ISSN 2796-7050

Reporte Epidemiológico de Córdoba

15 DE SEPTIEMBRE 2025
REC 2.981

ARGENTINA

- Situación epidemiológica de las arbovirosis (excepto dengue)

AMÉRICA

- Canadá: Nueva muerte por legionelosis en London, Ontario
- Costa Rica: 2.238 casos de varicela en lo que va del año, la mayoría en hombres
- Estados Unidos: Murió un niño de Los Ángeles por una complicación del sarampión que contrajo varios años antes
- Estados Unidos: Primer caso de hantavirosis en Maine en 14 años
- Paraguay: Ya suman 35 los casos de sarampión en lo que va del año
- Uruguay: Brote de varicela con 33 casos en el Liceo Militar de Tacuarembó
- Venezuela: Un mosquito descubierto en el estado Bolívar podría estar contribuyendo en la transmisión de la malaria en humanos

EL MUNDO

- Australia: Aumentan los casos de sarampión en Western Australia vinculados a viajes a Bali
- Dinamarca: Aumentaron los casos de campilobacteriosis en 2024
- Nigeria: La vigilancia de la rabia salva vidas en el estado de Cross River
- Pakistán: Quinta muerte del año por una infección por *Naegleria fowleri* en Sindh
- Palestina: Ya son 145 los niños muertos de hambre en Gaza debido al bloqueo israelí
- El cólera mata a más personas por segundo año consecutivo

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

Facultad de Ciencias Médicas

GEMICOMED seimc.org

Comité Nacional de Infectología SAP

DDNA

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

Situación epidemiológica de las arbovirosis (excepto dengue)

08/09/2025

Provincia/Región	Fiebre chikungunya		Fiebre zika		Fiebre de Oropouche		Encefalitis de Saint Louis		Fiebre amarilla	
	Posit.	Estud.	Posit.	Estud.	Posit.	Estud.	Posit.	Estud.	Posit.	Estud.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	–	11	–	4	–	1	–	4	–	3
Buenos Aires	–	184	–	78	–	160	4	44	2	12
Córdoba	–	216	–	83	–	207	7	431	–	–
Entre Ríos	12	230	–	1	–	32	4	40	–	1
Santa Fe	–	1.521	–	94	–	134	1	15	–	19
Centro	**12**	**2.162**	**–**	**260**	**–**	**534**	**16**	**534**	**2**	**35**
Mendoza	–	336	–	88	–	73	–	2	–	–
San Juan	–	1	–	2	–	3	–	2	–	1
San Luis	–	–	–	2	–	8	–	9	–	–
Cuyo	**–**	**337**	**–**	**92**	**–**	**84**	**–**	**13**	**–**	**1**
Chaco	18	837	–	416	–	28	–	2	–	1
Corrientes	–	31	–	10	–	10	–	1	–	–
Formosa	–	17	–	5	–	76	–	–	–	–
Misiones	–	72	–	47	–	29	–	–	–	20
Noreste Argentino	**18**	**957**	**–**	**478**	**–**	**143**	**–**	**3**	**–**	**21**
Catamarca	–	16	–	13	–	1	–	–	–	13
Jujuy	–	45	–	25	–	3	–	3	–	2
La Rioja	–	127	–	125	–	9	–	2	–	70
Salta	–	531	–	288	–	260	–	–	–	2
Santiago del Estero	–	45	–	26	–	9	–	4	–	4
Tucumán	1	17	–	14	–	256	–	–	–	1
Noroeste Argentino	**1**	**781**	**–**	**491**	**–**	**538**	**–**	**9**	**–**	**92**
La Pampa	–	3	–	3	–	1	–	3	–	–
Neuquén	–	–	–	–	–	4	–	–	–	–
Río Negro	–	–	–	–	–	4	–	–	–	–
Sur	**–**	**3**	**–**	**3**	**–**	**9**	**–**	**3**	**–**	**–**
Total Argentina	**31**	**4.240**	**–**	**1.324**	**–**	**1.308**	**16**	**562**	**2**	**149**

Muestras estudiadas y positivas sin antecedente de viaje. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2024 a 30 de 2025. Fuente: Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de Argentina.
Nota: Posit.=Positivas; Estud.=Estudiadas.

La vigilancia de la fiebre de Oropouche se basa actualmente en el estudio por laboratorio de una proporción de casos negativos para dengue y estudios en personas con antecedentes de viaje a zonas donde se está registrando transmisión. Desde el inicio de la vigilancia de la fiebre de Oropouche, se han investigado hasta el momento 2.555 casos, sin resultados positivos.

Los 18 casos positivos de fiebre chikungunya de la provincia del Chaco corresponden a casos probables por IgM positiva; se trata de 13 casos aislados registrados entre la semana epidemiológica (SE) 35 y la SE 48 de 2024, y cinco casos entre la SE 2 y la SE 22 de 2025, en los departamentos Quitilipi y San Fernando.

Entre Ríos notificó 12 casos probables de fiebre chikungunya en la localidad de Federal, con IgM positivas. Las muestras fueron enviadas al Laboratorio Nacional de Referencia del Insti-

tuto Nacional de Enfermedades Virales Humanas (INEVH) ‘Dr. Julio Isidro Maiztegui’ para corroborar dicho diagnóstico.

Se ha detectado un caso positivo de fiebre chikungunya en Tucumán, con antecedente de viaje a Brasil.

Los dos casos positivos de fiebre amarilla corresponden a personas que fueron vacunadas recientemente.

BUREAU DE SANTÉ DE MIDDLESEX-LONDON HEALTH UNIT

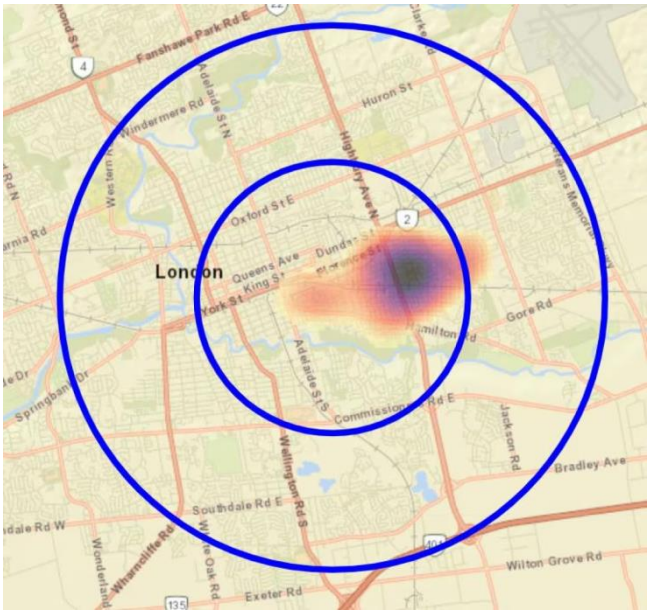
CANADÁ

NUEVA MUERTE POR LEGIONELOSIS EN LONDON, ONTARIO

09/09/2025

Otra persona falleció como resultado de un brote de legionelosis en London, Ontario, lo que eleva a cinco el número de muertos por el segundo brote en la ciudad en los últimos años.

La noticia llega cuando un bufete de abogados con sede en London anunció una propuesta de demanda colectiva que busca obtener más de 86 millones de dólares en daños de la empresa cuya planta de procesamiento de carne es el origen probable del brote.



Este mapa de calor, creado el 22 de julio de 2025, muestra la concentración de casos de legionelosis en la ciudad de London a mediados de julio. El círculo azul interior representa un radio de 3 kilómetros y el círculo azul exterior representa un radio de 6 kilómetros alrededor de la ubicación promedio de todos los domicilios con casos reportados.

La demanda, presentada ante el Tribunal Superior de Justicia de Ontario por Siskinds LLP, afirma que Sofina Foods fue negligente en la limpieza de la torre de enfriamiento de su planta de procesamiento en el este de London, lo que provocó un brote de legionelosis que mató a cinco personas y enfermó a 105.

