica argentina es una enfermedad inmunoprevenible que registra un aumento estacional de casos entre los meses de marzo a octubre en el área endémica.

La letalidad de la enfermedad sin tratamiento es de entre 15% y 30%, y se reduce a casi 1% cuando se aplica el tratamiento específico (plasma inmune en dosis estandarizadas de anticuerpos neutralizantes) dentro de los primeros 8 días desde el inicio de los síntomas.



Casos de fiebre hemorrágica argentina, según semana epidemiológica. Provincia de Buenos Aires. De semana epidemiológica 1 de 2024 a 22 de 2025. Fuente: Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de Brotes, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (N=214).

En lo que va del año 2025 se notificaron en la provincia de Buenos Aires 106 casos sospechosos de fiebre hemorrágica argentina hasta la semana epidemiológica (SE) 22, de los cuales 13 fueron confirmados por laboratorio, seis fueron descartados y 87 fueron clasificados como sospechosos. Todos los casos confirmados pertenecen al área endémica de la provincia de Buenos Aires.

La adquisición de la enfermedad se vinculó mayoritariamente con haber permanecido en zonas rurales, semirurales o periurbanas.

En cuanto a la gravedad de los casos confirmados, todos requirieron internación. Al 6 de junio de 2025, uno de los casos aún continúa internado, mientras que el resto presentó buena evolución. Entre los casos confirmados se registró un fallecimiento: se trató de un hombre de 45 años de edad, con residencia en el partido de San Nicolás, cuyo caso fue notificado en la SE 7. Sólo ocho personas recibieron tratamiento con plasma inmune y ninguno de los 13 casos estaba vacunado con Candid#1.

El número de casos confirmados en las primeras SE de 2025 supera lo registrado en el año anterior para el mismo periodo. Durante 2024 se notificaron 291 casos sospechosos de fiebre hemorrágica argentina, de los cuales 23 fueron confirmados, 176 descartados y 92 sospechosos. Entre los casos confirmados, hubo tres fallecimientos: una menor de 8 años de edad en la SE 7, un hombre de 58 años en la SE 18, y un hombre de 34 años en la SE 21.

El aumento de casos sospechosos tempranamente durante las primeras SE del año se atribuyó a la epidemia de dengue de la temporada 2023/2024, enfermedad que puede manifestarse con un cuadro clínico similar al de la fiebre hemorrágica argentina en su inicio, por lo que se constituye en un diagnóstico diferencial en el área endémica.

Además, durante 2024, el número de casos confirmados resultó mayor a lo esperado, situación similar a la registrada en 2022, cuando hubo 28 casos confirmados. En ambos años el mayor número de casos confirmados se detectó en el partido de San Nicolás (21/28 casos en 2022 y 18/23 casos en 2024). Una situación similar comienza a observarse durante 2025: de los 13 casos confirmados, 10 pertenecen al partido de San Nicolás.

Vacunación

El propósito de la estrategia de vacunación con Candid#1 es reducir la morbilidad y la letalidad de la fiebre hemorrágica argentina en la población que reside o transita en el área endémica de esta enfermedad, según los lineamientos del documento *Implementación de vacunación para fiebre hemorrágica argentina en municipios de riesgo en la provincia de Buenos Aires*, publicado en agosto de 2022.

La población objetivo en la provincia de Buenos Aires son las personas mayores de 15 años que residen o desarrollan actividades en:

- Regiones sanitarias III y IV: todos los municipios.
- Región sanitaria II: Carlos Casares, Carlos Tejedor, General Villegas, Pehuajó y 9 de Julio.
- Región sanitaria VIII: Balcarce y General Pueyrredón.
- Región sanitaria IX: Azul, Las Flores, Olavarría, Rauch y Tapalqué.
- Región sanitaria X: Alberti, Bragado y 25 de Mayo.

Se continúa con el fortalecimiento de las acciones de vacunación, lo que se traduce en un aumento de las personas inmunizadas en el área endémica. Sin embargo, las coberturas de vacunación siguen siendo muy bajas, con la mayoría de la población sin inmunizar. Es necesario intensificar las acciones de vacunación en los niveles locales, así como ampliar el acceso a la aplicación de Candid#1 en los vacunatorios regulares en toda el área endémica.

Acciones de prevención y control

- Instar a los equipos de salud de las zonas endémicas de la enfermedad (con presencia del reservorio *Calomys musculus*) a fortalecer la vigilancia, seguimiento y clasificación final de los casos sospechosos de fiebre hemorrágica argentina, con el fin de disponer así de información de calidad acerca de la situación epidemiológica de la enfermedad, para la toma de decisiones respecto del fortalecimiento de las acciones de vacunación y demás estrategias de prevención.
- Educación de la población sobre el modo de transmisión, los métodos de prevención, la consulta y el tratamiento temprano.
- Convocar a todas aquellas personas que padecieron fiebre hemorrágica argentina en el pasado y se curaron, a comunicarse con los Bancos de Plasma de la provincia de Buenos Aires para coordinar una posible donación de plasma inmune para el tratamiento de los casos sospechosos que tengan indicación del mismo.
- La vacuna Candid#1 es parte del Calendario Nacional de Vacunación, siendo gratuita y obligatoria para todos los residentes de la zona endémica de la provincia de Buenos Aires y para las personas que transiten o realicen actividades en estas zonas. El esquema consiste en una dosis a los 15 años de edad o más. Esta indicación es independiente de las actividades laborales que se realicen y no se considera en forma excluyente sólo para trabajadores rurales.

El Servicio Departamental de Salud (SEDES) de Santa Cruz reportó 43 casos positivos de sarampión en el departamento y otros 13 sospechosos que están en evaluación; por lo que, durante el fin de semana, 28 centros de salud estarán abiertos para la vacunación contra esta enfermedad altamente contagiosa.

“Hasta la fecha se han registrado un total de 314 casos sospechosos, de los cuales 271 casos han sido descartados; hay 43 casos positivos en este momento en el departamento de Santa Cruz y 13 casos están aún pendientes del resultado de laboratorio”, informó el director del SEDES, Jaime Bilbao.

Asimismo, dijo que se hace el seguimiento a más de 200 personas que mantuvieron contacto directo con los pacientes positivos.

Los casos confirmados de sarampión se reportaron en 10 municipios: Porongo, San Miguel de Velasco, Santa Cruz de la Sierra, Cabezas, El Puente, Vallegrande, Montero, Cuatro Cañadas, Cotoca y El Torno.

Además, se mantiene la vigilancia en ocho municipios que presentan casos sospechosos: Santa Cruz de la Sierra, Montero, Roboré, San José, Pailón, La Guardia, Cuatro Cañadas y Cabezas.

La autoridad anunció que este fin de semana, los 28 centros de salud estarán abiertos durante las 24 horas para la vacunación contra el sarampión, tanto las redes Centro, Norte, Este y Sur de la capital cruceña como de las provincias.

“Eso significa que no hay excusa de tiempo para no poner al día el esquema de vacunación de todos los niños. Es responsabilidad de los padres de familia revisar los carnés de vacunación y llevar a los niños al centro más cercano de su domicilio para que sean vacunados”, remarcó.

