

Información sobre emergencias en salud de interés internacional – ESPII: corte a abril de 2025

Jenny Mora¹

Enfermedad meningocócica invasiva - Reino de Arabia Saudita

En publicación del 11 de abril de la Organización Mundial de Salud (OMS) se informa que el 13 de marzo de 2025 Arabia Saudita notifica 11 casos de enfermedad meningocócica invasiva (EMI) relacionados con la Umrah y el Hajj (peregrinación islámica a la Meca). La baja tasa de vacunación entre los peregrinos internacionales (54 %) aumenta el riesgo de propagación internacional de la enfermedad.

Los 11 casos confirmados de EMI ocurrieron entre el 7 de enero y el 12 de marzo de 2025, en individuos que asistieron a peregrinaciones religiosas en la Meca. En la mayoría de los casos las personas no estaban vacunadas. Todos se recuperaron tras recibir tratamiento en hospitales de Arabia Saudita. Se identificó la cepa *Neisseria meningitidis* serogrupo W135.

La enfermedad meningocócica invasiva (EMI) es una infección bacteriana grave causada por *Neisseria meningitidis* que puede llevar a complicaciones severas y con una alta tasa de mortalidad. Los brotes son más probables en áreas con baja cobertura de vacunación y hacinamiento, condiciones que se presentaron durante el Hajj y la Umrah. Aunque la vacunación es obligatoria para los peregrinos, la conformidad ha disminuido en los últimos años, aumentando el riesgo de brotes. En 2024 y 2025 se reportaron varios casos de EMI asociados a la Umrah, algunos con cepas resistentes antimicrobiana, complicando el tratamiento. La vigilancia y la vacunación son esenciales para prevenir la propagación internacional de la enfermedad.

La respuesta de salud pública de las autoridades sanitarias está relacionada con la emisión de requisitos en salud para el Hajj y la Umrah, incluyendo la vacunación. Desde

la vigilancia en salud pública se realizan exámenes en puntos de entrada y evaluaciones de riesgo regulares; se ha establecido un sistema de vigilancia electrónica para monitorear la EMI; las instituciones de salud están preparadas para manejar casos de EMI y administrar quimioprofilaxis a contactos cercanos; se utiliza la vacunación dirigida con una vacuna conjugada para prevenir la enfermedad en la comunidad, y se realizan campañas de concienciación para promover la detección temprana y la vacunación.

La Organización Mundial de la Salud aconseja asegurar la vacunación antes de viajar; mejorar la detección, investigación y manejo oportuno de casos y contactos cercanos; fortalecer la vigilancia en tiempo real y monitorear las tendencias de resistencia antimicrobiana, y promover la comunicación de riesgos y la participación comunitaria para mejorar la conformidad con la vacunación.

De acuerdo con la evaluación de riesgos de la OMS, la enfermedad meningocócica sigue siendo un desafío de salud pública, especialmente durante eventos de congregación masiva como el Hajj y la Umrah y por la baja adherencia a la vacunación que aumenta el riesgo de transmisión y brotes [1].

Enfermedad por el virus de Sudán en Uganda

El 26 de abril de 2025 el Ministerio de Salud de Uganda declaró el fin del brote de la enfermedad por el virus de Sudán (EVS), después de 42 días sin nuevos casos. Se reportaron 14 casos en total (12 confirmados y dos probables), incluyendo cuatro muertes. La OMS y sus socios apoyaron al gobierno en la contención del brote.

Durante el brote, que se declaró el 30 de enero de 2025, en total se identificaron y siguieron 534 contactos. Los casos se reportaron en siete distritos de Uganda. La mayoría de los casos confirmados recibieron atención en centros de tratamiento de EVS. La EVS es una enfermedad grave causada por el virus de Sudán, similar al virus del Ébola. Se caracteriza por fiebre, síntomas no específicos y, en casos graves, manifestaciones hemorrágicas y fallo multiorgánico. La transmisión ocurre por contacto directo con fluidos corporales infectados.

¹ Equipo Urgencias y Emergencias, Subdirección de Vigilancia en Salud Pública. Secretaría Distrital de Salud.

Las autoridades sanitarias dieron respuesta de salud pública con la activación de estructuras de coordinación y despliegue de equipos de respuesta rápida: vigilancia y rastreo de contactos con gestión de alertas, investigaciones de casos y seguimiento de contactos, manejo de casos con el establecimiento de unidades de aislamiento y tratamiento, apoyo a los sobrevivientes; también se dieron el fortalecimiento de capacidades de laboratorio y secuenciación del genoma, la prevención y control de infecciones, limpieza y desinfección de sitios, entrega de recomendaciones a trabajadores de salud, y comunicación de riesgos y participación comunitaria. Las acciones permitieron el control de evento, por lo que el brote se declaró terminado el 26 de abril de 2025 [2].

