

ARGENTINA

- Situación epidemiológica de la tos convulsa

AMÉRICA

- Alerta epidemiológica por fiebre chikungunya
- Bolivia: Alta incidencia de leishmaniosis en Pando, con 203 casos en lo que va del año
- Brasil: Tres casos humanos de encefalitis equina venezolana en Amazonas

- Brasil: La letalidad de la fiebre manchada brasileña es de 100% en Campinas este año

- Estados Unidos: Suspendieron la licencia de la vacuna Ixchiq® contra la fiebre chikungunya

- Estados Unidos: Primeros casos de fiebre del Nilo Occidental para la temporada 2025 en New York

- México: Murió en Zacatecas una adolescente que contrajo rabia

- México: Aumentan los casos de gusano barrenador

EL MUNDO

- España: La última ola de calor causa 1.149 muertes atribuibles a las altas temperaturas

- Filipinas: 26 casos de ciguatera tras el consumo de barracuda en Iloilo

- Pakistán: Dos nuevos contagios de poliomieltis en Khyber Pakhtunkhwa

- Reino Unido: Se ofrecerá por primera vez la vacunación gratuita contra la varicela a los niños

- Más de 34.000 casos y 138 muertes por mpox en el mundo en lo que va de 2025

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

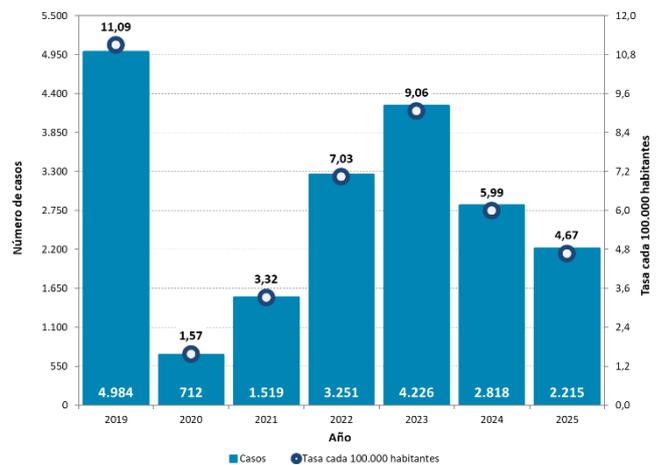
Nota de la Editorial: La Editorial no se responsabiliza por los conceptos u opiniones vertidos en entrevistas, artículos y documentos traducidos y/o reseñados en este Reporte, los cuales son de exclusiva responsabilidad de los respectivos entrevistados, traductores, autores o colaboradores.

En 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 32, se notificó un total de 2.215 casos con sospecha de tos convulsa, de los cuales se confirmaron 189. Entre los casos confirmados, 159 (84,1%) contaron con resultado de laboratorio registrado en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}). En 148 casos (93,1%) se identificó la especie *Bordetella pertussis*, 10 casos (6,3%) permanecen sin identificación de especie (*Bordetella* sp.) y un caso (0,6%) correspondió a *Bordetella parapertussis*.

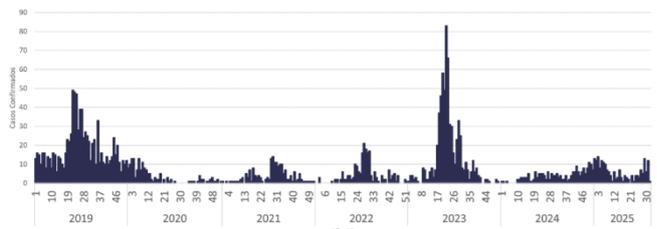
Entre la SE 1 y la SE 32, las notificaciones presentan una tasa más baja a la registrada en el mismo período de 2024. En comparación, en el mismo periodo de los años 2019, 2022, 2023 y 2024 se registró un mayor número de notificaciones, mientras que en 2020 y 2021, se registra el menor número de notificaciones en dichas SE.

Las notificaciones de casos con sospecha de tos convulsa se concentraron principalmente en establecimientos de Córdoba (664 casos) y Salta (503), seguidos por la provincia de Buenos Aires (322), la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA; 275 casos), Mendoza (229) y Santa Fe (112). En el resto de las provincias se notificaron menos de 25 casos sospechosos en lo que va del año, mientras que en cuatro de las 24 jurisdicciones no se registró ninguna notificación hasta la SE 32 de 2025.

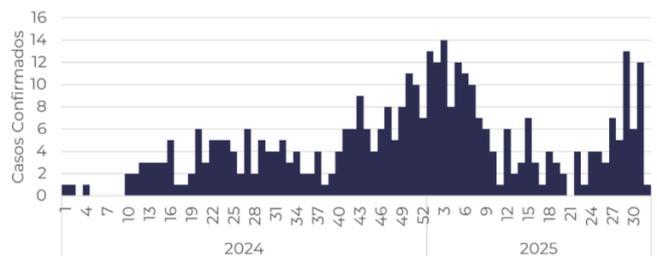
En cuanto a los casos confirmados, se identificó un ligero ascenso de los casos a partir de la SE 43 de 2024, que alcanzó su máximo en la SE 3 de 2025, con un descenso posterior. A partir de la SE 27, se identificó un nuevo ligero aumento de los casos confirmados. Asimismo, los casos registrados en 2025 hasta la SE 32 superan las confirmaciones para el mismo periodo de los



Notificaciones y tasa de notificación cada 100.000 habitantes de casos con sospecha de tos convulsa, según año. Argentina. Años 2019-2025, hasta semana epidemiológica 32. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



Casos confirmados de tos convulsa. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2019 a 32 de 2025. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



Casos confirmados de tos convulsa. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2024 a 32 de 2025. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

años 2021, 2022 y 2024, con una incidencia acumulada de 0,40 casos cada 100.000 habitantes en lo que va del año.

Los casos confirmados durante 2025 se registraron en 12 jurisdicciones, principalmente en la Región Centro. La mayor tasa de incidencia acumulada corresponde a la CABA, mientras que el mayor número de casos corresponde a la provincia de Buenos Aires.

Las mayores incidencias acumuladas se observan en el grupo de 0 a 5 años, particularmente en menores de 1 año. Este grupo concentra 44,7% de los casos confirmados en 2025 (84 casos), predominantemente en el subgrupo de menores de 6 meses (53 casos).

En 2025, hasta la SE 32, se notificaron dos fallecimientos en casos confirmados con detección de *Bordetella pertussis*: uno en menores de 6 meses y otro en el grupo de 12 a 23 meses.

Coberturas de vacunación

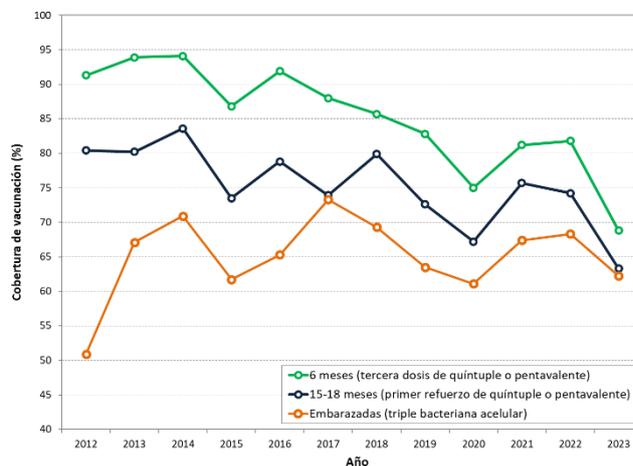
El alcance de coberturas de vacunación óptimas de todas las enfermedades inmunoprevenibles es una prioridad en el desarrollo de políticas públicas en Argentina; sin embargo, debido a factores internos y externos, al igual que como ocurre en todo el mundo, se encuentran lejos de ser logradas.

Los factores relacionados con la merma en las coberturas de vacunación son la complejidad del Calendario Nacional de Vacunación, la gran extensión territorial, la presencia de falsas contraindicaciones, las oportunidades perdidas, la presencia de grupos antivacunas, la reticencia debido a *fake news*, la falta percepción de riesgo, las dificultades en la producción y suministro de insumos, la rotación del personal de salud y la insuficiente estrategia de comunicación, entre otras.

Existen vacunas seguras y efectivas para prevenir la infección por *Bordetella pertussis*. Sin embargo, se registra a nivel mundial, regional y nacional un descenso progresivo de las coberturas que redundan en una acumulación de personas susceptibles a contraer la enfermedad. Por este motivo, es necesario realizar un análisis sobre las características que asumen actualmente las coberturas de vacunación para definir las mejores acciones específicas de recupero de esquemas.

Entre 2012 y 2016, las coberturas de vacunación en lactantes de 6 meses y en niños de 15-18 meses se mantuvieron en niveles superiores a 90% y 80% respectivamente, mientras que las embarazadas mostraban coberturas más bajas, pero en ascenso, acercándose a 70%. Sin embargo, a partir de 2017 comienza a observarse una tendencia de descenso progresivo en todos los grupos, con un quiebre más abrupto en 2020, coincidiendo con el inicio de la pandemia de covid, probablemente asociado con las medidas de aislamiento físico.

- **Lactantes de 6 meses:** Luego de 2020 se observó un aumento de 6,2 puntos porcentuales en 2021 y 2,6 puntos porcentuales en 2022 para la tercera dosis de la vacuna quintuple. Sin embargo, se registró una fuerte caída en 2023, alcanzando el valor más bajo de toda la serie (68,8%) implicando un descenso de más de 20 puntos porcentuales respecto de los valores de 2012.