Bilbao señaló también que en Santa Cruz se necesita inmunizar al menos a 71.000 niños menores de 5 años.

“Las vacunas salvan vidas y evitan cualquier complicación. Se sabe que si un niño contrae sarampión puede derivar en una neumonía grave o una encefalitis y, por ende, también a la muerte”, alertó Bilbao.

Estados Unidos registró menos de 20 casos de sarampión esta semana, aunque Iowa anunció el primer brote de la enfermedad el 19 de junio y Georgia confirmó su segundo brote el 18 de junio.

Se han registrado 1.214 casos confirmados de sarampión en lo que va del año, informaron el 20 de junio los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Los funcionarios de salud de Texas, donde se produjo el mayor brote del país durante el invierno y la primavera, confirmaron seis casos en la última semana.



Hay otros tres brotes importantes en América del Norte. El que más tiempo lleva es el registrado en Ontario, Canadá, con 2.179 casos confirmados desde mediados de octubre hasta el 17 de junio. La provincia registró su primera muerte el 5 de junio en un bebé que contrajo sarampión congénito pero también presentaba otras condiciones preexistentes.

Otro brote en Alberta, Canadá, enfermó a 996 personas hasta el 19 de junio. Y el estado mexicano de Chihuahua tenía 2.335 casos de sarampión y cuatro muertes hasta esa fecha, según datos de la Secretaría de Salud estatal.

Otros estados de Estados Unidos con brotes activos –que los CDC definen como tres o más casos relacionados– incluyen a Arizona, Colorado, Illinois, Kansas, Montana, New México, North Dakota y Oklahoma.

En Estados Unidos, dos niños en edad escolar primaria en el epicentro en el oeste de Texas y un adulto en New México han muerto de sarampión este año. Ninguno de ellos estaba vacunado.

El sarampión es causado por un virus altamente contagioso que se transmite por el aire y se propaga fácilmente cuando una persona infectada respira, estornuda o tose. Es prevenible mediante vacunación y se consideraba eliminado de Estados Unidos desde el año 2000.

Las cifras estatales

- **Texas:** Hay un total de 750 casos en 35 condados, la mayoría de ellos en el oeste de Texas, dijeron el 17 de junio funcionarios de salud estatales. Durante todo el brote, 97 personas fueron hospitalizadas. Los funcionarios de salud estatales estimaron que menos de 1% de los casos –menos de 10– son activamente infecciosos.

El 55% de los casos de Texas están en el condado de Gaines, donde el virus comenzó a propagarse en una comunidad menonita con baja tasa de vacunación. El condado registró 413 casos desde fines de enero, que representan poco menos de 2% de los residentes del condado.

La muerte en Texas que se registró el 3 de abril fue la de un niño de 8 años, según el secretario de Salud federal Robert Francis Kennedy Jr. Funcionarios de salud locales dijeron que el menor no tenía problemas de salud subyacentes y murió de “lo que el médico del niño describió como insuficiencia pulmonar por sarampión”. Otro niño no vacunado sin males subyacentes murió de sarampión en Texas a fines de febrero; Kennedy indicó que el pequeño tenía 6 años.

- **New México:** Las cifras se mantuvieron estables el 20 de junio, con un total de 81 casos. Siete personas fueron hospitalizadas desde que comenzó el brote. La mayoría de los casos del estado están en el condado de Lea. El condado de Sandoval, cerca de Albuquerque, tiene seis casos, el condado Eddy tiene tres, el condado Doña Ana tiene dos. Los condados Chaves, Curry y San Juan tienen uno cada uno.

Un adulto no vacunado murió de una enfermedad relacionada con el sarampión el 6 de marzo. La persona no buscó atención médica.

- **Oklahoma:** Se agregó un caso el 20 de junio, para un total de 17 casos confirmados y tres probables. El departamento de salud estatal no reveló qué condados registran casos.
- **Arizona:** Cuatro casos en el condado de Navajo. Están vinculados a una sola fuente, señaló el Departamento de Salud del condado el 9 de junio. Ninguno de los cuatro estaba vacunado y tenían un historial de viajes internacionales recientes.
- **Colorado:** Registra un total de 16 casos en 2025, que incluye un brote de 10 casos relacionados. El brote está vinculado a un vuelo de Turkish Airlines que aterrizó en el Aeropuerto Internacional de Denver a mediados de mayo. Cuatro de las personas estaban en el vuelo con el primer caso –un viajero de otro estado no incluido en el conteo estatal–, mientras que cinco contrajeron sarampión por exposición en el aeropuerto y uno en otro lugar.

Los funcionarios de salud también están rastreando un caso no relacionado en un residente del condado de Boulder. La persona estaba completamente vacunada pero había “viajado recientemente a Europa, donde hay un gran número de casos de sarampión”, informó el Departamento de Salud estatal.

Otros condados que han registrado casos de sarampión este año incluyen Archuleta y Pueblo.

- **Georgia:** Un brote de tres casos en el área metropolitana de Atlanta, y la infección más reciente fue confirmada el 18 de junio. El estado confirmó seis casos en total en 2025. Los tres restantes son parte de un brote no relacionado de enero.
- **Illinois:** Los funcionarios de salud confirmaron un brote de cuatro casos el 5 de mayo en el sur del estado. Aumentó a ocho casos hasta el 6 de junio, pero no se reportaron nuevos casos en las semanas siguientes, según el Departamento de Salud Pública de Illinois. Los otros dos casos del estado hasta ahora este año fueron en el condado de Cook y no están relacionados con el brote del sur de Illinois.
- **Iowa:** Seis casos en 2025; cuatro son parte de un brote en el este del condado de Johnson, entre miembros del mismo hogar. Los funcionarios de salud del condado dijeron que las personas están aisladas en su hogar, por lo que no esperan una propagación adicional.
- **Kansas:** Un total de 79 casos en 11 condados en la parte suroeste del estado, con tres hospitalizaciones. Todos excepto tres casos están conectados, y la mayoría de los casos están en el condado de Gray.

- **Montana:** 22 casos hasta el 20 de junio, 14 de ellos en el condado de Gallatin, donde aparecieron los primeros casos, que fueron los primeros en Montana en 35 años. Los condados de Flathead y Yellowstone tenían dos casos cada uno, y el condado de Hill tenía cuatro casos. Hay brotes en la vecina North Dakota y las provincias canadienses de Alberta, British Columbia y Saskatchewan.
- **North Dakota:** El estado no registraba casos desde 2011. Contabiliza 34 casos hasta el 6 de junio, pero se ha mantenido estable desde entonces. Dos personas han sido hospitalizadas. Ninguno de los casos confirmados estaba vacunado.

El condado de Williams, en el oeste de North Dakota, en la frontera con Montana, sumaba 16 casos. El condado de Grand Forks, en el este del estado, registraba 10 casos, y siete en el condado de Cass. El condado de Burke, en el noroeste de North Dakota, en la frontera con Saskatchewan, Canadá, registraba un caso.

- **Otros estados:** Se han reportado casos de sarampión también en Alaska, Arkansas, California, el Distrito de Columbia, Florida, Hawai'i, Indiana, Kentucky, Louisiana, Maryland, Michigan, Minnesota, Missouri, Nebraska, New Jersey, New York, Rhode Island, South Dakota, Vermont, Virginia y Washington.

