

CÓRDOBA

- Brotes de triquinosis en seis localidades de la provincia

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de enfermedad tipo influenza

- Formosa: Acciones sanitarias para la contención de un brote de rabia parejante en Mayor Vicente Villafañe

AMÉRICA

- Miles de personas fallecen por mordeduras de serpientes en la región cada año
- Situación epidemiológica del sarampión
- Estados Unidos: El comité asesor sobre vacunas ya no recomienda la vacuna contra la covid para adultos
- Estados Unidos: Primera muerte por encefalitis equina del Este en 20 años en South Carolina

EL MUNDO

- Alemania: Caso de hantavirus por virus Seoul tras la exposición a ratas mascotas

- Corea del Sur: En aumento los casos de infección por *Vibrio vulnificus*

- Nigeria: La fiebre hemorrágica de Lassa ya causó 164 muertes en lo que va del año

- Palestina: Un virus que no logran identificar se propaga por la Franja de Gaza

- República del Congo: Situación epidemiológica del cólera

- Ruanda: Los riesgos sanitarios del Campeonato Mundial de Ciclismo

- Sudán: El cólera se extiende más allá de las fronteras y desnuda la fragilidad de la región

Comité Editorial

Editor Honorario ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021)

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

Editor en Jefe

ÍLIDE SELENE DE LISA

Editores adjuntos

RUTH BRITO
ENRIQUE FARÍAS

Editores Asociados

ISSN 2796-7050

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

Patrocinadores

sadi Sociedad Argentina de Infectología



Adherentes



SLAMVI
Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero



GEMICOMED
seimc.org

Comité Nacional de Infectología SAP



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

© Copyright 2020 - ISSN 2796-7050 - recfot - All Rights Reserved

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



El Ministerio de Salud de Córdoba, a través del Departamento de Zoonosis, reportó seis brotes de triquinelosis en diferentes localidades provinciales.

Se trata de 65 casos, de los cuales 28 corresponden a la localidad de Serrano (departamento Presidente Roque Sáenz Peña), 14 a Río Cuarto (departamento Río Cuarto), 11 a la ciudad de Córdoba (departamento Capital), 5 a Alpa Corral (departamento Río Cuarto), 4 a Wenceslao Escalante (departamento Unión) y 3 a Colonia Tirolesa (departamento Colón).



Todas las personas fueron atendidas en centros de salud públicos y privados; 10 de ellos requirieron hospitalización. En la actualidad, un paciente permanece internado y el resto se encuentra con atención ambulatoria, con buena evolución.

Las entrevistas epidemiológicas permitieron identificar que algunos de los brotes estarían asociados al consumo de salames, chorizos y otros chacinados de elaboración casera, provenientes de faenas familiares. Y otros vinculados a productos adquiridos en el circuito comercial.

Las acciones de control son realizadas por el Departamento de Zoonosis del Ministerio de Salud de Córdoba, la Dirección de Fiscalización del Ministerio de Bioagroindustria, el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria, la Dirección General de Control de la Industria Alimenticia y las áreas de salud y bromatología de los municipios implicados.

La triquinelosis es una enfermedad transmitida por la ingesta de carne de cerdo cruda o mal cocida, contaminada con el parásito *Trichinella spiralis*. Sus manifestaciones clínicas son muy variables y pueden cursar como una infección inadvertida o presentar síntomas que, por lo general, comienzan con fiebre, dolor muscular intenso, dolor de cabeza y dolor e hinchazón alrededor de los ojos. También pueden aparecer signos gastrointestinales como diarrea y vómitos.

Para prevenir esta enfermedad se recomienda:

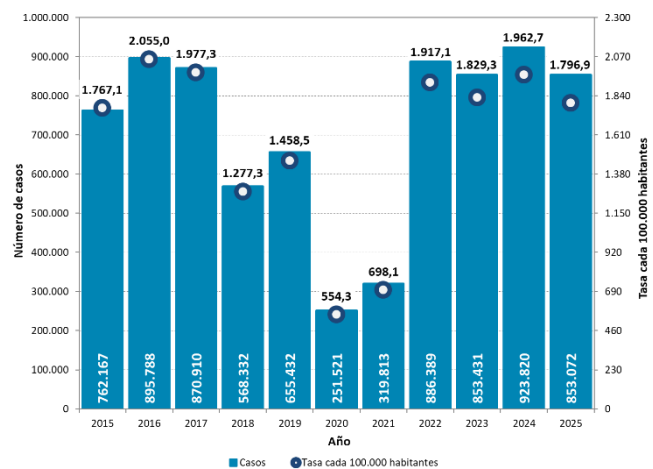
- No consumir ni permitir el consumo de carnes crudas y/o chacinados caseros que no hayan sido inspeccionados previamente a la elaboración.
- Verificar el rótulo o etiqueta de fabricación en todos los subproductos de cerdo que se adquieran.
- Identificar: marca del producto; empresa responsable; número de habilitación nacional del establecimiento; fecha de elaboración y de vencimiento del producto; condición de mantenimiento en cuanto a temperaturas ambientales; y rótulo con la composición.
- No consumir choripán en puestos no autorizados o no habilitados.
- Tener en cuenta que la salazón y el ahumado de las carnes no son suficientes para destruir los parásitos presentes.

La comercialización de carne o sus derivados provenientes de establecimientos no autorizados está totalmente prohibida.

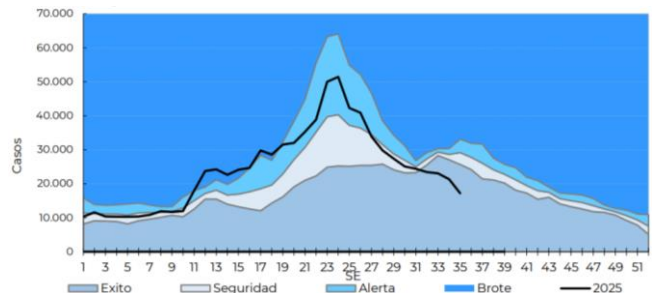
En 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 35, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}) 853.072 casos de enfermedad tipo influenza (ETI), con una tasa de incidencia acumulada de 1.796,9 casos cada 100.000 habitantes.

Para el mismo periodo de los años 2015/2025, los mayores números de notificaciones se registraron en 2024 (923.820 casos) y 2016 (895.788 casos), mientras que en 2020 y 2021 se reportó un nivel de casos inferior en comparación con los años previos. En el corriente año se registra un menor número de casos que en los tres años anteriores, siendo superado además por las notificaciones de los años 2016 y 2017.

Entre la SE 1 y la SE 10 de 2025, las notificaciones se mantuvieron dentro de los niveles de seguridad, con algunas oscilaciones. A partir de la SE 11 se observa un aumento progresivo de casos, alcanzando niveles de brote entre la SE 12 y la SE 18. Posteriormente, la tendencia ascendente se sostiene hasta la SE 24, ubicándose en niveles de alerta hasta la SE 26.



Casos y tasa de incidencia acumulada cada 100.000 habitantes. Argentina. Años 2015/2025, hasta semana epidemiológica 35. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Corredor endémico semanal. Argentina. Año 2025, hasta semana epidemiológica 35. En base a datos de los años 2017/2024, con exclusión de los años pandémicos 2020/2022. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Vigilancia universal de virus respiratorios - Red de laboratorios

A partir de la SE 11 se observó un aumento en el número de casos de influenza, con predominio de Influenza A(H1N1), con un adelanto del ascenso estacional respecto de años anteriores. En las últimas SE se registra un descenso de las notificaciones.

En lo que va de 2025, se registraron casos de influenza todas las semanas. A partir de la SE 11 se observó un incremento sostenido en las detecciones, con predominio de influenza A sin subtipificar y del subtipo A(H1N1). El número máximo de notificaciones semanales se alcanzó

entre la SE 22 y la SE 26, seguido de una tendencia descendente. En las últimas dos SE (SE 34 y SE 35) se notificó un total de 69 detecciones de influenza.

Durante la temporada en curso, la circulación viral de influenza presentó un inicio adelantado en relación a lo observado en años históricos en el país. Los casos comenzaron su ascenso desde la SE 11, y la positividad se presentó en niveles elevados desde la SE 13. Las temporadas de mayor circulación del virus Influenza en el periodo 2016/2024 tuvieron un inicio posterior a lo observado en la temporada actual, excepto en el año 2022 en el que el comportamiento fue inusual tanto en el número de casos como en la estacionalidad.

En el análisis regional, se observa que los casos de influenza en la temporada actual comenzaron con un ascenso en la Región Noroeste Argentino (NOA) y en la Región Sur. En las SE posteriores, se evidenció una tendencia ascendente en las detecciones en el resto de las regiones del país. Actualmente, los casos se encuentran en descenso en todas las regiones.

Vigilancia en personas internadas y fallecidas

En 2025, hasta la SE 36, se registró un total de 7.239 detecciones de influenza en personas hospitalizadas. A partir de la SE 12, se verifica un ascenso sostenido en el número de casos, que alcanzaron su máximo en la SE 24, con tendencia descendente en las detecciones entre hospitalizados en las siguientes SE. En la última SE, se detectaron 10 casos positivos en internados.

Entre los 7.239 casos notificados durante 2025, se registran predominantemente detecciones de influenza A (n=6.690), con menor detección de influenza B (n=147). De los casos de influenza A, 2.221 cuentan con subtipificación, correspondiendo 2.209 a influenza A(H1N1) pdm09 y 12 a influenza A(H3N2). En relación a la influenza B, 16 casos corresponden al linaje Victoria y el resto no cuentan con identificación de linaje. A la fecha, 132 casos de influenza permanecen sin tipificar.

Las detecciones positivas para influenza predominaron en los adultos mayores y en personas de 45 a 64 años, seguido por el grupo de 5 a 9 años.

En lo que va de 2025, se registran 204 fallecidos con diagnóstico de influenza.

