



4 DE JUNIO
2025
REC 2.941

ARGENTINA

- Buenos Aires: Actualización epidemiológica del brote de fiebre tifoidea y paratifoidea

AMÉRICA

- Alerta epidemiológica por fiebre amarilla
- Alerta epidemiológica por tos convulsa
- Preparación de los sistemas de salud ante los pronósticos de una temporada de huracanes muy activa

- Brasil: Qué pasó con los niños con microcefalia 10 años después de la epidemia de fiebre zika

- Cuba: Brote de hepatitis A en la provincia de Matanzas

- Estados Unidos: Los cambios en la política de la vacuna contra la covid

EL MUNDO

- Filipinas: Dos muertes por muermo en la provincia de Siquijor

- Israel: Aumentan los casos de sarampión

- Palestina: La higiene menstrual, una emergencia silenciosa para las mujeres y niñas de Gaza

- Rusia: 54 casos de fiebre hemorrágica con síndrome renal en el óblast de Nizhni Nóvgorod

- Tailandia: Brote de carbunco cutáneo

- Recomendaciones para proteger a los bebés del virus sincicial respiratorio

- Cómo la bacteria de la peste redujo su virulencia para poder seguir matando a millones de personas

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 PRYLKA // FERNANDO RIERA // CHARLOTTE RUSS
SALVADOR GARCÍA JIMÉNEZ // ALFONSO RODRÍGUEZ MORALES
PILAR AOKI // HUGUES AUMAITRE // MARÍA BELÉN BOUZAS
JORGE BENETUCCI // EDUARDO LÓPEZ // ISABEL CASSETTI
HORACIO SALOMÓN // JAVIER CASELLAS // SERGIO CIMERMAN

Patrocinadores

sadi Sociedad Argentina
de Infectología
WWW.SADI.ORG.AR

Takeda
WWW.TAKEDAPRO.COM.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.

La Gerencia de Epidemiología de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) notificó el 21 de abril, un brote de fiebre tifoidea en la localidad bonaerense de Tres de Febrero, provincia de Buenos Aires. El Ministerio de Salud de la Nación confirmó la ocurrencia del brote y se iniciaron en forma conjunta las acciones con las jurisdicciones involucradas para identificar la fuente del mismo e interrumpir la transmisión.

Hasta el 22 de mayo, se han notificado 35 casos sospechosos de fiebre tifoidea residentes en esta localidad vinculados a un complejo habitacional. Las presentaciones clínicas varían desde cuadros leves a severos.

El Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas/Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán' (INEI-ANLIS) confirmó fenogenotípicamente en 16 casos, los aislamientos de *Salmonella enterica enterica* serovariedad Typhi (S. Typhi). Los primeros cinco casos se estudiaron por secuenciación genómica y se continúa en estudio los nuevos casos, siendo convivientes y/o procedentes de los mismos edificios. Además, los aislamientos de *Salmonella* derivados como parte de la vigilancia nacional y otros brotes de enfermedades de transmisión alimentaria fuera de esta localidad resultaron *Salmonella* no tifoidal.

El brote de fiebre tifoidea continúa en curso. Se están realizando búsquedas activas tanto a nivel comunitario, como institucional. A la fecha, cinco nuevos pacientes permanecen internados, lo que evidencia la persistencia de la transmisión. Ante esta situación, se mantienen y refuerzan las acciones intensivas de prevención y control, con el objetivo de contener la propagación de la enfermedad y garantizar una pronta atención a los afectados.

Se obtuvieron resultados de las muestras de agua, procesadas en el Instituto Biológico 'Dr. Tomás Liberato Perón Hughes', en el Instituto Nacional de Alimentos (INAL) y en la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán', para identificar la fuente del brote. En una muestra de agua se detectó presencia de *Salmonella* serovariedad Typhi. Se derivó al Servicio de Fisiopatogenia del INEI-ANLIS para estudios moleculares y caracterización genómica. A partir de estos resultados continúa la investigación de la fuente de exposición, y se sospecha además la transmisión fecal-oral.

Caracterización y secuenciación genómica

A partir del primer estudio, los cinco aislamientos estudiados asociados al brote fueron confirmados como S. Typhi por genómica. Además, se determinó que las secuencias estudiadas tuvieron entre 1 y 2 SNPs de diferencia entre sí, mostrando alta relación genómica entre sí,

confirmando el nexo entre los pacientes. En el estudio genómico no se encontraron genes de resistencia de relevancia. Se continúa el estudio como parte de la vigilancia genómica a nivel nacional y regional.

Acciones en curso

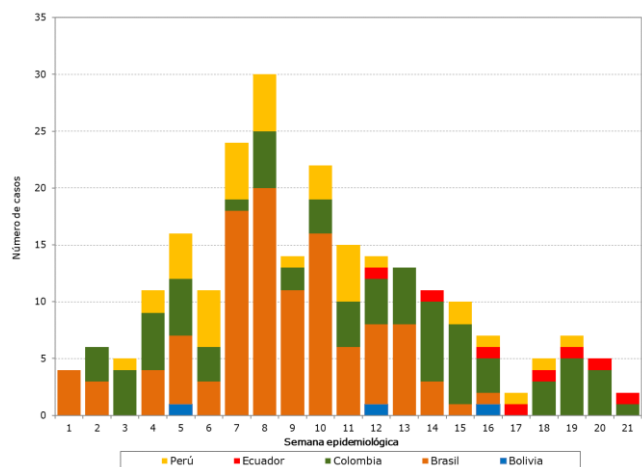
- Se continúan realizando acciones intensivas con visitas domiciliarias en cada unidad, con equipos médicos y de epidemiología.
- Se realizan búsquedas activas institucionales y comunitarias para la identificación de nuevos casos en el municipio y en establecimientos de la CABA y de la provincia de Buenos Aires. También se investigan contactos asintomáticos con seguimiento laboratorial.
- Se intensificaron las medidas de prevención, control y tratamiento de los afectados.
- El Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires emite boletines epidemiológicos semanales con información actualizada.
- Se tomaron medidas para interrumpir el uso de agua proveniente del tanque y la provisión de agua segura y se reforzaron las recomendaciones preventivas a los vecinos, incluyendo medidas para el uso seguro del agua y la manipulación segura de alimentos.

La fiebre tifoidea es una enfermedad bacteriana sistémica, potencialmente mortal causada por la bacteria *Salmonella enterica enterica* serovariedad Typhi (S. Typhi), la cual suele transmitirse a través del agua o alimentos contaminados. Una vez ingerida, S. Typhi se multiplica y pasa al torrente circulatorio. El cuadro clínico se caracteriza en la fase inicial por la aparición insidiosa de fiebre continua, cefalea intensa, malestar general, anorexia, bradicardia relativa, esplenomegalia, manchas rosadas en el tronco en 25% de los enfermos de piel blanca y estreñimiento o diarrea. En los casos graves y sin tratamiento adecuado, la enfermedad se puede complicar y causar la muerte. La fiebre tifoidea puede confirmarse mediante estudios de hemocultivo y/o de otros sitios de infección invasiva.

La urbanización y el cambio climático podrían incrementar la carga mundial de fiebre tifoidea. Además, las crecientes resistencias a los antibióticos están facilitando la propagación de esta enfermedad en los grupos humanos sin acceso a agua potable o a sistemas adecuados de saneamiento.

En Argentina se detectan casos esporádicos de infección por S. typhi y en baja frecuencia en el marco de la vigilancia nacional de laboratorio, a partir de aislamientos obtenidos de hemocultivos positivos para *Salmonella* spp. El último brote confirmado registrado en el país ocurrió en el año 2004.

Considerando el aumento de casos humanos de fiebre amarilla reportados en 2025 en países de la Región de las Américas, incluyendo la identificación de casos por fuera de la región amazónica, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) emitió una [alerta epidemiológica](#) en el que hizo un llamado a los Estados Miembros a continuar sus esfuerzos para fortalecer la vigilancia en zonas enzoóticas, vacunar a las poblaciones en riesgo y tomar las acciones necesarias para garantizar que los viajeros que se dirigen a zonas donde se recomienda la vacunación, estén correctamente informados y protegidos contra la fiebre amarilla. Además, se resaltó la necesidad de fortalecer el manejo clínico, con énfasis en la detección y tratamiento oportuno de los casos graves. La OPS/OMS también recomendó disponer de dosis de reserva, de acuerdo con la disponibilidad de vacunas en cada país, para garantizar una respuesta rápida ante posibles brotes.



Casos humanos confirmados de fiebre amarilla, según país y semana epidemiológica de inicio de síntomas, Región de las Américas. Año 2025, hasta semana epidemiológica 21. Fuente: Organización Panamericana de la Salud. (N=234).

Nota: se incluyen únicamente los casos para los cuales se dispone de información de inicio de síntomas según semana epidemiológica.

Resumen de la situación

En 2025, hasta el 25 de mayo, se han notificado 235 casos humanos confirmados de fiebre amarilla en cinco países de la Región de las Américas, incluyendo 96 defunciones (tasa de letalidad de 41%). Estos casos han sido reportados en Brasil (111 casos, incluyendo 44 defunciones), Colombia (74 casos, incluyendo 31 defunciones), Perú (38 casos, incluyendo 13 defunciones), Ecuador (8 casos, incluyendo 6 defunciones) y Bolivia (4 casos, incluyendo dos defunciones).

Desde [el 24 de abril de 2025](#), se notificaron 46 casos humanos adicionales confirmados en Colombia (21 casos), Brasil (9), Ecuador (8), Perú (6) y Bolivia (2).

En 2024, los casos humanos de fiebre amarilla se registraron principalmente a lo largo de la región amazónica de Bolivia, Brasil, Colombia, Guyana y Perú. En 2025, sin embargo, los casos se han detectado principalmente en el estado de São Paulo, en Brasil, y el departamento de Tolima, en Colombia, regiones que se encuentran fuera de la región amazónica de ambos países.

Casos fuera de la región amazónica

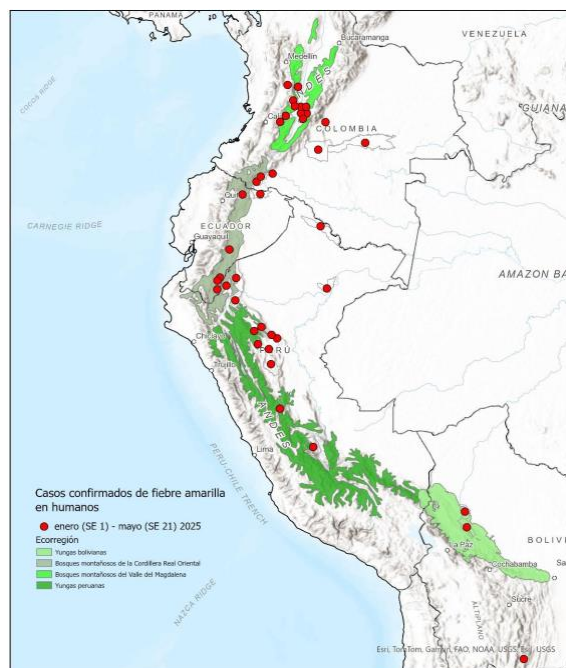
El aumento de casos humanos observados en las Américas en 2025 se relaciona con la reactivación periódica del ciclo de transmisión selvático en la cuenca del Amazonas, que es un fenómeno esperado. Los casos de fiebre amarilla notificados durante 2024-2025 han surgido en zonas consideradas de riesgo, pero sin reportes de casos, incluso durante varias décadas.

El brote de fiebre amarilla de 2025 afecta a la cuenca amazónica en general. Se han notificado numerosos casos en bosques latifoliados húmedos tropicales y subtropicales de tierras bajas de Perú, el este de Ecuador, el sureste de Colombia y la Amazonia brasileña.

Adicionalmente a estas áreas afectadas, entre mediados de 2024 y principios de 2025, los casos humanos confirmados en Sudamérica fueron reportados en un área geográfica más amplia que en los años inmediatamente anteriores, incluidos los detectados en Colombia (zonas de bosque montano, como el Parque Natural Regional Bosque de Galilea, ubicado sobre la vertiente occidental de la cordillera Oriental que conecta con el páramo de Sumapaz) y a lo largo de las estribaciones andinas de Perú.

En Perú y Bolivia, los casos se notificaron con frecuencia en las ecorregiones de Yungas (zonas húmedas y boscosas a lo largo de las laderas orientales de los Andes que hacen la transición entre los bosques de las tierras bajas y los altos Andes). En Colombia y Ecuador, los casos ocurrieron principalmente en bosques montañosos, ecosistemas caracterizados por temperaturas moderadas y altas precipitaciones, ecológicamente similares a las Yungas. La proximidad de los casos recientes en Ecuador a sus fronteras con Colombia y Perú –dentro de estas ecorregiones compartidas– sugiere una posible transmisión transfronteriza.

