



CÓRDOBA

- Meningitis gonocócica, una entidad aún vigente

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de covid
- Buenos Aires: Aumento estacional de casos de triquinosis
- Santa Fe: Situación epidemiológica de la fiebre hemorrágica argentina

AMÉRICA

- Latinoamérica: Las tierras indígenas amazónicas reducen la incidencia de 27 enfermedades
- Canadá: Aumento de casos de tuberculosis en la Región Nunavik, en Quebec
- Estados Unidos: Florida recula en su política de vacunas y mantiene la mayoría de las inyecciones obligatorias
- México: Notable repunte en los casos de VIH, con más de 12.000 casos en nueve meses

EL MUNDO

- India: Kerala confirmó más de 70 casos de infección por *Naegleria fowleri* y 19 muertes en lo que va de año
- India: Situación epidemiológica de la infección por el virus Nipah
- Israel: El brote de sarampión ya superó los 1.200 casos
- Nigeria: Los peligros de la esquistosomosis
- República Democrática del Congo: Situación epidemiológica de la enfermedad por el virus del Ébola
- Zambia: Situación epidemiológica de la mpox

Comité Editorial

Editor Honorario ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021)

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

Editor en Jefe

ÍLIDE SELENE DE LISA

Editores adjuntos

RUTH BRITO
ENRIQUE FARÍAS

Editores Asociados

ISSN 2796-7050

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

Patrocinadores



Adherentes



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

En enero de 2025, consultó en el Hospital 'Misericordia-Nuevo Siglo', en la ciudad de Córdoba, una paciente femenina de 16 años de edad, sin antecedentes patológicos, presentando fiebre, cefalea y vómitos de 7 días de evolución. En una consulta previa, se descartó infección por Dengue y se la citó para control. En las últimas 48 horas su cefalea había aumentado y se agregó fotofobia, sonofobia, vómitos y una artralgia autolimitada en su tobillo derecho.

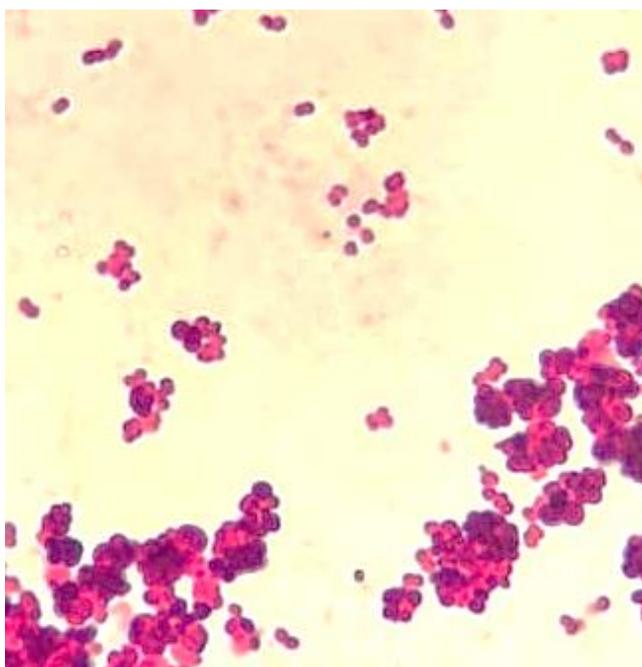
Al examen se encontraba febril, con rigidez de nuca, signos de Kernig y Brudzinski positivos, y lesión oral pústulo-costrosa en el labio inferior. El examen de laboratorio informó leucocitosis con neutrofilia. Se le realizó tomografía de cerebro y radiografía de tórax, ambas sin hallazgos patológicos.

Fue ingresada con diagnóstico de síndrome meníngeo. Se le realizó una punción lumbar con presión de apertura de 30 cmH₂O. El líquido cefalorraquídeo presentaba aspecto límpido, pleocitosis (1.800/campo) a predominio polimorfonuclear (60%), hiperproteínorraquia (1.424 mg/L), hipoglucorraquia (43 mg/dL, periférica de 98 mg/dL, 44%) y lactato elevado (47 mg/dL).

Se realizó cultivo de líquido cefalorraquídeo, reacciones en cadena de la polimerasa (PCR) virales y panel para meningoencefalitis de FilmArray. Se tomaron hemocultivos y se inició empíricamente tratamiento con ceftriaxona y aciclovir.



Placa de agar-chocolate, con colonias de *Neisseria gonorrhoeae*.



Coloración de Gram. Diplococos gramnegativos de caldo de líquido cefalorraquídeo.

A las 48 horas, la cefalea disminuyó y remitieron todos los síntomas agregados. Los resultados microbiológicos del líquido cefalorraquídeo revelaron diplococos gram-negativos, identificados manualmente como *Neisseria gonorrhoeae*, mediante VITEK 2 y MALDI-TOF. El antibiograma indicó sensibilidad a ceftriaxona y azitromicina, y resistencia a la ciprofloxacina.

Se suspendió el Aciclovir, y se solicitó hisopado faríngeo, genital y anal a la paciente y a su pareja sexual pero, ante la negativa de ambos, solo se realizó hisopado faríngeo a la primera, en el día 12, el que resultó negativo (cultivo y PCR).

Cumplió 14 días de tratamiento dirigido con ceftriaxona, y fue dada de alta sin secuelas.

Neisseria gonorrhoeae es una bacteria gramnegativa con morfología de diplococo. Su contagio se produce mediante el contacto mucoso, y es uno de los principales patógenos en infecciones de transmisión sexual. Puede producir infección asintomática, cuadros no complicados como uretritis o cervicitis, y complicaciones tanto locales como diseminadas, como la enfermedad gonocócica invasiva, definida como el aislamiento de este microorganismo en un tejido estéril.

Esta ocurre en 0,5-3,0% de las infecciones por este patógeno, y las entidades más reconocidas son el síndrome de dermatitis-artritis y la artritis séptica. La meningitis gonocócica es una presentación grave y potencialmente mortal, pero muy infrecuente y poco reportada en la bibliografía. Desde 1917, cuando se describió el primer caso, sólo se han mencionado entre 30 y 40 casos, con una mortalidad mucho menor desde la era post-antibiótica, y con grandes similitudes clínico-epidemiológicas, prevaleciendo el sexo femenino, la edad entre 15 y 30 años y el antecedente de artralgias y lesiones en la piel.

A pesar de contar con antibióticos efectivos y protección con métodos de barrera para las relaciones sexuales, su incidencia sigue vigente y puede tener consecuencias potencialmente mortales. La potencial severidad de las infecciones por *N. gonorrhoeae* y su resistencia creciente son preocupantes, y sugieren la necesidad de enfatizar en su prevención con métodos de barrera y en el uso racional de antibióticos.

Puede comunicarse con el Servicio de Infectología del Hospital 'Misericordia-Nuevo Siglo' al mail residenciainfectologiahm@gmail.com.

Las detecciones de SARS-CoV-2 en las unidades de monitoreo ambulatorio de enfermedad tipo influenza permanecen en valores bajos y estables, luego del último ascenso de casos registrado durante 2024. En la semana epidemiológica (SE) 36 de 2025 se notificaron cinco casos positivos para SARS-CoV-2 entre las 71 muestras estudiadas mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

Las unidades centinela de infecciones respiratorias agudas graves (UC-IRAG) registraron 17 detecciones de infección por SARS-CoV-2 entre 935 casos de IRAG estudiados en las últimas cuatro SE.

La vigilancia universal a través de la red de laboratorios de virus respiratorios, por su parte, registró durante 2024 dos ascensos en el número de casos de covid, el primero entre la SE 1 y la SE 12, y, el segundo entre la SE 29 y la SE 51, de menor magnitud que el previo. Durante las primeras 35 SE de 2025 los casos se mantienen en valores bajos, si bien se registra un ligero ascenso en las detecciones en la SE 34 y la SE 35.

Asimismo, las detecciones de SARS-CoV-2 en personas internadas permanecen en valores bajos. Entre la SE 1 y la SE 36 de 2025, se notificaron 1.617 casos de SARS-CoV-2 en personas internadas. Respecto del mismo periodo del año anterior, esto representa 65,3% menos casos. Los casos de SARS-CoV-2 en hospitalizados presentaron un ascenso entre la SE 34 y la SE 42 de 2024, seguido de una disminución posterior y valores estables en lo que va de 2025. En la SE 36 de 2025 se registraron 42 casos positivos con este diagnóstico, sin fallecimientos. Se registran detecciones de SARS-CoV-2 en todos los grupos de edad, principalmente en adultos mayores, personas mayores de 45 años y menores de 1 año.

Vigilancia genómica de SARS-CoV-2

En Argentina, la situación actual de las variantes del SARS-CoV-2 se caracteriza por una circulación exclusiva de la variante Omicron. En relación a esta, se verifica un predominio de las variantes de Omicron que no corresponden a las variantes de interés (VOI) ni a las variantes bajo monitoreo (VUM). En cuanto a las variantes de Omicron VOI/VUM, se detectaron casos de LP.8.1, XFG y KP.3.1.1.

Durante el periodo entre la SE 25 y la SE 32 de 2025, se notificaron 74 muestras analizadas por secuenciación genómica de SARS-CoV-2, entre las que se identificaron las variantes LP.8.1* (7 casos; 9,46%), seguida de la XFG (6 casos; 8,11%). Además, se registró un caso de la variante KP.3.1.1 (*Indica la inclusión de linajes descendientes). Las restantes muestras secuenciadas correspondieron a otras variantes de Omicron (no VOI ni VUM).

Durante el período mencionado, de acuerdo a la información actualizada al 31 de agosto de 2025, el Laboratorio Nacional de Referencia –Servicio Virosis Respiratorias del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas/Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud ‘Dr. Carlos Gregorio Malbrán’– realizó la secuenciación de 327 virus detectados a partir de muestras recolectadas por los laboratorios integrantes de la Red Nacional de Virus Respiratorios, provenientes de 20 jurisdicciones: la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y las provincias de Buenos Aires, Catamarca, Chaco, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, Formosa, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Neuquén, Salta, San Juan, San Luis, Santa Cruz, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán. Del total analizado, 171 casos (70,4%) correspondieron a variantes no clasificadas como VOI/VUM, seguido por la variante LP.8.1* (40 casos; 16,5%), XEC (24 casos; 9,9%), KP.3* (5 casos; 2%) y XFG (4 casos; 1,6%).

