ISSN 2796-7050

Reporte Epidemiológico de Córdoba

5 DE SEPTIEMBRE 2025
REC 2.977

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de la leptospirosis canina
- Cooperación con Bolivia para combatir enfermedades transmitidas por roedores

AMÉRICA

- Primeras directrices para el tratamiento de la tungiasis
- América Latina: Vinculan la deforestación a miles de muertes por calor cada año
- Brasil: Brote de covid en un hospital de Porto Alegre
- Colombia: Los casos de fiebre amarilla suman 109 en lo que va de 2025, con 44 muertes
- Estados Unidos: Las tasas de cáncer de próstata han aumentado anualmente durante la última década
- Estados Unidos: Florida planea poner fin a la obligatoriedad de vacunación en todo el estado
- Panamá: Sube a quince la cifra de personas fallecidas a causa del dengue en 2025

EL MUNDO

- Alemania: Doce casos de síndrome urémico hemolítico en Mecklenburg-Vorpommern
- Italia: Brote de escombroidosis en Cagliari
- Kenya: Situación epidemiológica de la fiebre chikungunya
- Malawi: Situación epidemiológica de la mpox
- República Democrática del Congo: Declararon un brote de enfermedad por el virus del Ébola en la provincia de Kasaï

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

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

ISSN 2796-7050

Patrocinadores

sadi Sociedad Argentina de Infectología

Takeda

Adherentes

SLAMVI Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

GEMICOMED seimc.org

Comité Nacional de Infectología SAP

UCC

Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica

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.

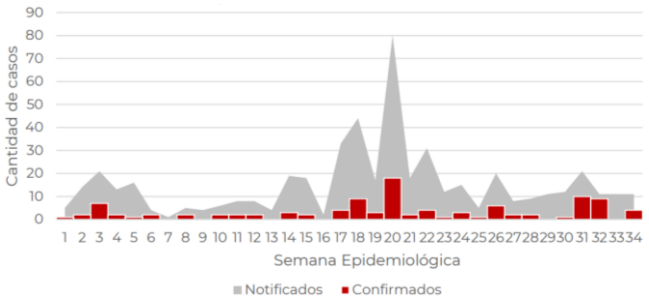
BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL
DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA LEPTOSPIROSIS CANINA

01/09/2025

Los perros son considerados centinelas para la detección temprana de esta bacteria, ya que su presencia indica un ambiente contaminado y, por lo tanto, un riesgo de contagio para personas y otros animales.

Con el fin de incorporar la vigilancia de leptospirosis canina en las estrategias de prevención y control, su notificación fue incluida en la actualización 2022 del Manual de Normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria.



Casos notificados de leptospirosis canina según clasificación y semana epidemiológica. Argentina, Año 2025, hasta semana epidemiológica 34. Fuente: Dirección de Epidemiología, Área de Zoonosis, Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Ministerio de Salud. (N=517).

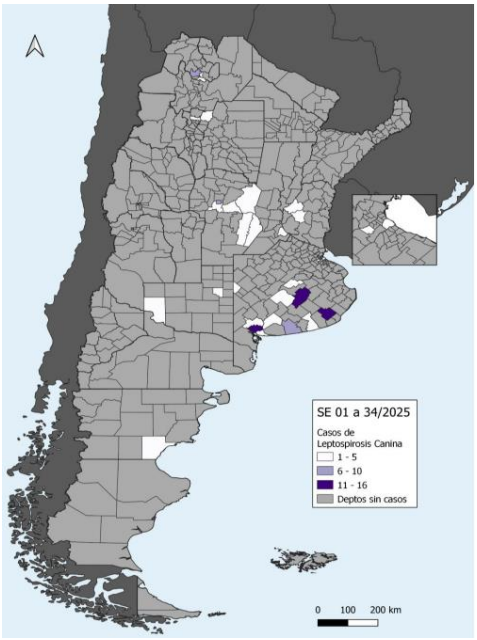
Situación epidemiológica actual

En 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 34, se registraron 517 notificaciones de leptospirosis canina. De las mismas, 107 corresponden a casos confirmados, 118 a probables, 147 a descartados y 145 a sospechosos.

Se observó un pico de notificaciones en la SE 20. A lo largo del período se notificaron casos confirmados de manera intermitente, reflejando la circulación sostenida del evento en la población canina.

El mayor volumen de notificaciones provino de la Región Centro (73%), principalmente de la provincia de Buenos Aires, seguido de la Región Noroeste Argentino (NOA; 24%) a expensas de Jujuy y Tucumán.

El 79% de los casos confirmados corresponde a la Región Centro, principalmente a las provincias de Buenos Aires (64) y Córdoba (17). Le sigue la Región NOA con casos confirmados en Jujuy (14) y Tucumán (4). En la Región Sur se registraron casos en La Pampa (3) y Chubut (1).



Casos de leptospirosis canina, según departamento de residencia. Argentina. Año 2025, hasta semana epidemiológica 34. Fuente: Dirección de Epidemiología, Área de Zoonosis, Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Ministerio de Salud.

En comparación con el mismo período de 2024, se observa a nivel nacional un incremento tanto en la notificación como en la confirmación de casos.

Expertos de Argentina y Bolivia cooperaron en el fortalecimiento de capacidades en diagnóstico y vigilancia genómica de enfermedades transmitidas por roedores, con un enfoque especial en hantavirus y arenavirus. El apoyo mejorará las capacidades nacionales en la detección y manejo de enfermedades zoonóticas, que representan una amenaza significativa para la salud pública en ambos países.

En coordinación con el Ministerio de Salud y Deportes, a través del Programa Nacional de Zoonosis, y el Centro Nacional de Enfermedades Tropicales (CENETROP), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) hizo posible la realización de la misión en Santa Cruz de la Sierra, con el objetivo principal de actualizar y fortalecer las técnicas transformación de diagnóstico de laboratorio, así como promover el intercambio de experiencias en vigilancia epidemiológica y genómica.

Las enfermedades zoonóticas transmitidas por roedores, como el hantavirus, causante del síndrome pulmonar por hantavirus, y el arenavirus, responsable de fiebres hemorrágicas, han afectado históricamente a Bolivia y Argentina. En Bolivia, el virus Chapare y el virus Machupo son ejemplos críticos.