Los funcionarios de salud declararon que los brotes anteriores en Indiana, Michigan, Ohio y Pennsylvania terminaron después de seis semanas sin nuevos casos. El brote de Tennessee también parece haber terminado.

Los casos y brotes en Estados Unidos se rastrean con frecuencia hasta alguien que contrajo la enfermedad en el extranjero. Los CDC dijeron en mayo que más del doble de casos de sarampión han venido de fuera de Estados Unidos en comparación con mayo del año pasado, y la mayoría de ellos son estadounidenses no vacunados que regresan al país. En 2019, Estados Unidos registró 1.274 casos y casi perdió su estatus de haber eliminado el sarampión.

La vacuna triple viral

La mejor manera de prevenir el sarampión es con la vacuna triple viral, contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis. Se recomienda la primera dosis para niños de entre 12 y 15 meses de edad y la segunda entre los 4 y los 6 años.

Si hay preocupaciones sobre la disminución de la inmunidad, recibir otra dosis de esta vacuna es inofensivo, señalaron los CDC. Las personas que tienen documentación de haber recibido la vacuna “de virus vivo” contra el sarampión en la década de 1960 no necesitan ser revacunadas, pero las que fueron inmunizadas antes de 1968 con una vacuna ineficaz hecha “de virus muerto” deben ser revacunadas con al menos una dosis, indicó la agencia.

Las personas que tienen documentación de haber tenido sarampión son inmunes, y aquellos nacidos antes de 1957 en general no necesitan las vacunas porque el número de niños que contrajeron sarampión fue tan alto en ese entonces que tienen “inmunidad presuntiva”.

En comunidades con altas tasas de vacunación –por encima de 95%–, enfermedades como el sarampión no se propagan fácilmente. Esto se llama “inmunidad de grupo”.

Pero las tasas de vacunación infantil han disminuido a nivel nacional desde la pandemia de covid, y más personas piden exenciones religiosas o de conciencia personal para eximir a sus hijos de los requerimientos de vacunación.

El Ministerio de Salud Pública de Uruguay informó un aumento significativo de casos de varicela en comparación con el mismo período del año anterior. Según el último [informe epidemiológico](#), durante la semana epidemiológica 23 de este año se registraron 245 casos, frente a los 155 notificados en la misma semana de 2024.

El reporte también da cuenta de 28 brotes de la enfermedad, de los cuales 17 fueron intrafamiliares, cinco ocurrieron en centros educativos y seis en otras instituciones. Este aumento de casos se presenta especialmente en los grupos etarios de 20 a 29 años, de 10 a 14 y en los menores de 5 años.

El corredor endémico acumulado de varicela muestra que la incidencia se ha mantenido durante lo que va del año en zona de alerta.

Frente a esta situación, la Directora Nacional de Salud, María Fernanda Nozar Cabrera, recordó que la varicela es una enfermedad extremadamente contagiosa, por lo que es clave conocer sus síntomas, detectar los casos y aplicar medidas preventivas, como el aislamiento temporal y la identificación de personas más vulnerables, entre ellas embarazadas e inmunodeprimidos.

Además, Nozar Cabrera advirtió que muchas de las infecciones detectadas este año corresponden a personas que no cuentan con el esquema de vacunación completo, lo que refuerza la necesidad de revisar y completar las inmunizaciones.

Luego de la incorporación de la segunda dosis de la vacuna contra la varicela a quienes cumplieran 5 años a partir del 1 de enero de 2014, se observó una disminución de la incidencia acumulada, pasando de 40,4 casos cada 100.000 habitantes en 2014 a 12,6 casos en 2024, sin considerar los años pandémicos.

En el corazón de Boa Vista, un barrio de Luanda, la capital de Angola, María Teresa da Silva, de 48 años y madre de tres hijos, se une a otros miembros de la comunidad para concienciar sobre el brote de cólera en curso. Cuando se reportaron los primeros casos en su comunidad a mediados de enero de 2025, se unió a un grupo de mujeres preocupadas y deseosas de contribuir a la respuesta.

Con el apoyo de las autoridades locales, comenzaron a educar a los vecinos, a distribuir productos de higiene y a promover prácticas de prevención del cólera. “Vivimos en comunidad”, afirmó. “Debemos encontrar tiempo y apoyarnos mutuamente para proteger nuestra salud y salvar vidas”.

La participación de la comunidad en este barrio urbano de bajos ingresos ayudó a frenar el brote: no se han reportado nuevos casos de cólera durante cuatro semanas consecutivas, desde el 19 de mayo.

“Al principio, muchas familias no buscaban servicios de salud. La falta de información fue el mayor desafío”, afirmó el administrador municipal de Ingombota, Mika Kaquesse. Las autoridades locales organizaron 800 sesiones de sensibilización comunitaria, construyeron tanques de agua, distribuyeron productos de higiene e implementaron campañas de sensibilización sobre saneamiento.

“Sabemos que la prevención es clave para controlar el cólera: agua potable, saneamiento e información”, afirmó la Dra. Genoveva Mafu, coordinadora clínica del centro de tratamiento del cólera de Boa Vista. “Al principio fue aterrador, pero el trabajo en equipo y el apoyo de los compañeros marcaron la diferencia”.

El Ministerio de Salud de Angola, con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), capacitó a más de 8.000 movilizados comunitarios para apoyar la respuesta y a alrededor de 4.450 líderes comunitarios en detección temprana, preparación de solución de rehidratación oral y tratamiento de agua a nivel doméstico.



Las autoridades sanitarias llevaron a cabo campañas de sensibilización con líderes comunitarios y religiosos, sesiones de escucha comunitaria y colaboraron con diversos sectores, como el ambiental, el pesquero, el hídrico y energético, la juventud y el ejército, para garantizar una respuesta coordinada y culturalmente apropiada. Esto permitió llegar a más de 8 millones de personas con mensajes sobre la prevención del cólera.



“Las actividades comunitarias aumentaron la confianza pública en los servicios de salud y fortalecieron la vigilancia epidemiológica local”, afirmó Mateus Mariano Miguel, presidente del Comité de Vecinos de Boa Vista. “La comunidad respondió masivamente. Seguimos trabajando, incluso sin nuevos casos, porque sabemos que la prevención nunca debe detenerse”.

Las autoridades sanitarias también capacitaron a 1.000 profesionales sanitarios y activaron casi 140 equipos de vigilancia que se encargan de la gestión de casos, la detección activa de casos y la prevención y el control de infecciones. A nivel nacional, se desplegaron 166 equipos de respuesta rápida y se establecieron 180 centros de tratamiento del cólera para gestionar y tratar los casos.

En poco más de cinco meses, Angola registró más de 26.000 casos y casi 750 muertes. Esto marca el peor brote de cólera en el país en casi dos décadas. Gracias a un enfoque multisectorial y multifacético, las últimas dos semanas mostraron tendencias alentadoras. Al 14 de junio de 2025, el número de nuevos casos semanales se redujo a 826, el nivel más bajo desde marzo. Las muertes semanales disminuyeron a su nivel más bajo desde enero y la tasa de letalidad semanal disminuyó a 1,5%, desde un máximo de 8,8% en enero de 2025.