En 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 35, se notificaron en la provincia de Buenos Aires 118 casos sospechosos de triquinelosis, de los cuales se confirmaron 58, tres fueron descartados y 57 continúan en estudio.

Hasta la fecha se notificaron cinco brotes confirmados vinculados al consumo de productos de faena casera y, dos brotes con sospecha de triquinelosis también a partir de productos de faena casera.

El primer brote se registró en la SE 26, en el partido de Tornquist y Bahía Blanca. Se identificaron seis personas con síntomas compatibles, vinculadas al consumo de carne de cerdo de faena casera.

El segundo brote corresponde al partido de Azul, registrado en la SE 28. Se trató de un evento en el cual se consumieron chacinados de origen casero. Fueron identificadas 42 personas expuestas, de las cuales 37 presentaron síntomas.

El tercer brote con sospecha de triquinelosis corresponde a la SE 29, el cual se desarrolló a partir de un evento familiar en Escobar, donde se consumieron productos de origen casero. Hubo 10 personas expuestas, de las cuales nueve presentaron síntomas.

El cuarto brote tuvo lugar en el partido de Trenque Lauquen, en la SE 30; el mismo fue provocado por el consumo de productos de faena casera. Presentaron síntomas dos personas.

El quinto brote se notificó en la localidad de Carhué, partido de Adolfo Alsina, a partir del consumo familiar de carne de cerdo, que tuvo lugar en la SE 30. Todas las personas fueron asintomáticas.

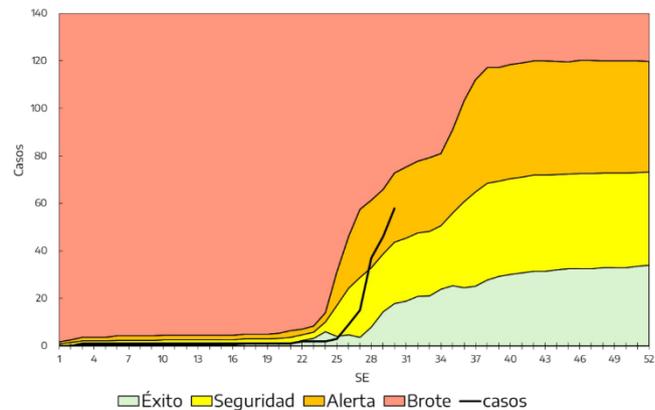
La sexta sospecha de brote se notificó en la SE 33, en La Plata. El mismo fue causado por el consumo de chacinados adquiridos en el partido de Roque Pérez. Presentaron síntomas las cuatro personas del mismo grupo familiar.

Por último, la séptima sospecha de brote ocurrió en el partido de Marcos Paz, en la SE 34, también por consumo de carne de cerdo de origen casero. De las siete personas del grupo familiar, seis presentaron síntomas.

Se llevaron a cabo las acciones de control de foco desde las regiones sanitarias correspondientes, secretarías de salud y Dirección de Bromatología de cada uno de los municipios.

Todas las personas recibieron tratamiento con albendazol y mebendazol, y las muestras fueron derivadas para su diagnóstico al laboratorio del Departamento de Zoonosis Rurales del Ministerio de Salud.

El corredor endémico acumulado se encuentra actualmente en zona de alerta. Como referencia, para el mismo período del año 2024 se habían notificado 180 casos sospechosos, 84 de los



Corredor endémico acumulado de triquinelosis. Provincia de Buenos Aires. Año 2025, en base a datos de los años 2019/2024.
Nota: Se excluye el año 2023, debido a la ocurrencia de un brote de gran extensión, por consumo de productos de origen comercial.

cuales se confirmaron y tres fueron probables. Además, se habían registrado seis brotes de triquinelosis en el partido de Leandro Nicéforo Alem, General Pueyrredón (Mar del Plata), Necochea (Quequén), Guaminí, Florencio Varela y Quilmes, y un sexto brote abarcó los partidos de San Nicolás, Pergamino y Ramallo.

La triquinelosis es una enfermedad parasitaria causada por las larvas y parásitos adultos de nematodos del género *Trichinella*, que afecta al ser humano, mamíferos domésticos y silvestres, aves y reptiles. Se trata de una zoonosis, la cual se transmite al ser humano de modo accidental, por la ingestión de carne o derivados cárnicos, crudos o mal cocidos, que contengan larvas musculares viables.

Los brotes se producen en su mayoría durante la época de bajas temperaturas, relacionado al momento del año en que se realiza con mayor frecuencia la faena de animales provenientes de la crianza familiar. Asimismo, aumenta la elaboración de chacinados y embutidos, debido a que no se necesita de una cámara frigorífica para preservar los alimentos.

La fiebre hemorrágica argentina constituye un evento de notificación obligatoria, regulado por la Ley 15.465. La vigilancia se realiza en el marco de la vigilancia integrada del “Síndrome febril agudo inespecífico (SFAI)” que agrupa múltiples eventos con similares signos y síntomas y etiología diversa. De esta manera, se considera caso de SFAI a toda persona de cualquier edad y sexo que presente fiebre de menos de 7 días de evolución, acompañado de mialgias, cefaleas, sin afección de vías aéreas superiores y sin etiología definida.

En 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 35, se notificaron con residencia habitual en la provincia de Santa Fe 284 casos sospechosos de fiebre hemorrágica argentina, de los cuales 16 fueron confirmados. Entre los casos confirmados se informó una persona fallecida de sexo masculino de 65 años de edad, con residencia habitual en el departamento Constitución (localidad de Máximo Paz).

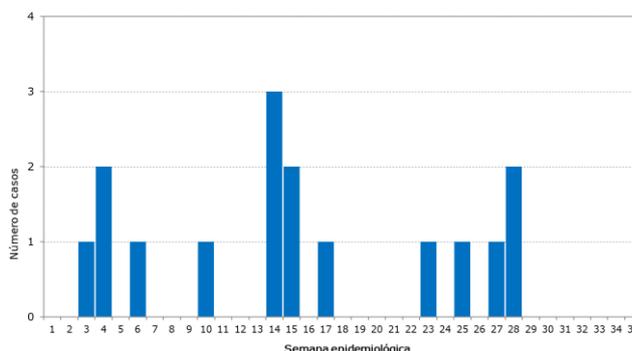
Si bien se reporta estacionalidad, con predominio de casos en otoño, se observa una distribución constante durante el año en curso.

De los 19 departamentos de la provincia, cinco notificaron casos confirmados. La distribución de los casos por localidad fue la siguiente:

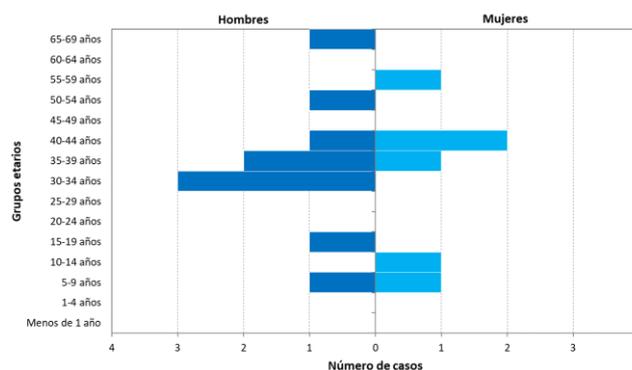
- Departamento Constitución (7 casos): Villa Constitución (4), Empalme Villa Constitución (1), Máximo Paz (1) y Pavón (1).
- Departamento Rosario (4 casos): ciudad de Rosario (2), Fighiera (1) y Villa Gobernador Gálvez (1).
- Departamento Belgrano (2 casos): Armstrong (2).
- Departamento San Martín (2 casos): San Jorge (1) y Piamonte (1).
- Departamento San Jerónimo (1 caso): San Genaro (1).

La mediana de edad de los casos confirmados fue de 35 años. De los 16 casos confirmados, 10 fueron del sexo masculino y 6 del sexo femenino.

En ningún caso se presenta registro de vacunación con Candid#1.



Casos confirmados de fiebre hemorrágica argentina, según semana epidemiológica de fecha de inicio de síntomas. Provincia de Santa Fe. Año 2025, hasta semana epidemiológica 35. Fuente: Dirección de Promoción y Prevención de la Salud, Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe (N=16).



Casos confirmados de fiebre hemorrágica argentina, según sexo y edad. Provincia de Santa Fe. Año 2025, hasta semana epidemiológica 35. Fuente: Dirección de Promoción y Prevención de la Salud, Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe (N=16).

La fiebre hemorrágica argentina es una enfermedad aguda grave, cuyo agente etiológico es el virus Junín. Es una infección de comportamiento endémico, abarcando el área comprendida entre el noroeste y el centro de la provincia de Buenos Aires, el sur de Santa Fe, el sur de Córdoba y el noreste de La Pampa.

El reservorio es el roedor de la especie *Calomys musculinus*, y la transmisión ocurre por contacto directo, inhalación de secreciones o excreciones del roedor, con piel lastimada, o mucosas. Excepcionalmente, se describe la transmisión interhumana. Inicialmente el patrón epidemiológico clásico relacionaba la enfermedad con la actividad agropecuaria, y se presentaba en personas que vivían o trabajaban en zonas rurales. A partir de 2010 se modificó el patrón epidemiológico por lo que en la actualidad es una enfermedad que debe sospecharse en personas que vivan o trabajen en el área endémica, independientemente de su actividad laboral, edad y sexo. La fiebre hemorrágica argentina se caracteriza por un síndrome febril inespecífico, con alteraciones hematológicas (leucopenia y plaquetopenia con baja velocidad de eritrosedimentación), neurológicas, renales y cardiovasculares. La mortalidad sin tratamiento oscila entre 15% y 30%, mientras que con la administración oportuna del plasma inmune (dentro de los ocho días del inicio de los síntomas) es de 1%.

