

CÓRDOBA

- Ciudad de Córdoba: El 48% de los pacientes con tuberculosis atendidos en el Hospital Rawson necesitó internación

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de varicela
- Buenos Aires: Muerte por hantaviriosis en Zárate
- Río Negro: Alerta por marea roja en Pozo Salado

AMÉRICA

- Estados Unidos: Brote de salmonelosis vinculado a alimentos entregados a domicilio
- Estados Unidos: Brote de legionelosis en Iowa
- Perú: Doce niños infectados por *Ralstonia pickettii* en un hospital de Lima

EL MUNDO

- África: Las madrigueras del cerdo hormiguero como la zona cero de una nueva pandemia

- Camerún: Situación epidemiológica del sarampión
- Chequia: Praga enfrenta el peor brote de hepatitis A desde 2008
- Irak: Aumentan los casos de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en todo el país
- Japón: Número record de casos de síndrome de fiebre severa con trombocitopenia
- Senegal: El país se deshace de la mpox, en fuerte declive en África
- Zambia: Situación epidemiológica del cólera

Comité Editorial

Editor Honorario ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021)

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

Editor en Jefe

ÍLIDE SELENE DE LISA

Editores adjuntos

RUTH BRITO
ENRIQUE FARÍAS

Editores Asociados

ISSN 2796-7050

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

Patrocinadores

sadi Sociedad Argentina de Infectología



Adherentes



SLAMVI
Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero



GEMICOMED
seimc.org

Comité Nacional de Infectología SAP



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.

El 48% de los pacientes con tuberculosis atendidos en el Hospital 'Dr. Guillermo Golesbery Rawson' de la ciudad de Córdoba necesitó internación. Profesionales de este centro de salud advirtieron que las personas llegan con lesiones avanzadas y que es alto el riesgo de infección dentro de sus grupos familiares.

“La tuberculosis debería manejarse en forma ambulatoria –explicó Andrea Rivadero, profesional del hospital–. Sin embargo, casi la mitad de nuestros pacientes necesita internación”.



Una investigación desglosó los datos de 1.007 pacientes atendidos en el hospital desde enero de 2015 hasta diciembre de 2024. Durante ese período, la cantidad de atenciones por esta causa aumentó 82%. En números absolutos, en 2015 se asistieron 86 casos. La cifra trepó a 157 en 2024, acompañando la tendencia al alza registrada a nivel nacional.

María Eugenia Ferreira, médica del hospital, explicó que la incidencia de personas con comorbilidades es mayor en este centro de salud. Y que el objetivo siempre fue acercar el tratamiento a los pacientes y lograr la adherencia, con el respaldo de un equipo interdisciplinario.

Los grupos más afectados son personas de entre 20 y 40 años, principalmente varones.

Las comorbilidades más frecuentes fueron el consumo de drogas inhaladas, el VIH y el tabaquismo. También está ganando preponderancia la desnutrición grave y moderada, así como las enfermedades de salud mental (epilepsia y déficit intelectual).

Mayor riesgo en cárceles

El 67% de los pacientes de la muestra del hospital reside en la ciudad de Córdoba. El resto se distribuyó entre localidades del interior y provincias limítrofes, como Catamarca, La Rioja y Santiago del Estero.

Bouwer y Cruz del Eje fueron las localidades del interior con mayor cantidad de pacientes, debido a la alta tasa de población carcelaria que se atiende en el hospital.

El riesgo de infección en poblaciones penitenciarias es 10 veces mayor. La tasa de notificaciones en Córdoba se ubica en 15 casos cada 100.000 habitantes. Mientras que, en las cárceles, el indicador se ubica en los 157 casos cada 100.000.



Situación de calle

En la ciudad de Córdoba, un dato llamó la atención: 25 personas se encuentran en situación de calle, lo que supera el total de pacientes que registraron vivir en un barrio determinado de la capital provincial.

El 87% de los pacientes presentó compromiso pulmonar, algunos con lesiones avanzadas, detectadas en las radiografías de tórax.

“Estos datos nos muestran que es alto el riesgo de diseminación de la enfermedad, así como la posibilidad de que ocurran nuevas infecciones dentro de un grupo familiar, de trabajo o de espacios cercanos que comparta esa persona”, explicó Rivadero.

Entre el 13% restante que presentó tuberculosis extrapulmonar, 134 pacientes tuvieron afectaciones en la pleura, y 70 en las meninges.

Aunque la muestra puede estar sesgada por el perfil de pacientes atendidos en el hospital, los casos de tuberculosis meníngea están creciendo en el país y son un indicativo de alta endemia de la enfermedad. Si las lesiones son avanzadas, se debería acelerar el acceso al diagnóstico.

La tuberculosis puede ser diagnosticada por sospecha clínica y también por análisis microbiológico, cuando se aísla la bacteria.

En el Hospital Rawson, desde 2023, se utilizan pruebas moleculares de reacción en cadena de la polimerasa de alta sensibilidad.

Un informe de la Organización Panamericana de la Salud establece que las personas con tuberculosis se encuentran entre las más marginadas y vulnerables. También enfrentan múltiples barreras en el acceso a una atención de calidad, ya sea por falta de recursos o de lugares adonde acudir.

“El objetivo de nuestro hospital siempre ha sido que esas barreras disminuyan”, sintetizaron las especialistas.

Situación epidemiológica 2005/2024

En el periodo comprendido entre 2005 y 2024, el año con el mayor número de casos fue 2010. Desde 2016, luego de la incorporación de la vacuna al Calendario Nacional de Vacunación (CNV), se registró un descenso sostenido en el número de casos, y la tasa de incidencia anual alcanzó valores mínimos en 2020 y 2021. En 2022 y 2023, los casos presentaron un ligero ascenso respecto de 2021, y se mantuvieron en valores estables en 2024, cuando se notificaron un total de 15.200 casos, con una tasa de incidencia acumulada de 32,3 casos cada 100.000 habitantes.

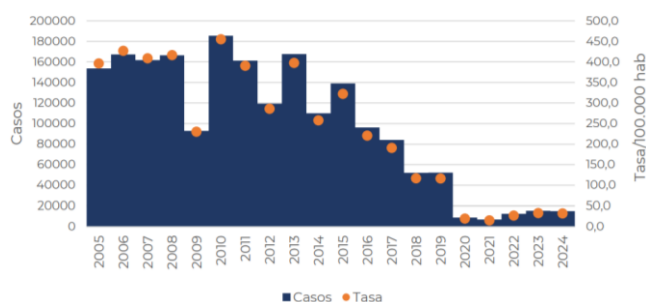
Entre 2005 y 2019, la curva epidémica mostró ascensos en la segunda mitad del año, con picos entre las semanas epidemiológicas 40 y 50. Desde 2020, esta tendencia no se repite y los casos se mantienen en niveles considerablemente más bajos. En 2023 y 2024 se observaron incrementos hacia fin de año, aunque con magnitud inferior a la del período pre pandémico.

Análisis por grupos etarios

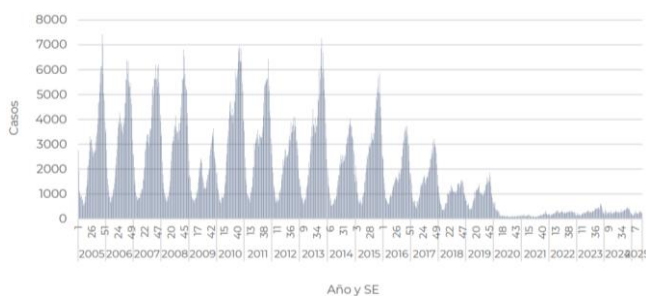
Hasta 2015 se observa un predominio de casos en los niños de 0 a 4 años, que representaban alrededor de 50% de las notificaciones.

A partir de 2016, la proporción de este grupo comenzó a descender de manera sostenida hasta 2019, registrando un leve aumento en 2020, y alcanzando el 25% de los casos en 2023 y 2024.

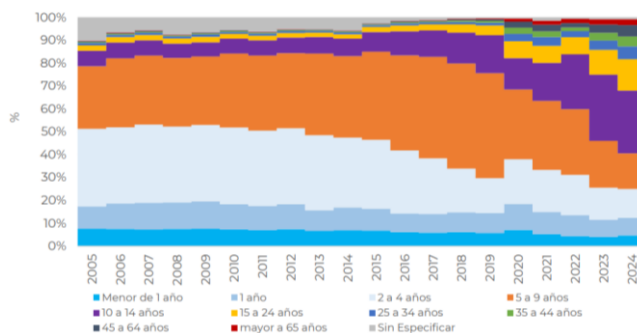
La proporción correspondiente al grupo de 5 a 9 años también mostró una tendencia descendente durante el período analizado. Los demás grupos etarios presentaron incrementos relativos en los últimos años, destacándose el grupo de 10 a 14 años, que en 2023 y 2024 concentró el mayor porcentaje de casos, con 27,4% y 28,2% de las notificaciones, respectivamente.



