

Información Emergencias en Salud de Interés Internacional - ESPII corte a julio del 2025

Jenny Mora¹ .

Seguimiento a brote de Cólera

El 24 de julio del presente año la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó que entre enero y junio de 2025 se registraron 305 903 casos de cólera y 3 522 muertes por esta causa en 28 países, distribuidos en tres regiones: el Mediterráneo Oriental, África y Asia Sudoriental. En junio se registraron 62 330 nuevos casos y 527 fallecimientos, lo que representa una reducción del 8 % respecto al mes anterior. A pesar de esta disminución, el riesgo global sigue siendo extremadamente alto, con cerca de mil millones de personas en situación de vulnerabilidad.

La región más afectada fue el Mediterráneo Oriental, seguida por África y luego por Asia Sudoriental. En África los países con mayor número de casos fueron Sudán del Sur, la República Democrática del Congo y Angola. En el Mediterráneo Oriental los países más afectados fueron Afganistán, Yemen y Sudán, destacando Yemen con un aumento del 87 % en los casos durante junio. En Asia Sudoriental, Myanmar, India y Nepal enfrentaron los mayores desafíos, aunque no se informan de muertes durante ese mes.

La respuesta operativa incluye acciones coordinadas con redes como GOARN (Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos), y con socios como UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) y IFRC (Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja). Las medidas abarcan: vigilancia epidemiológica, fortalecimiento de laboratorios, campañas de vacunación, manejo clínico de casos, control de infecciones y actividades de WASH (Agua, Saneamiento e Higiene).

No obstante, la disponibilidad de vacunas orales contra el cólera es limitada: nueve países han solicitado 36 millones de dosis, pero la oferta actual

es insuficiente. Entre los principales desafíos se encuentran: infraestructura WASH deficiente, baja producción de vacunas, conflictos armados, retrasos en la vigilancia, riesgo de transmisión transfronteriza, falta de coordinación entre actores, escasez de personal capacitado y recursos financieros limitados.

Para enfrentar estos retos la OMS y sus aliados trabajan en la planificación de escenarios, fortalecen la coordinación transfronteriza, apoyan a los ministerios de salud y promueven inversiones sostenidas para mejorar la prevención y respuesta ante el cólera [1].

Informe de seguimiento a brote de Mpox

El 31 de julio la OMS publicó una visión actualizada de la situación epidemiológica global de Viruela símica (Mpox). Entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2025 se han confirmado 30 022 casos de Mpox y 119 muertes en 79 países. Los países más afectados son la República Democrática del Congo (13 927 casos), Uganda (6 230), Sierra Leona (4 876) y Burundi (1 243). En las últimas semanas se ha observado una disminución general de casos, especialmente en Sierra Leona y la República Democrática del Congo (RDC), aunque Uganda continúa con transmisión comunitaria activa, principalmente entre adultos jóvenes. Casi la mitad de las muertes se han registrado en personas que viven con VIH.

El informe destaca que todos los clados del virus de la viruela símica siguen circulando en varios países. Gambia y Mozambique han reportado casos por primera vez: Gambia con clado IIb y Mozambique con clado Ib. En África 21 países han informado transmisión activa en las últimas seis semanas. Además, se han reportado casos importados de clado Ib en Australia, Reino Unido y China, todos vinculados a viajes recientes desde países africanos. En China la clasificación de transmisión ha sido actualizada a "casos vinculados a viajes", aunque no se descarta transmisión no detectada.

Mozambique declaró un brote en la provincia de Niassa, con casos entre trabajadores mineros y contactos cercanos. Este evento marca la primera transmisión comunitaria de clado Ib en el país. Uganda, por su parte, ha reportado más de 7 500 casos desde julio de

1. Profesional especializada Equipo Urgencias y Emergencias Subdirección de Vigilancia en Salud Pública.

2024, con una tendencia descendente desde marzo de 2025, aunque algunas ciudades regionales han mostrado resurgimientos temporales.

En cuanto a la respuesta global, la OMS está trabajando bajo el marco de prevención, preparación, respuesta y resiliencia (HEPR), centrado en cinco componentes clave: coordinación de emergencias, vigilancia colaborativa, protección comunitaria, atención segura y escalable, y acceso a contramedidas como vacunas. Hasta la fecha, más de 869 000 dosis de la vacuna MVA-BN han sido administradas en ocho países africanos, siendo la RDC el principal receptor. La OMS también ha organizado reuniones técnicas y capacitaciones para optimizar las estrategias de vacunación y mejorar la gestión clínica y la prevención de infecciones [2].

Monitoreo de caso humanos de influenza A(H9N2)

El 18 de julio de 2025 la Oficina Regional del Pacífico Occidental de la OMS informó sobre dos nuevos casos humanos de influenza aviar A(H9N2) en China. El primero ocurrió en la provincia de Guangdong, con inicio de síntomas el 28 de mayo de 2025, siendo el tercer caso reportado en esa provincia durante el año. El segundo caso fue en la provincia de Hubei, con síntomas que comenzaron el 21 de junio de 2025, y representa el segundo caso en esa región en 2025. Ambos pacientes estuvieron expuestos a aves de corral y se recuperaron sin necesidad de hospitalización.