El diagnóstico se realiza con una muestra de sangre obtenida en el momento de la enfermedad aguda para realizar técnicas de biología molecular (reacción en cadena de la polimerasa) y luego de los 45-60 días se solicita una segunda muestra para procesar técnicas serológicas. No es necesario la confirmación por técnicas de laboratorio para solicitar el plasma inmune, y este debe ser instaurado antes del octavo día de evolución de los síntomas en los casos sospechosos con leucopenia, y plaquetopenia. El tratamiento se solicita al Banco de plasma de la provincia de Santa Fe, ubicado en el Hospital Provincial del Centenario de Rosario mediante el envío de la ficha epidemiológica con datos completos y especificando peso, grupo y factor Rh del paciente.

La fiebre hemorrágica argentina es inmunoprevenible, a través de la vacuna Candid#1, incluida en el Calendario Nacional de Vacunación para personas a partir de entre 15 y 65 años de edad que viven o trabajan en la zona endémica. Es una vacuna a virus vivos atenuados, que se aplica en única dosis, intramuscular en deltoides y está disponible en todos los vacunatorios de los departamentos del sur de la provincia. Los huéspedes inmunodeprimidos, la lactancia, y el embarazo son contraindicaciones. La prevención está dirigida principalmente a la vacunación, y a evitar el contacto con roedores en todos los ámbitos.

El abordaje requiere sospecha precoz, y manejo terapéutico oportuno para evitar casos graves y letales.

Los territorios indígenas legalmente reconocidos en la Amazonía son esenciales para reducir la incidencia de enfermedades asociadas a los incendios y tienen el potencial de disminuir los riesgos de zoonosis y de enfermedades transmitidas por vectores, como mosquitos, garrapatas y flebótomos.

La conclusión surge de un reciente estudio, que abarcó ocho países amazónicos: Brasil, Perú, Colombia, Bolivia, Venezuela, Surinam, Ecuador y Guyana, además de Guayana Francesa (territorio de ultramar de Francia).



La investigación analizó datos de 20 años sobre la incidencia de 27 problemas de salud, 21 de ellos relacionados con incendios y los seis restantes, con enfermedades transmitidas por animales o vectores.

Sin embargo, esa relación es compleja, no lineal y altamente dependiente del contexto del paisaje. Para que los territorios indígenas tengan un efecto protector, requieren estar en municipios que ya cuentan con una cobertura forestal promedio. La protección brindada por estos territorios puede reducir la incidencia de enfermedades relacionadas con incendios (cardiovasculares y respiratorias), si cuentan con más de 45% de cobertura forestal.

En el caso específico de las enfermedades cardiovasculares, la fragmentación del hábitat está asociada a un aumento de la incidencia, con efectos más notorios en municipios con baja cobertura de territorios indígenas.

A medida que aumenta el bosque fuera de los territorios indígenas, la incidencia de las enfermedades cardiovasculares disminuye, excepto en municipios con alta fragmentación.

La protección de los territorios indígenas también consigue mitigar las incidencias de las enfermedades zoonóticas si cubren más de 40% del municipio. Las enfermedades estudiadas incluyeron malaria, leishmaniosis cutánea y visceral, enfermedad de Chagas, hantavirus y fiebre manchada brasileña.

Relación ancestral

Según el estudio, los territorios indígenas son áreas de tierra y recursos ocupados y utilizados tradicionalmente por los pueblos indígenas, que pueden o no estar oficialmente reconocidos por el Estado. Pero las legalizadas suelen tener un mayor factor de protección.

La evidencia científica sugiere que la relación ancestral y colectiva de esos pueblos, basada en creencias, prácticas, sistemas de conocimiento y normas sociales, conduce a formas sostenibles de vivir en armonía con la naturaleza.

Otro estudio, que analizó la incidencia de la zoonosis en ciudades de la Mata Atlántica, un importante bioma brasileño, comprobó que la presencia de los territorios indígenas se asocia a una menor cantidad de casos de hantavirosis, leishmaniosis cutánea y visceral, y fiebre manchada brasileña.



Zona de Mata Atlántica próxima a la ciudad de Río de Janeiro.

La investigación analizó datos de dos décadas (entre 2001 y 2022) de toda la Mata Atlántica que, aunque cubre 15% del territorio brasileño, es el bioma más devastado del país.

Cobertura forestal

De las cinco enfermedades zoonóticas estudiadas, solo la enfermedad de Chagas no estuvo asociada a una reducción de los casos con la cobertura de los territorios indígenas.

Sin embargo, al tomar en cuenta otra variable analizada –la cobertura forestal, es decir la cantidad de vegetación nativa dentro de esos territorios–, sí hubo una reducción de la incidencia de la enfermedad de Chagas, lo que se relaciona con un potencial efecto protector de los bosques manejados por los pueblos indígenas.

Al preservar la cobertura forestal, las tierras indígenas mantienen la integridad de los ecosistemas y la biodiversidad, ayudando a mitigar los riesgos de las enfermedades zoonóticas, especialmente cuando el contexto paisajístico en el que se ubican está degradado.

Además de preservar la vegetación nativa, el uso menos intensivo de los bosques que realizan esas comunidades contribuye a la reducción de la incidencia de zoonosis.

Además del tamaño de las tierras indígenas, la cobertura forestal fue otro factor de impacto significativo. Los municipios con mayor vegetación nativa también presentaron las menores tasas de infección, especialmente en el caso de hantavirosis, fiebre manchada brasileña y leishmaniosis visceral.

Por otro lado, la agricultura tuvo un efecto negativo sobre la incidencia de hantavirosis y fiebre manchada brasileña donde había tierras indígenas, lo que indica que, en contextos de mayor gobernanza ambiental y uso tradicional del territorio, se puede mitigar el riesgo asociado al uso agrícola del suelo.

Barreras efectivas

Aunque los territorios indígenas representan una pequeña parte de la Mata Atlántica brasileña (0,81%), han demostrado ser barreras eficaces contra la deforestación. En los últimos 30 años, esas áreas perdieron apenas 1,2% de su vegetación nativa, contra 19,9% de pérdida registrada en tierras privadas.

Evitar la deforestación y promover la reforestación son estrategias básicas para el control de enfermedades transmitidas por vectores. Ello se debe a que la destrucción del hábitat de algunos animales sinantrópicos –que viven en áreas próximas a las habitadas por los humanos–, como las ratas o los mosquitos, hace que migren a entornos urbanos.

Las tierras indígenas y sus pobladores deben ser reconocidos no solo por su importancia cultural y ambiental sino también como aliados estratégicos de la salud pública.

No hay gente sana en una tierra enferma, con animales enfermos, comiendo animales o plantas enfermos. Entender la relación de respeto de esas comunidades con la tierra es importante para un cambio de paradigma y para proponer nuevas actitudes que permitan una relación más equilibrada entre los humanos y el mundo.

Los casos de tuberculosis en la Región Nunavik están aumentando a tasas muy superiores a las que se observan habitualmente en Quebec y Canadá, según la junta regional de salud y servicios sociales.

En lo que va de 2025, se han confirmado 83 casos y se espera que la tasa supere los 800 casos cada 100.000 personas, lo que la convierte en una de las más altas del mundo, dijo la junta el 16 de septiembre.



“La tuberculosis es prevenible y curable, pero sigue afectando a Nunavik de manera desproporcionada”, señala el comunicado de prensa. “La escasez de mano de obra y la dependencia de recursos aéreos debilitan aún más la capacidad de respuesta de la región”.

También citó la escasez de viviendas, la falta crónica de financiación, la frágil infraestructura sanitaria y el acceso limitado al diagnóstico como factores contribuyentes.

Esta enfermedad transmitida por el aire puede ser difícil de detectar debido a que sus síntomas son similares a los de otras enfermedades, como fiebre, tos, fatiga general y pérdida de peso.

Nunavik, en la región norte de Quebec, alberga 14 comunidades. Su junta de salud afirmó estar trabajando con líderes comunitarios, centros de salud y socios gubernamentales para fortalecer la respuesta.

Las iniciativas incluyen apoyar a las comunidades durante los brotes y capacitar a los Nunavimmiut con nuevos fondos federales. La junta afirmó que también está trabajando para conseguir más recursos.

“Nuestras comunidades han demostrado una fortaleza notable frente a esta crisis. Pero la resiliencia por sí sola no es suficiente”, afirmó Jennifer Munick-Watkins, directora ejecutiva de la Junta Regional de Salud y Servicios Sociales de Nunavik (NRBHSS).

Desde 2019, la NRBHSS lidera un comité regional de tuberculosis con líderes comunitarios y representantes de salud y estableció un comité directivo con las tres organizaciones de salud de la región para avanzar en los esfuerzos de eliminación.

La junta afirmó que también abrió un centro de salud pública en Kangiqsualujjuaq para brindar servicios de prevención y apoyo con base cultural. Se planean más centros, así como campañas de concienciación para reducir el estigma, mejorar la adherencia al tratamiento y fomentar las pruebas tempranas.

El anuncio de Florida de relajar la vacunación requerida para asistir a la escuela levantó una ola de críticas y preocupación entre padres, planteles y la comunidad científica por el riesgo de brotes de enfermedades prevenibles, incluyendo algunas potencialmente mortales, como la meningocelitis. En pocos días, varias peticiones en línea que piden frenar la medida han reunido miles de firmas, y las autoridades estatales aclararon que el cambio afectará solo a cuatro vacunas, mientras el resto de las inmunizaciones obligatorias se mantiene.



El máximo responsable de Salud del Estado, Joseph Adebayo Ladapo, anunció la medida el 3 de septiembre, cuando comparó las vacunas con la “esclavitud”, y dijo que el gobierno no tiene derecho a decirle a la gente qué ponerse en el cuerpo. El Departamento de Salud de Florida dijo que el cambio “no será efectivo hasta dentro de 90 días” y que eliminarán los requisitos de inmunización con las vacunas contra la hepatitis B, la varicela, la antineumocócica conjugada, y contra el *Haemophilus influenzae* tipo b, que según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) es la causa más común de meningitis bacteriana en el país.

