

24 DE SEPTIEMBRE
2025
REC 2.985

ARGENTINA

- Situación epidemiológica de la fibrosis quística

AMÉRICA

- Brasil: Primeras muertes por fiebre manchada brasileña de 2025 en Itatiba, São Paulo
- Brasil: Brote de enfermedad meningocócica en Bento Gonçalves, Rio Grande do Sul
- Estados Unidos: Aumentan los casos de sarampión en áreas de Arizona y Utah

- Honduras: Más de 12.000 casos de dengue en lo que va del año

- México: El 85% de los muertos por sarampión en Chihuahua pertenecen a la etnia Rarámuri

- República Dominicana: Aumentaron los casos de leptospirosis

EL MUNDO

- Angola: Refuerzan las medidas de preparación ante el brote de Ébola
- Corea del Sur: La importancia de la pobreza en el regreso de la malaria

- España: Suman 15 los casos de fiebre del Nilo Occidental en Extremadura, dos de ellos fatales

- India: La melioidosis se extiende desde los arrozales por Madhya Pradesh

- Kenia: Situación epidemiológica de la mpox

- Sudán: Los estragos del cólera

OPINIÓN

- El verdadero papel de la esclavitud y el racismo en la historia de los mandatos de vacunación en Estados Unidos

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 adjuntosRUTH 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


Sociudad Argentina de Infectología


Adherentes



SLAMVI
Sociedad Latinoamericana de Medicina de 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.

Situación epidemiológica

Hasta el 16 de septiembre de 2025 se notificaron al Registro Nacional de Fibrosis Quística (ReNaFQ) 40 casos con diagnóstico en 2024 y 13 casos en 2025; hasta esa misma fecha, el total de casos notificados al ReNaFQ fue de 1.956.

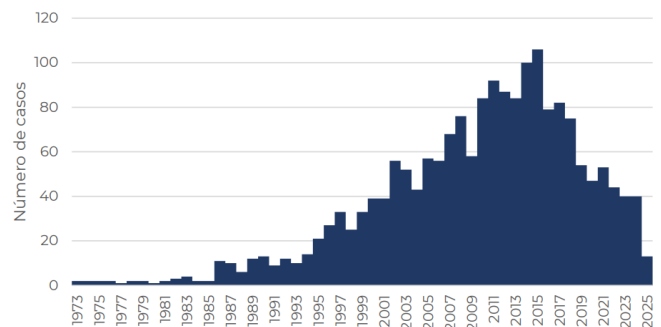
Del total de los casos notificados, 1.111 (59,4%) fueron diagnosticados antes de los seis meses de edad; y 1.486 (79,7%) antes de los tres años.

La mayor proporción de los casos de fibrosis quística (1.348 casos; 79,3%) tiene menos de 25 años; y 39 casos (2,3%) tienen 50 años o más.

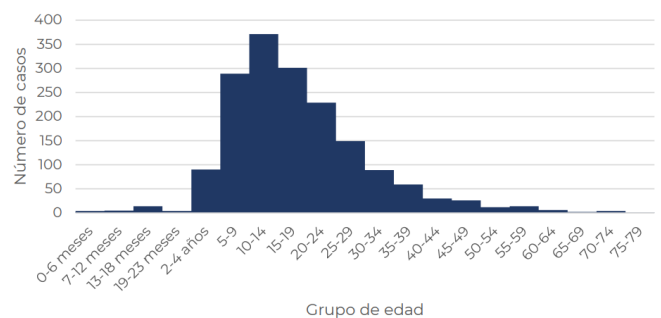
Del total de casos registrados, el sexo masculino representa el 52,3% (1.023 casos); 33,3% (490 casos) cuenta con cobertura pública exclusiva; 55,2% (1.079 casos) no tienen registrada información sobre la pesquisa neonatal y 7,7% (131 casos) tienen pendiente el estudio genético.

El signo que se registró con mayor frecuencia como motivo de sospecha diagnóstica fueron los síntomas respiratorios (890 casos; 45,5%). La pesquisa neonatal detectó 754 casos (38,5%).

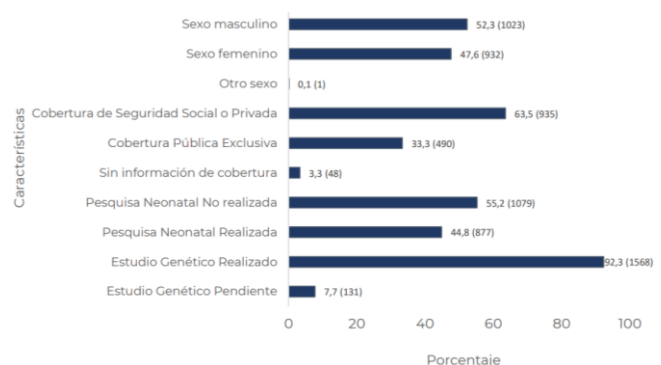
Los casos de fibrosis quística se registraron en todas las jurisdicciones; pero, se concentraron principalmente en seis de ellas: la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), y las pro-



Número de casos de fibrosis quística, según año de diagnóstico. Argentina. Años 1973/2025, hasta el 16 de septiembre de 2025. Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 'Dr. Emilio Coni'. (N=1.956)



Número de casos de fibrosis quística, según edad actual. Argentina. Años 1973/2025, hasta el 16 de septiembre de 2025. Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 'Dr. Emilio Coni'. (N=1.699)



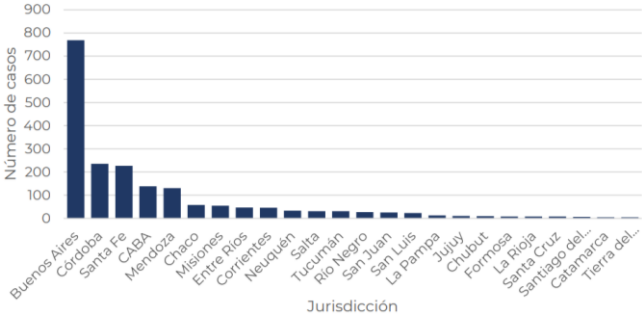
Número de casos de fibrosis quística, según sexo, cobertura de salud, pesquisa neonatal y estudio genético. Argentina. Años 1973/2025, hasta el 16 de septiembre de 2025. Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 'Dr. Emilio Coni'.

vincias de Buenos Aires, Chaco, Córdoba, Mendoza y Santa Fe; en estas seis jurisdicciones reside 79,8% de los casos registrados: 1.560 de los 1.955 casos con registro de la provincia de residencia. Estas seis jurisdicciones concentraron 68,3% de la población del país en 2025.

Los 13 casos registrados en 2025 correspondieron a nueve jurisdicciones del país: Buenos Aires (3 casos), La Pampa (2), Santa Fe (2), Chaco (1), Córdoba (1), Corrientes (1), Mendoza (1), Salta (1) y San Luis (1). En el último período de cinco años (2021-2025) hubo cinco jurisdicciones que no registraron casos: Formosa, La Rioja, Río Negro, Santiago del Estero y Tierra del Fuego.

Del total de 1.699 casos sin registro de fallecimiento, 216 casos (12,7%) no tienen registrado ningún 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 16 de septiembre de 2025 es de 4.498, correspondientes a 1.695 casos de fibrosis quística, incluyendo casos fallecidos.

En 2025 ya se registraron 733 seguimientos a 445 personas hasta el 16 de septiembre; el 66,7% del total de seguimientos registrados en 2024 (1.099 seguimientos), el 83,1% del total de seguimientos registrados en 2023 (882); y, ya más seguimientos que los registrados anualmente entre 2008 y 2022.



Número de casos de fibrosis quística, según jurisdicción de residencia. Argentina. Años 1973/2025, hasta el 16 de septiembre de 2025. Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 'Dr. Emilio Coni'.

