



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**

Facultad Nacional de Salud Pública  
Héctor Abad Gómez

**Boletín**

# **Brotos y Epidemias**

## **Infecciosas**

*N° 11 - Agosto 2025*

*Boletín noticioso de brotes y epidemias infecciosas de actualidad elaborado por los estudiantes de la línea de investigación Epidemiología de las Enfermedades Infecciosas, Grupo de investigación Epidemiología, Universidad de Antioquia*

---

Compromiso con la calidad, la calidez, el cuidado y  
la construcción colectiva para la Salud Pública.

---

## Editorial

Apreciados lectores, siempre es un gusto escribir esta nota editorial y celebrar la publicación de un nuevo número del Boletín Brotes y Epidemias Infecciosas, producido por estudiantes y profesores de la Universidad de Antioquia (UdeA). Esta es una publicación intermitente producida en el seno de la línea de investigación en Epidemiología de las Enfermedades Infecciosas del Grupo de Investigación Epidemiología, adscrito a la Facultad Nacional de Salud Pública (FNSP) de la UdeA. El propósito es comunicar de una manera resumida y cercana a todos los públicos, noticias de actualidad relacionadas con la aparición y evolución de brotes, epidemias y potenciales nuevas pandemias de origen infeccioso que están emergiendo en las diferentes regiones del mundo y que pueden tener una relevancia para el contexto colombiana y latinoamericano.

Este número que ustedes están a punto de leer contiene 9 noticias, dos de ellas relacionadas con enfermedades reemergentes de origen viral como la rabia y la fiebre amarilla, que hasta hace poco estuvieron en las noticias. Se abordan otras enfermedades de origen viral que se han logrado mantener controladas con la vacunación, como es el caso del sarampión, que sorpresivamente ha venido reemergiendo con mucha fuerza en los últimos años en Estados Unidos. Un caso similar se presenta para la Tosferina en las Américas, otra enfermedad que se puede prevenir con la vacunación.

A partir de este número hemos ampliado el espectro de noticias y hemos incluido una noticia sobre un terremoto que afectó a Myanmar en el continente asiático, para destacar como este evento natural destruyó parte de la infraestructura en salud del país, dejándolo vulnerable a la aparición de otras enfermedades. Otro tema que nos interesa seguir tratando, son todos los esfuerzos que la gran mayoría de países del mundo vienen realizando para mejorar sus capacidades y preparación para enfrentar futuras pandemias, este es el caso del fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de base comunitaria en Colombia.

Agradezco y felicito a nuestros autoras y autores, estudiantes y egresados de la UdeA, interesados y apasionados por las enfermedades infecciosas. De manera especial agradezco a Omar Esteban Vargas, estudiante de Medicina Veterinaria, quien me ayudó en la revisión y edición de las noticias y al equipo de comunicaciones de la FNSP, quienes nos ayudaron en la diagramación y publicación del boletín.

Por: **Carlos Rojas**

*Profesor titular, Grupo Epidemiología, Coordinador de la Línea de investigación en epidemiología de las enfermedades infecciosas, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.*

*carlos.rojas@udea.edu.co*

## Alerta de tos ferina en Las Américas: llamado a intensificar vigilancia y vacunación

Ruth Centeno-Pilaguano, Diomyra Cuevas-Zárate, Jorge Fallas-Herrera

Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

ruth.centeno@udea.edu.co, diomyra.cuevas@udea.edu.co, jorge.fallas@udea.edu.co

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han emitido una alerta epidemiológica ante el aumento significativo de casos de tos ferina (coqueluche) en la Región de las Américas. Esta situación se relaciona principalmente al descenso sostenido de las coberturas de vacunación, registrado tras la pandemia de COVID-19 (1).

La tos ferina es una infección respiratoria aguda altamente contagiosa, causada por la bacteria *Bordetella pertussis*. Se transmite por gotitas que una persona infectada expulsa al toser o estornudar. Los síntomas aparecen entre 7 y 10 días después de la infección, iniciando con fiebre leve, secreción nasal y tos seca, que progresa a ataques de tos severos acompañado de un sonido característico de "silbido" al inhalar. Esta enfermedad es particularmente peligrosa para los bebés, en quienes puede causar complicaciones graves como neumonía y la muerte. Las personas infectadas son más contagiosas durante tres semanas después del inicio de la tos. Aunque el manejo clínico incluye aislamiento del enfermo y administración de antibióticos, la principal medida de prevención es mediante la aplicación de la vacuna DTP (Difteria, Tétanos, Tos Ferina) (2-4).



Aplicación de vacuna para prevención de tos ferina en niños.  
Bolivia; 2025. Fuente: Agencia Boliviana de Información

A nivel global se ha observado un resurgimiento de la tos ferina tras el descenso de casos durante la pandemia. En las Américas, siete países —Brasil, Colombia, Ecuador, Estados Unidos, México, Paraguay y Perú— notificaron brotes en el 2025, hasta mayo, estos países reportaron 14.201 casos y 93 muertes (1,4).

Frente a esta situación, la OPS/OMS insta a fortalecer la vigilancia epidemiológica, monitorear las coberturas de vacunación en niños menores de 1 y 5 años e identificar a quienes tengan esquemas incompletos. Recomiendan la vacunación en embarazadas y el refuerzo al personal de salud que está en contacto con recién nacidos y lactantes. La tos ferina es prevenible y requiere acciones coordinadas y oportunas para evitar brotes.

En Colombia, durante el periodo epidemiológico 5 (20 de abril al 17 de mayo de 2025), se han notificado 2.269 casos. De estos, 350 fueron confirmados, 1.610 descartados y 309 se encontraban en estudio. Los municipios con mayor carga de enfermedad en este periodo fueron Urrao (Antioquia), Bagadó (Chocó) y La Primavera (Vichada) (5).