Las demás vacunas exigidas por la ley estatal para ingresar al colegio permanecerán en vigor, incluyendo las vacunas contra poliomielitis, difteria, rubéola, sarampión, tos convulsa, parotiditis y tétanos, a menos que la regulación cambie “mediante legislación”, indicó el Departamento de Salud. A pesar del carácter limitado de este primer mandato sobre las vacunas, Ladapo señaló que trabaja con el gobernador Ronald Dion DeSantis y la Legislatura estatal para eliminar el resto de los requerimientos.

Sendas peticiones para mantener las vacunas como un requerimiento en el Estado acumularon miles de firmas en el sitio [Change.org](https://www.change.org), donde algunos [han contado experiencias](#) de pérdidas de familiares por enfermedades como la poliomielitis, o han expresado preocupación sobre el posible impacto en personas inmunodeprimidas.

Ashlee Dahlberg, de 35 años y residente de Indiana, dijo que lanzó una de las peticiones porque su hijo de 8 años contrajo una infección por *Haemophilus influenzae* tipo b en abril y murió en menos de 16 horas. Según dijo, el niño padecía de asma severa y contrajo la bacteria de “un portador no vacunado de la escuela”.

“Los [niños no vacunados](#) están poniendo a los niños inmunodeprimidos en mayor riesgo”, apuntó. “Muchas personas dicen ‘mi cuerpo, mi decisión’, y está bien, pero esa mentalidad no debería aplicarse a la vacunación, cuando tu cuerpo y tu decisión ponen en riesgo el bien común. Puedes hacer lo que quieras con tu cuerpo siempre que no perjudique a nadie más”.

Una madre de Tampa signataria de la petición, aseguró que “eliminar los [mandatos de vacunación](#) contradice toda la ciencia del último siglo”. “Tengo un hijo pequeño en preescolar. ¿Cómo se supone que debo sentirme segura al enviarlo a la escuela sin la garantía de que quienes lo

rodean estarán vacunados? Esto es una regresión de política pública monstruosamente peligrosa y espero que los legisladores entren en razón”, escribió en un mensaje público.

Dahlberg, quien es madre de otros dos hijos, de 7 y 11, dijo que la decisión no solo afecta a Florida, sino que amenaza con debilitar las protecciones de salud pública en todo el país. También cree que es una decisión con motivos políticos.

Florida pasó de cuestionar vacunas como las de la covid y la influenza a impulsar la eliminación de mandatos, en sintonía con un giro nacional que sigue al nombramiento de Robert Francis Kennedy Jr. al frente del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). [Kennedy, conocido por oponerse a las vacunas](#), impulsó despidos masivos en el Departamento y destituyó a los jefes de los CDC, en parte por desacuerdos sobre políticas de vacunación. En el plano estatal, el gobernador DeSantis rechazó los mandatos de vacunación alegando “libertad personal”, una postura que [comparte buena parte de la base republicana](#). Pero los críticos advierten que el discurso de libertad individual frente a medidas de salud pública choca con la evidencia científica, y puede generar fricciones con sectores más tradicionales del partido. Durante la conferencia de prensa de Ladapo sobre las vacunas, DeSantis anunció la creación de MAHA (*Making America Healthy Again*, Hacer Saludable a Estados Unidos de Nuevo), una comisión para “integrar los principios” del HHS de Kennedy en Florida.

Las autoridades de salud de Florida dijeron que “el énfasis está en las libertades médicas”, y que las vacunas seguirán estando disponibles en todo el estado. “La actualización no limita el acceso a las vacunas, sino que elimina el mandato estatal”, dijo el Departamento, y alentó a los padres “a consultar con sus proveedores de salud al tomar decisiones médicas para sus hijos”.

La Dra. Rana Alissa, de la Academia de Pediatría de Estados Unidos (AAP) de Florida, dijo en un comunicado que la decisión tendrá un “efecto dominó” que afectaría a todos, no solo a quienes tienen hijos en la escuela. “Los parques temáticos del Estado, los supermercados, los cines, los estadios deportivos y las salas de espera de consultorios y hospitales podrían convertirse en lugares donde las enfermedades contagiosas se propaguen con facilidad, convirtiendo cada salida o reunión en un riesgo”.

Los requisitos de vacunación en Florida varían según el grado escolar. Desde preescolar hasta la secundaria, los niños se vacunan contra difteria, tétanos, tos convulsa acelular, poliomielitis, sarampión, parotiditis, rubéola, hepatitis B y varicela, explicó la AAP, y lamentó que las autoridades federales de salud “sigan fomentando desconfianza hacia las vacunas”.

Desde antes del anuncio, en Florida los padres podían solicitar la exención para no vacunar a sus hijos, incluso por razones no médicas, algo a lo que la AAP se opone. Según estadísticas de los CDC, en el curso escolar pasado, aproximadamente el 5,1% de los niños de jardín de infantes en Florida tenían una exención a los requisitos de vacunación, frente al 3,6% a nivel nacional.

La Asociación de Educadores de Florida (FEA), que representa a más de 120.000 docentes y empleados escolares, dijo que cambiar las normas interrumpirá el aprendizaje de los estudiantes y hará que las escuelas sean menos seguras. “Los líderes estatales dicen que les preocupa reducir el ausentismo crónico y mantener a los niños en la escuela, pero reducir la vacunación hace lo contrario: pone en riesgo la salud y la educación de nuestros niños”, [indicó la FEA](#).

La [Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](#) estima que las vacunas previenen millones de muertes en el mundo cada año. En Estados Unidos, los CDC estiman que previenen unos 20 millones de casos y decenas de miles de muertes. Florida erradicó el sarampión, la parotiditis y la rubéola desde la década de 1970 gracias a la vacunación masiva con la triple viral. La hepatitis B se redujo un 90%. Las vacunas son más efectivas cuando se aplican masivamente, según la evidencia científica.

México registró en los primeros nueve meses de 2025 más casos de VIH que en todo el año anterior. Entre enero y septiembre se detectaron 12.088 nuevos contagios, cifra que ya supera los 12.057 reportados en todo 2024. El promedio actual es de 497 diagnósticos por semana.

El Estado de México encabeza la lista con 1.542 casos, seguido por Veracruz (1.160), Ciudad de México (865), Quintana Roo (762), Jalisco (664), Baja California (493) y Guanajuato (474). También se reportaron incrementos en Yucatán, Tabasco, Tamaulipas, San Luis Potosí, Querétaro, Puebla, Nuevo León, Hidalgo y Guerrero.



Los especialistas advierten que el repunte confirma una tendencia ascendente en la transmisión del virus y representa un desafío para los sistemas de salud estatales. Aunque algunas entidades presentan cifras mínimas, los aumentos sostenidos en varias regiones activan las alertas sanitarias.

Las autoridades sanitarias recomiendan a la población realizarse una prueba de VIH al menos cada dos años para lograr diagnósticos tempranos y acceder a tratamientos que controlen la infección. Detectar el virus en sus primeras etapas permite reducir la carga viral, proteger el sistema inmunológico y prevenir la transmisión a otras personas.

El incremento de casos en 2025 obliga a reforzar las campañas de prevención, detección y atención médica en todo el país, especialmente en las entidades con mayor incidencia. La información oficial destaca que la vigilancia constante y el acceso a pruebas rápidas son herramientas clave para frenar el avance de la enfermedad y evitar que más diagnósticos deriven en sida.

B B C

INDIA

KERALA CONFIRMÓ MÁS DE 70 CASOS DE INFECCIÓN POR *NAEGLERIA FOWLERI* Y 19 MUERTES EN LO QUE VA DE AÑO

17/09/2025

En vísperas de Onam, la festividad más alegre del estado indio de Kerala, Sobhana, de 45 años, yacía temblando en la parte trasera de una ambulancia, perdiendo el conocimiento mientras su familia la llevaba rápidamente a un hospital de la Facultad de Medicina.

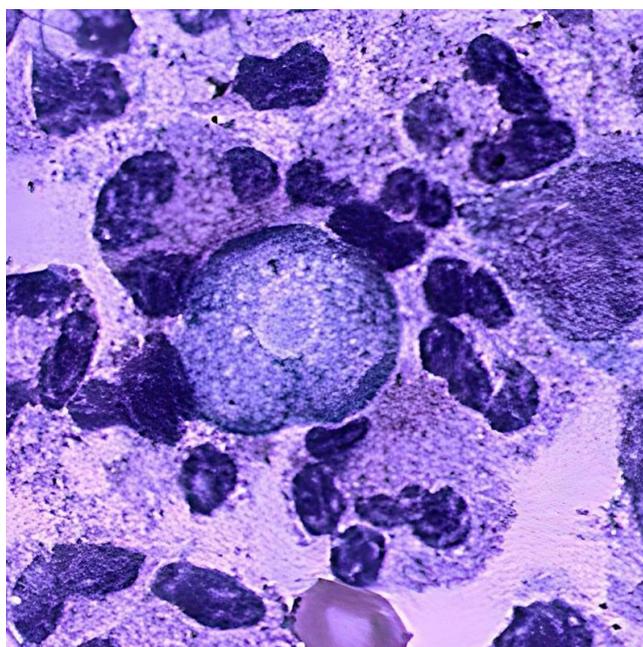
Apenas unos días antes, la mujer dalit (antes conocida como intocable), que se ganaba la vida embotellando jugos de fruta en una aldea del distrito de Malappuram, se había quedado de nada más alarmante que mareos e hipertensión. Los médicos le recetaron pastillas y la enviaron a casa. Pero su estado empeoró a una velocidad aterradora: la inquietud dio paso a la fiebre, la fiebre a escalofríos violentos, y el 5 de septiembre, el día principal del festival, Sobhana falleció.