Provincia/Región	2021	2022	2023	2024	2025
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	2	3	3	1	—
Buenos Aires	15	7	11	5	3
Córdoba	7	5	4	11	1
Entre Ríos	2	3	1	—	—
Santa Fe	6	12	5	3	2
Centro	32	30	24	20	6
Mendoza	2	2	3	2	1
San Juan	—	1	2	2	—
San Luis	3	1	1	—	1
Cuyo	5	4	6	4	2
Chaco	4	3	—	4	1
Corrientes	—	1	2	1	1
Misiones	3	1	3	—	—
Noreste Argentino	7	5	5	5	2
Catamarca	—	—	1	1	—
Jujuy	—	—	1	—	—
Salta	5	3	—	5	1
Tucumán	—	2	2	4	—
Noroeste Argentino	5	5	4	10	1
Chubut	1	—	—	—	—
La Pampa	—	—	—	—	2
Neuquén	3	—	1	—	—
Santa Cruz	—	—	—	1	—
Sur	4	—	1	1	2
Total Argentina	53	44	40	40	13

Número de casos de fibrosis quística, según jurisdicción de residencia y año de diagnóstico. Argentina. Años 2021/2025, hasta el 16 de septiembre de 2025. Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 'Dr. Emilio Coni'. (N=190).

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, la fibrosis quística causaba la muerte en los primeros años de vida. En las últimas décadas, los avances en el tratamiento de la enfermedad, que incluyen el tamizaje neonatal sistemático, la atención multidisciplinaria de la fibrosis quística sintomática, el trasplante de pulmón y, más recientemente, los moduladores reguladores de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística altamente eficaces, han transformado notablemente el pronóstico de las personas con esta enfermedad.

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 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 Registro Nacional de Fibrosis Quística (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 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) 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.

CBN

BRASIL

PRIMERAS MUERTES POR FIEBRE MANCHADA
BRASILEÑA DE 2025 EN ITATIBA, SÃO PAULO

19/09/2025

La ciudad de Itatiba, São Paulo, confirmó dos muertes por fiebre manchada brasileña a fines de agosto y principios de septiembre. Las víctimas fueron un hombre de 30 años y un niño de 3 años. Los diagnósticos se confirmaron mediante pruebas de laboratorio, según el Departamento de Vigilancia Sanitaria.

En 2025, el municipio registra 26 casos sospechosos de la enfermedad, dos de los cuales fueron confirmados, precisamente los que resultaron fatales. La fiebre manchada brasileña es transmitida por la garrapata estrella (*Amblyomma cajennense*), especialmente durante su fase joven, que es más activa hasta fines de septiembre.



Equipos del Centro para el Control de Zoonosis y Enfermedades Endémicas recolectaron garrapatas en áreas específicas para el análisis de especies. Una vez confirmado el sitio de contagio, el área se marcará como zona de transmisión con señales de advertencia.

Ante el aumento del riesgo, la prefectura intensificó sus esfuerzos de control de la enfermedad. Estos incluyen la vigilancia de zonas públicas con mucho tránsito peatonal, como parques, y la distribución de carteles y folletos informativos. También se ha recomendado a los profesionales de la salud pública que presten especial atención a los síntomas de la fiebre manchada brasileña, especialmente en las salas de urgencias.

La enfermedad puede confundirse con una gripe grave, con fiebre, fatiga y dolores corporales. Se recomienda buscar atención médica de inmediato si estos síntomas aparecen tras el contacto con zonas boscosas o una picadura de garrapata.

La Secretaría de Salud reforzó que la acción conjunta entre organismos públicos, instituciones estatales y universidades es fundamental para contener la fiebre manchada brasileña y proteger a la población.

La Secretaría Estatal de Salud (SES) de Rio Grande do Sul, a través del Centro Estatal de Vigilancia Sanitaria (CEVS), emitió una alerta para Bento Gonçalves, en la región de la Serra, y para los municipios de la 5^{ta} Coordinadora Regional de Salud. La medida se tomó tras la identificación de tres casos de enfermedad meningocócica, sin nexo epidemiológico, ocurridos entre julio y agosto. La situación, que constituye un brote, requiere mayor atención de la red de salud para detectar rápidamente nuevos casos e implementar medidas de control.

Aumento de casos

A finales de agosto, se habían registrado 12 casos de enfermedad meningocócica en la región de la 5^{ta} Coordinadora Regional de Salud, una cifra significativamente superior a los cuatro casos registrados en 2024 y al único caso registrado en 2023, durante el mismo período. La mayoría de los casos se atribuyen al serogrupo B de la bacteria *Neisseria meningitidis*, que históricamente no ha sido el más prevalente en el estado. Sin embargo, en 2025, aún con datos parciales, este serogrupo ya representa 49% de los casos, superando al serogrupo C, que era el más común.

El aumento de casos en la región refleja una tendencia observada en todo el estado. A principios de septiembre, Rio Grande do Sul había registrado 52 casos, casi el doble que en el mismo período de 2024, lo que indica un posible retorno a los niveles previos a la pandemia de covid. La mayor incidencia se observa en niños menores de cinco años, especialmente en los menores de un año, aunque la enfermedad puede afectar a cualquier grupo etario.

Los pacientes recibieron el tratamiento adecuado

En abril, el municipio de Bento Gonçalves ya había registrado un conglomerado de tres casos vinculados. En ese momento, la situación requirió mayor atención por parte de los equipos de vigilancia y la red de atención médica de la región, pero no se clasificó como un brote.

Sin embargo, los nuevos casos, ocurridos en julio y agosto, no están relacionados, lo que constituye un brote, según una evaluación conjunta de las autoridades municipales y estatales y el Ministerio de Salud. Los casos del brote no resultaron en fallecimiento, y todos estos pacientes recibieron el tratamiento adecuado.

Medidas de prevención y control

Ante esta situación, las autoridades sanitarias de Bento Gonçalves intensificaron las medidas de control, incluyendo la quimioprofilaxis ampliada, una medida preventiva que incluye no solo a los contactos cercanos, sino también a las personas con exposición breve a los pacientes.

Se instruyó a la red de atención a la salud a redoblar la atención ante síntomas sospechosos de meningitis, como fiebre acompañada de rigidez del cuello, confusión mental, convulsiones, erupciones cutáneas y otros signos neurológicos.

En niños menores de dos años se presentan síntomas tales como irritabilidad, llanto persistente y fontanela abultada.

Vacunación y refuerzo

El Ministerio de Salud recomienda intensificar la vacunación contra los serogrupos C y ACWY, disponible a través del Programa Nacional de Inmunización. Es fundamental seguir el calendario de vacunación para garantizar la protección, según los grupos de edad previstos.



Uno de los mayores brotes de sarampión en Estados Unidos se centra ahora en zonas limítrofes del suroeste de Utah y Arizona.

En el suroeste de Utah, de los 23 casos confirmados, solo uno corresponde a un niño en edad escolar vacunado, informó el Departamento de Salud Pública del Suroeste de Utah. En el condado de Mohave, Arizona, que las autoridades sanitarias creen que está relacionado con el brote de Utah, se han confirmado 42 casos del virus altamente contagioso.

Una reciente investigación reveló que gran parte de Estados Unidos carece de la protección de las vacunas para prevenir brotes de enfermedades transmisibles como el sarampión.

Alrededor de 79% de los niños de jardín de infantes en el condado de Washington, Utah, están vacunados contra el sarampión. Esta cifra es solo ligeramente superior a la del condado de Gaines, Texas, epicentro del brote de 2025 a principios de este año, y muy inferior al 95% de inmunidad colectiva que, según los expertos, se necesita para protegerse contra un brote.

“Llevo trabajando en este departamento de salud unos 18 años y, que yo sepa, nunca hemos visto un caso de sarampión hasta ahora”, dijo David Heaton, responsable de información pública del Departamento de Salud Pública del Suroeste de Utah. “Estamos en un nivel de vacunación tan bajo que nos expone a este tipo de brote”.

Heaton dijo que muchos miembros de la comunidad dudaban en vacunarse antes de la pandemia, pero los mandatos de inmunización contra la covid hicieron que algunas personas fueran aún más reacias a vacunarse.

“Hace aproximadamente un mes, comenzamos a recibir casos en los que pudimos ver evidencia de propagación comunitaria, lo que significa que había sarampión transmitiéndose en nuestro distrito de cinco condados”, dijo Heaton.

Los casos han ido en progresivo aumento en el distrito de más de 287.000 habitantes y se esperan más, dijeron funcionarios de salud.

El Departamento de Salud Pública del condado de Mohave, que limita con Utah, anunció por primera vez un caso el 12 de agosto. De los 42 casos confirmados, un niño fue hospitalizado.