Coberturas de vacunación con componente pertussis. Argentina. Años 2012/2023. Fuente: Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, Ministerio de Salud de Argentina.

- **Primer refuerzo de vacuna quintuple:** Se presentó una caída de 5,4 puntos porcentuales en el primer año de la pandemia (2020), pero en 2021 se registró una franca recuperación que permitió alcanzar una cobertura de 75,7%, significando 3,1 puntos por encima de los valores de 2019. Sin embargo, esta tendencia en ascenso se detuvo y en 2023 la cobertura nacional mostró una caída de 12,4 puntos porcentuales respecto de 2021, alcanzando valores mínimos en los últimos 12 años (63,3%).
- **Embarazadas:** Nunca alcanzaron coberturas óptimas de vacunación. Muestran fuertes fluctuaciones a lo largo del período, con caídas importantes post-pandemia, llegando a 62,2% en el último año analizado.

Las coberturas preliminares de 2024 al 6 de agosto de 2025, son las siguientes:

- 1ª dosis de vacuna quintuple (DTP/ HB+Hib) (2 meses): 84,4%
- 2ª dosis de vacuna quintuple (4 meses): 83,2%
- 3ª dosis de vacuna quintuple (6 meses): 78,6%
- Refuerzo de vacuna quintuple (15 -18 meses): 67,4%
- Refuerzo de vacuna triple bacteriana (DTP) (5 años): 46,3% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2019 al 12 de agosto de 2025: 70,14%)
- Refuerzo de vacuna triple bacteriana acelular (dTpa) (11 años): 54,1% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2013 al 12 de agosto de 2025: 72,29%)
- Embarazadas con dTpa: 72,2%.¹

Para realizar un análisis completo de la situación de las coberturas de vacunación, es necesario hacer referencia a que el descenso observado de coberturas es global (para todas las vacunas en todos los grupos etarios) y multicausal, y se acentuó con posterioridad a la pandemia de covid.

Entre las variables que es necesario evaluar se encuentran la falta de percepción de riesgo por parte del personal de salud y de la comunidad en general, la presencia de falsas contraindicaciones, las oportunidades perdidas de vacunación, la presencia de grupos antivacunas, la reticencia, las *fake news* o noticias falsas, las dificultades en producción y suministro de los insumos, la rotación del personal de salud y la insuficiente estrategia de comunicación, entre otras.

Sin embargo, otro de los factores a tener en cuenta es el sistema de registro y las posibles diferencias entre la cobertura administrativa y la real. Por este motivo, se avanzó con un análisis sobre el cambio en la manera de registrar que se realizó en 2023: a diferencia de años anteriores, donde la fuente de información era netamente numérica y administrativa y se realizaba de manera agrupada, durante el año 2023 se comenzó a utilizar como única fuente datos lo informado en el Registro Nominal de Vacunación electrónico (RNVe). De esta manera se sostuvo y fortaleció el cálculo de coberturas del calendario nacional, siendo la fuente de información los datos cargados de manera nominal únicamente.

La implementación del RNVe permite sistematizar las bases de datos y el circuito de información para el cálculo de las coberturas de vacunación, con la implementación de un modelo de gestión informatizada a través de un registro nominalizado que brinda a todos los niveles sanitarios la posibilidad de contar con datos actualizados, consistentes y confiables para la toma de decisiones. Esto implica un gran salto de calidad en la gestión de datos.

¹ Vacuna triple bacteriana (DTP): protege contra difteria, tétanos, tos convulsa.

Vacuna pentavalente o quintuple (DTP/ HB+Hib): protege contra difteria, tétanos, tos convulsa (DTP), hepatitis B (HB) e infecciones por *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib).

Vacuna triple bacteriana acelular (dTpa): con dosis reducidas de difteria y tos convulsa, para mantener la inmunidad y disminuir reacciones adversas.

Sin embargo, cabe destacar que la adecuación de los sistemas de RNVe con la inclusión de todas las vacunas del calendario nacional, implicó cierto atraso en la carga y diferencias con algunos sistemas provinciales, por lo que es posible que existan registros de dosis aplicadas que aún no hubieran impactado en el sistema nacional para la publicación de las coberturas del año 2023.

Además, también existe un universo de personas vacunadas que no han sido registradas en ningún sistema (ya sea provincial, nacional, institucional, del subsector público o privado).

Estas dos últimas consideraciones implican que existe a la fecha subregistro de dosis aplicadas. Por este motivo, se trabaja diariamente en la mejora de los sistemas de registro tanto del nivel jurisdiccional como desde el nivel nacional a través del apoyo a las jurisdicciones y de la implementación de nuevas y mejores tecnologías con el objetivo de contar con datos de mayor calidad para apoyar la toma de decisiones en materia de política de inmunizaciones.

Además del cambio realizado en 2023 para el cálculo de las coberturas a partir de la consideración únicamente de los registros nominales; en 2024, y en consenso con las 24 jurisdicciones, se definió considerar para la planificación de dosis a administrar a las personas de 5 y 11 años, y para el cálculo de coberturas, a partir de la evaluación de las dosis aplicadas y registradas, la cohorte de nacimiento en lugar del ingreso escolar o la adolescencia respectivamente.

Esto significó una simplificación en ambos procesos (planificación y cálculo de coberturas) y permite evaluar actualmente la cobertura de vacunación oportuna, es decir las dosis aplicadas a los 5 y 11 años únicamente, y la vacunación ampliada por cohorte, es decir a la misma cohorte de nacimiento a los 6 y 12 años respectivamente. En este sentido, al analizar la vacunación ampliada de la dosis de refuerzo de los 5 años con la vacuna dTpa, se observó una mejora significativa: en 2024 se registró una cobertura de la cohorte de 2019 de 46,21%, mientras que en 2025 la cobertura de esa misma cohorte fue de 23,93%, alcanzando una cobertura acumulada para la cohorte de 70,14%. En el caso de la dosis de refuerzo de los 11 años con la vacuna dTpa, la cobertura de vacunación de la cohorte de nacidos en 2013 vacunados en 2024 fue de 54,12% y la misma cohorte alcanzó el 72,90% durante el año 2025. Este análisis permitió observar que, si bien las coberturas oportunas son más bajas que lo observado en años anteriores, si se evalúa cómo siguió vacunándose esa cohorte de nacimiento más allá de los 5 y 11 años respectivamente, se alcanzó a un mayor número de la población objetivo de manera atrasada.

Luego del análisis histórico de coberturas de vacunación, incluidos los últimos cambios realizados para su cálculo, es necesario trabajar de manera integrada y articulada entre los diferentes niveles y con participación de representantes de todos los actores involucrados para revertir la tendencia sostenida y progresiva de disminución de las coberturas contra *Bordetella pertussis*. Esta caída compromete la inmunidad colectiva, expone a los grupos más vulnerables, especialmente lactantes pequeños y embarazadas, y aumenta el riesgo de reemergencia de formas graves de la enfermedad. La recuperación de las coberturas requiere de estrategias sostenidas, focalizadas y sensibles al contexto, que garanticen el acceso efectivo a la vacunación, mejoren los registros nominales y fortalezcan la confianza de la población en las vacunas. La respuesta debe ser proactiva, coordinada y basada en evidencia, con el compromiso del sistema de salud en su conjunto, para preservar los logros alcanzados y evitar retrocesos que comprometan la salud de las personas.

La tos convulsa es una enfermedad respiratoria aguda prevenible por vacunación, que puede afectar a personas de todas las edades, aunque presenta mayores tasas de morbilidad y mortalidad en lactantes y niños pequeños. Los adolescentes y adultos jóvenes pueden presentar la enfermedad de forma leve, atípica e inclusive con las manifestaciones clásicas, y representan una fuente importante de transmisión hacia los menores. Dado su alto grado de contagiosidad –especialmente en contextos de contacto estrecho y prolongado, como el hogar, jardines maternos, jardines de infantes o escuelas–, resulta fundamental el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para evitar la propagación entre personas susceptibles.

El principal agente etiológico es *Bordetella pertussis*, y en menor grado, *Bordetella parapertussis*. Existen vacunas disponibles actualmente, que solo protegen contra *B. pertussis*.

En Argentina, además de la vacunación a los 2, 4, 6, 15-18 meses y al ingreso escolar con componente pertussis, desde 2009 se inició la vacunación en adolescentes (11 años) con el objetivo de disminuir los reservorios. En el año 2012 se recomendó la vacunación contra tos convulsa para todas las personas gestantes a partir de la semana 20 de gestación y se incorporó al Calendario Nacional de Vacunación en el año 2013. El propósito de la vacunación es lograr el pasaje transplacentario de anticuerpos que protege al lactante durante los primeros meses de vida contra la tos convulsa, con el objetivo de disminuir la morbi-mortalidad por esta enfermedad en lactantes pequeños. Las recomendaciones actuales de vacunación contra la tos convulsa durante el embarazo es vacunar con triple bacteriana acelular (dTpa) luego de la semana 20 de gestación, en cada embarazo, independientemente de la edad, antecedente de vacunación con dTpa u otras vacunas con componente antitetánico y del tiempo transcurrido desde el embarazo anterior.

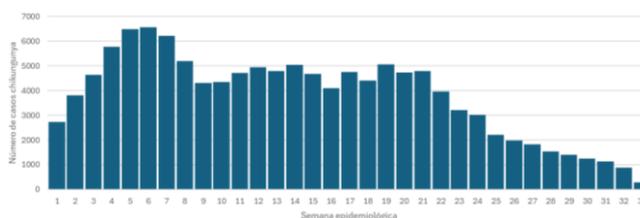
La introducción de las vacunas contra la tos convulsa ha contribuido a la disminución de la incidencia global de la enfermedad. En este contexto, la vigilancia epidemiológica de esta enfermedad cumple un rol clave al permitir evaluar el impacto de la vacunación, monitorear tendencias nacionales, identificar poblaciones en riesgo y orientar estrategias de prevención y control.