La culpable fue *Naegleria fowleri*, una bacteria que causa una infección que suele contraerse por la nariz en agua dulce y es tan rara que la mayoría de los médicos nunca se topan con un caso en toda su carrera. “No pudimos detenerla. Nos enteramos de la enfermedad recién después de la muerte de Sobhana”, dijo Ajitha Kathiradath, prima de la víctima y destacada trabajadora social.

En Kerala, este año, más de 70 personas han sido diagnosticadas y 19 han fallecido a causa de *N. fowleri*. Los pacientes han sido desde bebés de tres meses hasta hombres de 92 años.

Este organismo unicelular, que normalmente se alimenta de bacterias en aguas dulces cálidas, causa una infección cerebral casi mortal, conocida como meningoencefalitis amebiana primaria. Ingresa por la nariz al nadar y destruye rápidamente el tejido cerebral.

Kerala comenzó a detectar casos en 2016, solo uno o dos al año, y hasta hace poco, casi todos eran mortales. Un reciente [estudio](#) descubrió que solo se han reportado 488 casos a nivel mundial desde 1962, principalmente en Estados Unidos, Pakistán y Australia. Y 95% de las víctimas han fallecido a causa de la enfermedad.



Naegleria fowleri

Pero en Kerala, la supervivencia parece estar mejorando: el año pasado se registraron 39 casos con una tasa de mortalidad de 23%, y este año se han reportado casi 70 casos con una mortalidad cercana a 24,5%. Los médicos afirman que el aumento en las cifras refleja una mejor detección, gracias a laboratorios de última generación.



Una señal de advertencia en un estanque de Kerala que prohíbe nadar después de la muerte de una mujer por meningoencefalitis amebiana.

“Los casos están aumentando, pero las muertes están disminuyendo. Las pruebas intensivas y el diagnóstico temprano han mejorado la supervivencia, una estrategia exclusiva de Kerala”, afirmó Aravind Reghukumar, jefe de enfermedades infecciosas de la Facultad de Medicina y Hospital de Thiruvananthapuram, la capital del estado. La detección temprana permite un tratamiento personalizado: un cóctel de fármacos antimicrobianos y esteroides dirigidos a la ameba puede salvar vidas.

Los científicos han identificado alrededor de 400 especies de amebas de vida libre, pero solo se sabe que seis causan enfermedades en humanos, entre ellas *Naegleria fowleri* y *Acanthamoeba*, que pueden infectar el cerebro. En Kerala, los laboratorios de salud pública ya pueden detectar los cinco tipos patógenos principales, según las autoridades.

La gran dependencia del estado sureño de las aguas subterráneas y los cuerpos de agua naturales lo hace particularmente vulnerable, sobre todo porque muchos estanques y pozos están contaminados. Un pequeño grupo de casos el año pasado, por ejemplo, se relacionó con jóvenes que vapeaban cannabis hervido mezclado con agua de estanque, una práctica arriesgada que pone de relieve cómo el agua contaminada puede convertirse en un foco de infección.

Kerala cuenta con casi 5,5 millones de pozos y 55.000 estanques, y millones de personas extraen su agua diaria únicamente de pozos. Esta ubicuidad impide tratar los pozos o estanques como simples “factores de riesgo”: son la base de la vida en el estado.

“Algunas infecciones se han producido en personas que se bañan en estanques, otras en piscinas e incluso a través del enjuague nasal con agua, que es un ritual religioso. Ya sea en un estanque o un pozo contaminado, el riesgo es real”, afirmó Anish TS, destacado epidemiólogo.

Las autoridades sanitarias han intentado responder a gran escala: en una sola campaña a finales de agosto, se cloraron 2,7 millones de pozos.

Los gobiernos locales han colocado letreros alrededor de los estanques advirtiendo contra el baño y la natación, y han invocado la Ley de Salud Pública para exigir la cloración regular de piscinas y depósitos de agua. Pero incluso con estas medidas, es imposible clorar los estanques (los peces morirían) y controlar las fuentes de agua de cada aldea en un estado con más de 30 millones de habitantes resulta inviable.

Las autoridades ahora están apelando a la concienciación: se insta a los hogares a limpiar tanques y piscinas, usar agua tibia y limpia para las abluciones nasales, mantener a los niños alejados de los aspersores del jardín y evitar los estanques peligrosos. Se recomienda a los bañistas protegerse la nariz manteniendo la cabeza fuera del agua, usando tapones nasales y evitando remover sedimentos en agua dulce estancada o sin tratar.

Sin embargo, lograr un equilibrio entre educar al público sobre los riesgos reales –del uso de agua dulce sin tratar– y evitar el miedo que podría perturbar la vida cotidiana es un desafío.

Muchos afirman que, a pesar de las directrices emitidas durante más de un año, su aplicación sigue siendo irregular.

“Este es un problema complejo. En algunas aguas termales se colocan letreros para advertir sobre la posibilidad de que haya amebas en la fuente de agua. Esto no es práctico en la mayoría de los casos, ya que las amebas pueden estar presentes en cualquier fuente de agua no tratada, como lagos, estanques y piscinas”, explicó Dennis Kyle, profesor de enfermedades infecciosas y biología celular de la Universidad de Georgia.



En entornos más controlados, la monitorización frecuente de una cloración adecuada puede reducir significativamente las posibilidades de infección. Estos incluyen piscinas, parques acuáticos y otras actividades acuáticas recreativas artificiales, explicó.

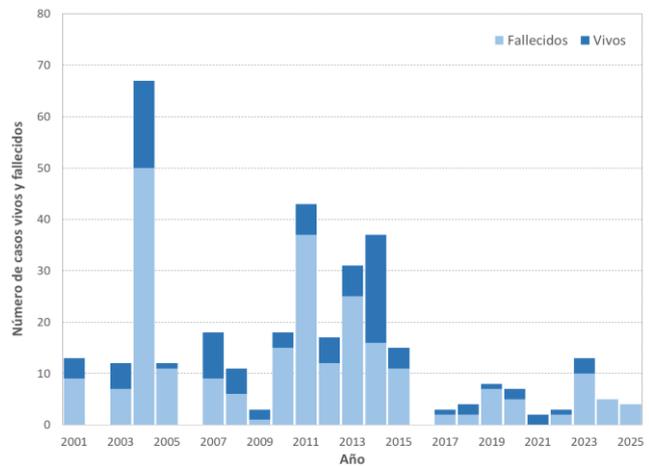
Los científicos advierten que el cambio climático está amplificando el riesgo: aguas más cálidas, veranos más largos y el aumento de las temperaturas crean las condiciones ideales para la ameba. “Incluso un aumento de 1°C puede desencadenar su propagación en el clima tropical de Kerala, y la contaminación del agua la impulsa aún más al alimentar a las bacterias que la ameba consume”, afirmó Anish.

Kyle añade una nota de precaución, señalando que es posible que algunos casos pasados simplemente hayan pasado desapercibidos y que la ameba no haya sido identificada como la causa.

Esa incertidumbre puede dificultar aún más el tratamiento. “Las combinaciones de medicamentos actuales son subóptimas”, explicó Kyle, y añadió que, en los pocos supervivientes, el régimen se convierte en el estándar. “Carecemos de datos suficientes para determinar si todos los medicamentos son realmente útiles o necesarios”.

Kerala puede estar atendiendo a más pacientes y salvando más vidas, pero la lección trasciende sus fronteras. El cambio climático podría estar reescribiendo el mapa de las enfermedades, e incluso los patógenos más raros podrían no seguir siendo raros por mucho tiempo.

En 2025, hasta el 29 de agosto, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Bangladesh notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) cuatro casos mortales confirmados de infección por el virus Nipah, ocurridos en diferentes momentos en cuatro distritos distintos de tres divisiones de Bangladesh (Barisal, Dhaka y Rajshahi). Todos los casos se confirmaron mediante la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) y el ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA), y no se reportó ninguna relación epidemiológica entre ellos.



Número de casos y muertes por infección por el virus Nipah, según año. Bangladesh. Del 1 de enero de 2001 al 9 de septiembre de 2025. Fuente: Instituto de Epidemiología, Control de Enfermedades e Investigación de Bangladesh.

El primer caso fue el de una mujer joven del distrito de Pabna, división de Rajshahi, que inició los síntomas el 25 de enero. Ingresó en un hospital comunitario el 26 de enero y fue derivada a otro hospital al día siguiente. Falleció el 28 de enero, y el 29 de enero se recibió la confirmación de laboratorio del virus Nipah. Se identificaron 96 contactos, todos con resultados negativos para el virus Nipah.

El segundo caso fue un hombre adulto del distrito de Bhola, división de Barisal, que presentó síntomas el 13 de febrero e ingresó en el hospital el 19 de febrero. Fue trasladado a otro hospital al día siguiente y falleció el 22 de febrero. La infección por el virus Nipah se confirmó el 21 de febrero. Se identificaron 71 contactos, todos con resultados negativos en las pruebas para virus Nipah.

El tercer caso fue el de un hombre adulto del distrito de Faridpur, división de Dhaka, que inició los síntomas el 17 de febrero. Ingresó en el hospital el 25 de febrero y falleció ese mismo día. La infección por el virus Nipah se confirmó el 26 de febrero. Se identificaron 66 contactos, todos con resultados negativos para el virus Nipah.

El cuarto caso fue un niño del distrito de Naogaon, división de Rajshahi, que inició los síntomas el 3 de agosto. Ingresó en un hospital el 8 de agosto y fue trasladado a la unidad de cuidados intensivos al día siguiente. Falleció el 14 de agosto. Las muestras tomadas el 10 de agosto dieron positivo para el virus Nipah el 22 de agosto. Ese mismo día se desplegó un equipo de investigación del brote. Se identificaron 72 contactos y se tomaron muestras de 11 contactos sintomáticos. Seis dieron negativo, mientras que se esperan los resultados de los restantes. Este caso se notificó fuera de la temporada típica (diciembre a abril).