De ese total, 66 (62,9%) son de sexo masculino y 39 (37,1%) de sexo femenino. Asimismo, 63 casos (60%) tenían edades de entre 18 y 64 años, y 42 casos (40%) tenían 65 años o más.

“Las personas con las que hemos hablado hasta ahora han sufrido lesiones bastante graves. Fueron hospitalizadas. Una persona estuvo en coma inducido durante varias semanas”, dijo Linda Visser, socia de Siskinds.

El último brote se declaró a principios de julio y continúa a pesar de que los funcionarios de la Unidad de Salud de Middlesex-Londres (MLHU) identificaron el probable origen del brote en Sofina Foods. El último recuento de la unidad de salud sitúa el número total de hospitalizaciones por el brote en 96, con cuatro personas actualmente hospitalizadas.

Los funcionarios de salud pública también vincularon el brote del año pasado, que mató a dos personas, al mismo lugar.

La bacteria *Legionella pneumophila* causa la enfermedad. Se transmite por el agua y prolifera en condiciones cálidas, húmedas y estancadas, como las torres de refrigeración. Puede inha-

larse en aerosol, lo que a veces causa legionelosis, que puede ir desde una enfermedad leve, comúnmente llamada fiebre de Pontiac, hasta la legionelosis.

Detalles de la demanda

Siskinds presentó una demanda para reclamar a Sofina Foods más de 86 millones de dólares en daños y perjuicios: 75 millones de dólares de esa suma serían por pérdidas cuantificables y no cuantificables sufridas por los miembros lesionados de la demanda colectiva, mientras que 11 millones de dólares serían por daños punitivos.

La demanda también incluye otras posibles indemnizaciones, como daños por molestias, negligencia, agresión, daños ambientales, gastos de atención médica, costas legales, etc. Solicita la declaración de responsabilidad de Sofina por el brote y los daños que causó.

Se alega que los principales demandantes, Justin-Eric Frank Serratore-Pimental, y su madre viven juntos con sus dos hijos en una casa a tres kilómetros de las instalaciones de Sofina Foods en 1226 Trafalgar St.

La demanda continúa alegando que Serratore-Pimental fue trasladado de urgencia al hospital con fiebre peligrosamente alta, delirio, dolor y dificultad para respirar antes de que le diagnosticaran legionelosis, neumonía doble y sepsis.

La cepa de *Legionella* encontrada en la torre de enfriamiento de Sofina coincidió con la cepa que enfermó a Serratore-Pimental, alega la demanda.

Si bien se ha presentado una declaración de demanda en nombre de los dos demandantes principales, aún está por verse si el tribunal aceptará la demanda como una demanda colectiva.

Siskinds está buscando personas afectadas por el brote para contactarlas, clasificándolas en dos grupos. La categoría de afectados incluye a las personas que estuvieron expuestas a la bacteria *Legionella* en las instalaciones o cerca de ellas entre el 1 de mayo de 2024 y el 26 de septiembre de 2024, y entre el 1 de mayo de 2025 y el 30 de septiembre de 2025. Las personas en la categoría de afectados tenían que haber sido infectadas por la bacteria. La categoría familiares incluye a los familiares de personas que encajan en la categoría de afectados.

Afirmaciones contradictorias

Si bien no existen regulaciones municipales ni en todo Ontario que exijan que las torres de enfriamiento se registren y supervisen de cerca, Siskinds afirma que Sofina tenía el deber de garantizar que la torre de enfriamiento estuviera limpia y fuera revisada a menudo.

También afirma que Sofina no "implementó ni revisó continuamente un protocolo de seguridad del agua" y no respondió adecuadamente a las instrucciones de la Unidad de Salud para determinar si su torre de enfriamiento era la fuente del brote.

Sofina dijo que está al tanto de la demanda colectiva pendiente, pero que aún no ha recibido la declaración. "Como parte de nuestras operaciones diarias, contamos con un programa de gestión de saneamiento de torres de enfriamiento, que incluye el trabajo con especialistas externos, y tomamos medidas correctivas inmediatas al notificar un problema", dijeron.

"Hemos colaborado estrechamente con la Unidad de Salud de Middlesex-Londres y seguimos haciéndolo, siguiendo sus directrices. La Unidad de Salud está satisfecha con nuestras acciones hasta la fecha. La torre volvió a entrar en funcionamiento el 2 de septiembre, luego de la limpieza, las pruebas y la aprobación de la Unidad de Salud", dijo Sofina la semana pasada.

2.238 CASOS DE VARICELA EN LO QUE VA DEL AÑO, LA MAYORÍA EN HOMBRES

12/09/2025

Costa Rica registra un total de 2.238 casos de varicela en lo que va del año, según datos registrados hasta el 11 de septiembre por el Ministerio de Salud.

Del total de casos, 1.227 corresponden a hombres (54,8%), y 1.011 a mujeres (45,2%).

La mayor parte de estos casos se reportan en la Región Central Sur y Central Norte con 650 y 356 casos, respectivamente.

En cuanto a los grupos etarios, aunque en todos se registran casos, la mayor cantidad se presentó en personas de 20 a 29 años (757 casos; 33,8%); el segundo grupo con más casos es el de 10 a 19 años (546 casos; 24,4%).

En cuanto al comportamiento de los casos, se registró un aumento en las semanas epidemiológicas 22 y 31.

Desde el 31 de marzo de este año se han presentado casos de varicela en el Centro de Atención Institucional (CAI) San José, donde actualmente existen 1.160 personas privadas de libertad.

El 28 de agosto se alertó a las autoridades sanitarias respecto de los casos de varicela en el CAI San José, registrándose un total de 27 casos activos, todos hombres con edades de 20 a 40 años. Estas personas se aislaron y se encuentran en buenas condiciones de salud.

El Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles instó a los residentes a asegurar la protección de todos los miembros de sus familias contra el sarampión tras la reciente muerte de un residente del Condado de Los Ángeles en edad escolar a causa de una complicación de la infección por sarampión adquirida durante la infancia. El niño contrajo sarampión en su infancia, antes de poder recibir la vacuna contra el sarampión, cuya administración se recomienda rutinariamente entre los 12 y los 15 meses. Aunque se recuperó del sarampión inicial, el niño desarrolló panencefalitis esclerosante subaguda (PEES) y finalmente falleció a causa de ella, una complicación poco común, pero generalmente mortal, que puede presentarse en personas que contrajeron sarampión en etapas tempranas de la vida.

La PEES es un trastorno cerebral poco común y progresivo, una complicación tardía de la infección por el virus del sarampión. Generalmente, se desarrolla de siete a diez años después de la infección inicial por sarampión, cuando el paciente parecía haberse recuperado por completo. Se caracteriza por una pérdida gradual y progresiva de la función neurológica, con la muerte entre uno y tres años después del diagnóstico inicial. No existe cura ni tratamiento eficaz. Es poco común y afecta aproximadamente a una de cada 10.000 personas con sarampión, pero el riesgo puede ser mucho mayor (aproximadamente una de cada 600) en quienes contraen sarampión en la infancia.

El sarampión es altamente contagioso y se puede prevenir con una vacuna segura y eficaz. Se recomienda enfáticamente a las personas que no están inmunizadas que reciban la vacuna triple viral, contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola. Esta vacuna es eficaz y sigue siendo la mejor protección contra el sarampión y sus posibles complicaciones graves.

Los niños suelen recibir la primera dosis de la triple viral entre los 12 y los 15 meses de edad y una segunda dosis entre los cuatro y los seis años. Sin embargo, los bebés de seis a once meses deben recibir una dosis de esta vacuna antes de viajar al extranjero o a través de un centro de distribución internacional. Los bebés menores de seis meses son demasiado pequeños para ser vacunados y dependen de los anticuerpos maternos y de la inmunidad comunitaria para reducir su riesgo de exposición. Al vacunarse, las personas no solo se protegen a sí mismas, sino que también ayudan a proteger a las poblaciones vulnerables, como bebés, embarazadas y personas con sistemas inmunitarios debilitados, de la infección por sarampión.

