

## ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica del araneísmo por *Loxosceles*
- Buenos Aires: Aumento estacional de casos de fiebre hemorrágica argentina

## AMÉRICA

- Canadá: Los casos de sarampión superan los 4.500, la cifra más alta en las Américas
- Estados Unidos: Advierten sobre el aumento de infecciones por *Vibrio vulnificus* en aguas costeras

- Estados Unidos: Caso humano de peste en California
- Haití: El combate al cólera en los campamentos de desplazados
- México: Alertaron sobre un aumento en los casos de picadura de alacrán en Durango
- Panamá: Al menos 14 personas han muerto por dengue en lo que va de 2025

## EL MUNDO

- Europa: Récord de brotes de enfermedades transmitidas por mosquitos

- Israel: Presencia del poliovirus circulante tipo 1 derivado de la vacuna
- Mauritania: Una respuesta rápida detuvo un brote de difteria en un campamento de refugiados
- Palestina: Se confirmó hambruna por primera vez en Gaza
- República del Congo: La respuesta al cólera en la isla de Mbamou
- Uganda: Caso mortal de fiebre del Valle del Rift en el distrito de Mbale

### Comité Editorial

**Editor Honorario** ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021)

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

### Editor en Jefe

ÍLIDE SELENE DE LISA

### Editores adjuntos

RUTH BRITO  
ENRIQUE FARÍAS

### Editores Asociados

ISSN 2796-7050

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

### 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 histórica 2019/2024

Durante el período 2019/2024 se notificaron 1.516 casos de araneísmo atribuidos a *Loxosceles*, lo que representa 34% del total de eventos registrados en ese período. La distribución semanal de casos evidencia un patrón estacional, con un aumento de notificaciones en los meses cálidos.

A su vez, se observan picos anuales consistentes durante el verano, siendo el año 2023 el que presenta mayor cantidad de casos (377). Los años 2020 y 2021 presentan un descenso en la cantidad de casos notificados, posiblemente asociado a las restricciones por la pandemia de covid, que pueden haber influido tanto en la accesibilidad al sistema de salud como en los procesos de notificación. Este descenso ha sido más llamativo para *Loxosceles*, respecto de los otros géneros de arañas de importancia médica, en tanto se trata de un género que suele habitar los hogares.

En los últimos años se puede visualizar una tendencia general al alza en la notificación de casos. Estos datos destacan la importancia de reforzar las acciones preventivas y de vigilancia durante los períodos de mayor incidencia.



Casos de araneísmo por *Loxosceles* según semana epidemiológica y media móvil de 8 semanas. Argentina. Años 2019/2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N=1.516).

## Análisis espacial

Entre 2019 y 2024, todas las regiones del país registraron casos de araneísmo por *Loxosceles*. Santiago del Estero es la provincia con mayor tasa acumulada a nivel nacional, siendo esta de 3,81 casos cada 100.00 habitantes. En tercer lugar, se encuentra la provincia de Catamarca con 2,29 casos cada 100.000 habitantes. Estas dos provincias registraron las tasas más altas de la Región Noroeste Argentino (NOA), seguidas por La Rioja (0,93 casos cada 100.000 habitantes). Mendoza es la cuarta provincia con mayor tasa de incidencia acumulada cada 100.000 habitantes (2,15) a nivel nacional. A su vez, concentra la tasa más alta de la Región Cuyo, seguida por San Juan (1,55 casos cada 100.000 habitantes).

Río Negro registró 2,38 casos cada 100.00 habitantes, siendo la segunda provincia con la mayor tasa acumulada del país. Además, se trata de la tasa más alta de la región Sur, seguida por las provincias de La Pampa (0,67 casos cada 100.00 habitantes) y Neuquén (0,64 casos cada 100.00 habitantes).

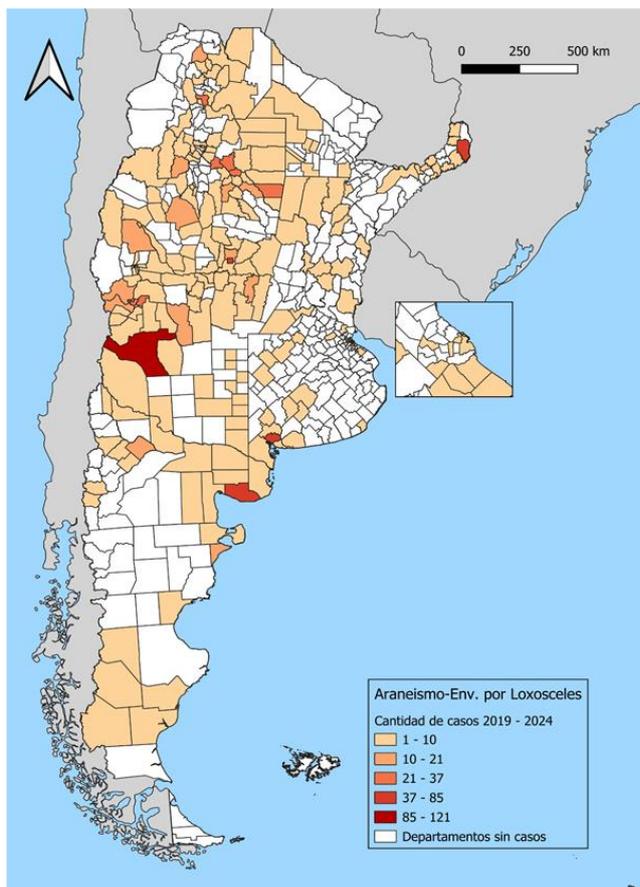
Finalmente, las provincias de las regiones Noreste Argentino (NEA) y Centro, registraron tasas inferiores a 0,80 casos cada 100.000 habitantes.

Provincia/Región	Casos							Tasa acumulada
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total	
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1	1	—	—	3	2	7	0,03
Buenos Aires	16	19	10	22	32	29	128	0,10
Córdoba	55	21	13	8	9	14	120	0,45
Entre Ríos	—	—	—	1	4	1	6	0,06
Santa Fe	2	—	1	3	4	1	11	0,04
<b>Centro</b>	<b>74</b>	<b>41</b>	<b>24</b>	<b>34</b>	<b>52</b>	<b>47</b>	<b>272</b>	<b>0,13</b>
Mendoza	66	30	22	55	88	46	307	2,15
San Juan	18	9	7	17	24	14	89	1,55
San Luis	2	2	—	5	15	5	29	0,76
<b>Cuyo</b>	<b>86</b>	<b>41</b>	<b>29</b>	<b>77</b>	<b>127</b>	<b>65</b>	<b>425</b>	<b>1,78</b>
Chaco	—	2	1	3	10	4	20	0,25
Corrientes	—	1	—	2	2	—	5	0,06
Formosa	—	—	1	—	—	—	1	0,02
Misiones	15	5	13	9	12	16	70	0,78
<b>Noreste Argentino</b>	<b>15</b>	<b>8</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>24</b>	<b>20</b>	<b>96</b>	<b>0,32</b>
Catamarca	8	13	6	13	17	12	69	2,29
Jujuy	4	1	4	2	8	1	20	0,35
La Rioja	—	—	3	3	9	10	25	0,93
Salta	4	3	6	13	18	14	58	0,58
Santiago del Estero	53	24	33	37	52	84	283	3,81
Tucumán	21	12	8	6	5	11	63	0,52
<b>Noroeste Argentino</b>	<b>90</b>	<b>53</b>	<b>60</b>	<b>74</b>	<b>109</b>	<b>132</b>	<b>518</b>	<b>1,26</b>
Chubut	3	—	2	6	9	6	26	0,63
La Pampa	3	2	1	2	7	2	17	0,67
Neuquén	1	—	3	7	9	12	32	0,64
Río Negro	9	10	10	20	37	39	125	2,38
Santa Cruz	—	—	—	—	3	2	5	0,21
Tierra del Fuego	—	—	—	—	—	—	—	—
Sur	16	12	16	35	65	61	205	1,00
<b>Total Argentina</b>	<b>281</b>	<b>155</b>	<b>144</b>	<b>234</b>	<b>377</b>	<b>325</b>	<b>1.516</b>	<b>0,47</b>

Casos de arañeísmo por *Loxosceles* y tasas cada 100.000 habitantes, según jurisdicción y año de ocurrencia. Argentina. Años 2019/2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N=1.516).

Los casos de arañeísmo por *Loxosceles* por departamentos muestran una clara concentración en las regiones Cuyo y NOA, pero con notificaciones en todas las regiones. La mayor cantidad de notificaciones se localiza en departamentos de Mendoza, Río Negro y Buenos Aires, donde se alcanzaron notificaciones superiores a 85 casos en el período analizado.

Considerando que la distribución espacial del género no se limita a una región en particular, sino que se encuentra en todo el territorio, se resalta la importancia de registrar este evento en todas las regiones. En este sentido, se destaca que, según el análisis realizado, todas las regiones han logrado implementar con el correr de los años y con mayor o menor exhaustividad, estrategias de vigilancia activa y notificación de casos. Sin embargo, hay provincias que no registran notificaciones para este evento en el período analizado.



Distribución de los casos de arañeísmo por *Loxosceles*, según departamento. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2019 a 28 de 2025. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N=1.713).