En un comunicado, el Departamento de Servicios de Salud de Arizona indicó que está trabajando estrechamente con las autoridades de Mohave y Utah en una respuesta coordinada al brote en curso. “Este es el mayor número de casos que hemos visto desde la década de 1990”.

El brote en Arizona se concentra principalmente en Colorado City y sus alrededores, separados geográficamente del resto del estado por el Gran Cañón. Esta zona rural, fundada en la década de 1930 y asociada con el líder mormón fundamentalista Warren Jeffs, tiene un historial de aislamiento.

“Esto es exactamente lo que se espera ver cuando una enfermedad altamente infecciosa prevenible con vacunas llega a una comunidad con bajas tasas de vacunación; es casi inevitable”, dijo el Dr. Bob England, ex funcionario de salud pública de Arizona, afiliado a The Arizona Partnership for Immunization.

A partir del año escolar 2024-25, ninguna escuela en el condado de Mohave tenía clases de jardín de infantes con inmunidad colectiva contra el sarampión.

Según datos del Departamento de Salud de Arizona, en la Escuela Primaria Cottonwood de Colorado City, en el condado de Mohave, la tasa de vacunación contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola (vacuna triple viral) en jardín de infantes durante el curso escolar 2024-25 fue sorprendentemente baja, de 7,7%, con 84,6% de exenciones a la vacuna. Cerca de allí, la Escuela Charter Masada informó una tasa de vacunación con triple viral en jardín de infantes de 40%.

“Arizona ha perdido aproximadamente medio punto porcentual en sus tasas de vacunación cada año durante más de una década”, afirmó England. “Lo que se observa ahora en las comunidades pequeñas y aisladas podría fácilmente ocurrir en cualquier comunidad de nuestro estado y en otros lugares donde la tasa de vacunación haya disminuido. Eso realmente se acumula con el tiempo”.

Las tasas de vacunación están disminuyendo no solo en Arizona, sino en todo Estados Unidos. Desde 2019, el 77% de los condados y jurisdicciones del país han reportado descensos notables en las tasas de vacunación infantil. Entre los estados que cuentan con datos sobre la vacuna triple viral, 67% de los condados y jurisdicciones tienen actualmente tasas de inmunización inferiores a 95%.

A medida que disminuyen las tasas de vacunación con triple viral, Estados Unidos registra el mayor número de casos en más de 30 años. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) reportan 1.491 casos y 38 brotes hasta el 17 de septiembre.

El año pasado hubo 16 brotes.

Las autoridades tanto de Arizona como de Utah están instando a los padres a que se pongan al día con la vacuna contra el sarampión, tanto ellos como sus hijos.

“Es la inmunidad colectiva la que nos ha protegido durante décadas de esta enfermedad, y seguirá protegiéndonos si la mantenemos”, dijo England.

Los datos de la investigación revelan que los condados de Mohave y Washington están en medio de un grupo de condados con bajas tasas de vacunación con triple viral, lo que genera preocupación de una propagación aún mayor:

- El vecino condado de Yavapai en Arizona tiene una cobertura de 75,3%, mientras que la del condado de Navajo es de 80%.
- Cerca de allí, los condados de Kane, Iron y Piute en Utah se ubican por debajo de la inmunidad colectiva: Iron y Kane apenas por encima de 80% y Piute en 60%.
- Al otro lado de la frontera, en Nevada, los condados de Lincoln y Esmeralda están por debajo de 70%, mientras que el condado de Eureka está en 75% y el condado de Nye en 82,5%.

El Dr. Nathan Lo, médico de enfermedades infecciosas y científico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Stanford, dijo que la naturaleza local del brote subraya la importancia de conocer las tasas de vacunación a nivel de condado.

“Si solo tienes datos a nivel estatal en Texas y Arizona, por ejemplo, la cobertura de la vacuna puede parecer relativamente buena”, dijo Lo. “Solo con datos más detallados a nivel de condado es posible identificar focos muy susceptibles a aumentos repentinos de infecciones. De hecho, en estados como Texas y Arizona, es donde se han producido los brotes”.

Según datos brindados por la Secretaría de Salud, Honduras acumula un total de 12.167 casos sospechosos de dengue, enfermedad provocada por el mosquito *Aedes aegypti*.

Las cifras corresponden a la semana epidemiológica 34, es decir, hasta hace casi un mes, debido a que las autoridades sanitarias no han dado reporte de las últimas semanas.

En promedio, hay un aumento de casos sospechosos de entre 200 y 300; de seguir esta tendencia, se puede establecer una proyección que indica que los casos podrían superar los 13.000. No obstante, con el regreso de las lluvias los casos podrían ser aún más.



“La temporada de lluvias trae un aumento en el número de mosquitos en las comunidades; el *Aedes* encuentra un sitio adecuado cuando hay agua en recipientes, desperdicios de basura, la maleza y ahí se multiplica, y aparecen las enfermedades que este vector transmite, lo que se refleja en este ascenso en los casos”, dijo el médico del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), Carlos Umaña.

El especialista recomendó a la población fortalecer las medidas de prevención para evitar que los hondureños se enfermen debido a la proliferación de los vectores.

“Eliminar los criaderos es la única situación de control para erradicar el mosquito que transmite esa enfermedad, por lo tanto, se hizo una invitación a la población a hacer limpieza”, aconsejó.

Manifestó que, aunque este año no se espera una epidemia de dengue como la de 2024, cuando se reportaron más de 170.000 casos, con la circulación de los cuatro serotipos en el país de esta enfermedad las probabilidades de enfermedad grave aumentan, por lo que no se debe bajar la guardia.

“Al haber mucha gente que contrajo el serotipo DENV-2, con la circulación de los serotipos DENV-3 y DENV-4 es posible que se registren casos de moderados a severos, incluso fallecimientos”, advirtió.

De los casos acumulados de dengue en el territorio, la mayoría son por el serotipo DENV-3.

La mayoría de los casos se reportan en Francisco Morazán, Cortés, Olancho, Choluteca y El Paraíso; la población más vulnerable son los menores de edad, señalaron los médicos.

En lo que va de este año, el Hospital Escuela indicó que más de 200 pacientes fueron hospitalizados por sospechas de dengue, de los cuales 85% son menores de edad.

Héctor Villa, pediatra del Hospital de Especialidades del IHSS, señaló que este año hay una reducción en las atenciones de menores con síntomas de dengue; aunque debido a las lluvias las atenciones podrían aumentar.

“Al día son entre uno y dos menores que están llegando a la emergencia del IHSS con síntomas provocados por la picadura del mosquito. Normalmente los cuadros son de dengue no grave y se les da vigilancia de forma ambulatoria y no necesitan ser hospitalizados”, puntualizó Umaña.

La Secretaría de Salud del Estado de Chihuahua informó que 17 de las personas fallecidas por sarampión en Chihuahua son indígenas: 16 rarámuris y un niño mixteco. Tres más pertenecían a la comunidad menonita. Hasta el momento ninguno de los decesos corresponde a población mestiza dentro de este brote, que ya acumula 4.269 casos confirmados, lo que representa la mayor contingencia de salud que enfrenta el estado desde la pandemia de covid, y que coloca a Chihuahua como la entidad con más casos no sólo del país sino de todo el continente americano.



Del total de 20 muertes reportadas hasta el 9 de septiembre, siete han sido mujeres y 13 hombres. Ocho eran niños de entre 0 y 7 años; cuatro jóvenes de entre 15 y 20 años; tres personas de entre 21 y 31 años, y cinco adultos de entre 40 y 54 años.

El deceso más reciente ocurrió el 9 de septiembre en la ciudad de Chihuahua, donde falleció una menor rarámuri de 4 años originaria de Cuauhtémoc. Un día antes, el 8 de septiembre, murió en Delicias un niño rarámuri de 3 años. Ninguno de los dos estaba vacunado.

El 6 de septiembre se reportó la muerte de una bebé rarámuri de 11 meses en Camargo. Días antes, el 29 de agosto, en Cuauhtémoc falleció un menor rarámuri de 8 meses, cuyos padres son originarios de Urique. Ninguno contaba con vacunas.

Los casos más graves de agosto también incluyeron el de una joven rarámuri de 19 años, jornalera agrícola de Guadalupe y Calvo, quien murió en Chihuahua el 25 de agosto, así como el de un niño de 1 año de la misma comunidad, fallecido el 27 del mismo mes, ambos por complicaciones respiratorias.