“Si bien la situación sigue siendo grave, estas mejoras demuestran el impacto de la respuesta en curso y brindan esperanza de que el brote pueda controlarse pronto. Debemos seguir reforzando la colaboración, ya que cuando las comunidades están empoderadas y comprometidas, se pueden salvar vidas y restaurar la dignidad”, afirmó el Dr. Indrajit Hazarika, representante de la OMS en Angola.

Los casos de malaria en la región Asia Pacífico aumentaron en los últimos años, llegando a 4,8 millones en 2024, lo que aleja a la región de su objetivo de eliminación para 2030, según se afirmó en una cumbre.

Los casos aumentaron 170% entre 2021 y 2024, según el análisis presentado por la Alianza de Líderes de Asia y el Pacífico contra la Malaria (APLMA) en la IX Cumbre de Líderes de Asia y el Pacífico sobre la Eliminación de la Malaria, en Bali, Indonesia, el 16 y 17 de junio.



Madre e hija con un mosquitero nuevo proporcionado por la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (ya no disponible) en 2015 en la provincia de Battambang, Camboya.

Los expertos que hablaron en el evento atribuyeron el revés a los brotes alimentados por el clima, el aumento de cepas resistentes a los medicamentos e insecticidas, los conflictos y los desafíos de financiación.

Sarthak Das, director ejecutivo de la APLMA, que organizó el evento, dijo que la probabilidad de alcanzar el objetivo de 2030 había disminuido en los últimos dos años. “En una escala del uno al diez, si me hubieras preguntado hace dos años, habría sido un sólido siete. Ahora es un seis. El resurgimiento en Pakistán nos hizo retroceder”, lamentó.

Agregó que las inundaciones de Pakistán de 2022, consideradas uno de los desastres naturales más costosos del mundo, mostraron cómo un evento vinculado al clima puede revertir años de logros en un país.

Los casos aumentaron de alrededor de 400.000 en 2021 a 2,7 millones en 2023, lo que llevó a Pakistán a trasladar su objetivo de eliminación a 2035. Das dijo que las Islas Salomón también habían movido su objetivo a 2034.

Sarthak Das también destacó el aumento en Papúa Nueva Guinea, que tiene la mayor transmisión de malaria fuera de África, y los conflictos en Afganistán y Myanmar, que también provocaron un aumento de casos de malaria en Tailandia.

La región Asia Pacífico es una de las más vulnerables al cambio climático, se calienta más rápido que el promedio mundial y es la más afectada por los desastres climáticos.

Los modelos climáticos citados por la APLMA predicen cambios localizados en el riesgo de malaria en la región. Se proyecta que la duración de la temporada de transmisión aumentará en Nepal, el noreste de India, el norte de Myanmar y el suroeste de China, pero disminuirá en algunas zonas bajas del Sudeste Asiático debido al estrés térmico.

El cambio climático también está ampliando la probabilidad de que la malaria se propague a mayores altitudes, amenazando a Nepal y a las tierras altas orientales de Papúa Nueva Guinea.

Mosquiteros de mala calidad

Edward Walker, profesor de ciencias biomoleculares de la Universidad Estatal de Michigan (Estados Unidos), cuestionó la dependencia excesiva de los mosquiteros tratados con insecticidas como estrategia para eliminar la malaria. “No hay garantía de que la gente lo use a diario”, dijo.

Walker cree que una mejor estrategia sería proteger las casas enteras de los mosquitos siempre que sea posible, colocando mosquiteros en ventanas, puertas y aleros, aunque agregó que esto cuesta “entre 10 y 100 veces más”.

También cuestionó la calidad de algunos mosquiteros. Un [estudio](#) en Papúa Nueva Guinea reveló una disminución de la eficacia de los mosquiteros antes de lo previsto, lo que contribuyó al resurgimiento de la malaria en la zona.

Actualmente no existe una vacuna segura y eficaz que combata el parásito de la malaria *Plasmodium vivax*, el más común en Asia.

Déficit de financiación

Peter Sands, director ejecutivo del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, destacó el progreso logrado en la lucha contra la malaria en la última década, pero instó a los países a comprometerse a aportar más.

El Fondo Mundial lanzó su octavo ciclo de recaudación de fondos de reposición en febrero, con el objetivo de recaudar 18.000 millones de dólares para el período 2026-2028.

En la actualidad, Asia Pacífico enfrenta un déficit de 478 millones de dólares, mientras que el déficit de financiación total a nivel mundial es de 4.300 millones de dólares, según la organización. “Lo que buscamos es suficiente dinero para sostener el programa de eliminación”, dijo Sands.

Instó a los países de Asia Pacífico, que han dependido en gran medida de los donantes, a intensificar sus esfuerzos y contribuir más tras los recortes a la ayuda internacional por parte de Estados Unidos y otros países.

El gobierno del Reino Unido confirmó la semana pasada que recortaría su presupuesto de ayuda de 0,5% a 0,3% del ingreso nacional bruto para 2027.

Sin embargo, Matthew Downing, jefe de misión de la Embajada británica en Yakarta, dijo en el marco de la cumbre que los legisladores británicos en general no querían que se redujeran los fondos para la salud y el clima.

El expresidente indonesio Susilo Bambang Yudhoyono declaró ante los periodistas: “La malaria no es solo un problema de salud. Es también una cuestión de equidad y una prueba de nuestro compromiso con los más vulnerables”.

“Es una medida de nuestra capacidad de trabajar juntos a través de las fronteras, entre sectores y entre generaciones de liderazgo”.





El Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) publicó una [Evaluación rápida de riesgos](#) en respuesta a un brote de hepatitis A en varios países de la Unión Europea/Espacio Económico Europeo (UE/EEE). Se ha notificado un aumento significativo de las infecciones por el virus de la hepatitis A subgenotipo IB en Austria, Chequia, Eslovaquia y Hungría entre enero y mayo de 2025. Este aumento afecta principalmente a adultos sin hogar, personas que consumen o se inyectan drogas y personas que viven en condiciones sanitarias deficientes y tienen acceso limitado a la atención sanitaria. También se han notificado casos entre miembros de la comunidad romaní tanto en Chequia como en Eslovaquia.

“Este brote nos recuerda que la hepatitis A puede causar enfermedades graves e incluso la muerte, especialmente en personas con acceso limitado a la atención médica y a la higiene básica. Necesitamos fortalecer la difusión, facilitar el acceso a la vacunación en los grupos con mayor probabilidad de exposición y garantizar el saneamiento básico, especialmente en respuesta al aumento de casos. Más que medidas sanitarias, son medidas de equidad”, afirmó Ole Heuer, jefe de la Unidad de Enfermedades Relacionadas con Una Salud en el ECDC.

Los cuatro países afectados han notificado 2.097 casos de hepatitis A en 2025. Eslovaquia, que experimenta un brote en curso desde fines de 2022, notificó 880 casos solo en 2025. Este año, Austria registra 87 casos confirmados, incluidas tres muertes, superando ya su total de 2024. En Chequia, se han confirmado 600 casos en 2025, incluidas seis muertes, siendo los niños pequeños el grupo más afectado. Hungría notificó 530 casos este año, principalmente en adultos. Alemania, aunque no se considera un país afectado, identificó tres casos con perfiles genómicos coincidentes con los de Hungría y Austria.