En su conjunto, el reporte de casos de fiebre amarilla en un área ampliada del continente pone de manifiesto los continuos episodios de propagación selvática en los bordes de los bosques, donde las actividades humanas se cruzan con ecosistemas biodiversos. Estas zonas ofrecen las condiciones ideales para que los mosquitos que viven en las copas de los árboles transmitan la enfermedad a las poblaciones humanas a partir de



Casos humanos confirmados de fiebre amarilla. Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú. Año 2025, hasta semana epidemiológica 21. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.



Casos humanos confirmados de fiebre amarilla. Región de las Américas. Año 2025, hasta semana epidemiológica 21. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

reservorios no humanos. La detección de casos relacionados a la transmisión selvática próximos a centros urbanos aumenta el riesgo de brotes urbanos.

La evaluación de riesgo para la salud pública relacionado con la situación de la fiebre amarilla en la Región de las Américas realizada por la OPS en febrero de 2025 y actualizada en mayo, clasificó el riesgo general en las Américas como “alto”. Los factores que contribuyen a esta evaluación incluyen el aumento del número de casos, las altas tasas de letalidad y la propagación a zonas que antes no estaban afectadas.

Al comparar el número anual de casos reportados en las Américas entre los años 1960 a 2024, se observa que el número de casos reportados en 2025 es elevado, aunque similar al de otros años con un número elevado de casos.

A continuación, se presenta la situación epidemiológica de la fiebre amarilla en los países que han notificado casos confirmados en 2025.

- **Bolivia:** En 2025, hasta el 25 de mayo, se notificaron cuatro casos humanos confirmados, incluyendo dos defunciones (tasa de letalidad de 50%). Los casos se notificaron en los departamentos de La Paz (2 casos fatales), Beni (1 caso) y Tarija (1 caso). Los casos tuvieron lugar probable de exposición en el municipio de Rurrenabaque (1), departamento de Beni; en el municipio de Palos Blancos (2 casos fatales), departamento de La Paz; y en el municipio de Tarija (1 caso), departamento de Tarija. Dos de los casos informaron antecedente de vacunación contra la fiebre amarilla. Adicionalmente, se confirmó una epizootia (muerte de primate no humano) en el municipio de San Buenaventura en el departamento de La Paz.
- **Brasil:** En 2025, hasta el 25 de mayo, se notificaron 111 casos humanos confirmados, incluyendo 44 defunciones (tasa de letalidad de 39,6%). Los casos se notificaron en los estados de São Paulo (55 casos, incluyendo 31 defunciones), Pará (45 casos, incluyendo siete defunciones), Minas Gerais (10 casos, incluyendo cinco defunciones) y Tocantins (1 caso fatal). El 90,1% de los casos corresponden a hombres (100 casos). Las edades de los casos oscilan entre 10 y 75 años, e iniciaron síntomas entre el 2 de enero y el 20 de abril de 2025. Solo uno de los casos presentó antecedente de vacunación contra la fiebre amarilla.

Los casos tuvieron lugar probable de exposición en el estado de Minas Gerais, municipios Cambuí (1 caso), Extrema (1 caso), Gonçalves (1 caso), Maria da Fé (1 caso), Monte Sião (1 caso), Poços de Caldas (1 caso), Pouso Alegre (1 caso), Sapucaí Mirim (1 caso), Silvianópolis (1 caso) y Soledade de Minas (1 caso); el estado de Pará, municipios de Afuá (1 caso), Breves (42 casos), Cametá (1 caso) y Melgaço (1 caso); el estado de São Paulo, municipios de Águas de Lindoia (1 caso), Águas de São Pedro (1 caso), Amparo (1 caso), Bragança Paulista (2 casos), Brotas (2 casos), Caçapava (6 casos), Campinas (3 casos), Itatiba (1 caso), Itirapina (1 caso), Jambeiro (3 casos), Joanópolis (9 casos), Monteiro Lobato (1 caso), Nazaré Paulista (4 casos), Paraibuna (1 caso), Pedra Bela (2 casos), Pedreira (2 casos), Pindamonhangaba (1 caso), Piracaia (3 casos), Santa Rita do Passa Quatro (1 caso), São Carlos (1 caso), São José dos Campos (1 caso), Socorro (3 casos), Taubeté (1 caso), Tuiuti (1 caso), Valinhos (1 caso) y Vargem (1 caso); y el estado de Tocantins, municipio de Monte do Carmo (1 caso). Todos los casos tuvieron antecedente de exposición en áreas selváticas y/o boscosas, debido a actividades laborales o recreacionales, y fueron confirmados por laboratorio.

En 2025, hasta el 25 de mayo, en Brasil se informaron 1.032 eventos que involucraron primates no humanos muertos (epizootias). De este total, 80 (7,8%) fueron confirmados

para fiebre amarilla por criterios de laboratorio (60 casos) y por vínculo epidemiológico (20 casos), 66 en el estado de São Paulo y 14 en el estado de Minas Gerais.

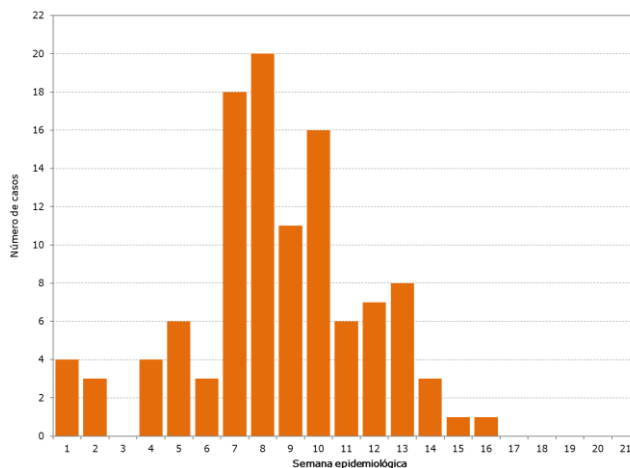
La mayoría de los casos humanos de fiebre amarilla registrados en Sao Paulo y Minas Gerais provienen de áreas donde, según lo anticipado por el Modelo de los Corredores Ecológicos, se había previsto la ocurrencia de casos para el periodo 2024/2025 o bien de zonas previamente afectadas tanto por casos humanos como epizootias por fiebre amarilla.

- **Colombia:** Desde el inicio del brote en 2024 y hasta el 25 de mayo de 2025, se ha reportado un total de 97 casos humanos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo 44 defunciones (tasa de letalidad de 45,3%).

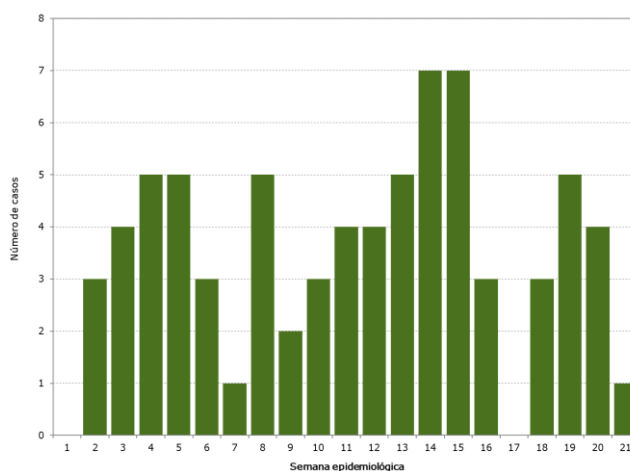
En 2025, hasta el 25 de mayo, se ha registrado un total de 74 casos humanos confirmados, incluyendo 31 defunciones (tasa de letalidad de 42%). Los casos corresponden a personas residentes en los departamentos de Caldas (1 caso fatal), Cauca (1 caso fatal), Meta (2 casos, incluyendo una defunción), Putumayo (3 casos, incluyendo una defunción) y Tolima (65 casos, incluyendo 24 defunciones). Los casos corresponden a personas con edades de entre 2 y 84 años, quienes iniciaron síntomas entre el 6 de enero y el 20 de mayo de 2025. Todos los casos tuvieron antecedente de exposición en zonas de riesgo para fiebre amarilla, en el contexto de actividades laborales que incluyeron agricultura.

En el actual brote que se registra en el departamento del Tolima, entre 2024 y 2025, se han notificado 78 casos humanos confirmados, incluyendo 30 defunciones (tasa de letalidad de 35%). Este brote, que comenzó a fines de 2024 y continua durante 2025, inició en la zona rural colindante a la zona suroccidental del Parque Natural Regional Bosque de Galilea y actualmente afecta a doce municipios que son identificados de alto riesgo: Ataco (15 casos, incluyendo siete defunciones), Chaparral (3 casos), Cunday (15 casos, incluyendo cinco defunciones), Dolores (2 casos, incluyendo un caso fatal), Espinal (1 caso fatal), Ibagué (1 caso), Palo Cabildo (1 caso), Prado (17 casos, incluyendo seis defunciones), Purificación (5 casos, incluyendo tres defunciones), Rioblanco (2 casos, incluyendo una defunción), Valle de San Juan (1 caso fatal) y Villarrica (15 casos, incluyendo cinco defunciones). El 77% de los casos (60 casos) son hombres; los casos presentan edades comprendidas entre los 11 y los 89 años, y la fecha de inicio de los síntomas varió entre el 8 de septiembre de 2024 y el 20 de mayo de 2025.

En 2025, hasta el 25 de mayo, en Colombia se confirmaron 51 eventos que involucraron primates no humanos muertos (epizootias) para fiebre amarilla por criterios de laboratorio, 37 en el departamento del Tolima en los municipios de Purificación (1 evento), Cunday



Casos humanos confirmados de fiebre amarilla, según semana epidemiológica de inicio de síntomas. Brasil. Año 2025, hasta semana epidemiológica 21. Fuente: Organización Panamericana de la Salud. (N=111).



Casos humanos confirmados de fiebre amarilla, según semana epidemiológica de inicio de síntomas. Colombia. Año 2025, hasta semana epidemiológica 21. Fuente: Organización Panamericana de la Salud. (N=74).

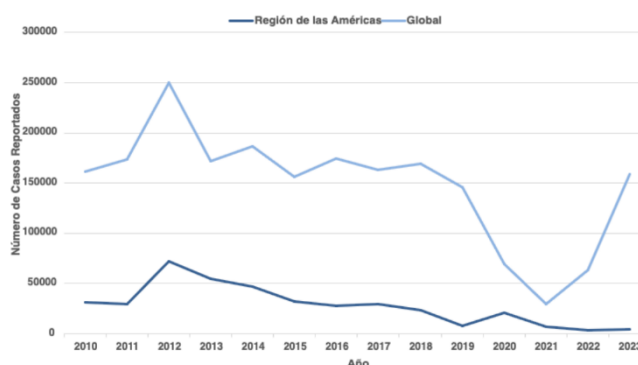
(1 evento), Ataco (10 eventos), Chaparral (15 eventos), Planadas (6 eventos), Villarrica (1 evento) y Rioblanco (3 eventos); ocho en el departamento del Huila en los municipios de Neiva (3 eventos), Palermo (3 eventos), Aipe (2 eventos); cinco en el departamento de Putumayo en el municipio de Mocoa (5 eventos) y uno en el departamento de Meta en el municipio de Villavicencio (1 evento).

- **Ecuador:** En 2025, hasta el 25 de mayo, se notificaron ocho casos confirmados de fiebre amarilla en humanos, incluyendo seis defunciones (tasa de letalidad de 75%). Los casos se notificaron en las provincias de Morona Santiago (1 caso fatal), Sucumbíos (2 casos) y Zamora Chinchipe (5 casos, incluyendo cinco defunciones). Los casos tuvieron lugar probable de exposición en el cantón Sucúa (1 caso fatal), en la provincia de Morona Santiago; en los cantones Lago Agrio (1 caso) y Gonzalo Pizarro (1 caso) en la provincia de Sucumbíos; y en los cantones Zamora (2 casos fatales), Nangaritza (1 caso fatal), Yantzaza (1 caso fatal) y Córdor (1 caso fatal), en la provincia de Zamora Santiago. El 75% de los casos corresponde a hombres (6 casos). Los casos registran edades comprendidas entre los 20 y 66 años. Ninguno de los casos tiene antecedente de vacunación contra la fiebre amarilla. Todos los casos tuvieron antecedente de exposición en zonas de riesgo para fiebre amarilla, en el contexto de actividades laborales que incluyeron agricultura.
- **Perú:** En 2025, hasta el 25 de mayo, se notificaron 38 casos confirmados de fiebre amarilla, incluidas 13 defunciones, en los departamentos de Amazonas (24 casos, incluidas siete defunciones), Huánuco (1 caso fatal), Junín (3 casos), Loreto (2 casos, incluida una defunción) y San Martín (8 casos, incluidas cuatro defunciones). De los casos confirmados, 31 (88%) eran hombres. Los casos presentan edades comprendidas entre 1 y 57 años y fecha de inicio de los síntomas entre el 15 de enero y el 15 de mayo del 2025. Todos los casos tenían antecedentes de exposición en áreas silvestres y/o boscosas, debido a actividades de trabajo agrícola, y 71,8% de los casos no tenían antecedentes de vacunación contra la fiebre amarilla. El número de casos de fiebre amarilla confirmados en 2025 en Perú muestra un incremento de 1,9 veces respecto a los casos confirmados notificados durante 2024 (20 casos) y es el número más alto de casos registrados desde 2017.