## Análisis según sexo y grupo etario

Respecto de la distribución según sexo, del total de los casos de arañeísmo por *Loxosceles*, 760 corresponden a mujeres (50,1%) y 756 a varones (49,9%). Esta distribución evidencia una leve predominancia del sexo femenino en algunos grupos etarios, con proporciones que varían a lo largo del tiempo.

Se puede ver que la distribución de los casos y las tasas entre ambos sexos es particular, si se compara con lo que muestran los eventos de envenenamiento por *Latrodectus* y *Phoneutria*. En este caso, las mujeres tienen tasas cercanas o incluso superiores a las de los varones en algunos grupos etarios.

El análisis de las tasas acumuladas cada 100.000 habitantes por grupos etarios indica que dos grupos etarios fueron los más afectados durante el período analizado: las personas de 25 a 34 años y de 0 a 4 años, ambas con 0,7 casos cada 100.000 habitantes. En ambos grupos, el sexo femenino fue el más afectado.

En segundo lugar, con una tasa de 0,6 casos cada 100.000 habitantes, se encuentran los grupos de 35 a 44 años (0,7 en mujeres y 0,6 en varones) y de 15 a 24 años (0,6 para ambos sexos).

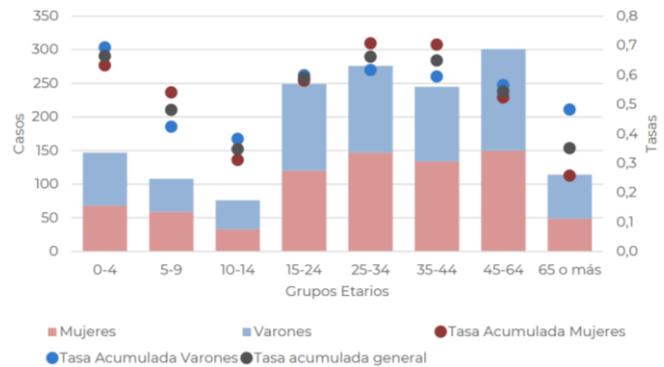
Las personas de 45 a 64 años y de 5 a 9 años comparten una tasa de 0,5 casos cada 100.000 habitantes. En ambos grupos etarios, el sexo masculino fue el más afectado. Finalmente, los menores de 10 a 14 años y los adultos de 65 años o más presentan la tasa acumulada general más baja.

Aunque en términos generales las tasas acumuladas fueron más altas en varones, el análisis por grupo etario muestra un patrón con ciertas particularidades respecto al resto de los géneros. En los accidentes producidos por *Loxosceles* se puede observar que en varios grupos las tasas en mujeres igualan o superan a las de los varones. Otro grupo particularmente afectado son los menores de 0 a 4; se puede pensar en las características de este género de araña y su presencia en los domicilios. El análisis por género y grupo etario sugiere diferencias en los contextos de exposición según el ciclo de vida y el sexo.

## Situación actual

En 2025, hasta la semana epidemiológica 28, se notificaron 161 casos de arañeísmo por *Loxosceles* en Argentina, 19% menos que la cantidad notificada hasta la misma semana de 2024 (199 casos).

La distribución de casos y tasas por región se encuentra en concordancia con la de años anteriores, siendo las regiones Cuyo y NOA quienes concentran la mayor cantidad de casos y las tasas cada 100.000 habitantes más altas (1,20 y 1,08 respectivamente).



Casos de arañeísmo por *Loxosceles* y tasas acumuladas cada 100.000 habitantes, según sexo y grupo etario. Argentina. Años 2019/2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N=1.516).

Provincia/Región	Casos	Tasa
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1	0,03
Buenos Aires	23	0,13
Córdoba	7	0,18
Entre Ríos	—	—
Santa Fe	—	—
<b>Centro</b>	<b>31</b>	<b>0,11</b>
Mendoza	27	1,32
San Juan	12	1,46
San Luis	2	0,37
<b>Cuyo</b>	<b>41</b>	<b>1,20</b>
Chaco	4	0,35
Corrientes	—	—
Formosa	—	—
Misiones	3	0,23
<b>Noreste Argentino</b>	<b>7</b>	<b>0,17</b>
Catamarca	3	0,70
Jujuy	1	0,12
La Rioja	3	0,78
Salta	4	0,28
Santiago del Estero	43	4,05
Tucumán	9	0,52
<b>Noroeste Argentino</b>	<b>63</b>	<b>1,08</b>
Chubut	1	0,17
La Pampa	3	0,83
Neuquén	3	0,42
Río Negro	12	1,60
Santa Cruz	—	—
Tierra del Fuego	—	—
<b>Sur</b>	<b>19</b>	<b>0,65</b>
<b>Total Argentina</b>	<b>161</b>	<b>0,35</b>

Casos de arañeísmo por *Loxosceles* y tasas cada 100.000 habitantes, según jurisdicción. Argentina. Año 2025, hasta semana epidemiológica 28. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N=161).

Del total de casos notificados de arañeísmo por *Loxosceles* en 2025, 83 casos corresponden a varones (52%) y 78 a mujeres (48%), manteniéndose el patrón histórico de predominio masculino en este evento.

El grupo etario masculino más afectado fue el de 15 a 24 años, con una tasa de 0,9 casos cada 100.000 habitantes. En el caso de las mujeres, sin embargo, la tasa más alta correspondió al grupo etario de 35 a 44 años con 0,7 casos cada 100.000 habitantes.

### Caracterización clínica de los casos

De los casos registrados desde 2019, el 59% (891 casos) consignó signos y síntomas. Se registraron en total 5.577 signos y síntomas asociados a las mordeduras de este género. El 72% de ellos (4.356) fueron locales, siendo mayoritarias las manifestaciones en la piel. El 20% de los signos y síntomas restantes fueron generalizados.

El 62% de los casos (1.042) registró tratamiento. Entre ellos figuran el antiveneno específico para género *Loxosceles*, analgésicos, antibióticos, corticoides y tratamientos locales y de sostén. No todos los envenenamientos por este género requieren de la inoculación del antiveneno.

Clasificación	Signos y síntomas	Registros	%
Generalizados	Náuseas	186	15,23
	Vómitos	157	12,86
	Cefaleas	114	9,34
	Mialgias	109	8,93
	Fiebre mayor o igual a 38°C	174	14,25
	Cianosis	97	7,94
	Otros	384	31,45
	<b>Subtotal</b>	<b>1.221</b>	<b>21,89</b>
Locales	Dolor urente o quemante	1.312	30,12
	Manifestaciones en la piel	2.544	58,40
	Prurito	350	8,03
	Sensación punzante	109	2,50
	Otros	41	0,94
	<b>Subtotal</b>	<b>4.356</b>	<b>78,11</b>
<b>Totales</b>		<b>5.577</b>	<b>100,00</b>

Signos y síntomas consignados en casos de arañeísmo por *Loxosceles*. Argentina. Años 2019/2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N=5.577).

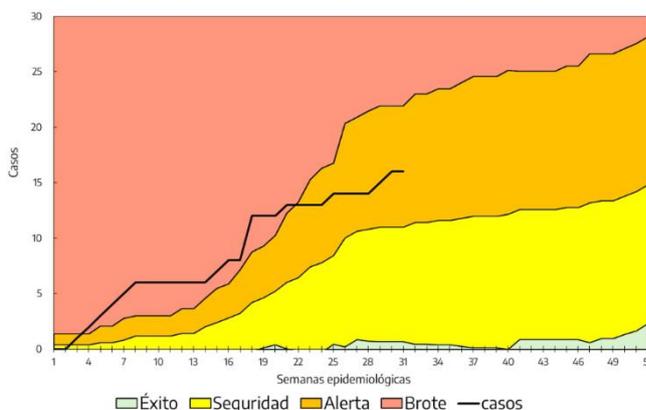
El 62% de los envenenamientos producidos por este género resultó en la internación del caso (687; N=1.677).

Se consignaron 15 muertes asociadas al género *Loxosceles* entre 2018 y 2025: seis en 2023, tres en 2022 y 2024 y una en 2018, 2021 y 2025.

## Situación actual

La fiebre hemorrágica argentina es una enfermedad inmunoprevenible que registra un aumento estacional de casos entre los meses de marzo a octubre en el área endémica.

La letalidad de la enfermedad sin tratamiento es de entre 15% y 30%, y se reduce a casi 1% cuando se aplica el tratamiento específico (plasma inmune en dosis estandarizadas de anticuerpos neutralizantes) dentro de los primeros 8 días desde el inicio de los síntomas.



Corredor endémico acumulado de casos de fiebre hemorrágica argentina. Provincia de Buenos Aires. Año 2025, en base a datos de los años 2020/2024. Fuente: Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires..

En lo que va del año 2025 se notificaron en la provincia de Buenos Aires 132 casos sospechosos de fiebre hemorrágica argentina hasta la semana epidemiológica (SE) 32, de los cuales 16 fueron confirmados por laboratorio, ocho fueron descartados y 108 fueron clasificados como sospechosos. Todos los casos confirmados pertenecen al área endémica de la provincia de Buenos Aires.

La adquisición de la enfermedad se vinculó mayoritariamente con haber permanecido en zonas rurales, semirurales o periurbanas.