Desde el punto de vista clínico, la tos convulsa se desarrolla en tres fases –catarral, paroxística y de convalecencia–, con formas clínicas que pueden variar desde leves hasta graves, especialmente en lactantes menores de seis meses. La enfermedad presenta un patrón cíclico con picos epidémicos cada 3 a 5 años.

Durante 2025 se han reportado brotes de fiebre chikungunya, en varias regiones del mundo, incluidos Europa y Asia, algunos de gran magnitud. En la Región de las Américas, diversos países han notificado un incremento de casos. Ante este escenario, la Organización Panamericana de la Salud instó a los Estados Miembros a fortalecer la vigilancia epidemiológica y de laboratorio, garantizar el manejo clínico adecuado y reforzar las acciones de control vectorial, en relación con esta enfermedad, con el fin de mitigar el riesgo de brotes y reducir complicaciones y muertes.

Situación en la Región de las Américas

En 2013, el virus Chikungunya se introdujo en la Región de las Américas y desde entonces se ha extendido a la mayoría de las áreas con presencia de vectores competentes. De acuerdo con los análisis genómicos, el genotipo asiático fue predominante en los brotes registrados entre 2014 y 2020 en la Región de las Américas; sin embargo, en brotes recientes en Brasil (São Paulo, 2020), Paraguay (Asunción y Central, 2022), Bolivia (Santa Cruz, 2025) y en partes del Caribe, se ha identificado la circulación del genotipo ECSA. Aunque el genotipo asiático continúa circulando en niveles más bajos, la co-circulación con el genotipo ECSA en la región genera preocupación por el aumento del potencial de adaptación viral y la posibilidad de recombinación o cambio de linaje en el futuro.



Casos probables y confirmados de fiebre chikungunya, según semana epidemiológica de inicio de síntomas. Región de las Américas. Año 2025, hasta semana epidemiológica 33. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

En 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 33, se notificó un total de 212.029 casos sospechosos de fiebre chikungunya con 124.942 casos probables y confirmados, incluidas 110 defunciones, en 14 de los países de la Región de las Américas. En 2024 se notificaron 431.417 casos sospechosos, incluyendo 245 defunciones, con 98% de los casos notificados en Brasil (425.773 casos).

En 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 33, se notificó un total de 212.029 casos sospechosos de fiebre chikungunya con 124.942 casos probables y confirmados, incluidas 110 defunciones, en 14 de los países de la Región de las Américas. En 2024 se notificaron 431.417 casos sospechosos, incluyendo 245 defunciones, con 98% de los casos notificados en Brasil (425.773 casos).

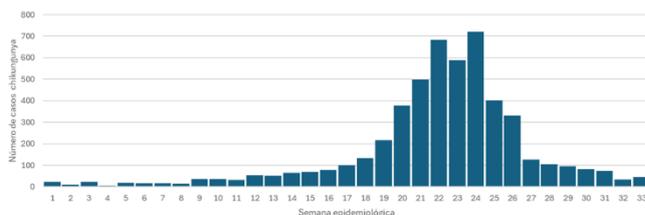
A continuación, la situación epidemiológica de la fiebre chikungunya en países de la región:

- **Argentina:** En 2025, hasta la SE 33, se notificaron 2.658 casos sospechosos, de los cuales 23 fueron probables y 10 fueron confirmados por laboratorio. Los casos confirmados se registraron en las provincias de Entre Ríos (6 casos), Buenos Aires (2 casos), Córdoba (1 caso) y Tucumán (1 caso). Del total de casos, seis fueron clasificados como autóctonos en Entre Ríos y cuatro como importados. Seis de los diez casos confirmados corresponden a mujeres

y la mayor proporción de casos se registró en el grupo etario de 45 a 65 años (4 casos). No se han reportado defunciones asociadas a la infección por el virus Chikungunya. La incidencia acumulada a nivel nacional hasta la SE 33, fue de 0,02 casos cada 100.000 habitantes, lo que representa una disminución relativa de 98% comparado con el mismo periodo de 2024 (0,93 casos cada 100.000 habitantes).

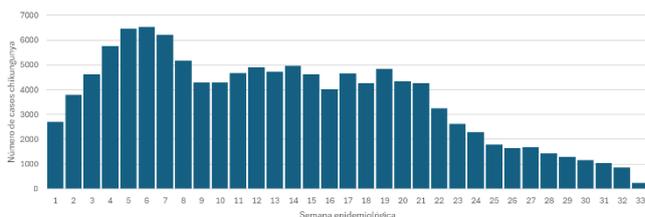
- **Barbados:** En 2025, hasta la SE 33, se notificó un total de 79 casos, de los cuales seis fueron casos confirmados por laboratorio. Los seis casos son autóctonos. Cinco de los casos fueron en hombres. No se han reportado muertes que puedan estar asociadas con la infección por el virus Chikungunya. En 2025, hasta la SE 33, la incidencia acumulada nacional es de 2,1 casos cada 100.000 habitantes, lo que representa una disminución relativa de 33% en comparación con el mismo período de 2024 (3,2 casos cada 100.000 habitantes).

- **Bolivia:** En 2025, hasta la SE 33, se notificó un total de 5.162 casos sospechosos, de los cuales 3.901 fueron confirmados por laboratorio, incluyendo cuatro defunciones. La mayoría de los casos confirmados se concentraron en Santa Cruz (3.872 casos, incluyendo 4 defunciones), mientras que en Beni (12 casos), Pando (5 casos), Cochabamba (5 casos), Chuquisaca (4 casos), y Tarija (2 casos) se notificaron números menores. Adicionalmente, se reportó un caso importado desde Brasil. Del total, 55% (2.150 casos) corresponde a mujeres, y el grupo etario más afectado fue el 30 a 39 años (15%; 594 casos). Se notificaron además dos complicaciones neurológicas (síndrome de Guillain-Barré) secundarios a la infección por el virus Chikungunya, y cinco casos de transmisión vertical. En Bolivia se ha documentado la circulación del genotipo ECSA sin presencia de la mutación E1-A226V. En 2025, hasta la SE 33, la incidencia acumulada a nivel nacional fue de 10,5 casos cada 100.000 habitantes; cifra muy superior a la registrada en 2024 (0,0062 casos cada 100.000 habitantes).



Casos sospechosos de fiebre chikungunya, según semana epidemiológica de inicio de síntomas. Bolivia. Año 2025, hasta semana epidemiológica 33. Fuente: Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Bolivia.

- **Brasil:** En 2025, hasta la SE 33, se notificaron 119.386 casos probables, de los cuales 55.180 fueron confirmados por laboratorio, incluyendo 106 defunciones. En total, 27 de las unidades federales notificaron casos, sin embargo, 77% del total de casos (confirmados y probables) se concentró en cinco estados: Mato Grosso (48.389 casos probables, 23.848 confirmados, incluidas 57 defunciones), Minas Gerais (15.950 casos probables, 2.282 confirmados, incluidas cuatro defunciones), Mato Grosso do Sul (13.521 casos probables, 6.838 confirmados, incluidas 15 defunciones), São Paulo (8.609 casos probables, 5.727 confirmados, incluidas siete defunciones) y Paraná (7.259 casos probables, 4.232 confirmados, incluidas seis defunciones).



Casos probables y confirmados de fiebre chikungunya, según semana epidemiológica de inicio de síntomas. Brasil. Año 2025, hasta semana epidemiológica 33. Fuente: Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Brasil.

Del total, 60% (71.389 casos) correspondió a mujeres, y la mayor proporción se registró en el grupo etario de 40 a 49 años (17,1%; 20.431 casos). En Brasil se documentó la circulación del genotipo ECSA sin presencia de la mutación E1-A226V. En 2025, hasta la SE 33, la incidencia acumulada a nivel nacional fue de 56,2 casos cada 100.000 habitantes, lo que representa una reducción de 53% comparado con el mismo periodo de 2024 (118,1 casos cada 100.000 habitantes).

- **Chile:** En 2025, hasta la SE 33, se notificaron tres casos importados, provenientes de Bolivia, Indonesia y Brasil. Todos fueron confirmados por laboratorio. Dos de los casos correspondieron a hombres; las edades de los casos fueron 29, 52 y 61 años. No se han registrado defunciones.
- **Colombia:** En 2025, hasta la SE 32, se notificaron 44 casos, de los cuales 35 fueron confirmados por clínica; no se registraron casos confirmados por laboratorio. Los casos confirmados se registraron en los departamentos de Tolima (7 casos), Antioquia (4 casos), Cundinamarca (3 casos), Putumayo (3 casos), Meta (3 casos), Cauca (2 casos), Sucre (2 casos), Guaviare, Caldas, Santa Marta, Santander, Bolívar, Guainía, Vichada, Boyacá, Cartagena, Cali y Huila (un caso cada uno).

Del total, 63% (22 casos) correspondió a mujeres, y el grupo etario con mayor proporción de casos fue el de 10 a 19 años (25,71%; 9 casos). No se han registrado defunciones. En 2025, hasta la SE 32, la incidencia acumulada a nivel nacional fue de 0,11 casos cada 100.000 habitantes, lo que representa un aumento relativo de 10% comparado con el mismo periodo de 2024 (0,10 casos cada 100.000 habitantes).