Casos de varicela y tasa de incidencia acumulada cada 100.000 habitantes, según año. Argentina. Años 2005/2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Casos de varicela, según semana epidemiológica. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2005 a 34 de 2025. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Distribución relativa de los casos de varicela, según año y grupos etarios. Argentina. Años 2005/2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Desde 2016 hasta 2020, las tasas de incidencia presentaron una tendencia descendente, principalmente en la población de 0 a 14 años. Hasta 2015, el grupo de 0 a 4 años presentaba las tasas más elevadas; sin embargo, luego de la introducción de la vacuna al CNV, a partir de 2016 fue superado por el grupo de 5 a 9 años. En los últimos dos años analizados (2023 y 2024), las mayores tasas correspondieron al grupo de 10 a 14 años.

En los grupos de 15 a 24 y de 25 a 34 años también se verificó un descenso en las tasas de incidencia a lo largo del período, aunque de menor magnitud que en las edades pediátricas. En las personas de 35 años y más, las tasas permanecieron relativamente estables durante todo el período analizado.

Análisis por regiones

Las curvas epidémicas en las cinco regiones del país presentaron tendencias similares.

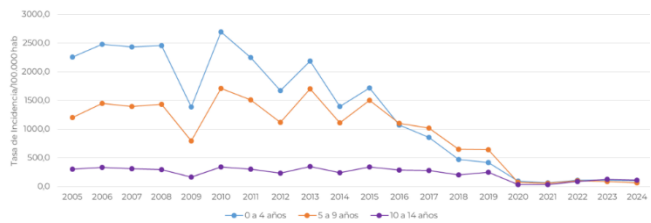
La Región Centro concentró el mayor porcentaje de notificaciones a lo largo de todo el período, aunque con una tendencia levemente descendente en los últimos años. En contraste, las demás regiones mostraron un incremento relativo en su participación.

En el análisis de las tasas de incidencia en los grupos etarios de 0 a 4 años y de 5 a 9 años, se observa que en todas las regiones la tendencia fue descendente. Las regiones Sur y Cuyo presentan las mayores tasas de incidencia en la mayoría de los años históricos previos a 2020; si bien estas diferencias regionales se sostienen en los últimos años analizados, son de menor magnitud.

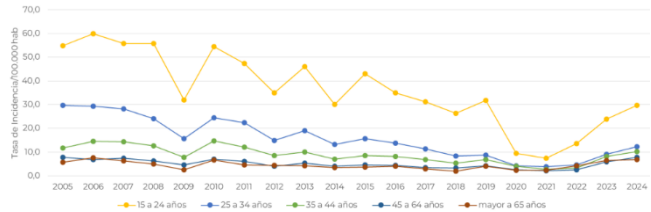
Situación epidemiológica en 2025

Durante 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 34, se registró un total de 8.980 casos de varicela, valor similar a lo registrado en el mismo periodo del año previo (8.933 casos) y ligeramente superior a lo de los años 2020 a 2023.

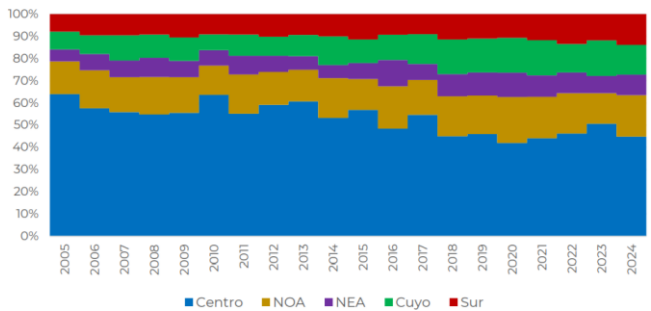
Luego del incremento registrado en las últimas SE de 2024, los casos presentaron un descenso en las primeras SE de 2025, con tendencia



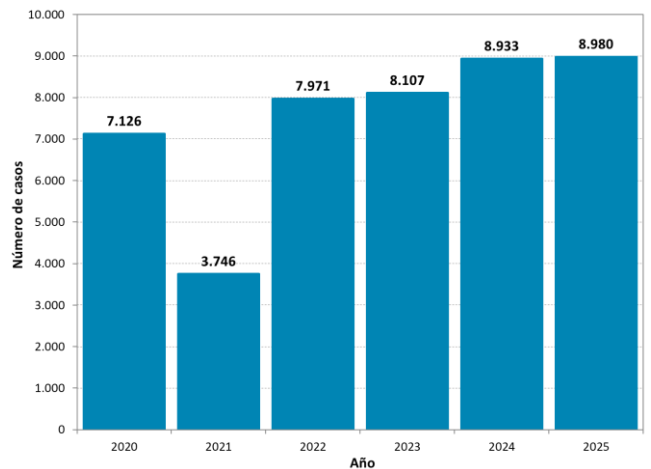
Tasa de incidencia de varicela específica por grupos etarios de hasta 14 años cada 100.000 habitantes, por año. Argentina. Años 2005/2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



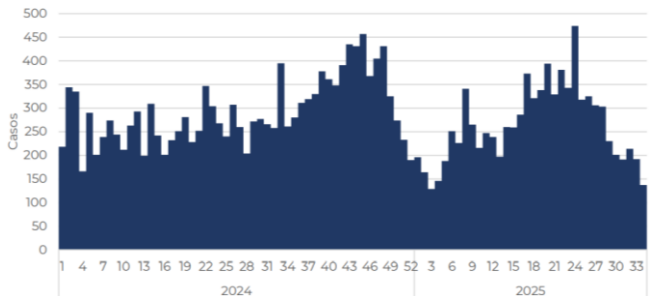
Tasa de incidencia de varicela específica por grupos etarios de 15 años o más cada 100.000 habitantes, por año. Argentina. Años 2005/2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Distribución relativa de los casos de varicela, según año y región. Argentina. Años 2005/2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Casos de varicela, según año. Argentina. Años 2020/2025, hasta semana epidemiológica 34. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Casos de varicela, según semana epidemiológica. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2024 a 34 de 2025. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

ascendente de las notificaciones desde la SE 14. En las últimas SE se registra un menor número de notificaciones semanales.

Los casos corresponden predominantemente al grupo etario de 10 a 14 años (2.528 casos). Los menores de 5 años tuvieron un total de 2.006 casos hasta la SE 34.

Coberturas de vacunación

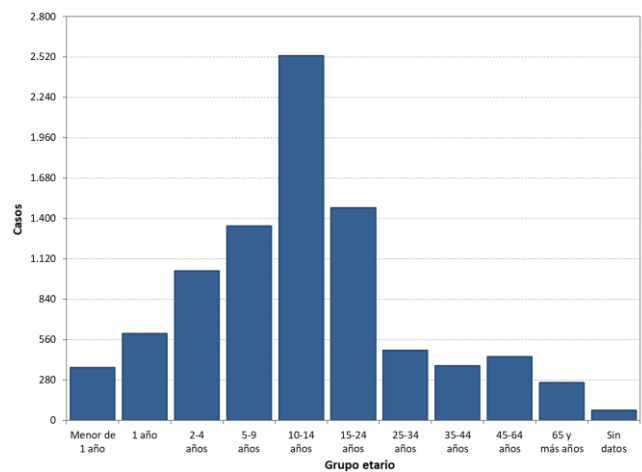
En 2015, año en que la vacuna se incorporó al CNV, la cobertura de la primera dosis aplicada a los 15 meses fue de 44,8%, mostrando un incremento sostenido en los años siguientes. Entre 2016 y 2019 las coberturas se mantuvieron entre 74,4% y 81,0%. En 2020 se registró el valor mínimo de la serie, con 71,9%, seguido de un aumento progresivo que alcanzó el máximo en 2022, con 84,8%. En 2023 la cobertura descendió a 75,4%, mientras que la cobertura preliminar para 2024 fue de 76,9%.

Dado que la estrategia de vacunación iniciada en el año 2015 contempla como población objetivo a vacunar (POV) a todos los niños que cumplieran 15 meses de edad a partir del 1 de enero de 2015 (nacidos a partir del 1 de octubre de 2013), todos aquellos niños que hubieran recibido oportunamente la primera dosis de vacuna por pertenecer a la POV, independientemente de haber superado los 5 años de vida, deberán recibir la segunda dosis de vacuna contra la varicela para completar esquema. Serán incluidos en la estrategia todos los niños mayores de 5 años que pertenezcan a la POV (nacidos a partir del 1 de octubre de 2013) hayan o no recibido oportunamente la primera dosis de vacuna, en función de iniciar o completar su esquema de dos dosis.

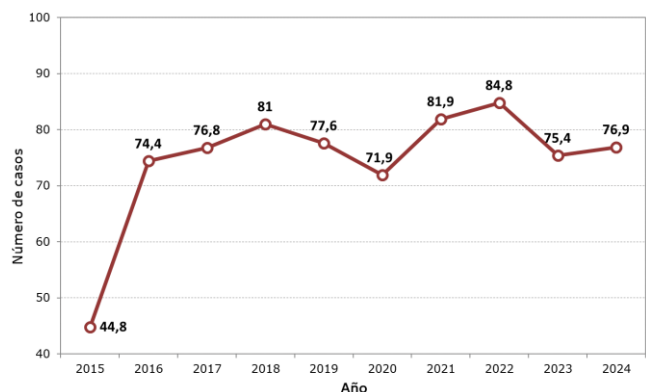
Si concurriera a vacunarse un niño mayor de 5 años que pertenezca a la POV (nacidos a partir del 1 de octubre de 2013) y que no presente constancia de haber recibido la primera dosis de vacuna, deberá iniciar el esquema de vacunación respetando un intervalo mínimo de 1 mes (4 semanas) entre ambas dosis.