En cuanto a la gravedad de los casos confirmados, todos requirieron internación. Al 14 de agosto de 2025, uno de los casos aún continúa internado en una unidad de terapia intensiva, uno falleció y el resto presentó buena evolución. El caso fallecido corresponde a un hombre de 45 años de edad, con residencia en el partido de San Nicolás, cuyo caso fue notificado en la SE 7. Sólo nueve personas recibieron tratamiento con plasma inmune y ninguno de los 16 casos estaba vacunado con Candid#1.

El número de casos confirmados en las primeras SE de 2025 supera lo registrado en el año anterior para el mismo periodo, y 10 de los 16 casos se concentran en el municipio de San Nicolás.

Considerando el corredor endémico de casos acumulados, en las primeras SE del año el número de casos detectados se encontró en zona de brote, descendiendo a partir de la SE 21 hasta la zona de alerta.

Durante 2024 se notificaron 291 casos sospechosos de fiebre hemorrágica argentina, de los cuales 23 fueron confirmados, 176 descartados y 92 sospechosos. Entre los casos confirmados, hubo tres fallecimientos: una menor de 8 años de edad en la SE 7, un hombre de 58 años en la SE 18, y un hombre de 34 años en la SE 21.

El aumento de casos sospechosos tempranamente durante las primeras SE del año se atribuyó a la epidemia de dengue de la temporada 2023/2024, enfermedad que puede manifestarse con un cuadro clínico similar al de la fiebre hemorrágica argentina en su inicio, por lo que se constituye en un diagnóstico diferencial en el área endémica.

Además, durante 2024, el número de casos confirmados resultó mayor a lo esperado, situación similar a la registrada en 2022, cuando hubo 28 casos confirmados. En ambos años el mayor número de casos confirmados se detectó en el partido de San Nicolás (21/28 casos en 2022 y 18/23 casos en 2024). Una situación similar comienza a observarse durante 2025: de los 13 casos confirmados, 10 pertenecen al partido de San Nicolás.

## Vacunación

El propósito de la estrategia de vacunación con Candid#1 es reducir la morbilidad y la letalidad de la fiebre hemorrágica argentina en la población que reside o transita en el área endémica de esta enfermedad, según los lineamientos del documento *Implementación de vacunación para fiebre hemorrágica argentina en municipios de riesgo en la provincia de Buenos Aires*, publicado en agosto de 2022.

La población objetivo en la provincia de Buenos Aires son las personas mayores de 15 años que residen o desarrollan actividades en:

- Regiones sanitarias III y IV: todos los municipios.
- Región sanitaria II: Carlos Casares, Carlos Tejedor, General Villegas, Pehuajó y 9 de Julio.
- Región sanitaria VIII: Balcarce y General Pueyrredón.
- Región sanitaria IX: Azul, Las Flores, Olavarría, Rauch y Tapalqué.
- Región sanitaria X: Alberti, Bragado y 25 de Mayo.

Se continúa con el fortalecimiento de las acciones de vacunación, lo que se traduce en un aumento de las personas inmunizadas en el área endémica. Sin embargo, las coberturas de vacunación siguen siendo muy bajas, con la mayoría de la población sin inmunizar. Es necesario intensificar las acciones de vacunación en los niveles locales, así como ampliar el acceso a la aplicación de Candid#1 en los vacunatorios regulares en toda el área endémica.

## Acciones de prevención y control

- Instar a los equipos de salud de las zonas endémicas de la enfermedad (con presencia del reservorio *Calomys musculinus*) a fortalecer la vigilancia, seguimiento y clasificación final de los casos sospechosos de fiebre hemorrágica argentina, con el fin de disponer así de información de calidad acerca de la situación epidemiológica de la enfermedad, para la toma de decisiones respecto del fortalecimiento de las acciones de vacunación y demás estrategias de prevención.
- Educación de la población sobre el modo de transmisión, los métodos de prevención, la consulta y el tratamiento temprano.
- Convocar a todas aquellas personas que padecieron fiebre hemorrágica argentina en el pasado y se curaron, a comunicarse con los Bancos de Plasma de la provincia de Buenos Aires para coordinar una posible donación de plasma inmune para el tratamiento de los casos sospechosos que tengan indicación del mismo.
- La vacuna Candid#1 es parte del Calendario Nacional de Vacunación, siendo gratuita y obligatoria para todos los residentes de la zona endémica de la provincia de Buenos Aires y para las personas que transiten o realicen actividades en estas zonas. El esquema consiste en una dosis a los 15 años de edad o más. Esta indicación es independiente de las actividades laborales que se realicen y no se considera en forma excluyente sólo para trabajadores rurales.



CANADÁ

LOS CASOS DE SARAMPIÓN SUPERAN LOS 4.500,  
LA CIFRA MÁS ALTA EN LAS AMÉRICAS

22/08/2025

El número de casos de sarampión en Canadá superó los 4.500, y la provincia de Alberta, con unos cinco millones de habitantes, registró más casos este año que Estados Unidos, según cifras oficiales actualizadas el 21 de agosto.

Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicados en agosto muestran que Canadá representa aproximadamente la mitad de todos los casos de sarampión confirmados en la región de las Américas este año.

Canadá erradicó oficialmente el sarampión en 1998, pero el virus ha resurgido con fuerza, especialmente entre los miembros no vacunados de ciertas comunidades cristianas menonitas. La enfermedad es altamente contagiosa.

La provincia de Ontario, la más populosa de Canadá, con unos 16 millones de habitantes, registró 2.366 casos, según datos del gobierno federal actualizados esta semana. Ese informe sitúa el número nacional de casos en 4.638.

El gobierno de Alberta, que publica sus cifras semanales los jueves, afirmó haber registrado 1.790 casos, lo que la convierte en la zona con la mayor tasa de incidencia.

Estados Unidos, que enfrenta su peor epidemia de sarampión en 30 años, confirmó 1.375 casos, según informaron esta semana los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), la agencia nacional de salud pública.

La Organización Panamericana de la Salud indicó este mes que 71% de los casos confirmados se dieron en personas no vacunadas, y un 18% adicional en personas cuyo estado de vacunación se desconocía.



Una pantalla pide a las personas que sospechan que podrían padecer sarampión que llamen por teléfono antes de intentar recibir atención médica presencial en el Hospital de Salud Pública del Suroeste, en St. Thomas, Canadá, el 9 de julio de 2025.

Algunos estados de Estados Unidos están advirtiéndole a los bañistas sobre un aumento en las infecciones causadas por una bacteria que puede hallarse en aguas costeras.

La bacteria *Vibrio vulnificus* se está convirtiendo en una amenaza anual a lo largo de la costa del Golfo de México y, cada vez más, en la costa este del país.

“Las personas deben prestar atención a las advertencias”, expresó Bernie Stewart, de 65 años, un cazarrecompensas retirado en Florida que se considera afortunado de haber sobrevivido a una infección.



En agosto de 2019, la pierna derecha de Stewart se infectó mientras pescaba en kayak en la bahía de Pensacola. Lo que en un principio parecía una ampolla causada por el sol lo llevó a pasar tres meses en el hospital, donde los médicos lo operaron 10 veces para retirar la piel en descomposición y evitar que la bacteria lo matara.

“Esto no es algo que se pueda tomar a la ligera”, advirtió Stewart.

Las bacterias *Vibrio* prosperan en el agua de mar y en la mezcla de agua dulce y salada que se encuentra en estuarios y lagunas. La mayoría de las infecciones se reportan de mayo a octubre, y ocurren principalmente en estados limítrofes con el golfo de México.

El agua del golfo de México es “la convergencia perfecta de la cantidad adecuada de sal y la cantidad adecuada de calor para permitir que este organismo proliferen”, observó el Dr. Alfredo Armando López, especialista en enfermedades infecciosas en el Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Estatal de Louisiana en New Orleans.

Al menos una docena de tipos de *Vibrio* pueden causar enfermedades en humanos. El tipo más peligroso es *Vibrio vulnificus*, responsable de aproximadamente 200 de las más de 1.000 enfermedades por *Vibrio* cada año, según datos de los [Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades \(CDC\)](#) de Estados Unidos.

Hasta una de cada cinco de esas infecciones son fatales, una tasa mucho más alta que otros tipos de bacterias *Vibrio*.

Algunas personas se infectan al comer mariscos crudos o poco cocidos, especialmente ostiones. Pero un amplio porcentaje enferma cuando la persona está en el océano o en agua salada y las bacterias ingresan al cuerpo a través de pequeñas rupturas en la piel.

“Los antibióticos utilizados para tratar casos de intoxicación alimentaria no funcionan tan bien cuando el microbio ingresa a través de lesiones en la piel”, observó López.

“Puede que requieran varias cirugías para eliminar tejido muerto o infectado, y a veces requieren una amputación”, comentó.

Los médicos afirman que los casos graves son más frecuentes en pacientes ancianos, personas con sistemas inmunológicos debilitados, y aquellos con enfermedades hepáticas, diabetes y ciertas enfermedades crónicas.

### **Los casos están aumentando, pero no en todos lados**

En Louisiana ha habido un alarmante aumento en los casos este verano, pero en otros estados no. Se prevén más casos, ya que esta es la temporada pico para las infecciones por *Vibrio vulnificus*.

“Es realmente fácil hacer sonar alarmas innecesarias porque los casos han aumentado, o sentirse demasiado complaciente porque el número de casos es bajo, cuando los datos son incompletos”, dijo Salvador Almagro Moreno, del Hospital de Investigación Infantil St. Jude, quien estudió al microbio.