El pasado 28 de marzo, el Ministerio de Salud y Protección Social emitió una circular externa en la que insta a las entidades territoriales a fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica y vacunación frente a este evento (6).

La vacunación continúa siendo la principal estrategia de prevención. En Colombia, la vacuna contra la tos ferina está disponible de manera gratuita y se aplica:

- A gestantes a partir de la semana 26 de gestación, o desde la semana 20 en zonas rurales dispersas.
- A niños a los 2, 4, 6 y 18 meses, y nuevamente a los 5 años.

Se recomienda verificar el cumplimiento de los esquemas de vacunación, especialmente en poblaciones vulnerables. Asimismo, es fundamental mantener medidas de higiene respiratoria y consultar oportunamente ante la presencia de síntomas como tos persistente o dificultad respiratoria.

## Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. Alerta epidemiológica: aumento de tos ferina (coqueluche) en la Región de las Américas [Internet]. Washington, DC: OPS; 2025 [citado 2025 jun 15]. Disponible en: <https://www.paho.org>.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Acerca de la tosferina | Whooping Cough [Internet]. Atlanta: CDC; 2024 [citado 2025 jun 17]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/pertussis/es/about/acerca-de-la-tosferina.html>
3. World Health Organization. Pertussis [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [citado 2025 jun 17]. Disponible en: [https://www.who.int/health-topics/pertussis#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/pertussis#tab=tab_2)
4. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. OPS llama a reforzar vigilancia y vacunación ante aumento de tos ferina [Internet]. Washington, DC: OPS; 2025 [citado 2025 jun 17]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/4-6-2025-ops-llama-reforzar-vigilancia-vacunacion-ante-aumento-tos-ferina>
5. Instituto Nacional de Salud. Informe de eventos y tableros de control: tos ferina [Internet]. Bogotá: INS; 2025 [citado 2025 jun 17]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/TOSFERINA%20PE%20V%202025.pdf>
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Circular externa conjunta No 011 de 2025 [Internet]. Bogotá: Minsalud; 2025 [citado 2025 jun 17]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Circular%20Externa%20Conjunta%20No%20011%20de%202025.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20Externa%20Conjunta%20No%20011%20de%202025.pdf)

## Fiebre amarilla en Colombia: alerta sanitaria en diferentes departamentos del país en 2025

*Jorge Fallas-Herrera, Ruth Centeno-Pilaguano, Diomyra Cuevas-Zárate*

Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.  
jorge.fallas@udea.edu.co, ruth.centeno@udea.edu.co, diomyra.cuevas@udea.edu.co

La fiebre amarilla es una enfermedad tropical vírica aguda, causante de una importante mortalidad y letalidad en los sitios donde es endémica, como en África y Sudamérica, siendo transmitida por mosquitos infectados, principalmente *Aedes aegypti* y *Haemagogus* (1,2).

Los principales síntomas de la enfermedad son la fiebre, dolores de cabeza, musculares y abdominales, escalofríos, náuseas y vómitos, así como hemorragias nasales, gástricas e ictericia, es decir, coloración amarillenta en las conjuntivas de los ojos, de allí que sea reconocida como la “fiebre amarilla” (3).

En 2025 la Región de las Américas reportó más de 200 casos confirmados de fiebre amarilla, concentrándose en países como el Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador y Perú. Ha acaparado la atención de las autoridades la identificación de casos fuera de la región amazónica, sobre todo, por el riesgo de brotes en zonas urbanas y con mayor densidad poblacional (4).

En Colombia, entre el 2024 y junio del 2025, se han confirmado 109 casos por fiebre amarilla, de los cuales 47 han fallecido. Siendo los meses del 2025, los que reportaron mayores brotes, lo cual se ve reflejado en 86 casos y 34 muertes con corte al 16 de junio de 2025 (5).

De los 32 departamentos que conforman el país, 10 son los que han reportado casos y muertes, como Caldas, Meta, Vaupés, Guavire, Caquetá, Cauca, Huila, Nariño y Putumayo. Sin embargo, el Tolima, ha sido el departamento con mayores brotes y donde se han concentrado la mayor cantidad de casos y muertes. Al 16 de junio de 2025, se confirmaron 90 casos, de los cuales 33 corresponden a fallecidos (5).



*Vacunación contra la fiebre amarilla en departamento de Tolima, Colombia. Fuente: El Nuevo Día - Tolima*

En el caso del Tolima, ubicado en el centro-oeste del país, en la región andina, se han reportado focos de la enfermedad tanto en el oriente, sur y norte del departamento. Entre los municipios afectados se encuentran: Armero, Chaparral, Ataco, Planadas, Rioblanco, Purificación, Natagaima, Cunday, Prado y Villarrica (6).

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, ha hecho esfuerzos conjuntos con actores claves a nivel nacional, regional y local para reducir los casos. La principal medida de prevención recae en la vacunación, siendo efectiva a los diez días posterior a su aplicación, lo cual es la principal recomendación atribuida por las autoridades sanitarias (1).

Se han establecido puntos de vacunación no solo en los departamentos de mayor riesgo, sino en todo el país. Garantizando que la vacuna sea asequible, segura y gratuita en todo el territorio. Los aeropuertos, terminales de autobuses y centros médicos han servido como sitios de vacunación, a la que han podido acceder las personas, sin importar su estado de afiliación al sistema de salud, nacionalidad o estatus migratorio (1).

Otras de las medidas de prevención se vinculan con la eliminación de criaderos de mosquitos en aguas estancadas, identificación temprana de síntomas, uso de ropa de manga larga, aplicación de repelentes y mosquiteros y evitar viajes a zonas de riesgo. Asimismo, se invita al fortalecimiento de la vigilancia comunitaria, que vincula agentes locales y gestores para identificar y gestionar riesgos de salud pública en comunidades vulnerables (7,8).

## Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. *Fiebre amarilla* [Internet]. Bogotá: Minsalud; 2025 [citado 2025 jun 17]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/fiebre-amarilla.aspx>
2. Instituto Nacional de Salud de Colombia. *Fiebre amarilla: lo que debes saber de esta enfermedad* [Internet]. Bogotá: INS; 2025 [citado 2025 jun 17]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/fiebre-amarilla-datos-ciencia-prevencion.aspx>
3. Yglesias-Rosales M, Rodríguez-González A, Rojas-Montero M. *Fiebre amarilla: un peligro latente* [Internet]. *Acta Med Costarric*. 2005 [citado 2025 jun 17];47(3):127-30. Disponible en: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022005000300004](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022005000300004)
4. Organización Panamericana de la Salud. *Alerta epidemiológica: fiebre amarilla en la Región de las Américas* [Internet]. Washington, DC: OPS; 2025 [citado 2025 jun 17]. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-05/2025-mayo-31-phe-alerta-epidemiologica-fiebre-amarilla-final.pdf>
5. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública. *Boletín epidemiológico semanal* [Internet]. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 2025 [citado 2025 jun 17]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Vista-Boletin-Epidemiologico.aspx>

6. *Gobernación del Tolima. Se confirma nuevo foco de fiebre amarilla en el norte del Tolima [Internet]. Ibagué: Gobernación del Tolima; 2025 [citado 2025 jun 17]. Disponible en: <https://tolima.gov.co/noticias/noticias-secretaria-de-salud/7991-se-confirma-nuevo-foco-de-fiebre-amarilla-en-el-norte-del-tolima>*
7. *Organización Panamericana de la Salud. Primates como centinelas: un avance clave en la vigilancia comunitaria de la fiebre amarilla en Colombia [Internet]. Washington, DC: OPS; 2025 [citado 2025 jun 17]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/3-4-2025-primates-como-centinelas-avance-clave-vigilancia-comunitaria-fiebre-amarilla>*
8. *Organización Panamericana de la Salud. El riesgo para la salud pública asociado a la fiebre amarilla sigue siendo alto en las Américas debido a la continua aparición de casos humanos [Internet]. Washington, DC: OPS; 2025 [citado 2025 jun 17]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/27-5-2025-riesgo-para-salud-publica-asociado-fiebre-amarilla-sigue-siendo-alto-americas>*

## La emergencia del sarampión en la región de las Américas: un llamado ante retrocesos en inmunización

Arturo Pineda, Iader Alfonso Rodríguez Márquez, Yury Johana Silva López\*, Julián Camilo Galvis Ayala, Jhon Edwin Polanco Pasaje

Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.  
jiader.rodriguez@udea.edu.co, yury.silval@udea.edu.co, jcamilo.galvis@udea.edu.co, jhon.polanco@udea.edu.co

\*Estudiante de Doctorado en Epidemiología

El sarampión es una enfermedad viral altamente contagiosa prevenible por vacunación. Su propagación ocurre de persona a persona a través de las gotitas respiratorias cuando una persona infectada respira, estornuda o tose, y se manifiesta con fiebre, tos, coriza, conjuntivitis y erupción cutánea generalizada. Como consecuencia de la enfermedad, pueden presentarse complicaciones como otitis media, laringotraqueobronquitis, neumonía, diarrea, ceguera, encefalitis, deshidratación, y en mujeres embarazadas, parto prematuro y bajo peso al nacer. A pesar de disponer de una vacuna segura y eficaz, el sarampión continúa siendo una causa importante de morbimortalidad, especialmente en niños en entornos de bajos recursos (1).

Hasta la semana epidemiológica 16 se han identificado 2 318 casos de sarampión, 11 veces más que en el mismo periodo de 2024. Los países con mayor notificación de casos fueron Canadá (n=1 069), Estados Unidos de América (n=800) y México (n=421). La mayoría de los casos se presentaron en menores de 30 años, sin vacunación o con un estado de vacunación desconocido. Hasta el momento el sarampión ha ocasionado tres fallecimientos, dos en Estados Unidos de América (Texas) y uno en México (Chihuahua) (2).



Atención médica a paciente menor de edad contagiada de sarampión.  
Fuente: OMS

Estados Unidos de América es uno de los países más afectados en la región de las Américas. Hasta el 12 de junio de 2025, se han reportado 1 197 casos de sarampión, cuatro veces más en comparación con el año anterior. El estado de Texas ha sido el más afectado, con la notificación de más de 700 casos. De un total de 1 197 casos, el 66% se presentaron entre personas menores de 20 años, y la mayoría de los casos (95%) no habían sido vacunados o se desconoce su estado respecto a la vacunación. Además, un 12% de los casos han requerido hospitalización (3).

El sarampión puede prevenirse mediante la administración de dos dosis de la vacuna. Esta se encuentra disponible en diferentes presentaciones de acuerdo con el cubrimiento para otros patógenos virales en: trivalente (sarampión, rubeola y parotiditis) y tetravalente (sarampión, rubeola, parotiditis y varicela) (4). En Colombia, el esquema de vacunación recomendado en niños contempla la primera dosis a los 12 meses de edad, y la segunda dosis a los 18 meses (5). En personas mayores que desconocen su estado de vacunación, se aconseja aplicar una primera dosis de inmediato y una segunda 28 días después. Para quienes planean viajar a países con riesgo de transmisión, se recomienda contar con el esquema completo al menos dos semanas antes del viaje (4).

La Organización Mundial de la Salud hace un llamado para alcanzar una cobertura de vacunación del 95% con dos dosis para lograr la protección comunitaria frente al sarampión (6). Sin embargo, la mayoría de los países en la Región de las Américas no ha logrado cumplir esta meta (Anexos 1 y 2) (7). Ante esta situación, resulta prioritario que los países de la región fortalezcan los sistemas de vigilancia e intensifiquen estrategias destinadas a ampliar la cobertura de vacunación en la población.