“Este caso es un recordatorio de lo peligroso que puede ser el sarampión, especialmente para los miembros más vulnerables de la comunidad”, dijo el Dr. Muntu Davis, Oficial de Salud del Condado de Los Ángeles. “Los bebés demasiado pequeños para ser vacunados dependen de todos nosotros para protegerlos mediante la inmunidad comunitaria. La vacunación no se trata solo de protegerse a uno mismo, sino también de proteger a la familia, a los vecinos y, especialmente, a los niños demasiado pequeños para ser vacunados”.

El Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles alentó a todos los residentes a verificar su estado de vacunación y el de todos sus familiares, para verificar que estén protegidos contra el sarampión, especialmente los mayores de 6 meses que viajarán a nivel nacional o internacional a zonas con brotes de sarampión. Las personas que no han tenido saram-

pión ni se han vacunado previamente contra el virus no están protegidas y deben consultar con un profesional de la salud sobre la posibilidad de recibir la vacuna triple viral.

Si presenta un mayor riesgo, debe notificarlo a un profesional de la salud lo antes posible sobre una posible exposición para obtener orientación, especialmente si está embarazada, la persona expuesta es un bebé, si tiene un sistema inmunitario debilitado o no está vacunado.

Si una persona presenta síntomas como fiebre, tos, secreción nasal, enrojecimiento ocular o sarpullido, debe quedarse en su hogar y evitar concurrir a la escuela, al trabajo y a cualquier reunión. Debe llamar a un profesional de la salud de inmediato, y no acudir a un centro de salud sin llamar primeramente, informando que podría haber estado expuesto al sarampión.

Acerca del sarampión

El sarampión se propaga fácilmente por el aire cuando una persona infectada respira, habla, tose o estornuda. El virus puede permanecer en el aire y en las superficies durante muchas horas, incluso después de que la persona infectada se haya marchado. La persona infectada puede propagar la enfermedad hasta cuatro días antes y cuatro días después de la aparición de la erupción. Si otras personas respiran el aire contaminado o tocan la superficie infectada y luego se tocan los ojos, la nariz o la boca, pueden infectarse.

Los síntomas comunes del sarampión incluyen fiebre (a menudo superior a 38,5°C), tos, rinorrea, ojos rojos y llorosos y sarpullido de tres a cinco días después de otros síntomas de la enfermedad. El sarpullido suele comenzar en la cara y luego se extiende al resto del cuerpo.

La vacuna

El sarampión se puede prevenir con la vacuna triple viral o la cuádruple viral (contra el sarampión, la parotiditis, la rubéola y la varicela). Se administra en dos dosis y su eficacia es muy alta: dos dosis tienen una eficacia de 97% contra el sarampión y una dosis, de 93%. La propagación del sarampión se puede prevenir si la cobertura de la vacuna con dos dosis se mantiene en 95% o superior en la comunidad.

La mayoría de los seguros médicos cubren el costo de las vacunas triple y cuádruple. Las personas aseguradas deben consultar con su médico o farmacia local para ver qué vacunas se ofrecen. Los niños y adultos sin seguro médico o con seguro insuficiente pueden acceder a vacunas gratuitas o de bajo costo en las clínicas inscritas en los programas de Vacunas para Niños (VFC) y Vacunas para Adultos de California (CA-VFA).

En 2025, hasta el 9 de septiembre, se habían reportado en Estados Unidos, 1.454 casos de sarampión, la mayoría relacionados con brotes en Texas, New México, Kansas y Oklahoma. La mayoría de los casos no estaban vacunados o su estado de vacunación era desconocido. El 12% de estos casos requirió hospitalización para el manejo de complicaciones del sarampión o aislamiento, y tres fallecieron por complicaciones agudas relacionadas con el sarampión. El último caso de sarampión en un residente del condado de Los Ángeles se reportó en agosto de 2025. Este año, se registraron ocho casos de sarampión en personas que estuvieron en el condado de Los Ángeles mientras eran contagiosas: cuatro residentes y cuatro no residentes.

PRIMER CASO DE HANTAVIROSIS EN MAINE EN 14 AÑOS

08/09/2025

El Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Maine informó recientemente un caso de síndrome pulmonar por hantavirus en un residente del estado. Este es el primer caso reportado en Maine desde 2011 y el segundo caso documentado en un residente de Maine desde que comenzó la vigilancia de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos en 1993. El adulto fue hospitalizado con un síndrome de varias semanas de duración que incluía fiebre, dolor de cabeza, mialgias, malestar general, sarpullido, dolor abdominal, dificultad para respirar, anemia, trombocitopenia, derrame pericárdico, edema pulmonar y embolia pulmonar. Requirió oxígeno suplementario, pero se recuperó y fue dado de alta. Estuvo expuesto a una infestación de roedores en su propiedad y no había viajado recientemente fuera del estado. Las pruebas serológicas de IgG e IgM para hantavirus dieron positivo en un laboratorio nacional de referencia.

El propósito de este aviso de salud es recordar a los médicos que el hantavirus está presente en Maine y que, aunque son poco frecuentes, las infecciones en humanos son posibles. Los médicos deben conocer los signos y síntomas de la infección por hantavirus y considerar la realización de pruebas de detección en personas con fiebre, fatiga, dolores musculares y exposición a roedores o excrementos de roedores. Los síntomas cardiopulmonares o renales pueden acompañar o no la infección, dependiendo de la cepa de hantavirus que la cause.

Los hantavirus son una familia de virus presentes en todo el mundo que pueden causar enfermedades graves o la muerte. El síndrome pulmonar por hantavirus se identificó por primera vez en Estados Unidos en 1993 tras un brote de enfermedad pulmonar grave entre los residentes del suroeste de Estados Unidos (región de Las Cuatro Esquinas). Estas enfermedades se relacionaron con una cepa de hantavirus previamente desconocida: el virus Sin Nombre. El riesgo de infección por hantavirus es bajo en Maine.

El hantavirus es transmitido por ciertas especies de roedores infectados a través de la orina, los excrementos o la saliva. Las personas se infectan al respirar orina fresca aerosolizada, excrementos, saliva o materiales de anidación contaminados con hantavirus, o cuando estos materiales se introducen directamente en la piel lesionada, la nariz o la boca después de tocar objetos o ingerir alimentos contaminados. Si un roedor infectado muerde a alguien, el virus puede contagiarse, pero esto es poco frecuente.

En Estados Unidos, el síndrome pulmonar por hantavirus no se transmite de persona a persona. Las infestaciones de roedores en el hogar y sus alrededores son el principal riesgo de exposición al hantavirus.

En el síndrome pulmonar por hantavirus, los síntomas comienzan de 1 a 8 semanas después de la exposición. Los primeros síntomas incluyen fatiga, fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, mareos, náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal y mialgia, especialmente en grandes grupos musculares: muslos, caderas, espalda y hombros. Los síntomas tardíos aparecen de 4 a 10 días después de la fase inicial y pueden incluir tos, dificultad para respirar y opresión en el pecho a medida que los pulmones se llenan de líquido. La enfermedad puede progresar rápidamente a insuficiencia respiratoria grave y shock. Aproximadamente 40% de las personas que desarrollan síntomas respiratorios pueden morir.

La infección por hantavirus sin síndrome pulmonar puede ocurrir cuando los pacientes experimentan síntomas virales inespecíficos, pero no síntomas cardiopulmonares. Muchas cepas de hantavirus en Estados Unidos pueden causar infección acampañada o no por síndrome pulmonar.

En el caso de la fiebre hemorrágica con síndrome renal, los síntomas suelen comenzar 1 o 2 semanas después de la exposición, pero pueden presentarse hasta 8 semanas después. Los primeros síntomas incluyen dolores de cabeza intensos, dolor de espalda y abdominal, fiebre, escalofríos, náuseas, visión borrosa, enrojecimiento facial, inflamación o enrojecimiento ocular y sarpullido. Los síntomas posteriores pueden incluir presión arterial baja, shock agudo, hemorragia interna e insuficiencia renal aguda. Hasta 15% de las personas con síntomas graves pueden morir, dependiendo de la cepa de hantavirus. Se registra principalmente en Europa y Asia, pero el virus de Seoul –una cepa que causa fiebre hemorrágica con síndrome renal– está presente en Estados Unidos.