Los sitios probables de exposición incluyen los distritos de Imaza (18 casos, incluidas cuatro defunciones), El Cenepa (2 casos), Nieva (1 caso fatal), Río Santiago (3 casos, incluidas dos defunciones), en el departamento de Amazonas; el distrito de Chaglla (1 caso fatal) en el departamento de Huánuco; los distritos de Mazamari (2 casos), Pangoa (1 caso), en el departamento de Junín; los distritos de San Juan Bautista (1 caso), Rosa Panduro (1 caso fatal), en el departamento de Loreto; y los distritos de Chazuta (1 caso fatal), Soritor (1 caso fatal), Alto Biavo (1 caso), Bajo Biavo (1 caso fatal), Saposoa (1 caso), Pinto Recodo (2 casos, incluida una defunción) y La Banda de Shilcayo (1 caso), en el departamento de San Martín.

Frente al descenso sostenido de las coberturas de vacunación contra la tos convulsa, registrado principalmente durante la pandemia de covid, y en el contexto del actual resurgimiento global de casos de tos convulsa –con aumentos significativos en varios países de la Región de las Américas– la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) emitió una [alerta epidemiológica](#) en la que instó a los Estados Miembros a

reforzar sus sistemas de vigilancia epidemiológica y a mantener un monitoreo continuo, detallado y desagregado de las coberturas de vacunación en la población infantil, con especial atención a los menores de 1 año y menores de 5 años. Es prioritario identificar de manera oportuna a los grupos poblacionales que no reciben las vacunas contra la tos convulsa con las dosis recomendadas, en particular a los lactantes no vacunados o con esquemas incompletos, a fin de implementar acciones correctivas que permitan cerrar brechas de inmunización y prevenir brotes.



Casos de tos convulsa reportados a nivel global y en la Región de las Américas. Años 2010/2023. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Resumen de la situación

Durante la década de 2010 a 2019, al nivel mundial, se notificaron en promedio 170.000 casos anuales de tos convulsa. Sin embargo, durante la pandemia de covid se observó un descenso importante, con un promedio de 80.227 casos anuales entre 2020 y 2023, lo que representa una reducción de aproximadamente dos veces con respecto al periodo anterior. El año 2021 marco el mínimo histórico reciente, con solo 29.623 casos notificados a nivel mundial, para luego aumentar en 2022 y 2023 con 63.024 y 158.910 casos, respectivamente.

En la Región de las Américas, el año 2012 registró el mayor número de casos de la década, con 72.328 casos notificados de tos convulsa. Desde 2013, se evidenció una disminución progresiva en el número de casos notificados anualmente en la Región hasta 2022, cuando se alcanzó su punto más bajo con 3.283 casos y luego en 2023 aumentó a 4.139 casos. Actualmente, la Región de las Américas cuenta con 43.751 casos como total provisional para el año 2024 (sujeto a cambios cuando todos los países reporten sus totales en junio de 2024).

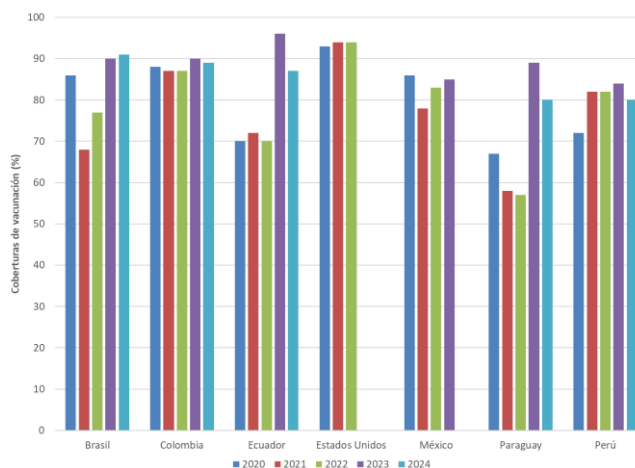
Coberturas de vacunación de la Región de las Américas

Las coberturas de vacunación para la primera y tercera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos convulsa (DTP1 y DTP3), se utilizan habitualmente como indicadores de desempeño de los programas nacionales de inmunización, tanto a nivel regional como global. Durante la pandemia de covid se produjo un descenso importante de estas coberturas. En 2021, la Región de las Américas alcanzó su nivel más bajo en dos décadas, con coberturas de 87% para DTP1 y 81% DTP3. No obstante, los datos de 2023 muestran una recuperación par-

cial, con 90% para DTP1 y 88% para DTP3. Es importante señalar que existen disparidades importantes entre países y dentro de ellos a nivel subnacional.

Siete países de la Región de las Américas – Brasil, Colombia, Ecuador, Estados Unidos, México, Paraguay y Perú– presentan actualmente brotes de tos convulsa en el año 2025. Cuatro de estos países–Colombia, Ecuador, Paraguay y Perú– evidencian una disminución en la cobertura de DTP3 en el último año con datos disponibles.

Aunque los otros países presentan un aumento en la cobertura, esta información no permite visualizar las coberturas a nivel subnacional ni identificar posibles brechas de inmunidad en determinados grupos etarios, lo cual podría contribuir a explicar la aparición de brotes.



Coberturas de vacunación de DTP3. Países de la Región de las Américas que han reportado brotes de tos convulsa en 2025. Años 2020/2024. Fuente: OPS/OMS y UNICEF.

Nota: No hay datos para México para el año 2024 y en Estados Unidos para los años 2023 y 2024.

Resumen de la situación por países seleccionados

A continuación, se presenta un resumen de la situación en siete países seleccionados de la Región de las Américas que reportaron un aumento de casos de tos convulsa durante 2025 en comparación con los años previos.

- **Brasil:** En 2025, hasta la SE 19, se notificaron 1.634 casos confirmados de tos convulsa, incluyendo cinco defunciones. El año 2025 es el segundo con más casos reportados desde 2019, detrás de 2024. De los estados con casos confirmados, los que presentan mayor número de casos son Mato Grosso do Sul (318 casos, incluyendo una defunción), São Paulo (274 casos, incluyendo una defunción) y Rio Grande do Sul (234 casos, incluyendo una defunción). El grupo etario más afectado es el de los menores de un año (452 casos; 27,7% del total), seguido del grupo de 1 a 4 años (416 casos; 25,5%). La distribución por sexo muestra una mayor afectación en hombres (739 casos) que en mujeres (894 casos). Los brotes identificados no incluyen poblaciones especiales, pero se identificaron, en 2025, un brote en una guardería y cinco brotes en hogares.
- **Colombia:** En 2025, hasta la SE 18, se reportaron 318 casos confirmados, incluyendo dos defunciones. El año 2025 es el de mayor número de casos reportados en el país desde 2019. De las entidades territoriales con casos confirmados de tos convulsa, las que concentran el mayor número son Bogotá (142 casos) y Antioquia (63 casos, incluyendo una defunción). El grupo etario más afectado es el de menores de un año (137 casos; 43,1% del total), seguido del grupo de 1 a 4 años (73 casos; 23%). La distribución por sexo muestra una mayor afectación en hombres (170 casos) que en mujeres (148 casos). En el año 2025 se han reportado brotes en comunidades indígenas principalmente en: Antioquia (26 casos, incluyendo una defunción), Chocó (6 casos), Cauca-Caloto (1 caso), Bogotá DC (6 casos) y La Guajira (9 casos).
- **Ecuador:** En 2025, hasta la SE 19, se notificó un total de 593 casos, incluyendo 15 defunciones. El total de casos para el año 2025 es el más alto reportado desde 2002 en el país. Las provincias con más casos confirmados son Guayas (147 casos, incluyendo seis defunciones), Manabí (141 casos) y Pichincha (105 casos, incluyendo una defunción). El grupo

etario más afectado es el de menores de un año (327 casos; 55,1% del total), seguido del grupo de 1 a 4 años (84 casos; 14,1%). La distribución por sexo muestra una mayor afectación en hombres (307 casos; 51,7% del total) que en mujeres (286 casos; 48,2%). En zonas con población indígena, como las provincias de Napo y Santo Domingo, se registraron 16 y 39 casos, respectivamente.

- **Estados Unidos:** En 2025, hasta la SE 18, se notificaron 10.062 casos confirmados y probables, incluyendo cinco defunciones. El año 2025 es el segundo con más casos reportados desde 2020, después de 2024. Los estados con mayor número de casos confirmados y probables en 2025 son Washington (1.067 casos), Oregon (723 casos) y California (590 casos). Los grupos etarios más afectados son el de 11 a 19 años (31% del total) y el de 1 a 6 años (24%). Los fallecimientos se notificaron principalmente en menores de 1 año (4 casos fatales).
- **México:** En 2025, hasta la SE 19, se reportaron 943 casos confirmados, incluyendo 51 defunciones, distribuidos en 31 estados del país. El total de casos para el año 2025 es el más alto reportado desde 2016 en el país. Las jurisdicciones con mayor número de casos confirmados son Chihuahua (99 casos, incluyendo cinco defunciones), Ciudad de México (96 casos, incluyendo siete defunciones) y Aguascalientes (96 casos, incluyendo dos defunciones). El grupo etario más afectado es el de los menores de un año (482 casos; 51,1% del total), seguido del grupo de 1 a 4 años (127 casos; 13,4 %). La distribución por sexo muestra una mayor afectación en mujeres (538 casos) que en hombres (405 casos).
- **Paraguay:** En 2025, hasta la SE 19, se reportaron 37 casos confirmados, incluyendo dos defunciones; de este total, 33 casos son confirmados por laboratorio y cuatro por nexo epidemiológico. El total de casos para el año 2025 es el más alto reportado desde 2018 en el país. Los casos por área de residencia corresponden a siete departamentos más la capital del país: Central (13 casos, incluyendo una defunción), Alto Paraná (8 casos), Asunción Capital (7 casos), Paraguarí (3 casos), Caaguazú (2 casos), San Pedro (2 casos, incluyendo una defunción), Guairá (1 caso) y Presidente Hayes (1 caso). El rango de edad oscila entre un mes y 59 años, con un promedio de 6 años; la distribución por sexo muestra mayor afectación en hombres (20 casos) que en mujeres (17 casos). El mayor número de casos se concentró en el grupo de menores de 1 año (11 casos; 30% del total), que es el grupo que registró las dos defunciones; en el grupo de 1 a 4 años (11 casos; 30%) todos los casos evolucionaron favorablemente.
- **Perú:** En 2025, hasta la SE 19, se reportaron 404 casos confirmados y 219 probables, incluyendo 13 defunciones. El total de casos para el año 2025 es el más alto reportado desde 2013 en el país. Los departamentos con mayor número de casos confirmados y probables son Loreto (462 casos, incluyendo 11 defunciones), Lima (42 casos, incluyendo una defunción), Callao (24 casos), Cajamarca (16 casos) y Cusco (15 casos). El grupo etario más afectado es el de los niños de 1 a 4 años (199 casos; 31,9% del total), seguido del grupo de menores de un año (145 casos; 23,3%) y el de 5 a 11 años (136 casos; 21,8%). La distribución por sexo muestra una mayor afectación en mujeres (314 casos) que en hombres (309 casos).

Con el inicio de la temporada de huracanes 2025 en el Atlántico, que se extiende del 1 de junio al 30 de noviembre, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) hizo un llamado a los países a que revisen sus planes de contingencia y activen medidas preventivas para preparar los sistemas de salud ante posibles huracanes, tormentas, inundaciones y otros eventos meteorológicos extremos. Este llamado sigue a un pronóstico de la Oficina Nacional de Administración Oceánica y Atmosférica de los Estados Unidos (NOAA), que anticipa una temporada de huracanes “por encima de lo normal”.



Este llamado sigue a un pronóstico de la Oficina Nacional de Administración Oceánica y Atmosférica de los Estados Unidos (NOAA), que anticipa una temporada de huracanes “por encima de lo normal”.

