



14 DE FEBRERO
2025
REC 2.904

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de la fibrosis quística
- Misiones: Confirmaron un caso de rabia pasesante en San Vicente

AMÉRICA

- Situación epidemiológica de la fiebre de Oropouche
- Bolivia: Reportaron 64 casos de tos convulsa en Santa Cruz y piden inmunizar a los niños

- Estados Unidos: El sarampión se extiende por el oeste de Texas

- Perú: Acciones de prevención y control por brote de fiebre amarilla selvática en Amazonas

EL MUNDO

- Angola: El brote de cólera: una llamada de atención para la acción mundial
- Australia: Confirman el primer caso de encefalitis del Valle del Río Murray en Western Australia

- India: Mumbai reportó la primera muerte por síndrome de Guillain-Barré

- Nigeria: El país registra más de 41.000 casos de difteria desde mayo de 2022

- Pakistán: Se reportó el 74° caso de poliomielitis de 2024

- Türkiye: Más de 100 personas murieron en tres semanas por consumo de alcohol adulterado

- Uganda: Subieron a nueve los casos de enfermedad por el virus del Ébola

- Las condiciones climáticas pueden influir en la propagación de la covid

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

Patrocinador

sadi Sociedad Argentina
de Infectología
WWW.SADI.ORG.AR

Adherentes



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.

Situación epidemiológica

En 2024 se notificaron 27 casos de fibrosis quística al Registro Nacional de Fibrosis Quística (ReNaFQ) con diagnóstico en ese año, hasta el 5 de febrero de 2025. En total, hay registradas 1.865 personas con fibrosis quística en el ReNaFQ; y, los casos registrados con diagnóstico en 2024 son inferiores a los de los años anteriores, similares a los que se registraron con diagnóstico en 1998 o en 1995.

Del total de casos notificados, 1.059 (59,7%) fueron diagnosticados hasta los seis meses de edad, y 1.461 casos (78,3%) se diagnosticaron antes de los 5 años.

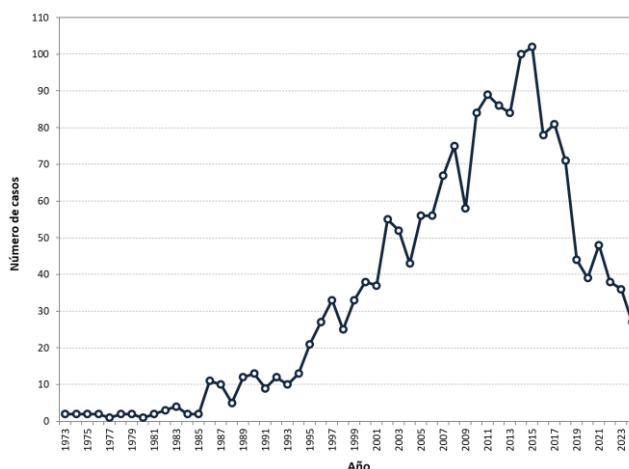
En 2025, hasta el 5 de febrero, se registró una muerte; no se registraron muertes en 2024; y fueron registradas cuatro muertes en 2023. Entre todos los casos registrados en el ReNaFQ, 126 tienen registro de fallecimiento.

El promedio de muertes registrado entre 2020 y 2024 fue de 4,4, una cifra 68,6% más baja que la del promedio de los cinco años anteriores (2015/2019), que fue de 14,0.

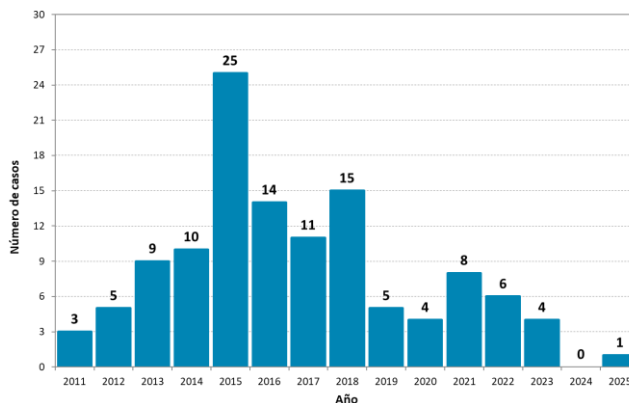
Del total de 1.736 casos de fibrosis quística sin registro fallecimiento, 1.323 casos (76,2%) tienen menos de 25 años; y 35 casos (2,0%) tienen 50 años o más.

Del total de casos registrados, el sexo masculino representa 52,8% (984 casos); 28,3% (426 casos) cuenta con cobertura pública exclusiva; 56,4% (1.051 casos) no tienen registrada información sobre la pesquisa neonatal y 8,2% (142 casos) tienen pendiente el estudio genético.

El signo que se registró con mayor frecuencia como motivo de sospecha diagnóstica fueron los síntomas respiratorios: 858 casos (46,0%); le sigue la pesquisa neonatal: 711 casos (38,1%).



Casos de fibrosis quística, según año de diagnóstico. Argentina. Años 1973/2024. Fuente: Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 'Dr. Emilio Coni'. (Datos al 5 de febrero de 2025).



Casos fallecidos de fibrosis quística. Argentina. Años 2011/2025. Fuente: Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 'Dr. Emilio Coni'. (Datos al 5 de febrero de 2025).

Los casos de fibrosis quística se registraron en todas las jurisdicciones, pero se concentraron principalmente en seis de ellas: la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las provincias de Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba, Mendoza y Misiones; en ellas reside 80,5% de los casos registrados: 1.485 de los 1.845 casos con registro de la provincia de residencia. Estas seis jurisdicciones concentraron 60,2% de la población del total del país en 2024 y registraron 65,3% de los nacidos vivos de 2023.

Los 27 casos registrados en 2024 correspondieron a 12 de las 24 jurisdicciones del país, dos menos de las que tuvieron registro de casos en 2023 y una menos que en 2022. En el último período de cinco años (2020-2024) hubo seis jurisdicciones que no registraron casos: Formosa, La Pampa, La Rioja, Río Negro, Santiago del Estero y Tierra del Fuego.

Del total de 1.739 casos sin registro de fallecimiento, 240 casos (13,8%) no registran seguimiento desde que fueron notificados (está contemplada la carga de por lo menos un seguimiento anual en el ReNaFQ). El total de seguimientos registrados desde 2008 hasta el 5 de febrero de 2025 fue de 3.759, que se realizaron a 1.604 casos de fibrosis quística, incluyendo casos actualmente fallecidos.

En 2025 ya se registraron 101 seguimientos a 98 casos; y, en 2024, 1.052 seguimientos a 541 casos. En 2024, los seguimientos fueron 6,6 veces más que el promedio del período 2008/2022.

Provincia/Región	2020	2021	2022	2023	2024
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1	2	3	2	1
Buenos Aires	11	15	7	10	5
Córdoba	4	7	4	2	6
Entre Ríos	1	1	3	1	—
Santa Fe	5	5	10	5	3
Centro	22	30	27	20	15
Mendoza	2	2	2	3	1
San Juan	2	—	1	2	1
San Luis	—	3	1	1	—
Cuyo	4	5	4	6	2
Chaco	2	1	1	—	1
Corrientes	—	—	1	2	1
Formosa	—	—	—	—	—
Misiones	3	3	1	3	—
Noreste Argentino	5	4	3	5	2
Catamarca	1	—	—	1	1
Jujuy	1	—	—	1	—
La Rioja	—	—	—	—	—
Salta	1	5	2	—	2
Santiago del Estero	—	—	—	—	—
Tucumán	5	—	2	2	4
Noroeste Argentino	8	5	4	4	7
Chubut	—	1	—	—	—
La Pampa	—	—	—	—	—
Neuquén	—	3	—	1	—
Río Negro	—	—	—	—	—
Santa Cruz	—	—	—	—	1
Tierra del Fuego	—	—	—	—	—
Sur	0	4	0	1	1
Total Argentina	39	48	38	36	27

Casos de fibrosis quística, según jurisdicción de residencia y año de diagnóstico. Argentina. Años 2020/2024. Fuente: Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 'Dr. Emilio Coni'. (Datos al 5 de febrero de 2025).

La fibrosis quística es una enfermedad genética en la que las mutaciones en el gen que codifica la proteína reguladora de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística dan lugar a una enfermedad multisistémica dominada por manifestaciones digestivas y respiratorias. A mediados del siglo XX, causaba la muerte en los primeros años de vida. En las últimas décadas, los avances en el tratamiento de la enfermedad, que incluyen el cribado neonatal sistemático, la atención multidisciplinaria de la enfermedad sintomática, el trasplante de pulmón y, más recientemente, los moduladores de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística altamente eficaces, han transformado notablemente el pronóstico de las personas con fibrosis quística.

En Argentina, la fibrosis quística fue incluida entre las enfermedades contempladas en la Ley Nacional 26279, Régimen para la detección y posterior tratamiento de determinadas patologías en el recién nacido, sancionada en 2007. En 2020, la Ley Nacional 27552, lucha contra la enfermedad de fibrosis quística de páncreas o mucoviscidosis, incorporó “la detección e investigación de sus agentes causales, el diagnóstico, tratamiento, su prevención, asistencia y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, como así también la educación de la población”.

La ley 27552 estableció con carácter obligatorio la cobertura total de las prestaciones que sean indicadas por los médicos profesionales, incluyendo los moduladores; y la elaboración de un registro estadístico unificado de las personas con fibrosis quística. El Ministerio de Salud de la Nación, autoridad de aplicación de la ley, estableció los datos mínimos del Registro Nacional de Fibrosis Quística (ReNaFQ) y que la inclusión en el Registro será requerida para la cobertura pública definida para la patología en el Programa Nacional de Enfermedades Poco Frecuentes.