Están expuestas a mayor riesgo de contraer esta enfermedad las personas que manipulan o limpian excrementos de roedores; las que trabajan con roedores vivos o los tienen como mascotas; aquellas con infestaciones de roedores en su hogar y alrededores; y aquellas con sistemas inmunitarios debilitados.

La mejor manera de prevenir la infección por hantavirus es evitar el contacto con roedores y su orina, excrementos, saliva o material de anidación. Para prevenir infestaciones de roedores, retirar las fuentes de alimento y agua, y los objetos que les proporcionen refugio. Las personas con evidencia de actividad o infestaciones de roedores en el hogar y sus alrededores deben seguir las recomendaciones de los CDC de Estados Unidos para sellar, atrapar y limpiar los excrementos de los roedores.

YA SUMAN 35 LOS CASOS DE SARAMPIÓN EN LO QUE VA DEL AÑO

12/09/2025

Hasta la fecha, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, a través de la Dirección General de Vigilancia de la Salud, confirmó 35 casos de sarampión, de los cuales nueve corresponden a casos identificados en la última semana, siendo 34 los asociados a importación y uno importado.

Entre los afectados por la enfermedad se encuentran niños y adultos de entre 3 meses y 54 años. Los casos se concentran principalmente en el rango de edad de 1 a 4 años. Todos los casos presentaron exantema y fiebre; 80% registró tos y 60%, conjuntivitis.

Actualmente, en el departamento de San Pedro, las ciudades de Tacuatí (14) y Nueva Germania (13) concentran 77% de los casos registrados. También se reportan casos, pero en menor proporción en Santa Rosa del Aguaray (8).

Por otra parte, se hallan en estudio 14 personas con sospecha de sarampión, procedentes de las zonas del brote y distritos cercanos. A la fecha no se reportan fallecidos.

La vacunación es la medida más efectiva contra el sarampión. Dentro del esquema regular de vacunación está establecida la aplicación de la primera dosis de la vacuna a los 12 meses de vida y luego a los 18 meses.

Trabajos realizados

El Equipo de Respuesta Rápida Nacional se encuentra apoyando a equipos locales, trabajando de manera conjunta en zonas afectadas de San Pedro y distritos colindantes, donde se llevan a cabo diversas acciones y medidas de control: búsqueda activa de sospechas de sarampión, visitas domiciliarias, así como vacunación de bloqueo.

En el departamento de San Pedro se logró incrementar la cobertura de vacunación contra el sarampión, pasando de 73,9% a 78,8% en las últimas siete semanas.

Para este efecto, se realizaron vacunaciones en zonas de foco, llegando a 97,2% de cobertura en Santa Rosa del Aguaray en siete semanas. En Nueva Germania se logró una cobertura de 91,3% en el mismo periodo; mientras que en Tacuatí se alcanzó una cobertura de 63%.

Las jornadas de vacunación continuarán en los próximos días. El objetivo es alcanzar coberturas óptimas de vacunación por encima de 95%.

Brote de varicela con 33 casos en el Liceo Militar de Tacuarembó

12/09/2025

El Ministerio de Salud Pública (MSP) de Uruguay reportó tres brotes de varicela con 26 casos. Uno de los brotes fue intrafamiliar y los otros dos se registraron en otras instituciones, indicó la autoridad sanitaria en su boletín epidemiológico semanal. Un brote en el Liceo Militar de Tacuarembó involucró 33 casos, 21 reportados en la última semana.

Hasta la semana 36 del año, se registraron 58 brotes con un total de 227 casos: 29 fueron intrafamiliares, 15 en establecimientos educativos y los restantes en otras instituciones.

En lo que va de 2025, el total de casos asciende a 475, lo que muestra un incremento de 67,8% respecto de los 283 casos registrados en igual período del año pasado. Hasta la semana anterior, el aumento en la comparación interanual era de 62%. El incremento se dio principalmente en los grupos de 20 a 29 años (209%), de 10 a 19 (32%) y en los menores de 5 años (57%).

El corredor endémico acumulado de varicela muestra que la incidencia se encuentra en zona de alerta.

En Uruguay se vacuna contra la varicela desde 1999, y en 2014 se introdujo una segunda dosis, administrada a los 5 años de edad. La inmunización de la población ha tenido un impacto positivo en la disminución de los casos graves de la enfermedad, en las internaciones e ingresos a centros de tratamiento intensivo (CTI).

La varicela se transmite por vía aérea y por contacto directo con el líquido de las vesículas. Las costras no son infectantes. Puede haber transmisión transplacentaria.

La enfermedad tiene un período de incubación de 14 a 16 días, con un rango de 10 a 21 días, que puede ser menor en pacientes inmunocomprometidos y mayor en los que recibieron inmunoglobulina, hasta 28 días. Se transmite desde 2 a 5 días antes de la aparición de las erupciones cutáneas y hasta que todas las lesiones estén en fase costrosa. Las personas con alteraciones de la inmunidad pueden contagiar por períodos más prolongados.

Localidad minera en el municipio Sifontes, estado Bolívar. Año 2023.

Cuando los científicos describieron por primera vez al nuevo integrante del género *Anopheles*, el mosquito *Nyssorhynchus rondoniensis*, en el no muy lejano año 2022, su distribución se limitaba al oeste de Brasil y no representaba una amenaza real, ya que en ninguno de los insectos recolectados había rastros de *Plasmodium*, el parásito causante de la malaria humana. Ahora, tres años más tarde, *Ny. rondoniensis* fue localizado en el estado Bolívar de Venezuela, infectado con *P. falciparum* –principal responsable de la malaria grave y mortal en los seres humanos– y además in fraganti, es decir, picando a una persona para alimentarse de su sangre.

"Nuestro hallazgo es doblemente importante: constituye un nuevo registro para el país y un potencial vector de la malaria en el sur de Venezuela y posiblemente en Brasil", explicó la Dra. María Eugenia Grillet, de la Academia de Ciencias Físicas, Matemáticas y Naturales de Venezuela (ACFIMAN), profesora e investigadora del Instituto de Zoología y Ecología Tropical de la Facultad de Ciencias de la Universidad Central de Venezuela (IZET-UCV) y coautora del estudio, publicado en septiembre de 2025.

La malaria en el mundo

En total, los expertos recolectaron 88 individuos de *Ny. rondoniensis* en las localidades mineras de Tierra Blanca, El Galpón, Puerto Beco, La Pelota, Payapal, El Granzón y Morrocoy, pertenecientes al municipio Sifontes del estado Bolívar. El trabajo de campo se llevó a cabo durante la temporada de menor precipitación (octubre-noviembre de 2022) y de transición seca-lluviosa (abril-mayo de 2023).

Aunque un solo mosquito estaba infectado con el parásito de la malaria, "es un motivo más que suficiente para que las autoridades sanitarias estén alertas, ya que se trata de la especie más agresiva de *Plasmodium*", dijo la científica.

En 2023, se registraron 263 millones de casos y 597.000 muertes por malaria en 83 países, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), siendo África el continente más golpeado.

El ser humano enferma de malaria cuando es picado por un mosquito anofelino hembra infectado con el parásito *Plasmodium*. Los síntomas leves incluyen fiebre, escalofríos y dolor de cabeza, mientras que los graves incluyen fatiga, confusión, convulsiones, dificultad para respirar y potencialmente la muerte.

Cinco especies de parásitos *Plasmodium* pueden transmitir la malaria en humanos: *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. malariae*, *P. ovale* y *P. knowlesi*. En las Américas, están presentes *P. vivax*, *P. falciparum* y *P. malariae*. *P. falciparum* produce las infecciones más graves si estas no son tratadas a tiempo, en particular en niños y mujeres embarazadas.