Los tres primeros casos tenían antecedentes de consumo de savia de palma sin pasteurizar. Sin embargo, el cuarto caso no tenía antecedentes de consumo de esta savia, por lo que la probable fuente de infección sigue bajo investigación. Ninguno de los casos parece estar relacionado entre sí. Los murciélagos frugívoros, el reservorio conocido del virus Nipah, están presentes en las regiones afectadas.

Desde el primer caso reportado en 2001, se han reportado infecciones humanas casi todos los años, con tasas de letalidad que oscilan entre 25% (en 2009) y 100% (en 2024). En 2024, se notificaron cinco casos mortales confirmados por laboratorio en Bangladesh.

Respuesta de salud pública

Las autoridades locales implementaron varias medidas de salud pública, entre ellas:

- El Ministerio de Salud y Bienestar Familiar llevó a cabo investigaciones en colaboración con otros sectores a través de un enfoque coordinado de Una Salud.
- Se realizó un rastreo de contactos en torno a los casos identificados, con un seguimiento continuo.
- Se fortaleció la vigilancia y se la amplió más allá de la vigilancia activa y pasiva regular para garantizar la detección temprana de casos.
- Se están llevando a cabo campañas de educación y concientización sobre la salud, que incluyen la participación y promoción de la comunidad, bajo la supervisión de cirujanos civiles (los jefes de los sistemas de salud del distrito).
- Se distribuyeron folletos informativos sobre la infección por el virus Nipah en zonas endémicas como parte de los esfuerzos de comunicación de riesgos.
- Se sensibilizó y alertó a los médicos sobre el virus Nipah.
- La recolección, el transporte y la prueba de muestras se realizaron rápidamente en los laboratorios de referencia.

El apoyo prestado por la OMS:

- Se proporcionó apoyo para la comunicación de eventos a nivel nacional e internacional, incluida la presentación oportuna de una notificación oficial del Reglamento Sanitario Internacional a la OMS.
- Se realizó un seguimiento cercano de las investigaciones de campo sobre infecciones por el virus Nipah para respaldar la recopilación de datos sólida y el rastreo de contactos efectivo.
- Apoyo a la gestión de casos, incluidas medidas de prevención y control de infecciones a nivel de hogares y centros de salud para prevenir casos secundarios.
- Seguimiento de la evolución de la situación del brote, especialmente durante la actual temporada de infecciones por el virus Nipah, incluido el apoyo para la recopilación de datos, la evaluación de patrones epidemiológicos, factores de riesgo y propagación geográfica.
- Brindó apoyo técnico al gobierno en el desarrollo de mensajes de salud pública para la prevención y el control del brote.

Evaluación de riesgos de la OMS

El virus Nipah (*Henipavirus nipahense*) es un patógeno zoonótico con una alta tasa de letalidad (40-75%) y sin vacuna ni tratamiento autorizados. Sus reservorios son los murciélagos frugívoros o zorros voladores (murciélagos del género *Pteropus*), que se distribuyen en las regiones costeras y en varias islas del océano Índico, India, el sudeste asiático y Oceanía. El virus puede transmitirse a los humanos a través de animales salvajes y domésticos. Hasta el momento, solo se han reportado brotes en Asia; sin embargo, como la enfermedad puede transmitirse por animales domésticos y también son posibles las transmisiones secundarias de persona a persona, tiene un considerable potencial epidémico o pandémico. La enfermedad es endémica en Bangladesh, con brotes estacionales vinculados a las actividades de los murciélagos y a prácticas culturales como el consumo de savia de palma sin pasteurizar. Los brotes estacionales ocurren entre diciembre y mayo, coincidiendo con la recolección de la savia de palma.

Hasta la fecha, Bangladesh ha documentado 347 casos de infección por el virus Nipah, con una tasa de letalidad de 71,7%. Casi la mitad de estos casos (162) fueron casos primarios con antecedentes confirmados de consumo de savia de palma sin pasteurizar o tari (savia fermentada), mientras que 29% se debió a la transmisión directa de persona a persona. En lo que va de 2025, se han notificado cuatro casos mortales de infección por el virus Nipah en Bangladesh; sin embargo, ninguno de ellos parece estar relacionado entre sí. Si bien tres de los casos presentaron un patrón estacional, agrupados durante los dos primeros meses de 2025, el cuarto caso se presentó fuera de la temporada habitual, sin antecedentes de consumo de savia de palma sin pasteurizar, y se desconoce la posible fuente de infección.

Con base en la información disponible actualmente, la OMS evalúa el riesgo general para la salud pública que representa el virus Nipah a nivel nacional como moderado, teniendo en cuenta la alta tasa de letalidad, la falta de disponibilidad de medicamentos o vacunas específicos para la infección por el virus Nipah y la dificultad del diagnóstico temprano. Aunque existen métodos de laboratorio sensibles y específicos, los síntomas durante la primera fase no son específicos y podrían retrasar un diagnóstico oportuno, la detección del brote y la respuesta. Además, los murciélagos frugívoros (*Pteropus* spp.) son el reservorio natural del virus Nipah y están presentes en Bangladesh, donde se ha demostrado la propagación repetida del virus desde su reservorio a la población humana. A pesar de los esfuerzos continuos de comunicación de riesgos y participación comunitaria para crear conciencia, existe un consumo continuo de savia de palma sin pasteurizar en la comunidad.

Las personas infectadas con el virus Nipah pueden permanecer asintomáticas. Si bien se ha reportado transmisión entre personas en brotes anteriores, ha sido menos frecuente en los últimos años. El número anual de casos de infección por el virus Nipah notificados en Bangladesh se ha mantenido por debajo de 10 desde 2016, excepto en 2023, cuando se notificaron 13 casos. En Bangladesh se implementan sólidas medidas de salud pública para detectar y controlar los brotes, incluyendo la vigilancia centinela del virus Nipah, establecida desde 2006, y la disponibilidad de un Equipo de Respuesta Rápida (ERR) tanto a nivel central como distrital, junto con la capacidad para realizar análisis rápidos de muestras.

Para los países vecinos (India y Myanmar), la OMS considera que el riesgo para la salud pública que representa el virus Nipah a nivel regional es moderado. Si bien no se ha informado transmisión transfronteriza previa, el riesgo de propagación persiste, dado el corredor ecológico compartido por los murciélagos frugívoros y la incidencia de casos en animales domésticos y humanos previamente reportados en ambos países. India demostró capacidad y experiencia en el control de brotes previos de infecciones por el virus Nipah.

La OMS considera que el riesgo que supone el virus Nipah para la salud pública a nivel mundial es bajo, ya que no se ha confirmado ninguna propagación de casos fuera de Bangladesh.

Consejos de la OMS

Ante la falta de una vacuna autorizada o un tratamiento terapéutico específico para la enfermedad por el virus Nipah, la única manera de reducir o prevenir la infección es concienciar sobre los factores de riesgo. Esto incluye brindar orientación sobre las medidas que las personas pueden tomar para reducir la exposición al virus Nipah, y la gestión de casos debe centrarse en brindar atención de apoyo oportuna, con el apoyo de un sistema de laboratorio eficaz. Se recomiendan cuidados de apoyo intensivos para el tratamiento de complicaciones respiratorias y neurológicas graves.

Los mensajes educativos de salud pública deben centrarse en:

- Reducir el riesgo de transmisión de murciélagos a humanos.
 - Los esfuerzos para prevenir la transmisión deben centrarse primero en reducir el acceso de los murciélagos a la savia de la palma y a otros alimentos frescos. La savia de palma recién recolectada debe hervirse y las frutas deben lavarse y pelarse bien antes de consumirlas. Las frutas con signos de mordeduras de murciélago deben desecharse. Se deben evitar las zonas donde se sabe que los murciélagos se posan.
- Reducir el riesgo de transmisión de persona a persona.
 - Se debe evitar el contacto físico cercano sin protección con personas infectadas por el virus Nipah. Se deben lavar las manos regularmente después de atender o visitar a personas enfermas.
 - Las medidas de protección incluyen pautas para limitar la propagación de la enfermedad tanto en los hogares como en los hospitales (uso de equipo de protección, aislamiento y contacto seguro con el personal médico).
 - Las opciones para prevenir transmisiones secundarias son la búsqueda activa de casos, el rastreo de contactos, el aislamiento y la cuarentena de los casos y sus contactos.
- Control de infecciones en entornos de atención sanitaria
 - Los trabajadores de la salud que atienden a pacientes con infección sospechosa o confirmada, o que manipulan muestras de ellos, deben implementar precauciones estándar para la prevención y el control de infecciones en todo momento.
 - Dado que se han reportado infecciones asociadas a la atención médica y ocupacionales por el virus Nipah, en entornos sanitarios se deben tomar precauciones contra el contacto y las gotitas, además de las precauciones estándar, incluyendo el uso de habitaciones individuales para el aislamiento. Se requieren precauciones contra la transmisión aérea, además de las precauciones contra el contacto durante los procedimientos que generan aerosoles.
 - Se recomiendan controles ambientales mejorados en los entornos de atención de la salud, incluida la limpieza y desinfección ambiental dos veces al día de todas las superficies en el área de atención al paciente con infección por el virus Nipah sospechosa o confirmada, y para garantizar que las áreas de atención a pacientes internados cumplan o superen la tasa de ventilación mínima de al menos 60 litros por segundo por paciente.
 - Las muestras tomadas de personas y animales con sospecha de infección por el virus Nipah deben ser manipuladas por personal capacitado que trabaje en laboratorios adecuadamente equipados.

Con base en la información actualmente disponible, la OMS no recomienda ninguna restricción de viajes y/o comercio.

La infección por el virus Nipah es una enfermedad zoonótica que se transmite a los humanos a través de animales infectados (como murciélagos o cerdos) o alimentos contaminados con saliva, orina y excrementos de animales infectados. También puede transmitirse directamente de persona a persona mediante el contacto cercano con una persona infectada. Los murciélagos frugívoros o los zorros voladores (especie *Pteropus*) son los huéspedes naturales del virus.