Vacunación antigripal

La vacunación antigripal incorporada al Calendario Nacional de Vacunación a partir del año 2011 tiene como objetivo reducir las complicaciones, hospitalizaciones, muertes y secuelas de la infección por virus influenza en los grupos poblacionales de alto riesgo para el desarrollo de enfermedad complicada.

En el actual contexto epidemiológico, se insta a los equipos de salud a fortalecer la vacunación antigripal a las personas de la población objetivo que no hayan recibido la vacuna este año. La vacunación antigripal administrada en forma oportuna es una medida preventiva sustancial para evitar el desarrollo de complicaciones relacionadas con la influenza.

La población objetivo para la vacunación antigripal es la siguiente:

- Personal de salud.
- Personas embarazadas: en cada embarazo y en cualquier trimestre.
- Personas puérperas: hasta el egreso de la maternidad –máximo 10 días–, si no recibió la vacuna durante el embarazo.
- Personas de 6 a 24 meses de edad: esquema de dos dosis, si no las recibieron anteriormente.

- Personas de 2 a 64 años de edad que tengan factores de riesgo: con documentación que acredite la existencia de enfermedades preexistentes incluidas entre los factores de riesgo.
- Personas de 65 años o más: no se requiere indicación médica para recibir la vacuna antigripal. Como oportunidad, se debe evaluar la vacuna contra el neumococo y aplicar si corresponde.
- Personal estratégico, cuyo desempeño es clave para mantener las funciones esenciales (ej. fuerzas de seguridad del Estado).

Las condiciones clínicas que aumentan el riesgo de formas graves de influenza incluyen enfermedades respiratorias y cardíacas crónicas, inmunodeficiencias, enfermedades oncohematológicas, trasplantes, diabetes, obesidad mórbida, insuficiencia renal crónica, y otras condiciones específicas.

El Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) estableció una serie de medidas sanitarias, luego de confirmarse mediante diagnóstico de laboratorio un caso positivo de rabia paresiente en bovinos, en un establecimiento de la localidad de Mayor Vicente Villafañe, departamento Pirané, provincia de Formosa.



El Centro Especializado en Zoonosis del Ministerio de Salud Pública del Chaco determinó el diagnóstico positivo para rabia y lo comunicó rápidamente al Centro Regional Chaco-Formosa del SENASA, que estableció de forma inmediata las medidas sanitarias para el control de la enfermedad.

Entre otras acciones, se ordenó la vacunación obligatoria de los animales de especies susceptibles, tanto en el predio afectado como en todos aquellos ubicados en un radio de 10 km alrededor del brote.

Una vez cumplimentada la vacunación, los productores deberán registrarla en la oficina del SENASA de la localidad y revacunar entre los 20 y 30 días posteriores a la primera dosis (en caso de primovacunados), conforme a lo establecido por la normativa vigente. Para aquellos animales que cuenten con la vacuna antirrábica, su revacunación será anual.

La rabia paresiente es una enfermedad epidémica y recurrente causada por el virus rábico transmitido por el vampiro común (*Desmodus rotundus*), que afecta principalmente a los bovinos, a los equinos, con menor frecuencia a otras especies domésticas, al hombre y a algunos animales silvestres.

La rabia paresiente es una enfermedad de notificación obligatoria, tanto para los productores como para los veterinarios.

Aunque la dispersión del virus rábico a los tejidos periféricos del bovino no es abundante, el contacto con bovinos rabiosos implica riesgo de contagio para el hombre. Los contactos con bovinos rabiosos ocurren principalmente cuando se intenta medicarlos por vía oral o cuando se piensa que la disfagia que se observa en la mayoría de esos animales es consecuencia de una obstrucción alimentaria del esófago y se intenta la desobstrucción manual. También, cuando se faenan animales rabiosos o que están incubando rabia, y en las prácticas de manejo con esos animales.

Entre los carnívoros domésticos de Argentina, hasta el momento no se han observado casos producidos por el virus rábico que transmite el vampiro; no obstante, se debe mantener una estrecha vigilancia pues, tanto el perro como el gato, depredan a los vampiros y a otros murciélagos.

El área endémica de la rabia paresiente abarca la totalidad de las provincias de Misiones, Corrientes, Chaco, Formosa, Santiago del Estero y Tucumán, y partes de las provincias de Santa Fe, La Rioja, Catamarca, San Luis, Córdoba, Salta y Jujuy.

En caso de detectar animales muertos o que presenten sintomatología nerviosa, como así también posibles refugios de vampiros, es fundamental dar aviso al Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria para su respuesta inmediata y atención de la sospecha. Cualquier persona puede notificar al organismo en:

- la oficina más cercana, por teléfono o personalmente;
- por WhatsApp: (11) 5700-5704;
- por correo electrónico: notificaciones@senasa.gob.ar; o
- a través del formulario [Avisá al Senasa](#).



MILES DE PERSONAS FALLECEN POR MORDEDURAS DE SERPIENTES EN LA REGIÓN CADA AÑO

19/09/2025

Las mordeduras de serpientes siguen siendo un problema de salud pública que, aunque prevenible, sigue generando muertes, discapacidad y sufrimiento, especialmente en comunidades rurales y vulnerables de las Américas.

Se estima que en la región ocurren alrededor de 57.000 mordeduras de serpientes cada año, con una tasa de letalidad de 0,6% según los datos disponibles, cifra que está por debajo de la realidad en muchos países, debido a la baja notificación en zonas remotas o con difícil acceso a servicios de salud. En el contexto global, más de 5 millones de personas sufren mordeduras por ofidios al año, más de 130.000 pierden la vida y cerca de 400.000 sufren secuelas permanentes.



La mayoría de los accidentes por mordeduras de serpientes se producen lejos de los centros de salud; la demora en la atención médica, el tratamiento inadecuado o la falta de antiveneno seguro y eficaz agravan las consecuencias. Además de la mortalidad, hay daños permanentes en víctimas –amputaciones, limitaciones funcionales, cicatrices, o secuelas neurológicas– que impactan sus vidas, su capacidad de trabajo y su bienestar individual y social.

Las comunidades indígenas, poblaciones rurales, trabajadores agrícolas, jóvenes y niños son especialmente vulnerables, no solo por la exposición al riesgo, sino por barreras de acceso al diagnóstico, tratamiento y prevención.

Existen diferencias marcadas entre países y zonas dentro de los propios países, tanto en incidencia como en mortalidad. Factores como la diversidad de especies de serpientes, altitud, clima, estaciones lluviosas, densidad poblacional, ocupaciones agrícolas y acceso al sistema de salud influyen de manera decisiva.

El cambio climático está agravando también el problema al modificar los patrones ecológicos y exponer a nuevas comunidades a especies venenosas, lo que demanda una respuesta regional coordinada y sostenida, basada en el enfoque de Una Salud, con la colaboración entre los sectores de la salud humana, animal y ambiental.

Acciones regionales

Coordinación técnica con los países para mejorar la vigilancia epidemiológica, con el fin de obtener datos más completos y actualizados sobre tasas de incidencia y letalidad, tratamien-

tos aplicados y antivenenos disponibles, a través de la [Reunión Regional de Programas de Accidentes por Animales Venenosos de América Latina y el Caribe \(REDPEVA\)](#).

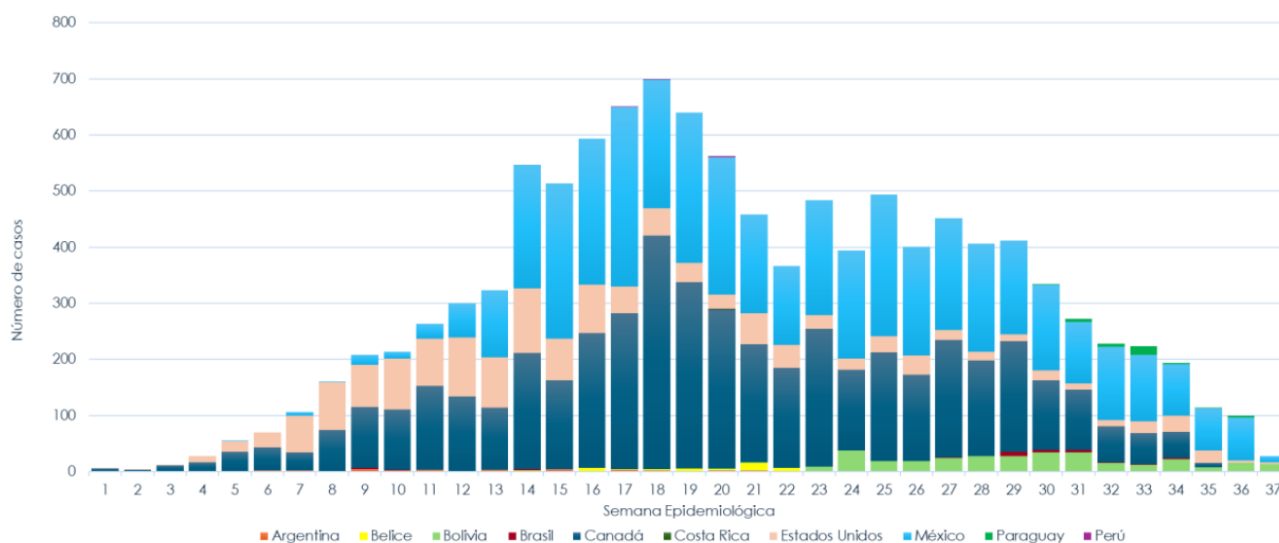
Fortalecimiento de los laboratorios públicos productores de antiveneno mediante la [Red de Laboratorios Públicos Productores de Antivenenos de América Latina \(RELAPA\)](#), cuya misión es ampliar la disponibilidad y accesibilidad de antivenenos eficaces y seguros, incluyendo a países que no poseen sus propios laboratorios productores nacionales, o aquellos en que la producción de determinados antivenenos por un laboratorio no sea suficiente para atender la demanda nacional.