De criadero natural

Otro de los resultados de este estudio de 2025 apunta a que *Ny. rondoniensis* es más abundante durante la temporada de menor precipitación (octubre-marzo), a diferencia del mosquito transmisor del dengue, *Aedes aegypti*, que es más exitoso cuando llueve. Mientras los anofelinos usan ambientes acuáticos naturales para su reproducción (humedales, lagunas, márgenes de ríos), los aedinos utilizan criaderos artificiales (que se llenan con agua de lluvia) para reproducirse.

Localidad minera en el municipio Sifontes, estado Bolívar. Año 2023.

"La lluvia, en zonas como la Amazonía, a veces es tan intensa que contribuye a 'desbordar' (por inundación) los criaderos naturales de mosquitos. Esto significa que las transiciones de estación (lluvia-sequía, sequía-lluvia) son más favorables para las poblaciones de anofelinos. Por lo pronto, desconocemos dónde las hembras de esta nueva especie depositan sus huevos. ¿Aprovecharán los pozos que deja la minería? Es algo que debemos investigar", aclaró Grillet.

Municipio Sifontes como epicentro

Desde 2022, la académica –junto a un equipo de expertos– ha trabajado en el municipio Sifontes del estado Bolívar con dos objetivos definidos: caracterizar el genoma de la especie *Ny. darlingi*, el vector de la malaria más importante de Sudamérica, y evaluar si la biodiversidad y ecología de las principales especies de mosquitos picadores de humanos y transmisores de malaria en áreas mineras cambian ante la deforestación generada por la minería.

"Manejamos dos hipótesis", precisó la académica. "La primera es que *Ny. darlingi* muestra un comportamiento ecológico muy heterogéneo a lo largo de su distribución espacial (México-Brasil), por lo que quizás lo que conocemos como *Ny. darlingi* en América pudiera ser un complejo de especies erróneamente clasificado por la morfología. La segunda hipótesis es que la deforestación en la Amazonía, generada por la minería de oro a cielo abierto, altera la biodiversidad y ecología de las especies de anofelinos vectores, promoviendo su abundancia y aumentando la transmisión de la malaria".

El foco de malaria más grave de América Latina es el sur de Venezuela. La evidencia científica sugiere que, en la Amazonía venezolana, la actividad minera y la deforestación y degradación ambiental están conectados con los principales focos de transmisión (*P. vivax* y *P. falciparum*). Además, los aumentos de temperatura directamente vinculados con el calentamiento global intensifican la transmisión de la malaria en las zonas mineras, agravando un escenario desafiante, remoto y complejo.

¿Por qué los anofelinos son vectores?

De las casi quinientas especies de mosquitos *Anopheles* descritas en el mundo, sólo 70 han sido implicadas en la transmisión de la malaria, de las cuales 40 son vectores principales. "En las Américas, han sido incriminadas 12 especies", aseguró Grillet. Si bien el vector principal es el portador efectivo y constante de la enfermedad, el vector secundario también puede llegar a ser importante en la transmisión, sobre todo si se vuelve estacionalmente abundante o si los métodos de control no se dirigen hacia él.

De acuerdo con la académica de la ACFIMAN, deben cumplirse tres criterios para que una especie anofelina sea señalada como vector de la malaria: hallarse de forma abundante y frecuente en un área malárica, alimentándose de sangre humana o picando al humano; estar infectada naturalmente de alguna especie de *Plasmodium* en un área malárica, y comprobar experimentalmente que el parásito desarrolla su ciclo de vida sexual dentro del mosquito. "En el estudio, se cumplieron los dos primeros criterios; habría que investigar el tercero. La biodiversidad de vectores de malaria en la Amazonía venezolana está subestimada y esta investigación lo demuestra. No vamos a eliminar la malaria si no abordamos este aspecto".

Localidad minera en el municipio Sifontes, estado Bolívar. Año 2023.

Biología molecular como arma moderna

La única manera de identificar acertadamente nuevas especies de mosquitos transmisores de la malaria a los seres humanos es mediante métodos alternativos, como la biología molecular, "por lo que se requiere colaboración entre el sector salud y las academias. Seguimos analizando muestras que pudieran aumentar el riesgo de infección con *Plasmodium* de *Ny. rondoniensis*. Lo que acabamos de publicar corresponde a muestreos hechos entre 2022 y 2023. Nos falta procesar los de 2024 y 2025".

Este año, la ACFIMAN inició un proyecto sobre la Amazonía venezolana, coordinado por Grillet, que busca, entre otras cosas, evaluar cómo la minería y la deforestación pudieran estar promoviendo el surgimiento de nuevas especies vectores de patógenos en seres humanos, como aquellas que transmiten la malaria.

Australia

Aumentan los casos de sarampión en Western Australia vinculados a viajes a Bali

14/09/2025

El Departamento de Salud de Western Australia instó a los habitantes del estado que planean visitar el Sudeste Asiático a vacunarse contra el sarampión después de que dos nuevos casos se vincularan con viajes a Bali.

El estado registra 35 casos de sarampión este año, lo que ha provocado advertencias de los funcionarios de salud para que las personas se aseguren de estar protegidas antes de las próximas vacaciones escolares.

El 11 de septiembre se declaró un brote en Far North Queensland; el último caso allí también estaba relacionado con un viaje a Bali.

El 13 de septiembre, el Departamento de Salud de Western Australia confirmó que los dos nuevos casos detectados en el estado habían visitado múltiples lugares en Perth, incluidos centros comerciales y el aeropuerto, mientras eran infecciosos. Se instó a cualquier persona que haya visitado estos lugares a que esté atento a los síntomas.

Esto ocurre después de que el Departamento de Salud de Western Australia emitiera una alerta el 27 de agosto tras detectar sarampión en tres viajeros que regresaban desde Bali.

Esto significa que el virus ha sido detectado en cinco viajeros que regresaron a Perth desde el popular destino turístico entre julio y septiembre.

Pero las autoridades también están preocupadas por la transmisión local, ya que 10 de los 15 casos detectados en Western Australia durante este período se adquirieron localmente.

En julio, el personal de una mina se vio obligado a aislarse después de que dos personas con sarampión visitaron la región de Pilbara.

El total de 35 casos de sarampión registrados en el estado en lo que va de 2025 es casi seis veces mayor que los seis casos registrados en 2024.

Clare Huppatz, del Departamento de Salud de Western Australia, dijo que aunque el sarampión era poco común en Australia, algunos países estaban experimentando grandes brotes de la enfermedad.

“Existe un riesgo constante de que el sarampión llegue a Western Australia desde el extranjero, especialmente desde destinos turísticos populares como el Sudeste Asiático”, afirmó.

“Tenemos la suerte de contar con la vacuna triple viral, que es sumamente eficaz y gratuita para todos los habitantes de Western Australia”, agregó.

Cualquier persona que planee viajar al extranjero debe asegurarse de tener sus vacunas al día; se recomienda vacunarse al menos dos semanas antes de la salida.

El Departamento de Salud de Western Australia amplió recientemente el programa de inmunización financiado por el estado para incluir la vacuna triple viral para bebés de entre seis y 11 meses que viajan a países de alto riesgo.

AUMENTARON LOS CASOS DE CAMPILOBACTERIOSIS EN 2024

10/09/2025

En 2024, se registraron 5.546 casos de campilobacteriosis, según el informe anual de zoonosis publicado por el Instituto Nacional de Alimentos de Dinamarca, en colaboración con la Administración Danesa de Veterinaria y Alimentación y el Statens Serum Institut (SSI). En 2023, a modo de comparación, se registraron 5.186 casos.

Se produjeron 10 brotes causados por *Campylobacter*, y la secuenciación del genoma completo permitió rastrear su origen hasta la carne de pollo en siete de ellos.

El plan de acción contra *Campylobacter*, elaborado en colaboración entre la Administración Veterinaria y de Alimentos de Dinamarca, organizaciones industriales y el Instituto Nacional de Alimentos, es una parte importante de los esfuerzos generales de Dinamarca para garantizar la seguridad alimentaria.