En relación con la segunda dosis, incorporada en 2022 para niños de 5 años, la cobertura alcanzó un 102,1% en su primer año de implementación. Este valor puede explicarse por la estrategia de recupero de cohortes, en la que fueron incluidos como población objetivo a vacunar todos los niños mayores de 5 años nacidos a partir del 1 de octubre de 2013, hayan o no recibido oportunamente la primera dosis de vacuna. En el año 2023, la cobertura fue de 52,3%, mientras que en 2024 fue de 45,8%.

La vacunación ampliada por cohorte evalúa la cantidad de dosis aplicadas en una misma cohorte de nacimiento a lo largo de los años. Para el caso de la cohorte 2019, al analizar la segunda dosis de la vacuna contra la varicela se observó una mejora significativa: en 2024 se registró una cobertura de 45,8%, mientras que en 2025 la cobertura fue de 24,7%, alcanzando una cobertura acumulada de 70,5%.



Casos de varicela, según grupos etarios. Argentina. Año 2025, hasta semana epidemiológica 34. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Cobertura con la primera dosis de la vacuna contra la varicela a los 15 meses de edad. Argentina. Años 2015 a 2024. Fuente: Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, Ministerio de Salud de Argentina.

Las coberturas preliminares correspondientes al año 2025, hasta el 3 de septiembre, alcanzan el 49,4% para la primera dosis y el 37,6% para la segunda dosis.

Al analizar las coberturas es importante tener en cuenta el sistema de registro y las posibles diferencias entre la cobertura administrativa y la real. A diferencia de años anteriores, donde la fuente de información era combinada entre registros agrupados numéricos y registros nominales, en el año 2023 se comenzó a utilizar como única fuente de datos para el cálculo de coberturas lo informado en el Registro Nominal de Vacunación electrónico (RNVe). La adecuación de los sistemas del RNVe con la inclusión de todas las vacunas del calendario nacional, implicó 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. 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. Es por esto que existe a la fecha subregistro de dosis aplicadas.

Genotipificación de Varicela

La epidemiología del virus varicela-zóster (VVZ) varía geográficamente; en climas templados, el VZV infecta a más de 90% de los niños en edad escolar, con marcado incremento estacional de casos en la época de primavera, mientras que, en países tropicales, la población es susceptible en la edad adulta. El análisis del gen ORF22 permite tipificar los genotipos circulantes, cuyas variantes están íntimamente relacionadas con la geografía y con el factor climático. Los mismos son designados como E (europeo), J (japonés), M (Mosaico).

En Argentina, se estudiaron en 2004 algunos casos cuyas cepas de VZV se caracterizaron como de origen europeo en su totalidad. El método recomendado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos para la identificación de los genotipos es la secuenciación de dos regiones del gen ORF 22.

El Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) realiza estudios de tipificación del virus. En los últimos años, 60% de las muestras analizadas correspondió al tipo E y 40% al tipo M, mientras que antes de 2015 el genotipo preponderante era el E.

Adicionalmente, el LNR se encuentra realizando estudios sobre muestras de pacientes sospechosos de mpox que resultaron negativos para esa enfermedad y positivos para varicela. Resultados parciales indican que los VZV identificados correspondieron en esos casos al tipo M.

Estas observaciones colaboran con el monitoreo de la evolución y cambios en la epidemiología del VZV, lo que representa información importante para acompañar al programa de vacunación.

El análisis genotípico contribuye además con la identificación de los factores de virulencia y la comprensión de la biología del virus, contribuyendo en la orientación y predisposición de la filogenia del virus en las poblaciones vacunadas y no vacunadas.

Por todo ello es importante mantener una vigilancia genómica continua del VZV, para lo cual es indispensable que un porcentaje de los casos correspondientes a conglomerados o brotes puedan ser estudiados por laboratorio tomando y enviando muestras al LNR.

La varicela es una enfermedad viral aguda, altamente contagiosa, causada por el virus varicela-zóster (VVZ), un herpesvirus humano que afecta mayoritariamente a la población infantil. Su presentación clínica incluye fiebre, malestar general y exantema máculo-pápulo-vesicular característico, que aparece en brotes sucesivos y se distribuye de forma centrípeta.

Tradicionalmente considerada una enfermedad benigna de la infancia, la varicela puede evolucionar con complicaciones graves, especialmente en personas inmunocomprometidas, embarazadas, recién nacidos hijos de madres infectadas en el período perinatal, y en adolescentes o adultos sin inmunidad previa. Entre las complicaciones más frecuentes se encuentran las sobreinfecciones bacterianas de la piel, neumonía, encefalitis y, en algunos casos, infecciones invasivas graves.

La vacuna contra la varicela se introdujo en un esquema de una dosis al Calendario Nacional de Vacunación (CNV) en forma universal, gratuita y obligatoria desde el año 2015. Posteriormente, el Ministerio de Salud de la Nación definió la oportunidad de dar inicio a la transición a un esquema de dos dosis e introducir así, a partir del año 2022, la segunda dosis de la vacuna contra la varicela al CNV. En este contexto, la vigilancia epidemiológica de esta enfermedad sigue siendo fundamental para monitorear la incidencia, caracterizar los grupos más afectados, detectar modificaciones en el patrón estacional y dar seguimiento al programa de inmunización.

Un vecino de Zárate, que se encontraba internado en el Hospital Zonal General 'Virgen del Carmen' con un cuadro de hantavirosis, falleció el 4 de septiembre por la mañana tras sufrir una recaída.

El caso había sido confirmado a comienzos de septiembre y se había convertido en el primer caso de hantavirosis registrado en la ciudad en los últimos años.

El infectólogo Ariel Braidá informó en su momento que el cuadro del caso comenzó con un síndrome febril inespecífico y, posteriormente, se confirmó la infección. La hantavirosis es una enfermedad viral transmitida por el contacto con las excretas de roedores silvestres, principalmente a través de la inhalación de partículas infectadas en el aire.

La evolución de la enfermedad puede variar desde cuadros leves hasta formas graves con compromiso cardiopulmonar, que fue la situación que llevó a la internación y, finalmente, al fallecimiento del caso. Según los especialistas, su cuadro se habría agravado por complicaciones intrahospitalarias.

La noticia generó una alerta en la comunidad sobre la importancia de la prevención y el control de roedores. Las autoridades sanitarias recordaron la necesidad de mantener los espacios limpios y ventilados, especialmente en zonas rurales o de abundante vegetación, para evitar la exposición al virus.

La Secretaría de Ambiente y Cambio Climático de Río Negro confirmó la presencia de altos niveles de toxina paralizante de moluscos en la zona. El primer informe, emitido a fines de agosto, ya había detectado concentraciones superiores a lo permitido. Un nuevo análisis del Laboratorio Regional de Salud Ambiental de Viedma arrojó valores aún mayores: 2.528 microgramos STX eq./kg = 1.264 Unidades Ratón/100 g, lo que cuadruplica el límite permitido para consumo humano según el Código Alimentario Argentino (400 UR/100 g).



Frente a esta situación, el Gobierno de Río Negro dispuso una veda precautoria que alcanza la extracción, recolección, acopio, transporte, elaboración, comercialización y consumo de moluscos bivalvos y crustáceos, así como toda actividad de pesca dentro del área natural protegida.

La denominada “marea roja” es la proliferación de microalgas que, bajo ciertas condiciones ambientales, producen toxinas que se acumulan en los moluscos filtradores. Aunque los animales no presentan cambios visibles, su ingesta puede provocar intoxicaciones graves en las personas.

Por ello, desde Ambiente y Salud se recomienda a la población:

- No recolectar ni consumir moluscos bivalvos (mejillones, cholgas, almejas, entre otros) ni gasterópodos en la zona afectada.
- Adquirir mariscos únicamente en establecimientos habilitados con certificación sanitaria.
- Recordar que la cocción, el limón o el alcohol no eliminan las toxinas.
- Ante síntomas como hormigueo en labios, rostro o cuello, cefalea, náuseas, dificultad para hablar o respirar, se debe acudir de inmediato al centro de salud más cercano.

La Secretaría de Ambiente y Cambio Climático, junto al Ministerio de Salud, continuará con el monitoreo permanente de la zona y comunicará actualizaciones a través de los canales oficiales.



ESTADOS UNIDOS

BROTE DE SALMONELOSIS VINCULADO A ALIMENTOS ENTREGADOS A DOMICILIO

05/09/2025

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, funcionarios de salud pública y reguladores de varios estados y el Servicio de Inocuidad e Inspección de los Alimentos (FSIS) del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA) están recopilando [diferentes tipos de datos](#) para investigar un brote multiestatal de infecciones por *Salmonella enterica enterica* serovariedad Enteritidis.