La secuenciación genética sugiere una transmisión continua de persona a persona dentro de redes sociales o áreas geográficas conectadas, en lugar de múltiples brotes no relacionados. Estos hallazgos confirman la transmisión transfronteriza y subrayan la necesidad de una acción coordinada de salud pública, así como la importancia de la colaboración, la detección oportuna y las intervenciones específicas.

En los países de la UE/EEE que actualmente experimentan brotes, la probabilidad de transmisión y circulación sostenida del virus es alta entre las personas que viven en condiciones sanitarias deficientes, los consumidores de drogas inyectables y las personas sin hogar. Dado que la gravedad de la hepatitis A aumenta con la edad, el riesgo para estos grupos se considera alto en los adultos mayores de 40 años. Para quienes padecen una enfermedad hepática o son adultos mayores, el riesgo puede ser muy alto.

En los países de la UE/EEE no afectados, dado que actualmente no se han notificado aumentos en las infecciones por el virus de la hepatitis A subgenotipo IB y, por lo tanto, considerando la muy baja probabilidad de infección, el riesgo para la población en general se considera entre muy bajo y bajo. Sin embargo, es importante señalar que la probabilidad de infección es mayor entre los grupos con mayor probabilidad de exposición al virus, y que el impacto de la enfermedad aumenta con la edad y las condiciones predisponentes, por lo que el riesgo general puede variar entre los diferentes grupos de población.

El ECDC recomienda que las autoridades de salud pública de la UE/EEE emprendan una combinación de acciones que incluyan investigaciones epidemiológicas, prevención específica y divulgación comunitaria para contener el brote y proteger la salud pública:

- Continuar investigando las vías de transmisión de la hepatitis A y fortaleciendo los estudios de secuenciación para comprender el panorama epidemiológico completo.
- Debe considerarse la vacunación dirigida a los grupos de población con mayor probabilidad de exposición al virus. Se debe priorizar la profilaxis posexposición con la vacuna contra la hepatitis A para los contactos estrechos de los casos identificados, de acuerdo con las directrices nacionales.
- Garantizar que las personas con mayor probabilidad de estar expuestas tengan fácil acceso a servicios de higiene básicos, como agua y jabón, en áreas accesibles para ellas, como baños públicos, refugios para personas sin hogar y bancos de alimentos.
- Adaptar las actividades de divulgación a las poblaciones con mayor probabilidad de exposición, basándose en la comprensión de sus necesidades, actitudes y conocimientos. Proporcionar información en varios idiomas, adaptada a diferentes niveles de alfabetización, y abordar los rumores y la desinformación que puedan circular.

La hepatitis A es una enfermedad hepática viral aguda causada por el virus de la hepatitis A, que se transmite principalmente a través de alimentos y agua contaminados, o por contacto cercano con personas infectadas. Es una enfermedad prevenible mediante vacunación que afecta con mayor frecuencia a personas que viven en zonas con saneamiento deficiente o acceso insuficiente a servicios básicos de higiene. Los factores de riesgo de infección incluyen la falta de acceso a agua potable, el contacto cercano con personas infectadas (incluidas ciertas conductas sexuales como el sexo anogenital-oral), el consumo de drogas recreativas y los viajes a zonas donde circula el virus. La probabilidad de desarrollar hepatitis A sintomática o grave aumenta con la edad y es mayor en personas inmunodeprimidas o con enfermedad hepática crónica.

Se han reportado siete casos de diarrea mucosa sanguinolenta en niños de entre 1 y 12 años de edad, residentes en Saint-Quentin y alrededores, departamento de Aisne. Los síntomas comenzaron entre el 12 y el 17 de junio, y cuatro de ellos desarrollaron síndrome hemolítico urémico; uno de ellos falleció. Salud Pública de Francia (SPF) y la Agencia Regional de Salud (ARS) están realizando investigaciones para identificar el origen de las infecciones.

La ARS fue informada, el 16 de junio, del fallecimiento de un niño de 12 años residente en Saint-Quentin a causa del síndrome hemolítico urémico, una complicación poco frecuente que se caracteriza por insuficiencia renal aguda, causada por la infección por la bacteria *Escherichia coli* productora de la toxina Shiga. Otros seis niños, también residentes en Saint-Quentin o sus alrededores, fueron atendidos en urgencias del Centro Hospitalario de Saint-Quentin entre el 13 y el 18 de junio por síntomas digestivos graves (diarrea con sangre); tres de ellos presentaban síndrome hemolítico urémico.

Se están realizando análisis biológicos para identificar la cepa bacteriana que infectó a cada niño y determinar si estas cepas tienen características similares.

Se está realizando una investigación para determinar el origen de estas infecciones.

Tan pronto como se reportaron los casos, el SPF y el ARS iniciaron de inmediato las investigaciones para buscar un posible origen común de las infecciones. Los elementos iniciales de la investigación no establecieron que estos siete niños comieran juntos. En la etapa actual de la investigación, parece que no todos los niños asisten a las mismas comunidades y que las familias tienen diferentes fuentes de alimento. Las investigaciones continúan de manera activa.

El síndrome urémico hemolítico es una enfermedad grave, caracterizada por daño agudo de los riñones, asociado a alteraciones en las células de la sangre como trombocitopenia y anemia. Pueden asociarse vómitos, irritabilidad y, en algunos casos, convulsiones. Siempre requiere hospitalización y puede llevar a la muerte. Este cuadro es precedido por síntomas digestivos que se presentan durante la semana previa, como diarrea o diarrea con sangre.

La bacteria causante de la enfermedad es *Escherichia coli*. Aunque la mayoría de estas bacterias son inofensivas, algunos tipos de ellas pueden causar enfermedad, como la *E. coli* productora de toxina Shiga. Ésta puede causar una diarrea sanguinolenta que, usualmente, se cura sola, pero que puede complicarse y desarrollar el síndrome urémico hemolítico y trastornos de coagulación en adultos, como la púrpura trombocitopénica trombótica. La complicación de la enfermedad afecta particularmente a niños, ancianos y aquéllos que, por padecer otras enfermedades, tienen su sistema inmunológico deprimido.

El síndrome urémico hemolítico se presenta con un cuadro de diarrea (generalmente con sangre), que puede estar acompañado de fiebre, vómitos y dolor abdominal. Si el niño tiene disminución de la cantidad de orina y decaimiento, debe consultarse inmediatamente al centro de salud u hospital. Se recomienda no usar antibióticos sin indicación médica, ya que pueden producirse complicaciones y favorecer la aparición del síndrome urémico hemolítico. Tampoco deben utilizarse bismuto, carbón, aspirinas o similares, antiespasmódicos, loperamida, ni probióticos en cuadros de diarrea aguda por el mismo motivo.