El plan de acción, cuyo objetivo es reducir el número de personas infectadas, se centra principalmente en la reducción de bacterias en los pollos y en la carne de pollo, que es la principal fuente de infección.

La carne de pollo sigue siendo una fuente importante de infecciones por *Campylobacter* en Dinamarca, y para proteger la salud pública es importante desarrollar nuevas soluciones que reduzcan significativamente la presencia de la bacteria.

“Los avances tecnológicos de los últimos años, incluida la secuenciación del genoma completo, permiten identificar con mayor rapidez tanto las fuentes de infección como nuevos métodos de prevención”, afirmó Brian Lassen, investigador principal del Instituto Nacional de Alimentos de Dinamarca. “La investigación en el Instituto Nacional de Alimentos se centra principalmente en la reducción de la presencia de *Campylobacter* en aves de corral orgánicas y criadas en libertad, pero varios de los métodos también se pueden aplicar a aves de corral convencionales”.

Como parte del plan de acción contra *Campylobacter*, el Instituto Nacional de Alimentos está llevando a cabo una serie de proyectos de investigación que analizan nuevos métodos para limitar el crecimiento de la bacteria y mejorar las evaluaciones de riesgos.

La investigación abarca desde aditivos alimentarios y tecnologías de refrigeración hasta soluciones avanzadas de envasado, secuenciación genómica completa y aprendizaje automático para el rastreo de infecciones y el registro de su origen. El plan de acción también incluye iniciativas de información para los consumidores.

“Como consumidor, puede tomar medidas para evitar infectarse con *Campylobacter*. Recuerde los buenos consejos sobre higiene en la cocina: es especialmente importante manipular la carne cruda completamente separada de los alimentos listos para consumir y cocinar bien el

pollo", afirmó Sørine Quaade Møller, directora de sección de la Administración Danesa de Veterinaria y Alimentos.

Vigilancia nacional basada en secuencias

El Statens Serum Institut y la Administración Danesa de Veterinaria y Alimentos llevan varios años utilizando la secuenciación del genoma completo en la vigilancia nacional. Además, el Instituto Nacional de Alimentos ha utilizado la secuenciación del genoma completo para, entre otras cosas, crear un inventario de fuentes de infección.

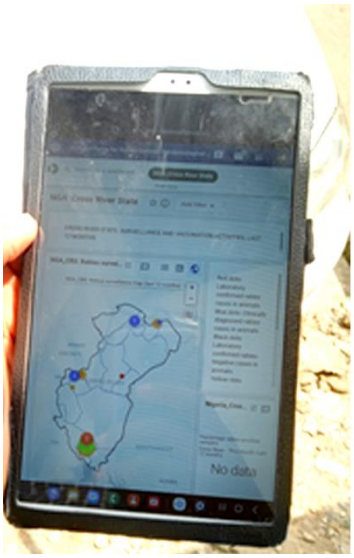
Todo esto ha contribuido a una mejor comprensión de *Campylobacter* en la producción avícola mediante el uso integrado de datos de secuenciación. En 2024, el SSI desarrolló un método que permite detectar y tipificar *Campylobacter* directamente en muestras sin cultivo previo.

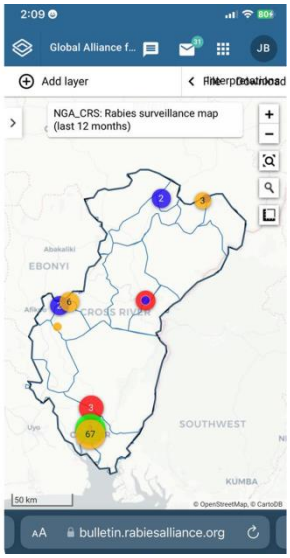
"La vigilancia existente con secuenciación del genoma completo y comparación de tipos en pacientes y alimentos es absolutamente esencial para identificar rápidamente las fuentes de infección. El uso de métodos basados en secuencias recientemente desarrollados tiene un gran potencial para establecer una mejor visión general de la propagación de los tipos de *Campylobacter* en la producción avícola", afirmó la investigadora Katrine G. Joensen del SSI.

LA VIGILANCIA DE LA RABIA SALVA VIDAS EN EL ESTADO DE CROSS RIVER

04/09/2025

En Nigeria, la rabia sigue cobrándose unas 10.000 vidas humanas al año; es probable que esta cifra sea una subestimación. Esta enfermedad afecta principalmente a comunidades suburbanas y rurales, donde los programas de prevención son limitados. La vigilancia sigue siendo uno de los pilares del control de la rabia con menos recursos. Sin una vigilancia fiable, los casos no se denuncian y la rabia se descuida. Sin embargo, en el estado de Cross River, una iniciativa singular está cambiando esta situación.





En 2022, el Departamento de Servicios Veterinarios del Estado de Cross River se asoció con la Alianza Global para el Control de la Rabia (GARC) para abordar este problema persistente de la deficiente vigilancia de la rabia. La GARC proporcionó apoyo técnico y herramientas para facilitar la vacunación canina en tiempo real, el registro de incidentes de mordeduras de perro y el seguimiento de los casos de rabia en humanos y animales mediante una aplicación móvil basada en DHIS2. Por primera vez, se logró el seguimiento sistemático de la rabia en la región.[1]

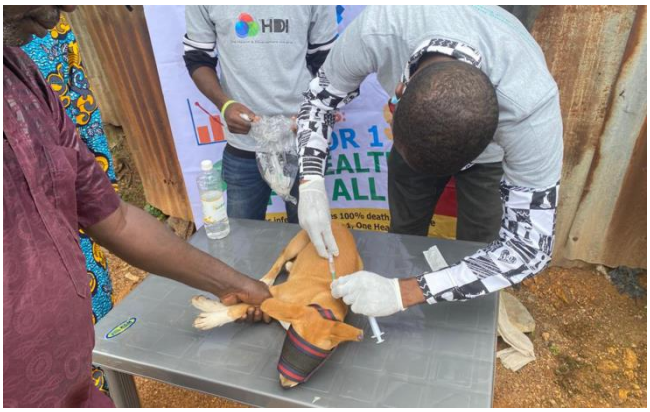
Sin embargo, la vigilancia de la rabia requiere más que solo tecnología. Una vez que se reporta un caso sospechoso de rabia o una mordedura, los servicios de emergencia deben actuar con rapidez: desplazarse al lugar (a veces a horas de distancia), realizar investigaciones, identificar a los animales sospechosos y a las víctimas, recolectar muestras y enviarlas para su confirmación.

Liderando estos esfuerzos de vigilancia y respuesta a la rabia están el Dr. John Bassey y el Dr. Moses Efenji, veterinarios con base en el estado de Cross River. En un estado donde puede tomar hasta nueve horas viajar del extremo sur al norte, la logística planteó un desafío significativo. La solución fue reclutar y capacitar a la red existente de paraveterinarios del estado, que son trabajadores de salud animal capacitados por el servicio civil ya estacionados en cada área de gobierno local. Una vez que se detecta un caso sospechoso de rabia humana o animal, se despliega al oficial capacitado más cercano para investigar, recolectar datos y muestras. Si bien las muestras se envían al Instituto Nacional de Investigación Veterinaria (NVRI) en Vom, estado de Plateau, para las pruebas de confirmación, el proyecto también ha fortalecido sus

[1] DHIS2 (*District Health Information Software* 2) es un sistema de información de salud de código abierto utilizado en todo el mundo para la recolección, análisis, visualización y uso de datos de salud y de otros sectores. Fue desarrollado por la Universidad de Oslo, en Noruega, con el propósito de ayudar a gobiernos, organizaciones no gubernamentales y entidades internacionales a gestionar datos de salud, especialmente en contextos con recursos limitados.