## Referencias bibliográficas

1. Hübschen JM, Gouandjika-Vasilache I, Dina J. Measles. *Lancet*. 2022 feb;399(10325):678–90. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02004-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02004-3)
2. World Health Organization. Measles – Region of the Americas [Internet]. *Disease Outbreak News*. 2025 [citado 2025 jun 13]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON565>
3. Centers for Disease Control and Prevention. Measles cases and outbreaks [Internet]. Measles (Rubeola). Atlanta: CDC; 2025 [citado 2025 jun 13]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/measles/data-research/>
4. Centers for Disease Control and Prevention. Measles vaccination [Internet]. Measles (Rubeola). Atlanta: CDC; [citado 2025 abr 23]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/measles/vaccines/index.html>
5. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública Sarampión y Rubéola [Internet]. Bogotá: INS; 2024 jun. Disponible en: <https://doi.org/10.33610/LMUT8636>
6. World Health Organization. Global immunization efforts have saved at least 154 million lives over the past 50 years [Internet]. *News*. Ginebra: OMS; 2024 [citado 2025 abr 23]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/24-04-2024-global-immunization-efforts-have-saved-at-least-154-million-lives-over-the-past-50-years>
7. Organización Mundial de la Salud. Evaluación de riesgo para la salud pública relacionada con el sarampión: implicaciones para la Región de las Américas. Washington, DC: OMS; 2025 mar.

## Respuesta y desafíos del sistema de salud ante el reciente terremoto en Myanmar

Luisa Fernanda Carbal Reyes\*, Nilsa Liliana Valladares Matamoros\*\*

Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.  
luisacarbal@gmail.com, liliana.valladares1@udea.edu.co

\*Egresada de Maestría en Epidemiología - \*\*Estudiante de Doctorado en Epidemiología

El pasado 28 de marzo, un terremoto de magnitud 7,7 sacudió Myanmar, un país del sudeste asiático con cerca de 60 millones de habitantes, registrando 3.145 personas fallecidas, según datos locales. Estas estimaciones se han realizado para el área de Mandalay y el estado Shan, pero se desconoce el estado de las zonas rurales debido al conflicto armado. La emergencia ha puesto a prueba la capacidad de respuesta del país, movilizándolo rápidamente equipos médicos, logísticos y especialistas en agua y saneamiento. Sin embargo, el impacto en la salud ha sido severo: al menos cuatro hospitales quedaron completamente destruidos y otros 40 presentaron daños que dificultan su funcionamiento (1).

La red de salud se vio colapsada ante la alta demanda de atención por lesiones graves como fracturas y aplastamientos, y a su vez, representa un desafío el mantener la atención médica oportuna para evitar brotes de enfermedades endémicas o transmitidas por el agua o por vectores. Además, en este contexto, se necesita garantizar el suministro continuo de energía y agua potable en los centros de salud para poder realizar procedimientos esenciales como cirugías y partos. Las personas con enfermedades crónicas como VIH, tuberculosis, diabetes o hipertensión también requieren seguimiento constante para evitar complicaciones. Médicos Sin Fronteras manifiesta preocupación por el impacto psicológico en las comunidades afectadas, muchas de las cuales sufren estrés y traumas agudos tras el terremoto y las continuas réplicas. Para fomentar la resiliencia, sus equipos imparten activamente formación en primeros auxilios psicológicos como parte integral de la respuesta a la emergencia (2).



Registro de epicentro de terremoto y daños registrados en la ciudad de Mandalay, Myanmar. Fuente: Doctors Without Borders

Los desastres naturales como el terremoto en Myanmar evidencian el enorme impacto que estos eventos pueden tener sobre los sistemas de salud. La destrucción de hospitales, el desplazamiento de la población a zonas no aptas para habitar, la interrupción de servicios básicos y el incremento súbito en la necesidad de atención médica comprometen la respuesta oportuna y efectiva. Más allá de la atención a emergencias inmediatas, es fundamental asegurar la continuidad de los tratamientos para enfermedades crónicas y prevenir brotes de enfermedades transmitidas por el agua, alimentos, e infecciosas como leptospirosis, malaria e incluso las mordeduras de serpientes que se encuentran entre los escombros, entre otros (3,4). Algunos determinantes epidemiológicos que influyen en el riesgo de un brote tras un terremoto son: los niveles endémicos en la comunidad, los cambios ecológicos, el desplazamiento de la población, la densidad de la población, la interrupción de los servicios de salud y la alteración de las facilidades sanitarias (5). Por ello, fortalecer la preparación y la resiliencia de los sistemas de salud es esencial para proteger la vida y el bienestar de las poblaciones afectadas en contextos de desastre.

Finalmente, se destaca que el establecimiento de un sistema de vigilancia de enfermedades tras un terremoto es clave para identificar rápidamente casos y tendencias de infecciones, permitiendo una mejor monitorización, alertas tempranas, desarrollo de vacunas, estrategias de prevención y evaluación del impacto en la salud pública (6).