Los datos epidemiológicos indican que ciertos artículos del menú de entrega a domicilio elaborados por Metabolic Meals pueden estar contaminados con *Salmonella* Enteritidis y estarían enfermando a las personas.

Hasta el 5 de septiembre de 2025, se habían reportado 16 personas infectadas con la cepa de *Salmonella* del brote en 10 estados: California (3 casos), Missouri (3), Georgia (2), Minnesota (2), Arkansas (1), Connecticut (1), Illinois (1), Texas (1), Washington (1) y Wisconsin (1).

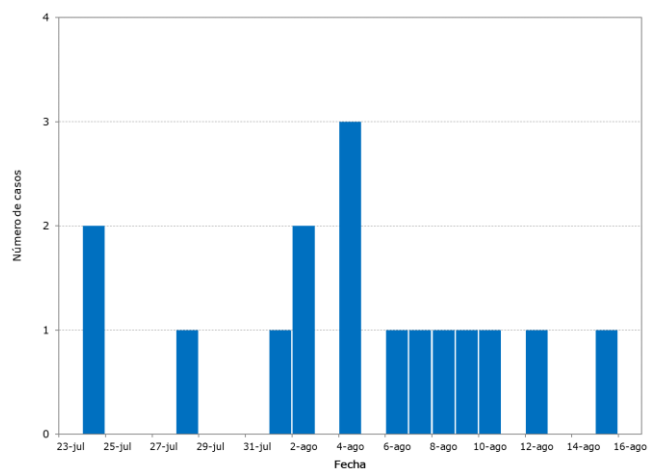
Los casos comenzaron entre el 24 de julio y el 15 de agosto de 2025. De las 15 personas con información disponible, 7 fueron hospitalizadas. No se reportaron fallecimientos.

Es probable que el número real de casos en este brote sea mucho mayor que el reportado, y es posible que el brote no se limite a los estados que han notificado casos. Esto se debe a que muchas personas se recuperan sin atención médica y no se les realizan pruebas para detectar *Salmonella*. Además, es posible que aún no se reporten casos recientes de enfermedad, ya que generalmente se necesitan de [tres a cuatro semanas](#) para determinar si una persona enferma forma parte de un brote.

Los funcionarios de salud pública recopilan distintos tipos de información de las personas enfermas, como su edad, raza, etnia, otros datos demográficos y los alimentos que consumieron durante la semana anterior a enfermarse. Esta información proporciona pistas para ayudar a los investigadores a identificar el origen del brote.

La información obtenida de los casos incluidos en este brote es la siguiente:

- Edad (de 16 casos): rango de 0 a 96 años; edad media de 56 años.



Casos de salmonelosis vinculados con el brote. Estados Unidos. Del 23 de julio al 16 de agosto de 2025. Fuente: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos. (N=16).

- Sexo (de 16 casos): 56% mujeres - 44% hombres.
- Raza (de 13 casos): 100% blancos.
- Etnicidad (de 14 casos): 93% no hispanos; 7% hispanos.



Los funcionarios de salud pública estatales y locales están entrevistando a los casos sobre los alimentos que consumieron durante la semana previa a enfermarse. De las 12 personas entrevistadas, 10 (83%) informaron haber consumido algún producto del menú de Metabolic Meals. Esto sugiere que las personas en este brote enfermaron por consumir productos del menú de esta empresa.

La secuenciación del genoma completo mostró que las bacterias de las muestras de casos están estrechamente relacionadas genéticamente. Esto sugiere que las personas en este brote enfermaron por el mismo alimento.

Con base en el [análisis de secuenciación del genoma completo](#), las bacterias de las muestras de 16 personas predijeron resistencia al ácido nalidíxico y ausencia de sensibilidad a la ciprofloxacina (NSC). La mayoría de las personas infectadas por *Salmonella* se recuperan sin antibióticos. Sin embargo, si son necesarios, algunos casos relacionados con este brote podrían no ser tratables con algunos antibióticos comúnmente recomendados y requerir una opción diferente. Se puede encontrar más información en el sitio web del [Sistema Nacional de Monitoreo de la Resistencia a los Antimicrobianos \(NARMS\)](#).

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Iowa (HHS de Iowa) está investigando un conglomerado de casos de legionelosis entre residentes del centro-norte de Marshalltown. Desde el inicio de la investigación, 21 personas han sido diagnosticadas con legionelosis y un adulto mayor con afecciones subyacentes falleció.

La legionelosis es causada por la bacteria *Legionella pneumophila* y prolifera en ambientes de agua cálida. Se propaga generalmente por la inhalación de gotitas de agua en aerosol, como el vapor de torres de refrigeración, jacuzzis y fuentes decorativas. La legionelosis no es contagiosa y la mayoría de las personas sanas expuestas a *Legionella* no enferman.

“Los residentes de Iowa deben saber que la legionelosis puede tratarse eficazmente con antibióticos si se diagnostica a tiempo. Los adultos mayores de 50 años, los fumadores y las personas con enfermedades pulmonares crónicas deben buscar atención médica de inmediato si presentan síntomas gripales o respiratorios”, afirmó el Dr. Robert Kruse, director médico del HHS de Iowa.

Las personas con mayor probabilidad de sufrir una enfermedad grave por legionelosis son las de 50 años o más, las personas con sistemas inmunitarios debilitados, las personas con enfermedades respiratorias crónicas (p. ej., asma, EPOC) y los fumadores.

El riesgo para cualquier persona que viva en o visite Marshalltown es bajo; sin embargo, el HHS de Iowa recomienda que quienes viven y trabajan en esta zona y contraigan una enfermedad tipo neumonía consulten a su médico de cabecera. El HHS de Iowa se comunicó con los profesionales de la salud para que consideren la posibilidad de realizar pruebas de detección de la legionelosis a cualquier paciente que desarrolle neumonía y viva, trabaje o haya pasado un tiempo considerable en la zona centro-norte de Marshalltown durante los 14 días previos a la aparición de los síntomas.

Además, el HHS de Iowa solicitó a las empresas y propietarios de inmuebles que revisen sus prácticas de gestión del agua, especialmente a aquellos con torres de refrigeración, jacuzzis o fuentes. Se recomiendan las siguientes medidas para ayudar a mitigar la propagación de la *Legionella*:

- Revisar, mantener y/o establecer un programa de gestión del agua.
- Desinfectar las torres de enfriamiento y los sistemas de agua para prevenir el crecimiento de bacterias.
- Realizar el mantenimiento de rutina del sistema de agua y mantener registros y bitácoras.
- Realizar pruebas de *Legionella* a través de laboratorios acreditados, especialmente después de cualquier esfuerzo de remediación.

Unos 12 menores de edad resultaron infectados con la bacteria *Ralstonia pickettii* durante su permanencia en distintas áreas del Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) de San Borja. Presentaron síntomas como fiebre alta e hipotermia. Tres de ellos fallecieron semanas después, lo que ha generado preocupación entre pacientes y autoridades.



Los casos fueron detectados desde el 19 de julio en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular. Luego, hasta el 1 de agosto, aparecieron niños infectados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica. Entre ambas áreas se reportaron, en total, 11 casos. Finalmente, se reportó, a fines de agosto, un caso en la Unidad de Cuidados Intensivos de Quemados.

Aún no se ha identificado la fuente de la infección, pese a que ya se han tomado más de 60 muestras en todas las áreas involucradas. Entre las hipótesis que se manejan, están que un menor derivado del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) puede haber esparcido la bacteria. Otra que se maneja está referida a supuestas deficiencias en el almacenamiento de medicamentos en el INSN de San Borja.

La directora del INSN de San Borja, Elizabeth Zulema Tomás Gonzales, descartó que la bacteria *R. pickettii* haya causado la muerte de tres menores internados en dicho centro hospitalario, pues aseguró que los pacientes fallecieron a consecuencia de las enfermedades o cuadros complejos que presentaban. Incluso, recordó que los niños ya habían superado el cuadro causado por la bacteria.

La funcionaria explicó que el primer caso fue detectado el pasado 25 de julio y no el 19 de julio, y que desde hace dos semanas no se presentan contagios en el INSN de San Borja, por lo que consideró que se ha controlado el brote tras aplicarse un cerco epidemiológico. Remarcó que *R. pickettii* no es una bacteria mortal. “El 25 de julio tuvimos el primer caso; después del cuarto y quinto consideramos que se trataba de un brote e inmediatamente llamamos al Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) del Ministerio de Salud, al Instituto Nacional de Salud, a la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro y a la Dirección General de Operaciones en Salud, ya que, cuando hay infecciones por este tipo de bacterias raras, inmediatamente se debe implementar un cerco epidemiológico”, expresó Tomás Gonzales.

“Hasta el 23 de agosto, hemos registrado 12 niños infectados, de los cuales cinco están de alta en su casa, y cuatro están en el INSN de San Borja por su patología de fondo. Son pacientes postoperados de corazón. Los tres niños que fallecieron no fue por *R. pickettii*, fallecieron por su cuadro de fondo. Uno de ellos era postoperado de transposición de grandes arterias, que ya estaba dos meses en la unidad de cuidados intensivos y su caso era muy complejo y estaba muy grave. Otro niño tenía anemia aplásica y el tercer caso era un niño con trasplante de hígado que estaba muy mal porque estaba rechazando el nuevo órgano. Al momento de fallecer, ya estaban dando negativo para esta bacteria”, refirió. La funcionaria explicó que el INSN de San

Borja sí cuenta con un laboratorio, Synlab, el cual fue implementado a través de una asociación público-privada y cuyo trabajo tan especializado ha permitido determinar de qué tipo de bacteria se trata.