Fortalecimiento de las capacidades del personal de salud para el manejo clínico. Este año, en colaboración con distintos expertos, el [Centro Panamericano de Fiebre Aftosa y Salud Pública Veterinaria \(PANAFTOSA\)](#) puso a disposición de los profesionales de salud una actualización de las directrices sobre [diagnóstico y tratamiento del envenenamiento por serpientes en América Latina y el Caribe](#) y un nuevo curso online gratuito sobre [envenenamientos por serpientes y otros animales venenosos](#) en la región.

La mordedura de serpiente es considerada la más letal de las [20 enfermedades tropicales desatendidas](#) listadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En mayo de 2018, se adoptó por unanimidad una resolución que insta a los gobiernos y a la OMS a abordar el problema para reducir en 50% las muertes hasta 2030. En 2019, se lanzó la [Estrategia Global para la Prevención y el Control de la Mordedura de Serpiente](#).

Es esencial promover un enfoque integral en la región, fortalecer la vigilancia epidemiológica, las medidas de prevención, atención temprana y el tratamiento adecuado para evitar más muertes y graves secuelas.

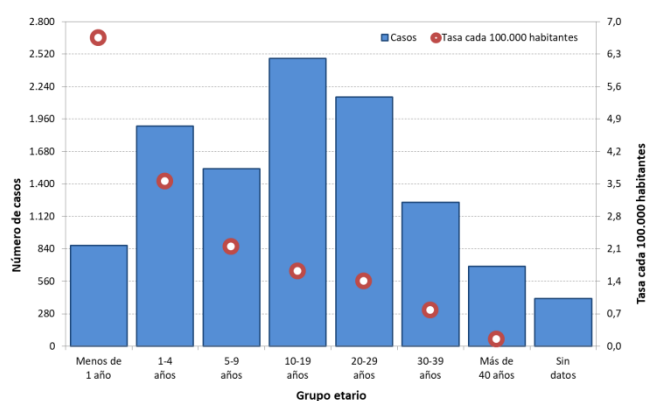
En 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 37, en la Región de las Américas, se confirmaron 11.313 casos de sarampión, incluyendo 23 defunciones, en Argentina (35 casos), Belice (34 casos), Bolivia (320 casos), Brasil (28 casos), Canadá (4.849 casos, incluyendo una defunción), Costa Rica (1 caso), Estados Unidos (1.454 casos, incluyendo tres defunciones), México (4.553 casos, incluyendo 19 defunciones), Paraguay (35 casos) y Perú (4 casos). Este total representa un aumento de 31 veces en comparación con los 358 casos de sarampión notificados en el mismo periodo de 2024.



Casos confirmados de sarampión, según semana epidemiológica de inicio de exantema y país. Región de las Américas. Año 2025 hasta semana epidemiológica 37. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

La distribución de los casos confirmados de sarampión en la Región de las Américas por SE muestra un incremento gradual de casos a partir de la SE 3 de 2025, con el número máximo de casos registrado en la SE 18 relacionado a los brotes en comunidades re-nuentes a la vacunación asentadas en varios países de la región. También, se observa un descenso lento en el número de casos reportados en las últimas cuatro semanas epidemiológicas (SE 32-36).

De acuerdo con la información disponible en 11.248 casos confirmados, el grupo etario con la mayor proporción de casos corresponde al de 10-19 años (22%), seguido por el de 20-29 años (19%) y el de 1-4 años (17%). No obstante, la tasa de incidencia es mayor en menores de un año (6,6 casos cada 100.000 habitantes), seguido del grupo de 1-4 años (3,6 casos cada 100.000 habitantes) y de 5 a 9 años (2,1 casos cada 100.000 habitantes). Con relación al antecedente de vacunación, 71% de los casos no estaba vacunado y en 18% dicha información era desconocida o ausente. Según la fuente de infección, 71% de los casos fueron clasificados como asociados a la importación, y 16% como importados.



Casos confirmados y tasas de incidencia cada 100.000 habitantes, según grupos etarios. Región de las Américas. Año 2025, hasta semana epidemiológica 36. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

Coberturas de vacunación en la región

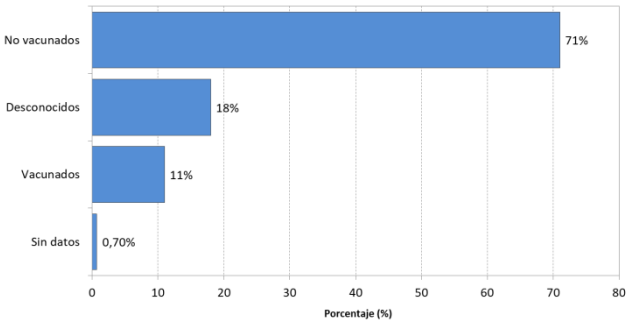
En el año 2024 se observó un ligero incremento en la cobertura regional de la primera y segunda dosis de la vacuna triple viral (SRP) con respecto a 2023: de 87% a 89% para la primera dosis (SRP1) y de 76% a 79% para la segunda dosis (SRP2). Asimismo, 45 países y territorios de las Américas reportaron a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) las coberturas de vacunación de SRP1 y SRP2. En relación con la aplicación de la SRP1, el 31,1% (14/45) de los países y territorios de la Región presentan coberturas mayores a 95%, el 31,1% (14/45) coberturas entre 90 y 94%, el 27% (12/45) coberturas entre 80 y 89%, y el 11,1% (5/45) coberturas menores a 80%. Con respecto a la aplicación de la SRP2, solo 20% de los países y territorios (9/45) presentan un nivel de cobertura mayor a 95%, mientras que 48,9% (22/45) presentan un nivel de cobertura menor a 80%.

Situación epidemiológica 2025 por país

- **Argentina:** En 2025, hasta la SE 37, se confirmaron 35 casos, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CA-BA) (13 casos) y en las provincias de Buenos Aires (21 casos) y San Luis (1 caso). Seis de los casos son importados, 29 relacionados con la importación y cuatro con fuente de infección en estudio. Los casos se distribuyen en un rango de edad de 5 meses a 40 años; 17 casos (48%) corresponden a niños menores de 5 años, 7 (20%) a personas de entre 5 y 19 años y 11 (31%) a mayores de 20 años. La tasa de incidencia por grupo etario muestra que el más afectado es el de menores de un año (5,6 casos cada 100.000 habitantes), seguido por el grupo de 1 a 4 años (4,7 casos cada 100.000 habitantes).

En cuanto al antecedente de vacunación de los casos, 14 (40%) no estaban vacunados o tenían un historial de vacunación desconocido, cinco (14%) tenían una dosis única de SRP y ocho (23%) tenían dos dosis de SRP. Dos casos (6%) requirieron hospitalización. De 27 muestras procedentes de los casos, se identificaron los siguientes genotipos: B3 DSID 9240, D8 DSID 5963 linaje Patán, D8 DSID 9171 linaje MVs/Ontario.CAN/47.24 y B3 DSID 6418 linaje MVs/Quetta.PAK/44.20.

En 2024, Argentina alcanzó una cobertura de vacunación de 83% a nivel nacional para SRP1 y de 47%



Porcentaje de casos confirmados, según estado de vacunación. Región de las Américas. Año 2025, hasta semana epidemiológica 36. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

País/Territorio	SRP1	SRP2
San Eustaquio	45	31
Bermudas	77	43
Venezuela	71	51
Argentina	82	46
Bolivia	67	61
Bahamas	86	60
Haití	87	62
México	80	69
Granada	83	67
Santa Lucía	83	67
Bonaire	84	71
Dominica	80	75
Honduras	79	77
Paraguay	90	69
Brasil	93	68
Ecuador	87	74
Barbados	88	76
Chile	93	73
Belice	84	83
Guatemala	90	78
Suriname	94	74
Canadá	92	79
República Dominicana	95	78
Islas Caimán	92	84
Aruba	94	84
Colombia	93	86
Islas Vírgenes Británicas	88	92
Anguilla	98	83
Antigua y Barbuda	94	87
Perú	98	83
Islas Turcas y Caicos	94	89
Trinidad y Tobago	96	89
El Salvador	96	90
Costa Rica	100	87
Jamaica	94	93
Panamá	93	94
Estados Unidos	92	99
Saint Kitts y Nevis	95	97
Uruguay	97	95
Nicaragua	95	98
Guyana	100	97
Cuba	100	100
Montserrat	100	100
Saba	100	100
San Vicente y las Granadinas	100	100

Coberturas de vacunación con primera (SRP1) y segunda dosis (SRP2) de vacuna triple viral. Países y territorios de la Región de las Américas. Año 2024. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

Referencias: ■ Menos de 80% - ■ 80-89% - ■ 90-84% - ■ 95% o más.

para SRP2. La cobertura ampliada por cohortes para SRP2 es de 72%.

- **Belice:** En 2025, hasta la SE 26, se confirmaron 34 casos, diez mediante pruebas de laboratorio y 24 por nexo epidemiológico. Los casos confirmados se identificaron en los distritos de Cayo (33 casos) y Corozal (1 caso). Del total de casos confirmados, cuatro son importados y 30 están relacionados con la importación. Los casos importados tienen antecedentes de viaje a México entre enero y abril de 2025. Los casos se distribuyen en un rango de edad de 0 a 45 años; siete casos (21%) son menores de 5 años, 20 casos (59%) tienen entre 5 y 19 años y siete casos (21%) son mayores de 20 años. Los 34 casos no estaban vacunados o tenían un historial de vacunación desconocido al momento del diagnóstico. Un solo caso requirió hospitalización. El 21 de julio, el Ministerio de Salud y Bienestar informó el fin del brote de sarampión tras dos periodos de incubación completos sin nuevos casos (tres casos).
- **Bolivia:** Entre la SE 16 y la SE 37 de 2025, se confirmaron 320 casos de sarampión, en ocho departamentos: Beni (5 casos), Chuquisaca (5 casos), Cochabamba (7 casos), La Paz (18 casos), Oruro (7 casos), Pando (1 caso), Potosí (6 casos) y Santa Cruz (271 casos; 85% del total). Del total de casos, 79 casos (25%) son niños de entre 5 y 9 años, 71 casos (22%) tienen entre 1 y 4 años y 64 (20%) son mayores de 20 años.