En total, durante 2025 se han reportado 22 casos humanos de infección por el virus de influenza A(H9N2) en China, incluyendo cuatro casos cuyos síntomas comenzaron a finales de 2024. Ninguno de estos casos presenta vínculos epidemiológicos entre sí. Desde 2015 China ha notificado a la OMS un total de 132 casos humanos de influenza aviar A(H9N2), incluyendo dos muertes, lo que representa una tasa de letalidad del 1,5 %.

Los casos humanos de influenza A(H9N2) son esporádicos y se han observado principalmente en niños pequeños. El contacto directo con aves infectadas o con ambientes contaminados es la fuente más probable de infección en humanos. En la mayoría de los

casos la enfermedad se presenta con síntomas leves. Hasta la fecha no se han reportado agrupaciones de casos humanos ni evidencia de transmisión sostenida entre personas. Según la OMS, la probabilidad de transmisión de persona a persona es baja [3].

Monitoreo de casos humanos de Influenza A(H5N1)

El 21 de julio de 2025 el Ministerio de Salud de Camboya informó un caso humano de infección por el virus de la influenza aviar A(H5N1) en un niño menor de 10 años, residente en la provincia de Tbong Khmum, siendo el primer caso reportado en esa provincia durante el año. El paciente presentó síntomas como fiebre, tos, diarrea, vómito, dificultad para respirar y actualmente recibe atención médica intensiva. Se identificaron aves enfermas y muertas a 100 metros de su casa y se confirmó contacto frecuente entre el niño y las aves.

Las autoridades están realizando investigaciones activas del brote, rastreo de contactos y medidas de prevención siguiendo los protocolos establecidos. Aún no se ha determinado el clado del virus en este caso, aunque siete de los trece casos reportados en Camboya en 2025 pertenecen al clado 2.3.2.1e. Hasta el 22 de julio de 2025 Camboya ha reportado 13 casos humanos de H5N1 en el año, incluyendo seis muertes. Desde 2003 el país ha registrado 85 casos, con 49 muertes, lo que representa una tasa de letalidad del 58 %.

Además, el 1 de julio de 2025, la Organización Mundial de la Salud informó un caso humano en un hombre del estado de Karnataka, India. Las muestras fueron tomadas en mayo y el paciente falleció posteriormente. No se conocen detalles sobre su exposición, pero el clado identificado fue 2.3.2.1a, que circula en aves en India. Este es el segundo caso humano en India en 2025 y el tercero desde 2003. Todos los casos en India han sido mortales.

A nivel mundial desde 2003 y hasta el 22 de julio de 2025 se han reportado 988 casos humanos de infección por H5N1, con 474 muertes, lo que representa una tasa de letalidad del 48 %. Estos casos se han registrado en 25 países, incluyendo algunos en los

que la exposición ocurrió en el extranjero. No se ha detectado transmisión sostenida entre humanos. La evidencia virológica actual indica que los virus H5N1 siguen siendo adaptados a aves. Aunque hay una transmisión generalizada en animales, la transmisión a humanos sigue siendo poco frecuente. Por lo tanto, el riesgo se sigue considerando bajo. El contacto directo con aves infectadas o ambientes contaminados es la principal vía de infección, y el uso de equipo de protección personal es clave para reducir el riesgo, especialmente en entornos de traspatio [3].

Vigilancia estacional de la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo

Desde enero hasta el 16 de julio de 2025 se han reportado casos de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo (CCHF) en Grecia y España. En Grecia se confirmaron dos casos en la región de Tesalia, donde no se había registrado previamente circulación del virus ni casos humanos. El primer caso probablemente se infectó por la picadura de una garrapata, mientras que el segundo fue un profesional de salud que atendió al paciente. La vía exacta de transmisión aún está bajo investigación. Estos son los primeros casos en Grecia desde 2008, cuando se reportó uno en la región de Tracia.

En España también se reportaron dos casos en la provincia de Salamanca, una zona donde el virus circula entre animales y ya se habían registrado casos humanos. Entre 2016 y 2024 se documentaron 16 casos autóctonos, principalmente entre abril y agosto. Salamanca es considerada un punto crítico, con la garrapata *Hyalomma marginatum* como principal vector. Estudios en animales han mostrado una seroprevalencia superior al 70 % en esa región.

Aunque el riesgo para la población general es bajo, aumenta significativamente en personas expuestas a garrapatas como cazadores, senderistas, trabajadores forestales o quienes realizan vigilancia animal. Se recomienda aplicar medidas personales de protección contra picaduras para prevenir CCHF y otras enfermedades transmitidas por garrapatas. Además de la transmisión por vectores, se ha documentado la propagación del virus en entornos sanitarios, generalmente por contacto directo con sangre

o fluidos corporales de pacientes o con superficies contaminadas. En 2024 la OMS publicó directrices para la prevención y control de infecciones por CCHF en hospitales [4].