El 13 de agosto murió una adolescente rarámuri de 15 años en Camargo. El 21 de julio fallecieron en Bocoyna y Chihuahua, respectivamente, un hombre de 46 años y una niña de 6 años, ambos de la etnia Rarámuri. El 13 de julio perdió la vida una mujer rarámuri de 48 años en Carichí, y el 6 de julio un hombre de 54 años en Creel.

En junio, el día 16, murió una mujer rarámuri de 27 años en Meoqui; el 15 de ese mes un niño mixteco de 5 años en Buenaventura; el 6 de junio una niña rarámuri de 4 años en Cuauhtémoc; y el 29 de mayo un joven rarámuri de 27 años en el mismo municipio.

En mayo se registraron tres muertes más: el 27 el de un niño rarámuri de 2 años 11 meses, hijo de jornaleros agrícolas en Ojinaga; el día 17 otro niño rarámuri de 2 años en ese mismo municipio; y el 6 de mayo el deceso de un bebé menonita de 11 meses en Namiquipa. Días antes, el 2 de mayo, un niño menonita de 7 años perdió la vida en Ojinaga.

El primer fallecimiento del brote ocurrió el 3 de abril en Ascensión: un hombre menonita de 31 años con diabetes tipo 2 que murió por complicaciones del sarampión.

Respecto a la alta vulnerabilidad de la población rarámuri, la presidenta del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Chihuahua, María Eugenia Galván Antillón, recordó que en la Sierra Tarahumara el aislamiento histórico retrasó tanto la llegada de las carreteras como de las campañas de vacunación. “En 1980, cuando empezaron a construirse los caminos de Gran Visión, la Sierra Tarahumara estaba incomunicada; no les habían llegado las vacunas ni la enfermedad para que pudieran generar resistencia”, dijo. Explicó que por ello en la campaña actual se privilegió la vacunación de niños y personas indígenas, sobre todo en Cuauhtémoc, ya que muchas familias rarámuris trabajan en campos menonitas, donde prevalece la negativa a aplicarse vacunas.

La Secretaría de Salud del Estado reiteró el llamado a la población para que niños y adultos completen el esquema de vacunación, el cual contempla dos dosis: la primera a los 12 meses de edad y la segunda a los 18 meses.

El Ministerio de Salud Pública informó que en lo que va del año se confirmaron en República Dominicana 46 casos de leptospirosis, de 296 casos sospechosos, con una tasa acumulada de 0,62 casos cada 100.000 habitantes, lo que representa un aumento en comparación con igual periodo de 2024, cuando se registraron 34 casos.

Los datos revelan que los grupos etarios entre 20 y 49 años concentran la mayor cantidad de casos, siendo el más afectado el de 20 a 29 años. Dentro de este grupo, se ha observado un predominio marcado del sexo masculino, con más de 40 casos reportados en hombres jóvenes, lo que sugiere una mayor exposición laboral o actividades de riesgo como las agrícolas, ganadería, construcción o contacto con aguas contaminadas.

En contraste, los casos en mujeres se presentan en menor cantidad en todos los grupos de edad, con presencia leve en los rangos de 20 a 49 años.

La leptospirosis es una enfermedad infecciosa aguda causada por bacterias del género *Leptospira*, que se transmite principalmente a través del contacto con agua o suelo contaminado con orina de animales infectados, como ratas, vacas o cerdos. Puede producir fiebre alta, dolor muscular, vómitos, y en casos severos, falla renal o hepática.

Esta enfermedad zoonótica tiene potencial epidémico, principalmente después de lluvias fuertes o inundaciones. Estimaciones indican que hay más de 500.000 casos mundiales de leptospirosis anualmente.

Tres provincias concentran 34% de los casos

Tres provincias del país concentran un tercio de los casos confirmados: La Altagracia (13%), Puerto Plata (11%) y Santo Domingo (10%).

Lo anterior indica una distribución territorial con focos importantes en zonas turísticas y urbanas, lo cual requiere atención para fortalecer las estrategias de prevención y respuesta.

Aumento de la letalidad

Durante el año 2025, la tasa de letalidad acumulada de leptospirosis se sitúa en 1,69%, con cinco defunciones de los 46 casos confirmados, un incremento respecto del 0,50% registrado en 2024.

Aunque este valor permanece dentro del rango esperado para esta enfermedad (habitualmente menor a 5%), representa una señal de alerta sobre la severidad de los casos y la posible demora en el diagnóstico o acceso al tratamiento oportuno.

Las provincias con mayor letalidad son Duarte con 25.00% (una muerte de 11 casos confirmados) y La Vega con 6,25% (una muerte de 16 casos confirmados). Estas provincias requieren análisis urgente de factores de riesgo, capacidad de diagnóstico y acceso a tratamiento. También es necesario un análisis urgente sobre los factores que pueden estar incidiendo en el aumento de la mortalidad, como condiciones socioambientales, infraestructura de salud y acceso a servicios médicos oportunos.

Provincias con respuesta efectiva

La mayoría de las provincias que han reportado casos confirmados no han registrado muertes, lo que sugiere una respuesta efectiva en cuanto a detección precoz, diagnóstico y tratamiento médico, aspectos clave para reducir la mortalidad por leptospirosis.

El Ministerio de Salud Pública reiteró su compromiso con la vigilancia epidemiológica activa y exhortó a la población a seguir las recomendaciones preventivas para reducir el riesgo de contagio.



ANGOLA

REFUERZAN LAS MEDIDAS DE PREPARACIÓN ANTE EL BROTE DE ÉBOLA

22/09/2025

Tras la declaración del brote de enfermedad por el virus del Ébola en la República Democrática del Congo, Angola está intensificando las medidas de vigilancia, prevención y preparación ante la enfermedad, especialmente en la provincia de Lunda Norte, que limita con la República Democrática del Congo.

Un equipo multidisciplinario con expertos de la Dirección Nacional de Salud Pública, el Instituto Nacional de Investigación en Salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), visitó los cruces fronterizos de Tchis-sanda, Fortuna y Nachire en Lunda Norte para evaluar y ayudar a implementar medidas de preparación por parte de las autoridades sanitarias locales, así como para crear conciencia entre las comunidades sobre la enfermedad por el virus del Ébola, sus síntomas, la notificación temprana de casos sospechosos y cómo mantenerse a salvo.



El equipo brindó capacitación en áreas clave como la identificación de la enfermedad, la prevención y el control de infecciones, la búsqueda activa de casos, la vigilancia de enfermedades en las comunidades y en los puntos de entrada, la recolección y el transporte de muestras, así como la comunicación de riesgos, incluidas estrategias para abordar la desinformación o información errónea.

En total, 140 funcionarios, incluidos profesionales de la salud, movilizados comunitarios, agentes de policía y autoridades fronterizas, participaron en las capacitaciones.

“La prioridad del Ministerio de Salud es garantizar la detección temprana, la gestión adecuada de los casos y, sobre todo, la protección tanto de nuestras comunidades como del personal sanitario en primera línea”, afirmó el Dr. Eusébio Manuel, Jefe del Departamento de Higiene y Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud de Angola. “Estamos firmemente comprometidos con el fortalecimiento de la preparación de Angola contra la enfermedad por el virus del Ébola”.

Además, más de 150 líderes tradicionales y religiosos, parteras, cazadores y curanderos tradicionales de cinco municipios de Luanda Norte participaron en las actividades de preparación que también tenían como objetivo generar confianza en la comunidad y alinear la respuesta

local con los planes municipales de preparación y acción ante brotes para garantizar una respuesta coordinada y eficaz.

“Prepararse ahora significa salvar vidas más adelante. Cada funcionario capacitado y cada comunidad informada aumenta la capacidad de Angola para responder eficazmente si el virus cruza la frontera”, afirma la Dra. Noémia Silva, responsable de vigilancia e inmunización de la OMS en la provincia de Lunda Norte.

La OMS evalúa el riesgo general para la salud pública que representa el brote en la República Democrática del Congo como alto a nivel nacional, moderado a nivel regional y bajo a nivel mundial. La OMS colabora con las autoridades nacionales de 10 países prioritarios vecinos de la República Democrática del Congo para iniciar evaluaciones de preparación y planes de contingencia.