Del total, 269 casos (84%) no estaban vacunados o tenían un historial de vacunación desconocido, 17 casos (5%) contaban con la SRP1, 25 (8%) con la SRP2, y nueve casos (3%) tenían 3 y 4 dosis de SRP. De los 320 casos confirmados, 26 (8%) requirieron hospitalización y no se han registrado defunciones relacionadas.

En los dos primeros casos confirmados se identificó el genotipo D8 DSID 9171.

En Bolivia, en 2024, a nivel nacional se alcanzó una cobertura de vacunación de 67% a nivel nacional para SRP1 y de 61% para SRP2.

- **Brasil:** En 2025, hasta la SE 37, se confirmaron 28 casos, en el Distrito Federal (1 caso) y en los estados de Maranhão (1 caso), Rio de Janeiro (2 casos), São Paulo (1 caso), Rio Grande do Sul (1 caso) y Tocantins (22 casos). Del total de casos, seis son importados, 19 son relacionados con la importación y tres no cuentan con una fuente de infección conocida. Del total de casos, siete (25%) corresponden a niños menores de 5 años, seis casos (21%) a personas de entre 5 y 19 años y 15 casos (54%) a mayores de 20 años. La tasa incidencia por grupos etarios muestra que el más afectado es el de menores de 5 años (0,054 casos cada 100.000 habitantes), seguido por el de 5 a 19 años (0,014 cada 100.000 habitantes) y el de mayores de 20 años (0,010 cada 100.000 habitantes).

Veintiséis casos (93%) no estaban vacunados o tenían un historial de vacunación desconocido, y dos casos (7%) tenían dos dosis de la vacuna SRP. Tres casos (11%) requirieron hospitalización, y no se han registrado defunciones relacionadas.

Entre la SE 9 y la SE 34 del 2025, se caracterizaron 18 casos confirmados de sarampión mediante análisis genómicos, los que revelaron que dos secuencias detectadas en el estado de Rio de Janeiro, en la SE 9 y la SE 10, pertenecen al genotipo B3, con 99,8% de identidad genómica en relación con la cepa denominada MVs/Quetta.PAK/44.20 y la secuencia distinta DSId (9299). En el Distrito Federal se identificó una secuencia perteneciente al genotipo D8 DSId (9267), en la SE 9, con 99,8% de identidad genómica con la cepa MVs/Pasaman Barat.IDN/13.22. En la SE 14 y la SE 15, se detectó el genotipo B3 DSId (8841), correspondiente a la cepa MVs/New South Wales.AUS/10.24, en los estados de São Paulo y Rio Grande do Sul, respectivamente. Entre la SE 29 y la SE 34, se caracterizaron genómicamente 13

casos en el estado de Tocantins, todos pertenecientes al genotipo D8, linaje MVs/Ontario.CAN/47.24 y DSId.

En Brasil, en 2024, se alcanzó una cobertura vacunal de 96% a nivel nacional para SRP1 y de 80% para SRP2.

- **Canadá:** En 2025, hasta la SE 35, se notificaron 4.849 casos (4.497 confirmados y 352 probables), incluida una defunción, en diez provincias: Alberta (1.825 casos), British Columbia (256 casos), Manitoba (207 casos), New Brunswick (16 casos), Northwest Territories (1 caso), Nova Scotia (54 casos), Ontario (2.377 casos), Prince Edward Island (3 casos), Quebec (36 casos) y Saskatchewan (74 casos). El número de casos semanales alcanzó su máximo en la SE 18 y desde entonces ha ido disminuyendo de forma constante. Se notificó una muerte en un caso congénito de sarampión que nació prematuro y tenía otras afecciones médicas subyacentes. Los casos notificados hasta la fecha en 2025 superan ampliamente los 147 casos confirmados detectados en 2024 y constituyen el mayor número anual de casos desde que se logró la eliminación en 1998.

De los 4.849 casos notificados, 4.720 (97%) estuvo expuesto en Canadá, 85 casos (2%) fueron importados y 44 casos (1%) tienen una fuente de exposición desconocida o en investigación. El 44% de los casos tenían entre 5 y 17 años, 30% son mayores de 18 años y 20% son niños de entre 1 y 4 años. El 88% de los casos no estaba vacunado, 3% había recibido una dosis de una vacuna con componente antisarampionoso, 5% había recibido dos o más dosis de esta vacuna y 5% tenía un estado de vacunación desconocido. El historial de vacunación por grupo etario es el siguiente: 2% de los niños de 1 a 4 años había recibido una o más dosis de una vacuna con componente antisarampionoso, al igual que 3% de los casos de 5 a 17 años y 19% de los casos de 18 años o más. Fueron hospitalizados 364 casos (8%). En 1.198 casos se identificó el genotipo D8, y en 33 de los casos genotipos B3.

En Canadá está activo un brote multijurisdiccional, y 4.333 casos confirmados y 352 probables (97% del total notificado en 2025) están relacionados con este brote. Afecta principalmente a personas no vacunadas en comunidades con bajos niveles de cobertura que interactúan entre sí. El brote comenzó a fines del 2024. Entre el 27 de octubre de 2024 y el 30 de agosto de 2025, se notificaron 4.772 casos (4.390 confirmados y 382 probables) en 10 provincias y territorios: Alberta, British Columbia, Manitoba, New Brunswick, Northwest Territories, Nova Scotia, Ontario, Prince Edward Island, Quebec y Saskatchewan. Desde fines de abril de 2025, los casos asociados a este brote han ido disminuyendo de manera constante. El brote se originó a partir de un caso importado que asistió a un evento en New Brunswick en octubre de 2024, al cual asistieron personas de múltiples provincias. La mayoría de los casos relacionados con este brote no estaban vacunados (89%) o tenían un estado vacunal desconocido (5%). La cepa de sarampión que circula en este brote es el genotipo D8 de tipo salvaje.

Además del brote multijurisdiccional descrito anteriormente, entre la SE 1 y la SE 35 de 2025, se notificaron siete brotes, de los cuales seis han sido cerrados al 30 de agosto de 2025. Estos brotes consisten en dos o más casos relacionados epidemiológica o virológicamente y están directamente relacionados con casos importados.

- **Costa Rica:** En 2025, hasta la SE 24, se confirmó un caso importado en la provincia de Guanacaste. Se trató de una mujer de 18 años que ingresó al país el 3 de mayo proveniente de Canadá. El caso no tenía antecedente de vacunación. Inició síntomas el 11 de mayo con fiebre y malestar general, presentando exantema el 12 de mayo. Fue hospitalizada el 13 de mayo como medida de precaución, sin que desarrollara complicaciones asociadas a la en-

fermedad. El caso fue confirmado mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa en tiempo real (rRT-PCR) el 15 de mayo por el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA). No se han registrado casos secundarios, ni defunciones.

- **Estados Unidos:** En 2025, hasta la SE 37, se notificaron 1.454 casos confirmados, incluyendo tres defunciones. De ellos, 1.433 casos de sarampión fueron notificados por 42 jurisdicciones: Texas (803 casos, incluyendo dos defunciones), New México (100 casos, incluyendo una defunción), Kansas (90 casos), North Dakota (36 casos), Arizona (34 casos), Ohio (33 casos), Montana (31 casos), Colorado (27 casos), Michigan (27 casos), Wisconsin (25 casos), California (20 casos), Oklahoma (17 casos), Pennsylvania (16 casos), Utah (15 casos), Kentucky (13 casos), South Dakota (12 casos), Illinois (10 casos), New Jersey (10 casos), Washington (10 casos), New York City (9 casos), Wyoming (9 casos), Arkansas (8 casos), Indiana (8 casos), Iowa (8 casos), New York State (7 casos), Florida (6 casos), Georgia (6 casos), Missouri (6 casos), Tennessee (6 casos), Minnesota (5 casos), Virginia (4 casos), Alaska (3 casos), Idaho (3 casos), Maryland (3 casos), South Carolina (3 casos), Hawai'i (2 casos), Louisiana (2 casos), Vermont (2 casos), Alabama (1 caso), Nebraska (1 caso), Oregon (1 caso) y Rhode Island (1 caso). Se notificaron 21 casos entre visitantes internacionales a Estados Unidos. Del total de casos, 1.249 (86%) están asociados a brotes (definidos como tres o más casos), con 37 brotes identificados este año. El 18 de agosto, el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas informó del fin del brote de sarampión centrado en el oeste de Texas tras 42 días sin nuevos casos en ninguno de los condados que anteriormente mostraban indicios de transmisión continua.

Del total de casos, 404 (28%) corresponden a niños menores de 5 años, 554 (38%) a personas de entre 5 y 19 años, 489 (34%) a mayores de 20 años y siete casos a personas de edad desconocida. La tasa de incidencia por grupo etario muestra que el más afectado es el de los menores de un año (3,0 casos cada 100.000 habitantes), seguido del grupo de 1 a 4 años (1,9 cada 100.000 habitantes).

El 92% de los casos no estaba vacunado o tenía un historial de vacunación desconocido, 4% había recibido una sola dosis de la SRP y 4% había recibido dos dosis. Entre los casos confirmados vacunados, 26% son menores de 5 años, 14% personas de entre 5 y 19 años y 59% mayores de 20 años. Hubo 180 casos (12%) que requirieron hospitalización, principalmente en menores de 5 años, con 86 casos (21%) de los 404 registrados en este grupo etario. La cobertura de la vacuna SRP en niños disminuyó en los últimos años, pasando de 95,2% durante el curso escolar 2019-2020 a 92,5% durante el curso escolar 2024-2025.