El ReNaFQ se elaboró sobre la base del registro existente en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) 'Dr. Emilio Coni' de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán', que se había elaborado en conjunto con la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) en el marco de un convenio entre ambas instituciones, y que ya estaba en funcionamiento desde 2012. La actualización del registro original se hizo en coordinación con el Programa Nacional de Enfermedades Poco Frecuentes del Ministerio de Salud de la Nación y con la participación del Consejo Asesor para el Abordaje de la Fibrosis Quística (CAPAFIQ), creado por la Resolución 2957 del Ministerio de Salud de la Nación.

El ReNaFQ es coordinado en conjunto entre el INER y el Programa Nacional de Enfermedades Poco Frecuentes y es el registro oficial establecido por el decreto reglamentario de la Ley Nacional 27552 para el seguimiento de la fibrosis quística en el país y para acceder a la cobertura establecida en dicha ley. El ReNaFQ está vinculado con el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}) y la carga de las personas con fibrosis quística en el ReNaFQ realiza automáticamente la notificación a ese sistema.

El INER elabora un resumen de un conjunto de datos del ReNaFQ, así como un reporte mensual que es remitido a todos los usuarios; y, que puede ser consultado [aquí](#).

Ante la confirmación por análisis de laboratorio de un caso positivo de rabia pasesiante en bovinos, causada por un virus transmitido por el vampiro común *Desmodus rotundus*, el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) activó su protocolo sanitario para el control de la enfermedad en la localidad de San Vicente, Misiones.



Se estableció la vacunación antirrábica obligatoria en el establecimiento positivo y en un radio de 10 km alrededor del brote, abarcando todas las especies susceptibles (bovinos, equinos, caprinos, porcinos y ovinos). Además, la oficina del organismo en la jurisdicción interdictó el predio involucrado, restringiendo temporalmente los movimientos de animales.

La vacunación podrá realizarla el productor y debe efectuarse con vacunas aprobadas por el SENASA. El esquema consta de una primera vacunación y una segunda aplicación entre los 30 y 60 días posteriores a la primera dosis. Luego, la revacunación del ganado debe ser anual.

Se recomendó a los productores de la región registrar la vacunación ante el organismo; enterrar o incinerar los cadáveres; no delegar a terceros la toma de muestras (solo los veterinarios pueden extraer y enviar material para diagnóstico); y avisar sobre posibles refugios de vampiros (de ser confirmados, se georreferenciarán y se comunicará al Programa Nacional de Rabia).

Las especies infectadas manifiestan signos neurológicos, entre los que se reconocen la inquietud, pérdida de apetito, tendencia al aislamiento, depresión, deshidratación, dificultad postural y ambulatoria, hasta llegar incluso a su muerte.

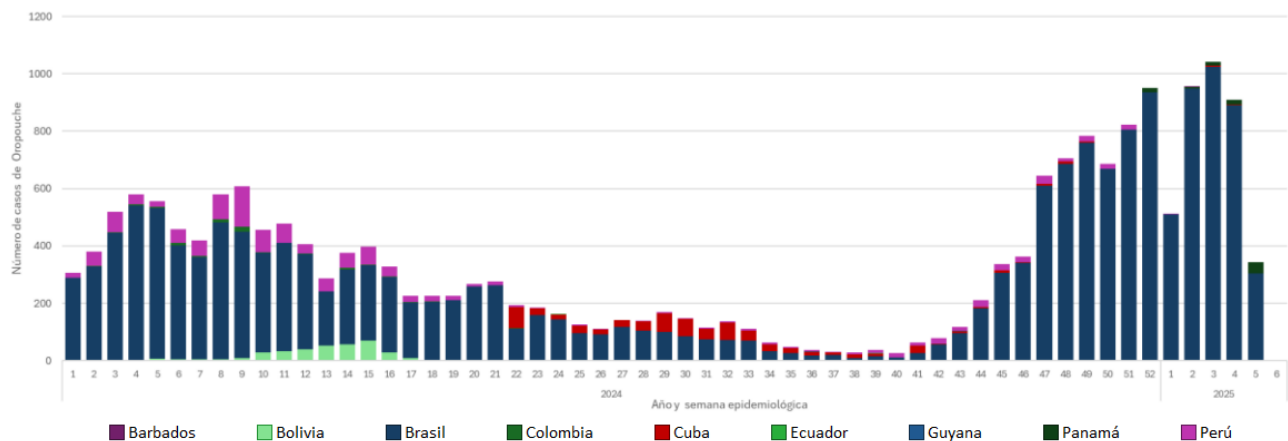
Al ser una zoonosis, se recomienda a las personas no entrar en contacto con animales muertos o que presenten signos clínicos compatibles con la enfermedad y dar aviso inmediato a la oficina del SENASA más cercana.

Pueden notificarse los casos sospechosos de rabia pasesiante al Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria, acercándose a su oficina más cercana, o telefónicamente; por WhatsApp, al 11 5700 5704; al correo electrónico notificaciones@senasa.gob.ar; o a través del Formulario [Avisa al SENASA](#), disponible en el sitio web oficial.

Resumen de la situación

Durante 2024, se notificaron 16.239 casos confirmados de fiebre de Oropouche, incluidas cuatro defunciones, en la Región de las Américas. Los casos confirmados se reportaron en once países y un territorio de la región: Brasil (13.785 casos, incluidas cuatro defunciones), Perú (1.263 casos), Cuba (626 casos), Bolivia (356 casos), Estados Unidos (108 casos importados), Colombia (74 casos), Panamá (16 casos), Ecuador (3 casos), Guyana (3 casos), Barbados (2 casos), Canadá (2 casos importados) y Cayman Islands (1 caso importado). Adicionalmente, se reportaron casos importados en países de la Región Europea (30 casos).

En 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 4, se notificaron 3.765 casos confirmados en la Región de las Américas, en seis países: Brasil (3.678 casos), Panamá (79 casos), Cuba (4 casos), Perú (2 casos), Canadá (1 caso importado) y Guyana (1 caso).



Casos autóctonos confirmados de fiebre de Oropouche, según país y semana epidemiológica de inicio de síntomas. Región de las Américas. De semana epidemiológica 1 de 2024 a 6 de 2025. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

Nota: La información de Brasil se encuentra actualizada hasta la semana epidemiológica 5 de 2025 y la de Panamá hasta la semana epidemiológica 6 de 2025.

Desde la [Actualización Epidemiológica](#) publicada el 13 de diciembre de 2024 se notificaron 6.990 casos adicionales de fiebre de Oropouche en siete países de la región: Brasil (6.523 casos), Panamá (94 casos), Cuba (27 casos), Estados Unidos (14 casos importados), Guyana (2 casos), Canadá (1 caso importado) y Perú (1 caso).

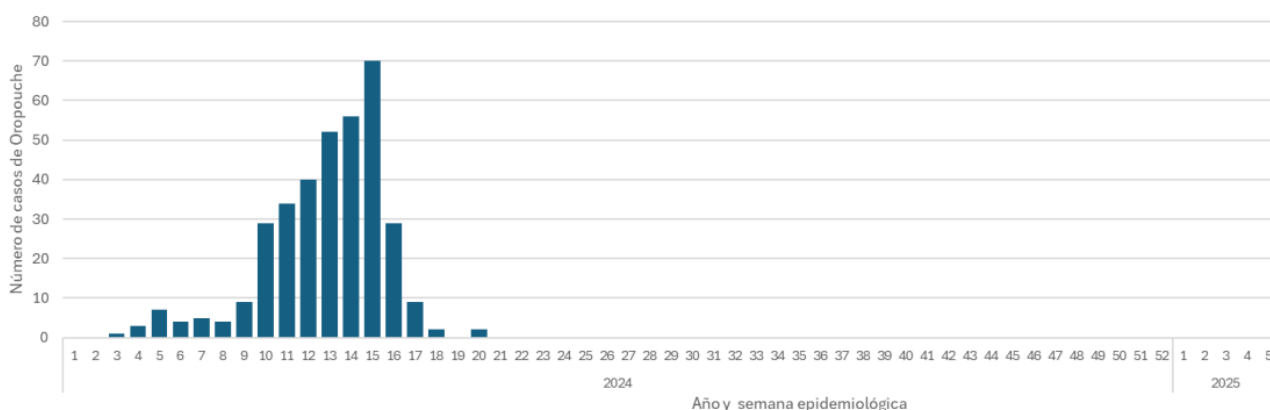
En cuanto a los casos en investigación de transmisión vertical de la infección por el virus de Oropouche y sus consecuencias, en 2024 se notificaron casos en Brasil, de los cuales cinco fueron confirmados (cuatro casos de muerte fetal y un caso de anomalía congénita) y se ha informado que se están investigando 22 muertes fetales, cinco abortos espontáneos y cuatro casos de anomalías congénitas.

Resumen de casos autóctonos confirmados de fiebre de Oropouche en la región

- **Barbados:** En la SE 47 de 2024, se reportaron dos casos confirmados por laboratorio. Los casos corresponden a un hombre y una mujer, de 42 y 32 años respectivamente, sin antecedentes de viaje; los casos presentaron síntomas el 3 de octubre y el 26 de octubre de 2024. Ambos son residentes de Barbados, el primer caso residente en Saint Lucy y el segundo en Saint Thomas. Las muestras fueron confirmadas positivas mediante pruebas de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) el 3 de diciembre por el Laboratorio de Salud Pública de Barbados. Ninguno de los casos requirió hospitalización y ambos se recuperaron completamente. Durante el año 2025 no se han registrado casos confirmados en Barbados.
- **Bolivia:** En 2024 se notificaron 356 casos confirmados por laboratorio mediante la técnica de biología molecular (RT-PCR). Se registró transmisión en tres departamentos: La Paz (268 casos; 75,3%), Beni (76 casos; 21,3%) y Pando (12 casos; 3,4%). Los casos se reportan en 16 municipios, que son considerados endémicos para esta enfermedad, con la mayor proporción de casos notificados en los municipios de Irupana (La Paz, 33% de los casos), La Asunta (La Paz, 13%), Chulumani (La Paz, 12%) y Guayaramerín (Beni, 12%).