En el intercambio de experiencias, Argentina aportó su experiencia en el manejo del hantavirus y la fiebre hemorrágica argentina. La colaboración entre ambos países fue esencial debido a la proximidad geográfica y los ecosistemas compartidos, que facilitan la propagación transfronteriza de estos patógenos.

“La colaboración entre Bolivia y Argentina con esta misión es un paso clave para fortalecer nuestras capacidades de respuesta ante enfermedades zoonóticas que representan un desafío para la salud pública. Este intercambio de conocimientos y tecnologías permitirá proteger mejor a nuestras comunidades”, dijo Grover Paredes Martínez, jefe del Programa Nacional de Zoonosis.

La OPS subrayó el compromiso internacional con la prevención y control de enfermedades emergentes. El evento no sólo buscó mejorar las capacidades técnicas de Bolivia, sino también establecer una red de cooperación regional que pueda responder de manera más efectiva a futuras amenazas zoonóticas.

Durante cinco días de la misión internacional se realizaron exposiciones teóricas con ponencias sobre la situación epidemiológica de las enfermedades transmitidas por roedores en Bolivia, estudios de mastozoología (análisis de reservorios de roedores) y seroprevalencia, y las técnicas más avanzadas para diagnosticar fiebres hemorrágicas causadas por arenavirus.

Se ejecutaron trabajos prácticos en laboratorios con el procesamiento de muestras, extracción de ADN, realización de pruebas de reacción en cadena de la polimerasa y secuenciación, junto con sesiones dedicadas a bioseguridad y manejo seguro de muestras biológicas.

Los expertos argentinos compartieron su experiencia en la epidemiología de hantavirus y arenavirus, mientras que los participantes bolivianos analizaron casos locales como el virus Chapare y el virus Machupo, responsables de brotes de fiebre hemorrágica en el país.

El evento concluyo con la presentación de resultados, conclusiones y recomendaciones para fortalecer las estrategias de vigilancia y respuesta conjunta.

Primeras directrices para el tratamiento de la tungiasis

03/09/2025

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicó la primera guía mundial basada en evidencia científica para el tratamiento de la tungiasis, una enfermedad parasitaria que afecta a millones de personas en comunidades vulnerables de América Latina, el Caribe y África Subsahariana.

La tungiasis es una enfermedad tropical desatendida causada por la hembra de la pulga de arena *Tunga penetrans*, que se incrusta en la piel, principalmente en los pies, provocando una inflamación intensa, dolor y picazón. En casos graves, puede llevar a complicaciones crónicas como fisuras, úlceras, deterioro cognitivo y deformaciones que limitan la movilidad, lo que perjudica la capacidad de las personas para trabajar, estudiar o realizar actividades cotidianas.

Los niños y las personas mayores son particularmente afectadas, enfrentando no solo dolor físico, sino también discapacidad y estigmatización social.

Esta enfermedad prospera en entornos de pobreza extrema, donde los pisos de tierra en los hogares facilitan la transmisión. La presencia de animales domésticos en el interior de las viviendas, que actúan como reservorios, y la falta de acceso a calzado adecuado aumentan el riesgo de infección.

Directrices basadas en evidencia para una respuesta efectiva

La tungiasis forma parte de las enfermedades tropicales desatendidas, un grupo de más de 20 enfermedades que impactan principalmente a poblaciones que viven en condiciones de pobreza, con acceso limitado a agua segura, saneamiento básico y servicios de salud.

Entre los desafíos para el control de la tungiasis destacan la escasez de datos epidemiológicos sistemáticos, sobre todo porque la enfermedad afecta a poblaciones de zonas rurales y dispersas, así como la limitada priorización de la enfermedad en las agendas de salud pública.

Las nuevas directrices, desarrolladas por un grupo multidisciplinario de expertos de la OPS y de la Organización Mundial de la Salud, ofrecen recomendaciones prácticas para mejorar el manejo de la enfermedad en contextos donde la tungiasis está presente.

Entre las principales recomendaciones se incluyen:

- Uso de dimeticona de baja viscosidad: se aconseja en casos leves y graves para eliminar las pulgas incrustadas, reduciendo el riesgo de complicaciones. Se aplica directamente sobre las lesiones, ofreciendo una solución segura y sencilla.
- Alternativas en entornos de bajos recursos: cuando la dimeticona no está disponible, se recomienda el uso de aceite de coco combinado con aceite de neem (un aceite natural con propiedades repelentes), una opción viable para comunidades con recursos limitados.
- Prácticas desaconsejadas: Las directrices desaconsejan la extracción manual de pulgas por personal no capacitado, debido al alto riesgo de infecciones secundarias, especialmente en casos graves. También se desaconseja el uso de peróxido de hidrógeno (un desinfectante común) y permanganato de potasio (un agente químico desinfectante), que carecen de eficacia y pueden causar daños adicionales.

“Estas directrices representan un avance significativo para abordar una enfermedad que afecta desproporcionadamente a las poblaciones más vulnerables. Su implementación requiere del compromiso de autoridades, profesionales de la salud y comunidades para garantizar que incluso las enfermedades más desatendidas reciban atención”, afirmó el Dr. Sylvain Aldighieri, Director del Departamento de Prevención, Control y Eliminación de Enfermedades Transmisibles de la OPS.

Como complemento a la guía de tratamiento, la OPS también publicó nuevos lineamientos para fortalecer la vigilancia, prevención y control de la tungiasis en los países de las Américas. Esta herramienta está orientada a apoyar la identificación de poblaciones afectadas y promueve la colaboración entre los sectores de salud humana, animal y ambiental, bajo el enfoque de Una Salud, con el fin de implementar intervenciones más eficaces y sostenibles. Esta iniciativa busca fortalecer la capacidad de respuesta de los equipos de salud locales y de las autoridades nacionales, considerando las particularidades epidemiológicas y sociales de cada territorio.