“Los eventos hidrometeorológicos extremos, como los huracanes, las lluvias torrenciales y las inundaciones y deslizamientos que provocan, son una amenaza constante para la región, ya que generan lesiones, pérdidas de vidas humanas y colapsan los sistemas de salud”, señaló Leonardo Hernández Galindo, jefe de Operaciones de Emergencia de la OPS. “Activar medidas preventivas para proteger a las personas y la infraestructura sanitaria antes de un evento climático extremo es fundamental para reducir su impacto, especialmente en las comunidades más vulnerables”, agregó.

Más allá del impacto físico y los daños a la infraestructura, que a menudo interrumpen el acceso y la disponibilidad de servicios esenciales, las consecuencias para la salud de estos eventos también incluyen un aumento del riesgo de enfermedades transmitidas por el agua, como la diarrea o el cólera; enfermedades transmitidas por vectores, como dengue y fiebre chikungunya; y enfermedades respiratorias, entre otras.

Temporada de huracanes 2025

El pronóstico de la NOAA para la temporada de huracanes 2025 en el Atlántico indica un 60% de probabilidad de una temporada por encima de lo normal, con entre 13 y 19 tormentas con nombre (con vientos de 62 kilómetros por hora o más). De estas, se espera que entre 6 y 10 se conviertan en huracanes (con vientos de al menos 119 km/h), incluidos entre 3 y 5 huracanes mayores (categorías 3, 4 o 5, con vientos de más de 179 km/h).

La temporada de huracanes de 2024 fue altamente destructiva y causó algunas de las mayores pérdidas económicas registradas. Incluyó 18 tormentas con nombre, entre ellas siete tormentas tropicales y 11 huracanes, cinco de los cuales fueron de gran intensidad. La temporada registró varios huracanes de categoría 5, incluido el huracán Beryl, que alcanzó la categoría 5 en junio, el más temprano jamás registrado.

Para apoyar la preparación de los países de las Américas ante esta nueva temporada, la OPS realizará el 10 de junio una reunión virtual de preparación, que brindará a representantes de ministerios de Salud y agencias de protección civil la oportunidad de intercambiar experiencias con expertos en respuesta a desastres y salud pública en emergencias.

La OPS también continúa trabajando con los países para asegurar que los planes nacionales de respuesta ante emergencias estén actualizados y para fortalecer los mecanismos de coordinación intersectorial a nivel nacional y local, con el fin de brindar una respuesta oportuna y eficaz ante futuras alertas de emergencia.

Anne Caroline Rosa sostiene a su hijo Moisés en su regazo y le da un suave beso en el cuello, mientras su hija menor, María, acaricia la cabeza de su hermano.

El niño de 9 años las mira a ambas y sonríe. Moisés no habla ni se mueve.

Es uno de los casi 2.000 niños nacidos con microcefalia a causa del virus Zika entre 2015 y 2016 en Brasil, hijos de mujeres que contrajeron el virus durante el embarazo.



Anne Caroline Rosa con Moisés y María: las madres solteras son la mayoría de las cuidadoras de niños con síndrome congénito de Zika.

Transmitido por el mismo mosquito que contagia el dengue, la fiebre Zika se extendió a decenas de territorios en ese momento y convirtió al país, que se preparaba para albergar los Juegos Olímpicos, en el epicentro de la primera gran epidemia de la enfermedad jamás registrada.

La proliferación de casos llevó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a declarar una emergencia de salud pública de interés internacional en febrero de 2016, una alerta que se prolongó hasta noviembre de ese año.

En Brasil, donde el mundo pasó meses siguiendo con atención la propagación de la enfermedad, el fin de la emergencia nacional se declaró seis meses después, en mayo de 2017.

Desde el sofá de la sala de su casa, una propiedad de dos habitaciones en la planta baja del complejo habitacional Minha Casa Minha Vida de 4.000 apartamentos en la ciudad de Maceió, estado de Alagoas, Rosa levanta la camisa de Moisés y muestra el tubo que sale de su vientre.

Se sometió a una gastrostomía en 2022 debido a que tenía cada vez más dificultades para alimentarse por la boca.

La microcefalia es solo una de las secuelas del paso del virus al cerebro de los bebés durante el embarazo.

El síndrome congénito asociado a la infección por el virus Zika se caracteriza por una variedad de alteraciones: problemas cardíacos, problemas articulares y dificultad para coordinar la masticación y la deglución.

Con su habla rápida y su voz enérgica, Rosa dice que ha perdido la cuenta de las veces que la sonda de su hijo ha llamado la atención de desconocidos en la calle. "Viajamos mucho en autobús, a veces hace mucho calor, tengo que darle agua y la gente se queda mirando".

Para darle agua a Moisés, coloca un embudo en el extremo de la sonda y vierte el líquido, que va directo al estómago del niño.

"Hay quien dice: 'Animalito...'. Yo digo: 'No, animalito, ¿sabes?, es un niño. Tiene su discapacidad, pero no es un animalito, no'. No bajo la cabeza. Le sonrío, le doy un beso y listo."

Mujeres, las principales víctimas del virus Zika

Rosa es una de las mujeres afectadas por la fiebre zika que visitamos en Alagoas diez años después del brote de microcefalia, que se concentró especialmente en la región de Nordeste de Brasil y en familias de bajos recursos.

En una década, cada una vivió trayectorias únicas, pero no faltaron experiencias similares que, en algunos casos, las llevaron, literalmente, a acercarse entre ellas.

Al asumir el cuidado de sus hijos, la mayoría no encontró otra alternativa que dejar de trabajar o estudiar.

Muchas sobreviven con el Beneficio de Pago Continuo (un salario mínimo que se paga, en este caso, a personas con discapacidad que viven en la pobreza) y han compartido historias de luchas en los tribunales para garantizar el acceso a tratamientos que van desde cirugías de mediana y alta complejidad, hasta sillas de ruedas, medicamentos y latas de leche.

Las madres de niños con síndrome de zika congénito se han convertido en expertas en la condición de sus hijos, han aprendido términos médicos que antes apenas conocían y hoy hablan con fluidez sobre sondas gástricas, aspiración traqueal y neuroplasticidad, que es la capacidad del cerebro para adaptarse tras sufrir una lesión.

Casi 300 ya han perdido a sus hijos, según los datos gubernamentales más recientes de 2024, y poco más de 1.500 ven a sus hijos acercarse a los 10 años, en algunos casos con mejoría de las secuelas, y en muchos otros, con un empeoramiento de su salud, como es el caso de Moisés, quien ya no puede mantenerse en pie y tiene las manos atrofiadas.

Muchas fueron abandonadas por sus esposos. Sus historias están llenas de momentos de ansiedad, depresión y soledad.

Rosa perdió a sus padres cuando era niña, no tiene familiares cercanos con los que pueda contar y se separó de su esposo tras algunos conflictos.

Dice que el padre de los niños les da poco apoyo y casi nunca los saca a pasear, a pesar de sus insistentes peticiones. Rosa cree que le da vergüenza estar con Moisés en público.

"Lo llevo en autobús a todas partes, voy al centro comercial, lo llevo a la piscina, lo llevo a la playa", cuenta Rosa. "Una madre tiene que enfrentarse a los prejuicios, que están por todas partes, ¿no?", dice, mirando a Moisés. "No tengo el apoyo de nadie. Soy madre soltera, vivo para los dos".

¿Y un novio?

"Ay, no voy a mentir, ya conseguí novio, pero la mayoría de los hombres, cuando ven que hay un hijo que depende de ellos... es muy diferente", dice Rosa. "Y le dejo muy claro que, si quiere estar conmigo, tendrá que aceptar a mis hijos también".

Una red de apoyo

Cuando lo necesita, Rosa recurre a dos vecinas, Rute Freires y Lenice França, de Pernambuco, ambas madres de niños con síndrome de zika congénito, Tamara y Enzo.



El virus Zika unió a Lenice França, Anne Caroline Rosa y Rute Freires.

Unidas por el zika, las tres se convirtieron en mejores amigas y en la red de apoyo que nunca tuvieron.

Fue gracias a ellas que Freires tuvo la oportunidad de volver a la escuela y terminar la secundaria. En el último año, França y Rosa cuidaron de Tamara mientras asistía a la escuela nocturna.

"Son mi apoyo", dice Freires, quien ahora planea estudiar educación y sueña con comprarse un coche algún día.

França aprendió a usar una sonda de gastrostomía para ayudar a sus amigas. Su hijo Enzo es uno de los niños con síndrome de zika congénito que hablan, tienen movilidad y cierta autonomía.

Por eso, nunca pensó en que alimentaría a un niño por sonda: "Temblaba solo de pensarlo, pero aprendí".

En el complejo residencial donde viven las tres mujeres, hay otras 15 con hijos afectados por el síndrome congénito de zika. No es casualidad: todas son miembros de la Asociación de Familias Ángeles del Estado de Alagoas (AFAEAL), a través de la cual se organizaron para solicitar los apartamentos.

Desde 2009, la legislación ha priorizado el acceso a Minha Casa Minha Vida a las familias con personas con discapacidad, y en 2016, una ordenanza del Ministerio de las Ciudades comenzó a priorizar a las familias con niños con microcefalia.

"Nuestra intención era que estuvieran cerca para ayudarse mutuamente, para que fueran una red de apoyo, algo que la gran mayoría no tiene", dice Alessandra Hora, fundadora y presidenta de la asociación.

"Nosotras, las mujeres, somos las que hemos aprendido a movilizarnos y somos las que nos damos la mano", explica Hora, quien participó en la crianza de su nieto Erik, afectado por el síndrome congénito de zika, tras perder a su hijo en un asesinato.

Para quienes no están geográficamente cerca, la tecnología acorta la distancia. La mayoría de las mujeres se comunican a diario en grupos de WhatsApp, se hacen preguntas y se desahogan.

"Varias madres han venido a hablarme en plena noche sobre el suicidio. Y hablar con ellas les cambia la vida; las saca de sus pensamientos", dice Alessandra.

La asociación, que tiene actualmente 425 miembros, incluyendo familiares de niños con microcefalia debido al síndrome congénito de zika y otras causas, ha unido esfuerzos junto a otras agrupaciones para conseguir fondos públicos que les permitan enfrentar los costos de salud.

Hasta ahora, el camino no ha sido fácil.

"Es un tratamiento muy caro"

Si consiguieran más recursos, la mayoría de las madres saben exactamente qué harían con el dinero.



Rute Freires se acercó a otras madres de niños con microcefalia tras separarse de su marido.

Anne Caroline Rosa, por ejemplo, quien actualmente vive con el salario mínimo del Beneficio de Prestación Continuada, empearía por contratar un seguro médico para Moisés.

También instalaría un aire acondicionado en su habitación y le compraría órtesis nuevas, que son dispositivos ortopédicos para alinear mejor el cuerpo.

"La mayoría de estos niños presentan retraso en el crecimiento. Empezamos con una órtesis para el pie o la mano, y para cuando llega el momento de quitársela, el niño ya no puede sostenerla", dice, quejándose de los retrasos en el Sistema Único de Salud.

"Es un tratamiento muy caro", afirma la infectóloga Mardjane Lemos, quien diagnosticó los primeros casos de síndrome congénito de zika en Alagoas en 2015.

El daño causado por el virus al cerebro de los bebés es irreversible, pero es posible garantizar la calidad de vida de los niños con el apoyo de especialistas como fisioterapeutas, fonoaudiólogos, dentistas y terapeutas ocupacionales, señala la especialista.

Lemos afirma que es difícil estimar la esperanza de vida de los niños, pero que muchos han fallecido antes de lo previsto debido a problemas que podrían haberse evitado, "porque su neumonía no se diagnosticó a tiempo y no pudieron acceder a una cirugía de gastrostomía".

En opinión de la experta, el Estado falló al no brindar "atención rápida y oportuna a estos niños, para asegurar que tuvieran la estimulación adecuada y pudieran llevar una vida lo más normal posible", y al no brindar las condiciones para que las madres pudieran regresar a la escuela o al mercado laboral.

También fracasó, continúa, en prevenir el brote de fiebre zika que inició toda esta historia hace diez años, debido a la falta de saneamiento básico y políticas sólidas para controlar el vector de transmisión, que es el mosquito.

Preguntas sin respuesta

Los casos de fiebre zika y los nacimientos de bebés con síndrome congénito de zika han disminuido drásticamente, pero, advierte, esto no significa que no pueda volver a ocurrir un nuevo brote, ya que se desconoce con exactitud la causa de la disminución.