Corresponden al sexo femenino 179 casos (50%), y la mayor proporción se encuentra en el grupo de edad de 30 a 39 años, con 70 casos (20%). No se han registrado defunciones que pudiesen estar asociadas a la infección por el virus de Oropouche. Adicionalmente, entre las SE 12 y 15 de 2024 se notificaron 10 casos de coinfección de fiebre de Oropouche con dengue; los casos fueron notificados en tres municipios del departamento de La Paz, los cuales presentaron resultados positivos para dengue (RT-PCR) con identificación de los serotipos DENV-1 (2 casos) y DENV-2 (8 casos).

Respecto del comportamiento de los casos confirmados por semana epidemiológica, se observó una tendencia ascendente desde la SE 10 hasta la SE 15, en la cual se presentó el mayor número de casos (70). Posteriormente se evidenció una tendencia descendente hasta la SE 18, en la SE 20 se identificaron pocos casos y posterior a esto no se registraron nuevos casos. Durante 2025 no se han registrado casos confirmados en Bolivia.



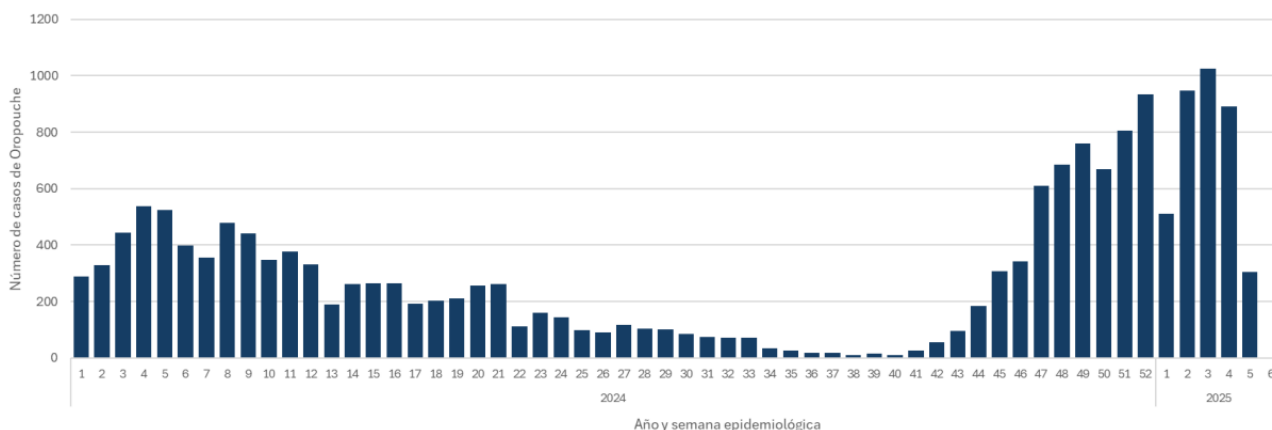
Casos confirmados de fiebre de Oropouche, según semana epidemiológica de inicio de síntomas. Bolivia. De semana epidemiológica 1 de 2024 hasta 5 de 2025. Fuente: Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Programa Nacional de Vigilancia de Enfermedades Endémicas y Epidémicas. Componente Arbovirosis. Unidad de Vigilancia Epidemiológica y Salud Ambiental.

- **Brasil:** En 2024 se notificaron 13.785 casos confirmados por laboratorio en 22 de los 27 estados del país, incluidas cuatro defunciones. La región amazónica, considerada endémica para la fiebre de Oropouche, concentró 42% de los casos registrados en el país, con los siete estados notificando casos: Amazonas (3.231 casos), Rondônia (1.711), Acre (273), Roraima (278), Pará (172), Amapá (128) y Tocantins (8).

Adicionalmente, se documentó la transmisión autóctona en 15 estados no amazónicos: Espírito Santo (5.864), Bahía (891), Ceará (257), Minas Gerais (246), Santa Catarina (178), Pernambuco (146), Rio de Janeiro (151), Alagoas (120), Sergipe (34), Maranhão (33), Piauí (30), Mato Grosso (18), São Paulo (9), Paraíba (6) y Mato Grosso do Sul (1). En cuanto a la distribución de los casos por sexo y grupo etario, 7.241 casos correspondieron al sexo masculino (52,5%), y la mayor proporción de casos se registró en el grupo etario de 30 a 39 años (2.742 casos, 20%).

En 2025, hasta la SE 5, se notificaron 3.678 casos confirmados por laboratorio en tres de los 27 estados del país. Los casos se registraron en los estados de Espírito Santo (3.463), Rio de Janeiro (167) y Minas Gerais (33). En cuanto a la distribución de los casos por sexo y grupos etarios, 1.955 casos (53,1%) correspondieron al sexo masculino y la mayor proporción de casos se registró en el grupo etario de 30 a 39 años (689 casos, 18,7%).

En relación con la tendencia de los casos, se observó una alta proporción de casos durante los dos primeros meses de 2024, presentando el mayor número de casos durante los primeros meses de ese año en la SE 4 (538 casos), registrándose posteriormente un descenso paulatino que se mantuvo hasta la SE 40, destacándose entre las SE 43 de 2024 y la SE 5 de 2025 un aumento en el número de casos, presentando el mayor número de casos en la SE 3 de 2025 (1.025 casos), principalmente en el estado de Espírito Santo.



Casos confirmados de fiebre de Oropouche, según semana epidemiológica de inicio de síntomas. Brasil. De semana epidemiológica 1 de 2024 hasta 6 de 2025. Fuente: Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Brasil.

En 2024, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Brasil informó sobre cuatro defunciones asociadas al virus de Oropouche en los estados de Bahía (2 casos), Paraná (1 caso) y Espírito Santo (1 caso) y cuatro que se encuentran en investigación, en Espírito Santo, Acre, Alagoas y Mato Grosso.

Adicionalmente, el 12 de agosto de 2024, Brasil reportó un caso de encefalitis asociada al virus de Oropouche en un hombre residente del estado de Piauí.

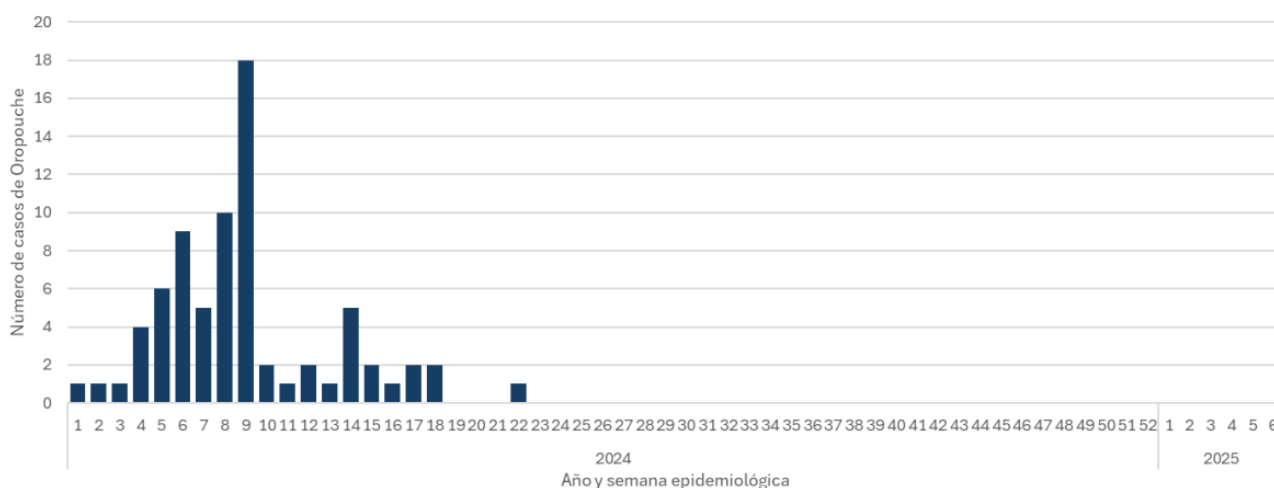
Respecto de los casos de transmisión vertical y sus consecuencias, hasta la SE 52 de 2024 se confirmaron cinco casos de transmisión vertical: cuatro casos de muerte fetal, en Pernambuco (3) y Ceará (1), y un caso de anomalía congénita en Acre. En cuanto a los casos que se encuentran bajo investigación en el país, se identificaron 22 casos de muerte fetal en Pernambuco (21) y Espírito Santo (1); y cuatro casos de anomalía congénita en Acre (2), Bahía (1) y Espírito Santo (1). Adicionalmente se reportaron cinco abortos en Pernambuco. Durante 2025, hasta la SE 5 no se han reportado casos de transmisión vertical y sus consecuencias.

- **Colombia:** En 2024 se notificaron 74 casos confirmados en tres departamentos del país: Amazonas (70), Caquetá (1) y Meta (1), a lo que se suma la identificación de dos casos procedentes de Tabatinga, Brasil. Los casos fueron identificados mediante una estrategia de búsqueda retrospectiva de casos por laboratorio implementada por el Instituto Nacional de Salud de Colombia (INS) a partir de la vigilancia de dengue (38) y por investigación de síndromes febriles (36). En cuanto a la distribución de los casos por sexo y grupo de edad, 38 casos (51,4%) correspondieron a casos de sexo femenino y la mayor proporción de casos se registró en el grupo etario de 10 a 19 años (27 casos; 36,5%). No se registraron defunciones asociadas a la infección por el virus de Oropouche.