De las 571 muestras positivas mediante rRT-PCR de casos confirmados sometidos a genotipificación hasta la fecha, 517 (91%) eran del genotipo D8, y 54 (9%) del genotipo B3. Entre las detecciones del genotipo D8, la mayoría (453 casos; 88%) se identificó como la secuencia distintiva (DSId) 9171.

- **México:** En 2025, hasta la SE 37, se confirmaron 4.553 casos, incluyendo 19 defunciones, en 23 estados. Los casos fueron reportados en Chihuahua (4.231 casos, incluyendo 18 defunciones), Sonora (88 casos, incluyendo una defunción), Coahuila (54 casos), Guerrero (47 casos), Durango (22 casos), Zacatecas (21 casos), Michoacán (15 casos), Campeche (14 casos), Sinaloa (14 casos), Tamaulipas (12 casos), Baja California Sur (8 casos), Ciudad de México (6 casos), Oaxaca (5 casos), Guanajuato (4 casos), México (2 casos), Quintana Roo (2 casos), Tabasco (2 casos), Chiapas (1 caso), Jalisco (1 caso), Nuevo León (1 caso), Querétaro (1 caso), San Luis Potosí (1 caso) y Yucatán (1 caso).

De los casos confirmados, 2.367 (52%) son mujeres. El grupo etario más afectado es el de 0 a 4 años (1.109 casos; 24%), seguido por el de 25 a 29 años (586 casos; 13%). La tasa de incidencia por grupo etario muestra que el más afectado es el de 0 a 4 años (10,6 casos cada 100.000 habitantes), seguido por el de 25 a 29 años (5,5 casos cada 100.000 habitantes). De los 4.353 casos con la información, 3.591 (84%) no contaban con antecedente de vacunación, 190 (4,5%) tenía una dosis de SRP y 190 (4,5%) contaba con dos o más dosis de SRP documentadas en la Cartilla Nacional de Vacunación. Diecinueve casos, todos procedentes del estado de Chihuahua, requirieron hospitalización. La tasa de incidencia nacional de sarampión es de 3,41 casos cada 100.000 habitantes.

En la genotipificación realizada a las muestras procedentes de 110 casos confirmados, se identificaron los genotipos D8 y B3.

Se confirmaron 19 defunciones por complicaciones del sarampión, todas en personas sin antecedente vacunal, con comorbilidades en algunos casos. Las defunciones se distribuyen entre los estados de Chihuahua (18 defunciones) y Sonora (1 defunción).

En México, en 2024, se alcanzó una cobertura de vacunación con SRP1 de 80% a nivel nacional, y de 69% para SRP2.

- **Paraguay:** Entre la SE 30 y la SE 37 de 2025, se confirmaron 35 casos, todos en el departamento San Pedro. Del total de casos, uno corresponde a un caso importado y 34 casos están relacionados con la importación. Los casos confirmados fueron reportados en el distrito de Nueva Germania (13 casos), los municipios de Santa Rosa de Aguaray (8 casos) y Tacuatí (14 casos). De los 35 casos, 26 fueron confirmados por laboratorio (rRT-PCR), dos por IgM positivo y siete por nexo epidemiológico y criterio clínico.

Veintiún casos (60%) corresponden al sexo femenino, en un rango de edad de 3 meses a 54 años, con un promedio de 10 años; 18 casos (51%) son menores de 5 años, 14 casos (40%) a personas 5 a 19 años y tres casos (9%) personas de 20 años y más. El grupo etario con mayor tasa de incidencia es el de 1 a 4 años (3,7 casos cada 100.000 habitantes), seguido por el de menores de 1 año (3,1 cada 100.000 habitantes) y el de 15 a 19 años (1,0 casos cada 100.000 habitantes).

Treintaiún casos (89%) no estaban vacunados o tenían un historial de vacunación desconocido, mientras que dos casos (5%) contaban con una única dosis de SRP, y dos casos (5%) con dos dosis de SRP. Nueve casos (26%) requirieron hospitalización, y no se han registrado defunciones relacionadas. El Laboratorio Regional de Referencia reportó el genotipo D8 en cinco muestras remitidas desde el Laboratorio Nacional de Referencia. En Paraguay, en 2024 se alcanzó una cobertura de vacunación nacional con SPR1 de 90%, y de 69% para SRP2.

- **Perú:** Entre la SE 19 y la SE 37 de 2025, se confirmaron cuatro casos, todos en el departamento de Lima. Del total de casos, dos corresponden a casos importados y dos relacionados con la importación. Los casos se distribuyen en un rango de edad de 8 a 34 años; dos de los casos son personas de entre 5 y 19 años y dos son mayores de 20 años. Tres de los casos no estaban vacunados o tenían un historial de vacunación desconocido, y uno tenía dos dosis de vacuna SRP. Dos casos requirieron hospitalización y no se han registrado defunciones relacionadas.

La genotipificación realizada a muestras procedentes de dos casos confirmados identificaron el genotipo D8 DSID 9171 y el genotipo MVs/Ontario.CAN/47.24 (DSId 9171).

En Perú, en 2024, se alcanzó una cobertura de vacunación para SRP1 de 97% a nivel nacional, y de 83% para SRP2.

Un comité asesor clave sobre vacunas de Estados Unidos votó para dejar de recomendar que todos los adultos reciban la vacuna contra la covid, que hasta ahora había sido aprobada oficialmente para la mayoría de los estadounidenses anualmente desde la pandemia.

El Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) también votó por un estrecho margen en contra de promover la prescripción de la vacuna contra la covid.

En dos días de reuniones, el ACIP cambió sus recomendaciones sobre la vacuna combinada contra el sarampión, la parotiditis, la rubéola y la varicela (MMRV) y retrasó los planes para una votación sobre la vacuna contra la hepatitis B.

El secretario de Salud, Robert Francis Kennedy Jr., un escéptico de las vacunas, despidió a los 17 miembros del comité en junio y eligió personalmente a sus sucesores, lo que provocó indignación en la comunidad médica.

El panel pasó el 19 de septiembre debatiendo sobre la vacuna contra la covid, que durante los últimos años ha sido una recomendación de rutina, como la vacuna anual contra la influenza.

El ACIP votó a favor de abandonar el amplio apoyo a la recomendación de la vacuna, incluso para poblaciones de alto riesgo como las personas mayores de 65 años.

En lugar de eso, decidió que podían tomar su propia decisión después de hablar con un profesional médico.

En mayo, el gobierno federal dejó de recomendar las vacunas contra la covid para mujeres embarazadas y niños sanos.

En un intercambio el 19 de septiembre, el aliado de Kennedy, el Dr. Robert Malone, argumentó que no había evidencia de que la vacuna contra la covid previniera una infección grave.

El Dr. Cody Meissner, quien alguna vez formó parte del panel de vacunas de la Administración de Alimentos y Medicamentos, argumentó que hay datos “bastante bien definidos” de que la vacuna protege contra la infección.

Hubo confusión durante el debate sobre la vacuna MMRV. El 18 de septiembre, el panel votó en contra de recomendar la vacuna combinada MMRV para niños de cuatro años o menos.

Pero al día siguiente decidieron aprobar dos vacunas separadas: una combinada contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola, y otra contra la varicela.

La Asociación Médica Estadounidense, que representa a médicos y estudiantes de medicina, dijo que las nuevas recomendaciones sobre la vacuna MMRV “dejan a los padres confundidos”.



El panel también retrasó una votación sobre si los recién nacidos cuyas madres dieron negativo en la prueba de detección de la hepatitis B durante el embarazo deberían recibir automáticamente una vacuna contra el virus hepático.

El ACIP lleva meses poniendo en duda la vacuna contra la hepatitis B, pese a que los científicos afirman que es segura y eficaz para prevenir la infección.

En junio, el nuevo presidente del panel, el Dr. Martin Kulldorff, cuestionó si era “prudente” administrar la vacuna contra la hepatitis B a los recién nacidos.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) han recomendado que los niños reciban la vacuna contra la hepatitis B al nacer desde 1991.

Desde entonces, el número de casos de esta enfermedad potencialmente mortal ha disminuido entre las personas de 19 años o menos, lo que los expertos y los CDC atribuyen a la implementación de la vacuna contra la hepatitis B.

La postura de Robert F. Kennedy Jr. sobre las vacunas ha estado bajo escrutinio desde que asumió el cargo en enero.

Kennedy ha reformado los CDC durante su mandato. Reemplazó a los miembros del panel asesor de vacunas en junio y despidió a su directora, Susan Monarez, a fines de agosto, lo que provocó la renuncia de un grupo de altos funcionarios en protesta.

El 17 de septiembre, Monarez dijo al Senado que fue despedida por negarse a aprobar cambios en la política de vacunas “sin importar la evidencia científica”.

A principios de este mes, Kennedy dijo que despidió a Monarez porque sintió que sus interacciones demostraban que ella no era confiable.

Los médicos y expertos en salud han criticado el cuestionamiento que desde hace tiempo hace el secretario de Salud sobre la seguridad y eficacia de una serie de vacunas, aunque en su audiencia de confirmación en el Senado dijo que “no las iba a quitar”.



El Departamento de Salud Pública de South Carolina (SCDPH) informó el 19 de septiembre que el estado registró la primera muerte confirmada por el virus de la encefalitis equina del Este (EEE) en más de 20 años. La persona vivía en el condado de Beaufort.

Este es el primer caso humano de encefalitis equina del Este que se informa en South Carolina desde 2020 y la primera muerte por el virus en el estado desde 2003.

El virus de la encefalitis equina del Este se transmite a las personas a través de la picadura de un mosquito infectado y no es transmisible de persona a persona.

El Dr. Edward Simmer, director interino del SCDPH, declaró: “Si bien los casos de encefalitis equina del Este en personas son extremadamente raros, los efectos pueden ser muy graves para quienes contraen la enfermedad. Animamos a todos a tomar medidas para reducir el riesgo de picaduras de mosquitos, incluyendo la eliminación de sus criaderos”.