Influenza aviar A(H5N1) en México

El 2 de abril de 2025 México notificó a la OMS la primera infección humana confirmada con el virus de la influenza aviar A(H5N1) en el estado de Durango. Las autoridades de salud han implementado medidas para monitorear, prevenir y controlar la situación. No se han identificado más casos humanos relacionados con este incidente.

El caso confirmado es un niño menor de 10 años de la ciudad de Durango que presentó síntomas el 7 de marzo de 2025 y falleció el 8 de abril debido a complicaciones respiratorias; el caso no presentaba condiciones médicas subyacentes. La fuente de infección sigue bajo investigación. Se identificaron 91 contactos (incluidos 21 contactos domésticos, 60 trabajadores de la salud y 10 individuos de un centro de cuidado infantil); se ha realizado toma de muestras y seguimiento a los contactos, donde no se han identificado más casos de infección humana con influenza A(H5N1) relacionados con este caso. Los virus de influenza animal pueden infectar a humanos, generalmente a través del contacto directo con animales infectados o ambientes contaminados. La infección humana puede variar desde síntomas leves hasta condiciones graves. Desde 2003, se han reportado 972 casos humanos de A(H5N1) a la OMS, con una tasa de letalidad del 48.4 %.

Las autoridades en salud pública están realizando investigaciones epidemiológicas y fortaleciendo

la vigilancia de virus respiratorios. Se ha activado un enfoque de salud coordinado de la respuesta entre los sectores animal y ambiental. Se reforzaron las medidas de bioseguridad en granjas y se mantiene la vigilancia epidemiológica en aves de corral y aves silvestres.

Este es el segundo caso documentado de infección humana con influenza aviar A(H5) en México y el primero con A(H5N1); no se han identificado casos adicionales relacionados. La OMS evalúa el riesgo general para la salud pública como bajo, aunque el riesgo para individuos con exposición ocupacional es considerado bajo a moderado.

La OMS recomienda mantener sistemas de vigilancia robustos para detectar y monitorear cambios virológicos, epidemiológicos y clínicos. Se aconseja evitar el contacto directo con animales enfermos o muertos y seguir prácticas de higiene y seguridad alimentaria. En caso de infección humana confirmada o sospechada, se debe iniciar una investigación epidemiológica completa [3].

Alerta epidemiológica de sarampión en las Américas

Entre el 1 de enero y el 18 de abril de 2025 se han confirmado 2318 casos de sarampión, incluyendo tres muertes, en seis países de la Región de las Américas, un aumento de 11 veces en comparación con el mismo período en 2024. Los países de la región donde se han confirmado los casos son Argentina, Belice, Brasil, Canadá, México y Estados Unidos. Los casos incluyen importaciones y transmisiones locales. La mayoría de los casos han ocurrido entre personas de 1 a 29 años, no vacunadas o con estado de vacunación desconocido.

En *Argentina* se reportaron 21 casos confirmados, distribuidos entre la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (n=10) y la Provincia de Buenos Aires (n=11). *Belice* confirmó el 12 de abril dos casos positivos en los distritos de Corozal y Cayo, ambos sin antecedente de vacunación y con historial de viaje reciente a Chihuahua, México. En *Brasil*, entre el 1 de enero y el 18 de abril se notificaron cinco casos confirmados en el Distrito Federal (n=1), Río de Janeiro (n=2), Río Grande del Sur (n=1) y São Paulo (n=1), en su mayoría en menores

de un año sin esquema de vacunación y adultos con antecedentes de viajes internacionales. *Canadá* reportó 1069 casos confirmados y probables entre el 1 de enero y el 12 de abril distribuidos en siete provincias (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Ontario, Isla del Príncipe Eduardo, Quebec y Saskatchewan), con predominio en individuos no vacunados pertenecientes a comunidades con baja cobertura vacunal. *México* confirmó 421 casos en el mismo periodo, de los cuales 2 fueron importados, 35 relacionados con importación y 384 se encuentran en investigación; el estado de Chihuahua concentra la mayor carga con 403 casos, incluyendo un fallecimiento. En *Estados Unidos* hasta el 17 de abril se han confirmado 800 casos (incluidas dos mortalidades) en 25 jurisdicciones, la mayoría asociados a brotes localizados en Texas, Nuevo México y Oklahoma, con un 96 % de los casos en personas no vacunadas o con estado vacunal desconocido.

El sarampión es una enfermedad viral altamente contagiosa que afecta a personas de todas las edades y puede llevar a complicaciones graves como neumonía, diarrea, encefalitis y muerte. La vacuna contra el sarampión es altamente efectiva, con una eficacia del 97 % con dos dosis.