Un enfoque integral para la prevención y el control

La OPS ha documentado las experiencias de países de la región, como Brasil y Colombia, en la vigilancia, prevención, atención y control de la tungiasis, que demuestran cómo es posible enfrentar esta enfermedad mediante un abordaje integral. Las acciones implementadas incluyen la búsqueda activa de casos y la vigilancia comunitaria, el acceso a tratamientos seguros y eficaces, la aplicación de Una Salud y mejoras en el entorno domiciliario. Estas experiencias reflejan cómo la combinación de medidas clínicas, comunitarias y ambientales puede contribuir a reducir el impacto de la tungiasis.

Para facilitar el acceso al tratamiento recomendado, la OPS incluyó la dimeticona en la lista de medicamentos disponibles a través de su Fondo Estratégico, una plataforma de cooperación técnica que apoya a los países de las Américas en la adquisición de medicamentos e insumos esenciales. Esta medida contribuye a fortalecer las acciones de control de la tungiasis y a mejorar el acceso a opciones terapéuticas para las poblaciones de alto riesgo.

VINCULAN LA DEFORESTACIÓN A MILES DE MUERTES POR CALOR CADA AÑO

27/08/2025

La deforestación en América Latina está dejando una huella en la salud humana. En la región, alrededor de 2.520 personas mueren cada año por golpes de calor asociados a la deforestación. A nivel global, la cifra supera las 28.330 muertes anuales, concentradas sobre todo en África y el Sudeste Asiático.

Una investigación combinó datos satelitales sobre pérdida de cobertura arbórea entre 2001 y 2020 con modelos de temperatura y mortalidad para revelar el costo humano de la pérdida de bosques en todas las regiones tropicales del planeta.

A medida que se intensifique el cambio climático, el calor extremo será más frecuente y severo, especialmente en las zonas deforestadas que carecen de los beneficios refrescantes de los árboles. En los últimos años se han registrado episodios de calor extremo y sequías prolongadas en lugares como la Amazonia brasileña.

Los datos para Sudamérica y Centroamérica demuestran que la región registra la mayor deforestación de los trópicos, con un área del tamaño de Turquía: 760.000 km² frente a 490.000 km² del Sudeste Asiático y 340.000 km² de África.

Además, Latinoamérica registró el mayor aumento de temperatura inducido por la deforestación (+0,53°C), en comparación con África (+0,39°C) y el Sudeste Asiático (+0,37°C).

Las cifras de América Central y del Sur muestran una situación preocupante. La agricultura, la tala, la minería y otras actividades han transformado vastas áreas de bosque, lo que contribuyó a un aumento sustancial de la temperatura local. Esto significa que la deforestación es uno de los principales factores que contribuyen al calentamiento de la región, más que el cambio climático global por sí solo.

El estudio revela que la pérdida de bosques explica cerca de 70% del calentamiento observado en las zonas deforestadas de América Latina.

En general, las regiones con el mayor calentamiento inducido por la deforestación corresponden a las regiones con la mayor pérdida forestal, particularmente en el Arco de Deforestación en el sur de la Amazonia y Sumatra y Kalimantan en Indonesia.

Pese a que la región latinoamericana presenta el mayor calentamiento local asociado a la deforestación, también es la que tiene menor población expuesta a los efectos del incremento de temperatura: 67 millones de personas. Esto se debe a que en las áreas rurales de América Latina vive menos gente en comparación con otras regiones tropicales.

En contraste, África destaca como la región tropical con más personas expuestas (148 millones), seguida del Sudeste Asiático (122 millones).

Las menores cifras en el caso latinoamericano no indican que los riesgos para la salud sean bajos. Muchas comunidades de estas regiones, en particular las poblaciones de bajos ingresos,

rurales, tradicionales o indígenas, pueden enfrentarse a riesgos para la salud relacionados con el calor mucho más elevados.

Brasil, México y Colombia concentran la mayor cantidad de población expuesta: 21,7, 8,0 y 7,3 millones de personas, respectivamente.

En general, se estima que 345 millones de personas estuvieron expuestas al calentamiento debido a la deforestación entre 2001 y 2020.

Un factor importante a considerar son las condiciones en las que vive la población cercana a las áreas deforestadas. Si bien en las áreas más rurales, donde todavía hay mucha naturaleza, la población expuesta a estas condiciones es menor, muchas de estas poblaciones viven en mucha deprivación social, alimentaria, a veces, ocupacional y de los servicios sanitarios y de agua potable, que son grandes determinantes de la salud.

Los hallazgos plantean un desafío urgente para América Latina: detener la deforestación no es solo una cuestión ambiental, sino también de salud pública y justicia social.

En ese sentido, el mayor aporte del estudio es generar evidencia que impulse a los gobiernos a replantearse la continuidad de los modelos productivos que impulsan la pérdida de bosques.

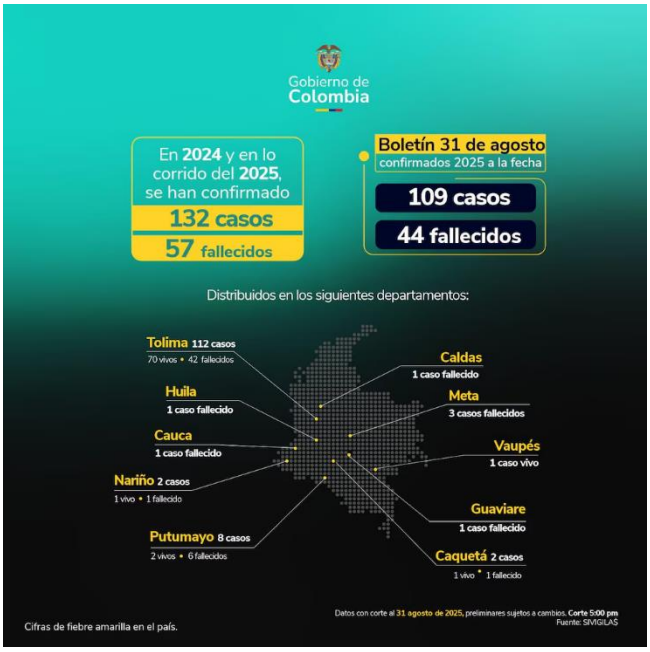
El artículo brinda una magnitud del problema que debería ser suficiente para que la sociedad empiece a considerar cómo evitar este tipo de actividad humana.