Aproximadamente 30% de las personas que desarrollan encefalitis equina del Este grave fallecen. Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), muchos sobrevivientes presentan secuelas neurológicas persistentes.

No existen vacunas para prevenir ni medicamentos para tratar la infección en humanos.

La mejor manera de reducir el riesgo de infección por el virus de la encefalitis equina del Este es prevenir las picaduras de mosquitos. La Asociación Americana para el Control de Mosquitos (AMCA) recomienda usar mangas largas, pantalones largos y ropa holgada de colores claros al aire libre, así como aplicar correctamente un producto registrado por la Agencia de Protección Ambiental (EPA).

El Control de Mosquitos del Condado de Beaufort realizó múltiples fumigaciones contra mosquitos con camiones en la zona donde se registró el caso humano desde la fecha de inicio de la enfermedad. Además, el condado fumigará con helicóptero para una cobertura mayor.

El condado también instalará trampas para mosquitos en la zona para realizar pruebas de detección del virus de la encefalitis equina del Este. Hasta la fecha, no se han detectado mosquitos con el virus en 2025. El condado continuará monitoreando la población de mosquitos con un mayor número de trampas en la zona y realizará más fumigaciones antimosquitos basándose en los datos de vigilancia.

Hasta ahora en 2025, el SCDPH detectó 10 caballos positivos para el virus EEE en el condado de Aiken (3), el condado de Colleton (2), el condado de Horry (1), el condado de Jasper (1), el condado de Orangeburg (1) y el condado de Sumter (2) desde mediados de julio hasta agosto.

EMERGING INFECTIOUS DISEASES

ALEMANIA

CASO DE HANTAVIROSIS POR VIRUS SEOUL TRAS LA
EXPOSICIÓN A RATAS MASCOTAS

17/09/2025

En marzo de 2024, una mujer de 44 años en Leipzig, Alemania, desarrolló un cuadro de fiebre, fatiga, diarrea e hipotensión, acompañado de trombocitopenia, alteración moderada de las enzimas hepáticas y una insuficiencia renal aguda grave. Los estudios de orina mostraron hematuria y proteinuria de rango nefrótico, mientras que la ecografía reveló riñones aumentados de tamaño, ascitis leve y esplenomegalia. Debido a la rápida evolución, la paciente requirió hemodiálisis y se le practicó una biopsia renal, la cual mostró una lesión tubular aguda severa con hemorragia intersticial, edema e inflamación marcada, sin evidencia de enfermedad renal crónica.

La inmunohistoquímica detectó antígenos de hantavirus en las células tubulares y las pruebas serológicas fueron reactivas frente a virus del género *Orthohantavirus*. Posteriormente, una prueba de reacción en cadena de la polimerasa y el análisis genético confirmaron la infección por el virus Seoul, un hantavirus transmitido por ratas. En la investigación epidemiológica se comprobó que la paciente había visitado cinco semanas antes un criadero privado de ratas mascotas, donde adquirió ejemplares para sus hijos. Aunque sus ratas no estaban infectadas, varios animales del criadero resultaron positivos para el virus Seoul. El análisis filogenético demostró que esas cepas estaban emparentadas con otras detectadas previamente en Alemania y en criaderos de distintos países, lo que refleja la circulación internacional del virus a través del comercio de ratas.

La paciente mostró una evolución favorable: tras tres sesiones de diálisis y tratamiento de soporte, las plaquetas y las enzimas hepáticas se normalizaron en la primera semana, y la función renal se recuperó completamente en unas tres semanas, con mantenimiento estable en controles a los ocho meses.

El caso pone de relieve que el virus Seoul puede provocar cuadros renales agudos graves incluso en personas previamente sanas, y que muchos casos leves o subclínicos probablemente pasan inadvertidos. El mercado creciente de ratas mascotas y la existencia de criaderos privados constituyen un factor de riesgo para la diseminación de este virus zoonótico. Se recomienda incrementar la vigilancia en colonias de ratas, implementar medidas de bioseguridad e higiene, informar al público sobre los riesgos, y desarrollar herramientas diagnósticas rápidas y no invasivas que permitan controlar la infección sin sacrificar animales.

La Agencia Coreana de Control y Prevención de Enfermedades (KDCA) instó a prestar especial atención a la prevención de la sepsis por *Vibrio vulnificus*, ya que el número de pacientes ha ido en aumento: hubo un caso en mayo, dos en junio, dos en julio y 14 en agosto.

La sepsis por *V. vulnificus* ocurre con mayor frecuencia entre agosto y octubre de cada año, cuando aumentan las temperaturas del mar, y la infección se produce cuando las personas consumen mariscos contaminados con la bacteria o cuando la piel lesionada entra en contacto con agua de mar contaminada.

Cuando se produce la infección, se presentan síntomas como fiebre aguda, escalofríos, presión arterial baja, dolor abdominal, vómitos y diarrea, y aparecen lesiones en la piel como sarpullido, hinchazón y ampollas en las piernas dentro de las 24 horas siguientes a la aparición de los síntomas.

El número acumulado de pacientes con sepsis por *V. vulnificus* este año es de 19, ocho de ellos fatales, una disminución de 9,5% en comparación con los casos acumulados (21) en el mismo período de 2024, pero la tasa de letalidad fue muy elevada (42,1%); todos los pacientes fallecidos estaban en el grupo de alto riesgo de sepsis por *V. vulnificus*, con enfermedades subyacentes como enfermedad hepática, tumores malignos y diabetes.

Las personas con afecciones subyacentes, como enfermedad hepática crónica, diabetes y alcoholismo, tienen mayor riesgo de sepsis por *V. vulnificus*. Si presentan heridas abiertas en la piel, deben evitar el contacto con agua de mar y cocinar siempre los mariscos antes de consumirlos.

La sepsis por *Vibrio vulnificus* es una infección fulminante causada por este bacilo gramnegativo marino, presente en aguas salobres y en mariscos crudos, especialmente ostras. El contagio ocurre por ingestión de productos contaminados o por la entrada del microorganismo a través de heridas expuestas al agua de mar.

La enfermedad afecta principalmente a personas con hepatopatías crónicas, hemocromatosis, inmunosupresión o diabetes, en quienes la bacteria se multiplica con rapidez. Tras la infección, el cuadro puede progresar en pocas horas a una septicemia grave, con fiebre, escalofríos, hipotensión y dolor abdominal. Una característica distintiva es la aparición de lesiones cutáneas hemorrágicas y bullosas que pueden evolucionar a necrosis, reflejando la alta virulencia del patógeno.

La letalidad de la sepsis por *V. vulnificus* es elevada, llegando a superar el 50 % de los casos, incluso con tratamiento adecuado. La clave es el diagnóstico precoz y la instauración inmediata de una terapia antimicrobiana. Se recomienda el uso de ceftazidima combinada con doxiciclina o fluoroquinolonas, junto con medidas de soporte intensivo. En los casos con necrosis de tejidos blandos, puede requerirse desbridamiento quirúrgico o amputación.

La prevención se centra en evitar el consumo de mariscos crudos en personas de riesgo y en proteger heridas abiertas del contacto con agua de mar. La rápida identificación clínica y microbiológica resulta esencial para mejorar la supervivencia.

El Centro de Control de Enfermedades de Nigeria (NCDC) informó el 7 de septiembre 13 nuevos casos confirmados de fiebre hemorrágica de Lassa durante la semana epidemiológica (SE) 36, con lo que el total para 2025 es de 884 casos. La cifra de esta semana fue 30,0% inferior que la de la SE 35, que contabilizó 10 casos.

Los 13 nuevos casos confirmados en la SE 36 fueron reportados en los estados de Ondo (7 casos), Edo (4), Bauchi (1) y Benue (1).

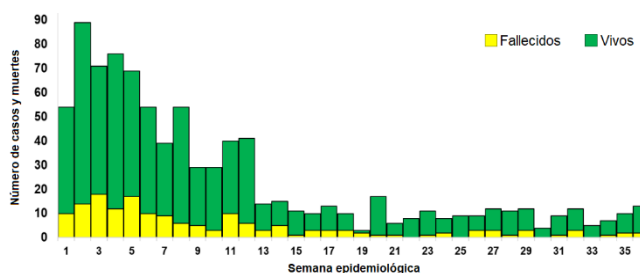
Se informaron dos nuevas muertes entre los 13 casos confirmados. El número de muertes por fiebre de Lassa en 2025 es de 164, con una tasa de letalidad de 18,6%. Esta tasa es superior a la registrada en el año 2024 para esta fecha, que fue de 16,9%.

No se registraron nuevos casos en trabajadores de la salud en la SE 13. En lo que va del año, son 23 los trabajadores de la salud que se han visto afectados por la enfermedad, en los estados de Ondo (8 casos), Bauchi (4), Edo (3), Taraba (3) y Gombe (2); los tres restantes corresponden a los estados de Benue, Ebonyi y el Territorio de la Capital Federal.

En lo que va de 2025, han registrado casos confirmados 106 Áreas de Gobierno Local en 21 estados; los que más casos registran son: Ondo (293 casos), Bauchi (198), Edo (157), Taraba (119), Ebonyi (23), Benue (19), Kogi (15), Gombe (14), Plateau (13) y Kaduna (8). Los casos acumulados de Ondo, Bauchi, Edo y Taraba representan 86,8% del total nacional.

El grupo etario más afectado es el de 21 a 30 años (rango: de 1 a 96 años; mediana de edad: 30 años). La razón de masculinidad entre los casos confirmados es de 1:0,8.

El número de casos sospechosos disminuyó 7,6% respecto de los reportados en 2024, al pasar de 8.138 a 7.523.



Casos confirmados y fallecidos por fiebre hemorrágica de Lassa. Nigeria. Año 2025, hasta semana epidemiológica 36. Fuente: Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Nigeria.