La *E. coli* productora de toxina Shiga se transmite a través de los alimentos y el agua, y por el contacto directo con animales y su materia fecal, y a través de aguas recreacionales. También se puede transmitir por el contacto con otra persona enferma o con un portador de la bacteria que no lo está. Una persona con diarrea o con síndrome urémico hemolítico puede continuar eliminando la bacteria a través de su materia fecal hasta tres semanas o más en los niños y una semana en los adultos, luego del inicio de los síntomas. Esta eliminación en la materia fecal puede suceder en personas que tengan la infección, pero no hayan sufrido diarrea ni otros síntomas.

El tiempo transcurrido desde que la bacteria ingresa al organismo hasta que se producen los primeros síntomas puede variar entre 2 y 10 días, pero en general es de 3 o 4 días.

Los alimentos que pueden estar contaminados con esta bacteria son la carne (en la superficie de la carne cruda y sus jugos, y de la carne picada y alimentos preparados con ella), frutas y verduras (que se consumen crudos y sin lavar), leche sin pasteurizar y sus derivados, alimentos cocidos y listos para el consumo (contaminados por las manos de quien lo prepara o consume, de utensilios o de alimentos crudos contaminados), el agua utilizada para beber y cocinar contaminada y sin un tratamiento adecuado.

El Ministerio de Salud de Indonesia informó que, en 2025, hasta el 19 de junio, se han detectado ocho casos de fiebre hemorrágica con síndrome renal (FHSR) causada por el hantavirus en cuatro provincias, todos los cuales han sido dados de alta.

El jefe de la Oficina de Comunicación e Información Pública del Ministerio de Salud, Aji Muhawarman, indicó que las cuatro provincias eran Yogyakarta, Jawa Barat, Nusa Tenggara Timur y Sulawesi Utara.



Además, el 20 de mayo de 2025, se detectó un caso en la regencia de Bandung Barat en el Hospital General Dr. Hasan Sadikin de Bandung. El paciente se recuperó y se reincorporó a sus actividades.

“El Ministerio de Salud, el Laboratorio de Salud Pública de Yakarta, la Oficina Provincial de Salud de Jawa Barat, la Oficina de Salud de Bandung Barat, el Centro de Salud Comunitario de Ngamprah y el gobierno de la aldea de Bojongkoneng han llevado a cabo investigaciones epidemiológicas y control de vectores”, declaró Aji Muhawarman.

Agregó que el hantavirus causa una enfermedad zoonótica, y que la transmisión ocurre a través del contacto directo con roedores, como las ratas, y no se ha encontrado transmisión entre humanos.

Explicó que, en Indonesia, hasta ahora solo se han encontrado manifestaciones de FHSR. Los síntomas son fiebre, dolor de cabeza, dolores corporales, debilidad e ictericia.

Por otro lado, para el síndrome pulmonar por hantavirus (SPH), los síntomas son fiebre, dolores corporales, malestar, tos y dificultad para respirar.

La tasa de letalidad es de 5-15%, dependiendo de la cepa del virus.

Aji Muhawarman explicó que el hantavirus se declara un evento extraordinario si se detectan dos o más casos confirmados de FHSR en un período de dos semanas.

“El caso en Bandung Barat no cumple los criterios de evento extraordinario”, añadió.

“Se está difundiendo información sobre la enfermedad en todos los distritos y ciudades, implementando vigilancia centinela en 19 hospitales para detectar la enfermedad por el hantavirus”, afirmó el funcionario.

Posteriormente, se realizará la gestión de casos en el hospital, investigaciones epidemiológicas y control de animales portadores de la enfermedad.

La Asociación Médica Veterinaria de Japón (JVMA) instó a sus miembros a intensificar las precauciones contra el virus potencialmente mortal que causa el síndrome de fiebre severa con trombocitopenia (SFTS), en lo que se cree que es el primer caso del país de un veterinario que muere por presunta transmisión de animal a humano.

El veterinario desarrolló síntomas de la enfermedad tras tratar a un gato en su consulta de la prefectura de Mie en mayo, según

confirmó un funcionario de la Asociación Médica Veterinaria de Japón (JVMA). El veterinario fue hospitalizado, pero falleció pocos días después.

Sorprendentemente, la autopsia no encontró la picadura de garrapata que típicamente transmite el virus, mientras que el dueño del gato y otros miembros del personal de la clínica no han mostrado ningún síntoma.

“Aún no estamos completamente seguros de cómo se produjo esta infección y el Ministerio de Salud está trabajando con las autoridades de la prefectura para determinar todos los detalles”, dijo Daisuke Tsukamoto, portavoz de la JVMA.

“Hemos estado trabajando con nuestros miembros en la prefectura de Mie para intentar averiguar más y rápidamente emitimos una alerta a nuestros miembros para que compartan toda la información posible sobre SFTS y cómo evitar infectarse”, dijo.

El Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (NIID), un instituto de investigación afiliado al Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar de Japón, también publicó un informe para veterinarios que detalla qué se debe tener en cuenta en los animales infectados, las precauciones que se deben tomar para evitar ser picado por una garrapata, los peligros de la exposición a los fluidos de un animal infectado y la forma más segura de deshacerse de un animal muerto.

Según el NIID, los síntomas clínicos de la enfermedad incluyen fiebre, pérdida de energía y apetito, vómitos, ictericia y una picadura de garrapata evidente. Los análisis de sangre revelarían una disminución del recuento de glóbulos blancos, junto con una disminución del recuento de plaquetas y niveles elevados de la enzima aspartato aminotransferasa (AST) en el hígado, el corazón, los músculos y los riñones.

El SFTS solo fue identificado positivamente por un investigador chino en 2011, aunque un nuevo examen de casos en los que las personas enfermaron con síntomas similares permitió a los expertos confirmar incidentes probables que se remontan a 2006. En 2011, se notificaron 571 casos de SFTS y 59 muertes en China.

El SFTS se identificó por primera vez en Japón en 2013, cuando se reportaron 40 casos. Hasta abril de este año, se habían confirmado 1.071 casos y 117 fallecimientos. Al parecer, la enfer-



medad es especialmente peligrosa para las personas mayores, ya que 90% de los casos registrados se dan en personas de 60 años o más.

Esta enfermedad infecciosa también se ha identificado en Corea del Sur, Vietnam y Taiwán, con una tasa de mortalidad que oscila entre el 12% y más de 30%. No existe cura conocida y la mayoría de las víctimas fallecen por insuficiencia multiorgánica.

La tasa de mortalidad en gatos suele ser superior al 50 por ciento.

En 2019, el NIID dijo que la alta tasa de mortalidad en humanos significaba que debería clasificarse como una nueva fiebre hemorrágica viral, colocándola en la misma categoría de infecciones que el dengue y la enfermedad por el virus del Ébola.

El virus es transmitido por animales salvajes, principalmente ciervos y jabalíes en Japón, pero también por erizos, ganado vacuno, cabras y ovejas. Las garrapatas *Ixodes*, que se alimentan de animales salvajes, como la garrapata asiática de cuernos largos (*Haemaphysalis longicornis*), pueden entonces adherirse a mascotas en zonas de pasto o, en algunos casos, directamente a personas que pasan a través de la maleza.

En 2023, los expertos advirtieron que, si bien las garrapatas portadoras de virus se habían encontrado con mayor frecuencia en las zonas más meridionales de Japón, el aumento de las temperaturas les permitió ampliar su área de distribución. Actualmente, estas garrapatas se encuentran comúnmente en la región de Tohoku, en el norte de Japón.