Se han reportado infecciones tan al norte como New England. Massachusetts emitió recientemente una [alerta](#) después de que alguien supuestamente se infectó en Cape Cod.

Los científicos informan que el cambio climático está ayudando a que los gérmenes proliferen y se extiendan hacia el norte. Un [estudio](#) de 2023 encontró que cada año el caso más al norte se desplaza aproximadamente 48 kilómetros.

Hasta fines de la semana pasada, se habían reportado 20 casos de infección por *Vibrio vulnificus* entre residentes de Louisiana este año. Todos fueron hospitalizados y cuatro murieron, indicó el departamento de salud del estado. Eso es más del doble del número promedio de casos para este momento de la temporada, y cuatro veces el número de muertes, señalaron funcionarios estatales.

Sin embargo, los casos no son inusualmente más altos en otros estados con litoral en el golfo de México. Florida, que tiende a tener más infecciones que otros estados, ha [reportado](#) 17 casos y cinco muertes este año, en comparación con 82 casos y 19 fallecimientos a la misma altura del año en 2024.

Los funcionarios estatales dicen que suelen ver más casos cuando Florida es golpeada por tormentas tropicales, “y la temporada de huracanes apenas está comenzando”, apuntó López.

### **Cómo prevenir la infección**

*Vibrio vulnificus* puede ingresar al cuerpo a través de cortes y raspaduras no cicatrizados, y perforaciones, tatuajes o incisiones quirúrgicas recientes. Si alguien tiene una herida de este tipo, debe mantenerse fuera del agua salada o salobre, y cubrirla con un vendaje impermeable si hay posibilidad de estar expuesto.

Quien entra en contacto con aguas costeras o mariscos crudos, debe lavar inmediatamente con jabón y agua potable y a fondo los cortes y raspaduras, aconsejan los CDC.

Se debe consultar a un médico si se desarrollan síntomas como fiebre, escalofríos y áreas rojas calientes en la piel que comienzan a oscurecerse y formar ampollas.

Otra posibilidad de infectarse es al comer mariscos. Los funcionarios de salud dicen que no se deben comer ostiones u otros mariscos crudos o poco cocidos, y no se debe permitir que los mariscos crudos, el líquido que exudan o sus fluidos contaminen otros alimentos. Los ostiones representan un riesgo particular, y no hay forma de saber si uno está contaminado sólo con mirarlo.

Deben lavarse las manos con agua y jabón después de manipular mariscos crudos, y utilizarse guantes protectores si se tiene un sistema inmunológico debilitado y se corre mayor riesgo de infección.

Los funcionarios de salud también ofrecen [instrucciones de cocción](#) para almejas, mejillones y otros mariscos. Recomiendan desechar cualquier marisco que tenga conchas abiertas antes de cocinarlo.

En Pensacola, Stewart dijo que ha abogado –sin éxito– para que los funcionarios locales coloquen señales sobre los peligros de entrar en la bahía.

“No todos los sistemas inmunológicos van a ser resistentes”, manifestó.



El Departamento de Salud Pública de California (CDPH) notificó a las autoridades sanitarias del condado de El Dorado que un residente de South Lake Tahoe dio positivo en la prueba de peste. Actualmente, la persona se encuentra bajo atención médica y se recupera en su hogar. Se cree que pudo haber sido picada por una pulga infectada mientras acampaba en la zona de South Lake Tahoe. Las autoridades sanitarias están investigando la situación.

“La peste está presente de forma natural en muchas áreas de California, incluyendo las zonas más elevadas del condado de El Dorado”, declaró Kyle Fliflet, director interino de Salud Pública del condado. “Es importante que las personas tomen precauciones para sí mismas y sus mascotas cuando estén al aire libre, especialmente al caminar, hacer senderismo o acampar en zonas donde hay roedores salvajes”, añadió.

La peste es causada por la bacteria *Yersinia pestis*. Se transmite con mayor frecuencia por la picadura de pulgas infectadas de ardillas, ardillas listadas y otros roedores salvajes. Los perros y gatos también pueden llevar pulgas infectadas al hogar. Las personas pueden contraer la peste por la picadura de pulgas infectadas. La enfermedad se puede prevenir evitando el contacto con roedores salvajes y manteniendo a las mascotas alejadas de sus madrigueras.

Los síntomas de la peste suelen aparecer en las dos semanas siguientes a la exposición a un animal o pulga infectados e incluyen fiebre, náuseas, debilidad e inflamación de los ganglios linfáticos. Puede tratarse eficazmente con antibióticos si se detecta a tiempo.

El CDPH monitorea rutinariamente las poblaciones de roedores para detectar la actividad de la peste en California y trabaja en estrecha coordinación con los funcionarios de salud del condado. Las actividades de vigilancia en el condado de El Dorado, entre 2021 y 2024, detectaron un total de 41 roedores (ardillas terrestres o ardillas listadas) con evidencia de exposición a la bacteria de la peste. En lo que va de 2025, cuatro roedores más han dado positivo. Todos estos roedores se identificaron en la cuenca del Tahoe.

Los casos de peste en humanos son extremadamente raros, pero pueden ser muy graves. Antes del caso actual, el caso más reciente de peste en humanos reportado en el condado de El Dorado se registró en 2020, probablemente expuesto en la zona de South Lake Tahoe. Dos personas fueron reportadas con peste en 2015 tras haber estado expuestas a roedores infectados o a sus pulgas en el Parque Nacional de Yosemite. Todas las personas fueron tratadas y se recuperaron. Estos fueron los primeros casos en humanos reportados en el estado desde 2006.

Las autoridades sanitarias estatales y locales continuarán monitoreando la situación y las zonas propensas a la peste.

“Cuando empezó la diarrea, estaba tan débil que apenas podía mantenerme en pie. El dolor era insoportable”, recordó Gérard, residente de uno de los tantos campamentos para desplazados internos en Haití.

Su historia es dolorosamente común. La violencia y la inestabilidad han forzado a casi 1,3 millones de haitianos a abandonar sus hogares. Muchos viven ahora en asentamientos improvisados y hacinados en el área metropolitana de Port-au-Prince, donde el acceso al agua potable es limitado, las condiciones de saneamiento son precarias y el riesgo de enfermedades transmitidas por el agua –especialmente el cólera– sigue siendo alto.



Aunque el número de casos sospechosos de cólera ha disminuido a nivel nacional, la amenaza persiste. Desde enero de 2025, se han reportado más de 2.500 casos, incluyendo brotes localizados en sitios que alojan a personas desplazadas.

Para proteger a estas comunidades, el Ministerio de Salud Pública y Población (MSPP), con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), intensificó sus esfuerzos en 66 campamentos en la capital y sus alrededores. Con financiamiento de la Dirección General de Protección Civil y Operaciones de Ayuda Humanitaria de la Unión Europea (ECHO) y la Fundación Bill y Melinda Gates, esta respuesta coordinada está salvando vidas y devolviendo un sentido de dignidad a las personas afectadas.

Un eje central de esta estrategia es la detección temprana y la respuesta rápida. Desde comienzos del año, se han capacitado y desplegado 87 agentes de vigilancia y 13 gestores de datos para identificar y reportar casos sospechosos. La OPS también ha contribuido a la instalación de un nuevo centro de tratamiento de cólera (CTC) y ha brindado capacitación en manejo clínico del cólera, prevención y control de infecciones en seis CTC existentes, incluyendo el Centro Hospitalario ‘Saint Luc’, donde Gérard fue atendido.

“Cuando llegué, me dieron una cama, un balde y medicamentos. Tenía acceso a un médico casi las 24 horas del día”, contó. Ya de regreso en el campamento con su familia, reflexionó sobre la vida allí: “Lo que pido es seguridad para poder volver a casa. Porque la forma en que vivimos aquí no es humana... es como la vida de un animal”.

Más allá del tratamiento, la prevención es igualmente fundamental. Sesiones de sensibilización comunitaria –apoyadas por la OPS– han llegado a cerca de 7.000 personas y han sido acompañadas por la distribución de mosquiteros, tabletas para purificar el agua y sobres de sales de rehidratación oral.

“Esto pasa por cómo vivimos aquí”, dijo Jacinthe, cuya hija de 6 años enfermó de cólera el mes pasado. “En casa, tendrías una sillita para sentar a la niña. Pero aquí, pasa la mayor parte del tiempo en el suelo. La llevé al centro de salud, le dieron sales de rehidratación y la diarrea se detuvo”.

Con la temporada de lluvias acercándose y la inseguridad empujando a más personas al desplazamiento, el riesgo de nuevos brotes sigue siendo alto. Personal de salud, voluntarios comunitarios y socios humanitarios trabajan contrarreloj para asegurar que cada familia tenga acceso a agua potable, saneamiento adecuado y tratamiento oportuno.

Para Gérard, Jacinthe y miles de personas que enfrentan la vida en condiciones de desplazamiento, cada intervención de salud es más que un servicio: es un paso hacia una mejor salud, mayor seguridad y la esperanza de un futuro fuera de los campamentos.



La Secretaría de Salud del estado de Durango alertó sobre un aumento en los casos de picadura de alacrán en la entidad, al registrar un total de 6.625 incidentes hasta la semana epidemiológica 28 del presente año.

El llamado a la población es acudir de inmediato a los servicios de salud en caso de sufrir una picadura y evitar el uso de remedios caseros, ya que estos podrían agravar la situación.