La Gerencia de Gestión de Pacientes Hospitalizados del Hospital 'Nossa Senhora da Conceição' (HNSC) identificó un aumento en los casos de covid entre los pacientes hospitalizados a partir del 16 de agosto. El 20 de agosto, Vigilancia de la Salud fue notificada del brote. Se detectó el SARS-CoV-2 en pacientes que llegaron a la institución con otras condiciones clínicas, pero que presentaron algunos síntomas virales.

Desde el día 16 de agosto y hasta el 3 de septiembre, se confirmaron 65 casos de covid. Actualmente, hay 13 pacientes hospitalizados con la enfermedad y cinco trabajadores de baja por dar positivo para el coronavirus. Se confirmaron dos muertes: una el 28 de agosto y otra en la noche del 1 de septiembre.

Para prevenir el contagio de otros pacientes y trabajadores, el hospital restringió temporalmente las visitas de los pacientes, permitiéndose solo un familiar por día. Los visitantes deben usar un barbijo proporcionado por el hospital en todo momento mientras permanezcan en el establecimiento, y no se permitirá el ingreso de familiares con síntomas respiratorios.

El HNSC implementó medidas de aislamiento para los pacientes diagnosticados con la enfermedad y está distribuyendo folletos y carteles informativos para alertar a los pacientes sobre las medidas de contención. Según la Gerencia de Admisiones, el mayor número de casos se registró la semana pasada. El día 3 de septiembre no se confirmaron nuevos casos.



En un año marcado por el repunte de enfermedades transmitidas por vectores, el Ministerio de Salud de Colombia reportó 109 casos de fiebre amarilla y 44 muertes en lo que va de 2025, cifras que preocupan a las autoridades sanitarias por su concentración en departamentos específicos y el número de decesos registrados. Los contagios afectan principalmente a regiones de la zona andina y amazónica.

Las autoridades nacionales confirmaron que los 109 casos y 44 muertes por fiebre amarilla en 2025 se distribuyen entre varios departamentos. Tolima encabeza la lista con 112 casos acumulados, de las que 42 fallecieron.

A la preocupante situación en esa región se suman otros reportes: Huila registra un caso que resultó en muerte, en Cauca se reportó un único fallecimiento, Nariño suma dos casos (uno fallecido), Putumayo cuenta con ocho casos (seis defunciones), Caldas y Guaviare solo incluyen una muerte cada uno, Meta aporta tres muertes, mientras que Vaupés y Caquetá reportan un caso vivo y un caso fallecido.

Estos datos corresponden al corte realizado el 31 de agosto, por lo que las cifras pueden variar tras análisis posteriores. La vigilancia epidemiológica se mantiene activa, frente a un año en el que la mayoría de los departamentos colombianos con circulación endémica del virus se mantienen bajo alerta.

Requisitos y recomendaciones sobre el carné internacional

El riesgo de la fiebre amarilla exige medidas de control inmediatas, especialmente dirigida a la población expuesta por desplazamientos interregionales o internacionales. Vacunarse constituye el escudo sanitario más eficaz, tal como ratifica la Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali en sus lineamientos para la población local. La disponibilidad y emisión del Carné Internacional de Vacunación contra la Fiebre Amarilla depende actualmente de la justificación del viaje a destinos que lo exigen como requisito sanitario.

El certificado internacional de vacunación contra la fiebre amarilla solo se exige para ingresar a Colombia a viajeros provenientes de países con riesgo de transmisión de la enfermedad, o para quienes planean visitar departamentos considerados endémicos dentro del territorio nacional.

Las autoridades recomiendan consultar fuentes vigentes como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el propio Ministerio de Salud y Protección Social para verificar los requerimientos antes de planear un viaje, dado que la lista de países puede variar según la coyuntura epidemiológica.

A nivel nacional, el carné blanco se entrega a quienes se vacunan sin planes de viajar al exterior. Este instrumento es indispensable para quienes visitan zonas endémicas nacionales como Tolima, Huila y Putumayo, territorios con circulación activa del virus y presencia de brotes en 2025.

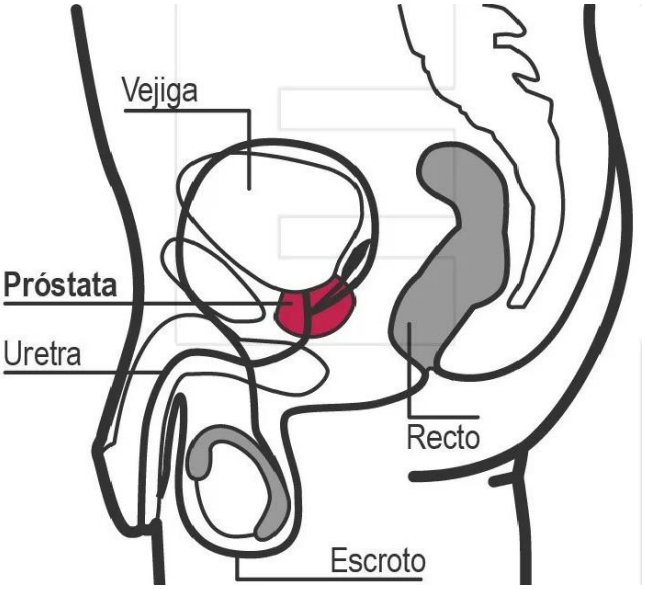
La vacuna contra la fiebre amarilla debe administrarse al menos diez días antes del viaje a áreas de riesgo, periodo que permite desarrollar inmunidad eficaz. El esquema actual prioriza a niños desde los 9 meses hasta los 19 años y 11 meses, pobladores de zonas de alto riesgo y adultos entre 20 y 59 años, siempre que existan dosis disponibles. La vacuna es gratuita en el distrito de Santiago de Cali, aunque no todas las instituciones prestadoras de salud ofrecen el biológico permanentemente debido al bajo riesgo local, lo que hace necesario consultar previamente sobre la existencia de viales.

Las autoridades de salud insisten en que tanto agencias de viajes como aerolíneas deben exigir el carné internacional de vacunación únicamente cuando el país de destino lo requiera, evitando así demoras y trámites innecesarios para viajeros con destino a naciones donde la fiebre amarilla no es un requisito.