En 2024, se registraron seis casos de coinfección con dengue: en el departamento de Amazonas, cuatro en el municipio de Leticia (dos con DENV-1 y dos con DENV-2) y uno en el municipio de Puerto Nariño (DENV-3) y en el departamento de Meta, uno en el municipio de Guamal (DENV-4).

Respecto de la vigilancia de casos de transmisión vertical y sus consecuencias, hasta el 3 de octubre de 2024 se identificaron dos casos en gestantes, ambas procedentes de la municipalidad de Leticia, de 18 años (inicio de síntomas a las 29 semanas de gestación) y 22 años (inicio de síntomas a las 34 semanas de gestación). Ambas evolucionaron favorablemente y sus hijos nacieron sin complicaciones. Hasta la fecha, ninguno de los lactantes evidencia anomalías congénitas, síndromes neurológicos ni alteraciones del neurodesarrollo.

En cuanto a la tendencia de los casos, éstos mostraron un incremento a partir de la SE 4 de 2024, alcanzando el mayor número en la SE 9 (18 casos); el 57% de los casos se presentó entre las semanas epidemiológicas 6 y 9. El último caso se detectó en la SE 22. Posterior a este y en ejercicio de búsqueda por laboratorio, no se confirmaron nuevos casos. tanto por la estrategia de vigilancia retrospectiva del Laboratorio Nacional de Referencia, como a través del reporte de labores de investigación.

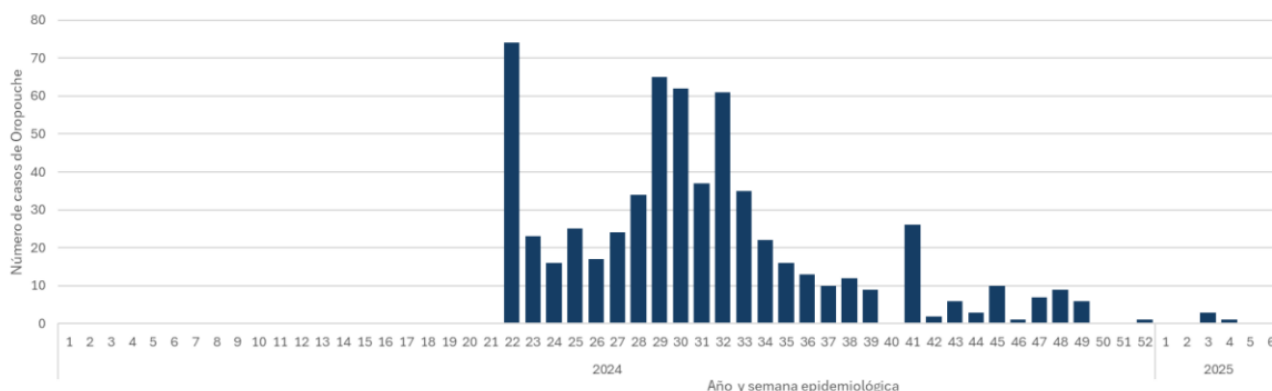


Casos confirmados de fiebre de Oropouche, según semana epidemiológica de inicio de síntomas. Colombia. De semana epidemiológica 1 de 2024 hasta 4 de 2025. Fuente: Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Colombia.

- **Cuba:** Durante 2024 se notificaron 626 casos confirmados. Los casos fueron identificados mediante la vigilancia de síndrome febril inespecífico, registrando casos en 109 municipios de las 15 provincias del país. El 55% de los casos confirmados se registró en las provincias de La Habana (176), Santiago de Cuba (75), Pinar del Río (49), Cienfuegos (40), Matanzas (38) y Villa Clara (38). En cuanto a la distribución de los casos confirmados por sexo y grupo de edad, 343 casos (55%) correspondieron al sexo femenino y la mayor proporción de casos se registró en el grupo de edad de 19 a 54 años (332 casos; 53%). Durante 2024, Cuba notificó un total de 119 casos con manifestaciones neurológicas asociados al virus: síndrome de Guillain-Barré (78 casos), encefalitis (26 casos) y meningoencefalitis (15 casos).

En 2025, hasta la SE 4, se notificaron cuatro casos confirmados, en cuatro provincias del país: Pinar del Río, Cienfuegos, Villa Clara y Ciego de Ávila. En cuanto a la distribución de estos casos por sexo y grupo de edad, dos (50%) corresponden a casos de sexo femenino y la mayor proporción de casos se registra en el grupo de edad de 19 a 54 años (3 casos; 75%).

En cuanto a la tendencia de los casos por semana epidemiológica de inicio de síntomas, luego de la detección de casos en la SE 22 de 2024, el mayor número de casos se registró entre las SE 29 y la SE 32 (225 casos), con un descenso posterior que se mantuvo hasta la SE 41, en donde se registró un leve incremento seguido de un descenso marcado, manteniendo el número de casos en niveles bajos durante las últimas SE de 2024 e inicio de 2025.



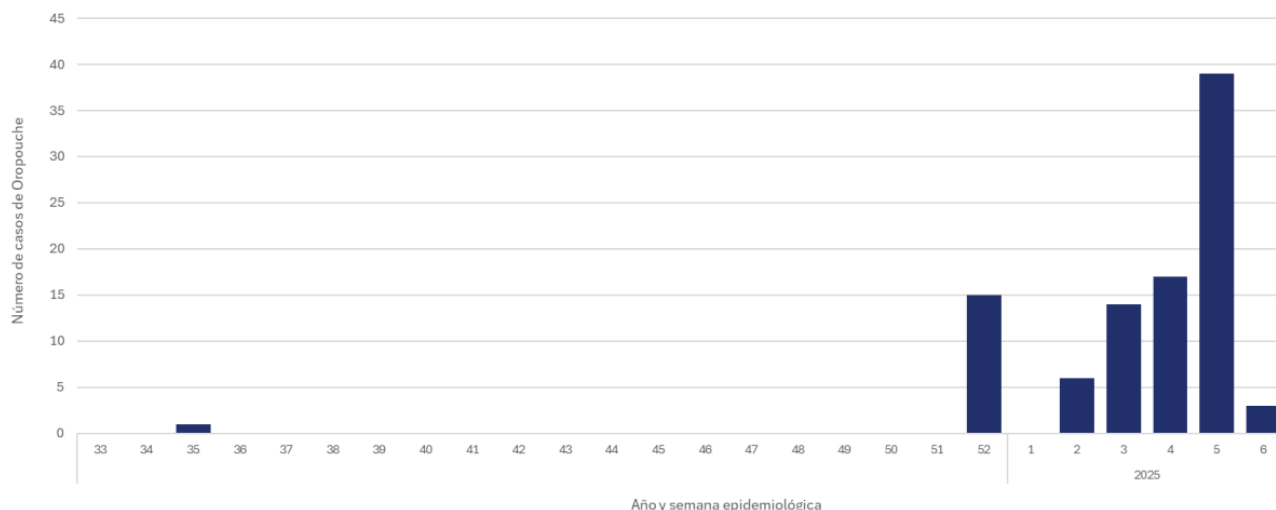
Casos confirmados de fiebre de Oropouche, según semana epidemiológica de inicio de síntomas. Cuba. De semana epidemiológica 1 de 2024 hasta 4 de 2025. Fuente: Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Cuba.

- **Ecuador:** En 2024 se reportaron tres casos confirmados por laboratorio, los cuales fueron detectados a partir del análisis retrospectivo efectuado en muestras negativas a dengue por parte del Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (INSPI). Los casos correspondieron a dos hombres de 45 y 62 años y una mujer de 36 años, sin antecedentes de viaje; presentaron síntomas el 5 de enero, el 11 de junio y el 17 de julio de 2024. El primer caso es residente en el cantón Thasisha en la provincia de Morona Santiago, el segundo en el cantón Caluma, en la provincia de Bolívar y el tercero en el cantón Urdaneta, provincia de Los Ríos. Ninguno de los casos requirió hospitalización y se han recuperado completamente. Durante 2025 no se han registrado casos confirmados en Ecuador.
- **Guyana:** En 2024 se notificaron tres casos confirmados por laboratorio entre las SE 36 y 43. Los casos correspondieron a dos mujeres de 47 y 42 años y a un menor de 11 años sin antecedentes de viaje, y con inicio de síntomas entre el 21 de agosto y el 9 de octubre de 2024. Todos los casos habían residido en la misma zona geográfica en la región N° 5 (Mahaica-Berbice), cerca del océano Atlántico, durante al menos 14 días antes de la aparición de los síntomas. Los casos fueron confirmados por el Laboratorio Nacional de Salud Pública de Referencia (NPHRL) mediante pruebas de RT-PCR.

En la SE 2 de 2025 se confirmó un caso correspondiente a una mujer de 15 años residente en la Región N° 5, sin antecedentes de viaje y con inicio de síntomas el 2 de enero; este caso fue confirmado por el NPHRL mediante pruebas de RT-PCR y no requirió hospitalización.

- **Panamá:** El 15 de noviembre de 2024, se notificó el primer caso confirmado, procedente de la provincia de Coclé. En la SE 52 de 2024, se reportaron 15 casos, y hasta la SE 6 de 2025, el número de casos confirmados ascendió a 94, todos procedentes de la Provincia de Darién. Las pruebas fueron realizadas y confirmadas por el laboratorio del Instituto Conmemorativo ‘Dr. William Crawford Gorgas’ de Estudios de la Salud. En cuanto a la distribución por sexo y grupo de edad de los casos registrados entre 2024 y 2025, 51 casos (54%) corresponden al sexo femenino, mientras que la mayor proporción de casos (67 casos; 71%) se registró

en personas de 19 a 59 años. De los 94 casos confirmados, 84 casos (89%) se concentró en tres distritos de la provincia de Darién: Pinogana (65 casos), Santa Fe (17) y Chepigana (2).