- **Costa Rica:** En 2025, hasta la SE 33, se notificaron nueve casos probables, ninguno confirmado por la prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Cinco de los nueve casos correspondieron a mujeres y el grupo de edad más afectado corresponde a los mayores de 15 años. En 2025, hasta la SE 33, la incidencia acumulada a nivel nacional fue de 0,2 casos cada 100.000 habitantes.
- **Cuba:** En 2025, hasta la SE 33, se notificaron ocho casos, todos confirmados por laboratorio, en la provincia de Matanzas. Cuatro de los casos correspondieron a mujeres y seis de los ocho casos se registraron en personas entre 19 a 54 años. No se registraron defunciones. En Cuba se ha documentado la circulación del genotipo ECSA. En 2025, hasta la SE 33, la incidencia acumulada a nivel nacional fue de 0,08 casos cada 100.000 habitantes.
- **El Salvador:** En 2025, hasta la SE 33, se notificaron 13 casos sospechosos, todos con resultado negativo mediante PCR. El 69% (9 casos) correspondió a mujeres, y la mayor proporción se registró en el grupo etario de 30 a 39 años (38%; 5 casos). No se han reportado defunciones. En 2025, hasta la SE 33, la incidencia acumulada a nivel nacional fue de 0,2 casos cada 100.000 habitantes, lo que representa una disminución de 66% comparado con el mismo periodo de 2024 (0,6 casos cada 100.000 habitantes).
- **Estados Unidos:** En 2025, hasta el 19 de agosto, se notificaron 54 casos importados en 21 estados (California, Colorado, Connecticut, Florida, Illinois, Kansas, Kentucky, Louisiana, Massachusetts, Maryland, Minnesota, New Jersey, New York, Ohio, Oregon, Pennsylvania, Tennessee, Texas, Utah, Virginia y Washington). No se notificaron casos de transmisión local ni defunciones.
- **Guatemala:** En 2025, hasta la SE 31, no se han reportado casos confirmados, aunque se registraron 21 casos sospechosos. Es importante destacar que, además de las muestras procesadas correspondientes a los casos sospechosos, se mantiene la vigilancia laboratorial cruzada con otras arbovirosis. En este marco, el Laboratorio Nacional de Salud reportó el procesamiento de un total de 2.228 muestras para el virus Chikungunya en el mismo periodo.

Los últimos casos con IgM positiva y resultado negativo mediante PCR se registraron en 2023 y 2024. En 2023, se notificó un caso en una paciente de 28 años residente del departamento de Chiquimula. En 2024, se confirmaron tres casos (tasa de incidencia de 0,016 cada

100.000 habitantes), dos pacientes masculinos de 30 y 45 años y una paciente femenina de 9 años, residentes de los departamentos de San Marcos, Suchitepéquez y Sacatepéquez, respectivamente.

- **Honduras:** En 2025, hasta la SE 32, se notificaron siete casos sospechosos, ninguno confirmado mediante PCR. Los casos sospechosos se registraron en los departamentos de Cortés (5 casos), El Paraíso (1 caso) y Santa Bárbara (1 caso). Cinco de los casos correspondieron a mujeres. No se han notificado defunciones. En 2025, hasta la SE 32, la incidencia acumulada a nivel nacional fue de 0,07 casos cada 100.000 habitantes.
- **Paraguay:** En 2025, hasta la SE 33, se notificaron 49 casos, de los cuales 47 fueron confirmados por laboratorio. Los casos confirmados se registraron en los departamentos de Amambay (22 casos), Itapúa (12 casos), Guairá (8 casos), Misiones (4 casos) y Capital (1 caso). Del total, 61% (30 casos) correspondió a mujeres y la mayor proporción de casos se registró en el grupo etario de 20 a 39 años (29%; 14 casos). No se reportaron defunciones. En Paraguay se documentó la circulación del genotipo ECSA, sin presencia de la mutación E1-A226V, desde 2022 hasta la fecha. En 2025, hasta la SE 33, la incidencia acumulada nacional es de 0,8 casos cada 100.000 habitantes, lo que representa un aumento de 33% comparado con el mismo periodo de 2024 (0,6 casos cada 100.000 habitantes).
- **Perú:** En 2025, hasta la SE 32, se notificaron 84 casos, de los cuales 16 fueron confirmados por laboratorio y 68 clasificados como probables. Los casos confirmados se registraron en los departamentos de San Martín (14 casos), Loreto (2 casos). El 61% (51 casos) correspondió a mujeres y la mayor proporción se observó en el grupo etario de 0 a 11 años (29,7%; 25 casos). No se notificaron defunciones. En 2025, hasta la SE 32, la incidencia acumulada a nivel nacional fue de 0,25 casos cada 100.000 habitantes, lo que representa un aumento de 127,2% comparado con el mismo periodo de 2024 (0,11 casos cada 100.000 habitantes).

Puede consultar el informe completo haciendo clic [aquí](#).



El departamento de Pando, en el noroeste de Bolivia, registra 203 casos de leishmaniosis en lo que va del año, ubicándose como el segundo con mayor incidencia a nivel nacional, informó Cristian Soruco, jefe de Epidemiología del Servicio Departamental de Salud (SEDES). Los municipios de Filadelfia, Porvenir y Cobija concentran la mayoría de los casos reportados.



En 2023, Pando confirmó 290 personas afectadas por esta enfermedad parasitaria transmitida por flebótomos, y se espera que la cifra se mantenga similar hasta fin de año. Ante esta situación, el SEDES implementó actividades de prevención y concienciación para reducir los factores de riesgo entre la población.

En Bolivia, las leishmaniosis –en sus variantes cutánea, mucocutánea y visceral– representan un problema sanitario persistente, especialmente en zonas tropicales y subtropicales. Se trata de una enfermedad de prioridad nacional para el Ministerio de Salud, que ha intensificado sus esfuerzos en diagnóstico, tratamiento y vigilancia epidemiológica en departamentos como Pando, Beni, La Paz, Cochabamba, Santa Cruz, Tarija y Chuquisaca.

Históricamente, la incidencia de la leishmaniosis tegumentaria (la forma cutánea más común) ha aumentado de forma sostenida. Entre 1983 y 2006 se registraron unos 35.714 casos en el país, con una notable escalada en la incidencia cada cien mil habitantes: de 4,1 en 1985 a 32,7 en 2006.

En lo que respecta a la leishmaniosis visceral, rara pero grave, hasta el año 2014 se habían reportado apenas 56 casos en todo el país. En esa fecha, solo tres departamentos –La Paz, Santa Cruz y Tarija– habían sido identificados como endémicos; posteriormente aparecieron casos en Pando, Cochabamba, Beni y Chuquisaca.

En Bolivia, los perros son el principal reservorio del parásito *Leishmania infantum*, y el vector más frecuente es *Lutzomyia longipalpis*, aunque existen también otros vectores como *Lutzomyia cruzi* y *Lutzomyia migonei*.

La escasez de registros precisos y la subnotificación dificultan la evaluación de la magnitud real del problema. En algunas regiones, la subestimación de casos supera el 70%, debido a barreras en el acceso a servicios médicos, sistemas de salud con limitaciones de diagnóstico y una población dispersa en territorios rurales.

En años recientes, se han reportado brotes localizados de leishmaniosis visceral, como el ocurrido en Villamontes, departamento de Tarija. En 2022, las autoridades sanitarias bolivianas, con apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud, llevaron adelante una operativa integral para contener el brote. La respuesta incluyó vigilancia entomológica, entrenamiento en diagnóstico y tratamiento, colocación de 1.500 collares impregnados con insecticida en perros, sensibilización comunitaria, y seguimiento sistemático de vectores y caninos.

Además, este foco motivó una coordinación transfronteriza con Argentina, con el objetivo de fortalecer la vigilancia epidemiológica en zonas fronterizas entre ambos países, especialmente en los municipios de Villamontes y Yacuiba, donde se habían registrado decenas de casos, incluida la forma visceral.

Otro tema clave es la equidad en el acceso al diagnóstico y tratamiento: muchas comunidades afectadas, particularmente en la Amazonía boliviana, enfrentan aislamiento geográfico, dificultades en transporte, y barreras culturales. Esto limita la notificación de casos y la atención oportuna.

Desde la perspectiva internacional, aunque Bolivia no lidera en el registro de mortalidad por leishmaniosis, esta sigue siendo significativa: en 2020 se registraron cinco muertes atribuibles a esta causa.

Un estudio de la Fundación Instituto 'Dr. Oswaldo Gonçalves Cruz' (FIOCRUZ) advirtió sobre la detección de casos humanos de encefalitis equina venezolana en el estado Amazonas. La enfermedad es endémica en el norte de Sudamérica y Centroamérica, con casos raros en Estados Unidos. Tres personas (dos hombres y una mujer) fueron diagnosticadas en la región del Alto Solimões, en Amazonas, en 2025. El descubrimiento se produjo después de que el equipo de investigación detectara material genético del virus de la encefalitis equina venezolana. El Sistema Único de Salud (SUS) está monitoreando los casos.



Se trata de la primera detección del virus de la encefalitis equina venezolana en habitantes de Tabatinga (estado de Amazonas), región en la triple frontera con Colombia y Perú.

Esta es la primera detección del virus de la encefalitis equina venezolana en residentes de Tabatinga, Amazonas, región fronteriza con Colombia y Perú. Los casos se identificaron mediante tecnología de reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real desarrollada en la FIOCRUZ, seguida de confirmación mediante secuenciación genética. Los hallazgos identificaron al virus de la encefalitis equina venezolana como una causa subdiagnosticada de enfermedad febril aguda en la Amazonia brasileña.