LAS TASAS DE CÁNCER DE PRÓSTATA HAN AUMENTADO ANUALMENTE DURANTE LA ÚLTIMA DÉCADA

02/09/2025

Las tasas de cáncer de próstata están en aumento en Estados Unidos, especialmente en los diagnósticos en etapas avanzadas.



Los diagnósticos de cáncer de próstata aumentaron un 3% anual entre 2014 y 2021 en Estados Unidos, según el informe anual de estadísticas de cáncer de próstata de la Sociedad Estadounidense del Cáncer (ACS).

En los diagnósticos en etapa avanzada se registró un alza mayor, de 4,6% a 4,8% anual.

El incremento se dio después de que los casos habían disminuido el 6,4% anual en la década anterior.

Los resultados de este estudio subrayan la necesidad de redoblar los esfuerzos para comprender la etiología del cáncer de próstata y optimizar su detección temprana.

Según las pautas de la ACS, a los 50 años todos los hombres deberían conversar con su profesional de la salud sobre los beneficios y los perjuicios de las pruebas de detección, pero los hombres de raza negra y aquellos con antecedentes familiares de cáncer de próstata deberían hacerlo a los 45 años.

El diagnóstico de cáncer de próstata es el más común entre los hombres en Estados Unidos, ya que representa 30% de los cánceres masculinos en 2025 y es la segunda causa principal de muerte por cáncer en hombres, después del de pulmón.

El diagnóstico en etapas posteriores y las tasas de supervivencia más bajas entre los hombres de la comunidad hispana, en comparación con los blancos, probablemente reflejan un menor acceso a atención de alta calidad, que incluyen exámenes de detección y detección temprana, debido a la pobreza desproporcionada que enfrentan.

Además, las tasas de supervivencia entre los hispanos probablemente están sobreestimadas, debido a la pérdida de seguimiento de los casos en esta población.

Este año, la ACS estimó que habrá 313.780 nuevos casos de cáncer de próstata en el país y 35.770 muertes.

FLORIDA PLANEA PONER FIN A LA OBLIGATORIEDAD DE VACUNACIÓN EN TODO EL ESTADO

03/09/2025

Florida tomará medidas para poner fin a todos los mandatos de vacunación en el estado, anunció el 3 de septiembre la Autoridad Sanitaria del Estado (*State Surgeon General*), el Dr. Joseph Abiodun Ladapo.

La medida convertiría a Florida en el primer estado en poner fin a una práctica de larga data, y constitucionalmente respaldada, de exigir ciertas vacunas para los estudiantes escolares.

“El Departamento de Salud estatal tomará medidas inmediatas para eliminar todos los mandatos no estatutarios en el estado”, declaró Ladapo en una conferencia de prensa. El gobernador de Florida, Ronald Dion DeSantis, quien también estuvo presente en el evento, indicó que los legisladores estatales analizarán la elaboración de un paquete legislativo para eliminar los mandatos restantes.

“Cada mandato de vacuna es erróneo y está lleno de desdén y esclavitud”, afirmó Ladapo. “¿Quién soy yo para decirle a alguien lo que su hijo debe poner en su cuerpo?”.

DeSantis subrayó que el consentimiento informado es esencial, afirmando que “la información facilitada a las personas, para que luego puedan tomar una decisión con conocimiento de causa, debe ser la base de cómo funcionamos en la sanidad y en la medicina”.

Los 50 estados han tenido requisitos de vacunación escolar desde principios de la década de 1980. Los alumnos que ingresan a jardín de infantes deben vacunarse para protegerse contra enfermedades como el sarampión, la poliomielitis, la rubéola, la tos convulsa, la parotiditis, el tétanos y la difteria. Ningún estado exige la vacuna contra la covid a los alumnos.

Todos los estados permiten exenciones médicas a estos mandatos de vacunación escolar, y la mayoría también las permiten por creencias personales o religiosas. Las tasas de exenciones han ido en aumento durante años en Estados Unidades, con un porcentaje récord de alumnos de jardín de infantes que no recibieron las vacunas obligatorias en el año escolar 2024-25.

La tasa de exención de vacunas escolares de Florida el año pasado (alrededor de 5%) fue más alta que el promedio nacional, según muestran los datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, y casi todas fueron por razones no médicas.

“Nos preocupa que el anuncio de hoy ponga a los niños de las escuelas públicas de Florida en mayor riesgo de enfermar, lo que tendrá un efecto dominó en nuestras comunidades”, dijo la Dra. Rana Alissa, presidenta del Capítulo de Florida de la Academia Estadounidense de Pediatría, en un comunicado.

“Para muchos niños, lo mejor de la escuela es estar con amigos: compartir el espacio, jugar en el patio y aprender juntos. El contacto cercano facilita la rápida propagación de enfermedades contagiosas”, agregó. “Cuando todos en la escuela están vacunados, es más difícil que las enfermedades se propaguen y es más fácil que todos sigan aprendiendo y divirtiéndose. Cuando los niños están enfermos y faltan a la escuela, los cuidadores también faltan al trabajo, lo que no solo afecta a las familias, sino también a la economía local”.

El Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (USCIS) exige que los solicitantes de residencia permanente estén vacunados contra varias enfermedades, entre ellas el sarampión, la parotiditis, la rubéola, la poliomielitis, el tétanos, la tos convulsa, la varicela, la influenza (según temporada) y la covid (según las guías vigentes de los CDC). Estas vacunas forman parte del examen médico obligatorio para procesos migratorios.

SUBE A QUINCE LA CIFRA DE PERSONAS FALLECIDAS A CAUSA DEL DENGUE EN 2025

03/09/2025

Las autoridades sanitarias de Panamá reportaron el 3 de septiembre una nueva muerte por dengue, lo que eleva a 15 las víctimas de la enfermedad hasta la semana epidemiológica 32.

Hasta el pasado 9 de agosto, se registraron 9.791 casos de dengue, de los cuales 930 requirieron hospitalización y 69 fueron clasificados como graves.

El Área Metropolitana y San Miguelito, en la capital, acumulan la mayoría de casos, con 4.709, mientras que las muertes se han registrado en las provincias interiores occidentales de Chiriquí (4), Bocas del Toro (3), Área Metropolitana (2), Darién (2), Panamá Este (2), Coclé (1) y San Miguelito (1).