El titular de la dependencia, Moisés Nájera Torres, informó que el mayor número de casos se registra en el grupo etario de 20 a 44 años (2.289 casos), seguido por el de 10 a 19 años (1.590 casos) y de 1 a 9 años (950 casos). También se han reportado 729 casos en personas mayores de 60 años y 37 en menores de un año.

Hasta el momento, en 2025 se ha registrado una defunción relacionada con picadura de alacrán, que ocurrió en la localidad de Picachos, municipio del Mezquital.

En contraste, el año 2024 se cerró con 9.996 casos en total, sin precisar el número de defunciones en ese periodo.

Uno de los casos recientes ocurrió en la comunidad de Meza Alteña, también en el municipio de Mezquital. Una niña de nueve años fue atacada por un alacrán mientras realizaba actividades con su padre, quien la había llevado a arrear ganado. La menor recibió al menos cuatro picaduras, lo que generó una reacción severa.

Ante la situación, se solicitó apoyo a través del número de emergencias 911. Personal de la Policía Estatal, previamente capacitado para atender situaciones médicas de urgencia, acudió al lugar con el antídoto antialacránico y logró estabilizar a la menor, quien posteriormente fue trasladada al centro de salud más cercano. Su estado de salud fue reportado como estable.

El secretario de Salud hizo énfasis en la importancia de la prevención, detección y atención oportuna, así como la necesidad de contar con disponibilidad de antídotos en comunidades de difícil acceso, especialmente en zonas rurales donde las picaduras pueden tener consecuencias graves si no se actúa con rapidez.

Llamó a mantener viviendas limpias, revisar ropa y calzado antes de usarlos, y procurar barreras físicas para evitar el ingreso de arácnidos en los hogares.

Las autoridades sanitarias de Panamá reportaron el 21 de agosto una nueva muerte por dengue, lo que eleva a 14 las víctimas de la enfermedad hasta la semana epidemiológica 31.

Hasta el pasado 2 de agosto, se registraron 9.434 casos de dengue, de los cuales 899 requirieron hospitalización y 66 fueron clasificados como graves.

El Área Metropolitana y San Miguelito, en la capital, acumulan la mayoría de casos con

4.475, mientras que las muertes se han registrado en las provincias de Chiriquí (4), Bocas del Toro (3), Darién (2), el Área Metropolitana (2), Panamá Este (1), Coclé (1) y San Miguelito (1).

La tasa de incidencia nacional en la semana epidemiológica 31 de 2025 es de 206 casos cada 100.000 habitantes. La mayoría de los contagios se registran entre los grupos de edad comprendido entre los 10 y 59 años, indica la información oficial.

“La cocirculación de los cuatro serotipos del virus Dengue en Panamá, con predominio de los DENV-3 y DENV-4, es la razón por la cual aumenta la ocurrencia de casos graves y fatales”, informó el Ministerio de Salud, que reiteró que el dengue “es una enfermedad grave y potencialmente mortal, transmitida a través de la picadura del mosquito *Aedes aegypti*”.

El Ministerio de Salud intensificó los operativos en todo el país a través del equipo de control de vectores para reducir los casos de dengue, pero insiste en la participación ciudadana para la eliminación de todos los criaderos del mosquito, alrededor y dentro de las viviendas.

Los casos de dengue aumentaron 94% y las muertes sumaron 52 al cierre de 2024 en Panamá, casi el triple de las registradas el año anterior, según las estadísticas del Ministerio de Salud.





EUROPA

RÉCORD DE BROTES DE ENFERMEDADES  
TRANSMITIDAS POR MOSQUITOS

20/08/2025

El Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) advirtió que los brotes récord de fiebre del Nilo Occidental y de fiebre chikungunya apuntan a una “nueva normalidad” en Europa, lo que impulsa la necesidad de una respuesta sólida y coordinada para proteger la salud pública en toda la región.



Europa está experimentando temporadas de transmisión más largas e intensas de enfermedades transmitidas por mosquitos, como la fiebre del Nilo Occidental y la fiebre chikungunya. Este cambio se debe a factores climáticos y ambientales como el aumento de las temperaturas, veranos más largos, inviernos más suaves y cambios en los patrones de precipitaciones; condiciones que se combinan para crear un entorno favorable para la proliferación de mosquitos y la transmisión de virus.

Pamela Rendi-Wagner, directora del ECDC, declaró: “Europa está entrando en una nueva fase, donde la transmisión más prolongada, generalizada e intensa de enfermedades transmitidas por mosquitos se está convirtiendo en la nueva normalidad. El ECDC colabora estrechamente con todos los Estados miembros para brindar apoyo personalizado y orientación oportuna en materia de salud pública para reforzar la respuesta europea”.

El mosquito transmisor del virus Chikungunya (*Aedes albopictus*) se encuentra presente en 16 países y 369 regiones de Europa, frente a las tan solo 114 regiones de hace una década. Sumado al aumento de los viajes internacionales, esta propagación aumenta la probabilidad de brotes locales. En lo que va de 2025, Europa registró 27 brotes de fiebre chikungunya, un nuevo récord para el continente. Por primera vez, se notificó un caso autóctono de la enfermedad en la región francesa de Alsace, un hecho excepcional en esta latitud, que pone de relieve la continua expansión del riesgo de transmisión hacia el norte.

La distribución de los casos de fiebre del Nilo Occidental en Europa continúa cambiando y, durante la última década, la infección se ha detectado en nuevas zonas cada año. Este año, por primera vez, se han notificado infecciones en las provincias italianas de Latina y Frosinone, y en el condado de Sălaj, en Rumania. Europa registró el mayor número de casos de fiebre del Nilo Occidental en tres años. El ECDC prevé que las infecciones sigan aumentando, alcanzando probablemente un pico estacional en agosto o septiembre.

Las nuevas [directrices](#) del ECDC describen medidas prácticas de vigilancia, prevención y control de la fiebre chikungunya, el [dengue](#) y la fiebre zika, con recomendaciones adaptadas a los países europeos, incluyendo aquellos con poca experiencia o que no se han enfrentado previamente a la amenaza de estas enfermedades transmitidas por mosquitos. Diseñadas para las autoridades de salud pública, estas directrices proporcionan un conjunto de herramientas prácticas y fáciles de usar para [evaluar los niveles de riesgo](#) e [implementar medidas de preparación y control](#) adaptadas a su situación específica. También se encuentra disponible una guía del ECDC sobre la fiebre del Nilo Occidental.

La Dra. Céline Gossner, jefa de la Sección de Enfermedades Transmitidas por Alimentos, Agua, Vectores y Zoonóticas del ECDC, declaró: “A medida que evoluciona el panorama de las enfermedades transmitidas por mosquitos, más personas en Europa estarán en riesgo en el futuro. Esto hace que la prevención sea más importante que nunca, tanto mediante acciones coordinadas de salud pública como mediante medidas de protección individual. Existe una necesidad urgente de fortalecer y ampliar las intervenciones de control de mosquitos eficientes y respetuosas con el ambiente”.

El ECDC anima a las personas que viven en las zonas afectadas y a los visitantes, especialmente a los ancianos, los niños y las personas con sistemas inmunitarios debilitados, a protegerse de las picaduras de mosquitos mediante el uso de repelente de mosquitos, el uso de mangas y pantalones largos, especialmente al amanecer y al anochecer, y el uso de mosquiteros y aire acondicionado/ventiladores. Los profesionales sanitarios deben estar al tanto de la circulación de estos virus y garantizar un diagnóstico temprano. Se han desarrollado nuevas vacunas contra la fiebre chikungunya, pero no existe una vacuna de uso humano contra la fiebre del Nilo Occidental.

El ECDC publica informes de vigilancia semanales y estacionales de la [fiebre chikungunya](#) y la [fiebre del Nilo Occidental](#) en toda Europa para fundamentar las respuestas oportunas de salud pública. Estos informes ofrecen una visión general actualizada de los casos notificados y las zonas afectadas, e incluyen mapas y tendencias que ayudan a visualizar la evolución de la situación. Las autoridades de salud pública pueden utilizar esta información para orientar las evaluaciones de riesgos, asignar recursos y activar medidas de control de vectores. Las personas también pueden utilizarla para mantenerse informadas sobre la transmisión local y tomar las medidas de protección personal adecuadas, especialmente al vivir o viajar a zonas afectadas.

Hasta el 13 de agosto de 2025, ocho países europeos habían notificado 335 casos autóctonos humanos de fiebre del Nilo Occidental y 19 fallecimientos. Italia sigue siendo el país más afectado, con 274 infecciones confirmadas, seguida de Grecia (35 casos), Serbia (nueve casos), Francia (siete casos), Rumania (seis casos), Hungría (dos casos), Bulgaria (un caso) y España (un caso).

Francia notificó 111 casos de fiebre chikungunya e Italia siete, principalmente asociados a brotes en las regiones del sur y sureste. No se han reportado fallecimientos en Europa continental, pero a nivel mundial, en lo que va de 2025, se han registrado más de 240.000 casos de fiebre chikungunya y 90 fallecimientos.