DHIS2 permite recolectar información desde hospitales, clínicas y programas comunitarios, analizarla en tiempo real mediante cuadros de mando, gráficos y mapas, y facilitar así la toma de decisiones basadas en evidencia, por ejemplo para detectar brotes de enfermedades o planificar campañas de vacunación. Su diseño es escalable, lo que lo hace útil a nivel local, regional o nacional, e incluso puede cubrir países completos. Aunque nació como una herramienta para la salud pública, hoy también se utiliza en áreas como educación, programas sociales y gestión de emergencias.

capacidades de diagnóstico y protocolos de respuesta al establecer procedimientos rápidos de pruebas de campo para agilizar la evaluación de riesgos y la respuesta.



Seguimiento de la rabia: casos y desafíos.

Los resultados son alarmantes. En tan solo dos años de vigilancia sistemática, se identificaron 22 casos de rabia (21 perros y un humano) en un estado que no había reportado ningún caso durante más de una década. Esto confirmó lo que muchos expertos en salud pública sospechaban desde hacía tiempo: la rabia estaba presente, pero no documentada, y se cobraba vidas de manera silenciosa. Los casos en animales abarcaban desde perros callejeros hasta animales con dueño, incluyendo uno comprado para consumo, lo que subraya la necesidad de estrategias de prevención multifacéticas y adaptadas a cada localidad.

A pesar de estos éxitos, el equipo enfrenta desafíos persistentes. Sin apoyo gubernamental formal, el proyecto depende del compromiso personal y el esfuerzo voluntario. Las prácticas culturales también complican los esfuerzos: en el estado de Cross River, los perros son tanto mascotas como fuente de carne, lo que genera presión para la investigación y la recolección de muestras. De los 21 casos animales reportados, 12 fueron confirmados por laboratorio y nueve se clasificaron como probables según los signos clínicos observados por miembros de la comunidad antes del sacrificio de los perros. “Los cadáveres de animales rabiosos no deben consumirse bajo ninguna circunstancia”, enfatizó el Dr. Eze Adaeze, epidemiólogo veterinario que documenta la vigilancia de la rabia en Nigeria. “La vigilancia debe ir de la mano con la educación comunitaria y la tenencia responsable de perros”.

Datos para la acción

La verdadera medida del éxito de un sistema de vigilancia reside en su impacto en la salud humana. Cuando se reporta un caso de rabia animal, las víctimas de mordeduras pueden acceder a la profilaxis posexposición (PEP), que les salva la vida. Sin embargo, el acceso y el costo de la PPE siguen siendo un obstáculo crítico. Un régimen completo cuesta aproximadamente 150 dólares, y la inmunoglobulina antirrábica cuesta alrededor de 100 dólares, más que el salario mínimo mensual en Nigeria, de 46 dólares. El paciente debe asumir el costo total. Por lo tanto, los equipos de vigilancia no solo identificaron casos, sino que también brindaron asistencia financiera a las víctimas para que accedieran al tratamiento.

“Cada caso de rabia es desgarrador cuando sabes que podría haberse evitado. A veces, la diferencia entre la vida y la muerte se reduce a 150 dólares”, afirmó el Dr. John Bassey.

La carga documentada de rabia permitió que el estado de Cross River recibiera más de 10.000 vacunas antirrábicas para perros entre 2022 y 2023 a través del proyecto REDISSE del Banco Mundial, lo que demuestra cómo una vigilancia eficaz puede movilizar recursos para la prevención y el control. Sin embargo, desde la finalización del proyecto ese mismo año, los suministros de vacunas han disminuido sin nuevos fondos, lo que pone de relieve el desafío constante de mantener los recursos para la intervención.[2]

El modelo de Cross River ahora se está considerando para su adopción a nivel nacional. A fines del año pasado, las partes interesadas de los sectores de la salud humana, la salud animal, el ambiente y la vida silvestre se reunieron con GARC y otros socios –la Organización de las

Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, la Organización Mundial de la Salud– para desarrollar un Kit de herramientas nacional de respuesta rápida contra la rabia para Nigeria que proporciona un marco de Una Salud para la prevención y respuesta a la rabia. Como Nigeria tiene como objetivo eliminar la rabia humana transmitida por perros para 2030, el modelo de Cross River ofrece un plan escalable tanto a nivel nacional como regional en África. Pero para que este impulso perdure, debe haber un compromiso gubernamental y una inversión sostenida. Con países como Nigeria aprovechando nuevas oportunidades globales como el programa de vacunas antirrábicas humanas de la Alianza para las Vacunas y la financiación renovada del Banco Mundial, junto con este sistema de vigilancia, la concienciación de la comunidad, la tenencia responsable de mascotas, la PEP asequible para las víctimas de mordeduras, el suministro sostenible de vacunas para animales, el enfoque de Cross River podría convertirse en una historia de éxito de Una Salud completamente integrada.

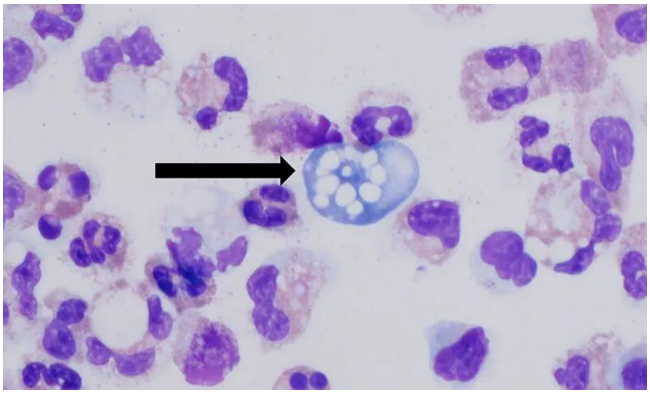
[2] El proyecto REDISSE (*Regional Disease Surveillance Systems Enhancement*) es una iniciativa del Banco Mundial destinada a fortalecer los sistemas de vigilancia de enfermedades y la preparación ante epidemias en África occidental y central. Fue lanzado en 2016 como respuesta –entre otras– al brote de la enfermedad por el virus del Ébola en África occidental, que dejó en evidencia la necesidad de contar con sistemas de salud más resilientes, integrados, capaces de detectar enfermedades emergentes y responder rápidamente.

DAWN

PAKISTÁN

QUINTA MUERTE DEL AÑO POR UNA INFECCIÓN POR *NAEGLERIA FOWLERI* EN SINDH

13/09/2025



Naegleria fowleri

El Departamento de Salud de Sindh informó el 12 de septiembre la quinta muerte en la provincia causada por la ameba *Naegleria fowleri*.

Un hombre de 29 años de Karachi murió el 11 de septiembre en un hospital privado, informó Meeran Yousuf, coordinador de medios del ministro de salud de Sindh.

"El paciente comenzó a presentar síntomas el 7 de septiembre y fue hospitalizado el 11 de septiembre", añadió Yousuf. "La presencia de *Naegleria fowleri* se confirmó en el paciente el 12 de septiembre, tras su fallecimiento".

El coordinador de medios agregó que tras la investigación se observó que el paciente no había participado en ninguna "actividad relacionada con el agua" y que su única exposición fue el uso regular de agua del grifo para beber y bañarse.

"Esta es la quinta muerte por *Naegleria fowleri* en Sindh en 2025", dijo Yousuf.

Naegleria fowleri se encuentra comúnmente en aguas dulces cálidas, como lagos, ríos y aguas termales, y en el suelo. Las personas se infectan cuando el agua que contiene la ameba entra al cuerpo por la nariz. Esto suele ocurrir al nadar, bucear o sumergir la cabeza en agua dulce, como en lagos y ríos. La ameba luego sube por la nariz hasta el cerebro, donde destruye el tejido cerebral y causa meningoencefalitis amebiana primaria.

Los primeros síntomas de la meningoencefalitis amebiana primaria suelen aparecer unos cinco días después de la infección y pueden incluir dolor de cabeza, fiebre, náuseas o vómitos. Los síntomas posteriores pueden incluir rigidez de nuca, confusión, falta de atención a las personas y al entorno, convulsiones, alucinaciones y coma.

Tras la aparición de los síntomas, la enfermedad progresa rápidamente y suele causar la muerte en un plazo de cinco días. El germen no puede sobrevivir en agua fría, limpia y clorada.