La malaria está aumentando en Corea del Sur, cerca de la Zona Desmilitarizada, la frontera entre Corea del Norte y Corea del Sur. La Agencia Coreana para el Control y la Prevención de Enfermedades (KDCA) emitió una alerta nacional por malaria el 19 de agosto de 2025, tras detectarse el primer mosquito portador del parásito *Plasmodium vivax* del año en Corea.



Esta cepa no había prevalecido fuera del ámbito militar desde la década de 1990. Sin embargo, funcionarios y ciudadanos se están uniendo para luchar por opciones de atención médica y transporte accesibles en las zonas rurales.

El regreso de la malaria a las zonas fronterizas

En 1993, la malaria por *Plasmodium vivax* se había propagado principalmente entre los soldados estacionados a lo largo de la Zona Desmilitarizada. Los estudios estiman que entre 60% y 90% de los casos durante este período correspondieron a hombres jóvenes de poco más de 20 años de edad que realizaban el servicio militar obligatorio cerca del límite norte de la provincia de Gyeonggi, junto a la Zona Desmilitarizada. Estas tropas solían vivir al aire libre, en condiciones de campo, lo que aumentaba su exposición a los mosquitos infectados.

Desde entonces, la malaria en Corea del Sur ha persistido en las regiones fronterizas, convirtiendo la zona fronteriza en un lugar vulnerable a las enfermedades debido a sus limitados recursos y atención médica. Hoy, la mayoría de los nuevos casos de malaria se concentran en civiles y militares rurales. Las granjas y los arrozales sirven como criaderos de mosquitos.

En agosto de 2025, Corea del Sur reportó 373 casos de malaria y las autoridades sanitarias proyectan que la cifra aumentará a medida que la temporada alta se prolongue hasta septiembre. Dado que los mosquitos infectados se niegan a detenerse en la frontera entre Corea del Norte y Corea del Sur, la transmisión continúa sin control mientras se desplazan hacia las ciudades rurales de Corea del Sur.

Arrozales: caldo de cultivo perfecto para los mosquitos

Los arrozales son un caldo de cultivo ideal para los mosquitos *Anopheles*, los vectores de la malaria en Corea del Sur. Las investigaciones muestran que más de 50% de las larvas de *Anopheles sinensis* se encuentran en arrozales cerca de la zona desmilitarizada occidental, incluyendo Ganghwa y Paju. Estas llanuras y arrozales, propensos a inundaciones, proporcionan un entorno ideal para que los mosquitos se reproduzcan y se propaguen por las zonas rurales de Corea del Sur.

La transmisión de la malaria está especialmente extendida cerca de las aldeas fronterizas, como Wolgot-myeon en Gimpo-si y Naega-myeon en Ganghwa-gun. Esto pone de relieve la

urgente necesidad de recursos para combatir la creciente crisis sanitaria a medida que la malaria se propaga en estas comunidades rurales.

Pobreza: El catalizador silencioso

La pobreza, las viviendas precarias y las deficiencias en la atención médica impulsan la propagación de la malaria en Corea del Sur, lo que recuerda que no se trata solo de un problema de mosquitos. Los brotes de malaria son crisis de desigualdad que exigen soluciones urgentes.

Cerca de la zona desmilitarizada, las clínicas están muy alejadas y pocas se encuentran entre las ciudades fronterizas. Los residentes a menudo enfrentan largos viajes y altos costos de transporte para acceder a la atención médica. Los retrasos en el diagnóstico y el tratamiento dan a los parásitos de la malaria más tiempo para propagarse y multiplicarse.

Los hogares desfavorecidos a menudo carecen de recursos esenciales, por lo que necesitan mosquiteros, materiales para sellar ventanas y un sistema de aire acondicionado adecuado. Esto deja a los residentes vulnerables en las calurosas noches de verano, cuando los mosquitos son más propensos a picar.

Los agricultores y trabajadores forestales trabajan al amanecer y al anochecer, justo cuando los mosquitos *Anopheles* pican con más frecuencia. En las zonas rurales, estos entornos laborales suelen tener una alta densidad de personal, lo que puede aumentar significativamente la tasa de transmisión de la enfermedad.

Además, Corea del Sur tiene una de las tasas más altas de pobreza en la tercera edad de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), y muchos residentes mayores viven en condados rurales de la Zona Desmilitarizada. Estos adultos mayores están muy expuestos y en situación de vulnerabilidad médica debido a la falta de apoyo y recursos disponibles en las zonas rurales.

La trampa de la malaria

La malaria en Corea del Sur no solo amenaza la salud, sino que también afecta directamente los medios de vida de las ciudades rurales a lo largo de la Zona Desmilitarizada. Un estudio reveló que las familias soportan la mayor parte de la carga económica de la malaria, representando un promedio de 71% de los costos totales, incluyendo la pérdida de salarios y los gastos de atención médica. Cada infección obliga a los trabajadores a perder días de trabajo en el campo, reduce los salarios y agota los recursos familiares, ya de por sí limitados.

Incluso con un sistema de salud universal, los costos de medicamentos, visitas al hospital y transporte pesan considerablemente sobre las personas infectadas con malaria, ya que muchas ciudades rurales carecen de centros de salud. Si bien el sistema de transporte público en Corea del Sur está bien desarrollado, las poblaciones vulnerables se ven desproporcionadamente afectadas por los costos de transporte a los centros de salud.

A nivel mundial, la malaria atrapa a las familias de bajos ingresos en un círculo vicioso: la enfermedad reduce los ingresos, limita el acceso al transporte, la atención médica y los medicamentos, lo que a su vez dificulta la prevención de futuras infecciones. Los expertos la llaman la “trampa de la malaria” porque mantiene a las personas en un círculo vicioso.

Grupos que luchan contra la malaria en Corea del Sur

Combatir la malaria en Corea del Sur requiere más que el control de mosquitos y pesticidas. La lucha exige esfuerzos coordinados entre agencias gubernamentales, organizaciones internacionales y grupos comunitarios. Varias agencias y organizaciones trabajan para contener la

malaria cerca de la Zona Desmilitarizada, una situación que está resultando difícil de controlar de la noche a la mañana.

La [Cruz Roja Coreana](#) opera clínicas móviles, programas de salud y servicios de socorro en casos de desastre en toda Corea del Sur. A menudo cubre las necesidades donde el acceso es limitado. Si bien no se centra específicamente en la malaria, sus servicios de extensión comunitaria y de emergencia apoyan a comunidades rurales y fronterizas que, de otro modo, quedarían sin atención médica.

Por su parte, la [Fundación Contra la Malaria de Corea \(AMF Corea\)](#), fundada en agosto de 2023 en Seoul, es la rama local de la mundialmente reconocida Fundación Contra la Malaria. Distribuye mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración a comunidades de alto riesgo. Su modelo rentable y basado en datos, así como su presencia comunitaria en Corea, resaltan el potencial de las iniciativas locales de prevención de la malaria.

Además, el gobierno surcoreano implementó un plan quinquenal para erradicar la enfermedad. La estrategia se centra en garantizar que todos tengan acceso a las pruebas y el tratamiento de la malaria. También hace hincapié en el monitoreo y la evaluación de la propagación de la enfermedad. El plan también busca construir una red que conecte a agencias públicas, organizaciones privadas y el ejército para coordinar esfuerzos y contener la transmisión de la malaria en Corea del Sur.

Conclusión

El resurgimiento de la malaria en Corea del Sur demuestra que ni la clasificación del producto interno bruto ni las fronteras internacionales pueden disuadir a las enfermedades infecciosas. El parásito prolifera allí donde la pobreza deja a la gente vulnerable, especialmente cerca de los arrozales coreanos, a la sombra de la Zona Desmilitarizada.

Las organizaciones locales e internacionales han impulsado avances significativos, pero ampliar el acceso a la atención médica y los medicamentos en las comunidades rurales de Corea del Sur tendrá el impacto más profundo. Para eliminar la malaria definitivamente, Corea del Sur y sus socios deben seguir combatiendo los mosquitos y la desigualdad que permite la persistencia de la enfermedad.

El Servicio Extremeño de Salud (SES) confirmó dos nuevos casos de fiebre del Nilo Occidental en Extremadura. Se trata de dos varones, de 44 y 77 años, del Área de Salud de Don Benito.