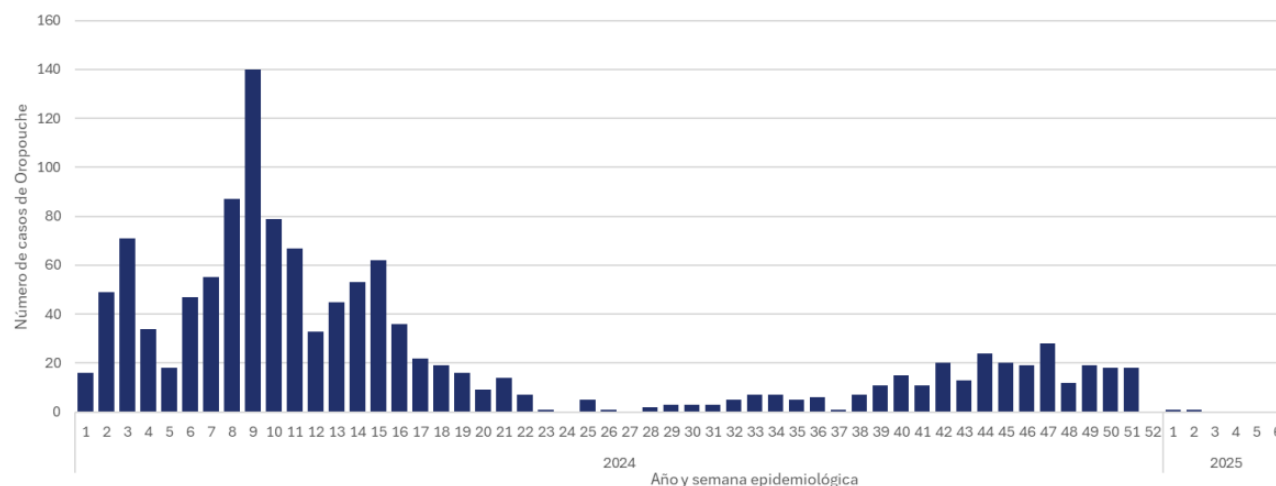


Casos confirmados de fiebre de Oropouche, según semana epidemiológica de inicio de síntomas. Panamá. De semana epidemiológica 33 de 2024 hasta 6 de 2025. Fuente: Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Panamá.

- **Perú:** En 2024 se notificaron 1.263 casos confirmados en nueve departamentos del país: Loreto (729 casos), Madre de Dios (313), Ucayali (139), Huánuco (40), Junín (21), San Martín (18), Tumbes (1), Cusco (1) y Puno (1). En cuanto a la distribución de los casos por sexo y grupo de edad, 675 casos (53%) correspondieron al sexo femenino, la mayor proporción de casos se registró en el grupo de edad de 30 a 39 años (458 casos; 36%). No se registraron defunciones que pudiesen estar asociadas a la infección por el virus de Oropouche. No se reportó la posible transmisión vertical del virus.

En 2025, hasta la SE 4, se notificaron dos casos confirmados por laboratorio procedentes del departamento de Loreto.

Respecto de la tendencia de los casos, se observó éstos mostraron el mayor número en la SE 9 con 140 casos, posteriormente se presentó un descenso progresivo en las cifras.



Casos confirmados de fiebre de Oropouche, según semana epidemiológica de inicio de síntomas. Perú. De semana epidemiológica 1 de 2024 hasta 6 de 2025. Fuente: Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Perú.

Casos importados en países y territorios en la Región de las Américas

- **Canadá:** Se reportaron tres casos importados confirmados, dos en 2024 y uno en 2025, con antecedente de viaje a Cuba (2 casos) y Colombia (1 caso).
- **Estados Unidos:** Durante 2024 se reportaron 108 casos importados, en los estados de: Florida (103 casos), California (1), Colorado (1), Kentucky (1), New Jersey (1) y New York (1).

La mediana de edad de los casos fue de 52 años (rango de 6 a 94 años) y 45% eran mujeres. Dos de los casos presentaron enfermedad neuroinvasiva y 17% fueron hospitalizados. Todos los casos tuvieron antecedentes de viaje a Cuba. En 2025, hasta la SE 4 no se han notificado casos importados.

- **Cayman Islands:** En 2024 se reportó un caso importado en una mujer adulta de Cayman Islands que había viajado a Cuba; el caso fue confirmado por la Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA) el 16 de septiembre de 2024. El caso desarrolló síntomas el 10 de agosto tras su regreso, incluyendo fiebre y dolor muscular. La prueba inicial de detección del virus de Oropouche en Cayman Islands dio positivo el 12 de agosto y se confirmó en el laboratorio de referencia de la CARPHA a partir de una muestra recogida el 15 de agosto.

Casos importados en países fuera de la Región de las Américas

Entre las SE 23 y SE 39 de 2024, se identificaron 30 casos importados de fiebre de Oropouche en tres países de la Región de Europa de la Organización Mundial de la Salud: Alemania (3), España (21) e Italia (6); 20 de estos casos tenían antecedente de viaje a Cuba y uno a Brasil.

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

El Servicio Departamental de Salud (SEDES) de Santa Cruz reportó el deceso de una menor de un mes de vida y 64 casos de tos convulsa en lo que va del año en el departamento de Santa Cruz.

“Durante este año hemos tenido 168 casos sospechosos de tos convulsa y 64 casos positivos. Algunos niños fueron atendidos en centros de salud y otros en hospitales, hicieron el tratamiento ambulatorio, reaccionaron favorablemente y están en buen estado de salud”, informó el director del SEDES, Jaime Bilbao Barriga.



De estos casos, cuatro menores fueron internados y uno falleció.

“En la semana epidemiológica 5, en el Hospital del Niño falleció una niña menor de un mes, derivada de una clínica privada. Llegó en malas condiciones y lamentablemente falleció”, explicó Bilbao Barriga.

En esta misma semana se internó una niña menor de un año que se recuperó satisfactoriamente y fue dada de alta.

A la fecha, hay dos niñas internadas en el Hospital del Niño, quienes están medicadas con evolución favorable.

Bilbao Barriga recomendó a los padres de familia llevar a sus hijos a los establecimientos de salud para que reciban la vacuna contra la tos convulsa, que es altamente contagiosa.

“Vacunemos a los niños, pasen por los centros de salud para vacunar. Tenemos todas las vacunas en los centros de salud y hospitales, cuide la salud de su bebé”, reflexionó.

La vacuna pentavalente protege a los niños contra la tos convulsa, la difteria, el tétanos, la hepatitis B y la infección por *Haemophilus influenzae* tipo b. Se deben aplicar cinco dosis.

“La tos convulsa se vacuna a partir del segundo mes de vida, a los cuatro y seis meses (la segunda y tercera dosis) y los refuerzos, al año y cuatro años”, explicó el director del SEDES.

Aconsejó que los adultos que tienen una infección respiratoria no se acerquen a los bebés ni a los niños.

Se han reportado 24 casos de sarampión en un pequeño condado del oeste de Texas que tiene una de las tasas de exención de vacunas más altas del estado.

En el condado de Gaines, que tiene una población de aproximadamente 22.000 habitantes, se han reportado 24 casos de esta enfermedad infecciosa transmitida por el aire desde fines de enero. La mayoría de ellos son niños en edad escolar que no han sido vacunados.



Varias personas fueron hospitalizadas, según el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas, incluidos dos niños en Lubbock, que ya fueron dados de alta.

“Hasta el momento, se han identificado 24 casos con inicio de síntomas en las últimas dos semanas. Nueve de los pacientes han sido hospitalizados. Ninguno de los casos estaba vacunado y todos son residentes del condado de Gaines”, informó el departamento el 11 de febrero.

Algunos casos parecen estar vinculados a escuelas religiosas privadas del distrito, según el director del Distrito de Salud Pública de South Plains, Zach Holbrooks. Sin embargo, la investigación está en curso.

“No puedo asegurar que todos están conectados, pero nuestros equipos están investigando los sitios de exposición y los antecedentes de esos casos”, dijo el 10 de febrero.

La ley de Texas permite que los niños obtengan una exención de las vacunas escolares por razones de conciencia, incluidas las creencias religiosas. En Gaines, casi 14% de los niños desde el jardín de infantes hasta el 12° grado tuvieron una exención durante el año escolar anterior. Muchos niños allí también reciben educación en el hogar.

A principios de este mes, las autoridades sanitarias habían subrayado que era probable que la propagación continuara.

Uno de los casos del condado había viajado a New México mientras aún era infeccioso, pero no ha habido informes inmediatos de propagación de la infección.

En respuesta al brote, se establecieron clínicas de vacunación contra el sarampión para los residentes de la zona.

“La mejor manera de prevenir la enfermedad es vacunarse con dos dosis de la vacuna contra el sarampión, que se administra principalmente como vacuna combinada contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola”, dijeron las autoridades sanitarias de Texas en un comunicado. “Dos dosis de la vacuna triple viral son muy eficaces para prevenir el sarampión”.

La vacuna contra el sarampión está disponible en Estados Unidos desde 1963. En la década anterior, casi todos los niños se infectaban antes de cumplir los 15 años. Hasta 4 millones de estadounidenses contraían la enfermedad cada año. El uso generalizado de la vacuna redujo

notablemente las tasas de incidencia en las décadas de 1970 y 1980. Después de que los médicos recomendaran una segunda dosis de la vacuna para todos los niños, los casos disminuyeron aún más. Se necesita una cobertura de 95% o más de dos dosis de la vacuna contra el sarampión para prevenir los brotes, y la vacuna es obligatoria para asistir a la mayoría de las escuelas públicas. En 2000, el sarampión se declaró eliminado en Estados Unidos.