El período de incubación oscila entre 4 y 14 días. Sin embargo, en una ocasión se ha descrito un período de incubación de hasta 45 días. El diagnóstico de laboratorio de un paciente con antecedentes clínicos de infección por el virus Nipah puede realizarse durante las fases aguda y de convalecencia de la enfermedad mediante una combinación de pruebas. Las principales pruebas utilizadas son la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) a partir de fluidos corporales y la detección de anticuerpos mediante el ensayo por inmunoadsorción ligado a enzimas (ELISA).

Las infecciones humanas varían desde infecciones asintomáticas hasta infecciones respiratorias agudas (leves, graves) y encefalitis mortal.

Las personas infectadas presentan inicialmente síntomas como fiebre, dolor de cabeza, mialgia, vómitos y dolor de garganta. A esto pueden seguir mareos, somnolencia, alteración de la conciencia y signos neurológicos que indican encefalitis aguda. Algunas personas también pueden experimentar neumonía atípica y problemas respiratorios graves, como distrés respiratorio agudo. En casos graves, se presentan encefalitis y convulsiones, que progresan al coma en un plazo de 24 a 48 horas.

La tasa de letalidad en brotes en Bangladesh, India, Malasia y Singapur oscila entre 40% y 75%, dependiendo de la capacidad local para la detección temprana y el tratamiento clínico. Actualmente no existen medicamentos ni vacunas específicos para la infección por el virus Nipah. Se recomiendan cuidados intensivos de soporte para tratar las complicaciones respiratorias y neurológicas graves. El *Henipavirus nipahense* (virus Nipah) se considera un patógeno prioritario para la aceleración de las contramedidas médicas en respuesta a epidemias y pandemias, como parte del [Plan de I+D](#) de la Organización Mundial de la Salud para Epidemias.



ISRAEL

EL BROTE DE SARAMPIÓN YA
SUPERÓ LOS 1.200 CASOS

16/09/2025

Un brote activo de sarampión está afectando en Israel a las comunidades de Beit Shemesh, Bnei Brak, Harish, Jerusalén, Modi'in Illit y Nof HaGalil.

Desde el inicio del brote en Israel, se ha diagnosticado la enfermedad a 1.251 pacientes. Hasta el 15 de septiembre, 29 pacientes con sarampión se encontraban hospitalizados, la mayoría niños de hasta 6 años que no habían sido vacunados contra la enfermedad.

De ellos, cinco pacientes están hospitalizados en cuidados intensivos, cuatro son niños que no estaban vacunados, un niño está conectado a una máquina de oxigenación por membrana extracorpórea y se desconoce el estado de vacunación de un paciente.

Los niños de 6 a 11 meses deben vacunarse contra el sarampión antes de visitar zonas con un brote activo o si hay contactos sociales y familiares en dichas zonas.

La administración temprana de la vacuna triple viral proporciona entre 70% y 85% de protección contra el sarampión, por lo que el Ministerio recomienda que los padres de bebés de estas edades se vacunen contra la enfermedad. Cabe destacar que esta dosis no se contabilizará como parte de las dos dosis obligatorias del programa de vacunación rutinaria del Ministerio de Salud, que incluye dos dosis: al año de edad y en primer grado.

Para los niños de Gwagwalada, el río que bordea su pueblo es un destino preferido. No importa que sus padres les prohíban jugar en el agua, ni que el agua esté infestada de diminutos platelmintos que se instalan en sus intestinos.

Al fin y al cabo, no hay mucho que hacer en esta zona al oeste de Abuja, la capital de Nigeria, ni una forma mejor de mantenerse fresco cuando la temperatura se dispara.

Pero en un caluroso día de noviembre, en los bajos edificios de una escuela pública de Gwagwalada, decenas de estudiantes dijeron a los trabajadores humanitarios que tenían fiebre, sangre en las heces o la orina y dolores abdominales y corporales: los síntomas de una enfermedad llamada esquistosomosis, o bilharziosis.



Mohammed Aliyu, de 11 años, dijo que le picaban los ojos y que a veces sentía movimientos extraños alrededor de ellos. Había contraído esquistosomosis en el pasado.

Tanto los estudiantes que declararon síntomas como los que no, recibieron dosis de un medicamento llamado praziquantel, que trata la enfermedad. Esta estrategia –denominada administración masiva de medicamentos– está avalada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para cualquier región en la que más de uno de cada cinco residentes padezca esquistosomosis.

Gwagwalada cumple con creces los criterios de la OMS. Cuando los niños vuelven al río para bañarse y los adultos recurren a él como suministro de agua, “realmente no pueden evitar el contacto y la reinfección”, dijo Amadou Garba Djirmay, quien supervisa el programa de esquistosomosis en la OMS.

“La estrategia principal es este tratamiento para curar realmente a la mayoría de ellos”, dijo.

La esquistosomosis, que se cree que afecta a 200 millones de personas en todo el mundo, se considera una de las infecciones parasitarias más importantes, solo superada por la malaria. Ha sido una amenaza generalizada en Egipto y en todo el delta del Nilo durante siglos.

Sin embargo, sigue siendo lo que se denomina una enfermedad tropical desatendida, lo que significa que no atrae ni de lejos la financiación o la atención que reciben las condiciones letales como la malaria.

Las campañas para identificar y tratar la esquistosomosis en todo el mundo se enfrentan a obstáculos inmensos. El praziquantel no está siempre disponible y tiene posibles efectos secundarios desagradables, como un sabor amargo que puede provocar arcadas o vómitos. Tragar la píldora entera después de comer minimiza los efectos secundarios, pero muchas familias afectadas no pueden permitirse comidas regulares y no tienen acceso a agua limpia.

Tampoco está claro qué sucederá con la esquistosomosis cuando se reduzca considerablemente el dinero disponible para la salud mundial. El presupuesto del gobierno de Donald John

Trump para 2026 elimina el apoyo a las enfermedades tropicales desatendidas y recorta drásticamente los fondos para muchas otras.

“Los médicos de Nigeria no siempre reconocen los síntomas”, dijo Louise K. Makau Barasa, directora del End Fund, una organización sin fines de lucro enfocada en las enfermedades desatendidas. “Es realmente un problema de visibilidad”.

En 2014, antes de que se distribuyeran masivamente los medicamentos para tratar la esquistosomosis, la prevalencia en Gwagwalada era de 52%. Descendió a cerca de 39% en 2024, pero aumentó en otras zonas.



Cuando Mohammed se quejó de sus ojos, Aliyu lo llevó a varios médicos, que se limitaron a darle gafas. “Me sorprendió mucho”, dijo sobre su diagnóstico de esquistosomosis.

El río de Gwagwalada está moteado de diminutos caracoles de agua dulce que albergan las larvas de unos gusanos parásitos llamados esquistosomas. Los caracoles liberan larvas con cola bifurcada que penetran en la piel de los niños cuando se bañan, nadan o retozan en el agua. Las larvas viajan a sus intestinos, donde maduran hasta convertirse en gusanos adultos de poco más de un centímetro de largo.

Los gusanos adultos producen huevos que anidan en diversos tejidos del cuerpo, incluidos, en casos raros, los ojos.

Aquel día de noviembre, en la escuela, Rinpan Ishaya, ayudante del grupo sin fines de lucro HANDS, de repente dejó de hablar para observar detenidamente el rostro de un alumno, Mohammed Aliyu, un niño de 11 años con dificultades para socializar.

“Mira sus ojos”, dijo Ishaya. Parecían pálidos, rígidos y saltones. Con voz apenas audible, Mohammed dijo que sí, que a menudo le picaban los ojos y que a veces sentía movimientos extraños alrededor de ellos.

Mohammed había tenido anteriormente un caso de esquistosomosis. No es muy hablador. Había sentido ardor al orinar y sangre en la orina y las heces durante casi tres años antes de que su madre, Amina Aliyu, se diera cuenta de que había un problema serio, y fue solo porque se rascaba constantemente los ojos.

“Algunas personas son lentas”, dijo de su hijo con naturalidad.

Los niños de Nigeria se enfrentan a muchos tipos de gusanos. Pueden perder la vista a causa de una ascáride, transportada por las moscas, que causa oncocercosis, o se les pueden hinchar las extremidades a causa de pequeños gusanos parásitos, o helmintos, transmitidos por los mosquitos. Más de la mitad de los niños nigerianos albergan helmintos que adquirieron del suelo infestado con los huevos de estos gusanos.

Los helmintos transmitidos por el suelo pueden causar anemia, pérdida de peso y retraso del crecimiento, pero generalmente no son mortales. La esquistosomosis provoca muchos de los mismos problemas, pero si no se trata, puede dañar gravemente el hígado y los intestinos, causar infertilidad y provocar cáncer de vejiga.

El praziquantel se distribuye a menudo con mebendazol, un tratamiento para los helmintos transmitidos por el suelo, porque algunos niños pueden albergar más de un tipo de gusano. La administración masiva de medicamentos por escuelas y comunidades es muy discutida en el caso de algunos otros gusanos, pero mucho menos en el de la esquistosomosis.

Cuando Mohammed se quejó de sus ojos, Aliyu lo llevó a varios médicos, que lo examinaron y le dieron gafas. Ella creció en una pequeña aldea donde la mayoría de las personas que conocía, incluidos sus hermanos, padecieron la enfermedad en algún momento. Pero ahora vivía en una casa pulcra de la ciudad, con suelos de mármol y agua limpia. No se le ocurrió que su hijo pudiera volver a tener la misma enfermedad. “Me sorprendió mucho”, dijo.

En la escuela, los voluntarios distribuyeron

de uno a cinco comprimidos de praziquantel, en función de la estatura del niño. Solo alrededor de 60% de los 644 alumnos matriculados estaban en la escuela ese día, por lo que los demás tendrían que recibir el tratamiento de otra forma, bien en la única clínica de Gwagwalada, que atiende a 50.000 personas, o bien por voluntarios que van de casa en casa.

Los voluntarios de la clínica ayudan a realizar campañas durante todo el año: contra el sarampión en la estación cálida, contra la diarrea en la estación lluviosa y contra la esquistosomosis en la estación seca, de octubre a marzo.