Eventos adversos graves de la vacuna IXCHIQ contra la enfermedad del virus chikungunya

Entre el 7 y el 10 de julio de 2025 el Comité de Evaluación de Riesgos de Farmacovigilancia (PRAC) de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) concluyó la revisión de la vacuna viva atenuada contra el chikungunya, IXCHIQ. Se levantó la restricción temporal para mayores de 65 años, aunque se recomienda su uso solo en situaciones de alto riesgo y tras una evaluación cuidadosa. La vacuna sigue contraindicada para personas inmunocomprometidas.

El 7 de mayo la EMA reportó 17 eventos adversos graves (SAEs) en personas entre los 62 y 89 años que recibieron la vacuna, incluyendo dos muertes ocurridas en La Reunión durante una campaña de vacunación. Hasta el 30 de abril se habían registrado 15 SAEs: nueve en Europa (principalmente en Francia) y seis en Estados Unidos. Cuatro de los casos europeos fueron en mayores de 80 años con comorbilidades, de los cuales uno falleció.

El 26 de abril el Ministerio de Salud de Francia informó tres SAEs en mayores de 80 años vacunados en La Reunión, dos con síntomas graves similares a chikungunya, y uno fallecido. El Centro Regional de Farmacovigilancia de Burdeos encontró alta probabilidad de relación causal con la vacuna, al detectar el virus vacunal por PCR.

Ante estos casos, la Dirección General de Salud de Francia solicitó a la Autoridad Nacional de Salud (HAS) una reevaluación urgente. El 25 de abril la HAS recomendó suspender la vacunación en mayores de 65 años, con o sin comorbilidades, hasta nuevo análisis. La vacuna sigue disponible para personas entre 18 y 64 años con comorbilidades, pero se desaconseja para viajeros mayores de 65 años.

En Estados Unidos el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) de los Centros para el Control

y la Prevención de Enfermedades (CDC) reportó seis SAEs en mayores de 65 años, cinco con hospitalización por síntomas cardíacos o neurológicos. Estos casos están bajo investigación y el CDC recomienda evaluar individualmente los riesgos y beneficios de la vacuna en viajeros [4].

Brote de salmonella relacionado con frijoles germinados congelados

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) han emitido una alerta de seguridad alimentaria debido a un brote de infecciones por salmonella que afecta a varios estados de Estados Unidos. El brote está vinculado al consumo de frijoles germinados congelados y hasta el momento se han registrado once casos en diez estados, todos con la misma cepa. Cuatro personas han sido hospitalizadas y no se han reportado fallecimientos.

El 16 de julio de 2025 la empresa Chetak LLC Group retiró del mercado dos productos de la marca Deep: frijoles moong (mung) germinados congelados y frijoles moth (mat) germinados congelados. Se recomienda no consumir, vender ni servir estos productos, ya que forman parte del retiro.

Las personas que tengan estos productos deben desecharlos o devolverlos al lugar de compra. Además, se aconseja lavar con agua caliente y jabón o utilizar el lavavajillas para cualquier superficie o utensilio que haya estado en contacto con los frijoles germinados congelados. En caso de presentar síntomas graves relacionados con salmonella se debe acudir a un profesional de salud.

Los establecimientos comerciales deben abstenerse de vender o servir los productos retirados y deben limpiar y desinfectar todas las superficies y utensilios que hayan estado en contacto con ellos. También se recomienda seguir las pautas de manejo seguro de alimentos establecidas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) para prevenir la contaminación cruzada.

La infección por salmonella suele provocar diarrea, fiebre y cólicos abdominales entre las 6 horas y 6 días posteriores a la exposición. La enfermedad suele

durar entre 4 y 7 días y, en la mayoría de los casos, no requiere tratamiento médico; sin embargo, puede ser más grave en niños menores de 5 años, adultos mayores de 65 y personas con sistemas inmunitarios debilitados [5].

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Multi-country outbreak of cholera, external situation report #28 -24 July 2025 Edition 28 [Internet]. WHO: Publications/Overview; 2025 [Consultado el 10 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/multi-country-outbreak-of-cholera--external-situation-report--28--24-july-2025>
2. Organización Mundial de la Salud. Multi-country outbreak of mpox, External situation report #56 - 31 July 2025, Edition 56 [Internet]. WHO: Publications/Overview; 2025 [Consultado el 11 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/multi-country-outbreak-of-mpox--external-situation-report--56---31-july-2025>
3. European Centre for Disease Prevention and Control. Communicable disease threats report, 19 - 25 July 2025, week 26 [Internet]. ECDC; 2025 [Consultado el 11 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/communicable-disease-threats-report-19-25-july-2025-week-30>
4. European Centre for Disease Prevention and Control. Communicable disease threats report, 12 - 18 July 2025, week 29 [Internet]. ECDC; 2025 [Consultado el 11 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/communicable-disease-threats-report-12-18-july-2025-week-29>
5. U. S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Los CDC advierten sobre un brote de Salmonella relacionado con frijoles germinados congelados - 17 de julio 2025 [Internet]. CDC - Sala de prensa; 2025 [Consultado el 11 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/media/releases/2025/2025-cdc-warns-of-salmonella-outbreak-linked-to-frozen-sprouted-beans.html>