El 4 de agosto de 2025, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recibió una notificación del Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Israel informando de la declaración de un brote de poliovirus circulante tipo 1 derivado de la vacuna (cVDPV1) en el país. Entre febrero y julio de 2025, se detectaron nueve aislamientos de poliovirus tipo 1 derivado de la vacuna (VDPV1) genéticamente relacionados en muestras ambientales tomadas de siete sitios de muestreo, cuatro de los cuales no se superponen geográficamente en el distrito de Jerusalén y la Región Central. Los análisis de laboratorio y la secuenciación del genoma completo indican que estos virus están genéticamente vinculados entre sí y con múltiples poliovirus similares a Sabin aislados de muestras ambientales desde octubre de 2024. Hasta el 8 de agosto de 2025, el cVDPV1 se ha detectado solo en muestras ambientales, sin que se hayan notificado casos de parálisis en esta etapa. Sin embargo, la evidencia actual respalda la clasificación de este evento como un brote de cVDPV1 con transmisión comunitaria sostenida.

Antes de este brote, un poliovirus tipo 1 similar a Sabin (SL1), relacionado con los virus SL1 detectados en la vigilancia ambiental, fue la causa de un caso de parálisis flácida aguda en un varón de 17 años no vacunado de Jerusalén que se informó el 23 de diciembre de 2024 y se clasificó como poliomiелitis parálitica asociada a la vacuna (APPV).

Israel suspendió el uso sistemático de la vacuna bivalente oral contra la poliomiелitis (bOPV) en marzo de 2025, pero continúa administrando cuatro dosis de la vacuna antipoliomiелítica inactivada (IPV) como parte del calendario de vacunación sistemático hasta los 12 meses de edad. Las estimaciones de la OMS/UNICEF sobre la cobertura nacional de inmunización con tres dosis de IPV en 2024 fueron de 98%. Sin embargo, la cobertura de vacunación en Jerusalén es considerablemente menor y está por debajo del umbral recomendado por la OMS, necesario para mantener una inmunidad suficiente en la población y prevenir la transmisión del poliovirus.

## Respuesta de salud pública

- Se están intensificando las medidas de vigilancia ambiental y de la parálisis flácida aguda para detectar mayores transmisiones.
- El Ministerio de Salud implementó un equipo de respuesta a emergencias (ERT) multidisciplinario para apoyar el control de los brotes de poliovirus circulante tipo 3 derivado de la vacuna (cVDPV3) en 2022, seguido por el de poliovirus circulante tipo 2 derivado de la vacuna (cVDPV2) en 2023, el que continúa operando en este brote actual de cVDPV1.
- Se están realizando investigaciones para evaluar la escala de la circulación local y las respuestas necesarias cuando sea pertinente.
- Los socios de la Iniciativa Mundial de Erradicación de la Poliomiелitis, incluida la Oficina Regional Europea de la OMS, están apoyando a las autoridades nacionales y subnacionales.
- Desde 2022 se llevan a cabo campañas de inmunización dirigidas con IPV, centradas en las comunidades con baja inmunización. Estas campañas se están intensificando junto con las iniciativas de vacunación contra el sarampión para maximizar la cobertura. Para fomentar la aceptación de la vacuna, las campañas se apoyan en estrategias de comunicación adaptadas a cada comunidad.

- Se están desarrollando estrategias de comunicación para sensibilizar a la comunidad con mensajes personalizados para reducir el rechazo a las vacunas y aumentar su aceptación.

## **Evaluación de riesgos de la OMS**

La propagación internacional del poliovirus fue declarada Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) por el Director General de la OMS el 5 de mayo de 2014 y, más recientemente, la declaración de ESPII se extendió hasta el 28 de julio de 2025. Los brotes de cVDPV en Israel están cubiertos por la declaración de ESPII original.

Israel cuenta con una alta cobertura de vacunación y un sólido sistema de vigilancia. Sin embargo, es probable que el riesgo de mayor propagación en el país sea moderado, ya que persisten deficiencias en la inmunización en zonas y grupos de población de alto riesgo. Las autoridades sanitarias locales están realizando investigaciones de campo, epidemiológicas y virológicas para comprender mejor la situación y el probable riesgo de propagación. Israel suspendió el uso de la bOPV en marzo de 2025. El calendario de vacunación rutinario incluye cuatro dosis de la vacuna IPV hasta los 12 meses de edad y una quinta dosis durante el segundo año de primaria.

En 2024, se notificaron 11 casos de cVDPV1, diez en la República Democrática del Congo y uno en Mozambique. A pesar de no haberse detectado ningún caso de cVDPV1 en los últimos 10 meses, la baja cobertura sistemática de vacunación y de la vacuna contra la poliomielitis en varios países y la consiguiente brecha inmunitaria indican un riesgo continuo de aparición de cVDPV1.

La OMS evalúa actualmente el riesgo de propagación internacional asociado con la detección del cVDPV1 como bajo debido a la alta inmunidad general de la población, la robusta vigilancia del poliovirus y la capacidad de respuesta. Sin embargo, existe la posibilidad de propagación, considerando que es probable que la circulación se produzca entre las comunidades vacunadas, aún escépticas a las vacunas, con estrechos vínculos conocidos con comunidades similares en otros países. Un ejemplo de ello es la circulación multinacional del cVDPV2 entre 2022 y 2023 en el Reino Unido, Estados Unidos, Canadá e Israel.

## **Consejos de la OMS**

Varias dosis de la vacuna contra la poliomielitis pueden proteger a un niño de por vida. La OMS recomienda que todos los países procuren alcanzar y mantener altos niveles de cobertura con la vacuna contra la poliomielitis, en apoyo del compromiso mundial de erradicarla. La OMS recomienda que todas las personas que viajen a zonas afectadas por la poliomielitis o residan en ellas estén completamente vacunadas contra ella, de acuerdo con el calendario nacional. Se debe priorizar la vacunación en las zonas de población con baja inmunidad contra la poliomielitis para implementar intervenciones específicas que refuercen la inmunidad y reduzcan el riesgo de transmisión y propagación sostenidas.

Es importante que todos los países, en particular aquellos que viajan y tienen contacto frecuente con países y zonas afectados por la poliomielitis, refuercen la vigilancia de los casos de parálisis flácida aguda para detectar rápidamente cualquier nueva importación del virus y facilitar una respuesta rápida. Los países, territorios y zonas también deben mantener una cobertura de inmunización sistemática uniformemente alta a nivel de distrito para minimizar las consecuencias de la introducción de cualquier nuevo virus.

Según el asesoramiento del [Comité de Emergencia convocado en virtud del Reglamento Sanitario Internacional \(2005\)](#), los esfuerzos para limitar la propagación internacional del poliovirus siguen siendo una ESPII. Los países afectados por la transmisión del poliovirus están sujetos a las [Recomendaciones Temporales](#). Para cumplir con estas recomendaciones, emitidas en virtud de la ESPII, todo país infectado por poliovirus debe declarar el brote como una emergencia nacional de salud pública, considerar la vacunación de todos los viajeros internacionales, garantizar que se les proporcione un certificado internacional de vacunación, restringir en el punto de partida los viajes internacionales de cualquier residente que carezca de documentación de vacunación antipoliomielítica adecuada, intensificar los esfuerzos transfronterizos para aumentar sustancialmente la cobertura de vacunación de los viajeros e intensificar los esfuerzos para aumentar la cobertura de la inmunización sistemática. Todo país sujeto a la recomendación temporal mantiene las medidas descritas anteriormente hasta que se cumplan los siguientes criterios:

1. Han transcurrido al menos seis meses sin nuevas infecciones; y
2. Existe documentación de la plena aplicación de actividades de erradicación de alta calidad en todas las zonas infectadas y de alto riesgo.

En ausencia de dicha documentación, las medidas deberán mantenerse hasta que el estado cumpla con los criterios de evaluación antes mencionados para comprobar que ya no está infectado.

La información epidemiológica más reciente sobre los cVDPV [se actualiza semanalmente](#).

La OMS no recomienda ninguna restricción de viaje y/o comercio a Israel basándose en la información actual disponible para este evento.

---

La poliomielitis es una enfermedad altamente infecciosa que afecta principalmente a niños menores de cinco años y causa parálisis permanente (aproximadamente 1 de cada 200 infecciones) o la muerte (entre 2 y 10% de los paralizados).

El virus se transmite de persona a persona, principalmente por vía fecal-oral o, con menor frecuencia, por agua o alimentos contaminados. El virus se multiplica en el intestino, desde donde puede invadir el sistema nervioso y causar parálisis. El período de incubación suele ser de 7 a 10 días, pero puede variar entre 4 y 35 días. Hasta 90% de las personas infectadas son asintomáticas o presentan síntomas leves, y la enfermedad suele pasar desapercibida.

El poliovirus derivado de la vacuna es una cepa bien documentada que muta a partir de la cepa original contenida en la vacuna antipoliomielítica oral (OPV). La OPV contiene una forma viva y debilitada del poliovirus que se replica en el intestino durante un período limitado, desarrollando así inmunidad mediante la producción de anticuerpos. En raras ocasiones, al replicarse en el tracto gastrointestinal, las cepas de la OPV pueden modificarse genéticamente y propagarse en comunidades que no están completamente vacunadas contra la poliomielitis, especialmente en zonas con mala higiene, saneamiento deficiente o hacinamiento. Cuanto menor sea la inmunidad de la población, más tiempo sobrevive el poliovirus derivado de la vacuna y más cambios genéticos experimenta.