La tasa de incidencia nacional en la semana epidemiológica 32 del año en curso es de 214 casos cada 100.000 habitantes. La mayoría de los contagios se registran en el grupo de edad de 10 a 59 años, indica la información oficial.

La cocirculación de los cuatro serotipos del virus Dengue en Panamá, con predominio del serotipo DEN-3 y DENV-4, es la razón por lo cual aumenta la ocurrencia de casos graves y fatales.

El Ministerio de Salud intensificó los operativos en todo el país a través del equipo de Control de Vectores para reducir los casos de dengue, pero insistió en la participación ciudadana para la eliminación de todos los criaderos del mosquito, alrededor y dentro de las viviendas.

Los casos de dengue crecieron 94% y las muertes sumaron 52 al cierre de 2024 en Panamá, casi el triple de las registradas el año anterior, según las estadísticas del Ministerio de Salud.

NDR

ALEMANIA

Doce casos de síndrome urémico hemolítico en Mecklenburg-Vorpommern

04/09/2025

En Mecklenburg-Vorpommern, 31 personas se han infectado con la bacteria *Escherichia coli* enterohemorrágica (ECEH), incluidas 12 con síndrome hemolítico urémico. Las autoridades lo consideran un brote.

El número de infecciones confirmadas por ECEH en el estado está en aumento. La Oficina Estatal de Salud y Asuntos Sociales (LAGuS) anunció el 3 de septiembre la confirmación de cinco casos más. Estos afectaron a niños de entre uno y nueve años. Cuatro de los afectados son de los estados federados de Berlin, Brandenburg y Nordrhein-Westfalen, y se notificó un caso en el distrito de Ludwigslust-Parchim. Sin embargo, se desconoce el origen de la infección.

Un número sorprendente de casos

Se han producido infecciones por ECEH cada año desde el último brote grave en 2011, con uno o dos casos graves ocasionales. Sin embargo, el reciente aumento de casos graves es sorprendente, según la LAGuS. Dado el aumento de casos graves, las autoridades lo denominan ahora un brote de la enfermedad infecciosa. Doce de las 31 personas afectadas padecen síndrome hemolítico urémico. En esta fase de la enfermedad, los riñones dejan de funcionar correctamente, lo que requiere diálisis temporal y semanas de hospitalización.

Diecinueve personas se encuentran actualmente hospitalizadas y en condición estable. Entre ellas se encuentran adultos y niños de Mecklenburg-Vorpommern, así como turistas de otros estados federados.

Aparentemente más de un tipo de patógeno

Jörg Heusler, del Departamento de Salud de Vorpommern-Rügen, declaró que los resultados provisionales iniciales de las pruebas de laboratorio en curso confirman la posible conexión en al menos tres casos. Además, las pruebas de laboratorio revelaron la presencia de más de un tipo de patógeno. Según Heusler, los resultados finales de las pruebas de laboratorio deberían estar disponibles la próxima semana.

La CDU estatal exige consecuencias

Daniel Peters, presidente del grupo parlamentario de la Unión Demócrata Cristiana (CDU) en el parlamento estatal, abogó por que se considere la creación de un equipo de gestión de crisis. También solicitó una sesión extraordinaria del parlamento estatal para abordar la situación de

la ECEH. Esto es especialmente importante dado que las vacaciones de verano terminan la próxima semana y las guarderías y escuelas reabrirán por completo.

Continúa la búsqueda de la fuente de infección

La búsqueda del origen de la infección, que ahora también involucra al Instituto 'Robert Koch' (RKI) de Berlin, está en plena labor. Desde el fin de semana, el RKI utiliza un nuevo cuestionario. "Esto garantiza una mejor calidad", dijo Heusler. Anteriormente, Mecklenburg-Vorpommern utilizaba un cuestionario desarrollado durante el brote de ECEH de 2011.

El nuevo cuestionario tiene aproximadamente 37 páginas y está estandarizado. Esto permite a los entrevistadores ser lo más objetivos posible y evitar sesgos en sus entrevistas con las personas afectadas. Se pregunta sobre los alimentos consumidos y el contacto con animales en zoológicos, circos, parques de animales o zoológicos interactivos.

Las encuestas no revelaron una fuente común

"Hasta el momento, todas las investigaciones no han conducido a una fuente definitiva", agregó Heusler. Veterinarios e inspectores de alimentos ya están investigando diversas fuentes como medida de precaución. Pero incluso en ese caso, existen obstáculos: "Un producto alimenticio consumido hace tan solo diez, once, doce o hasta catorce días podría ya no estar en el mercado. Y podría haber sido destruido, por su fecha de caducidad".

Retiro de productos: la conexión con los casos de ECEH no está clara

El fin de semana pasado, Schleizer Fleisch- und Wurstwaren GmbH (Thüringen) retiró del mercado un paquete de 500 gramos de salchicha de cebolla debido al riesgo de ECEH. La empresa anunció que se detectaron bacterias ECEH en un lote con fecha de caducidad del 27 de agosto. El fabricante desaconseja enfáticamente el consumo de la salchicha.

Según la empresa, el producto estaba disponible en Mecklenburg-Vorpommern y otros diez estados federados. Los clientes pueden devolver las salchichas de cebolla a los minoristas y recibir un reembolso. Aún no se ha aclarado si las salchichas están relacionadas con los casos de ECEH en Mecklenburg-Vorpommern.

A trece asciende el número de personas –todas ellas adultas y en su mayoría empleados municipales– que acudieron a urgencias en Cagliari tras haber consumido atún en un bar-restaurante del centro de la ciudad, en la zona de Via Sonnino, durante la hora de almuerzo. Las personas presentaron inmediatamente después de la comida síntomas compatibles con escombroidosis, lo que provocó su hospitalización en hospitales de la ciudad.

Esto se desprende de una encuesta realizada en los hospitales de Cagliari: actualmente, 10 personas han sido trasladadas por el 118 al Hospital de Relevancia Nacional y Alta Especialización 'Dr. Giuseppe Brotzu', mientras que tres han llegado al Hospital 'Santissima Trinità'. Dos de estas últimas ya han salido de la sala.