"El gran auge de casos parece haber cesado espontáneamente. Por lo tanto, esto lleva a la teoría de que existe cierta inmunidad natural. ¿Cuánto dura?, ¿es real?, no lo sabemos", dice Lemos.

Estas son algunas de las muchas preguntas que, diez años después, siguen sin respuesta.

Otra pregunta importante que aún permanece abierta es por qué la región de Nordeste se vio más afectada. Existen investigaciones que sugieren que la mayor incidencia en la región podría estar relacionada con la desnutrición materna, ya que la mayoría de las madres de bebés con microcefalia vivían en situaciones de vulnerabilidad social.

Otros estudios están indagando una posible relación con la contaminación del agua de los embalses durante la grave sequía de 2015 por bacterias que producen una neurotoxina que podría haber aumentado la acción del virus Zika en el cerebro de los bebés.



Lenice França aprendió a manejar una sonda gástrica para ayudar a su amiga.

Expertos como la biomédica Patrícia Garcez y el neurocientífico Stevens Rehen, quienes dirigieron estas dos investigaciones, declararon que creen que la respuesta podría ser una combinación de estos y otros factores.

"Ahora sabemos un poco más que existen factores ambientales que podrían estar contribuyendo a esta mayor prevalencia, pero no comprendemos completamente cómo contribuyen. Además, existen pocos estudios", afirma Garcez, quien actualmente imparte clases en el King's College de Londres, Inglaterra.

Mardjane Lemos coincide: "Creo que algunas deficiencias en la respuesta están muy relacionadas con el hecho de que teníamos una población afectada que está desatendida por las políticas públicas, que no está en los nichos de investigación, y que se concentra más en el Sur y el Sureste".

Las autoridades cubanas reportaron el 25 de mayo un brote de hepatitis A, una enfermedad altamente contagiosa, en localidades de la provincia de Matanzas, lo que ha encendido las alarmas.

La crisis en la isla aumenta el riesgo de contagio, mientras las recomendaciones que comparte el oficialismo resultan difíciles de seguir en medio del desabastecimiento y la escasez generalizada de recursos básicos.



En específico, el brote se reportó en los repartos 13 de Marzo y el barrio La Marina, pertenecientes al sistema de salud de Cárdenas en el territorio matancero, donde se encuentran importantes polos turísticos como Varadero.

La prensa oficialista reportó un brote de hepatitis tipo A en las referidas localidades de Matanzas, junto al llamado de las autoridades a “reforzar la higiene, el aislamiento de casos sospechosos y la cloración del agua”.

Las autoridades sanitarias locales confirmaron “la presencia de varios casos” y pidieron “extremar las medidas sanitarias para frenar la propagación de esta enfermedad, altamente contagiosa”.

Entre las medidas, destacan:

- Aislamiento inmediato de personas con síntomas sospechosos (fiebre, fatiga, dolor abdominal, coloración amarillenta de piel u ojos).
- No compartir utensilios: platos, vasos o cubiertos deben ser de uso individual.
- Lavado constante de manos con agua y jabón, especialmente antes de comer y después de ir al baño.
- Cloración del agua de consumo, incluso si proviene de fuentes consideradas seguras.
- Vigilancia en escuelas: directivos y docentes deben garantizar la desinfección de superficies y reportar casos potenciales.

“Hasta ahora, no se han reportado fallecidos, pero la hepatitis A puede complicarse en niños, adultos mayores y personas con condiciones crónicas”, informó el oficialismo.

También señaló que la hepatitis A, “aunque no suele ser mortal, puede saturar los servicios de salud si no se controla a tiempo”.

La situación en el país

En su actualización habitual de la situación epidemiológica en la isla, el director nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública, Francisco Alberto Durán García no se refirió a los casos en Matanzas, pero hizo un llamado general a tomar precauciones ante la hepatitis A.

“La persona elimina el virus en las heces; si el agua o los alimentos están contaminados, el riesgo es alto”, dijo el funcionario antes de recomendar medidas como la conservación de los alimentos y el tratamiento del agua, aunque reconoció las dificultades para hervir el líquido con la frecuencia de los apagones prolongados y la escasez de combustible.

Desde diciembre, el propio especialista venía alertando sobre las condiciones en la isla que favorecen la propagación del virus, el cual también puede transmitirse por contacto sexual.

La hepatitis A es una inflamación del hígado causada por el virus de la hepatitis A (VHA) y se transmite principalmente cuando una persona no infectada (y no vacunada) ingiere alimentos o agua contaminados con las heces de una persona infectada.

La enfermedad está estrechamente relacionada con el consumo de agua o alimentos contaminados, un saneamiento inadecuado, una higiene personal deficiente y el sexo oral-anal.

El periodo de incubación suele ser de 14 a 28 días, mientras que los síntomas van de leves a graves y pueden incluir fiebre, malestar, pérdida de apetito, diarrea, náuseas, molestias abdominales, orina oscura e ictericia.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, bajo la dirección del secretario Robert Francis Kennedy Jr., realizó recientemente cambios significativos en la forma en que se aprueban las vacunas contra la covid y los grupos para los cuales se recomiendan.

Durante los últimos años, el Gobierno federal aprobó y recomendó de manera generalizada una vacuna actualizada contra la covid para todas las personas a partir de los 6 meses de edad cada otoño.



Pero la semana pasada, los líderes de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de Estados Unidos presentaron un nuevo marco para el proceso de aprobación de las vacunas contra la covid que podría limitarlas solo a los estadounidenses mayores y personas con mayor riesgo de infección grave por covid. El 27 de mayo, Kennedy anunció que la vacuna ya no formará parte de las vacunas recomendadas para mujeres embarazadas y niños saludables en el calendario de inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos.

Estos cambios, realizados de manera no convencional, probablemente afectarán el acceso y la disponibilidad de las vacunas contra la covid para millones de personas.

Las personas elegibles para la vacuna contra la covid

Según el marco delineado por el Comisionado de la FDA, Dr. Martin Adel Makary, y el Dr. Vinayak Kashyap Prasad, el nuevo director del Centro de Evaluación e Investigación Biológica de la FDA, las vacunas actualizadas contra la covid probablemente serán aprobadas para todas las personas de 65 años o más y para personas de 6 meses o más que tengan al menos una condición subyacente que las ponga en “alto riesgo de resultados graves de covid”.

Los CDC enumeran [docenas de afecciones](#) que pueden contribuir a un mayor riesgo de contraer covid, como asma, cáncer, diabetes, obesidad y antecedentes de tabaquismo. Estas afecciones subyacentes harán que entre 100 y 200 millones de personas en Estados Unidos sean elegibles para recibir la vacuna contra el SARS-CoV-2 bajo el nuevo marco, según estimaron los directivos de la FDA.

El embarazo está incluido en la lista de factores que, según los CDC, han demostrado un aumento concluyente del riesgo de al menos un resultado grave de covid. Kennedy no ofreció una razón específica para la decisión de dejar de recomendar la vacuna contra la covid a las embarazadas en el anuncio del 27 de mayo, pero la medida parece contradecir directamente el nuevo marco delineado una semana antes.

Para los niños y adultos menores de 65 años que no tienen una enfermedad subyacente, la FDA dijo que requerirá ensayos clínicos en profundidad antes de autorizar nuevas vacunas.

Se espera que un grupo independiente de asesores de los CDC, el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP), se reúna a fines de junio para votar sobre las recomendaciones de la vacuna contra la covid, y ya habían estado sopesando opciones para recomendaciones más específicas basadas en el riesgo que las pautas generales emitidas en años anteriores.

Los expertos afirman que la reunión del próximo mes podría ser un momento crucial en el futuro del acceso a la vacuna contra la covid, con mucha incertidumbre en torno a lo que sucederá si los asesores recomiendan un camino diferente al que han delineado los funcionarios.

La vacuna para las personas no elegibles

Las personas que no cumplen con los nuevos criterios de elegibilidad quizás puedan recibir la vacuna contra la covid, pero esto podría ser más difícil y costoso.

“En teoría, se podría encontrar a alguien dispuesto a proporcionarles la vacuna, y es posible que tengan que pagar de su bolsillo para obtenerla, pero hay muchos factores que deben coincidir para que eso suceda”, dijo la Dra. Michelle D. Fiscus, pediatra y directora médica de la Asociación de Gestores de Inmunización.

Es posible que los proveedores de atención médica, incluidos los pediatras, puedan proporcionar la vacuna contra la covid “fuera de etiqueta”, pero necesitarían tener la vacuna en stock, lo que se ha vuelto cada vez menos común.

La gran mayoría de las vacunas contra el SARS-CoV-2 se administran en farmacias. Los farmacéuticos generalmente no cuentan con las herramientas para verificar el historial médico ni si una persona padece una afección de alto riesgo, por lo que muchos podrían confiar en la palabra de los pacientes. Sin embargo, los recientes anuncios del Gobierno federal podrían tener un efecto disuasorio sobre lo que los proveedores están dispuestos a hacer, según los expertos.

La cobertura de los seguros para las vacunas contra la covid

Es probable que las personas que están cubiertas por seguros públicos como Medicare y Medicaid y que cumplen con los nuevos requisitos de elegibilidad de la FDA sigan teniendo cubiertas las vacunas contra la covid, dicen los expertos.

Existe mayor incertidumbre sobre cómo las aseguradoras privadas ajustarán su cobertura. Algunas de las afecciones que los CDC consideran de alto riesgo para la covid, como la inactividad física, tienen una definición imprecisa y su interpretación podría depender de cada plan.

Según la Ley de Atención Médica Asequible, las compañías de seguros están obligadas a cubrir las vacunas para adultos si han sido recomendadas por el ACIP. El comité también vota sobre si las vacunas deben añadirse al programa federal Vacunas para Niños, que proporciona vacunas a niños que de otro modo no podrían costearlas.

Sin embargo, existe una zona gris en torno a lo que sucederá si las recomendaciones del ACIP difieren de las recomendaciones de los CDC, dicen los expertos.

La entrada en vigor de los cambios

En un video publicado en redes sociales el 27 de mayo, Kennedy indicó que los cambios en las recomendaciones para niños y embarazadas entraron en vigor ese mismo día. Sin embargo,

hasta la mañana del 28 de mayo, el [calendario de vacunación](#) recomendado por los CDC, publicado en línea, no había cambiado.

El editorial de la semana pasada de Makary y Prasad afirmaba que el nuevo marco para la aprobación de vacunas se adoptaría “de aquí en adelante”. Los funcionarios de la FDA afirmaron que la nueva política busca un equilibrio entre la necesidad de aprobar las vacunas con rapidez (para tenerlas listas para la temporada de virus respiratorios de otoño boreal para los adultos y niños más vulnerables) y la necesidad de obtener más evidencia antes de ofrecerlas a otras personas.

Según este nuevo marco propuesto, la FDA exigirá evidencia adicional a los fabricantes de vacunas antes de aprobar vacunas actualizadas contra la covid para niños y adultos sanos. Los funcionarios indicaron que estos estudios deberían durar al menos seis meses, lo que impediría que los hallazgos influyeran en las aprobaciones a tiempo para este otoño en Estados Unidos.

Los asesores independientes de vacunas de los CDC se reunirán a fines de junio y se espera que voten sobre las recomendaciones de la vacuna contra el SARS-CoV-2 para este otoño. Sus decisiones han guiado la política de vacunas en Estados Unidos durante décadas, pero no está claro cuánta influencia tendrán en los cambios recién anunciados. El Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) aún no ha aprobado dos de las tres recomendaciones formuladas en la última reunión del grupo, en abril.

La seguridad de las vacunas contra la covid

Las vacunas actualmente disponibles en Estados Unidos han sido aprobadas por la FDA después de un análisis riguroso y se consideran seguras.

En su editorial que describe el nuevo marco para la aprobación de la vacuna contra el SARS-CoV-2, Makary y Prasad, de la FDA, dijeron que “el beneficio de las dosis repetidas... es incierto”, pero no presentaron evidencia de que las vacunas contra el SARS-CoV-2 en sí mismas no sean seguras.

La agencia dijo que aprobará las vacunas para niños y adultos saludables solo después de estudios que demuestren que las dosis pueden prevenir los síntomas de la covid mejor que un placebo. Sin embargo, el nuevo plan no tiene en cuenta otros efectos de las infecciones por SARS-CoV-2, como la covid prolongada.

Estos cambios en la política de vacunación contra la enfermedad limitan las oportunidades de proteger a las personas de alto riesgo, incluidos niños pequeños y embarazadas, afirmaron los expertos.

“Tenemos vacunas que sabemos que fueron cruciales para salvar vidas durante la pandemia, y seguimos observando la morbilidad y mortalidad por covid”, dijo Fiscus. “Es muy preocupante que a quienes eligen protegerse a sí mismos o a sus hijos con una vacuna se les pueda quitar esa opción”.