Un estudio realizado en 2021 encontró nueve especies de garrapatas en una isla frente a Tohoku, aparentemente después de viajar en aves migratorias.

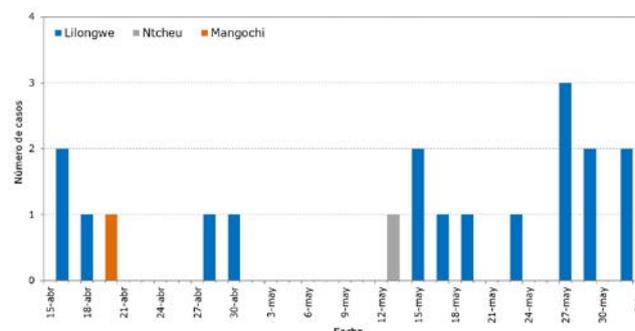
En 2017, una conferencia de prensa en las oficinas del gobierno de la prefectura de Miyazaki se convirtió en un caos cuando una garrapata viva que se había traído para mostrar a los periodistas desapareció durante el procedimiento. Un funcionario del gobierno local colocó el insecto en un papel para que los fotógrafos pudieran tomar primeros planos, pero desapareció.

Las autoridades buscaron la garrapata, pero no la encontraron. Tras evacuar la habitación, rociaron la alfombra con dos tipos de insecticidas y el gobernador de la prefectura se disculpó al día siguiente.



El brote de mpox en Malawi ha entrado en una nueva fase, con nuevos distritos reportando casos en las últimas cuatro semanas epidemiológicas (SE). Seis SE después de la detección inicial de la mpox en Malawi, el brote ha seguido creciendo, con un número creciente de casos y distritos afectados.

En la SE 22 se registraron dos nuevos casos confirmados. Ambos son residentes del distrito de Lilongwe: un estudiante de 25 años del Área 50 y un trabajador sanitario de 25 años del Área 25. Ambos casos presentaron fiebre, dolor de cabeza y erupción cutánea en el Hospital de Bwaila el 30 de mayo. Los resultados de laboratorio dieron positivo para mpox. Ninguno de los casos confirmados reportó viajes recientes fuera de Malawi, lo que sugiere transmisión local.



Casos notificados de mpox, según día y distrito. Malawi. Del 15 de abril al 2 de junio de 2025. Fuente: Organización Mundial de la Salud. (N=19).

Del 17 de abril al 1 de junio de 2025, se han documentado un total de 19 casos confirmados, sin fallecimientos, en tres distritos: Lilongwe (17 casos) y Ntcheu (1 caso), ambos situados en la región Central de Malawi, y Mangochi (1 caso) en la región Southern.

La mayoría de los casos se registra en hombres (17 casos), con edades comprendidas entre los 2 y los 55 años. El grupo de edad de 30 a 40 años registra el mayor número de casos. Se están realizando investigaciones epidemiológicas para determinar el origen de la infección y comprender la dinámica de la transmisión. Ninguno de los casos confirmados informó haber viajado recientemente fuera de Malawi, lo que sugiere transmisión local.

Se han reportado comorbilidades con el VIH, infecciones de transmisión sexual y diabetes mellitus entre algunos de los casos confirmados. Todos los casos confirmados presentaron síntomas clínicos leves.

En total, se han incluido en una lista a 249 contactos y se les ha realizado un seguimiento activo, de los que 187 fueron dados de alta. Además, Malawi notificó 161 casos sospechosos de mpox desde agosto de 2024, en 27 de los 29 distritos, alcanzando una tasa de cobertura de pruebas de 98,8% y una tasa de positividad de 11,9%. Seis casos se han recuperado y han recibido el alta médica. Cuatro muestras se han sometido a secuenciación genómica, todas ellas identificadas como clado Ib.

Acciones de salud pública

- Se llevan a cabo reuniones semanales de coordinación nacional de mpox, y se han activado los Sistemas de Gestión de Emergencias de Salud Pública subnacionales en los distritos afectados para mejorar la respuesta. Los Comités Distritales de Gestión de Emergencias de Salud Pública están coordinando las actividades de preparación en todos los distritos fronterizos, incluidos los cercanos a Lilongwe, para fortalecer la preparación local y los esfuerzos de control contra los brotes.

- La OMS está coordinando las contribuciones de los socios a través del Conglomerado de Salud con el fin de garantizar una respuesta unificada, a la vez que moviliza recursos adicionales. Además, un pilar multisectorial del Punto de Entrada de Una Salud se reúne semanalmente para orientar las acciones sanitarias prioritarias en las fronteras.
- Se ha intensificado la vigilancia de la mpox. Se han difundido las definiciones de caso a todos los centros de salud y distritos del país para mejorar la detección activa de casos sospechosos. El rastreo de contactos está en curso para todos los casos confirmados, con seguimiento y monitoreo en curso.
- Se han desarrollado Procedimientos Operativos Estándar (POE) para la gestión de muestras de mpox y se han compartido con todos los distritos para guiar la manipulación, la preparación y el envío adecuados de las muestras. Los reactivos de diagnóstico están preposicionados en el Laboratorio Nacional de Referencia de Salud Pública y se están realizando esfuerzos para asegurar suministros adicionales para realizar pruebas de forma continua.
- Se han difundido las directrices para la gestión de casos de mpox al personal sanitario de hospitales clave y zonas de alto riesgo, incluidos los distritos fronterizos y los campos de refugiados. Se ha establecido una unidad de tratamiento de emergencia en el Hospital Central de Kamuzu. Los protocolos de tratamiento de la mpox se han integrado en las Directrices de Tratamiento Estándar de Malawi de 2024.
- Los coordinadores distritales de prevención y control de infecciones (PCI) y de agua, saneamiento e higiene recibieron orientación virtual sobre la transmisión de la mpox y las precauciones estándar. Está en curso la capacitación integrada del personal sanitario sobre medidas de PCI y de agua, saneamiento e higiene. Se han revisado y finalizado los materiales de capacitación de mpox, incluyendo evaluaciones de PCI en centros de salud y herramientas de riesgo de exposición del personal sanitario.
- Se están distribuyendo materiales de concienciación sobre mpox en inglés y en idiomas locales a las comunidades y centros de salud para fomentar la concienciación pública y promover la detección temprana mediante la participación comunitaria. Se ha involucrado a líderes comunitarios y personas influyentes para promover conductas de búsqueda de atención médica y la participación en las iniciativas de control.

Interpretación de la situación

Dada la falta de antecedentes de viajes recientes entre las personas afectadas, el brote actual de mpox en Malawi plantea inquietudes sobre la posible transmisión local. Se deben priorizar los esfuerzos dirigidos a una investigación epidemiológica y de laboratorio exhaustiva, en particular en genómica, para comprender la dinámica de la transmisión. La presencia de comorbilidades entre los pacientes también subraya la necesidad de intervenciones específicas dentro de los programas de VIH y enfermedades crónicas, garantizando una atención clínica personalizada y una reducción del riesgo de consecuencias graves en las poblaciones inmunocomprometidas y con comorbilidades. La comunicación eficaz de riesgos y la participación comunitaria serán cruciales para abordar la desinformación y promover la adhesión a las medidas de salud pública. Se debe diseñar una campaña de comunicación específica y adaptada a las comunidades en riesgo para aumentar la concienciación pública y apoyar las iniciativas de contención.