“Basado en eso es que podemos cultivar cualquier tipo de bacteria y tenemos por ello una ca- suística de mortalidad baja, ya que en 2024 hemos terminado con 2,4 de mortalidad, por lo mismo que tenemos un laboratorio bien implementado. Gracias a este laboratorio hemos he- cho 60 cultivos de diferentes zonas, medicamentos, insumos, dispositivos, ambientales, pero todo resultó negativo”, manifestó.

No obstante, Tomás Gonzales remarcó que aún no se ha logrado establecer la fuente de la in- fección, pero que, por recomendación del CDC del Ministerio de Salud y del equipo multidiscipli- nario del INSN de San Borja, aplicaron medidas, como profundizar la asepsia, el lavado de manos, el aislamiento de pacientes y una limpieza general al tratarse de una bacteria que está en el ambiente. De igual modo, tampoco se ha determinado una hipótesis de cómo llegó la bacteria al centro hospitalario.

Tomás Gonzales explicó que a los pacientes que ingresan al INSN de San Borja se les extrae sangre a los dos o tres días para conocer si están infectados o no. Afirmó que las cepas proce- dentes de los pacientes han sido derivadas al Instituto Nacional de Salud (INS) para la confir- mación final mediante secuenciación genómica.

Ciro Peregrino Maguiña Vargas, médico infectólogo tropicalista, explicó que *R. pickettii* es una bacteria que recién se ha descubierto en los últimos años gracias a la tecnología y que se en- cuentra presente en diversos ambientes de hospitales. Remarcó que afecta principalmente a personas con defensas bajas o que están internadas en unidades de cuidados intensivos.

“Son las ‘nuevas’ bacterias que siempre han existido, pero que encuentran en las personas dé- biles, como aquellas con cáncer o en cuidados intensivos, un terreno propicio para que ingre- sen y causen esta enfermedad”, agregó.

Maguiña Vargas indicó que *R. pickettii* es una bacteria “rara y excepcional”, ya que “las más frecuentes en los hospitales son *Escherichia coli*, *Pseudomonas*, los estafilococos y *Klebsiella*, que sí causan infección y muerte”.

“Esta bacteria, siendo rara y poco frecuente, puede ser sensible a los viejos y nuevos antibióti- cos, esa es la diferencia con las bacterias clásicas. Muchas de las clásicas, como *Pseudomonas* y los estafilococos, son resistentes a casi todos los antibióticos, en cambio estas todavía pueden ser atacadas con viejos y nuevos antibióticos”, aseveró.

En el caso del INSN de San Borja, Maguiña Vargas explicó que, “ante la detección de un brote, se debe aplicar una vigilancia e identificar la fuente de la infección, como el catéter, el agua, el personal de salud, el guante. Una vez identificada la fuente, se aplican las medidas de biosegu- ridad, limpieza estricta de equipos descartables, el lavado de manos. Luego, aislar a los pacien- tes para que no contagien a otros y darles tratamiento”, afirmó.

“Los brotes duran pocas semanas, no son permanentes. Este es un brote parcial, es corto y con estas medidas de vigilancia y control de brote deben desaparecer”, añadió.

“En teoría, bastaría con uno solo de estos monos para paralizar París. O la ciudad de New York. O, ya que estamos, Bélgica”, pensó el ecólogo belga Cédric Vermeulen mientras observaba un vídeo reciente de monos patas, monos vervet y una multitud de otros animales deambulando por las entradas de las madrigueras de cerdos hormigueros (*Orycteropus afer*) en el Parque Nacional Niokolo-Koba de Senegal.



Un cerdo hormiguero emergiendo de su madriguera.

“Era increíble la cantidad de especies que entraban, salían y rodeaban la madriguera”, dijo Vermeulen. Depredadores y presas prácticamente se codeaban mientras entraban y salían de las madrigueras; facóqueros, gallinas de Guinea, leopardos, perdices, pitones, puercoespines, tejones de miel y babuinos hicieron su aparición. Pero lo que realmente llamó la atención de Vermeulen en las imágenes que había adquirido con cámaras remotas fue la imagen de murciélagos y monos usando la misma madriguera. Ciertas especies de murciélagos son reservorios de zoonosis bien documentadas. Dada la estrecha relación entre los monos y las personas, la superposición con los murciélagos plantea la posibilidad de que las madrigueras de los cerdos hormigueros sean epicentros pasados por alto de patógenos que se propagan del mundo silvestre al humano.

Vermeulen es profesor en la Universidad de Liège (Bélgica), pero creció en la República Democrática del Congo y dedicó años a investigar los hábitats forestales de Camerún, Gabón y otros lugares de África occidental. Para él, la cantidad de animales que visitaban la madriguera a diario era asombrosa. Con la pandemia de covid apenas terminada, ver tantas especies en tan estrecho contacto también [planteó la posibilidad de algo siniestro](#): la posibilidad de que estas madrigueras, y otras similares, fueran incubadoras de enfermedades.

Con una superficie de 9.000 kilómetros cuadrados, el Parque Nacional Niokolo-Koba de Senegal tiene aproximadamente el tamaño de la isla de Hawái. El parque es un punto clave de biodiversidad, con extensos ecosistemas de humedales, sabanas y bosques que atraen tanto a ecoturistas como a investigadores. Los cerdos hormigueros son unos de los animales excavadores más comunes de la región, y durante la estación seca de 2023 y 2024, Vermeulen y cuatro estudiantes de posgrado instalaron cámaras para monitorear 105 entradas a 92 madrigueras diferentes.

Que los animales se apropien de madrigueras ajenas no es nada nuevo. En la abrasadora sabana del parque, donde las temperaturas pueden alcanzar los 48°C, algunos animales buscan refugio bajo tierra dondequiera que lo encuentren. Las madrigueras de los cerdos hormigueros también son refugios para los insectos, por lo que algunos animales, incluidos los primates, probablemente se sientan atraídos por los pequeños paquetes de proteínas que pueden encontrar acechando en la oscuridad.

Aunque investigaciones previas han demostrado que, en climas áridos, las madrigueras de los cerdos hormigueros reciben la visita regular de diversos mamíferos, aves y reptiles, los científicos, en general, han dedicado poco tiempo a estudiar cómo interactúan los animales en hábitats subterráneos. Y, como afirma Vermeulen, algunas parejas de visitantes son más preocupantes que otras. Una de las especies avistadas invadiendo las madrigueras de los cerdos hormigueros del parque Niokolo-Koba, por ejemplo, fue el murciélago orejudo de cara hendida (*Nycteris macrotis*), conocido portador de coronavirus que pueden infectar tanto a primates como a humanos.

Los científicos han sabido durante décadas que los murciélagos son huéspedes naturales de virus comunes, incluyendo los de la rabia, el sarampión, la parotiditis y el moquillo canino. Pero en los últimos 25 años, los murciélagos llamaron la atención de los epidemiólogos por ser portadores de virus emergentes como el Nipah, el Marburg y muchos coronavirus, que pueden causar enfermedades infecciosas graves. El virus del Ébola es un virus formidable que probablemente se trasladó de los murciélagos a los primates y a los humanos. El problema no son los murciélagos en sí mismos, que son invaluables para los ecosistemas, sino la cadena de infección que desencadenan: un mono puede comer un murciélago infectado y luego terminar como una comida de carne de animales silvestres para una persona. O bien, un murciélago frugívoro puede contaminar un mango, que luego es recogido y comido por una persona.

“Aunque no se suele pensar en los monos como habitantes de madrigueras, sí se aventuran hasta dos metros dentro”, dice Vermeulen. “Y después van al campamento turístico o a los campos a comer cultivos humanos”. El campamento turístico del parque, Niokolodge, se encuentra a menos de seis kilómetros de las madrigueras estudiadas, lo que ofrece la oportunidad de que los patógenos salten de murciélagos, monos u otros animales infectados a las personas.

Alaina MacDonald es veterinaria y candidata a doctorado, y estudia epidemiología bajo la perspectiva de Una Salud en la Universidad de Guelph, Ontario. Una Salud es una iniciativa científica global que adopta una perspectiva amplia sobre la salud, explorando la interconexión entre los seres humanos, los animales, los ecosistemas y las enfermedades. MacDonald afirma que los investigadores de enfermedades deberían prestar más atención a los lugares donde se mezclan especies mixtas, como las madrigueras de los cerdos hormigueros.

“El análisis de Vermeulen sobre las interacciones animales en las madrigueras de cerdos hormigueros del parque Niokolo-Koba, publicado en 2025, también plantea preguntas que requieren un análisis más profundo”, afirmó MacDonald. Por ejemplo, ¿la combinación de animales que se mezclan en las madrigueras cambia según la estación? “Probablemente sí entre la temporada de lluvias y la temporada seca”, afirmó MacDonald. Pero, “¿qué nos dice esto sobre el riesgo y el monitoreo?”