FILIPINAS

DOS MUERTES POR MUERMO EN LA PROVINCIA DE SIKUIJOR

28/05/2025

El Departamento de Salud de la Región de Pulo ng Negros (DOH-NIR) en Filipinas informó sobre la confirmación de la muerte de dos personas por muermo en la provincia de Siquijor.

Ambos fallecidos eran varones y se encontraban hospitalizados en Silangang Negros. Presentaban comorbilidades como hipertensión y diabetes.

El DOH-NIR desaconsejó el contacto directo con animales y el consumo de carne y productos cárnicos de animales enfermos.

El DOH-NIR continúa con su vigilancia, rastreo de contactos y educación sanitaria comunitaria con equipos médicos que realizan visitas comunitarias para monitorear y detectar signos tempranos, mientras que el Departamento de Agricultura está a cargo de la vigilancia y las pruebas a los animales.

El muermo es una enfermedad causada por la bacteria *Burkholderia mallei*. Se presenta principalmente en caballos, mulas y burros. En Filipinas, también se puede encontrar en el carabao (*Bubalus bubalis carabanesis*). Los humanos pueden contraer la enfermedad, pero es poco frecuente.

ANG GLANDERS

usa ka makatakod nga sakit hinungdan sa bakteryang *Burkholderia mallei*. Ang mga hayop ang labing apektado. Ang tawo mahimong matakdan pinaagi sa:

- Direktang pakig-uban sa mga apektadong hayop, ilang likido ug sekresyon
- Kontaminadong mga gamit, pagkaon, yuta, ug tubig

Mga Timailhan sa mga Hayop

- Abnormal na bukol
- Nag dalag and color sa likido nga nagegawas sa ilong
- Hubag ug samad sa panit

Proteksyonan ang Kaugalingon

- Likayi ang direktang pakig-uban sa mga masakiton o patay nga mga hayop
- Magsul-ob sa saktong PPE
- Siguraduhon nga natabunan ug limpyo ang bisan unsang samad bag-o magsugod ug trabaho

EXPOSURE + SIMPTOMAS

Exposure sa natakdan nga hayop pinaagi sa:

- Pag-quin
- Paggetay / pag-illaw
- Pagkukuto
- Pag-kaon
- Pag-quin sa kontaminadong:
- Karne
- Gamit
- Yuta
- Tubig

Simptomang sa:

- Immunisasyon
- Immunisasyon
- Immunisasyon
- Immunisasyon

Magpakonsulta dayon kung na-expose ug naay mga simtomas!

NIR OPEN CONTACT NUMBERS

Globe: 0966-763-1144 | Smart: 0966-897-2072 | Email: niropen@doh.gov.ph

El muermo es una enfermedad infecciosa zoonótica contagiosa causada por la bacteria *Burkholderia mallei*, que se presenta principalmente en caballos, mulas y burros, pero también puede ser contraída por perros, gatos, cerdos, cabras y seres humanos.

El muermo es endémico en África, Asia, Medio Oriente, América Central y del Sur. La enfermedad se ha erradicado en América del Norte, Australia y la mayor parte de Europa mediante la observación zoológica y la destrucción de animales infectados y enfermos, así como mediante restricciones de cuarentena para la importación de dichos animales. En Estados Unidos no se han reportado casos de muermo desde 1945, hasta un accidente de laboratorio en el año 2000, en el que un investigador estuvo expuesto accidentalmente a la bacteria *B. mallei*. En el Reino Unido, el muermo es una enfermedad de declaración obligatoria y no se han reportado casos desde 1928.

Los signos del muermo incluyen la formación de lesiones nodulares en los pulmones y la ulceración de las mucosas de las vías respiratorias superiores. La forma aguda del muermo provoca tos, fiebre y secreción nasal infecciosa, seguida de septicemia y muerte en cuestión de días. En la forma crónica del muermo, se desarrollan nódulos nasales y subcutáneos que finalmente se ulceran; la muerte puede sobrevenir en cuestión de meses, mientras que los sobrevivientes actúan como portadores.

La infección con la bacteria *B. mallei* generalmente se contrae a través de la ingestión de alimento y agua potable contaminados, o por contacto directo con los fluidos y tejidos corporales de un animal infectado. El patógeno *B. mallei* ingresa al organismo humano a través de abrasiones cutáneas, a través de las mucosas nasal y oral, y por inhalación.

El Ministerio de Salud anunció el 28 de mayo que, en lo que va del año, 62 personas han sido diagnosticadas con sarampión en Israel.

En algunos casos, se desconoce el origen de la infección, y la gran mayoría de los pacientes no estaba vacunada. Hasta la fecha, aproximadamente la mitad de los infectados se han recuperado.

El Ministerio también emitió una alerta sobre un paciente con sarampión confirmado que podría haber expuesto a otras personas en lugares públicos. Según una investigación epidemiológica de la Oficina de Salud del Distrito Central, el paciente estuvo presente en el Aeropuerto Ben Gurión, un restaurante y un cine el 24 de mayo.

El ministerio instó a todas las personas presentes en estos lugares en esa fecha a verificar su estado de vacunación. Las personas mayores de seis meses no vacunadas deben vacunarse. Quienes hayan recibido solo una dosis deben recibir la segunda si han transcurrido más de tres meses desde su primera vacunación.

Las personas nacidas antes de 1957, aquellas vacunadas con dos dosis o aquellas expuestas al virus en la infancia generalmente no requieren vacunación adicional.

Aunque los casos de sarampión en Israel son raros, la enfermedad no se considera eliminada en el país y se han registrado múltiples muertes relacionadas con el virus en los últimos años.

Una niña de 18 meses murió de sarampión en Jerusalén en 2018, durante un aumento repentino de casos. La niña, que no había sido vacunada, fue la primera muerte por sarampión registrada en Israel en 15 años.

Un brote en 2018 y 2019 infectó a más de 4.000 personas, la mayoría de las cuales no estaban vacunadas. El Ministerio de Salud dijo entonces que la vacunación completa tenía una eficacia de 97% para prevenir la enfermedad y que el sarampión podía dejar daños duraderos y era mortal para uno de cada 1.000 niños infectados.

En 2019, una azafata israelí de 43 años falleció por complicaciones relacionadas con la enfermedad tras contraer sarampión en un vuelo. Había recibido una dosis de la vacuna, pero no la segunda dosis recomendada.

Se recomienda a las personas que experimenten síntomas como fiebre, fatiga, secreción nasal o sarpullido que no asistan a grandes reuniones para evitar poner en riesgo a los demás.

Toda persona expuesta a un caso confirmado de sarampión debe seguir las instrucciones del Ministerio de Salud respecto a las pruebas y la vacunación, y evitar los espacios públicos. Las visitas a clínicas o salas de urgencias deben coordinarse con antelación y notificar al personal a su llegada.





Mientras los palestinos de Gaza continúan hundiéndose cada vez más “en el abismo”, casi 700.000 mujeres y niñas se enfrentan a una “emergencia silenciosa de higiene menstrual”, con graves consecuencias para su salud, protección, dignidad y derechos humanos.

La Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) calculan que en Gaza se necesitan 10,4 millones de compresas al mes.

Sin embargo, tres meses después del inicio del bloqueo total israelí de la ayuda, las existencias de productos sanitarios y menstruales están casi agotadas. Desde el cierre de los pasos fronterizos el 2 de marzo estos kits de dignidad siguen sin poder entrar en la Franja de Gaza.

Los precios de los pocos productos menstruales y sanitarios que quedan se han disparado, llegando a quintuplicar su costo de antes de la guerra, lo que los pone fuera del alcance de la mayoría de la gente. “No se trata sólo de una escasez de suministros, sino de una verdadera crisis de salud, dignidad y protección”, deploró la OCHA.



Una mujer sostiene a un niño en brazos en un campamento de tiendas de campaña en Gaza.

Una vida cotidiana sin agua, compresas, ni intimidad

Según las agencias de la Organización de Naciones Unidas (ONU), “una higiene menstrual deficiente en situaciones de emergencia aumenta el riesgo de infecciones y complicaciones ginecológicas a largo plazo. También podría aumentar la exposición a la violencia de género, el acoso y la explotación. Las restricciones de movimiento y acceso a servicios esenciales para mujeres y niñas aumentan su aislamiento y vulnerabilidad”.

En los refugios superpoblados, las mujeres y las niñas carecen de intimidad, aseos seguros y acceso al agua, lo que las obliga “a adoptar estrategias de supervivencia que comprometen tanto su seguridad como su dignidad”, señalaron la OCHA y el UNFPA.

“La inseguridad del agua afecta a 90% de los hogares de Gaza, obligando a las familias a tomar decisiones imposibles entre beber, cocinar o lavarse”.

Debido a la grave escasez, las mujeres y las adolescentes utilizan ropa vieja, telas rotas o esponjas en lugar de compresas. “Sin agua limpia, no pueden lavar ni reutilizar los materiales de forma segura, lo que aumenta el riesgo de infección”.

Saltarse comidas para evitar aseos insalubres

Algunas mujeres de Gaza afirman que se saltan comidas o reducen la ingesta de líquidos para evitar utilizar aseos insalubres. En los refugios superpoblados y sin intimidad, la gestión de la menstruación se convierte en un riesgo en sí mismo.

“Las niñas describen la menstruación como una fuente de vergüenza, pánico y aislamiento. Para muchas, es un momento de profunda ansiedad y angustia, especialmente en situaciones de desplazamiento donde la privacidad es inexistente”, continúa el UNFPA.



Una niña de Gaza intenta recoger los restos de comida que quedan en la olla.

A pesar de las graves limitaciones de acceso y las interrupciones en la cadena de suministro, las agencias de la ONU están intentando ayudar a la población. Desde octubre de 2023, más de 300.000 mujeres y niñas han recibido toallas sanitarias desechables para dos meses.

Los “kits de dignidad”, los suministros de higiene menstrual y la ayuda financiera han permitido a más de 150.000 mujeres comprar artículos esenciales como compresas, jabón, ropa interior y toallas de baño.

Nivel alarmante de acumulación de residuos sólidos

Esta “emergencia silenciosa de higiene menstrual” se produce en un momento en el que la acumulación de residuos sólidos en la ciudad de Gaza ha alcanzado un “nivel alarmante”, con más de un cuarto de millón de toneladas de residuos que se acumulan y tienen un grave impacto en las condiciones sanitarias y ambientales.

Este creciente volumen de residuos sin recoger ha creado las condiciones idóneas para la propagación de enfermedades, atrayendo a insectos y roedores y suponiendo una grave amenaza para la salud pública, advirtió la OCHA.

Los servicios municipales han recogido algunos residuos y los han trasladado a vertederos provisionales de la ciudad. Pero estas medidas siguen siendo limitadas debido a la grave escasez de combustible y de vehículos de recolección de residuos.

El esquema israelí de distribución de ayuda legítima una política de privación intencional

Al cumplirse 600 días de guerra en la Franja de Gaza, decenas de miles de personas hambrientas y desesperadas asaltaron un punto militarizado de distribución del nuevo plan israelí de ayuda –respaldado por Estados Unidos y sin participación de la ONU–, lo que resultó en casi 50 heridos por disparos.

“Estos sucesos ilustran cómo continúa el castigo colectivo contra los palestinos y cómo se acelera el ataque a su dignidad humana”, afirmó Jonathan Whittall, jefe de la OCHA en los Territorios Palestinos Ocupados.

Whittall sostuvo que el nuevo esquema de distribución “va más allá del simple control de la ayuda. Es una escasez artificial: cuatro centros de distribución ubicados en el centro y sur de Gaza, protegidos por contratistas de seguridad privados estadounidenses, donde los palestinos que puedan llegar recibirán raciones”, explicó.

47 palestinos heridos al intentar recoger comida

Los equipos de ayuda de la ONU renovaron su llamamiento a Israel para que permita el acceso a Gaza y así distribuir miles de toneladas de alimentos, medicinas y otros artículos básicos que esperan a las afueras.

En Gaza, decenas de palestinos resultaron heridos y recibieron disparos al intentar recoger ayuda del nuevo centro de distribución de ayuda respaldado por Estados Unidos e Israel, que opera independientemente de la ONU.

El responsable de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OHCHR) en los Territorios Palestinos Ocupados declaró que al menos 47 personas, según los informes, resultaron heridas el 27 de mayo intentando recoger ayuda.



Una familia desplazada abandona la zona oriental de Deir Albalah después de que las autoridades israelíes emitieran una orden de evacuación de la zona.

Imágenes en redes sociales de Rafah, donde tiene su sede la Fundación Humanitaria de Gaza, de gestión privada y respaldada por el Ejército israelí, muestran escenas de pánico con multitudes de personas corriendo en distintas direcciones, mientras otras se llevan cajas de suministros.