## Referencias bibliográficas

1. Médecins Sans Frontières. Myanmar earthquake: MSF teams are in Mandalay and Shan state | Doctors Without Borders - USA [Internet]. 2025 [citado 2025 jun 16]. Disponible en: <https://www.doctorswithoutborders.org/latest/myanmar-earthquake-msf-assessments-underway-mandalay-and-shan-state>
2. Médecins Sans Frontières. Beyond the rubble: Mental health needs after Myanmar's earthquake | Doctors Without Borders - USA [Internet]. 2025 [citado 2025 jun 16]. Disponible en: <https://www.doctorswithoutborders.org/latest/beyond-rubble-mental-health-needs-after-myanmars-earthquake>
3. Saatchi M, Khankeh HR, Shojafard J, Barzanji A, Ranjbar M, Nazari N, et al. Communicable diseases outbreaks after natural disasters: A systematic scoping review for incidence, risk factors and recommendations. *Prog Disaster Sci* [Internet]. 2024 oct 1 [citado 2025 jun 16];23:100334. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590061724000243>
4. Comité Internacional de la Cruz Roja - CICR. Myanmar: un mes después del terremoto, los sobrevivientes siguen afrontando adversidades [Internet]. 2025 [citado 2025 jun 16]. Disponible en: <https://www.icrc.org/es/articulo/myanmar-un-mes-despues-del-terremoto-los-sobrevivientes-siguen-afrontando-adversidades>
5. Rodríguez Salvá A, Terry Berro B. Determinación rápida de las necesidades de salud en desastres naturales agudos por terremotos. *Rev Cubana Hig Epidemiol* [Internet]. 2002 [citado 2025 jun 16];40(3):294–307. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032002000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032002000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
6. Mavrouli M, Mavroulis S, Lekkas E, Tsakris A. The impact of earthquakes on public health: A narrative review of infectious diseases in the post-disaster period aiming to disaster risk reduction. *Microorganisms*. 2023;11(4):962.

## Emergencia sanitaria en La Guajira por brote de carbunco bacteridiano en ovicaprinos

Luisa Fernanda Naranjo-Vargas\*, Ómar Esteban Vargas\*\*

luisa.naranjov@udea.edu.co, omar.vargas@udea.edu.co

\*Estudiante de Maestría en Ciencias Veterinarias FCA - UdeA

\*\*Practicante Gobernación de Antioquia y Estudiante de Med. Veterinaria FCA - UdeA

El 26 de diciembre del 2024 el Instituto Colombiano Agropecuario (ICA) declaró emergencia sanitaria en La Guajira debido a la ocurrencia de brotes de carbunco bacteridiano (*Bacillus anthracis*) en ovicaprinos (1,2). En el primer reporte del ICA al Sistema Mundial de Información Zoonositaria (WAHIS) de la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA), el 27 de diciembre, se informó la muerte súbita de 10 cabras y otras 60 susceptibles en la comunidad indígena Wayuu de Antacion en el municipio de Manaure, este evento inició el 20 de noviembre y se confirmó un mes después a través de cultivo microbiológico (2).

Frente a lo anterior, el servicio médico veterinario inició la vigilancia epidemiológica y medidas de control en un perifoco de cinco - 5 kilómetros (km) para detectar casos adicionales y prevenir la propagación de la enfermedad; se inició la vacunación y revacunación de animales susceptibles, cuarentena y restricción de la movilización de semovientes, y eliminación oficial de subproductos y desechos de origen animal. Posterior al inicio del brote, este se extendió a cuatro comunidades más, afectando también a ovejas y elevando la cantidad de brotes a cinco. Todos ocurrieron dentro del área de intervención de 12 km. Previo a la muerte, algunos animales presentaron salivación excesiva y en los brotes posteriores también hemorragias nasales y orales (2).



Estudio de brote de carbunco en ovicaprinos del municipio de Manaure, La Guajira, Colombia. Fuente: elpilon.com

Las medidas de vigilancia y contención se mantuvieron durante los cinco brotes, y adicionalmente se implementó la comunicación del riesgo a personas en mercados y lugares de sacrificio, y el levantamiento paulatino de la restricción de movilización. El 30 de abril del 2025 se informó de un total de 51 animales muertos a causa de los brotes de carbunco bacteridiano y de 2.849 animales susceptibles; pero también de la contención del evento y el fin de este. Siete días después se levantó el estado de emergencia sanitaria en el departamento y hasta la actualidad no se han reportado nuevos brotes (2,3).

El evento descrito representó importancia para La Guajira, dada la dependencia de las comunidades Wayuu por las producciones ovicaprinas para la subsistencia, ingresos económicos y aspectos culturales. En la región, la cría de estos animales se realiza sin cercos ni estabulación (4), facilitando la exposición a suelos que son el reservorio de la bacteria. Esta permanece latente allí hasta por años y forma esporas que se activan cuando aumenta la humedad y hay remoción de tierra por actividades de agricultura o pastoreo, y posteriormente ingresan a su hospedador, que son principalmente los rumiantes.

Es fundamental que frente a brotes como los anteriores, se despliegue un equipo de respuesta sanitaria inmediata, no solo para controlar la diseminación de la infección y sus efectos, sino también para salvaguardar la cadena productiva, soberanía alimentaria y hábitos culturales. También es esencial la educación y construcción de estrategias entre las autoridades y las comunidades que habitan la región, para fortalecer la tenencia responsable de animales, las actividades agropecuarias, la prevención a través de la vacunación y promoción de la salud humana.

## Referencias bibliográficas

1. Instituto Colombiano Agropecuario (ICA). Instituto Colombiano Agropecuario - ICA [Internet]. 2024 [citado 2025 jun 15]. Disponible en: <https://www.ica.gov.co/noticias/ica-declara-emergencia-sanitaria-laguajira>
2. Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA). WAHIS [Internet]. 2025 [citado 2025 jun 15]. Disponible en: <https://wahis.woah.org/#/in-event/6128/dashboard>
3. Instituto Colombiano Agropecuario (ICA). El ICA levantó la emergencia sanitaria por brote de carbunco bacteridiano en La Guajira | ICA - Instituto Colombiano Agropecuario [Internet]. 2024 [citado 2025 jun 15]. Disponible en: <https://www.ica.gov.co/noticias/ica-levanto-emergencia-sanitaria-carbunco>
4. Ortega EKÁ, Salas DJ, Epiayu TF, Epiayu AI, Roys NC, Rodriguez MC, et al. "Manaure con visión empresarial y propósito social": Plan de desarrollo 2024–2027. 2024.