El 31 de julio, la FIOCRUZ informó a las autoridades sanitarias sobre la detección de los casos, y posteriormente las autoridades municipales de Tabatinga emitieron una alerta de riesgo.

La encefalitis equina venezolana es una enfermedad viral causada por un *Alphavirus* transmitido por mosquitos que afecta a humanos y caballos. La encefalitis puede tener diversas consecuencias, según la gravedad de la infección y el área cerebral afectada. Las consecuencias pueden ser motoras, cognitivas, conductuales y emocionales, afectando la calidad de vida del individuo. Sin embargo, afortunadamente, la mayoría de los casos evolucionan como una enfermedad febril sin consecuencias graves. El genoma parcial del virus de la encefalitis equina venezolana hallado en el estudio está disponible en [GenBank](#) desde el 18 de agosto de 2025.

Campinas, en el interior del estado de São Paulo, registró dos nuevas muertes por fiebre manchada brasileña, causada por la bacteria *Rickettsia rickettsii*. En total, cuatro personas se han infectado desde enero y todas han fallecido, lo que indica una tasa de letalidad de 100% en 2025.

Según la Secretaría de Salud, tres de las cuatro víctimas residían en la metrópoli, y dos de ellas se habían infectado en otros municipios del estado.

La paciente más joven era una mujer de 47 años, mientras que el mayor era un hombre de 68. Las otras dos víctimas eran una mujer de 48 años y un hombre de 63.

Los dos casos más recientes fueron anunciados por la ciudad el 21 de agosto y se suman a las dos confirmaciones previas, ocurridas a principios de julio.

Una de las dos últimas víctimas, el hombre de 68 años, se encontraba temporalmente en Campinas por motivos de trabajo, pero residía en Curitiba, Paraná. Residía en el área de cobertura del Centro de Salud 'Carvalho de Moura' y se sospecha que contrajo la enfermedad en una zona pesquera del sur de la ciudad. Los primeros síntomas aparecieron el 14 de junio, y falleció el 2 de julio.

La otra víctima fue una mujer de 48 años del área de cobertura del Centro de Salud Aurélia. Falleció el 13 de julio, ocho días después de la aparición de los síntomas. El probable foco de infección fue un lago en otro municipio de São Paulo, donde la paciente había estado montando a caballo. El municipio informó que ha intensificado sus esfuerzos de prevención de la fiebre manchada desde junio debido al período estacional que comienza ese mes y continúa hasta fin de año.

El año pasado se registraron ocho casos, todos contraídos en Campinas, y una muerte. En 2023, año en que se registró un brote localizado en una finca del distrito de Joaquim Egídio, se registraron 20 casos (17 transmitidos en el municipio) y siete muertes.

La prefectura de Campinas indicó que está monitoreando las señales de riesgo de transmisión de la fiebre manchada brasileña instaladas en lugares estratégicos. Tras los nuevos casos, la Secretaría de Salud reforzó la alerta a los médicos de los sistemas de salud públicos y privados para concientizar sobre la detección temprana y el tratamiento oportuno de la enfermedad.

En septiembre de 2024, el municipio inició un programa de gestión para controlar la reproducción de los carpinchos (*Hydrochoerus hydrochaeris*) que deambulan libremente por los parques públicos de Campinas. La iniciativa ayuda a prevenir la fiebre manchada brasileña, que puede ocurrir cuando una garrapata se alimenta de la sangre de un animal infectado, como un carpincho (entre otros), y luego pica a una persona. Los carpinchos no transmiten directamente la enfermedad a las personas.

La iniciativa ya esterilizó cerca de 200 animales que habitan en la laguna Taquaral y en la laguna Café. También se incluirán las siguientes ubicaciones: Parque das Águas, Parque Ecológico Monsenhor Emílio José Salim, Parque Hermógenes de Freitas Leitão, Parque Lineal Capivari y

Parque Lineal Ribeirão das Pedras. La gestión del proyecto es coordinada por la Secretaría de Clima, Medio Ambiente y Desarrollo Sostenible.

La fiebre manchada brasileña es una enfermedad infecciosa grave causada por la bacteria *Rickettsia rickettsii*, transmitida al ser humano a través de la picadura de ciertas garrapatas, en particular *Amblyomma sculptum*, que es el principal vector en Brasil. Se la considera la rickettsiosis más letal de América, con tasas de letalidad que en algunos brotes han superado el 30%.

Se manifiesta tras un período de incubación de entre 2 y 14 días después de la picadura de la garrapata infectada. Los síntomas iniciales son inespecíficos y se asemejan a los de muchas otras enfermedades febriles agudas: fiebre alta, cefalea intensa, dolor muscular, escalofríos, náuseas y vómitos. A los pocos días suele aparecer una erupción característica, formada por manchas rojizas (máculas y petequias) que comienzan en las extremidades, incluyendo palmas y plantas, y luego se extienden hacia el tronco. Esta erupción cutánea, que da nombre a la enfermedad, es un signo de alarma, pero no siempre está presente en las fases tempranas, lo que dificulta el diagnóstico.

La evolución puede ser rápida y severa. Sin tratamiento, la bacteria invade el endotelio vascular y provoca vasculitis generalizada, con riesgo de daño multiorgánico, incluyendo complicaciones neurológicas, renales y respiratorias. El diagnóstico clínico temprano es fundamental, porque las pruebas de laboratorio confirmatorias suelen demorar y el retraso en el inicio del tratamiento se asocia con una alta mortalidad.

No existe vacuna contra esta enfermedad, por lo que la prevención se centra en medidas para evitar el contacto con las garrapatas: uso de ropa protectora, repelentes, inspección del cuerpo después de actividades en áreas de riesgo, y control de garrapatas en animales domésticos.

En Brasil, la fiebre manchada es endémica en varios estados, con mayor concentración de casos en São Paulo, Minas Gerais, Espírito Santo y Rio de Janeiro, aunque también se han notificado en otras regiones. La vigilancia epidemiológica es prioritaria porque la enfermedad, a pesar de ser poco frecuente, tiene un desenlace potencialmente fatal y depende en gran medida del reconocimiento clínico temprano para reducir la mortalidad.

El 22 de agosto de 2025, el Centro para la Evaluación e Investigación de Productos Biológicos (CBER) de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de Estados Unidos suspendió la licencia de productos biológicos para IxchIQ® (vacuna viva contra la fiebre chikungunya) de Valneva Austria GmbH. Esta vacuna fue aprobada inicialmente por la FDA bajo la vía de aprobación acelerada en noviembre de 2023 para la prevención de la enfermedad en personas de 18 años de edad o más que tienen un mayor riesgo de exposición al virus.

La decisión del CBER se basa en serias preocupaciones de seguridad relacionadas con la vacuna, que parece estar causando una enfermedad similar a la fiebre chikungunya en los receptores de la vacuna. Se ha producido una muerte por encefalitis directamente atribuible a la vacuna (la prueba de reacción en cadena de la polimerasa en líquido ceforraquídeo fue positiva para la cepa de la vacuna del virus) y se han notificado más de 20 eventos adversos graves que fueron consistentes con una enfermedad similar a la fiebre chikungunya. Los eventos adversos graves notificados incluyeron 21 hospitalizaciones y tres muertes. Además, el beneficio clínico de la vacuna aún no se ha verificado en estudios clínicos confirmatorios.

El análisis riesgo-beneficio del CBER muestra, en general, que los beneficios de la vacuna no superan los riesgos, en la mayoría de los escenarios plausibles. Por estas razones, el CBER considera que esta vacuna no es segura y que su administración continuada al público representaría un riesgo para la salud.

El 6 de agosto de 2025, la FDA impuso una pausa en el uso de IxchIQ® en personas de 60 años de edad o más y aprobó el [etiquetado actualizado requerido](#) para IxchIQ®, incluida la revisión de la indicación y la adición de limitaciones de uso y advertencias y precauciones mejoradas para reflejar reacciones adversas graves posteriores a la comercialización, incluidas hospitalizaciones y encefalitis en una persona que murió, con riesgo observado para personas de 65 años o más con afecciones médicas crónicas.

El 9 de mayo de 2025, la FDA emitió un [comunicado de seguridad](#) informando al público que la FDA y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) recomendaron conjuntamente una pausa en el uso de IxchIQ® en personas de 60 años de edad y mayores mientras las agencias realizaban una investigación de los informes posteriores a la comercialización de eventos adversos graves, incluidos eventos neurológicos y cardíacos, en personas que recibieron la vacuna.

La aprobación de IxchIQ®, el 9 de noviembre de 2023, incluyó una advertencia en la información de prescripción que informaba que la vacuna podría causar reacciones adversas graves o prolongadas similares a las de la fiebre chikungunya. IxchIQ® contiene una versión viva y debilitada del virus y puede causar síntomas similares a los que experimentan las personas con fiebre chikungunya en quienes reciben la vacuna.

IxchIQ® contiene una versión viva y debilitada del virus Chikungunya y puede causar síntomas similares a los de la fiebre chikungunya. Algunos informes posteriores a la comercialización incluyen eventos adversos que concuerdan con las complicaciones graves de la enfermedad, lo que resultó en hospitalización; una persona falleció por encefalitis.

El monitoreo y la evaluación continuos de la seguridad de las vacunas siguen siendo una prioridad para la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Las sospechas de eventos adversos pueden notificarse al [Sistema de Notificación de Eventos Adversos de Vacunas \(VAERS\)](#), gestionado por la FDA y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.