“El programa de Gwagwalada no se ha visto afectado inmediatamente por los recortes del gobierno de Trump a la ayuda exterior”, dijo Sam Macintosh, vicepresidente del Fondo Fin. “Sin embargo, sabemos que los mismos sistemas de salud que apoyamos están mucho más sobrecargados ahora, y es probable que veamos un mayor impacto en los programas en 2026”.

Sin agua limpia y otros cambios que acompañen a los programas de tratamiento, la eficacia de los medicamentos ya es limitada.

Sin embargo, quizá el mayor obstáculo sea cambiar el comportamiento de la gente. Baseera Salinhu ha tenido repetidos brotes de esquistosomosis en los últimos seis años. Baseera, la tercera de cinco hijos, fue diagnosticada y tratada hace tres años en el centro de salud de la comunidad.

El año pasado, cuando la niña, normalmente voluble, volvió a quedarse callada y empezó a quejarse de náuseas y sangre en la orina, su madre, Halimatu Salihu, reconoció los signos. Los síntomas parecían especialmente graves en aquella ocasión, pero su madre no tenía ni dinero ni tiempo para llevarla a la clínica.

Se sintió aliviada cuando Baseera trajo a casa de la escuela un formulario de consentimiento para el praziquantel, y quedó tan impresionada con las pastillas que las buscó en el centro de salud de la comunidad como medida preventiva para ella misma.

Baseera está volviendo a ver sangre en su orina, pero ha regresado al río con sus amigos. “No hace caso”, dijo su madre.



Carteles informativos sobre la esquistosomosis en la pared del Centro de Atención Primaria de Gwako.

El 4 de septiembre de 2025, el Ministerio de Salud de la República Democrática del Congo declaró un brote de enfermedad por el virus del Ébola en la Zona Sanitaria de Bulape, provincia de Kasai, tras la confirmación por laboratorio mediante reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR) y análisis GeneXpert en el Instituto Nacional de Investigación Biomédica (INRB) de la capital, Kinshasa. Este es el decimosexto brote de enfermedad por el virus del Ébola en la República Democrática del Congo.

El presunto caso índice, una mujer embarazada de 34 años con 34 semanas de gestación, procedente de Tshitekeshi, Área Sanitaria de Bulape, Zona Sanitaria de Bulape, presentó síntomas el 10 de agosto de 2025 e ingresó en labor de parto en la sala de Obstetricia y Ginecología de un hospital local el 20 de agosto, con fiebre alta y diarrea acuosa con sangre de inicio agudo. Falleció el 26 de agosto durante su ingreso y posteriormente fue enterrada en la comunidad sin seguir las prácticas funerarias seguras y dignas. No se tomó ninguna muestra antes del entierro. La fuente de infección del caso índice aún está bajo investigación.

El 22 de agosto, una enfermera que atendió al presunto caso índice presentó signos y síntomas similares y falleció posteriormente el 1 de septiembre. Otros dos trabajadores de la salud, un técnico de laboratorio y otra enfermera del mismo hospital, también presentaron signos y síntomas el 24 y el 28 de agosto de 2025, respectivamente, y posteriormente fallecieron.

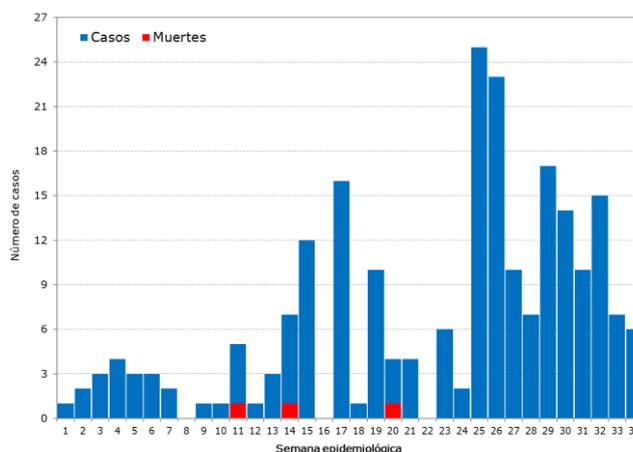
Los casos y fallecimientos entre el personal sanitario que atendió al caso índice, así como los casos posteriores entre familiares cercanos y miembros de la familia, junto con sus cuadros clínicos, levantaron sospechas de un brote de fiebre hemorrágica viral, lo que provocó la alerta de las autoridades sanitarias nacionales el 1 de septiembre de 2025. Posteriormente, de las seis muestras recogidas de casos sospechosos, cinco dieron positivo para el virus del Ébola el 3 de septiembre, lo que confirmó el brote en la Zona Sanitaria de Bulape.

Hasta el 14 de septiembre, se había notificado un total de 54 casos, incluidos 27 fallecimientos (tasa de letalidad de 50,0%) en la Zona Sanitaria de Bulape, provincia de Kasai, República Democrática del Congo. De estos, 35 son casos confirmados por laboratorio, incluidos 16 fallecimientos (tasa de letalidad de 45,7% entre los casos confirmados). Cuatro de los casos corresponden a personal sanitario. Se han registrado y se encuentran en seguimiento un total de 885 contactos, de los cuales 715 (80,8%) fueron atendidos el 14 de septiembre. Hay 12 casos confirmados actualmente ingresados en atención clínica.

El análisis genómico mostró una similitud de 99,5% con el genoma del brote de Yambuku-Mayinga de 1976, lo que sugiere que el brote actual representa un nuevo evento de propagación zoonótica y no está directamente relacionado con los brotes anteriores en la provincia.

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

Zambia continuó notificando casos semanales de mpox desde que el Ministerio de Salud lo declaró oficialmente el 10 de octubre de 2022. Durante la semana epidemiológica (SE) 34, el Laboratorio Nacional de Referencia de Salud Pública de Zambia (ZNPRL) recibió un total de 67 casos sospechosos de mpox. Se procesaron las 67 muestras, lo que resultó en seis casos confirmados por laboratorio en seis distritos de cinco provincias. El distrito de Lusaka registró el mayor número de casos (2 casos), mientras que los distritos de Chipata, Chinsali, Mpika y Nakonde notificaron un caso cada uno. Solo en 2025, se registraron 222 casos, incluyendo tres fallecimientos.



Casos y muertes por mpox, según semana epidemiológica. Zambia. Año 2025, hasta semana epidemiológica 34. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Desde el inicio del brote hasta la SE 34 de 2025, se registró un total acumulado de 224 casos confirmados, incluyendo tres fallecimientos, en nueve provincias. Copperbelt ha sido la provincia más afectada (50 casos notificados), seguida de las provincias de Muchinga (44) y Lusaka (39), que representan 62,2% de todos los casos notificados en el país. Se notificaron casos también en las provincias de Western (27), Central (25), Northwestern (21), Southern (9), Eastern (5) y Northern (4). De igual manera, Munchinga registró la tasa de infección más alta (4,01 casos cada 100.000 habitantes), seguida de Western (1,78), Copperbelt (1,67) y Northwestern (1,42).

Los casos de mpox muestran un predominio masculino, siendo el grupo de edad más afectado el de 20 a 49 años. Las investigaciones epidemiológicas continúan para identificar la fuente exacta de infección y comprender los patrones de transmisión. Se ha registrado y monitoreado activamente a un total de 1.884 contactos, y 1.660 fueron dados de alta del seguimiento. De estos contactos, solo 21 dieron positivo.

Medidas de salud pública

- Con el apoyo financiero y técnico de la Organización Mundial de la Salud, el Instituto Nacional de Salud Pública de Zambia intensificó la vigilancia de la mpox, el rastreo de contactos y la gestión de casos en las provincias de Lusaka, Western y Muchinga.
- Se están celebrando reuniones semanales de coordinación nacional de la mpox, y se ha activado el Sistema de Gestión de Incidentes en las provincias afectadas para mejorar la respuesta.
- Se ha priorizado el desarrollo de capacidades en los distritos seleccionados que reportan casos confirmados. El distrito de Lukulu inició la primera fase de capacitación del 28 al 30 de agosto de 2025, capacitando con éxito a 60 trabajadores sanitarios de primera línea, incluyendo enfermeras, médicos y personal de salud pública, en la detección y respuesta ante la mpox. La segunda fase se centrará en la capacitación de 40 voluntarios comunitarios para

mejorar el rastreo de contactos a nivel comunitario y la contención del brote en las zonas afectadas.

- Se han distribuido definiciones de caso a todos los centros de salud y distritos del país para fortalecer la detección activa de casos sospechosos de mpox. El rastreo de contactos continúa para todos los casos confirmados, con seguimiento y monitoreo en curso.
- Está en curso la capacitación integrada del personal sanitario sobre medidas de prevención y control de infecciones y agua, saneamiento e higiene. Se han revisado y finalizado los materiales de capacitación sobre mpox, incluyendo evaluaciones de prevención y control de infecciones en centros y herramientas de riesgo de exposición del personal sanitario.
- Se ha involucrado a líderes comunitarios y personas influyentes para promover conductas de búsqueda de atención médica y la participación en las iniciativas de control. Se están distribuyendo materiales de concienciación sobre la mpox en inglés y en los idiomas locales en los distritos afectados.

Interpretación de la situación

El brote de mpox en Zambia experimentó un aumento de casos hacia mediados de este año. Si bien el número de casos está disminuyendo a las cifras semanales de principios de 2025, mantener una vigilancia sólida, la participación comunitaria y la preparación para la vacunación sigue siendo fundamental para interrumpir por completo la transmisión. Si bien esto es alentador, la vigilancia continua sigue siendo vital. Los casos actuales son localizados y esporádicos, en lugar de generalizados, lo que indica una transición de conglomerados a incidentes aislados. Se debe crear una campaña de comunicación dirigida, adaptada a las comunidades, para concienciar y apoyar las medidas de contención. Es recomendable promover la financiación a largo plazo de reactivos para las pruebas de mpox y apoyar a los equipos de respuesta en las zonas no afectadas para reforzar la vigilancia y la preparación.

**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.