Casi un cuarto de siglo después, el sarampión sigue presente. En 2019, Estados Unidos sufrió su mayor brote desde 1992. De los más de 1.200 casos notificados ese año, casi 90% correspondieron a pacientes que no estaban vacunados o cuyo estado de vacunación se desconocía. En 2021, todos los casos se dieron en niños que no estaban completamente vacunados.

El año pasado, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades advirtieron que los casos estaban aumentando en todo el mundo y que más de 100.000 niños habían muerto a causa del sarampión en 2023. De los que contrajeron el virus, 40% fueron hospitalizados, la mayoría de los cuales eran menores de cinco años.

En 2024, un brote en Chicago enfermó a más de 60 personas. Este año, también se han reportado casos en Alaska, Georgia, Rhode Island y New York.

“La vacuna contra el sarampión ha salvado más vidas que cualquier otra vacuna en los últimos 50 años”, dijo el Director General de la Organización Mundial de la Salud, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, en un comunicado.

A pesar de los pedidos para que los miembros de la comunidad se vacunen, los usuarios de Facebook administraron sus dosis de escepticismo sobre las vacunas.

“El sarampión es una erupción que dura una semana y luego genera inmunidad de por vida que se puede tratar fácilmente con vitamina A. La vacuna triple viral puede causar autismo de por vida, convulsiones o la muerte. Sin duda, las personas merecen saber la verdad y no ser intimidadas o presionadas para vacunarse... Oh, esperen, qué tonta soy”, escribió Kelsey Williams.

Varias personas intentaron atribuir el problema a los inmigrantes ilegales en Texas.

La vacuna no está relacionada con el autismo y no se han relacionado muertes con las vacunas. Existe un pequeño aumento del riesgo de convulsiones febriles después de las vacunas. Son poco frecuentes y no están asociadas con ningún efecto a largo plazo. Las reacciones alérgicas graves son poco frecuentes, pero pueden poner en peligro la vida. Sin embargo, la mayoría de las personas no tienen ningún problema grave con la vacuna y recibirla es mucho más seguro que contraer sarampión, parotiditis o rubéola.

La vacunación contra el sarampión evitó más de 60 millones de muertes entre 2000 y 2023.



El Ministerio de Salud de Perú y la Dirección Regional de Salud de Amazonas realizan una campaña de prevención y control de la fiebre amarilla selvática en las comunidades nativas de Yamayakat y Uut, ubicadas en el distrito de Imaza, provincia de Bagua, región Amazonas.

Las acciones se realizan tras la detección de cuatro casos de esta enfermedad en esta población, quienes recibieron la atención médica correspondiente. Lamentablemente, dos de ellos, menores de edad, fallecieron por la sintomatología grave. Solo uno de ellos contaba con la vacuna.



Respecto a la exposición, tres casos compartieron antecedentes de exposición en zonas de alto riesgo, entre ellas caza nocturna en cañaverales, lo que los expuso a las picaduras de los mosquitos vectores. En todos los casos, recurrieron a automedicación en boticas locales, lo que retrasó la atención oportuna.

Personal de salud fue desplazado a las comunidades del distrito de Imaza para vacunar a la población que vive en estas zonas de riesgo. Asimismo, se brindan charlas informativas sobre cómo identificar los síntomas y signos de la enfermedad y la importancia de no automedicarse y acudir al establecimiento de salud más cercano.

También se realiza la vigilancia entomológica y control de vectores de la fiebre amarilla selvática, para lo cual se efectuó el fortalecimiento de las capacidades y competencias del personal de salud. Además, se han distribuido mosquiteros y, en los días previos, se llevó a cabo la fumigación en todas las comunidades involucradas.

El Ministerio de Salud envió 30.000 dosis de vacunas y la región cuenta con más de 16.000 para las acciones en la zona. Médicos de Lima viajarán a Amazonas para brindar asistencia técnica en manejo clínico y organización de servicios.

Las autoridades de salud instaron a la población a no ingresar a las zonas de riesgo sin vacunarse –la vacunación es gratuita en todos los establecimientos de salud del país– y seguir las recomendaciones sanitarias para reducir el riesgo de expansión de esta peligrosa enfermedad.

El Ministerio de Salud de Angola publicó estadísticas alarmantes sobre el brote de cólera en curso, que ponen de relieve una grave crisis de salud pública que justifica la atención internacional inmediata. Hasta el 3 de febrero de 2025, Angola había registrado 1.888 casos y 65 muertes desde el comienzo del brote. Solo en las últimas 24 horas, se notificaron 178 casos nuevos en varias provincias, más concentrados en Luanda. Epidemiológicamente, los niños de 2 a 9 años son los más afectados, con 294 casos y diez muertes, seguidos de los de 10 a 14 años, con 250 casos y cinco muertes. Las mujeres representan 47% de los casos, posiblemente debido a las diferencias en el acceso al saneamiento o la atención sanitaria. Esta susceptibilidad subraya la necesidad urgente de intervenciones específicas para proteger a las poblaciones más jóvenes. Geográficamente, la provincia de Luanda sigue siendo el epicentro, con 1.062 casos y 38 muertes, concentrados en zonas densamente pobladas. Otras provincias, incluidas las recién creadas Icolo e Bengo (189 casos) y Bengo (105 casos), también se han visto sustancialmente afectadas. La detección de casos vinculados con Luanda en regiones distantes como Lubango sugiere la posibilidad de una mayor propagación geográfica.

El resurgimiento del cólera en Angola y el África subsahariana refleja problemas sistémicos más amplios, como el acceso inadecuado al agua potable, el saneamiento deficiente y los sistemas de atención de la salud sobrecargados. Aunque se están realizando esfuerzos encomiables, se necesitan urgentemente medidas que abarquen todo el sistema para controlar el brote. Recientemente, el Ministerio de Salud de Angola publicó el *Manual para la prevención y el control del cólera y otras enfermedades diarreicas agudas*, que proporciona herramientas estandarizadas para abordar el cólera y otras enfermedades diarreicas, haciendo hincapié en la prevención, la detección temprana y la respuesta a los brotes. El manual destaca la educación comunitaria y la colaboración entre entidades gubernamentales y no gubernamentales como estrategias esenciales para reducir la transmisión, mejorar la detección temprana de casos y garantizar una respuesta eficaz a los brotes mediante intervenciones coordinadas.

Para hacer frente al brote de cólera en Angola se necesitan sistemas de vigilancia mejorados para detectar y contener los casos rápidamente. Por ejemplo, la distribución de vacunas orales contra el cólera puede proporcionar un alivio inmediato al ofrecer inmunidad a corto plazo, frenar la propagación de la infección y reducir la morbilidad y la mortalidad en las poblaciones de alto riesgo antes de que surtan efecto las mejoras a largo plazo en materia de agua y saneamiento. Además, las inversiones en saneamiento y educación son cruciales para la prevención de enfermedades. Dada la naturaleza transfronteriza del cólera, la colaboración regional e internacional es imperativa para dar respuestas coordinadas y movilizar recursos. Hoy, el em-

peoramiento de la situación en Angola es una llamada de atención a la comunidad internacional. La urbanización y los desafíos climáticos del África subsahariana aumentan los riesgos de cólera. Si se descuida la crisis de Angola, se corre el riesgo de generar inestabilidad regional. El cólera es prevenible y tratable, pero su persistencia en Angola pone de relieve las desigualdades sanitarias mundiales. Es esencial realizar esfuerzos de colaboración sostenidos para controlar el cólera en Angola y evitar nuevas crisis en el África subsahariana. El cólera no puede ser una pandemia ignorada.

El Departamento de Salud de Western Australia advirtió a la comunidad que se proteja contra las picaduras de mosquitos, después que el estado registrara su primer caso confirmado de encefalitis del Valle del Río Murray en esta temporada de lluvias.

El caso se identificó en un niño que adquirió la infección en la región oriental de Kimberley y actualmente está recibiendo atención médica.

El Dr. Andrew Jardine, científico a cargo, dijo que la encefalitis del Valle del Río Murray es una enfermedad rara pero grave transmitida por mosquitos.

En 2024, Western Australia registró cuatro casos, dos de ellos fatales. Se sigue detectando una actividad significativa de flavivirus, incluido el virus de la encefalitis del Valle del Río Murray, en las bandadas de pollos centinelas en las regiones de Kimberley y Pilbara, lo que indica un riesgo continuo en el norte de Western Australia.

Jardine dijo que la temporada de lluvias del norte, y el período inmediatamente posterior, son los períodos de mayor riesgo de actividad de enfermedades transmitidas por mosquitos en el norte de Western Australia e instó a la población a tomar en serio las advertencias.

“La encefalitis del Valle del Río Murray puede causar una enfermedad grave, que incluye inflamación cerebral, coma, daño cerebral permanente y, en algunos casos, la muerte”, dijo Jardine.

“Prevenir las picaduras de mosquitos es la mejor manera de mantenerse protegido contra infecciones potencialmente graves como la encefalitis del Valle del Río Murray y otros virus peligrosos transmitidos por mosquitos, como el virus de la encefalitis japonesa y el virus Kunjin”.

Los primeros síntomas de la encefalitis del Valle del Río Murray pueden incluir fiebre, somnolencia, dolor de cabeza, rigidez del cuello, náuseas y mareos, que pueden progresar a confusión, debilidad, problemas de visión o habla o convulsiones. Los síntomas en niños pequeños pueden incluir somnolencia, flacidez o malestar general. En los bebés, la fiebre puede ser el único signo temprano de infección.

La temporada de transmisión del virus de la encefalitis del Valle del Río Murray está actualmente en curso.