Las autoridades de salud pública están implementando medidas para controlar el brote incluyendo alertas epidemiológicas, monitoreo de la situación, asistencia técnica y campañas de vacunación masiva. La OMS recomienda mantener una cobertura de vacunación homogénea de al menos el 95 % con la primera y segunda dosis de la vacuna contra el sarampión y fortalecer la vigilancia epidemiológica para detectar y responder rápidamente a los casos sospechosos.

La OMS está trabajando estrechamente con los países de la región para prevenir la propagación y reintroducción del sarampión. El riesgo regional se evalúa como alto, mientras que el riesgo global sigue siendo moderado [4].

Fiebre amarilla en la Región de las Américas

Desde el inicio hasta el 12 abril de 2025 se notificaron 189 casos humanos confirmados de fiebre amarilla en cuatro países de la Región de las Américas, incluyendo

74 muertes asociadas (letalidad global aproximada del 39 %). A diferencia de 2024, cuando los casos se concentraron en la región amazónica, en 2025 se han detectado brotes en zonas fuera de la amazonía, como São Paulo (Brasil) y Tolima (Colombia), lo que representa un cambio en el patrón geográfico de transmisión.

Se han identificado cuatro países afectados en la región: *Brasil* con 102 casos (41 muertes), presentados en São Paulo, Pará, Minas Gerais y Tocantins; 89 % de los casos son hombres, entre 10 y 75 años, solo un caso tenía antecedente de vacunación; se reportaron 518 epizootias en primates no humanos, 53 confirmadas para fiebre amarilla. En *Colombia* se han notificado 53 casos (21 muertes), en los departamentos de Caldas (1 caso fatal), Caquetá (1 caso fatal), Meta (2 casos, incluyendo una mortalidad), Putumayo (3 casos, incluyendo una mortalidad) y Tolima (n= 46 casos, incluyendo 17 casos fatales); el 79,6 % de los casos son hombres, entre 11 y 89 años; ninguno de los casos tenía antecedente de vacunación; además se han identificado 13 epizootias confirmadas, 12 en Tolima y 1 en Huila. *Perú* reporta 32 casos (11 muertes), en Amazonas, Huánuco, Junín, Loreto y San Martín; 90,6 % de los casos son hombres, entre 6 y 57 años, 71,8 % sin antecedente vacunal; la exposición se ha dado en áreas selváticas por actividades agrícolas. En *Bolivia* se notifican 2 casos (1 muerte), uno en La Paz (caso fatal, sin vacunación) y otro en Tarija (vacunado), ambos con antecedentes de exposición en zonas boscosas; además se confirmó una epizootia en La Paz.

La fiebre amarilla tiene una letalidad entre el 30 y el 60 % en formas graves. Los casos pueden ser leves, con solo requerimientos de hidratación y monitoreo. Otros casos se clasifican como moderados, donde se requiere monitoreo hepático y renal, y un alto porcentaje son casos graves que pueden presentar insuficiencia hepática y renales, con requerimiento de soporte avanzado.

La principal medida preventiva en la vacunación, una sola dosis confiere inmunidad de por vida; por lo tanto, se recomienda alcanzar coberturas ≥ 95 % en zonas de riesgo, implementado estrategias de vacunación infantil a los 12 meses, vacunación reactiva en brotes y uso de dosis fraccionadas (0,1 ml) en caso de escasez (excepto en <2 años, embarazadas, VIH+).

La Organización Panamericana de la Salud recomienda fortalecer la vigilancia epidemiológica y de epizootias, emitir alertas a municipios y servicios de salud, realizar búsqueda activa de casos y revisión de certificados de defunción, georreferenciar casos humanos y epizootias para identificar corredores ecológicos, coordinar con sectores laborales en zonas selváticas, mantener inventarios estratégicos de vacunas, capacitar al personal de salud en diagnóstico, vacunación y manejo clínico, y fortalecer la vigilancia de eventos adversos post-vacunales [5].

Referencias

1. World Health Organization. Invasive meningococcal disease - Kingdom of Saudi Arabia - 11 de April del 2025 [Internet]. [Consultado 10/05/2025]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON563>
2. World Health Organization. Sudan virus disease – Uganda 26 April 2025 [Internet]. [Consultado 11/05/2025]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON566>
3. World Health Organization. Avian Influenza A(H5N1) – Mexico - 17 April 2025 [Internet]. [Consultado 11/05/2025]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON564>
4. World Health Organization. Measles – Region of the Americas - 28 April 2025 [Internet]. [Consultado 11/05/2025]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON565>
5. Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas - 24 de abril del 2025 [Internet]. [Consultado 11/05/2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-fiebre-amarilla-region-americas-24-abril-2025>