El pasado 1 de septiembre, Sabreen Abu Khater, de 26 años, llegó a la sala de pediatría del Hospital Nasser de Jan Yunis con su hijo de tres meses, Mohammed. Tenía fiebre, congestión en el pecho y dificultad para respirar. Nada más llegar, los médicos le pusieron un nebulizador y medicamentos intravenosos y explicaron que han recibido ya numerosos pacientes con un virus que no pueden identificar y que se propaga rápidamente debido al hacinamiento y las miserables condiciones de vida de la mayoría de la población de la Franja de Gaza.



Un niño con dificultades respiratorias, en el hospital Nasser de Jan Yunis, el 2 de septiembre de 2025.

“Al principio, pensamos que era gripe estacional, pero este virus es diferente: más agresivo, se propaga rápidamente a través de los campamentos de desplazados abarrotados y trae muchos niños al hospital”, dijo Ahmed al-Farra, jefe de pediatría del hospital.

Según este médico, los síntomas son inflamación de las vías respiratorias superiores y fiebre alta, pero si el cuadro se complica pueden producirse graves dificultades respiratorias que requieren ser conectado a un ventilador. Algunos pacientes también sufren vómitos y diarreas. “Estamos viendo casos en cuidados intensivos que nunca encontramos con la gripe estacional”, dijo.

Abu Khater mece en sus brazos a Mohammed, mientras intenta sujetar el nebulizador sobre su pequeño rostro. La familia se ha desplazado en siete ocasiones desde octubre de 2023 y vive en condiciones miserables. “Se contagió de sus hermanos, Siba, de siete años, y Sohaib, de seis”, explicó. Sus hijos mayores sanaron con remedios caseros y medicamentos básicos, pero Mohammed empeoró poco a poco.

“Vivimos en una tienda de campaña sin agua potable, comida ni medicinas”, dijo. “Sé que la desnutrición, la falta de higiene y de medicamentos son la razón por la que mis hijos se enfermaron. Pero no hay nada que pueda hacer”, lamentó la madre.

Atrapados entre la guerra y la enfermedad

En el Hospital Nasser, 80 de los 120 niños ingresados en la sala de pediatría padecen enfermedades respiratorias. Antes de la guerra, dijo Al-Farra, ese número rara vez superaba los 40. El médico sospecha que el virus es una forma de gripe o de covid, pero subrayó que apareció antes del momento del año en el que brotan estas enfermedades y que resiste los tratamientos tradicionales.

“No sabemos exactamente qué es. Si es gripe, covid u otra cosa. No tenemos herramientas para hacer un diagnóstico preciso, tampoco tenemos un protocolo de tratamiento claro y apenas quedan medicamentos. Los pacientes ancianos están muriendo. El hambre, el despla-

zamiento y la falta de higiene hacen que la recuperación sea casi imposible”, advirtió, subrayando que el establecimiento de un diagnóstico se ve dificultada por el hecho de que los laboratorios de análisis están prácticamente destruidos.

En una habitación contigua, Mariam Abu Taha, de 26 años, acuna a su hijo Yunes, de 45 días, mientras le da el biberón, después de que los médicos le aconsejaron que dejara de amamantar para que el bebé hiciera menos esfuerzos al succionar. “Ahí afuera no hay



medicinas”, contó. Pero al mismo tiempo, en el hospital es fácil contraer infecciones, admitió esta madre, que se ha desplazado más de una docena de veces desde que comenzó la guerra y ahora vive en una tienda de campaña en Al-Mawasi, en el sur de la Franja.

“Los médicos siguen tratándolo como si fuera una gripe”, dijo. “Pero esto es algo peor. Muchos niños en el campo de desplazados están enfermos y no se recuperan. Sobrevivimos a los bombardeos pero no quiero que la enfermedad me arrebatte a mi bebé”, afirmó Abu Taha, que llegó a Al-Mawasi hace cuatro meses.

La irrupción de este virus coincide con la declaración de hambruna “totalmente provocada por el hombre” en Ciudad de Gaza y sus alrededores, donde la vida de al menos 500.000 personas corre peligro debido a la falta de alimentos. El informe de la Organización de Naciones Unidas (ONU), publicado a mediados de agosto, estima que las mismas “condiciones catastróficas” se expandirán al sur, a Deir al-Balah y Jan Yunis, a fines de septiembre, si nada cambia. Además, alerta de que no se ha podido evaluar la situación de hambruna en el norte de la Franja, “donde la situación es igual o peor que la de Ciudad de Gaza”. “El virus se propaga más rápido en los cuerpos hambrientos y se vuelve mucho más letal”, advirtió Al-Farra.

Un reciente estudio de la ONG israelí Médicos por los Derechos Humanos (*Physicians for Human Rights*) y la Clínica Global de Derechos Humanos de la Universidad de Chicago reveló que las severas e impredecibles restricciones de Israel sobre los suministros médicos esenciales que deberían entrar en Gaza han provocado sufrimiento y muertes totalmente prevenibles en los pacientes.

Pese a todo, Sabreen y Mariam sabían que eran afortunadas, ya que sus bebés enfermos tenían una cama en este hospital. Esa misma mañana, docenas de madres estaban sentadas en el suelo del centro médico a la espera de que sus hijos reciban tratamiento en los pasillos. Entre ellas Dohaa Abu Assi, de 30 años, cuya hija Jana, de casi dos meses, nació prematura y con un peso inferior a 1,5 kilogramos. La pequeña está en brazos de su madre, envuelta en una tela andrajosa traída de su tienda en Al-Mawasi. “No tenemos electricidad en el campamento para hacer funcionar un nebulizador”, explicó Dohaa. “Por eso nos quedamos aquí, aunque eso implique dormir en el suelo del hospital”, agregó.

El profesor Abdelrauf al-Manaama, microbiólogo de la Universidad Islámica de Gaza, recordó que en Gaza han reaparecido enfermedades que no se veían desde hacía décadas, incluida la poliomielitis. “Los niños, los ancianos, las mujeres embarazadas y las personas con enfermedades crónicas son personas vulnerables, pero ahora toda la población está inmunodeprimida, incluidos los médicos y las enfermeras”, dijo.

”Normalmente, las infecciones virales se resuelven por sí solas. Pero en cuerpos debilitados por el hambre y el trauma, pueden ser fatales”, advirtió Al-Manaama. “El colapso casi total del sistema de salud ha convertido las enfermedades tratables en epidemias mortales”, agrega.

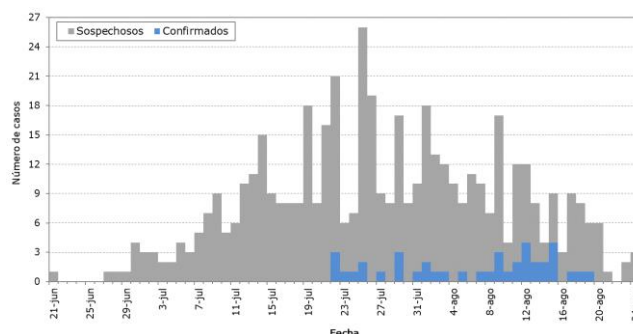
El 14 de agosto, [Médicos Sin Fronteras](#) describió el sistema de salud de Gaza como un “caparazón roto” bajo una guerra y un asedio implacables. Según la ONU, 18 de los 36 hospitales de la Franja están funcionando, pero parcialmente y saturados de pacientes. En un contexto de guerra, donde hay heridos por los bombardeos o por francotiradores todos los días, los pacientes aquejados por un virus pasan, inevitablemente, a un segundo plano.

“Sin ayuda externa, el sistema de salud de Gaza ya no puede salvar vidas”, concluyó Al Manaama.



Cuerpo sin vida de Mohanad, de 2 años, que llegó todavía vivo junto a su hermana Shahed tras un bombardeo israelí sobre su casa. Su hermana murió poco después. El ataque aniquiló a toda la familia, padres y hermanos.

Continúa activo un brote de cólera, declarado oficialmente el 26 de julio de 2025 por el Ministerio de Salud de la República del Congo. Desde el 3 de agosto de 2025, se notificaron 148 nuevos casos y seis fallecimientos. El brote permanece activo en tres distritos de dos departamentos: la isla de Mbamou y Talangai, en el departamento de Brazzaville, y el distrito de Mossaka, en el departamento de Congo-Oubangui.



Casos diarios de cólera, según clasificación. República del Congo. Año 2025, del 21 de junio al 24 de agosto. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Desde la aparición de los síntomas del primer caso, el 21 de junio de 2025, y hasta el 24 de agosto, se notificó un total de 491 casos, con 35 fallecimientos (tasa de letalidad de 7,1%). La mayoría de los casos se notificó en el departamento de Brazzaville (282 casos; 57,4%). Al 24 de agosto de 2025, la isla de Mbamou (272 casos; 55,4%) y Talangai (10 casos; 2%) seguían siendo los dos distritos afectados en el departamento de Brazzaville. En el departamento de Congo-Oubangui, se han notificado casos en el distrito de Mossaka (209 casos; 42,6%) desde el inicio del brote. En total, 40 de 84 muestras (47,6%) analizadas en el Laboratorio Nacional de Salud Pública dieron positivo para *Vibrio cholerae* serogrupo 01 Ogawa mediante cultivo.

De las 35 muertes notificadas en total, 22 (62,9%) se registraron en el distrito de Mossaka, en el departamento de Congo-Oubangui, mientras que los distritos de la isla de Mbamou y Talangai informaron 13 y una muerte, respectivamente. La tasa de letalidad más alta (10,5%; 22/209) se registró en el distrito de Mossaka. Los distritos de la isla de Mbamou y Talangai registraron una tasa de letalidad de 4,4% (13/272) y de 10% (1/10), respectivamente. Veinticinco de esas muertes (71%) se produjeron en la comunidad. Al 24 de agosto de 2025, se habían recuperado 448 casos, mientras que ocho casos seguían activos en los distritos de la isla de Mbamou (2) y Mossaka (6).