En total, se han registrado 15 casos de fiebre del Nilo Occidental en Extremadura en el año 2025, tres de ellos asintomáticos, y dos fallecidos. En este momento, cinco pacientes continúan ingresados en el Hospital Don Benito-Villanueva.

El SES informó a las gerencias de las ocho áreas de salud de Extremadura para que se mantengan en situación de vigilancia ante cualquier sospecha de casos con clínica compatible, manteniendo así una actitud de alerta frente a posibles casos, lo que permitirá aumentar la capacidad diagnóstica, aunque 80% de las infecciones en humanos son asintomáticas.



Recomendaciones

El SES aconsejó mantener en buenas condiciones las piscinas, estanques o balsas, y procurar vaciar y evitar que contengan agua objetos como platos de macetas, jarras, cubos, juguetes, platos de animales domésticos y neumáticos, entre otros.

También recomendó tapar recipientes o contenedores con agua en el exterior, así como mantener limpios los canalones de recolección de aguas en los tejados y los desagües de los patios, además de vestir ropa de colores claros y, si es posible, cubrir la mayor zona del cuerpo con manga larga, pantalones largos, calzado cerrado, etcétera.

Asimismo, evitar el uso de jabones aromatizados, perfumes y aerosoles para el pelo, ya que pueden atraer insectos, y utilizar repelentes e insecticidas de uso por el público en general, siempre que estén autorizados como loción, spray o pulseras. El SES recomendó la instalación de mosquiteros en puertas y ventanas para evitar así el ingreso de mosquitos.

La melioidosis se está propagando rápidamente por Madhya Pradesh, lo que genera graves problemas de salud pública. Esta enfermedad bacteriana solía limitarse a estados costeros como Karnataka, Tamil Nadu y Odisha. Sin embargo, los médicos del Instituto Panindio de Ciencias Médicas (AIIMS) de Bhopal advierten ahora que se ha vuelto endémica en Madhya Pradesh, con un aumento drástico de casos en los últimos años.

Según el Departamento de Microbiología del AIIMS Bhopal, la enfermedad es causada por la bacteria *Burkholderia pseudomallei*, común en el suelo y el agua contaminada, especialmente en los arrozales. Los expertos afirman que el creciente cultivo de arroz en el estado y la abundancia de fuentes de agua han propiciado su propagación.

Un informe del AIIMS Bhopal suscitó serias preocupaciones, señalando que esta enfermedad bacteriana es extremadamente mortal. “Si no se trata a tiempo, cuatro de cada diez pacientes pierden la vida”, destaca el informe.

Lo que hace que la melioidosis sea particularmente peligrosa es su similitud con la tuberculosis. Los pacientes suelen presentar fiebre persistente, tos, dolor torácico o abscesos, lo que lleva a un diagnóstico erróneo y a meses de tratamiento incorrecto. Para cuando se identifica correctamente, la infección suele haberse propagado a múltiples órganos.

Los datos del AIIMS Bhopal muestran que 40% de los pacientes no tratados mueren debido a una detección tardía y a la falta de un tratamiento oportuno.

En los últimos seis años, más de 130 pacientes de casi 20 distritos de Madhya Pradesh han sido diagnosticados solo en el AIIMS Bhopal. “Esta tendencia demuestra claramente que la melioidosis ya no es una enfermedad importada, sino una amenaza para la salud pública local”, afirmaron los microbiólogos superiores del instituto.

Uno de esos casos fue el de un agricultor de 45 años que vivía cerca de Bhopal y que durante meses sufrió fiebre recurrente, tos y dolor en el pecho.

Inicialmente tratado por tuberculosis, no experimentó mejoría a pesar de la medicación prolongada. Solo tras ser derivado al AIIMS Bhopal se le realizó el diagnóstico correcto. Con los antibióticos adecuados, su condición mejoró drásticamente y se recuperó en cuestión de semanas.

El Prof. (Dr.) Madhabananda Kar, Director Ejecutivo del AIIMS Bhopal, destacó que la concientización y el diagnóstico temprano son claves para salvar vidas.

“La melioidosis es una enfermedad grave, pero a menudo pasada por alto. Reforzar la detección en laboratorio y dotar al personal sanitario de los conocimientos adecuados es esencial para proteger a las comunidades vulnerables”, afirmó.

El ministro principal de Madhya Pradesh, Mohan Yadav, tomó nota del problema y solicitó a los departamentos de Salud y Agricultura que colaboren para garantizar las medidas adecuadas para el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de la enfermedad. Solicitó a los secretarios principales de ambos departamentos que realicen investigaciones en las zonas afectadas y de alto riesgo y tomen medidas para contener la propagación de la enfermedad.

El brote de mpox en Kenia se declaró oficialmente el 31 de julio de 2024, tras la detección del caso índice el 22 de julio, en un camionero de 42 años, en el puesto fronterizo único de Taveta, ubicado en la frontera entre Kenia y Tanzania. El caso índice tenía antecedentes de viajes recientes y llegó a Kenia desde Uganda el 12 de julio. Desde entonces, el brote se ha propagado en Kenia, afectando hasta la semana epidemiológica (SE) 35 de 2025 a 27 de los 47 condados (57,4%) del país.

A pesar de las medidas de control implementadas hasta la fecha, se siguen reportando nuevos casos, lo que requiere una evaluación exhaustiva de las estrategias de respuesta en curso. En las últimas seis SE, se han reportado 175 casos confirmados, con un promedio de 29 nuevos casos confirmados por SE, lo que muestra una transmisión comunitaria sostenida de la enfermedad.

Durante la SE 35, se reportaron 30 nuevos casos confirmados en nueve condados: Mombasa (8 casos), Makueni (6 casos), Nairobi (6 casos, un fallecimiento), Kiambu (3 casos), Kwale (2 casos), Nyamira (1 caso), Kakamega (1 caso), Busia (1 caso) y Uasin Gishu (1 caso).

Desde el 31 de julio de 2024 (SE 31) hasta el 31 de agosto de 2025 (SE 35), Kenia reportó 431 casos confirmados de mpox con siete muertes (tasa de letalidad de 1,6%). El condado de Mombasa reporta el mayor número de casos (181 casos), seguido por el de Busia (65 casos) y el de Nairobi (48 casos). Hasta la fecha, 225 pacientes se han recuperado, 103 permanecen ingresados en centros de salud y 97 reciben atención domiciliaria.

De las 1.285 muestras analizadas, 431 resultaron positivas, 827 negativas y ninguna muestra estaba pendiente de resultados en la SE 35. Hasta la fecha, solo se ha detectado el clado Ib en el país. La mayoría de los casos confirmados se han notificado en adultos jóvenes, siendo las personas de 30 a 40 años las más afectadas (28,7%), seguidas de las de 20 a 30 años (26,8%). La transmisión por contacto sexual sigue siendo un factor importante en la propagación de la enfermedad, especialmente en la intersección de conductores de camiones, trabajadoras sexuales y comerciantes a lo largo de la principal carretera transnacional de África oriental.

De todos los casos confirmados de mpox, 24 casos (6,0%) son contactos de los casos confirmados, 26 casos (6,0%) tenían antecedentes de viajes a países con brotes de mpox en curso, 277 casos (64%) no tenían exposición conocida y 76 casos (18%) no tenían exposición documentada ni vínculos epidemiológicos. La creciente proporción de casos sin exposición conocida podría indicar transmisión comunitaria o un problema de calidad de los datos.

Este año, el brote muestra una tendencia ascendente gradual en los casos confirmados notificados a lo largo de 2025, con 400 casos y seis fallecimientos, en comparación con el año pasado, cuando solo se notificaron 31 casos confirmados y un fallecimiento. El mayor número semanal de casos confirmados se registró en la SE 32, con 36 casos.

Acciones de salud pública

- Tras la confirmación del caso índice el 22 de julio de 2024, las autoridades sanitarias declararon oficialmente el brote de mpox el 31 de julio de 2025 y se activaron los Centros de

Operaciones de Emergencia de salud pública a nivel nacional y de condado. Se desarrolló un plan de respuesta a la mpox y se establecieron Sistemas de Gestión de Incidentes para la respuesta al brote.