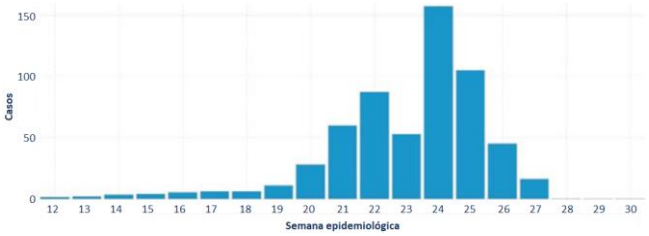
Mientras tanto, los Carabineros del Comando Provincial de Cagliari, que intervinieron con el apoyo de la Unidad de Lucha contra el Fraude Alimentario y Protección de la Salud (NAS), anunciaron que "realizaron una inspección en el restaurante-bar involucrado y recabaron información útil para reconstruir el incidente, iniciando controles sobre el origen y el almacenamiento de los alimentos. Las investigaciones continúan para determinar las causas precisas del incidente".

La inspección, realizada el 1 de septiembre, reveló la presencia de un almacén de alimentos que no había sido notificado a las autoridades competentes. También se incautaron cuatro porciones de pulpo para su análisis de laboratorio, y se ordenó la suspensión cautelar inmediata de la actividad, a la espera de nuevas investigaciones y de los requisitos impuestos por los inspectores sanitarios.

Los militares también reconstruyeron parte de la cadena de distribución, rastreándola hasta un centro de abastecimiento ubicado en la zona industrial de Macchiareddu. Allí, incautaron productos pesqueros con un peso total de 36 kilogramos.

La Autoridad Judicial fue informada oportunamente del hecho y continúan las investigaciones para esclarecer la dinámica de los hechos y verificar toda la cadena de suministro y almacenamiento de alimentos.

La fiebre chikungunya se reportó por primera vez en Mombasa en marzo de 2025 y desde entonces se ha propagado a los seis subcondados: Changamwe, Jomvu, Kisauni, Likoni, Mvita y Nyali. Hasta el 20 de julio, se habían reportado 614 casos, incluyendo 97 casos confirmados por laboratorio. No se han reportado muertes. No se han reportado nuevos casos desde la semana epidemiológica 27, lo que indica avances en el control del brote.



Casos de fiebre chikungunya, según semana epidemiológica. Kenya. Año 2025, de semana epidemiológica 12 a 30. Fuente: Ministerio de Salud de Kenya.

El mayor número de casos y la mayor tasa de incidencia se registraron en Likoni (234 casos; 38,0% del total), con una tasa de incidencia de 78 cada 100.000 habitantes. Le siguen Mvita (135 casos; 25,0%), con una tasa de ataque de 73 cada 100.000 habitantes, y Kisauni (142 casos; 23,0%) con una tasa de ataque de 40 cada 100.000 habitantes. La enfermedad afecta principalmente a personas de 6 a 51 años, siendo el grupo etario de 6 a 41 años el más afectado.

A pesar de la contención de este brote, la presencia de criaderos de mosquitos y factores de riesgo ambientales en las zonas afectadas sigue representando una amenaza, por lo que es necesario reforzar la vigilancia para detectar y responder a cualquier resurgimiento.

Medidas de salud pública

- Se estableció un sistema de gestión de incidentes para coordinar la respuesta y guiar su implementación.
- Se desarrolló el plan de respuesta a la fiebre chikungunya para apoyar la toma de decisiones operativas.
- Se trató con larvicidas un total de 2.198 criaderos de mosquitos en las zonas afectadas. Se realizó fumigación en 306 aldeas y se rociaron 218 casas con insecticidas.
- Se distribuyeron mosquiteros tratados con insecticidas a hogares vulnerables para reducir la exposición a los mosquitos.
- Se están realizando campañas de concienciación pública a través de emisoras de radio locales, la televisión nacional, escuelas y visitas domiciliarias en las zonas afectadas. Las actividades de sensibilización comunitaria alcanzaron a 780 personas con información sobre prevención e higiene ambiental.
- Se emitió una alerta a Mombasa y los condados vecinos para fortalecer la vigilancia clínica y la preparación para la gestión de casos.

Interpretación de la situación

La ausencia de nuevos casos reportados durante las últimas SE es un avance alentador. Sin embargo, la magnitud y propagación tempranas del brote requieren esfuerzos continuos de control de vectores y una estrecha vigilancia. Mantener la conciencia pública y el saneamiento ambiental es esencial para reducir el riesgo de nuevas infecciones y apoyar la detección temprana en caso de que reaparezcan los casos.

Casi cuatro meses después de la detección inicial de casos de mpox en Malawi el 17 de abril de 2025, el brote se ha seguido expandiendo, con un número creciente de casos y distritos afectados.

Casos de mpox, según semana epidemiológica. Malawi. Año 2025, semanas epidemiológicas 1 a 31. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Hasta la semana epidemiológica 31 se habían notificado 63 casos confirmados y ninguna muerte en diez distritos de las tres regiones del país. Los distritos afectados incluyen: Lilongwe (49 casos; 77,8%), Blantyre (3 casos), Mangochi (3 casos), Salima (2 casos), Karonga (1 caso), Likoma (1 caso), Mzimba South (1 caso), Nkhatabay (1 caso), Ntcheu (1 caso) y Ntchisi (1 caso). Todos los casos se detectaron localmente, excepto uno en el distrito de Likoma, que se detectó al otro lado de la frontera.

La mayoría de los casos confirmados (60,0%) son hombres, con una edad comprendida entre los 20 y los 40 años. La mayoría de los casos confirmados también son comerciantes de pequeña escala y estudiantes. Se realizó la secuenciación genómica de 13 muestras, todas confirmadas como clado Ib.

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

En total, se han incluido 839 personas en la lista de contactos y se les ha realizado un seguimiento activo, y 830 fueron dados de alta del seguimiento hasta el 3 de agosto. Además, Malawi notificó 324 casos sospechosos de mpox desde agosto de 2024, en 27 de los 29 distritos, alcanzando una tasa de cobertura de pruebas de 99,3% y una tasa de positividad de 19,5%. Seis casos se han recuperado y han recibido el alta médica.