YA SON 145 LOS NIÑOS MUERTOS DE HAMBRE EN GAZA DEBIDO AL BLOQUEO ISRAELÍ

13/09/2025

El total de niños muertos debido a la desnutrición y el hambre en la Franja de Gaza alcanzó a 145 tras el fallecimiento el 12 de septiembre de dos menores como consecuencia del bloqueo israelí a la entrada masiva de alimento y ayuda humanitaria, informó el 13 de septiembre el Ministerio de Salud.

En total, el 12 de septiembre se registraron en los hospitales gazatíes siete muertes por esta causa, entre ellas las de cinco adultos, con los que ya suma 275 el número de fallecidos desde el inicio de la ofensiva bélica de Israel tras los ataques de Hamás en octubre de 2023, que costó la vida a 1.200 israelíes.

Entre los muertos hay bebés de tan solo días de edad, otros que tenían meses de vida, pero también niños pequeños y ancianos. A veces, según médicos en la Franja, son las propias madres las que padecen malnutrición y no pueden amamantar a sus recién nacidos.

Desde que la Clasificación Integrada de la Seguridad Alimentaria en Fases (ICF) declarase la hambruna en la ciudad de Gaza y áreas aledañas el pasado 22 de agosto, se han registrado 142 muertes, entre ellas 30 niños.

El informe publicado por la ICF indica que un total de 1,6 millones de gazatíes sufren hambre, entre ellos una tercera parte (más de medio millón) de manera crítica, al padecer de una privación extrema de alimentos, mientras que el resto de la población se encuentra en situación de "crisis alimentaria".

Israel no permite la entrada masiva de ayuda humanitaria a través de camiones de la Organización de Naciones Unidas (ONU) desde hace más de seis meses –alegando sin pruebas que Hamás se beneficia de estos suministros–, e implementó un sistema de reparto de alimento a través de unos complejos militarizados, la mayoría en el sur del enclave, obligando a la población a desplazarse hasta ellos.

A diario, las tropas israelíes abren fuego cerca de estos puntos a fin de dispersar a las miles de personas que acuden en busca de algo de comida. Según el Ministerio de Salud, unos 2.480 palestinos han sido asesinados en sus alrededores, o cerca de los puestos de control militares por donde pasan los escasos camiones que Israel sí deja entrar.

Al menos a 36 palestinos muertos en Gaza el 12 de septiembre

El Ejército israelí asesinó al menos a 36 palestinos en la Franja de Gaza desde la madrugada del 12 de septiembre, la mayoría en el norte del enclave y en la asediada ciudad de Gaza, urbe que las tropas tienen planeado invadir.

Según datos proporcionados en las morgues, el Hospital Al-Shifa, localizado en la ciudad de Gaza, recibió a 27 de los fallecidos; de cuales 14 murieron en un solo ataque aéreo israelí con-

tra una vivienda en la zona de Al-Tawam, al norte de la capital, de acuerdo con fuentes médicas.

Además, otras cuatro personas fueron asesinadas en un bombardeo contra la localidad norteña de Yabalia, mientras que cuatro más murieron en ataques contra el asediado barrio de Sheikh Radwan, al norte de la ciudad de Gaza, según fuentes médicas.

Dos palestinos más fueron asesinados en el campamento de refugiados de Al-Shati, al oeste de la ciudad de Gaza, cuando su tienda de campaña que albergaba a personas desplazadas fue atacada, y al menos otro gazatí murió por disparos de las tropas mientras esperaba el reparto de comida en Rafah.

Varios gazatíes murieron también en ataques contra viviendas en la zona de al-Sudaniya, al noroeste de la ciudad de Gaza, y en la sureña Jan Yunis.

El Ejército israelí está intensificando sus ataques contra la ciudad de Gaza desde que en agosto aprobase un plan para invadirla y desplazar de forma forzosa al sur a su millón de habitantes, en una operación que expertos en derechos humanos describen como un crimen de guerra.

Relatores de la ONU, organizaciones internacionales y un creciente número de países califican de genocidio la ofensiva militar israelí contra la Franja de Gaza, en la que han muerto más de 64.700 personas, entre ellas más de 19.000 niños, en menos de dos años.

Además, la Franja se ha vuelto prácticamente inhabitable, debido a la sistemática destrucción israelí de todo tipo de edificios, y el acceso a alimento, gasolina o medicinas continúa siendo muy limitado a consecuencia de las restricciones israelíes a la entrada de suministros.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó sus estadísticas mundiales sobre el cólera para 2024, que muestran un aumento tanto en el número de personas que enfermaron como en el de personas que murieron a causa de la enfermedad.

Los casos de cólera notificados aumentaron 5% y las muertes 50% en 2024 en comparación con 2023, con más de 6.000 personas falleciendo a causa de una enfermedad prevenible y tratable. Si bien estas cifras son alarmantes, subestiman la verdadera carga del cólera.

Los conflictos, el cambio climático, el desplazamiento de población y las deficiencias a largo plazo en la infraestructura de agua, saneamiento e higiene siguen alimentando el aumento del cólera, una enfermedad causada por la bacteria *Vibrio cholerae*, que se propaga rápidamente a través del agua contaminada con heces.

Sesenta países notificaron casos en 2024, un aumento respecto de los 45 de 2023. La carga de la enfermedad siguió concentrada en África, Medio Oriente y Asia, que en conjunto representaron 98% de todos los casos notificados.

El alcance de los brotes de cólera continuó expandiéndose en 2024, con 12 países que reportaron más de 10.000 casos cada uno, siete de los cuales experimentaron brotes importantes por primera vez en el año. El resurgimiento del cólera en las Comoras, tras más de 15 años sin brotes reportados, subraya la persistente amenaza de transmisión global.

La tasa de letalidad en África aumentó de 1,4% en 2023 a 1,9% en 2024, lo que revela brechas críticas en la prestación de atención vital y señala la fragilidad de muchos sistemas de salud, junto con desafíos en el acceso a servicios de salud básicos.

Una cuarta parte de las muertes ocurrieron en la comunidad, fuera de los centros de salud, lo que pone de relieve graves deficiencias en el acceso al tratamiento y la necesidad de fortalecer el trabajo con las comunidades.

Para combatir el cólera, los gobiernos, los donantes y las comunidades deben garantizar que las personas tengan acceso a agua potable e instalaciones de higiene, información precisa sobre cómo protegerse y acceso rápido al tratamiento y la vacunación cuando se produzcan brotes. Una vigilancia y un diagnóstico rigurosos ayudarán a orientar estas respuestas. También se necesita una mayor inversión en la producción de vacunas.

Una nueva e innovadora vacuna oral contra el cólera, Euvichol-S®, fue precalificada a principios de 2024 e ingresó en la reserva mundial. Su incorporación contribuyó a mantener los niveles promedio de reservas por encima del umbral de emergencia de 5 millones de dosis durante los primeros seis meses de 2025. Sin embargo, debido a la continua alta demanda de la vacuna oral, el cambio temporal de un régimen de dos dosis a uno de dosis única se mantu-

vo vigente durante 2024 y 2025. En 2024, se solicitaron 61 millones de dosis de la vacuna oral para la reserva mundial, y se aprobó un récord de 40 millones para uso de emergencia en campañas reactivas de dosis única en 16 países. No obstante, las limitaciones de suministro continuaron superando la demanda en 2024 y 2025.

Los datos preliminares muestran que la crisis mundial del cólera continúa en 2025, con 31 países notificando brotes desde principios de año.

La OMS considera muy alto el riesgo mundial de cólera y está respondiendo con urgencia para reducir las muertes y contener los brotes en países de todo el mundo. La OMS continúa apoyando a los países mediante el fortalecimiento de la vigilancia de la salud pública, la gestión de casos y las medidas de prevención; la provisión de suministros médicos esenciales; la coordinación de despliegues sobre el terreno con los asociados; y el apoyo a la comunicación de riesgos y la participación comunitaria.

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.