En Western Australia, la encefalitis del Valle del Río Murray es endémica y los casos se producen durante la temporada de lluvias, cuando aumenta la reproducción de los mosquitos. El estado utiliza bandadas de pollos centinela para identificar las localidades donde se transmite activamente la encefalitis del Valle del Río Murray, de modo que se pueda advertir a las personas de esas áreas sobre el riesgo y se les recomiende que tomen medidas para evitar las picaduras de mosquitos. Hay evidencia de pollos centinela de transmisión del virus de la encefalitis del Valle del Río Murray este año (2025) en las regiones de Pilbara y Kimberley, lo que indica que actualmente hay una amplia zona de actividad del virus en el estado. Es probable que la transmisión del virus continúe hasta que el clima frío reduzca la actividad de los mosquitos.

Anteriormente, 2023 fue la peor temporada del virus en Western Australia en 12 años. Hubo seis casos, dos de los cuales murieron. No existe una vacuna humana disponible para la enfermedad, por lo que evitar las picaduras de mosquitos es la única medida preventiva disponible. Hasta que termine la temporada de transmisión, los residentes de Western Australia serían prudentes en cumplir con las recomendaciones de las autoridades sanitarias para evitar las picaduras de mosquitos.

Un hombre de 53 años que padecía el síndrome de Guillain-Barré murió en Mumbai el 12 de febrero, lo que marca la primera muerte en la ciudad debido a este raro trastorno neurológico y la octava muerte en Maharashtra.

El paciente había sido ingresado en la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital Nair el 26 de enero y posteriormente fue conectado a un respirador debido a sus problemas respiratorios. El paciente había regresado de Pune 16 días antes de su ingreso en el hospital.

El 11 de febrero, un conductor de 37 años de Pune también falleció a causa de la enfermedad.

Mumbai registró su primer caso de síndrome de Guillain-Barré el 7 de febrero después de que a una mujer de 64 años se le diagnosticara el trastorno, confirmaron funcionarios cívicos.

El comisionado de la Corporación Municipal de Brihanmumbai (BMC) y administrador designado por el estado, Bhushan Gagrani, dijo que el paciente actualmente está recibiendo tratamiento en la UCI de un hospital administrado por una entidad cívica.

Según funcionarios de la BMC, la mujer, residente de Andheri East, fue ingresada con antecedentes de fiebre y diarrea, seguidas de parálisis ascendente. Se esperan más detalles sobre su estado.

Mientras tanto, el número de casos sospechosos y confirmados de síndrome de Guillain-Barré en la región de Pune, en Maharashtra, aumentó a 197 después de que se detectaran cinco nuevos casos. Un funcionario del Departamento de Salud dijo que estos incluyen dos casos nuevos y tres previamente identificados.

“De los 197 casos, 172 fueron diagnosticados con síndrome de Guillain-Barré. Al menos 40 pacientes son de áreas de la Corporación Municipal de Pune (PMC), 92 de aldeas recientemente agregadas al PMC, 29 de los límites cívicos de Pimpri Chinchwad, 28 de Pune Rural y ocho de otros distritos”, dijo un comunicado el Departamento de Salud.

El 3 de febrero, el ministro de salud de la Unión, Jagat Prakash Nadda, presidió una reunión de alto nivel con los principales funcionarios médicos y de salud de Maharashtra para evaluar la respuesta de salud pública, incluidas las estrategias de pruebas y tratamiento para pacientes con síndrome de Guillain-Barré en el estado.

Se ha aislado *Campylobacter jejuni* de algunos de los casos y se cree que la bacteria se ha propagado a partir de agua contaminada. Aproximadamente una de cada 1.000 personas infectadas con *Campylobacter* desarrolla el síndrome de Guillain-Barré. A menos que esta cepa particular de *C. jejuni* –suponiendo que sea la causa en estos casos– sea capaz de producir el síndrome con mayor frecuencia, tal vez se hayan producido 197.000 casos de campilobacteriosis.



En la semana epidemiológica (SE) 4 de 2025, se notificó en Nigeria un total de ocho casos de difteria en cinco áreas de gobierno local de dos estados. De estos ocho casos notificados, seis (75 %) fueron confirmados por ser clínicamente compatibles. No se registraron muertes entre los casos confirmados.

Las cifras acumuladas desde la SE 19 de 2022 indican que en total se notificaron 41.336 casos de difteria en 350 áreas de gobierno local de 37 estados.

Kano (23.784 casos), Yobe (5.302), Katsina (3.708), Bauchi (3.066), Borno (2.902), Kaduna (777) y Jigawa (364) representaron 96,5% de los casos sospechosos notificados.

De los 41.336 casos sospechosos notificados, 24.846 (60,1%) fueron casos confirmados (394 por laboratorio, 203 por vínculo epidemiológico y 24.249 clínicamente compatibles), 7.769 (18,8%) fueron descartados, 3.546 (8,6%) están pendientes de clasificación y 5.175 (12,5%) eran desconocidos.

Los casos confirmados se distribuyeron en 182 áreas de gobierno local en 26 estados.

Kano (17.770 casos), Bauchi (2.334), Yobe (2.380), Katsina (1.088), Borno (1.036), Jigawa (53), Plateau (31) y Kaduna (44) representaron 99,4% de los casos confirmados notificados.

La mayoría de los casos confirmados (15.845 casos; 63,9%) se dieron en niños de entre 1 y 14 años de edad.

Solo 4.963 (20,0%) de los 24.846 casos confirmados estaban completamente vacunados con una vacuna que contenía toxoide diftérico.

Se registró un total de 1.262 muertes (tasa de letalidad de 5,1%) entre los casos confirmados.

El brote de difteria que se está produciendo en Nigeria ha provocado más de 41.000 casos notificados y más de 1.200 muertes. Los expertos opinan que estas cifras pueden ser sólo la punta del iceberg, debido a la subnotificación o a la falta de servicios sanitarios ortodoxos o al uso de medicamentos patentados. Cabe señalar que solo 20% de los casos confirmados notificados estaban completamente vacunados con una vacuna que contenía toxoide diftérico. Los estados que representan 99% de los casos son estados con baja cobertura de vacunación, principalmente Kano, Bauchi, Yobe, Katsina, Borno, Jigawa, Plateau y Kaduna. La comunicación de riesgos, la mejora de la vigilancia y las campañas de vacunación son fundamentales para frenar este brote.

El Laboratorio Regional de Referencia para la Erradicación de la Poliomielitis del Instituto Nacional de Salud confirmó la detección del 74º caso de infección por el poliovirus salvaje tipo 1 (WPV1) de 2024 en el país.

El 11 de febrero de 2025, el laboratorio confirmó el caso de poliomielitis en Shikarpur. El inicio de este caso fue el 15 de diciembre de 2024. Este es el segundo caso de poliomielitis en Shikarpur en 2024.



En 2024, Pakistán notificó un total de 74 casos, en Baluchistán (27 casos), Sindh (23), Khyber Pakhtunkhwa (22), Punjab (1) e Islamabad (1). Hasta el momento, en 2025, solo se ha notificado un caso en Khyber Pakhtunkhwa.

La poliomielitis es una enfermedad paralizante que no tiene cura. La administración de múltiples dosis de la vacuna oral contra la poliomielitis y completar el programa de vacunación de rutina para todos los niños menores de cinco años son esenciales para brindarles una alta inmunidad contra esta enfermedad.

El Programa de Pakistán contra la Poliomielitis lleva a cabo varias campañas de vacunación masiva al año, llevando la vacuna a los niños a sus hogares, mientras que el Programa Ampliado de Inmunización proporciona vacunas gratuitas contra 12 enfermedades infantiles en los centros de salud. Es fundamental que los padres garanticen la vacunación de todos sus hijos menores de cinco años para mantenerlos protegidos.

La primera campaña nacional contra la poliomielitis de 2025 concluyó con éxito, con 99% de los objetivos alcanzados en todo el país. La campaña se llevó a cabo del 3 al 9 de febrero de 2025.

Durante esta campaña, más de 45 millones de niños recibieron la vacuna contra la poliomielitis.

Más de cien personas murieron tras el consumo de alcohol adulterado en Türkiye en las últimas tres semanas, 70 en İstanbul y 33 en Ankara, y al menos 20 continúan hospitalizadas en unidades de cuidados intensivos.

El gobernador de la provincia de Ankara, Vasiş Şahin, informó el 7 de febrero de un gran operativo policial contra la distribución de alcohol adulterado, con 13 sospechosos enviados a prisión preventiva, aunque la policía investiga a un total de 32 personas y ha decomisado 102 toneladas de alcohol metílico y etílico.



Şahin señaló que 33 personas habían fallecido “en los últimos días” en la provincia capitalina, 12 de las cuales se produjeron en las últimas dos semanas.

Además, desde el 14 de enero pasado, al menos 70 personas fallecieron en İstanbul, 150 recibieron atención hospitalaria y unos 20 continúan en cuidados intensivos.

Şahin hizo hoy un llamamiento general contra el consumo del alcohol, subrayando que “es malo para la salud”, pero agregando: “Si consumes, cómpralo en sitios autorizados”.

La venta de alcohol es legal en Türkiye y las bebidas alcohólicas están presentes en casi todas las cadenas de supermercado y en muchas tiendas pequeñas, así como despachos de bebidas y tabaco.

Pero su alto precio, que se incrementa de forma continua por los cada vez más elevados impuestos desde la llegada al poder del Partido de la Justicia y el Desarrollo (AKP) en 2002, pone estas bebidas fuera del alcance de parte de la población, que subsiste con el salario mínimo, actualmente equivalente a 600 euros.

Una botella de raki, el popular aguardiente de anís considerado la bebida nacional turca, cuesta actualmente unos 25 euros; el litro cuesta unos 35 euros, y 60% de este precio corresponde a un impuesto especial sobre el alcohol.