El grupo de edad más afectado es el de 15 a 24 años, con 99 casos (20,2%), seguido del de 5 a 14 años (89 casos; 18,1%). Los casos en niños menores de 5 años fueron 65 (13,2%). Los hombres se ven más afectados que las mujeres, y sumaron 300 casos (61,1%) y 25 muertes (71,4%).

Los principales desafíos que enfrenta la respuesta de salud pública al brote de cólera en la República del Congo incluyen la accesibilidad a las zonas afectadas, los retrasos en el despliegue de personal y equipos para apoyar la respuesta, y las dificultades en la gestión de casos, ya que la mayoría de las muertes se producen en la comunidad y la tasa de letalidad se mantiene por encima del 1% en todas las zonas afectadas.

La financiación limitada también sigue obstaculizando la implementación de una respuesta integral a este brote, ya que no se realiza el rastreo de contactos en la mayoría de las zonas afectadas debido a la falta de personal especializado. Dada la alta movilidad poblacional entre la República del Congo y los países vecinos que también están experimentando importantes brotes de cólera, como Angola y la República Democrática del Congo, el riesgo de que el brote se agrave por la importación de casos de países vecinos sigue siendo alto.

Acciones de salud pública

- El Ministerio de Salud de la República del Congo continúa coordinando la respuesta con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud y sus socios.
- Continúa en las zonas afectadas la búsqueda e investigación activa de casos.
- Durante la tercera semana de agosto de 2025, se impartió capacitación sobre respuesta a brotes de cólera a 55 socorristas.
- Con el apoyo técnico y logístico de la OMS, finalizó la construcción del Centro de Tratamiento del Cólera de Sossolo, en el distrito sanitario de Mossaka. La infraestructura incluye una unidad de hospitalización de 16 camas, una zona de triaje y observación, un bloque sanitario, un pozo de fluidos y un tanque de almacenamiento de agua de 1.000 litros.
- Se desplegó un laboratorio móvil en Tchikapika, departamento de Cuvette, con el apoyo de la OMS, para realizar el análisis de muestras de cólera en el corredor fluvial.
- Está en curso la desinfección del agua y la rehabilitación de pozos en el distrito sanitario de Mossaka. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia entregó kits contra el cólera a las zonas afectadas para tratar a 400 pacientes.
- La sensibilización comunitaria sobre la prevención del cólera continúa mediante la distribución de carteles en los departamentos afectados, diálogos comunitarios y la participación de las autoridades sanitarias nacionales en programas de televisión.

Interpretación de la situación

Dados los persistentes desafíos en torno a la gestión de casos, es necesario mejorar las intervenciones relacionadas con la sensibilización comunitaria, la detección temprana y el manejo de los casos. El establecimiento de puntos de rehidratación oral en las localidades afectadas sigue siendo una medida crucial para reducir las muertes en la comunidad, así como la llegada de casos a los centros de salud en una etapa de deshidratación moderada o grave. Además, mantener una sólida colaboración transfronteriza con los países vecinos es clave para prevenir la importación de casos. Se alienta a los socios técnicos y financieros nacionales e internacionales a que sigan brindando el apoyo necesario a las autoridades sanitarias nacionales para poner fin a este brote.

Ruanda acoge entre el 21 y el 28 de septiembre el primer Campeonato Mundial de Ciclismo organizado en África, un evento para la historia que reúne a la flor y nata del pelotón, pero que provoca fuertes recelos en aspectos como la seguridad y, sobre todo, los riesgos sanitarios.

Las delegaciones han activado controles y precauciones médicas especiales. Algunas, como en el caso de Bélgica, extremas. Así, el doctor jefe de esta selección, Kris Van der Mieren, consideró que “se deben prevenir todos los riesgos, desde los más comunes hasta los más extremos, para intentar garantizar el rendimiento y la seguridad”.



El médico señaló que llevan un año preparando este campeonato. Y reveló que todos y cada uno de los miembros de la delegación belga recibieron su serie completa de vacunas: hepatitis A, tétanos, difteria, tos convulsa, poliomielitis, sarampión, parotiditis, rubéola y fiebre tifoidea. Aunque las vacunas no son obligatorias, están “enfáticamente recomendadas”, señaló Van de Mieren. Y añadió: “No hay ningún antivacunas y todos comenzaron el proceso con mucha antelación”. De hecho, Remco Evenepoel, líder del equipo y uno de los grandes favoritos, quiso ser especialmente previsor y se vacunó el invierno pasado, fuera del periodo competitivo.

El principal peligro es la malaria, enfermedad transmitida por la picadura de mosquitos. “Además de la vacuna, todos toman su pastilla a diario. Aparte del riesgo inmediato en el Mundial, una infección podría tener consecuencias duraderas. Todos han sido informados al respecto”, explicó Van der Mieren. La protección contra los mosquitos, transmisores de diversas afecciones, es numerosa y constante: mosquiteros, rociado y aplicación de repelente o ropa de colores claros, entre otros.

Evidentemente, las precauciones también se extienden a la higiene y otros aspectos fundamentales del día a día. El agua del grifo no se considera segura: se embotella o se hierve para cocinar, lavar verduras e incluso para el hielo. Estas precauciones se ven reforzadas por la vigilancia del equipo sanitario y del cocinero Andy Heindryckx, quien vigila la temperatura de los alimentos y la higiene general.

“Nuestro equipo de cocina tendrá un trabajo muy importante. Es posible que acaben quemando más calorías que los corredores”, bromeó Van der Mieren.

No acaban ahí las medidas de protección. Se debe tener especial cuidado con el contacto físico. “Los apretones de manos están prohibidos durante 14 días. La población local tiene resistencia parcial, pero nosotros no, porque en Europa la higiene es mucho más estricta. Un simple apretón de manos podría transmitir bacterias o parásitos desconocidos para nosotros”, advirtió Van der Mieren. En ese sentido, la selección belga viajó a Ruanda con ración doble de gel hidroalcohólico.

Con todo, lo que más preocupa al médico de Bélgica es la rabia, prácticamente erradicada en Europa, pero aún presente en África. “Ese es mi mayor miedo. La probabilidad de que un ciclista sea mordido por un perro es mínima, pero si ocurriese será repatriado de inmediato. Si esa mordedura fuese grave, se desata el infierno. Una infección no tratada siempre es mortal, pero si se detecta rápido y se trata intensivamente, no tiene por qué serlo. La reacción tendría que ser inmediata”.

Para esta y cualquier otra emergencia sanitaria, la expedición belga cuenta con una red de especialistas y se mantiene en contacto constante con los médicos locales, aseguró Van der Mieren.

El cólera no es una enfermedad nueva, pero su fuerza siempre depende de las condiciones en las que encuentra terreno. En Sudán, donde la guerra civil iniciada en abril de 2023 ha destruido infraestructuras y desplazado a más de 14 millones de personas, la epidemia se ha multiplicado. No hablamos solo de cifras: más de 2.900 muertes dentro del país y 1.700 en Chad y Sudán del Sur son un recordatorio de que, cuando la violencia desmantela un sistema de salud, las epidemias no tardan en convertirse en tragedias colectivas.



Bombardeo en Al-Fashir en Shamal Darfur, Sudán.

La escasez de agua potable, el colapso de hospitales y la precariedad de los campamentos de refugiados crean un escenario perfecto para la transmisión. La Organización Mundial de la Salud alertó de que la tasa de letalidad supera el 2,5%, muy por encima del umbral de emergencia internacional. Y detrás de cada estadística hay familias enteras obligadas a beber agua contaminada o a caminar horas en busca de atención médica que casi nunca llega a tiempo.

Fronteras porosas y un problema compartido

Cuando se habla de crisis sanitarias en África, a menudo se interpreta como una cuestión local, pero lo que ocurre en Sudán muestra lo contrario. El desplazamiento forzado ha llevado la enfermedad más allá de sus fronteras. Chad y Sudán del Sur ya han confirmado miles de casos, muchos de ellos en campamentos superpoblados donde los refugiados sobreviven con menos de tres litros de agua diarios.

La movilidad humana es un factor que multiplica el impacto de la epidemia. Las fronteras, más simbólicas que reales en esta región, no detienen al cólera. Al contrario, los desplazamientos de familias enteras cargando con lo poco que tienen también transportan la enfermedad, y la falta de controles sanitarios convierte este flujo en un riesgo permanente. La salud, por tanto, deja de ser un asunto interno de un país en guerra para convertirse en un desafío regional que exige cooperación transfronteriza real y no solo comunicados de organismos internacionales.

Cuando la emergencia no da tregua

Las soluciones a corto plazo existen y son claras: ampliar las campañas de vacunación oral, desplegar equipos médicos en las zonas más críticas, garantizar agua potable y reforzar las medidas de higiene. Ya se han alcanzado a 3,5 millones de personas, pero la cobertura aún es insuficiente y no todas las regiones son accesibles debido al conflicto.

Sin embargo, la respuesta no puede quedarse en lo urgente. La paz es la única herramienta capaz de reconstruir un sistema sanitario colapsado y de garantizar que brotes como este no se repitan cada temporada de lluvias. Resolver las raíces estructurales –pobreza, hacinamien-

to y vulnerabilidad climática– es igual de importante que la vacunación. La comunidad internacional debería asumir que apoyar a Sudán y a sus vecinos no es un gesto de solidaridad abstracta, sino una estrategia preventiva: hoy el cólera golpea a Sudán, mañana puede expandirse más allá de la región.

Ignorar esta crisis sería repetir errores pasados, donde las guerras africanas solo llamaron la atención cuando sus consecuencias alcanzaron otros continentes. La lección está servida: las epidemias no entienden de fronteras y las vidas en los campamentos de Darfur o en la ribera del Nilo Blanco deberían importarnos tanto como las de cualquier ciudad europea. Solo con esa conciencia global será posible evitar que la historia se repita.

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.