El Departamento de Salud de la ciudad de New York anunció el 22 de agosto dos casos de fiebre del Nilo Occidental en dos neoyorquinos, ambos residentes de Queens. El virus se detectó en pools de mosquitos en los cinco distritos de la ciudad desde julio. Los mosquitos infectados con el virus del Nilo Occidental suelen estar presentes en la ciudad de New York de mayo a octubre, con una actividad máxima durante agosto y septiembre. Los mosquitos infectados pueden transmitir el virus a las personas a través de su picadura.

A uno de los casos se le diagnosticó fiebre del Nilo Occidental, estuvo hospitalizado brevemente y ya fue dado de alta. Al segundo caso se le diagnosticó enfermedad neuroinvasiva por el virus y actualmente se encuentra hospitalizada con encefalitis. Además, se detectó el virus en donaciones de sangre de dos personas, una residente de Brooklyn y la otra de Staten Island. Se están investigando informes recientes de dos personas más (ambas de Brooklyn) con posible fiebre del Nilo Occidental.

“El virus del Nilo Occidental puede causar enfermedades graves, especialmente en personas mayores de 55 años con sistemas inmunitarios debilitados”, declaró la Dra. Michelle Morse, Comisionada de Salud Interina. “El programa de vigilancia y control de vectores del Departamento de Salud ayuda a identificar y reducir el riesgo, pero hay medidas sencillas que puede tomar para protegerse y proteger a sus seres queridos. El virus se ha detectado en mosquitos de toda la ciudad”.

El Departamento de Salud captura y analiza mosquitos de forma rutinaria en toda la ciudad de New York. Una vez capturados, se agrupan hasta 50 mosquitos y se analizan como una sola muestra o “pool”. Hasta el 22 de agosto, se registraron 988 pools positivos en los cinco distritos esta temporada, una cifra menor a la reportada para la misma época el año pasado. El Departamento de Salud está tratando zonas de la ciudad con actividad de mosquitos. Hasta la fecha, se han realizado diez fumigaciones con adulticidas, tres aplicaciones aéreas de larvicidas, dos rondas de aplicación de larvicidas en sumideros y 1.104 aplicaciones terrestres de larvicidas.

La mayoría de las personas infectadas con el virus del Nilo Occidental no presentan síntomas, aunque algunas pueden presentar fiebre, dolor de cabeza, dolores musculares, sarpullido y fatiga extrema. Si bien la mayoría de los pacientes con fiebre del Nilo Occidental se recuperan completamente, algunos continúan presentando problemas de salud meses después de la infección. Además, aproximadamente 1 de cada 150 personas, especialmente las mayores de 55 años o con un sistema inmunitario debilitado, puede desarrollar la enfermedad neuroinvasiva del Nilo Occidental, que provoca alteraciones del estado mental y debilidad muscular que requieren hospitalización.

Los neoyorquinos, especialmente aquellos con mayor riesgo de contraer la enfermedad neuroinvasiva del Nilo Occidental, deben usar un repelente de mosquitos aprobado por la Agencia de Protección Ambiental al estar al aire libre para prevenir las picaduras. Las personas con ciertas afecciones médicas o tratamientos que causan inmunosupresión grave, como la quimioterapia y el trasplante de órganos, tienen un mayor riesgo de contraer la enfermedad neuroinvasiva del Nilo Occidental y deben considerar evitar salir al aire libre al anochecer y al amanecer, cuando los mosquitos portadores del virus están activos y pican.

El virus del Nilo Occidental se detectó por primera vez en New York hace más de 25 años. Entre 2012 y 2021, se diagnosticó un promedio de 16 personas al año con la enfermedad neuroinvasiva del Nilo Occidental; entre 2022 y 2024, el promedio aumentó a 31 personas al año. La mayoría de los neoyorquinos diagnosticados con el virus del Nilo Occidental informan que no usaron repelente ni tomaron otras precauciones para prevenir las picaduras de mosquitos.

En la ciudad de New York viven más de 40 especies de mosquitos, pero el virus del Nilo Occidental se transmite principalmente por varias especies de *Culex*, entre ellas *C. pipiens*, *C. restuans* y *C. salinarius*.

A las 19:30 horas del 24 de agosto murió por una falla multiorgánica una paciente de 17 años diagnosticada con rabia, el primer caso de la enfermedad registrado en un humano en Zacatecas desde 1987.

Por la tarde, fuentes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) informaron que la adolescente, quien era atendida en el Hospital General de Zona 1, había entrado en coma; horas después, se dio a conocer que falleció.

En un comunicado, la Secretaría de Salud de Zacatecas (SSZ) expuso que la menor, originaria de Mezquital del Oro, “recayó significativamente pese a los esfuerzos del equipo médico que estuvo atento a su evolución las 24 horas del día, mientras permaneció hospitalizada”.

Seguimiento del caso

Luego de que el 15 de agosto la SSZ confirmara la infección por rabia, los especialistas descartaron que la paciente pudiera sobrevivir, debido a la demora de casi un mes para que recibiera atención médica, lo que causó que se agravara su estado de salud.

De acuerdo con el reporte, el 22 de junio, un zorrillo mordió un dedo de una mano de la joven mientras ella dormía en su domicilio en Mezquital del Oro. Pero recién el 13 de agosto se solicitó atención médica para la adolescente en el centro de salud en Ameca, Valparaíso. De ahí la refirieron al Hospital Rural 82 de Vicente Guerrero, Durango, y el mismo día la trasladaron al Hospital General de Zona 1 en la capital de Zacatecas, donde permaneció en terapia intensiva.

Al ser un caso de interés nacional, se integró un equipo técnico estatal-federal con personal del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE), la Dirección General de Epidemiología y el Centro Nacional de Prevención y Control de Enfermedades (CENAPRECE).

Entonces se anunció la activación de protocolos de investigación epidemiológica, trazabilidad del caso y acciones de control, incluida la vacunación.

Contactos en revisión

El 19 de agosto, autoridades de la SSZ informaron que monitoreaban a tres personas que “bebieron agua del mismo recipiente” que la menor con rabia.

“Cabe señalar que continúa el protocolo de profilaxis con los contactos que estuvieron cerca de la paciente y la trazabilidad de la ruta para evitar posibles nuevos contagios”, precisó la secretaría en su comunicado del 24 de agosto.

Asimismo, aunque hace 10 días se informó que se trataba de un caso positivo de rabia en humanos según el diagnóstico del Laboratorio Estatal de Salud Pública del Estado, la SSZ aclaró que se sigue “a la espera de la confirmación de las pruebas recabadas por el INDRE”.

Además, en el comunicado se aseguró que las autoridades sanitarias darán facilidades a la familia de la adolescente para que, “en la medida de lo posible, el cuerpo sea entregado a la brevedad una vez agotados los protocolos de ley y reciban apoyo en el traslado a su lugar de origen”.

El número de animales infestados con el gusano barrenador del Nuevo Mundo, un parásito carnívoro, aumentó 53% en las cuatro semanas hasta mediados de agosto, según revelan datos del gobierno mexicano.

Aunque las infestaciones por larvas de mosca afectan principalmente al ganado, las autoridades mexicanas también registraron casos en perros, caballos, ovejas y humanos.



Decenas de personas han sido atendidas por la plaga en hospitales de los estados de Campeche y Chiapas, en el sur de México.

El aumento de animales afectados en México se produce pocos días después de que las autoridades sanitarias estadounidenses dijeran que habían confirmado el primer caso humano en un paciente que había regresado a Estados Unidos desde El Salvador.

El gusano barrenador fue declarado erradicado en Estados Unidos en 1966, después de que se liberaran moscas macho estériles para interrumpir el ciclo reproductivo de los insectos, y México hizo lo mismo en 1991.

Sin embargo, ha seguido siendo común en áreas tropicales y subtropicales de América Central y del Sur y recientemente se ha propagado hacia el norte; el primer caso nuevo se reportó en México en noviembre de 2024.

Las hembras de la mosca barrenadora del Nuevo Mundo (*Cochliomyia hominivorax*) ponen sus huevos en o cerca de heridas abiertas en la piel de animales de sangre caliente. También se sienten atraídas por las membranas mucosas, como las de la nariz, la boca, los párpados, las orejas y los genitales.

Los huevos eclosionan y dan lugar a gusanos que excavan en la herida o en la membrana y se alimentan de la carne viva.

La infestación se llama miasis y, si no se trata, puede causar daños graves, e incluso resultar fatal, ya que las larvas desgarran el tejido con ganchos bucales afilados.

Los funcionarios de salud advierten que, si bien los casos fatales en humanos son raros, las personas con problemas de salud preexistentes y los ancianos deben tener especial cuidado.

El Ministerio de Salud de México dijo que una mujer de 86 años murió en el estado de Campeche en julio por cáncer de piel que se había agravado por una infestación de larvas del gusano barrenador.

Las personas que corren mayor riesgo son las que trabajan con ganado o las que viven en zonas rurales donde hay ganado infestado.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos recomiendan a las personas que hayan visitado una región con presencia de moscas del gusano barrenador

que estén atentas a los síntomas. Estos incluyen lesiones cutáneas inexplicables, sentir larvas moviéndose dentro de una herida, nariz, boca u ojos, y ver larvas en una llaga abierta.

Los expertos señalan que la prevención es clave al visitar zonas rurales en las regiones afectadas, lo que incluye mantener limpias y cubiertas las heridas abiertas y utilizar repelente de insectos.

También piden a las personas que sospechen que pueden haber sido infestadas que busquen ayuda médica.