## Alerta sanitaria nacional por brote de rabia humana en el municipio de Jericó, departamento de Antioquia

Omar Esteban Vargas-Martínez\*, Luisa Fernanda Naranjo-Vargas\*\*

luisa.naranjov@udea.edu.co, omar.vargas@udea.edu.co

\*Practicante Gobernación de Antioquia y Estudiante de Med. Veterinaria FCA - UdeA

\*\*Estudiante de Maestría en Ciencias Veterinarias FCA - UdeA

El 18 de marzo de 2025, la Secretaría de Salud e Inclusión Social de la Gobernación de Antioquia publicó el Boletín de Prensa N.º 87, en el cual declaró el despliegue de acciones de prevención, control y contención contra el virus de la rabia a nivel departamental, debido al fallecimiento de una mujer de 24 años, residente en la vereda La Soledad del municipio de Jericó, Antioquia, debido a la enfermedad de la rabia, quien presuntamente contrajo la infección tras una interacción con dos felinos —uno silvestre y uno doméstico— que murieron en su vivienda (1).

La paciente fue remitida desde Jericó al servicio de urgencias de un centro médico de la ciudad de Medellín con un cuadro neurológico agudo, progresivo y de origen desconocido, el cual no respondió al tratamiento médico y provocó su muerte en corto tiempo. Días antes del deceso, el caso fue notificado por el hospital a las entidades correspondientes, quienes se desplazaron de forma inmediata hasta la vivienda de la mujer para realizar la Investigación Epidemiológica de Campo (IEC). El diagnóstico fue confirmado posteriormente por el Laboratorio de Referencia del Instituto Nacional de Salud.



Fotografía Ocelote juvenil rescatado en Vichada.  
Fuente @dfcasanare

En contexto, la rabia es una zoonosis que cursa con una presentación clínica neurológica aguda, progresiva y mortal, causada por el Virus de la Rabia (género *Lyssavirus*). Este ha sido reportado infectando diversas especies de mamíferos a nivel mundial, y su mecanismo de transmisión más eficaz es a través de mordeduras o el contacto con saliva de animales infectados (2). Desde una perspectiva de salud pública, mundialmente se estima que la rabia causa alrededor de 60.000 muertes humanas al año, y se considera la infección de mayor letalidad conocida. En Colombia, con el presente caso, se han registrado un total de 44 muertes por rabia humana desde el año 1999 (3).

Ante la notificación de brotes de rabia en el país, los lineamientos a seguir por parte de las distintas dependencias territoriales se basan en manuales de intervención, guías de atención y protocolos de vigilancia diseñados por las autoridades nacionales de salud (3,4), los cuales orientan las actividades de investigación, intervención y control. Para la contención de este brote, se intervinieron nueve veredas del municipio de Jericó y tres del municipio de Támesis, ubicadas dentro de un diámetro de siete – 7 kilómetros (km), correspondiente al foco y perifoco alrededor de la vivienda de la paciente.

Las acciones consistieron en la vacunación antirrábica del 100 % de los caninos y felinos dentro del perímetro establecido, el censo de personas y animales domésticos en las veredas, la búsqueda activa de personas con un nexo cercano a la paciente, el reporte de especies silvestres con signos clínicos sugestivos de rabia, así como actividades de sensibilización a la comunidad sobre la enfermedad y cómo prevenirla.

Todas las acciones se llevaron a cabo de manera articulada con Instituto Colombiano Agropecuario (ICA), CORANTIOQUIA, y las secretarías de salud municipales y departamental. Hasta la fecha, no se ha reportado ninguna otra persona o animal infectado en la zona, y se continúan las acciones de vigilancia y control para el cierre oficial del brote.

## Referencias bibliográficas

1. *Gobernación de Antioquia. Antioquia intensifica las acciones de prevención y control de la rabia [Internet]. 2025 [citado 2025 jun 15]. Disponible en: <https://antioquia.gov.co/index.php/oculto-secretaria-de-salud/antioquia-intensifica-las-acciones-de-prevencion-y-control-de-la-rabia>*
2. *Organización Panamericana de la Salud. Rabia - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2025 [citado 2025 jun 14]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/rabia>*
3. *Instituto Nacional de Salud. Protocolo de la vigilancia integrada de la rabia [Internet]. Bogotá: INS; 2022 [citado 2025 jun 15]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/SitePages/Evento.aspx?Event=41>*
4. *Ministerio de Salud y Protección Social. Manual para la investigación e intervención de brotes de rabia en Colombia [Internet]. Bogotá: Minsalud; 2021 [citado 2025 jun 15]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/VSP/manual-investigacion-intervencion-brotos-rabia.pdf>*

## Redes Territoriales para el cuidado de la salud: Avances de la Vigilancia Comunitaria en Colombia

Valentina Espinosa Ruiz

Gerente en sistemas de información en salud, investigadora asistente  
valentina.espinosar@udea.edu.co

La vigilancia epidemiológica basada en comunidad (VBC) surge como respuesta a la necesidad de identificar de forma oportuna y participativa eventos de salud pública, especialmente en zonas con difícil acceso geográfico o institucional. El concepto de VBC se complementa a partir de experiencias exitosas como las redes de médicos centinela en Europa desde los años sesenta, y otras plataformas de autorreporte sintomático, como Influzanet en Europa o Dengue na Web en Brasil, que demostraron el valor de la participación ciudadana para la detección temprana de brotes (1). Países de Asia, África y América Latina también han implementado modelos similares, con vigilancia comunitaria apoyada por tecnologías móviles en contextos rurales (2). La importancia de la VBC radica en su capacidad para acortar los tiempos de detección de situaciones de salud, promover la corresponsabilidad y la participación social y fortalecer los sistemas formales de vigilancia al aportar información local valiosa. Esto resulta especialmente crucial en ámbitos de emergencia sanitaria, brotes y epidemias o contextos de inequidad estructural, donde el acceso a servicios de salud es limitado.



Actividades de Vigilancia Basada en Comunidad (VBC). Medellín, Gobernación de Antioquia.