En casos muy raros, el virus derivado de la vacuna puede mutar genéticamente a una forma que puede causar parálisis, al igual que el poliovirus salvaje; esto se conoce como poliovirus derivado de la vacuna (VDPV). La detección de VDPV en al menos dos fuentes diferentes, con al menos dos meses de diferencia y con vínculo genético, que muestren evidencia de transmisión comunitaria, se clasifica como poliovirus circulante derivado de la vacuna (cVDPV). Al igual que el poliovirus salvaje, los cVDPV pueden ser de tres tipos (1, 2 o 3); el brote actual en Israel se debe al tipo 1, cVDPV1.

Cuando los niños del campamento de refugiados de Mberra empezaron a llegar a los puestos de salud con dolor de garganta, fiebre baja y cuello hinchado a principios de este año, el personal sanitario temió lo peor. En cuestión de días, las dificultades respiratorias y la característica capa grisácea y espesa en algunas gargantas confirmaron un brote de difteria.

En un entorno de refugiados densamente poblado con una infraestructura sanitaria limitada, incluso unos pocos casos podrían desencadenar rápidamente una crisis. El Ministerio de Salud de Mauritania, con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus socios humanitarios, actuó con rapidez. En menos de 72 horas tras la confirmación del laboratorio, se puso en marcha una respuesta integral al brote.

Entre julio y septiembre de 2024, se registraron al menos diez casos de difteria, incluyendo dos fallecimientos, en el campamento de Mberra. De estos casos, ocho se dieron en niños, seis de ellos menores de cinco años, todos ellos sin vacunar. Como respuesta, se vacunó a más de mil personas, entre ellas casi 70 profesionales sanitarios.

Además, se entregaron al campamento más de dos toneladas de suministros de emergencia, incluyendo antitoxinas, antibióticos, equipo de protección personal y desinfectantes. La OMS desplegó expertos técnicos para apoyar la investigación de casos, el rastreo de contactos y la coordinación con los equipos nacionales y locales. Se capacitó rápidamente a los trabajadores de salud comunitarios para identificar síntomas, aislar casos e impartir educación preventiva a las familias.

“Antes de la capacitación, muchos de nosotros nunca habíamos visto un caso de difteria”, dijo Fatou, voluntaria de salud comunitaria. “Ahora sabemos qué buscar y cómo responder”.

Una campaña específica de comunicación de riesgos y participación comunitaria utilizó megáfonos, carteles y radio local en varios idiomas para generar confianza, educar a las comunidades y garantizar la notificación temprana de los síntomas.

Gracias a este enfoque rápido y coordinado, el brote se contuvo en cuestión de semanas. No se reportaron más muertes y todos los casos permanecieron confinados en el foco inicial.

“Este fue un ejemplo paradigmático de lo que se puede lograr con la rápida movilización y la colaboración”, afirmó la Dra. Charlotte Faty Ndiaye, representante de la OMS en Mauritania. “En un entorno frágil como Mberra, la acción temprana salvó vidas”.

La experiencia subrayó la importancia de la preparación, la coordinación y la participación comunitaria en contextos humanitarios. La OMS y sus socios, en colaboración con el Ministerio de Salud de Mauritania, transformaron una emergencia sanitaria inminente en un ejemplo de equidad en salud pública en acción.

Se llevaron a cabo campañas de sensibilización en las comunidades y entre el personal humanitario para fomentar la vacunación, con especial atención a la prevención de la difteria. Entre julio de 2024 y mayo de 2025, se vacunó a más de 2.300 personas recién llegadas al campamento de Mberra.

Más de medio millón de personas en Gaza se encuentran atrapadas en la hambruna, caracterizada por la inanición generalizada, la indigencia y muertes evitables, según un nuevo [análisis de la Clasificación Integrada de la Seguridad Alimentaria en Fases \(IPC\)](#) publicado el 22 de agosto de 2025. Se prevé que la hambruna se extienda desde la gobernación de Gaza a las gobernaciones de Deir Al-Balah y Khan Younis en las próximas semanas.



La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas (PMA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han destacado colectiva y consistentemente la extrema urgencia de una respuesta humanitaria inmediata y a gran escala dado el aumento de muertes relacionadas con el hambre, el rápido empeoramiento de los niveles de desnutrición aguda y la caída en picada de los niveles de consumo de alimentos, con cientos de miles de personas pasando días sin nada que comer.

Las agencias reafirmaron que la hambruna debe detenerse a toda costa. Un alto el fuego inmediato y el fin del conflicto son cruciales para permitir una respuesta humanitaria a gran escala y sin trabas que pueda salvar vidas. Las agencias también están profundamente preocupadas por la amenaza de una ofensiva militar intensificada en la ciudad de Gaza y cualquier escalada del conflicto, ya que tendría consecuencias aún más devastadoras para la población civil donde ya existen condiciones de hambruna. Muchas personas, especialmente niños enfermos y desnutridos, ancianos y personas con discapacidad, podrían no poder evacuar.

Para fines de septiembre, más de 640.000 personas se enfrentarán a niveles catastróficos de inseguridad alimentaria –clasificados en la Fase 5 de la IPC– en toda la Franja de Gaza. Otros 1,14 millones de personas en el territorio se encontrarán en estado de Emergencia (Fase 4 de la IPC) y otras 396.000 en estado de Crisis (Fase 3 de la IPC). Se estima que las condiciones en el norte de Gaza son tan graves –o incluso peores– que en la ciudad de Gaza. Sin embargo, la escasez de datos impidió una clasificación de la IPC, lo que pone de relieve la urgente necesidad de acceso para evaluar y prestar asistencia. Rafah no se analizó debido a los indicios de que está en gran parte despoblada.

La clasificación de hambruna es la categoría más extrema, que se activa cuando se superan tres umbrales críticos: privación extrema de alimentos, desnutrición aguda y muertes por inanición. El último análisis confirma, con base en evidencia razonable, que se cumplen estos criterios.

Casi dos años de conflicto, desplazamientos repetidos y severas restricciones al acceso humanitario, agravados por repetidas interrupciones e impedimentos al acceso a alimentos, agua,

asistencia médica, apoyo para la agricultura, la ganadería y la pesca y el colapso de los sistemas de salud, saneamiento y mercado, han empujado a la gente a la inanición.

El acceso a los alimentos en Gaza sigue siendo gravemente limitado. En julio, el número de hogares que reportaron hambre extrema se duplicó en todo el territorio en comparación con mayo y se triplicó con creces en la ciudad de Gaza. Más de una de cada tres personas (39%) indicó que pasaba días sin comer, y los adultos suelen saltarse comidas para alimentar a sus hijos.



La desnutrición infantil en Gaza se está acelerando a un ritmo catastrófico. Solo en julio, más de 12.000 niños fueron identificados con desnutrición aguda, la cifra mensual más alta jamás registrada y un aumento de seis veces desde principios de año. Casi uno de cada cuatro de estos niños sufría desnutrición aguda grave, la forma más mortal, con consecuencias a corto y largo plazo.

Desde el [último análisis del IPC en mayo](#), el número de niños que se prevé que corran grave riesgo de muerte por desnutrición para fines de junio de 2026 se ha triplicado, pasando de 14.100 a 43.400. De igual manera, en el caso de las mujeres embarazadas y lactantes, el número estimado de casos se ha triplicado, pasando de 17.000 en mayo a 55.000 mujeres que se prevé que sufran niveles alarmantes de desnutrición para mediados de 2026. El impacto es visible: uno de cada cinco bebés nace prematuro o con bajo peso.

La nueva evaluación informa del deterioro más severo desde que el IPC comenzó a analizar la inseguridad alimentaria aguda y la desnutrición aguda en la Franja de Gaza, y marca la primera vez que se confirma oficialmente una hambruna en la región del Medio Oriente.

Desde julio, los suministros de alimentos y ayuda que entran a Gaza aumentaron ligeramente, pero siguen siendo enormemente insuficientes, inconsistentes e inaccesibles en comparación con las necesidades.

Mientras tanto, [aproximadamente 98% de las tierras de cultivo del territorio están dañadas](#) o son inaccesibles, lo que ha diezmando el sector agrícola y la producción alimentaria local, y nueve de cada diez personas han sido desplazadas en serie de sus hogares. El dinero escasea críticamente, las operaciones de ayuda siguen gravemente interrumpidas y la mayoría de los camiones de la Organización de Naciones Unidas (ONU) han sido saqueados en medio de una creciente desesperación. Los precios de los alimentos son extremadamente altos y no hay suficiente combustible ni agua para cocinar, ni medicamentos ni suministros médicos.

El sistema de salud de Gaza se ha deteriorado gravemente, el acceso al agua potable y a los servicios de saneamiento se ha reducido drásticamente, mientras que las infecciones resistentes a múltiples fármacos están aumentando y los niveles de morbilidad –incluida diarrea, fiebre, infecciones respiratorias y cutáneas agudas– son alarmantemente elevados entre los niños.

Para facilitar las operaciones humanitarias que salvan vidas, las agencias de la ONU enfatizaron la importancia de un alto el fuego inmediato y sostenido para detener la matanza, permitir la liberación segura de los rehenes y permitir el acceso sin obstáculos de una afluencia masiva de asistencia para que llegue a la población de Gaza. Subrayaron la urgente necesidad de ma-

yores cantidades de ayuda alimentaria, junto con una mejora drástica en la entrega, distribución y accesibilidad, así como de alojamiento, combustible, gas para cocinar e insumos para la producción de alimentos. Hicieron hincapié en la importancia crucial de apoyar la rehabilitación del sistema de salud, mantener y reactivar los servicios de salud esenciales, incluida la atención primaria, y garantizar la entrega sostenida de suministros médicos a Gaza y en toda la Franja de Gaza. La restauración de los flujos comerciales a gran escala, los sistemas de mercado, los servicios esenciales y la producción local de alimentos también es vital para evitar las peores consecuencias de la hambruna.