EFE

ESPAÑA

LA ÚLTIMA OLA DE CALOR CAUSA 1.149 MUERTES
ATRIBUIBLES A LAS ALTAS TEMPERATURAS

20/08/2025

El Sistema de Monitorización de la Mortalidad Diaria (MoMo) estimó que, en lo que va de verano, se han producido 2.635 muertes achacables a las altas temperaturas, de las que casi la mitad, un total de 1.149, se han registrado durante la ola de calor que empezó el 3 de agosto y culminó el 18 del mes.

La inmensa mayoría de los fallecidos por calor han sido personas de más de 65 años (2.529) y, en especial, a partir de 75 (2.347, de los que 1.747 tenían 85 años o más), según la



valoración para este periodo estival, que comprende del 15 de mayo al 30 de septiembre, el tiempo que el Ministerio de Sanidad mantiene activo el Plan Nacional de Actuaciones Preventivas de los Efectos del Exceso de Temperatura sobre la Salud.

Por sexos, 1.579 eran mujeres frente a 1.056 hombres, según este sistema gestionado por el Centro Nacional de Epidemiología, que realiza sus cálculos no basándose en muertes reales, sino que hace una proyección estadística a partir del cruce de datos de mortalidad y umbrales de temperaturas máximas a partir de las cuales el calor supone un riesgo para la salud y los compara con los del año pasado.

Un 40% más que en 2024

Así, estima que en lo que va del periodo estival 2.635 muertes son atribuibles a las altas temperaturas, lo que supone 40% más que en el mismo tramo del año pasado, cuando fueron 1.856.

De ellas, casi la mitad, 1.149, se han contabilizado durante la última ola de calor, que en su última semana dejó más de 100 víctimas mortales al día, cuando más en el puente: el domingo 17 fue el de mayor sobremortalidad (125), seguido del sábado 16, con 113.

En lo que va de agosto se han rebasado, de esta forma, las cifras de todo julio, cuando las defunciones achacables al calor ascendieron a 1.060 frente a las 672 de 2024 (57%).

Mientras, en junio fueron 407, 12 veces más que el mismo mes del año pasado, cuando fueron 32. Por último, en la segunda quincena de mayo se han estimado 8, seis más que en 2024.

Al menos 23 muertes por golpe de calor

Las altas temperaturas matan más de manera indirecta, agravando enfermedades preexistentes, de ahí que la mayor parte de los fallecidos sean personas mayores; pero también lo puede hacer de forma directa y fulminante en forma de golpe de calor.

En este sentido, en lo que va del verano, al menos 23 personas han perdido la vida por uno, cuatro de ellas mientras estaban trabajando.

De esta forma, y a falta de mes y medio para que concluya el periodo estival, las muertes por golpe de calor ya han superado las registradas todo el verano del año pasado, que finalizó con 17, y el de 2022, cuando fueron 20; se acerca así al más letal, el de 2023, cuando murieron 24 personas por esta causa, según los datos de Sanidad.

Veintiséis personas en Balasan, Iloilo, enfermaron después de comer barracuda, conocida localmente como *bansa*, comprada en el mercado público de la ciudad, dijeron las autoridades sanitarias.

La Dra. María Socorro Colmenares-Quiñón, jefa de la Oficina Provincial de Salud de Iloilo, dijo que ocho pacientes fueron llevados primero a la sala de emergencias del Hospital de Distrito 'Jesús M. Colmenares' en la tarde del 24 de agosto, con síntomas similares a los de una alergia después de consumir el pescado.



Los casos se coordinaron inmediatamente con el Centro de Atención Primaria de Balasan para su intervención.

“Tras una investigación, el número de personas afectadas aumentó a 26, incluidos miembros de la familia que vendía el pescado”, dijo Colmenares-Quiñón el 26 de agosto.

“Todos fueron tratados como pacientes ambulatorios o en salas de emergencia; no se admitió ningún paciente”.

Dijo que se han enviado muestras a la Oficina de Pesca y Recursos Acuáticos (BFAR) para el análisis de toxinas. “Necesitamos determinar si el pescado causó la enfermedad, qué tipo de toxina estaba presente o si había contaminantes”, añadió.

La Oficina Provincial de Salud instó a los residentes a evitar comprar o comer barracuda hasta que el BFAR publique sus hallazgos.

El Centro de Atención Primaria de Balasan también emitió un aviso advirtiendo al público contra el consumo de peces de arrecife depredadores grandes, como la barracuda, debido al riesgo de intoxicación por ciguatera.

Según el aviso, las barracudas no son intrínsecamente tóxicas, pero pueden acumular ciguatoxinas en su carne mientras se alimentan de peces de arrecife más pequeños que han ingerido organismos productores de toxinas.

Las ciguatoxinas son termoestables y no se pueden destruir mediante la cocción, la congelación u otros métodos de preparación de alimentos.

Los síntomas de intoxicación por ciguatera incluyen náuseas, vómitos, diarrea, hormigueo o entumecimiento e inversión de temperatura (una condición en la que el calor se siente frío y el frío se siente caliente).

Aunque rara vez son mortales, los síntomas pueden durar semanas o incluso meses.

Las autoridades aconsejaron al público optar por peces pequeños, no depredadores y de hábitats que no sean arrecifes, y tener mucho cuidado después de tormentas o perturbaciones de los arrecifes, que pueden elevar los niveles de toxinas.

Se instó a cualquier persona que experimente síntomas a buscar atención médica inmediata para un diagnóstico y tratamiento adecuados.

La ciguatera es una intoxicación alimentaria que ocurre al consumir peces de arrecife contaminados con ciguatoxinas, sustancias tóxicas producidas por microalgas del género *Gambierdiscus*. Estas toxinas se acumulan a lo largo de la cadena alimentaria marina y suelen encontrarse en peces grandes de aguas tropicales y subtropicales, como el mero, la barracuda o el pargo. Una característica importante es que las ciguatoxinas no se eliminan mediante la cocción, el congelado ni el secado del pescado.

Los síntomas aparecen generalmente a las pocas horas de la ingesta. Al comienzo predominan los trastornos digestivos, con náuseas, vómitos, diarrea y dolor abdominal. Más tarde se suman manifestaciones neurológicas, entre las que destacan el hormigueo, el entumecimiento y la peculiar inversión de la sensibilidad al frío y al calor, que hace que los objetos fríos se sientan como si quemaran. En algunos casos también se observan alteraciones cardiovasculares, como bradicardia o presión arterial baja.

Aunque rara vez resulta mortal, la ciguatera puede provocar malestar durante días o semanas, e incluso en ciertos pacientes los síntomas persisten por meses. No existe un antídoto específico, por lo que el tratamiento se limita a medidas de sostén y al manejo de los síntomas. La prevención, en consecuencia, es fundamental y consiste en evitar el consumo de peces de arrecife grandes en regiones endémicas, especialmente en el Caribe, el Pacífico y el Índico, así como atender a las advertencias locales sobre pesca y consumo de mariscos.

El Laboratorio Regional de Referencia para la Erradicación de la Poliomiélitis del Instituto Nacional de Salud (NIH) de Islamabad confirmó dos nuevos casos de poliomiélitis en Khyber Pakhtunkhwa Sur: uno en el distrito de Tank y el otro en el distrito de Waziristán del Norte.

Los últimos casos corresponden a una niña de 16 meses de edad del Consejo de la Unión de Mullazai, en el distrito de Tank, y a una niña de 24 meses del Consejo de la Unión de Miran Shah-3, en el distrito de Waziristán del Norte. Con estas detecciones, el número total de casos de poliomiélitis en Pakistán en 2025 ascendió a 23, en Khyber Pakhtunkhwa (15 casos), Sindh (6), Punjab (1) y Gilgit-Baltistán (1).



La poliomiélitis es una enfermedad altamente infecciosa e incurable que puede causar parálisis de por vida. La única protección eficaz consiste en administrar dosis repetidas de la vacuna antipoliomielítica oral con virus atenuados (OPV) a todos los niños menores de cinco años durante cada campaña, junto con la vacunación sistemática completa a tiempo.

A pesar de los avances significativos, la detección continua de casos de poliomiélitis, particularmente en Khyber Pakhtunkhwa Sur, sigue siendo una grave preocupación. Esto pone de relieve que los niños de zonas de difícil acceso y aquellos con baja aceptación de la vacuna siguen estando en riesgo. Sin embargo, los Centros de Operaciones de Emergencia nacionales y provinciales están tomando todas las medidas posibles para garantizar la implementación de campañas de vacunación de alta calidad.

Para interrumpir la transmisión del poliovirus, el Centro Nacional de Operaciones de Emergencia para la Erradicación de la Poliomiélitis desarrolló un sólido programa de campaña de vacunación para la próxima temporada de baja transmisión. La primera campaña de la temporada se llevará a cabo del 1 al 7 de septiembre de 2025, mientras que en Khyber Pakhtunkhwa Sur, la campaña comenzará el 15 de septiembre. Más de 28 millones de niños menores de 5 años recibirán la vacuna en una campaña puerta a puerta.

El objetivo es garantizar que todos los niños de estos distritos sean vacunados contra la poliomiélitis como parte de los esfuerzos continuos para fortalecer rápidamente el sistema inmunitario y abordar las deficiencias de protección existentes. Se instó a los padres y cuidadores a garantizar que sus hijos reciban la vacuna contra la poliomiélitis durante esta y todas las campañas.

La erradicación de la poliomiélitis es una responsabilidad compartida. Mientras los profesionales sanitarios de primera línea continúan administrando vacunas esenciales a los niños, los padres y cuidadores desempeñan un papel importante al garantizar que sus hijos reciban todas las dosis recomendadas de la vacuna contra la poliomiélitis y completen sus inmunizaciones de rutina. Las comunidades pueden proteger a sus hijos apoyando activamente las campañas de vacunación, combatiendo la desinformación y animando a otros a vacunarse.