Acciones de salud pública

- Se activaron los sistemas nacionales y subnacionales de gestión de incidentes para mejorar la coordinación y la respuesta. La Organización Mundial de la Salud (OMS) está coordinando a sus socios a través del Grupo de Salud para garantizar una respuesta unificada, a la vez que moviliza recursos adicionales.
- Se está fortaleciendo la vigilancia transfronteriza mediante actividades regulares y conjuntas entre Malawi, Mozambique y Tanzania. Además, se difundió a los aeropuertos internacionales de Kamuzu y Chileka el protocolo de notificación y respuesta integrada para casos sospechosos de mpox, a fin de fortalecer la detección temprana y la respuesta en tránsito.
- Se están llevando a cabo actividades de desarrollo de capacidades, incluida la capacitación integrada sobre mpox entre el personal sanitario de primera línea.
- 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 de mpox. El rastreo de contactos está en curso para todos los casos confirmados, incluyendo el seguimiento y monitoreo.

- Las pruebas de mpox mediante el uso de GeneXpert se han descentralizado en 19 centros de 17 distritos, incluyendo todos los hospitales centrales y puntos de ingreso clave, con analizadores de enfermedades infecciosas en el punto de atención de siete centros.
- La prevención de infecciones entre el personal sanitario se ha mejorado mediante la capacitación de los coordinadores en la prevención y control de infecciones y agua, saneamiento e higiene, las evaluaciones de los centros y la actualización de las herramientas de exposición. En el campamento de refugiados de Dzaleka, se están implementando pruebas de detección continuas, medidas de prevención y control de infecciones y lacomunicación de riesgos en colaboración con la Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados.
- Las campañas contra la mpox han llegado a 960.000 personas en comunidades de cinco distritos, incluyendo comunidades transfronterizas. Se orientó a los trabajadores sanitarios comunitarios sobre los mensajes acerca de la mpox y se distribuyó continuamente material de concienciación en inglés y en los idiomas locales.

Interpretación de la situación

Lilongwe sigue siendo el principal foco de contagio, seguido de Blantyre, Mangochi, Salima y casos aislados en otros distritos. En respuesta al brote de mpox en curso, el Ministerio de Salud ha intensificado sus esfuerzos de vigilancia genómica. Además, ha realizado investigaciones epidemiológicas de todos los casos confirmados para comprender mejor la dinámica de transmisión. Los hallazgos sugieren que el contacto físico directo y la transmisión sexual son las principales vías de infección. Estos conocimientos están orientando el desarrollo de mensajes de salud pública específicos, estrategias de gestión de casos e intervenciones de comunicación de riesgos en las comunidades afectadas. No obstante, persisten deficiencias en el rastreo, el suministro de pruebas y el acceso a las vacunas, a pesar de la aprobación para su distribución.

Declararon un brote de enfermedad por el virus del Ébola en la provincia de Kasaï

04/09/2025

Las autoridades sanitarias de la República Democrática del Congo declararon un brote de enfermedad por el virus del Ébola en la provincia de Kasaï, donde hasta el 4 de septiembre de 2025 se han notificado 28 casos sospechosos y 15 muertes, incluidos cuatro trabajadores sanitarios.

El brote afecta a las zonas sanitarias de Bulape y Mweka, en la provincia de Kasaï, donde las autoridades sanitarias han estado realizando investigaciones tras los casos y muertes reportados, que incluían síntomas como fiebre, vómitos, diarrea y hemorragias. Las muestras analizadas el 3 de septiembre en el Instituto Nacional de Investigación Biomédica, en Kinshasa, la capital, confirmaron que la causa del brote es la variante Zaire del virus del Ébola.

Se desplegó en la provincia de Kasaï un Equipo Nacional de Respuesta Rápida, integrado por expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en epidemiología, prevención y control de infecciones, laboratorio y gestión de casos, para fortalecer rápidamente la vigilancia, el tratamiento y la prevención y control de infecciones en los centros de salud. También se han desplegado expertos provinciales en comunicación de riesgos para llegar a las comunidades y ayudarlas a comprender cómo protegerse.

Además, la OMS está entregando dos toneladas de suministros, incluyendo equipos de protección personal, equipos de laboratorio móviles y suministros médicos. La zona es de difícil acceso, ya que se necesita al menos un día de viaje desde Tshikapa (capital de la provincia de Kasaï), con escasas conexiones aéreas.

“Estamos actuando con determinación para detener rápidamente la propagación del virus y proteger a las comunidades”, declaró el Dr. Mohamed Janabi, Director Regional de la OMS para África. “Apoyándonos en la amplia experiencia del país en el control de brotes de enfermedades virales, colaboramos estrechamente con las autoridades sanitarias para intensificar rápidamente las medidas de respuesta clave y poner fin al brote lo antes posible”.

Es probable que el número de casos aumente a medida que la transmisión continúa. Los equipos de respuesta y los equipos locales trabajarán para encontrar a las personas que puedan estar infectadas y necesiten atención, para garantizar que todos estén protegidos lo antes posible.

El país dispone de una reserva de tratamientos, así como de 2.000 dosis de la vacuna Ervebo contra la enfermedad por el virus del Ébola, eficaz para proteger contra la variante Zaire, ya posicionadas en Kinshasa y que serán rápidamente trasladadas a Kasaï para vacunar a los contactos y al personal sanitario de primera línea.

El último brote de enfermedad por el virus del Ébola en la República Democrática del Congo afectó a la provincia noroccidental de Equateur en abril de 2022. Se controló en menos de tres meses gracias a los enérgicos esfuerzos de las autoridades sanitarias. En la provincia de Kasaï, se registraron brotes de la enfermedad en 2007 y 2008. En el país, se han registrado 15 brotes desde que se identificó la enfermedad por primera vez en 1976.

La enfermedad por el virus del Ébola es rara, pero grave y a menudo mortal en humanos. Se transmite a través del contacto cercano con sangre, secreciones, órganos u otros fluidos corporales de animales infectados, como los murciélagos frugívoros (que se cree que son los reservorios naturales). La transmisión entre humanos se produce por contacto directo con sangre o fluidos corporales de una persona enferma o fallecida por la enfermedad, objetos contaminados con fluidos corporales de una persona enferma o fallecida por la enfermedad, o el cuerpo de una persona fallecida por la enfermedad por el virus del Ébola.

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.