- La Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus asociados continúan apoyando a las autoridades sanitarias en la implementación de las actividades de respuesta, y se siguen organizando reuniones de coordinación con las partes interesadas para evaluar y ajustar las estrategias de respuesta.
- Con el apoyo de la OMS y sus asociados, las autoridades sanitarias desarrollaron directrices para la gestión de casos, cuya implementación continúa siendo monitoreada. Se desarrollaron y distribuyeron un plan de comunicación de riesgos y mensajes de comunicación de riesgos al público y a los puntos de ingreso.
- Se ha mejorado la vigilancia de enfermedades en todos los condados, y todos los puntos de ingreso y equipos de respuesta rápida establecidos a nivel nacional y de condado continúan realizando la investigación de casos, la evaluación rápida de riesgos y el rastreo de contactos.

Interpretación de la situación

El brote actual de mpox en Kenia presenta una situación preocupante, con un número creciente de casos notificados semanalmente, lo que indica una transmisión comunitaria persistente. Esto pone de relieve la necesidad de una revisión urgente de las estrategias de respuesta actuales para adaptarlas y revertir la tendencia epidémica. La transmisión comunitaria en curso podría sugerir una percepción de bajo riesgo de la enfermedad entre la población. Es cada vez más esencial mejorar las estrategias de comunicación de riesgos y participación comunitaria para que sean más específicas y respondan a las nuevas realidades. Por último, dado que el brote de mpox afecta a varios países, fortalecer la colaboración con los países vecinos para una respuesta coordinada también es vital para prevenir la transmisión transfronteriza de la enfermedad.

El cólera se propagó por todo Sudán, matando a miles e infectando a más de 100.000 personas.

La epidemia se desató en julio pasado y “alcanzó su punto máximo”, según Shebli Sahbani, representante de la Organización Mundial de la Salud en el país, cuyo sistema sanitario está colapsado debido a la guerra que dura ya más de dos años.

“Se ha extendido a 133 regiones en los 18 estados de Sudán, registrando más de 105.000 casos y más de 2.600 muertes, con una tasa de letalidad de 2,5%”, dijo Sahbani.

La infección por *Vibrio cholerae* –una enfermedad bacteriana contagiosa, generalmente transmitida por alimentos o agua contaminados, que causa diarrea grave y deshidratación y puede matar en cuestión de horas si no se trata– estalló en Sudán en julio de 2024.

La enfermedad continuó propagándose hasta junio pasado, cobrándose vidas en 92 distritos de 13 estados. Sin embargo, la situación se ha deteriorado significativamente en los últimos tres meses, y el brote ya se ha extendido a todos los estados.

A pesar de los esfuerzos de vacunación y prevención, las fuertes lluvias dañaron los ya deficientes sistemas de alcantarillado y arrastraron residuos a las calles y zonas residenciales, contaminando aún más el agua y los alimentos. Los charcos de agua estancada también crearon un caldo de cultivo ideal para las moscas transmisoras de la enfermedad.

La guerra también ha obligado a miles de familias a huir y apiñarse en refugios superpoblados que carecen de agua potable y saneamiento, lo que los convierte en focos de rápida propagación de la epidemia.

Además, la infraestructura vital que proporciona agua y electricidad se ha visto afectada por más de dos años de conflicto armado, mientras que aproximadamente 80% de los centros de salud están fuera de servicio, lo que facilita la propagación de infecciones, dadas las importantes dificultades que enfrentan los ciudadanos para obtener agua potable y alimentos adecuados.

Sahbani añadió: “Es cierto que los casos en algunas zonas han comenzado a disminuir, pero todavía hay nuevas infecciones en zonas de desplazamiento, y debido a la temporada de lluvias, que causan inundaciones, esperamos que los casos aumenten”.

En Shamal Darfur, la zona de Tawilah es un ejemplo revelador de la magnitud del desastre. “Las familias en los campamentos a menudo no tienen más remedio que beber agua sucia, lo cual es la principal causa de la propagación del cólera”, afirmó Sylvain Pénicaud, coordinador del proyecto de Médicos Sin Fronteras (MSF) en el área.



Un trabajador sanitario atiende a un niño enfermo en un centro de tratamiento del cólera en el estado de Al-Qadaf, Sudán.

“Uno de los lamentables incidentes que revelan la magnitud de la tragedia es el hallazgo de un cadáver en un pozo de uno de los campamentos. Lo recuperaron en dos días, pero obligaron a la gente a beber de nuevo la misma agua”, agregó.

Solo en agosto, los equipos de MSF en Tawilah, en colaboración con el Ministerio de Salud, recibieron a más de 2.300 pacientes de cólera. El centro de tratamiento del hospital, con 130 camas, acogió a 400 pacientes durante la primera semana, pero el aumento constante de casos requiere mayor apoyo.

Los registros de la Organización de Naciones Unidas (ONU) indican que aproximadamente 380.000 personas han llegado a la pequeña ciudad desde abril pasado, huyendo de los combates en torno a Al-Fashir y el campamento de Zamzam, que ejercen presión sobre los recursos hídricos de la zona.

El espectro del cólera también se cierne sobre los países fronterizos con Sudán, como Chad y Sudán del Sur.

En Chad, François Bathalingaya, Coordinador Residente y Humanitario de la ONU allí, dice: “Dadas las condiciones de hacinamiento e insalubridad en los campos de refugiados, donde están varadas unas 300.000 personas, un brote podría ser mortal, especialmente con pocos servicios de socorro debido a la falta de financiación”.

A las pocas semanas de detectarse casos sospechosos cerca de la frontera, se registró un brote en el campo de refugiados de Dougi, seguido de una propagación a otras zonas del este de Chad, donde el Ministerio de Salud anunció 68 muertes por la enfermedad a fines de agosto.

La situación no es mejor en Sudán del Sur, donde se registra un brote de cólera que comenzó en octubre de 2024 y que ha causado decenas de miles de contagios y muertes. La ONU documentó más de 80.000 casos y 1.400 muertes hasta julio del año pasado.

Mientras las agencias de la ONU piden más fondos para abordar la crisis, los activistas sanitarios sudaneses creen que cualquier apoyo seguirá siendo un mero “analgésico” a menos que la guerra cese.

La Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios estima que se necesitan aproximadamente 50 millones de dólares en fondos urgentes para apoyar la respuesta al cólera, pero sólo se ha recibido el 16%.

“Participamos en campañas de respuesta que trataron con éxito a muchas de las personas afectadas, pero la situación sigue siendo urgente ya que continúa la temporada de lluvias”, dijo Salah Al-Jilani, director del departamento de medios de comunicación y cambio de comportamiento de la Asociación Sudanesa de Planificación Familiar.

Es absolutamente necesario actuar con rapidez, pero cualquier esfuerzo será un simple paliativo hasta que termine la guerra. Quienes sobrevivan a los combates podrían morir a causa de las enfermedades.

El 3 de septiembre de 2025, Florida anunció sus planes de ser el primer estado en eliminar los mandatos de vacunación para sus ciudadanos, incluidos los que se exigen a los niños que asisten a escuelas.

La ley vigente en Florida y el Departamento de Salud estatal exigen que los niños que asisten a guarderías o escuelas públicas sean vacunados contra la poliomielitis, la difteria, la rubéola, la tos convulsa y otras enfermedades transmisibles. El Dr. Joseph Abiodun Ladapo, director general de servicios de salud de Florida y profesor de medicina en la Universidad de Florida, declaró que “cada uno de estos requisitos de vacunación, vigentes desde hace décadas, es erróneo y rezuma desprecio y esclavitud”.



Lo que más llamó la atención es el uso que hizo Ladapo de la palabra “esclavitud”.

Sin duda, existe una historia compleja sobre raza y vacunas en Estados Unidos. Pero invocar la esclavitud para justificar la eliminación de las vacunas y los mandatos de vacunación aumenta la desconfianza y representa una grave amenaza para la salud pública, especialmente dadas las disparidades raciales existentes en materia de salud. Además, anula la labor clave de los afro-americanos en siglos de iniciativas de salud pública estadounidenses, incluidas las campañas de vacunación.

Lo que está claro: las vacunas y los mandatos salvan vidas humanas

La evidencia y los datos demuestran que las vacunas, al igual que los mandatos, son eficaces para mantener la salud de los estadounidenses. La Organización Mundial de la Salud informó en un estudio histórico de 2024 que las vacunas han salvado más de 154 millones de vidas en todo el mundo tan solo en los últimos 50 años.