Estas cifras podrían aumentar, ya que aún se está recabando información sobre el incidente, declaró el responsable de la OHCHR en los Territorios Palestinos Ocupados.

“De enero a marzo de 2024, nuestra oficina ha documentado 26 incidentes en los que las Fuerzas de Defensa de Israel dispararon mientras la gente recogía ayuda humanitaria, causando víctimas en la rotonda de Al Kuwaiti y en la rotonda de Al Naburasi”, dijo Ajith Sunghay.

La vida en Gaza está siendo borrada

Jonathan Whittall, jefe de la OCHA en los Territorios Palestinos Ocupados detalló que uno de esos centros está cerca del lugar donde las fuerzas israelíes mataron y enterraron en una fosa común a 15 socorristas. “Para mí, este es un símbolo grotesco de cómo la vida en Gaza, y aquello que la sustenta, está siendo borrada y controlada”, dijo.

Tras reiterar que el nuevo modelo de distribución no puede de ninguna manera satisfacer las necesidades en Gaza, aseveró que diseñar un plan sabiendo a todas luces que no cumple con las obligaciones mínimas marcadas en el derecho internacional “es, esencialmente, un reconocimiento de culpa”.

La entidad creada para implementar este plan, institucionaliza desde el principio las restricciones israelíes a la entrega de ayuda, añadió Whittall, asegurando que el operativo no es trabajo humanitario, ya que la acción humanitaria buscaría llegar a todos los civiles dondequiera que se encuentren y se opondría a las medidas para limitar la ayuda, en lugar de aceptar estas condiciones de antemano.

“Este nuevo esquema es un racionamiento basado en la vigilancia que legitima una política de privación intencional. Y llega en un momento en que la población de Gaza, la mitad de la cual son niños, se enfrenta a una crisis de supervivencia”, subrayó.

Poco tiempo para evitar la hambruna

La OCHA insistió en que las autoridades israelíes socavan su capacidad para brindar asistencia vital genuina, basada en principios humanitarios y que garantice llegar a los más vulnerables. También enfatizó en que la ventana de oportunidad para evitar la hambruna se cierra rápidamente.

Distribuir alimentos de diversas formas y en diversos lugares “es la única manera de restablecer el orden e impedir una hambruna masiva”, indicó, y añadió que la comunidad humanitaria necesita un flujo de ayuda predecible, amplio y sin obstáculos a través de múltiples cruces fronterizos para entregarla directamente a los centros de población, “como lo hemos hecho en el pasado”.

Israel tiene claras obligaciones, en virtud del derecho internacional humanitario, de respetar la dignidad de los civiles, evitar el desplazamiento forzado y facilitar el acceso a la ayuda, recordó.

En cuanto a las declaraciones israelíes de que Hamás desvía la ayuda de la ONU y las ONG, la OCHA las refutó recordando que son imputaciones sin pruebas.

La ayuda coordinada a través del sistema de la ONU representó 35% de lo que entró durante el alto el fuego y la Organización no supervisó los suministros que Israel facilitó a través de otros canales.

La supervivencia, un privilegio para los cumplen el plan militar israelí

Jonathan Whittall destacó que mientras se obstaculiza el trabajo humanitario de las agencias de la ONU, los cambios al sistema de reparto de ayuda se instauran junto con la creciente ofensiva aérea y terrestre de Israel, que ha desmantelado aún más los medios de supervivencia en Gaza al destruir hospitales, panaderías y fuentes de agua.

“El mensaje que se transmite con el establecimiento de estos centros militarizados parece ser que, en Gaza, la supervivencia es un privilegio, otorgado solo a quienes cumplen con un plan militar que, según un ministro israelí, consiste en ‘conquistar, despejar y quedarse’”, apuntó.

La ONU se rehúsa a participar

La ONU se ha negado a participar en dicho plan, alertando de que es logísticamente inviable y que viola los principios humanitarios al utilizar la ayuda como herramienta en los esfuerzos más amplios de Israel por despoblar zonas de Gaza.

La ayuda no debe utilizarse como arma, la comunidad humanitaria en Gaza permanece unida, sus principios son innegociables y no participará en ningún plan que socave la neutralidad, la integridad o la independencia, reiteraron los organismos de asistencia.

Whittall pugnó por la reactivación del sistema de socorro de la ONU, argumentando que las agencias humanitarias de la Organización tienen la capacidad de ayudar a alimentar a Gaza y proporcionar otros servicios y suministros esenciales para la supervivencia.

“Estamos listos para trabajar. Estamos listos para entregar ayuda directamente a las familias, como siempre lo hemos hecho. Se nos niega hacerlo porque, al parecer, la intención de Israel no es facilitar una respuesta de ayuda eficiente y a gran escala”, recalcó.

El responsable de la OCHA en los territorios palestinos ocupados lamentó que se hayan ignorado de manera flagrante las medidas provisionales que dictaminó la Corte Internacional de Justicia y llamó a los gobiernos del mundo a ejercer la presión política y económica necesaria para detener las atrocidades que se cometen en Gaza.

180.000 palés de alimentos listos para entrar en Gaza

Mientras tanto, los equipos de ayuda de la ONU han renovado su llamamiento a Israel para que permita el acceso a Gaza y así entregar y distribuir miles de toneladas de alimentos, medicinas y otros artículos básicos que esperan a las afueras.

Jens Laerke, de la OCHA, insistió en que su personal tiene “todo lo necesario para hacer llegar la ayuda a los civiles de forma segura: la gente, las redes y la confianza” de los gazatíes.

“En estos momentos, casi 180.000 palés de alimentos y otra ayuda vital están listos para entrar en Gaza, el lugar más hambriento de la tierra”, declaró.



Una niña de ocho años sufrió la amputación de un brazo después de que su escuela fuera blanco de un ataque aéreo en Gaza.

“Los suministros ya han sido pagados por los donantes de todo el mundo. Están despachados de aduana, aprobados y listos para entrar. Podemos hacer llegar la ayuda de inmediato, a gran escala y durante el tiempo que sea necesario”.

50.000 niños muertos o heridos

Por su parte, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) reportó que la guerra en Gaza ha matado o herido a más de 50.000 niños en menos de 600 días.

La portavoz del organismo, Tess Ingram, dijo que desde que terminó el alto el fuego el 18 de marzo, aproximadamente 1.300 niños han muerto y 3.700 han resultado heridos.

“Esa cifra es suficiente para llenar más de 1.600 aulas, dijo Ingram”.

“Cada uno de estos niños estaba vivo. Un niño con una familia, con esperanzas para el futuro”, dijo. “Y, sin embargo, seguimos contando sus muertes y retransmitiendo en directo su sufrimiento al mundo. Esto debe terminar inmediatamente”.

Y añadió: “Los niños de Gaza necesitan desesperadamente protección frente a estos continuos bombardeos, así como alimentos, agua, medicinas y otros suministros básicos que necesitan para sobrevivir. El bloqueo debe terminar. La ayuda debe fluir libremente y a gran escala, y más que nada, necesitamos un alto el fuego, necesitamos una acción colectiva para detener estas atrocidades y proteger a los niños”.

“Niños con metralla en el corazón y balas en el cerebro”

Los comentarios de la funcionaria del UNICEF tienen lugar tras un ataque el pasado fin de semana contra una vivienda en la que, según los informes, murieron nueve de los diez hermanos de una familia, los Al-Najars; todas las víctimas tenían 12 años o menos.

Mientras, en el Consejo de Seguridad en New York, un cirujano estadounidense que ha sido voluntario en Gaza en dos ocasiones tras el 7 de octubre contó a los miembros del Consejo que tuvo que trabajar en hospitales sin esterilidad, electricidad ni anestesia.

“Los niños murieron, no porque sus heridas fueran insuperables, sino porque carecíamos de sangre, antibióticos y los suministros más básicos de los que se dispone fácilmente en cualquier gran hospital del mundo”, declaró Feroze Sidhwa.

“Durante las cinco semanas que pasé en Gaza no vi ni traté a ningún combatiente. Mis pacientes eran niños de seis años con metralla en el corazón y balas en el cerebro, mujeres embarazadas con la pelvis destrozada y el feto partido en dos en el útero”, prosiguió.

Para el doctor, “prevenir el genocidio significa negarse a normalizar estas atrocidades. Significa negarse a deshumanizar a los palestinos”.

Sidhwa se refirió a los sucesos del 18 de marzo, cuando “Israel violó el alto el fuego”.

“Ese día presencié en el Complejo Médico Nasser el episodio de víctimas masivas más extremo de mi carrera. En una mañana, llegaron 221 pacientes. 90 murieron a su llegada, casi la mitad eran niños gravemente heridos. Ningún sistema sanitario del mundo podía hacer frente a esta situación, y menos uno asediado y hambriento”, relató.

Horror por lo que se está haciendo en su nombre

Sidhwa destacó que casi la mitad de los niños de Gaza tienen tendencias suicidas, según la organización War Child Alliance. “Se preguntan: ¿Por qué no morí con mi hermana, mi madre, mi padre?, no por extremismo, sino por un dolor insoportable”, explicó, añadiendo que los padres memorizan la ropa de sus hijos por si tienen que identificar sus restos.

Asimismo, el cirujano dijo que sus amigos israelíes y estadounidenses han expresado su “horror por lo que se está haciendo en su nombre”.

“Muchos de nosotros no podemos entender cómo nuestros gobiernos siguen armando esta destrucción sin sentido. Pero ustedes, en esta cámara, tienen el poder de pararlo”, indicó Sidhwa, instando a los miembros del Consejo que pidan un alto el fuego y el embargo de armas a todas las partes en conflicto, así como que permitan las evacuaciones médicas sin restricciones y el acceso humanitario sostenido en toda Gaza.

La OHCHR denuncia una “pauta de homicidios ilegítimos”

En un comunicado publicado este miércoles, la OHCHR denunció “la pauta de homicidios ilegítimos” llevados a cabo por el Ejército israelí desde que comenzó la escalada de hostilidades en Gaza en octubre de 2023.

La OHCHR se refirió a “la aparente ejecución sumaria” de un miembro del personal del UN-RWA en Rafah el 23 de marzo de este año, la cual calificó como “verdaderamente espantosa” y un reflejo del “escalofriante patrón” de violaciones de los principios básicos del derecho internacional humanitario.

“Debe ser investigada con prontitud, y los responsables llevados ante la justicia”, declaró la OHCHR.

En esa ocasión, el Ejército israelí parece haber disparado contra ambulancias y vehículos de rescate claramente señalizados, matando a ocho miembros de la Media Luna Roja Palestina y a siete de la Defensa Civil de Gaza.

Para la OHCHR, parece tratarse de un ataque deliberado y homicidio de personal médico y humanitario en violación del derecho internacional.

Los expertos han identificado 54 casos de fiebre hemorrágica con síndrome renal en la región de Nizhni Nóvgorod desde principios de 2025.

Este indicador es 26% inferior que la tasa de incidencia media del mismo periodo del año anterior. En ese momento los especialistas registraron 73 casos.

Los empleados del Servicio Federal para la Supervisión y la Protección de los Consumidores (Rospotrebnadzor) aclararon que la fiebre hemorrágica con síndrome renal es actualmente la infección más importante en la región. Las personas se están infectando en casi todas las áreas de la región de Nizhni Nóvgorod y en la propia capital de la región del Volga.



Los síntomas principales son un aumento brusco de la temperatura, dolor de cabeza, escalofríos, náuseas y dolores corporales, así como una sensación desagradable en la garganta. En esta etapa, la enfermedad puede confundirse con un resfrío común o un dolor de garganta.

Luego, según los expertos, empiezan a doler la espalda baja, el abdomen y los globos oculares. La visión del paciente se deteriora y aparece una pequeña erupción.

En casos graves, es posible un desenlace fatal, por lo que es muy importante contactar rápidamente a un médico en un centro médico para recibir asistencia médica, indicando durante la visita cualquier posible contacto con roedores o rastros de su actividad.

La fiebre hemorrágica con síndrome renal es un grupo de enfermedades clínicamente similares causadas por especies de hantavirus de la familia Hantaviridae. También se conoce como fiebre hemorrágica coreana, fiebre hemorrágica epidémica, y nefropatía epidémica. Las especies que causan la fiebre hemorrágica con síndrome renal incluyen los virus Hantaan, Dobrava-Belgrade, Saaremaa, Seoul, Puumala y otros hantavirus. Se encuentra en Europa, Asia y África. De estas especies, el virus del río Hantaan y el virus Dobrava-Belgrade causan la forma más grave del síndrome y tienen las más altas tasas de morbilidad.