El actual brote de carbunco humano se detectó por primera vez el 24 de marzo de 2025 en el distrito de Bushenyi, Western Region. El caso humano sospechoso inicial fue un residente de la aldea de Kijimbi, parroquia de Kajunju, subcondado de Kyabugimbi, que se presentó a un centro de salud con fiebre, dolor de cabeza, malestar, náuseas, dolor abdominal, vómitos, hinchazón de los brazos y lesiones en la piel con formación de escaras.

Posteriormente se informó de otras dos personas del mismo pueblo con síntomas similares. Las investigaciones determinaron que todos ellos habían participado en el sacrificio o manipulación de ganado muerto.

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 13, se recolectaron 30 muestras humanas sospechosas en todo el país, de las cuales 15 (50,0%) dieron positivo para *Bacillus anthracis*. Si bien la mayoría de los casos confirmados se originaron en el distrito de Sembabule, se ha notificado un número cada vez mayor de casos y alertas en varios otros distritos, incluidos Buhweju, Bushenyi, Kabale, Kazo, Kyegegwa, Moroto y Sheema.

También se han reportado casos sospechosos de carbunco animal en granjas de la aldea de Kigimbi y granjas vecinas en los distritos de Sheema y Buhweju, donde se han producido múltiples muertes de ganado. Siguen reportándose casos humanos relacionados con estas muertes de animales.

El brote actual de carbunco en Uganda está impulsado por factores de riesgo interconectados, incluidas prácticas peligrosas como consumir carne de animales muertos, manipular cadáveres infectados sin protección y una eliminación deficiente de los cadáveres.

En Uganda, estos comportamientos se ven agravados por una conciencia pública limitada y creencias culturales que asocian las muertes de ganado con la brujería, lo que genera demoras en la presentación de informes y la respuesta. El movimiento transfronterizo de ganado y el acceso veterinario limitado complican aún más los esfuerzos para controlar la enfermedad. La situación pone de relieve los desafíos regionales y transfronterizos que supone gestionar y contener eficazmente los brotes de carbunco.

Acciones de salud pública

- Se ha activado el enfoque Una Salud para abordar el brote de manera integral, lo que dio como resultado el despliegue de 34.200 dosis de vacunas para el ganado en los distritos afectados. La Organización Mundial de la Salud, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura y otros asociados participan activamente en la coordinación y el apoyo de estas acciones de respuesta para controlar la propagación de la enfermedad.
- Los esfuerzos de coordinación siguen siendo limitados entre ambos distritos afectados, y actualmente solo se están realizando actividades mínimas, lo que pone de relieve la necesidad de fortalecer la cooperación y aumentar la movilización de recursos para abordar el brote de manera eficaz.

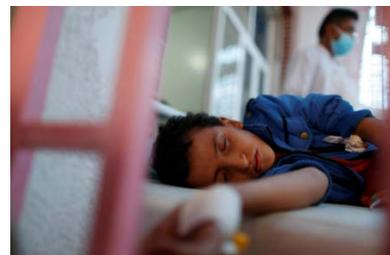
- La búsqueda activa de casos continúa a nivel comunitario, y los equipos de salud buscan e identifican activamente nuevos casos para garantizar un diagnóstico, tratamiento y contención oportunos de la enfermedad.
- Se han iniciado actividades de comunicación de riesgos y participación comunitaria a través de la sensibilización para abordar eficazmente los conceptos erróneos y la desinformación persistentes en la comunidad, garantizando una comprensión más clara y precisa y una mejor cooperación en respuesta al brote.
- Todos los casos identificados están recibiendo el tratamiento adecuado a través de las iniciativas de gestión de casos y prevención y control de infecciones, con seis pacientes ingresados hasta el momento y cuatro ya dados de alta.

Interpretación de la situación

El carbunco sigue siendo endémico en Uganda, con brotes esporádicos generalmente relacionados con la exposición ambiental y la manipulación insegura de productos animales. El brote actual se caracteriza por una amplia propagación geográfica, una detección tardía y una dinámica zoonótica compleja. Los factores antropogénicos, como el despiece de animales muertos y los desplazamientos entre distritos, están manteniendo el brote. Los mitos persistentes han obstaculizado la participación oportuna de la comunidad y la comunicación eficaz de riesgos. Dada la creciente escala de este brote y la participación tanto de la vida silvestre como de los seres humanos, se necesitan urgentemente inversiones específicas en vigilancia, concientización de la comunidad y capacidad veterinaria.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informó de un fuerte aumento de casos de cólera en Yemen, con más de 18.000 infecciones sospechosas registradas desde principios de 2025.

Según la última actualización epidemiológica, entre el 1 de enero y el 25 de mayo se han documentado en Yemen 18.286 casos sospechosos de cólera y diarrea acuosa aguda, incluidas 10 muertes.



El informe destaca un aumento notable de casos durante mayo, con 5.369 nuevas infecciones, lo que marca un aumento de 4.017 casos en comparación con abril, cuando se registraron 1.352 casos y una muerte.

La OMS clasifica a Yemen como el quinto país más afectado a nivel mundial en cuanto a brotes de cólera, después de Sudán, Afganistán, República Democrática del Congo y Angola. Además, Yemen tiene la segunda tasa más alta de infección por cólera en la región del Mediterráneo Oriental, solo superada por Afganistán.

Los funcionarios de salud advirtieron que el saneamiento deficiente, el acceso limitado al agua potable y la infraestructura de atención médica inadecuada continúan alimentando el brote, instando a los donantes internacionales a intensificar el apoyo para contener la enfermedad y prevenir más muertes.

Apoyo del UNICEF

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) anunció una amplia ayuda médica para los centros de salud en Yemen, proporcionando suministros médicos suficientes para tratar más de 60.000 casos de cólera desde principios de este año.

En un comunicado oficial, la organización confirmó que se han distribuido 603 paquetes de suministros médicos a centros de salud de todo el país para combatir el brote de diarrea acuosa aguda, que representa una amenaza creciente para la salud.

El UNICEF añadió que entregó 321 botiquines médicos en el primer trimestre del año, además de 282 botiquines adicionales en junio. Cada botiquín contiene medicamentos esenciales, soluciones intravenosas, sales de rehidratación oral, antibióticos y otros suministros médicos para garantizar un tratamiento eficaz a las personas afectadas.

La organización reafirmó su compromiso de apoyar a 3.200 centros de atención primaria de salud en Yemen, todos los cuales brindan terapia de rehidratación oral como parte de sus servicios básicos, con el objetivo de aliviar la crisis de atención de la salud en medio de los desafíos humanitarios actuales.

El UNICEF instó a la comunidad internacional a intensificar los esfuerzos para apoyar al sector sanitario de Yemen, advirtiendo que el actual brote de cólera podría provocar un aumento de infecciones y muertes, lo que requiere una respuesta urgente para garantizar atención médica adecuada para los necesitados.

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