En Colombia, el Ministerio de Salud junto con el Instituto Nacional de Salud (INS) crearon la Red de Vigilancia Epidemiológica Basada en Comunidad (ReVCom) dentro del sistema nacional de vigilancia SIVIGILA (3).

La estrategia se basa en la formación de vigías y gestores comunitarios, especialmente en áreas rurales y poblaciones étnicas, con herramientas estandarizadas para la notificación, verificación, análisis y respuesta a señales de salud pública (3,4). Sus principales componentes son: i) agentes comunitarios capacitados; ii) esquemas para reporte y verificación; iii) integración con sistemas institucionales (SIVIGILA); iv) movilización social para análisis comunitario y respuesta; y v) evaluación continua mediante indicadores territoriales (4). A nivel nacional, desde 2022 el INS ha integrado a la ReVCom más de 10.015 vigías en 474 municipios, generando más de 2.200 reportes al año (5). Además, situaciones específicas como el brote de fiebre amarilla en el departamento del Tolima, han demostrado que ReVCom ha fortalecido su capacidad de respuesta (5). Los resultados esperados de la implementación de la red incluyen mejoramiento de las capacidades de detección temprana, articulación multisectorial, cultura de prevención y disminución del impacto de eventos de interés sanitario (6).

En este contexto, la vigilancia comunitaria ha demostrado tener amplias potencialidades para la práctica epidemiológica y la salud pública. En primer lugar, mejora la sensibilidad del sistema al captar señales locales, lo que permite una respuesta más oportuna y focalizada. En segundo lugar, fortalece el tejido social al convertir a las comunidades en agentes activos, lo que facilita la adherencia a medidas preventivas y la resiliencia comunitaria (4). En tercer lugar, promueve la adaptación de las estrategias de vigilancia a realidades territoriales diversas, respetando prácticas culturales y aportando a la equidad en salud (1). Además, la VBC genera datos pertinentes a nivel local, lo que mejora la planificación municipal y departamental, aporta al fortalecimiento de y otros programas de salud pública como el Plan Ampliado de Inmunización (PAI), y fortalece los sistemas de alerta temprana (7). Finalmente, su enfoque participativo y descentralizado contribuye al desarrollo del sistema de salud, al vincular a las comunidades y fomentar una gobernanza participativa en salud pública.

## Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. *La OPS facilita el intercambio de experiencias entre Colombia y Brasil para la vigilancia basada en la comunidad*. Washington, DC: OPS; 2024.
2. Mutembesa D, Omongo C, Mwebaze E. *Crowdsourcing real-time viral disease and pest information: A case of nation-wide cassava disease surveillance in a developing country [Internet]*. arXiv; 2019. Disponible en: <https://arxiv.org/abs/1905.08694>
3. Instituto Nacional de Salud. *Manual Etapa 1.1. Sistema de alerta temprana: vigilancia basada en comunidad – Generalidades*. Bogotá: INS; 2023.
4. Instituto Nacional de Salud. *Manual Etapa 1.2. Sistema de alerta temprana: vigilancia basada en comunidad – Fases de implementación*. Bogotá: INS; 2023.
5. Instituto Nacional de Salud. *Colombia conforma un equipo de más de 10 mil vigías y gestores comunitarios para reforzar la vigilancia en salud pública*. Bogotá: INS; 2025.
6. Instituto Nacional de Salud. *Lineamientos nacionales para la vigilancia en salud pública*. Bogotá: INS; 2024.
7. Instituto Nacional de Salud. *ReVCom: Red de Vigilancia Epidemiológica Basada en Comunidad*. Bogotá: INS; 2025.

## Aparición de nueva variante Ómicron NB.1.8.1 del virus SARS-CoV-2, impulsa leve aumento de casos de COVID19 en Europa y EE. UU

Yury Johana Silva López, Julián Camilo Galvis Ayala

Estudiantes de Doctorado en Epidemiología

Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

yury.silval@udea.edu.co, jcamilo.galvis@udea.edu.co

En las últimas semanas, el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) ha detectado un leve aumento de casos de COVID19 en varios países del Espacio Económico Europeo y la UE (UE/EEE). Este comportamiento se ha atribuido a la aparición de una subvariante Ómicron identificada como NB.1.8.1, recientemente clasificada por la OMS y el ECDC como “variante bajo vigilancia” (1).

### ¿Qué es una subvariante NB.1.8.1?

La subvariante del virus SARS-CoV-2 NB.1.8.1 o también llamada “Nimbus”, es una nueva “versión” del virus, que proviene de la ya conocida familia de variantes Ómicron. El virus puede cambiar algunas características con el tiempo y debido a diferentes condiciones. Uno de esos cambios obedece a mutaciones en el genoma del virus, dando origen a estas nuevas variantes (2).



Toma de muestra para detección de Sars-Cov.  
Fuente: redaccionmedica.com

La variante Nimbus fue detectada inicialmente en Asia, particularmente en países como China, Hong Kong y Singapur. Sin embargo, en la actualidad se ha identificado una baja circulación en países europeos y en los estados unidos (2). Esta variante se ha clasificado como “variante bajo vigilancia”, debido a que su impacto aún no está completamente claro, aunque la evidencia actual no indica que genere una mayor gravedad en comparación con otras variantes Ómicron que circulan en el mundo (1).

## Algunos datos importantes sobre la actualidad de COVID-19.

- Los casos de infección por SARS-CoV-2 se han mantenido en baja frecuencia. Sin embargo, consistente al comportamiento estacional de la mayoría de los virus respiratorios, se observan leves incrementos en algunas temporadas del año.
- Las consultas médicas por síntomas respiratorios en general no han superado los niveles esperados para esta época del año.
- Hasta el momento, no se observa un incremento significativo en la frecuencia de hospitalizaciones, admisiones a las unidades de cuidados intensivos o defunciones relacionadas con la infección por el virus.