“Con suficiente conocimiento ecológico, podría ser más fácil vigilar las enfermedades emergentes y a los animales que las transmiten, y encontrar maneras de evitar que se propaguen a las poblaciones humanas. Es un verdadero reto, pero es fundamental comprender el panorama general”, afirmó MacDonald.

Vermeulen y sus estudiantes ya están investigando para comprender mejor qué tipos de patógenos podrían habitar en las madrigueras. Un proyecto incluye la recolección de garrapatas de las madrigueras para identificar las especies y analizar su sangre en busca de enfermedades infecciosas que podrían transmitirse a los humanos. Otro proyecto evalúa cómo el tamaño y la disposición de una madriguera, así como las diferencias en la vegetación y el suelo en el que se encuentra, afectan a los animales que la visitan.

“El artículo –afirmó Vermeulen– es una advertencia de los ecologistas a los epidemiólogos. Hemos demostrado que existe un problema potencial: un problema de Una Sola Salud”. Para evitar una nueva pandemia, ignorar la interconexión entre entornos, animales y personas no es una opción.

En 2025, hasta la semana epidemiológica 33, se notificaron 2.288 casos de sarampión, incluidos 1.753 confirmados: 29,9% mediante IgM+; 64,3% por vínculo epidemiológico y 5,8% por clínica compatible. Se notificaron casos en más de 40 distritos de las 10 regiones de Camerún. También se confirmaron 25 casos de rubéola.

La región del Littoral, que limita con la capital, notificó 43,0% (754 casos) de todos los casos confirmados hasta la fecha en 2025; la región Centre, que incluye Yaoundé, notificó el mayor número de casos IgM+ (19,8% del total de casos IgM+). El número de casos notificados se ha mantenido relativamente estable en las últimas semanas, pero ha disminuido con respecto a principios de 2025, lo que podría indicar una desaceleración del brote. Sin embargo, también podría indicar retrasos en la notificación, con una mediana de 12 días entre la fecha de inicio de los síntomas y la notificación de los casos a nivel nacional.

Solo se ha notificado una muerte en lo que va de 2025, en el distrito de Tiko. Esto sugiere una reducción significativa de la tasa de letalidad desde 2024 (3,6%) y 2023 (1,2%).

Los casos se concentran en niños y bebés, con menos de 7,0% (143 casos) en personas de 15 años o más. Más de la mitad de los casos (58,9%) son menores de 5 años (1.347 casos), y un 26,2% adicional (600 casos) se da en niños de 5 a 9 años.

A nivel nacional, la cobertura de la vacuna contra el sarampión se mantiene significativamente por debajo del objetivo de 95% necesario para prevenir brotes. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud/ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (OMS/UNICEF), en 2023 y 2024, la cobertura de la primera dosis de la vacuna contra el sarampión fue de tan solo el 71,0%, mientras que la de la segunda dosis aumentó ligeramente, de 45% en 2023 a 49% en 2024. Aproximadamente 64% de los casos de sarampión notificados desde el 1 de enero de 2025 corresponde a personas no vacunadas.

La vigilancia de laboratorio del sarampión parece haberse reforzado desde 2024, y todas las provincias y 91,5% de los distritos notificaron al menos un caso de sarampión investigado en el mes anterior. Además, 98,6% de los casos sospechosos contaban con muestras de calidad adecuada para su análisis en 2025, en comparación con 86,2% en 2024. Sin embargo, si bien la tasa de enfermedad febril exantemática de 2,7 casos cada 100.000 habitantes supera el objetivo de 2 cada 100.000, esta ha disminuido desde 2024 (4,3 cada 100.000) y las tasas de investigación se han mantenido estables, a pesar del enorme aumento de casos. La proporción de casos positivos para IgM en 2025 (23,0%) es similar a la de 2024 (19,2%).

Además, existen crisis humanitarias en curso en varias regiones de Camerún, que limitan tanto la prestación de servicios de inmunización como las actividades de vigilancia, y aumentan el riesgo de brotes de enfermedades debido al aumento de los movimientos de población, la falta de acceso a agua potable y servicios de saneamiento, y otros factores como la desnutrición.

Acciones de salud pública

- Las actividades de preparación y respuesta a nivel nacional y distrital continúan, incluyendo la capacitación del personal sanitario y la distribución de vacunas a las provincias. Se están elaborando materiales de movilización social.

- El 13 de agosto se lanzó una campaña de inmunización dirigida a la respuesta al brote de sarampión, con una duración de 4 días. Esta campaña se centrará en nueve distritos afectados, con el apoyo de la Alianza contra el Sarampión y la Rubéola y el Fondo de Respuesta a Brotes. Se está beneficiando a más de 625.000 niños de entre 9 meses y 9 años.
- Se han desarrollado y actualizado herramientas de recopilación y gestión de datos para la campaña de respuesta al brote, incluyendo un panel de control para el seguimiento de los preparativos de la campaña a nivel nacional.

Interpretación de la situación

Los casos de sarampión son significativamente más altos que el año pasado, con una incidencia de 57,4 cada millón de habitantes en 2025, en comparación con 24,4 cada millón en 2024. Sin embargo, se han reportado brotes en curso durante varios años, lo que indica que se necesitan recursos adicionales para contener el creciente número de casos y poblaciones vulnerables. También existen crisis humanitarias en curso en varias regiones del país, lo que agrava los desafíos. Si bien las iniciativas continuas de vigilancia y respuesta respaldan el desarrollo de una respuesta específica, aumentar la cobertura de vacunación y la prestación de servicios de inmunización es esencial para prevenir futuros brotes. Evaluar el éxito de la reciente campaña de inmunización en respuesta al brote mediante evaluaciones rápidas de cobertura o herramientas similares, incluyendo la identificación de distritos que no han alcanzado la cobertura deseada y, por lo tanto, podrían requerir recursos específicos adicionales, será vital para controlar el brote actual.

Praga está luchando contra su peor brote de hepatitis A en casi dos décadas, con 505 casos confirmados este año, más del doble que el año pasado, y las infecciones siguen aumentando semanalmente, anunciaron los funcionarios de salud de la ciudad.

Este aumento representa la ola más grave desde 2008 y representa una gran parte de las 1.300 infecciones reportadas en todo el país. Las autoridades sanitarias advierten que el virus, que a menudo se propaga debido a las condiciones insalubres, ya ha contribuido a 15 muertes en Chequia este año y ha provocado graves complicaciones en pacientes de Praga, incluyendo trasplantes de hígado.



En respuesta, los líderes municipales están intensificando las medidas de saneamiento. Praga destinó 15.000 dólares a una campaña de limpieza a nivel de calle, que se centrará en bancos, barandillas y otras zonas públicas de alto contacto. Especialistas sanitarios del Hospital Na Františku supervisarán la operación, que se prevé que se prolongue hasta septiembre.

Aumento de casos y riesgos médicos

Los médicos del Hospital Universitario Bulovka informan de casos cada vez más graves que requieren cuidados intensivos. “Incluso una infección relativamente leve puede resultar en una hospitalización de al menos una semana, seguida de semanas de baja laboral y meses sin actividad física significativa”, declaró el Dr. Hynek Bartoš, jefe de la clínica de enfermedades infecciosas del hospital. Los pacientes con enfermedad hepática crónica, inmunodepresión o edad avanzada siguen siendo los de mayor riesgo.

Los higienistas municipales ya han emitido más de 3.000 directivas este año, incluyendo campañas de vacunación y medidas preventivas en centros de trabajo y escuelas. Se realiza un seguimiento minucioso de cada caso confirmado, especialmente cuando afecta a niños o a grupos de personas.

Las autoridades advierten que el inicio del año escolar puede acelerar la transmisión, ya que los niños representan actualmente alrededor de una sexta parte de las infecciones reportadas en Praga.

A nivel nacional, el virus ha causado 15 muertes en lo que va de 2025. Si bien la mayoría de los pacientes se recuperan por completo, la infección puede tener consecuencias graves, y varios residentes de Praga ya han necesitado trasplantes de hígado. Los hospitales instan a la vacunación temprana y a una higiene rigurosa como las medidas de protección más eficaces.

Respuesta municipal y medidas preventivas

Las autoridades locales afirman que la protección de los grupos vulnerables es una prioridad. “Cuando surgen riesgos para la salud, es nuestra responsabilidad actuar”, declaró la alcaldesa

de Praga, Terezie Radoměřská, quien enfatizó la importancia de mantener limpios los espacios públicos, especialmente en zonas frecuentadas por personas sin vivienda estable.

La hepatitis A se propaga principalmente a través de alimentos o manos contaminadas, lo que hace que las zonas urbanas concurridas y los espacios compartidos sean especialmente riesgosos. Los expertos enfatizan que el lavado de manos, la preparación cuidadosa de los alimentos y la vacunación oportuna siguen siendo las mejores defensas contra la infección.