En Estados Unidos, las vacunas infantiles constituyen uno de los mayores logros de salud pública del siglo XX. Las tasas de ocho de las enfermedades prevenibles mediante vacunación más comunes en niños en edad escolar se redujeron en 97% o más con respecto a los niveles previos

¹ Lauren MacIvor Thompson es profesora adjunta de Historia y Estudios Interdisciplinarios, en la Universidad Estatal de Kenne-saw. Stacie Kershner es subdirectora del Centro de Derecho, Salud y Sociedad, en la Universidad Estatal de Georgia.

a la vacunación, lo que evitó aproximadamente 1.129.000 muertes y generó un ahorro directo de 540.000 millones de dólares y un ahorro social de 2,7 billones de dólares.

Historia de los mandatos de vacunación en Estados Unidos

Los mandatos de vacunación en Estados Unidos se remontan al período colonial y tienen una historia compleja. George Washington exigió que sus tropas se vacunaran contra la viruela durante la Guerra de Independencia de Estados Unidos.

Para prevenir brotes de esta enfermedad debilitante, desfigurante y mortal, los gobiernos estatales y locales implementaron campañas de inoculación y vacunación contra la viruela hasta principios del siglo XX. Se dirigieron a varios grupos, entre ellos personas esclavizadas, inmigrantes, personas que vivían en viviendas de vecindad y otras condiciones de hacinamiento, trabajadores manuales y otros, vacunando por la fuerza a quienes no podían proporcionar prueba de vacunación previa.

Aunque las exenciones religiosas no fueron reconocidas por ley hasta la década de 1960, algunos se resistieron a estas campañas de vacunación desde el principio, y las sociedades antivacunas del siglo XIX instaron a la derogación de las leyes estatales que exigían la vacunación.

Sin embargo, a principios del siglo XX, la Corte Suprema de Estados Unidos también comenzó a intervenir en asuntos de salud pública y vacunación. Finalmente, en el caso Jacobson contra Massachusetts en 1905, el tribunal ratificó los mandatos de vacunación, buscando un equilibrio entre los derechos individuales y la necesidad de proteger la salud pública. En el caso Zucht contra King en 1922, el tribunal también falló a favor de los mandatos de vacunación, esta vez para la asistencia escolar.

A mediados del siglo XX, los mandatos de vacunación se ampliaron para incluir vacunas contra muchas enfermedades infantiles peligrosas, como la poliomielitis, el sarampión, la rubéola y la tos convulsa. Cuando la vacuna contra la poliomielitis de Jonas Salk estuvo disponible, las familias hicieron largas filas durante horas para recibirla, con la esperanza de evitar que sus hijos tuvieran que sufrir parálisis o vivir en un pulmón artificial.

Estudios científicos realizados en la década de 1970 demostraron que la disminución de casos de sarampión en los estados se correlacionaba con el cumplimiento de las leyes de vacunación escolar. La Iniciativa Federal de Inmunización Infantil, lanzada a fines de la década de 1970, ayudó a educar al público sobre la importancia de las vacunas y fomentó su cumplimiento. Para 1980, todos los estados tenían requisitos de vacunación obligatorios para el ingreso a las escuelas públicas, y los datos de las últimas décadas siguen demostrando la importancia de estas leyes para la salud pública.

La mayoría de los padres también siguen apoyando las leyes que exigen la vacunación en las escuelas. Una encuesta realizada en julio y agosto de 2025 por The Washington Post y la Kaiser Family Foundation reveló que 81% de los padres apoya las leyes que exigen la vacunación en las escuelas.

La larga lucha de los afroamericanos por la equidad en la salud pública

A pesar del éxito comprobado de las vacunas y la importancia de los mandatos para mantener altas tasas de vacunación, existe una minoría antivacunas vocal en Estados Unidos que ha ganado fuerza desde la pandemia de covid.

La desinformación prolifera tanto en línea como fuera de ella. Una parte se origina en las realidades históricas de las vacunas y las políticas sociales en Estados Unidos.

Cuando Ladapo, el director general de servicios de salud de Florida, invocó el término “esclavitud” para referirse a los mandatos de vacunación, es posible que se estuviera refiriendo a la historia del racismo en el campo médico, como el [Estudio de Sífilis no Tratada del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos en Tuskegee](#). El estudio, que comenzó en 1932 y duró cuatro décadas, involucró a cientos de hombres negros que fueron reclutados sin su conocimiento o consentimiento para que los investigadores pudieran estudiar los efectos de la sífilis no tratada. Los investigadores engañaron a los participantes sobre la naturaleza del estudio y retuvieron activamente el tratamiento –incluida la [penicilina, que se convirtió en la terapia estándar a fines de la década de 1940](#)– para estudiar los efectos de la sífilis no tratada en el cuerpo de los hombres.



El estudio de sífilis no tratada que duró 40 años en Tuskegee finalizó en 1972.

Hoy en día, el estudio se recuerda como uno de los [ejemplos más atroces](#) de racismo y experimentación poco ética en la medicina estadounidense. Sus participantes se habían inscrito en el estudio porque se anunciaba como una oportunidad para recibir atención médica experta, pero, en cambio, fueron sometidos a mentiras y dolorosos “tratamientos”.

A pesar de estas experiencias en el sistema médico, [los estadounidenses negros han abogado durante mucho tiempo](#) por una mejor atención médica, vinculándola con la lucha más amplia por la igualdad racial.

La vacunación no es una excepción. A pesar de que a menudo eran [objeto de inoculación forzada](#), las personas esclavizadas contribuyeron a liderar las primeras iniciativas de salud pública estadounidenses contra las epidemias. Las investigaciones históricas sobre la viruela y la esclavitud, por ejemplo, revelaron que [la inoculación era ampliamente aceptada y practicada por los africanos occidentales](#) a principios del siglo XVIII, y que las personas esclavizadas llevaron la práctica a las colonias.

Aunque su papel suele ser minimizado, un hombre africano conocido como Onesimus [introdujo a su esclavizador Cotton Mather a la inoculación](#).

A lo largo del siglo siguiente, las personas esclavizadas continuaron vacunándose unas a otras para prevenir brotes de viruela, y las personas de ascendencia africana, tanto esclavizadas como libres, [desempeñaron un papel crucial](#) para mantener sus comunidades [lo más saludables posible](#) frente a la violencia, el racismo y la brutalidad. El moderno Movimiento por los Derechos Civiles se inspiró explícitamente en esta historia y [centró la equidad en salud](#) para los afroamericanos como uno de sus principios clave, incluyendo esfuerzos para [brindar acceso](#) a vacunas contra enfermedades prevenibles.

La referencia de Ladapo a las vacunas como “esclavitud” ignora esta historia importante y matizada, especialmente el papel de los estadounidenses negros en la historia de la prevención de las enfermedades inmunoprevenibles.

Lecciones que aprender de Tuskegee

La elección de palabras de Ladapo también corre el riesgo de [perpetuar la legítima desconfianza](#) que aún existe en las comunidades de color sobre las vacunas y el sistema de salud estadounidense en general. Los estudios demuestran que los [efectos persistentes de Tuskegee](#) y

otros casos de racismo médico han tenido consecuencias reales para la salud y las tasas de vacunación de los estadounidenses negros.

Un gran cuerpo de evidencia muestra la existencia de disparidades persistentes en la salud de las personas negras en Estados Unidos en comparación con sus contrapartes blancas, lo que conduce a una esperanza de vida más corta, tasas más altas de mortalidad materna e infantil y tasas más altas de enfermedades transmisibles y crónicas, con peores resultados.

La eliminación de los mandatos de vacunación en Florida y la ampliación de las exenciones en otros estados seguirán ampliando estas disparidades ya existentes que se derivan de pasados errores de salud pública.

Sin embargo, existe una oportunidad para que los funcionarios de salud, no sólo de Florida sino de todo el país, trabajen juntos para aprender del pasado y hacer que la salud pública estadounidense sea mejor para todos.

En lugar de debilitar los mandatos de vacunación, las directrices de salud pública nacionales, estatales y locales pueden centrarse en ampliar el acceso y comunicar información fiable sobre las vacunas para todos los estadounidenses. Los responsables políticos pueden reconocer la compleja historia de las vacunas, la salud pública y la raza, y reconocer también cómo los avances científicos y médicos han brindado la oportunidad de erradicar muchas de estas enfermedades en el Estados Unidos de hoy.

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.
--	--	---