## Riesgo potencial, relacionado con la aparición de la variante del virus.

- La circulación de virus respiratorios durante el invierno fue relativamente baja en comparación a años anteriores, aspecto que puede tener un efecto negativo sobre la inmunidad colectiva por la baja exposición a los agentes virales, especialmente en adultos mayores y personas vulnerables.
- La cobertura de los refuerzos vacunales es insuficiente, siendo menor al 80% en personas mayores en casi todos los países (solo un país supera la meta y siete alcanzan una cobertura superior al 50%).

## Dado el potencial y relevancia del evento, a continuación, presentamos algunas recomendaciones proporcionadas por el ECDC.

- Refuerzo de vacunación: Se recomienda el refuerzo vacunal especialmente en personas mayores y grupos de alto riesgo. Las vacunas siguen siendo altamente eficaces contra la enfermedad grave.
- Prevención rutinaria: No salir de casa si presenta síntomas respiratorios, mantener los espacios ventilados, lavado de manos y usar tapabocas en espacios cerrados o concurridos.
- Vigilancia continua: Los sistemas de salud deben mantener la vigilancia genómica para detectar posibles cambios en la transmisión o virulencia de futuras variantes.

En síntesis, aunque el aumento actual en casos de COVID19 es leve y no se anticipa una crisis sanitaria, la aparición de NB.1.8.1 resalta la importancia de reforzar las vacunas en población vulnerable y mantener las medidas de salud pública. De este modo, se puede evitar un aumento significativo de los casos.

## Referencias bibliográficas

1. European Centre for Disease Prevention and Control. *Epidemiological update: SARS-CoV-2 and NB.1.8.1 variant assessment [Internet]. 2025 [citado 17 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/epidemiological-update-sars-cov-2-and-nb181-variant-assessment>*
2. Uriu K, Okumura K, Uwamino Y, Chen L, Tolentino JE, Asakura H, et al. *Virological characteristics of the SARS-CoV-2 NB.1.8.1 variant. The Lancet Infect Dis [Internet]. 2025 [citado 17 de junio de 2025]; Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(25\)00356-1/abstract](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(25)00356-1/abstract)*

## Angola enfrenta brote de cólera: desafíos en salud pública y escasez mundial de vacunas

Iader Rodríguez Márquez, Jhon Edwin Polanco Pasaje

Estudiantes de Doctorado en Epidemiología

Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

iader.rodriguez@udea.edu.co, jhon.polanco@udea.edu.co

Angola, país ubicado en el sur de África, atraviesa actualmente una crisis de salud pública debido a un brote de cólera que ha dejado, hasta el 25 de junio de 2025, un total de 26.892 casos confirmados y 755 muertes. Este brote, iniciado en enero, se ha extendido a 18 de las 21 provincias del país, afectando principalmente a Luanda, Benguela y Bengo, donde se han registrado alrededor de 15.000 casos. El grupo más afectado ha sido el de menores de 20 años, lo que refleja una vulnerabilidad preocupante entre los más jóvenes. El pico más alto de casos se alcanzó a finales de abril, seguido por un segundo pico a finales de mayo, tras lo cual se ha observado una tendencia a la disminución de casos hasta la fecha.

La cólera es una enfermedad diarreica aguda causada por la bacteria *Vibrio cholerae*, que se transmite principalmente a través del consumo de agua o alimentos contaminados con heces. Puede provocar deshidratación grave e incluso la muerte en pocas horas si no se trata oportunamente. Gracias a la terapia de rehidratación, la letalidad de la enfermedad se ha reducido del 50% a menos del 1%. Aunque se considera una enfermedad prevenible y tratable, continúa siendo una amenaza en regiones con acceso limitado a agua potable, saneamiento e higiene adecuados.



Poster promoting hand-washing for the prevention of cholera at the Princess Marie Louise Children's hospital in Accra  
Fuente: Oliver Asselin GAVI, The Vaccine Alliance

Aunque en las últimas semanas se ha observado una disminución en el número de casos, el control del brote enfrenta un obstáculo crítico: la escasez global de vacunas orales contra el cólera. Estas vacunas, almacenadas en un stock mundial administrado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Alianza para las Vacunas Gavi, han demostrado ser eficaces para detener rápidamente la propagación de la enfermedad en contextos de emergencia. Sin embargo, la demanda ha superado la capacidad de producción, lo que ha limitado su disponibilidad para países como Angola.

Este brote refleja problemas estructurales más profundos que son comunes en muchos países del África subsahariana como el acceso limitado a agua potable, servicios de saneamiento deficientes y sistemas de salud sobrecargados. Las autoridades sanitarias internacionales insisten en que se requiere una respuesta integrada que combine soluciones a corto plazo —como la vacunación y el tratamiento oportuno— con inversiones sostenidas en infraestructura y saneamiento básico.

La OMS destaca que la situación del brote en Angola es un llamado urgente a la acción. El cólera no debe seguir siendo una pandemia olvidada. Se requiere de voluntad política, cooperación internacional y recursos adecuados, para prevenir futuras crisis como esta.

## Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. *Disease Outbreak News: Cholera - Angola* n.d. <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON562> (accessed June 26, 2025).
2. World Health Organization. *Regional Office for Africa: Boletim de Cólera 2025 No 169* n.d. <https://www.afro.who.int/countries/angola/publication/boletim-de-colera-2025-no-169> (accessed June 26, 2025).
3. Clemens JD, Nair GB, Ahmed T, Qadri F, Holmgren J. Cholera. *The Lancet* 2017;390:1539–49. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30559-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30559-7).
4. Abdulrahim A, Rafael VA, Gulumbe BH. *Angola's cholera crisis and the struggle for effective outbreak control amid vaccine shortfalls. Trop Doct* 2025. <https://doi.org/10.1177/00494755251337254>.