Miles de niños estarán protegidos contra la varicela por primera vez en Inglaterra a través de un nuevo programa de vacunación que mantendrá a los niños en la escuela y a los padres en el trabajo, ahorrando también fondos vitales al Sistema Nacional de Salud (NHS).

A partir de enero del año próximo, los consultorios médicos de cabecera ofrecerán a los niños elegibles una vacuna combinada contra el sarampión, la parotiditis, la rubéola y la varicela (MMRV) como parte del calendario de vacunación infantil de rutina.



Esto significará que los niños perderán menos días de guardería y escuela, y sus padres no tendrán que ausentarse del trabajo para cuidarlos. Las investigaciones demuestran que la varicela infantil provoca una pérdida estimada de 32,3 millones de dólares en ingresos y productividad cada año en el Reino Unido. La implementación también ahorrará 20,2 millones de dólares al año al NHS en costos para el tratamiento de esta enfermedad común.

La vacuna contra la varicela se ha utilizado con seguridad durante décadas y ya forma parte de los programas de vacunación rutinarios en varios países, incluidos Estados Unidos, Canadá, Australia y Alemania.

El Ministro de Estado de Atención Sanitaria, Stephen Kinnock, dijo: “Estamos dando a los padres el poder de proteger a sus hijos de la varicela y sus graves complicaciones, al mismo tiempo que los mantenemos en la guardería o el aula –donde deben estar– y evitamos que los padres tengan que procurar cuidadores infantiles o faltar al trabajo. Esta vacuna prioriza la salud infantil y brinda a las familias trabajadoras el apoyo que merecen. Como parte de nuestro Plan para el Cambio, queremos brindar a cada niño el mejor comienzo posible en la vida, y esta implementación contribuirá precisamente a lograrlo”.

El programa de vacunación forma parte de la ambición más amplia del gobierno de criar la generación de niños más saludable de la historia como parte del Plan para el Cambio, impulsando la salud de la nación y asegurando la sostenibilidad futura del NHS a medida que se cambia el foco de la atención sanitaria de la enfermedad a la prevención.

La vacuna ayudará a reducir los casos de varicela y protegerá a los niños de complicaciones graves que pueden causar hospitalización, como las infecciones bacterianas por el estreptococo del grupo A, meningitis, neumonía y accidentes cerebrovasculares.

La Dra. Gayatri Amirthalingam, subdirectora de Inmunización de la Agencia de Seguridad Sanitaria, afirmó: “La mayoría de los padres probablemente consideran que la varicela es una enfermedad común y leve, pero para algunos bebés, niños pequeños e incluso adultos, la varicela puede ser muy grave, requerir internación hospitalaria y, aunque es poco común, puede ser mortal”.

La decisión del gobierno de implementar la vacuna MMRV en enero se basa en el asesoramiento científico experto del Comité Conjunto de Vacunación e Inmunización (JCVI), a raíz de una investigación que muestra el impacto significativo de los casos graves de varicela en la salud de los niños, las admisiones hospitalarias y los costos asociados.

Las vacunas privadas contra la varicela en farmacias y clínicas cuestan actualmente alrededor de 200 dólares por un esquema completo de dos dosis. Esta implementación significará que la vacuna estará disponible gratuitamente en el NHS para los niños que cumplan los requisitos.

Otros países donde ya se ofrece la vacuna MMRV, como Alemania, Canadá y Estados Unidos, han visto disminuciones sustanciales en los casos de varicela y en las admisiones hospitalarias relacionadas desde que introdujeron sus programas de vacunación.

Esta es la primera vez que se incluye la protección contra una nueva enfermedad al programa de vacunación infantil de rutina desde la introducción de la vacuna contra el meningococo B en 2015.

Mientras tanto, el Departamento de Educación anunció recientemente planes para implementar Best Start Family Hubs¹ en cada área local, aliviando la presión sobre los padres y brindando a medio millón más de niños el mejor comienzo en la vida.

Los criterios de elegibilidad para los niños se establecerán en una guía clínica que cubrirá qué grupos de edad recibirán la vacuna MMRV y cuándo, para garantizar la protección más efectiva para los niños.

Al igual que con otras vacunas infantiles, el médico de cabecera se pondrá en contacto con los padres para concertar una cita si su hijo es elegible.

1 El término Best Start Family Hubs se refiere a centros comunitarios diseñados como puntos de atención integral para las familias desde el embarazo hasta los primeros años de vida del niño. Se trata de una evolución de los antiguos centros Sure Start, tan emblemáticos durante gobiernos previos, pero modernizados y ampliados según las necesidades actuales.

En 2025, bajo el gobierno laborista liderado por Keir Starmer, se anunció el relanzamiento de este modelo con el nombre de Best Start. El plan contempla la creación de hasta 1.000 de estos centros, con la ambición de instalar al menos uno en cada autoridad local de Inglaterra para fines de 2028, y que funcionen plenamente desde abril de 2026. El programa cuenta con una inversión de más de 670 millones de dólares destinada a garantizar que cada familia tenga acceso cercano a servicios esenciales.

Estos centros ofrecerán asistencia en una amplia gama de áreas: desde la crianza, apoyo al lenguaje y desarrollo infantil, lactancia, salud mental parental, hasta servicios como consejería sobre vivienda, registro de nacimiento, asesoramiento sobre deudas o incluso ayuda ante situaciones de violencia doméstica. Además, serán el primer punto de contacto para derivar a programas sociales o atención especializada cuando sea necesario.

Este impulso forma parte de la más amplia "Best Start in Life Strategy" (Estrategia para Dar a Cada Niño el Mejor Comienzo en la Vida), cuyo propósito es cerrar brechas socioeducativas que comienzan desde los primeros años. Se proponen, además, conexiones digitales con el sistema de salud y asesoramiento online, fortaleciendo la accesibilidad de los servicios tanto presencial como virtualmente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) registró 34.386 casos de mpox en 2025, hasta el 31 de julio, periodo en el que también notificó 138 muertes relacionadas con la enfermedad, tras lo que advirtió que el virus sigue circulando en 84 países y que, en caso de no contener su circulación, seguirá representando un riesgo de transmisión comunitaria sostenida.

Los datos muestran que la mayoría de los casos se concentra en África, siendo la República Democrática del Congo el país más afectado (15.377 casos, 30 fallecidos), seguido de Uganda (6.522 casos, 35 fallecidos), Sierra Leona (5.149 casos, 52 fallecidos) y Burundi (1.394 casos).



Desde fines de julio, Senegal notificó por primera vez casos de mpox, aunque aún se desconoce el clado correspondiente, mientras que Turquía también registró por primera vez casos del clado Ib.

Solo en el mes de julio, 47 países confirmaron 3.924 casos y 30 fallecimientos, con las regiones del Sudeste Asiático y del Pacífico Occidental en una situación al alza, frente a la baja de África, Europa y América. La región del Mediterráneo Oriental, por su parte, no reportó casos en ese mes.

Hasta 21 países africanos han registrado una transmisión continua de mpox durante las últimas seis semanas, con el clado IIb presente en los países de África occidental, el clado Ib en los países de África oriental, y ambos clados presentes en los países de África central.

Aunque la tendencia a la baja en África se debe principalmente a la disminución de casos en la República Democrática del Congo, Sierra Leona y Uganda, países como Kenia han seguido experimentando una transmisión comunitaria y una tendencia al alza a lo largo del año, principalmente en adultos jóvenes, con 370 casos. Todas sus muertes (seis) se han producido en personas con VIH.

Por su parte, China, Alemania, Turquía y Reino Unido han notificado casos adicionales de mpox debido al clado Ib desde el último informe, y se han relacionado con viajeros a países en los que existe una transmisión comunitaria.

El pasado 20 de agosto, el director general de la Organización Mundial de la Salud, Tedros Adhanom Ghebreyesus, prorrogó durante doce meses las recomendaciones vigentes sobre la mpox emitidas a los Estados miembros para prevenir y reducir la propagación internacional del virus.

Preceptorship



III PRECEPTORSHIP INFECCIONES FÚNGICAS INVASIVAS EN INMUNOCOMPROMETIDOS

6, 7 y 8 de Agosto Córdoba, Argentina



Durante tres intensos días de trabajo, los participantes del Preceptorship de Infecciones Fúngicas Invasivas en Inmunocomprometidos –médicos especialistas en Infectología– combinaron clases, presentaciones clínicas y visitas a instituciones señeras de Córdoba: el Círculo Médico de Córdoba, el Sanatorio Allende, la Facultad de Ciencias Químicas de la Universidad Nacional de Córdoba y el Hospital Privado Universitario de Córdoba.

Se intercambiaron experiencias y se conocieron de cerca las realidades de distintos entornos de trabajo, explorando el abordaje infectológico de pacientes inmunocomprometidos con infecciones oportunistas.

En esta oportunidad participaron colegas de Salta, Mendoza, San Juan, Catamarca, Santiago del Estero, La Pampa y provincia de Buenos Aires, quienes activamente presentaron casos clínicos y compartieron el funcionamiento de sus hospitales.

Un espacio de aprendizaje, colaboración y crecimiento profesional que fortalece la infectología en la región.

**IV Simposio Bienal
de Infecciones
en el Paciente
Inmunocomprometido.**

*IV Biennial Symposium
of Infections in the
Immunocompromised Patient*

**26 y 27 de septiembre de 2025,
Buenos Aires, Argentina**

*26th and 27th September 2025,
Buenos Aires, Argentina*

<https://simposioic25.sadi.org.ar>

sadi Sociedad Argentina
de Infectología

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.