A medida que aumentan los contagios, la oficina de higiene de Praga afirma que seguirá de cerca la evolución de la situación en colaboración con hospitales y escuelas. Para los residentes, las autoridades afirman que la vigilancia es fundamental: “El brote es grave, pero con las precauciones adecuadas, se puede contener”.

AUMENTAN LOS CASOS DE FIEBRE HEMORRÁGICA
DE CRIMEA-CONGO EN TODO EL PAÍS

07/09/2025

El Ministerio de Salud de Irak anunció el 7 de septiembre que el número de casos registrados de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en el país ascendió a 275, incluyendo 37 fallecimientos, en medio de alertas de brote en algunas provincias.

El portavoz del Ministerio de Salud, Saif Al-Badr, declaró: “La provincia de Dhi Qar encabezó con 104 casos y 9 fallecimientos, seguida de Bagdad con 40 casos y 6 fallecimientos, mientras que Karbala y Anbar registraron solo un caso cada una, siendo las menos afectadas”.

En el mismo contexto, el Ministerio de Agricultura emitió nuevas instrucciones para las carnicerías de Bagdad y las provincias, coincidiendo con este aumento del número de casos, y enfatizó que las autoridades competentes impondrán sanciones a los infractores, incluyendo multas o prisión, para limitar la propagación de la enfermedad y garantizar la seguridad de los procedimientos sanitarios.

La fiebre hemorrágica de Crimea-Congo es una enfermedad viral grave transmitida por garrapatas del género *Hyalomma*, que también puede contagiarse por contacto directo con sangre o tejidos de animales infectados, especialmente durante la faena, o de persona a persona en un contexto sanitario. En Irak, este virus se detectó por primera vez en 1979 y desde entonces se ha consolidado como una enfermedad endémica.

Clínicamente, la enfermedad se inicia con fiebre alta, dolores musculares intensos y cefalea, para luego evolucionar en muchos casos hacia manifestaciones hemorrágicas como sangrado nasal, digestivo o desde los sitios de inyección. La tasa de letalidad es elevada y suele oscilar entre 10% y 40%, dependiendo del acceso y la oportunidad de la atención médica.

En los últimos años, Irak ha enfrentado varios brotes de importancia. En 2022 se registró un aumento considerable de casos, y entre 2021 y 2023 se confirmaron casi 1.000 personas infectadas, con una mortalidad cercana a 17%. El año 2023 cerró con más de 580 casos y 83 fallecimientos. La situación se ha mantenido en 2025: a comienzos de abril se notificaron apenas 19 casos con 2 muertes, pero hacia julio ya se habían registrado 231 personas afectadas y 30 defunciones. La provincia más golpeada ha sido Dhi Qar, aunque también Bagdad y Salahaddin han reportado cifras significativas.

El control de la enfermedad enfrenta dificultades, en parte porque durante la pandemia de covid se interrumpieron los programas de control de garrapatas. Actualmente, la respuesta se centra en tres frentes: la comunicación comunitaria y educación sanitaria (explicando, por ejemplo, que la carne debe adquirirse en mataderos autorizados y cocinarse bien), la fumigación de ganado y áreas rurales para reducir la población de garrapatas, y el fortalecimiento de la bioseguridad en hospitales para evitar contagios entre el personal de salud.

En resumen, la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo constituye hoy una de las principales amenazas zoonóticas en Irak. Su presencia constante, la expansión geográfica hacia provincias que antes no se consideraban en riesgo y su alta letalidad la convierten en un problema prioritario de salud pública en el país, que requiere vigilancia permanente y acciones coordinadas entre el sector sanitario, las comunidades rurales y el control veterinario.



Las autoridades sanitarias de Japón dieron la voz de alarma por un brote sin precedentes de la fiebre severa con trombocitopenia (SFST), que ya ha provocado la muerte de más de 10 personas en 2025.

Hasta mediados de agosto, 135 personas en Japón habían sido diagnosticadas con esta enfermedad transmitida por garrapatas potencialmente mortal. Esto supera el récord anterior de 134 casos anuales registrado en 2023.

La mayoría de los casos confirmados se produjeron en la parte occidental del país, con la prefectura de Kochi a la cabeza con al menos 14. Los datos también mostraron casos en el centro y este de Japón, e incluso en la isla principal más septentrional, Hokkaido.

Según el Instituto Japonés de Seguridad Sanitaria, de los 135 casos confirmados hasta el momento este año, el SFST se ha cobrado la vida de más de 10 personas.

El Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar Social instó a residentes y visitantes a tomar las precauciones adecuadas al pasar tiempo al aire libre. Estas incluyen cubrir la piel expuesta con mangas largas y pantalones largos para prevenir las picaduras de garrapatas, la principal vía de infección.

Motivo de preocupación

Las garrapatas son bastante comunes en Japón, y suelen encontrarse tanto en entornos naturales como en zonas verdes de terrenos agrícolas y recreativos. Históricamente, la actividad regional de estos arácnidos parásitos ha sido máxima entre la primavera y el otoño. En la semana que finalizó el 10 de agosto, se reportaron ocho casos en el país, según cifras preliminares.

Sin embargo, el aumento de las temperaturas globales, así como los cambios relacionados en las poblaciones de posibles animales hospedadores, podrían ampliar las estaciones y los hábitats propicios para las garrapatas, aumentando así el riesgo de infección.

Los síntomas comunes del SFST incluyen fiebre, náuseas, diarrea y vómitos. Los casos más graves pueden provocar hemorragias internas, síntomas neurológicos e insuficiencia multiorgánica.

Las personas mayores tienen mayor probabilidad de desarrollar síntomas graves; más de 90% de los pacientes tienen entre 60 y 70 años. Se estima que el SFST tiene una tasa de letalidad de 10% a 30%, y muchos de los fallecidos tienen entre 50 y 70 años.

La aparición de la enfermedad y su alta tasa de letalidad pueden representar un desafío para los sistemas de salud. Sin embargo, el diagnóstico temprano y un tratamiento eficaz, como los antivirales, pueden prevenir las complicaciones más graves.

Actualmente no existen vacunas para prevenir el SFST en humanos. Sin embargo, los investigadores han estado trabajando en varias vacunas candidatas que se encuentran actualmente en desarrollo. Esto incluye estudios sobre vacunas de vectores virales y de ARNm.

Si bien las vacunas contra el SFST han demostrado ser prometedoras en modelos animales, aún se necesita más investigación para desarrollar opciones seguras y efectivas para la aprobación clínica y su uso generalizado.

Mientras tanto, un enfoque integral para reducir la propagación del SFST podría abordar la propia población de garrapatas. Fomentar la biodiversidad podría ayudar a controlar el número de garrapatas y frenar la propagación de la enfermedad al aumentar el número de huéspedes incapaces de transmitirla.

Mitigar el aumento de las temperaturas globales mediante inversiones en la transición hacia energías limpias también puede ayudar a reducir la parte del año y las regiones propicias para la actividad de las garrapatas, limitando su presencia.

A nivel individual, la prevención puede ir más allá de cubrir la piel expuesta al aire libre e incluir también el uso de repelentes de garrapatas y la inspección exhaustiva de los seres humanos y las mascotas para detectar garrapatas.

El SFST se informó por primera vez en China en 2011 y en Japón en 2013.

Las autoridades sanitarias senegalesas anunciaron el 1 de septiembre que el paciente que dio positivo para la mpox el 22 de agosto se había recuperado completamente.

En un comunicado de prensa, el Ministerio de Salud y Acción Social indicó que “este caso fue declarado curado y egresó del hospital el 1 de septiembre de 2025”.

El paciente, un ciudadano extranjero que ingresó a Senegal el 19 de agosto, según un primer comunicado de prensa publicado el 23 de agosto, presentaba signos sugestivos de la enfermedad.

Había sido puesto en aislamiento en el Departamento de Enfermedades Infecciosas del Hospital Fann-Dakar después de que una muestra diera positivo para la mpox.

“Las 30 personas identificadas como contactos están siendo monitoreadas rigurosamente por los equipos de salud, sin que hasta la fecha se hayan reportado casos sospechosos”, informó el Ministerio de Salud y Acción Social.

Tres días antes de esta nueva actualización, Papa Samba Dieye, director del Centro de Operaciones de Emergencia Sanitaria (COUS), aseguró que “al 29 de agosto, todos los contactos son asintomáticos, después de 10 días de seguimiento”.

Las autoridades sanitarias senegalesas se congratularon de este tratamiento eficaz del paciente afectado de mpox, que “ilustra la reactividad y la competencia del sistema de vigilancia epidemiológica, así como la profesionalidad de los equipos médicos”.

Según el director del COUS, se están tomando otras medidas como “la comunicación para mejorar la prevención, el fortalecimiento de la vigilancia y de las capacidades de los trabajadores de la salud” para evitar cualquier propagación de la enfermedad en el país.

El 28 de agosto, Yap Boum, jefe adjunto del equipo del sistema de gestión de incidentes (IMST) de los Centros Africanos para el Control y la Prevención de Enfermedades (África-CDC), recordó que “Senegal es un país con una sólida experiencia en vigilancia, basada en la red de estrategias de vigilancia centinela sindrómica (red 4S)”.