”La población de Gaza ha agotado todos los medios posibles para sobrevivir. El hambre y la desnutrición se cobran vidas a diario, y la destrucción de las tierras de cultivo, el ganado, los invernaderos, la pesca y los sistemas de producción alimentaria ha agravado aún más la situación”, declaró el Director General de la FAO, QU Dongyu. “Nuestra prioridad ahora debe ser el acceso seguro y sostenido a la asistencia alimentaria a gran escala. El acceso a los alimentos no es un privilegio, sino un derecho humano fundamental”.

“Las advertencias de hambruna han sido claras durante meses”, declaró Cindy McCain, Directora Ejecutiva del PMA. “Lo que se necesita con urgencia ahora es un aumento de la ayuda, condiciones más seguras y sistemas de distribución de eficacia comprobada para llegar a los más necesitados, dondequiera que estén. El acceso humanitario pleno y un alto el fuego ahora son cruciales para salvar vidas”.

“La hambruna es ahora una cruda realidad para los niños de la provincia de Gaza y una amenaza inminente en Deir al-Balah y Khan Younis”, declaró Catherine Mary Russell, Directora Ejecutiva del UNICEF. “Como hemos advertido repetidamente, las señales eran inequívocas: niños con cuerpos demacrados, demasiado débiles para llorar o comer; bebés muriendo de hambre y por enfermedades prevenibles; padres llegando a las clínicas sin nada para alimentar a sus hijos. No hay tiempo que perder. Sin un alto el fuego inmediato y un acceso humanitario pleno, la hambruna se extenderá y más niños morirán. Los niños al borde de la inanición necesitan la alimentación terapéutica especial que proporciona el UNICEF”.

“Un alto el fuego es un imperativo absoluto y moral ahora”, declaró el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS. “El mundo ha esperado demasiado tiempo, viendo cómo se acumulan muertes trágicas e innecesarias a causa de esta hambruna provocada por el hombre. La desnutrición generalizada implica que incluso enfermedades comunes y generalmente leves, como la diarrea, se están volviendo mortales, especialmente para los niños. El sistema de salud, gestionado por personal sanitario hambriento y exhausto, no da abasto. Es necesario suministrar urgentemente alimentos y medicamentos a Gaza para salvar vidas e iniciar el proceso de revertir la desnutrición. Es necesario proteger los hospitales para que puedan seguir atendiendo a los pacientes. Deben cesar los bloqueos de la ayuda y restablecerse la paz para que pueda comenzar la recuperación”.

---

La Clasificación Integrada de la Seguridad Alimentaria en Fases (IPC) es una iniciativa innovadora de 21 socios, compuesta por agencias de la Organización de Naciones Unidas (ONU) y ONG internacionales, para mejorar el análisis y la toma de decisiones en materia de seguridad alimentaria y nutrición. Mediante la clasificación y el enfoque analítico de la IPC, gobiernos, agencias de la ONU, ONG, la sociedad civil y otros actores relevantes colaboran para determinar la gravedad y magnitud de la inseguridad alimentaria aguda y crónica, así como de la desnutrición aguda en un país, de acuerdo con estándares científicos reconocidos internacionalmente. Más información [aquí](#).

Cuando Angèle, una joven madre residente en la isla de Mbamou, empezó a sentir dolor abdominal unas semanas después de dar a luz, pensó que era solo una molestia leve. Pero los síntomas empeoraron, revelando una infección de cólera. “No entendía qué me estaba pasando. El dolor empezó leve y luego se volvió insoportable. Tenía dolor de estómago, fiebre y me sentía muy débil. Pensé que era normal después del parto. No pensé que fuera una enfermedad”.



Desde el 26 de julio de 2025, la República del Congo enfrenta un brote de cólera que afectó a más de 430 personas y causó 34 muertes. El grupo etario más afectado es el de 15 a 24 años, y las zonas más afectadas son la isla de Mbamou, Talangaï, en el departamento de Brazzaville, y Mossaka-Loukolela, en el departamento de Congo-Ubangui.

Tras la declaración oficial del brote, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en colaboración con el gobierno y sus socios, activó rápidamente su Sistema de Gestión de Incidentes (IMST) y apoyó el despliegue de tres equipos multidisciplinarios en zonas prioritarias. Estos equipos ayudaron a estructurar la respuesta, confirmar casos y fortalecer las capacidades nacionales en estrecha colaboración con los actores sobre el terreno.

El apoyo de la OMS incluyó la entrega de 7 toneladas de medicamentos y botiquines contra el cólera, el establecimiento de centros de tratamiento en Mbamou, Mossaka y Talangaï, la capacitación de 172 profesionales sanitarios en gestión de casos y prevención de infecciones, y la formación de 250 relevos comunitarios sobre medidas preventivas. La OMS también proporcionó una lancha rápida para facilitar el transporte entre la isla de Mbamou y Brazzaville, reforzó la vigilancia en los puntos de ingreso y apoyó la desinfección de 61 pozos y varios centros de salud.

Sobre el terreno, los profesionales sanitarios presenciaron mejoras gracias a este apoyo. El Dr. Nelson Bokale, director médico del distrito sanitario de la isla de Mbamou, recuerda el difícil comienzo. “Durante casi cinco años, he enfrentado muchos desafíos, pero la respuesta al brote de cólera fue particularmente significativa. Antes de que llegara el apoyo, hicimos lo que pudimos con los recursos disponibles. La llegada del equipo de apoyo fue un punto de inflexión. Reforzó nuestros esfuerzos y nos permitió organizar una respuesta más estructurada”, enfatizó.

La OMS también apoyó la vigilancia epidemiológica, la búsqueda activa de casos y la instalación de circuitos de agua para las unidades de tratamiento. Se movilizaron expertos en enfermedades infecciosas, logística, higiene, agua y saneamiento, y comunicación de riesgos. Gracias a estos esfuerzos conjuntos, la dinámica del brote ha cambiado y los indicadores están mejorando. En la isla de Mbamou, en particular, la tasa de letalidad se redujo a la mitad, pasando de

11,7% a 4,8% en dos semanas. Al 15 de agosto de 2025, de los 12 casos activos en la isla, cinco estaban hospitalizados, mientras que los otros siete recibían atención ambulatoria.

Durante una visita de campo, el Dr. Vincent Dossou Sodjinou, Representante de la OMS en la República del Congo, describió el progreso con optimismo. “La tendencia del brote está disminuyendo. El personal sanitario está activo, los centros de tratamiento están operativos y las comunidades están mejor informadas. Encomiamos la colaboración entre el gobierno y la OMS, que permitió una respuesta rápida y eficaz”, afirmó.



El socio complementó los esfuerzos de la OMS reparando pozos, distribuyendo pastillas purificadoras de agua a más de 1.300 hogares e instalando estaciones de lavado de manos en la zona afectada. Desde entonces, se han realizado campañas de concienciación que han llegado a miles de familias para fortalecer la adhesión a las medidas preventivas.

Ya recuperada, Angèle es defensora de derechos y participa activamente en la concienciación comunitaria. “Les digo a todos en la comunidad que, si tienen síntomas, no se queden en casa. Que acudan al centro de salud para recibir tratamiento”, dijo con convicción.



UGANDA

CASO MORTAL DE FIEBRE DEL VALLE  
DEL RIFT EN EL DISTRITO DE MBALE

21/08/2025

El Ministerio de Salud de Uganda informó sobre un caso mortal confirmado de fiebre del Valle del Rift en el distrito de Mbale, al este de Uganda, el 8 de agosto.

Se trató de un hombre de 67 años que desarrolló dificultad respiratoria a fines de julio. Fue derivado al Hospital Regional de Referencia de Mbale y falleció al llegar.

El Instituto de Investigación de Virus de Uganda analizó la muestra post mortem mediante la prueba de reacción en cadena de la polimerasa, la que dio positivo para el virus de la fiebre del Valle del Rift.

Esta enfermedad es causada por un virus transmitido por mosquitos, endémico en algunas zonas de África. Infecta principalmente a animales como ovejas, vacas y cabras, y puede tener impacto económico en las comunidades debido a la pérdida de ganado.

Los humanos se infectan por contacto con sangre u órganos de animales infectados. El sacrificio de animales es una de las principales causas de transmisión a los humanos. Ciertas ocupaciones, como la agricultura, la ganadería y la veterinaria, presentan un mayor riesgo de contraer la fiebre del Valle del Rift.

También puede transmitirse a los humanos a través de picaduras de mosquitos y de moscas hematófagas.

La mayoría de los casos de fiebre del Valle del Rift son leves y los síntomas incluyen fiebre, dolor de cabeza y dolor muscular. Sin embargo, un pequeño porcentaje de personas puede desarrollar una enfermedad grave, como retinitis, encefalitis y fiebre hemorrágica. Menos de 1% de las personas infectadas fallecen.

El año pasado se notificaron ocho casos y cinco muertes en Uganda.

## **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](mailto:reporteepidemiologicocba@gmail.com) aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.