El aumento de precios propició la fabricación casera del raki, tanto a pequeña escala como en talleres clandestinos, que usan a menudo alcohol metílico, indistinguible del etílico para el consumidor, pero altamente peligroso, ya que pocas copas pueden llevar a la muerte o dejar secuelas graves, como la pérdida de visión.

El presidente de la Plataforma de Vendedores de Alcohol y Tabaco de Türkiye, Özgür Aybaş, criticó hoy los impuestos elevados que describió como “un acto político”.

En una publicación en la red social X, dijo que esas tasas son las “causantes de las muertes por alcohol adulterado” y consideró que la culpable es la visión del gobierno de “interferir en el estilo de vida de la gente”.

Zeliha Aksaz Şahbaz, vicepresidenta del mayor partido opositor, el Partido Republicano del Pueblo (CHP), pidió al Gobierno islamista dar una solución permanente a este problema de salud pública.

“Los altos impuestos que han llegado a un nivel de interferir con el estilo de vida de la gente, son la principal causa de las muertes masivas y de discapacidades como la ceguera”, afirmó.

El Gobierno islamista considera el consumo de alcohol impropio de una sociedad musulmana, pero muchos turcos defienden las bebidas, y especialmente el raki, como parte integral de sus tradiciones y los hábitos mediterráneos.

Los casos de enfermedad por el virus del Ébola en Uganda subieron a nueve, mientras que otras 265 personas están siendo monitoreadas en cuarentena, dijeron las autoridades sanitarias el 11 de febrero.

Entre los nueve positivos se incluye la primera y única víctima mortal hasta el momento, un enfermero que falleció el día antes de que se declarara el brote el 30 de enero.

Ocho pacientes “están recibiendo atención médica y se encuentran en condición estable”, explicó el Ministerio de Salud. Siete están ingresados en el principal hospital público de Kampala, la capital del país, y el otro está siendo tratado en el distrito oriental de Mbale, añadió, señalando que “la situación está bajo control” en medio de una mayor vigilancia.

En un primer momento, el enfermero fallecido había buscado tratamiento en Kampala, y luego viajó a Mbale, donde fue admitido en un hospital público. Las autoridades sanitarias indicaron que el hombre también buscó los servicios de un curandero tradicional. Sus familiares están entre las personas tratadas por la enfermedad.

Kampala tiene una población muy dinámica de alrededor de cuatro millones de personas, y las autoridades aún están investigando el origen del brote.

El rastreo de contactos es clave para detener la propagación de la enfermedad por el virus del Ébola, que se manifiesta como una fiebre hemorrágica viral.

No hay vacuna aprobada para la cepa Sudán del virus del Ébola, la que está causando los positivos en Uganda. Sin embargo, las autoridades iniciaron un estudio clínico para probar más a fondo la seguridad y eficacia de una vacuna experimental como parte de las medidas para detener el brote.

El último brote de enfermedad por el virus del Ébola en el país, que comenzó en septiembre de 2022, mató al menos a 55 personas para cuando se declaró el final cuatro meses después.

La enfermedad se transmite por el contacto con los fluidos corporales de un infectado o con materiales contaminados. Los síntomas incluyen fiebre, vómitos, diarrea, dolor muscular y, algunas veces, hemorragias internas y externas.

Los científicos sospechan que la primera persona infectada en un brote de enfermedad por el virus del Ébola recibe el virus a través del contacto con un animal infectado o al comer su carne cruda. El virus del Ébola fue descubierto en 1976 en dos brotes simultáneos en Sudán del Sur y República Democrática del Congo, donde se produjo en un pueblo cercano al río Ébola, que da nombre a la enfermedad.



Un trabajador sanitario se prepara para administrar un vial de una vacuna contra la cepa Sudán del virus del Ébola, durante un ensayo, en el Hospital de Referencia de Mulago, en Kampala, Uganda.

Las variables ambientales como la presión atmosférica y la humedad relativa pueden influir significativamente en la propagación del SARS-CoV-2, responsable de la covid, según los hallazgos de un reciente [estudio](#), que podrían ayudar a prever brotes de la enfermedad en escenarios de baja movilidad y restricciones moderadas.



La metodología del estudio incluyó el análisis de datos recogidos entre septiembre de 2020 y febrero de 2021 mediante pruebas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Seguidamente, se analizó el vínculo de estas variables con otras meteorológicas recogidas por una red de 187 estaciones automáticas distribuidas por Catalunya (España), aplicando modelos de regresión lineal para correlacionar el índice de infección con nueve variables atmosféricas.

Los resultados demuestran que la presión atmosférica y la humedad relativa son los factores más relevantes en la predicción de brotes. En concreto, la baja presión atmosférica, típica del inicio del otoño, se asoció con un aumento significativo de los contagios tras un lapso de siete días, mientras que las condiciones de baja humedad relativa contribuyeron a un incremento de casos tras aproximadamente tres días.

Indicadores tempranos

Estos hallazgos sugieren que un descenso en la presión atmosférica y la humedad relativa precede los aumentos en la incidencia de la covid, lo que refuerza la utilidad de estas variables como indicadores tempranos de riesgo pandémico.

Las predicciones del modelo son significativas tanto para la presión atmosférica como para la humedad relativa durante la segunda y tercera olas de la covid, que fueron los periodos utilizados para calibrar el modelo. Durante estos periodos, el modelo logró explicar entre 14% y 45% de la variabilidad en el índice de infección en las ocho áreas de salud analizadas.

Adicionalmente, el modelo se validó utilizando datos de la tercera ola pandémica en Catalunya (noviembre de 2020 a febrero de 2021), mostrando también un buen desempeño predictivo que explicaba entre 11% y 22% de la variabilidad observada, a pesar de las limitaciones propias de los datos diarios de infecciones y la influencia de restricciones sociales variables.

En particular, el modelo identificó patrones de infección asociados a cambios atmosféricos que afectaron tanto a la propagación del virus en zonas exteriores como a las condiciones favorables para eventos de transmisión en espacios interiores.

Implicaciones para la salud pública

El trabajo muestra que los factores climáticos tienen un impacto mensurable en la propagación del SARS-CoV-2, especialmente en contextos donde las restricciones de movilidad son limita-

das. Este conocimiento podría ser utilizado para desarrollar herramientas de predicción y planificación de medidas preventivas frente a futuras olas pandémicas.

Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar la influencia del clima en los modelos epidemiológicos. Saber cómo los factores ambientales afectan la propagación del virus permite anticipar y adaptar las estrategias de mitigación con mayor eficacia.

El enfoque interdisciplinario aplicado combina ciencia climática, epidemiología y análisis de datos. Esto no solo mejora la comprensión de la pandemia, sino que también allana el camino para abordar futuros desafíos sanitarios relacionados con el cambio climático.

Se debe tener en cuenta la importancia de considerar los efectos combinados de los cambios atmosféricos en la susceptibilidad al contagio, así como en el comportamiento humano. En particular, condiciones meteorológicas adversas como bajas presiones y humedades relativas pueden llevar a un aumento de interacciones en espacios cerrados, donde el virus encuentra condiciones óptimas para su propagación.

Curso virtual

100% online

Otorga créditos SADI
Inicio: marzo

sadi Sociedad Argentina
de Infectología

ASOCIACIÓN PANAMERICANA
DE INFECTOLOGÍA

Curso virtual

Presente y futuro de las infecciones en trasplante de órgano sólido Una mirada latinoamericana



Otorga 53 horas cátedra y créditos para el programa de recertificación de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI).

Destinado a: Infectólogos/as especialistas en trasplante; Infectólogos/as generales y en formación interesados en profundizar estos temas. Trasplantólogos/as; Internistas que asisten a estos pacientes.

Módulo 1 | Generalidades que aplican a todos los TOS

- ✓ Línea de tiempo de las infecciones: ¿todo sigue igual? *Dra. Laura Barcán, Argentina.*
- ✓ Inmunosupresión: nuevas drogas, nuevos riesgos de toxicidad. *Dra. Natalia Pujato, Argentina.*
- ✓ Infecciones derivadas del donante. *Dra. Patricia Giorgio, Argentina.*

Módulo 2 | Infecciones específicas en TOS (I)

- ✓ Organismos multirresistentes: un enemigo muy actual. *Dra. Jimena Prieto, Uruguay.*
- ✓ Enfermedad de Chagas. *Dra. Laura Barcán, Argentina.*
- ✓ Micobacterias y TOS. *Dr. Jackes Simkins, Estados Unidos / Venezuela.*

- Clase en vivo integradora al finalizar el Módulo

Módulo 3 | Infecciones específicas en TOS (II)

- ✓ CMV: ¿hemos avanzado en algo? *Dra. Elena Temporiti, Argentina.*
- ✓ Infecciones Fúngicas Invasivas y TOS: Anfotericinas, Azólicos, Equinocandinas: estrategias de tratamiento. ¿Algo nuevo? *Dr. Daniel Zapata, México.*
- ✓ ITU en Trasplante renal: una puesta al día. *Dra. Melisa Martínez, Argentina.*

Módulo 4 | Prevención de enfermedades y multirresistencia en TOS

- ✓ Arbovirosis: una epidemia que golpea a América latina. *Dra. Ligia Pierotti, Brasil.*
- ✓ Vacunas y TOS: ¿cuál es el calendario? *Dra. Astrid Smud, Argentina.*
- ✓ Stewardship en TOS. Tratamientos orales en infecciones severas y Tratamientos acortados: ¿es eso posible? *Dra. Laila Woc Colburn, Atlanta / Guatemala.*

- Clase en vivo integradora al finalizar el Módulo

Completando el curso obtendrás un certificado con **créditos SADI**

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 reportee-epidemiologicocba@gmail.com aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.