Esta red, centrada en la recopilación de datos clínicos sobre enfermedades específicas desde sitios centinela (centros de salud), tiene como objetivo mejorar la detección temprana y la respuesta eficaz a las epidemias.

Disminución de nuevos casos confirmados

Desde principios de 2024, 28 países africanos se han visto afectados por la mpox, con más de 183.000 casos sospechosos y 50.500 casos confirmados. Se han registrado más de 1.950 muertes entre los casos sospechosos y 249 entre los casos confirmados.



La rápida propagación de la mpox en el continente llevó a los África-CDC y a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a declarar, el 13 y 14 de agosto de 2024, que esta epidemia constituía respectivamente una emergencia sanitaria continental y una emergencia de salud pública de interés internacional.

Un año después de esta declaración, cuyo objetivo era fortalecer la respuesta colectiva y coordinada a la epidemia, unos 20 países presentan una transmisión activa. Sin embargo, la tendencia general a nivel continental es una disminución de los nuevos casos confirmados.

“En general, la situación actual de la mpox en el continente muestra una reducción significativa en algunos países que reportaban la mayor cantidad de casos”, afirmó Mory Keita, responsable de la respuesta continental y regional a la mpox en la Oficina Regional para África de la OMS, el 14 de agosto.

En la República Democrática del Congo, el país más afectado por la enfermedad (casi 30.000 casos confirmados y 121 muertes), “se observa una reducción significativa de nuevos casos confirmados, pero aún no estamos tranquilos por esta disminución, y estamos monitoreando de cerca para ver si es una disminución real o si no está relacionada con un subregistro”, indicó el experto de la OMS.

En Sierra Leona también se observa una disminución significativa, y recientemente en Togo y Malawi. Al mismo tiempo, Costa de Marfil, Angola, Gabón, Mauricio y Zimbabwe se encuentran en la fase de control de la epidemia.

Por otro lado, países como Guinea, Liberia, Zambia y Mozambique están registrando “un aumento de casos, lo cual es un poco preocupante, pero el número de casos en estos países no es muy alto, por lo que no impacta la tendencia general a nivel continental”, dijo Mory Keita.

Dosis fraccionadas

Como respuesta a la epidemia se han adoptado varias medidas, incluida la vigilancia epidemiológica, la notificación de casos, las pruebas de laboratorio, pero también la prevención, el control de infecciones en la comunidad y la vacunación.

En cuanto a la vacunación, se han administrado más de 3.170.000 dosis. Doce países han recibido vacunas MVA-BN, y nueve –República Democrática del Congo, Sierra Leona, Uganda, Angola, Liberia, Rwanda, Nigeria, Guinea y Costa de Marfil– están vacunando actualmente. Se han administrado más de 952.000 dosis de MVA-BN, hasta el 14 de agosto de 2025.

Más de 887.000 personas han recibido al menos una dosis. La República Democrática del Congo concentra 69% de las personas vacunadas. Los niños de 1 a 17 años representan 19% del total de vacunados, explicó Sheillah Nsasiirwe, jefa de emergencias sanitarias y vacunación de la OMS África.

Esta experta añade que “solo tres países disponen de una autorización de uso de emergencia que permite la vacunación de niños: la República Democrática del Congo a partir de un año de edad, y Uganda y Sierra Leona a partir de los 12 años”.

Sin embargo, el acceso a las vacunas sigue siendo un gran desafío en la respuesta a la epidemia. Se han distribuido poco más de tres millones de dosis, de los más de seis millones previstos.

“Dado que no hay suficientes vacunas, también estamos innovando, pensando en dosis fraccionadas, que, por ejemplo, buscan vacunar a cinco personas con una sola dosis destinada a una sola”, explicó Mory Keita.

Pero, aclara el experto de la OMS, lo que cambiará es la vía de administración. “Si era una dosis subcutánea, la cambiaremos a una inyección intradérmica”, explicó.

Según él, actualmente se están realizando estudios para demostrar que una dosis utilizada por vía subcutánea se puede utilizar en cinco personas en dosis fraccionadas con la misma efectividad.

Esta situación demuestra que “los propios países necesitan invertir y es necesaria una movilización de recursos internos... Es una epidemia como otras que ha afrontado el continente africano y que también se puede superar fácil y rápidamente con más compromiso, más apoyo y más colaboración”, insistió Mory Keita.

Para él, los países africanos deben asegurarse de movilizar ellos mismos recursos para afrontar, no sólo la mpox, sino todas las emergencias de salud pública que afectan a las poblaciones.

El 5 de agosto de 2025, el Ministerio de Salud de Zambia informó de un brote de cólera en el distrito de Mpulungu, provincia Northern. El brote se detectó inicialmente en el puesto de salud de Chipwa, donde se notificaron siete casos sospechosos.

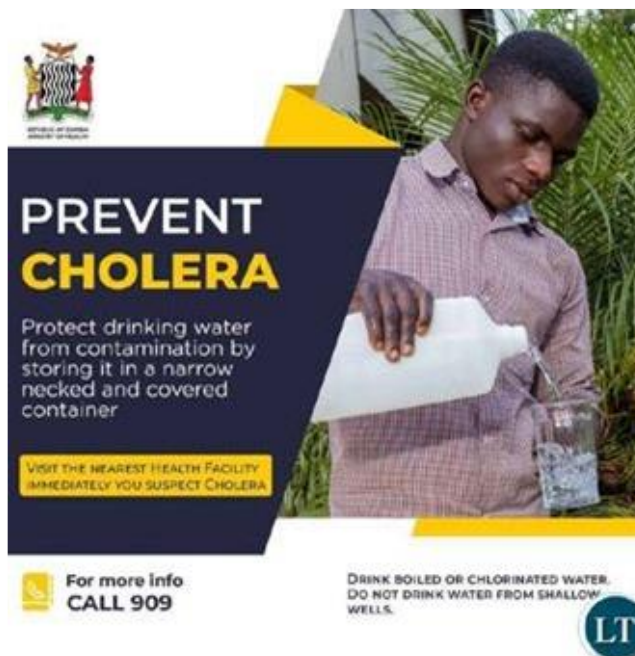
El caso índice fue una niña de dos años de la aldea de Kasisi (Tanzania), que presentó diarrea acuosa aguda, vómitos y deshidratación el 4 de agosto. Un caso secundario en el mismo hogar, una niña de 18 años, también presentó síntomas similares. Ambas eran ciudadanas tanzanas que cruzaron la frontera con Zambia para buscar atención médica.

Hasta el 10 de agosto de 2025, se registró un total de 20 casos sospechosos, incluidos seis casos confirmados por laboratorio y una muerte (tasa de letalidad de 5,0%), en tres aldeas: Kasisi (Tanzania), Kipwa (Tanzania) y Chipwa (Zambia). Todas estas comunidades se encuentran a orillas del lago Tanganyika. Cinco pacientes continúan recibiendo tratamiento en el centro de tratamiento del cólera establecido en la Escuela Primaria de Chipwa.

La mayoría de los casos (55,0%) se dieron en personas de 15 años o más, seguidos por un 35,0% en niños de 5 a 14 años, mientras que la proporción más baja, un 10,0%, se registró en niños menores de cinco años. La mayoría de los casos son mujeres, representando 65,0% del total.

Acciones de salud pública

- Las autoridades sanitarias provinciales y distritales, con el apoyo del Ministerio de Salud, activaron el sistema de gestión de incidentes (IMS) para cólera.
- Se celebraron reuniones entre los IMS distritales y provinciales, y se estableció una colaboración transfronteriza con el Consejo del Distrito de Kalambo en Tanzania para fortalecer la respuesta en el distrito de Mpulungu.
- En el distrito de Mpulungu, se distribuyeron las definiciones de caso, el rastreo de contactos está en curso, con 20 contactos detectados, y se presentó una evaluación de riesgos inicial.
- Cinco pacientes de cólera en el distrito de Mpulungu fueron tratados de acuerdo con las directrices nacionales.
- En el distrito de Mpulungu, se confirmaron seis casos de cólera mediante cultivo, y se esperan los resultados de sensibilidad de muestras adicionales.
- La promoción de la salud puerta a puerta en el distrito de Mpulungu llegó a más de 100 personas, dos reuniones comunitarias contaron con la participación de 250 personas y continúa la distribución de cloro.



- Se distribuyeron suministros esenciales, como cloro, instalaciones para el lavado de manos, batas y guantes, en el distrito de Mpulungu.
- El Ministerio de Salud está considerando la administración de vacunas orales contra el cólera para apoyar las iniciativas de contención.

Interpretación de la situación

El brote de cólera en el distrito de Mpulungu pone de relieve la continua vulnerabilidad de las comunidades fronterizas en las costas del lago Tanganyika, donde las deficientes condiciones de agua, saneamiento e higiene, combinadas con la alta movilidad poblacional a través de la frontera entre Zambia y Tanzania, facilitan la propagación de la enfermedad. Una mayor cooperación transfronteriza, la pronta confirmación de laboratorio y la rápida ampliación de las medidas de respuesta, incluyendo una mejor gestión de casos, una mayor participación comunitaria y el fortalecimiento de las intervenciones de agua, saneamiento e higiene (WASH), son esenciales para detener la transmisión.

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.