Tanto la fiebre hemorrágica con síndrome renal como el síndrome pulmonar por hantavirus parecen ser inmunopatológicos y los mediadores inflamatorios son importantes en la causa de las manifestaciones clínicas.

Los síntomas de la enfermedad por lo general se desarrollan dentro de 1 a 2 semanas después de la exposición a material infeccioso, pero en casos raros, pueden tardar hasta 8 semanas en desarrollarse. Los síntomas iniciales comienzan repentinamente e incluyen dolores de cabeza intensos, dolor abdominal y de espalda, fiebre, escalofríos, náuseas y visión borrosa. Los individuos pueden presentar enrojecimiento de la cara, inflamación o enrojecimiento de los ojos, o una erupción cutánea. Los síntomas posteriores pueden incluir presión arterial baja, shock agudo, pérdida vascular e insuficiencia renal aguda, lo que puede causar una sobrecarga de líquidos grave.

La gravedad de la enfermedad varía dependiendo del virus que causa la infección. Las infecciones por los virus Hantaan y Dobrava-Belgrade suelen causar síntomas graves, mientras que las infecciones de los virus Seoul, Saaremaa, y Puumala son por lo general más moderadas. La recuperación completa puede tardar semanas o meses.

La fiebre hemorrágica con síndrome renal es principalmente una enfermedad eurasiática, mientras que el síndrome pulmonar por hantavirus parece estar confinado a las Américas. La distribución geográfica está directamente relacionada con los roedores hospedadores y los virus que coevolucionaron con ellos.

Entre el 1 y el 4 de mayo de 2025, el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Tailandia notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) cuatro casos confirmados de carbunco cutáneo, incluida una muerte. El rango de edad de los casos confirmados es de 36 a 58 años, compuestos por tres hombres y una mujer. Los casos se identificaron en la provincia de Mukdahan, ubicada cerca de la frontera con Laos, separada por el río Mekong. Todos los casos están vinculados epidemiológicamente al sacrificio de vacas. La primera vaca fue sacrificada el 12 de abril de 2025, durante un evento de méritos¹, y su carne se distribuyó entre los aldeanos. Una segunda vaca fue sacrificada el 28 de abril de 2025. Se cree que la exposición a la carne o el contacto durante el proceso de sacrificio de estos animales es la fuente de infección para todos los casos confirmados.

El primer caso presentó una erupción cutánea en la mano derecha, que progresó hasta convertirse en una lesión claramente visible el 24 de abril. Inicialmente hospitalizado, fue trasladado a un hospital de referencia el 27 de abril debido al empeoramiento de los síntomas clínicos, que incluían una lesión oscura en la mano, inflamación de los ganglios linfáticos axilares derechos, mareos y convulsiones. Falleció ese mismo día como consecuencia de complicaciones de la enfermedad. Los otros tres casos presentaron lesiones pustulosas y vesiculares y fueron hospitalizados. Al 28 de mayo de 2025, los tres casos habían completado un tratamiento de 10 días con levofloxacino y doxiciclina y habían recibido el alta hospitalaria.

Se recogieron muestras de sangre y de heridas de los cuatro casos entre el 28 de abril y el 1 de mayo y se enviaron al Departamento de Ciencias Médicas y al Instituto Bamrasnaradura para su análisis de laboratorio. La presencia de *Bacillus anthracis* se confirmó mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) en los cuatro pacientes.

Se realizó un cribado de personas en riesgo en tres aldeas, identificándose dos casos sospechosos adicionales con diarrea y fiebre. Sin embargo, las muestras dieron negativo para *B. anthracis*. Se identificó a un total de 636 personas en riesgo y se les hizo seguimiento hasta el 10 de mayo de 2025. De ellas, 28 participaron directamente en el sacrificio de ganado, mientras que otras consumieron carne cruda. Las autoridades sanitarias iniciaron la profilaxis posexposición para las personas en riesgo mediante la administración de doxiciclina durante siete días.

El 28 de mayo, el Ministerio de Salud Pública anunció el quinto caso confirmado en la provincia de Mukdahan, relacionado con el sacrificio de vacas. Se desconoce el estado clínico del quinto caso notificado más recientemente.

Esta es la primera muerte relacionada con carbunco reportada en Tailandia desde 1994. Según la División de Epidemiología, los casos más recientes antes de este evento ocurrieron en 2000 (15 casos y ninguna muerte en las provincias de Phichit y Phitsanulok) y en 2017 (dos casos y ninguna muerte en la provincia de Tak relacionados con la manipulación de un cadáver de cabra importado de Myanmar).

¹ La creación de méritos, o las acciones meritorias, constituye un concepto fundamental en el budismo, que abarca diversas actividades como la generosidad, la observancia de preceptos y el desarrollo mental. Trasciende la mera ganancia material, centrándose en el cultivo de las cualidades internas.

Respuesta de salud pública

El Departamento de Control de Enfermedades, Ministerio de Salud Pública, y el Departamento de Desarrollo Ganadero, Ministerio de Agricultura y Cooperativas, han implementado medidas para controlar la posible propagación de enfermedades, entre ellas las siguientes:

Acciones implementadas para la salud humana

- Se realizó limpieza y desinfección ambiental en 23 hogares de alto riesgo, identificados por el consumo de carne potencialmente contaminada.
- Establecimiento de un centro de distribución de medicamentos para mejorar la accesibilidad y agilizar la prestación de la profilaxis posterior a la exposición.
- Se intensificó la detección de riesgos en las tres aldeas afectadas.
- Se identificaron las personas expuestas y se les proporcionó profilaxis posterior a la exposición.
- El Departamento de Ciencias Médicas de Tailandia realizó la secuenciación genómica como un componente clave de su estrategia de pruebas para comprender mejor la dinámica de la transmisión.
- Se realizaron esfuerzos de comunicación de riesgos y participación comunitaria, incluida la difusión de información a los aldeanos y campañas de concientización pública realizadas a través de diversos canales de medios de comunicación.

Acciones implementadas para la salud animal

- Se informó a los agricultores que debían dar aviso a los funcionarios sobre cualquier animal enfermo o muerto y se les recomendó estrictamente no sacrificar ni consumir carne cruda.
- Se pusieron en cuarentena 123 hatos de ganado de 21 ganaderos, sospechosos de ser una posible fuente de infecciones humanas. Los animales fueron tratados con penicilina durante siete días y monitoreados durante al menos 20 días.
- Se restringió el pastoreo y el acceso a fuentes de agua para el ganado en zonas identificadas como de riesgo de contaminación. Se llevó a cabo una campaña de vacunación dirigida a bovinos y búfalos en un radio de cinco kilómetros, que abarcó a un total de 1.222 animales. En Tailandia, se administran vacunas contra el carbunco a los animales en respuesta a brotes.
- Los oficiales de cuarentena animal establecieron puestos de control para controlar el movimiento de animales dentro y fuera de la zona de riesgo de cinco kilómetros. Se fortaleció la coordinación con los sectores administrativos, la policía, el ejército y los organismos de seguridad para intensificar las inspecciones y el patrullaje, y prevenir el contrabando de animales, carne y productos animales desde países vecinos.
- Se recogieron muestras de los cuchillos y tablas de cortar utilizados en el primer caso, así como de la tierra del matadero y de la carne de las vacas sacrificadas. Todas dieron positivo para *B. anthracis*.

Evaluación de riesgos de la OMS

Entre 1992 y 2000, la tasa de incidencia del carbunco en seres humanos en Tailandia osciló entre 0,02 y 0,17 cada 100.000 habitantes; la mayoría de los casos se notificaron en provincias fronterizas con Laos y Myanmar.

Si bien se han reportado casos humanos esporádicos en los últimos 25 años, Tailandia no ha experimentado un brote a gran escala desde 1995, cuando se registraron 102 casos. En el

brote actual, se han reportado casos humanos en el distrito de Don Tan, provincia de Mukdahan, fronterizo con Laos. Sin embargo, Tailandia ha tomado medidas de respuesta inmediatas, incluyendo la restricción del movimiento de animales. Como resultado, el riesgo de propagación internacional es bajo.

El riesgo para la salud humana es bajo gracias a las rápidas y exhaustivas medidas de salud pública y animal implementadas. Si bien se identificó como potencialmente expuestas a más de 600 personas vinculadas a los primeros cuatro casos, todas ellas completaron su período de monitoreo. Se están llevando a cabo campañas de concienciación pública a nivel nacional.

Las medidas zoonosanitarias también han sido rigurosas, incluyendo la cuarentena y el tratamiento de rebaños sospechosos, la vacunación del ganado en un radio de cinco kilómetros, el control de desplazamientos y el refuerzo de las inspecciones. Además, países vecinos, como Malasia y Laos, han reforzado la vigilancia del carbunco, especialmente en el contexto del desplazamiento de animales.

Aunque la OMS no recomienda ninguna restricción a los viajes ni al comercio, la situación actual podría dar lugar a la imposición de medidas contra el comercio de animales. Algunos países vecinos ya han introducido restricciones a la importación de animales y productos animales desde Tailandia. Toda decisión relativa a los viajes y el comercio internacional debe basarse en una evaluación exhaustiva de riesgos y ser proporcional a los riesgos reales para la salud pública.

Consejos de la OMS

La prevención del carbunco en humanos depende principalmente del control de la enfermedad en los animales. Ante la sospecha de un brote en el ganado, las principales medidas de control incluyen la cuarentena de los rebaños o manadas afectados, la eliminación adecuada de los cadáveres, la recolección segura de muestras, la descontaminación de los sitios de los cadáveres y los materiales contaminados, la vacunación de los animales no expuestos y el tratamiento de los animales sintomáticos. El público en general y las personas en riesgo deben informar de inmediato a las autoridades veterinarias sobre la enfermedad o la muerte inesperada de animales.

En el ámbito comunitario, las personas que manipulan productos animales potencialmente contaminados deben recibir información sobre la transmisión del carbunco y sus manifestaciones clínicas, el cuidado de heridas y la higiene personal. Ante cualquier enfermedad o síntoma, deben buscar atención médica de inmediato.

El carbunco representa un riesgo ocupacional significativo para quienes trabajan en estrecha colaboración con animales o productos animales, especialmente en entornos donde la enfermedad es endémica. La prevención mediante la educación, las medidas de protección adecuadas y la vigilancia es fundamental para reducir la exposición ocupacional al carbunco. Para reducir el riesgo de infección por carbunco en estas ocupaciones de alto riesgo, se recomiendan las siguientes medidas de protección: uso de equipo de protección personal, higiene laboral y ventilación adecuada en los espacios de trabajo, especialmente en industrias donde se puedan generar aerosoles.

En entornos sanitarios, los pacientes con exposición presunta o confirmada a carbunco zoonótico pueden recibir atención siguiendo las precauciones estándar para la prevención y el control de infecciones, excepto si presentan supuración de pus, sangre o líquido en el lugar de una lesión cutánea de carbunco. Cuando un paciente presente una lesión cutánea presunta o confirmada de carbunco, se recomienda lavarse las manos con agua y jabón durante los 5

momentos de la OMS para la higiene de manos, en lugar de usar desinfectantes y antisépticos a base de alcohol, que son ineficaces contra las esporas de carbunco.

Si un paciente presenta secreción de sangre, pus o líquido en el lugar de una lesión cutánea de carbunco, deben aplicarse precauciones de contacto para la prevención y el control de infecciones, incluyendo ubicar al paciente en una habitación privada y el uso de equipo de protección personal desechable (guantes de exploración y bata resistente a líquidos). Deben utilizarse productos fungibles descartables al realizar la limpieza manual de la habitación de los pacientes con precauciones de contacto, incluyendo colocar los paños y guantes utilizados durante la limpieza en una bolsa hermética y enviar esta bolsa para su incineración como residuo infeccioso. La ropa de cama usada y la ropa contaminada con secreción de pus, sangre o líquido de lesiones cutáneas de carbunco deben colocarse en una bolsa hermética y a) enviarse para su incineración como residuo infeccioso o b) enviarse a autoclave (asegurándose de que el funcionamiento del autoclave se verifique con una tira reactiva) antes del manejo normal de la ropa de cama. Los apósitos y vendajes utilizados en lesiones cutáneas de carbunco deben colocarse en una bolsa hermética y enviarse para su incineración como residuo infeccioso después de su uso. Cuando un paciente ya no presenta secreción de pus, sangre o líquido en el sitio de una lesión cutánea de carbunco, se debe realizar una limpieza terminal de la habitación del paciente y continuar con la atención según las precauciones estándar con una evaluación de riesgos para el equipo de protección personal adecuado, a menos que se indique lo contrario.

La piedra angular del tratamiento es el inicio oportuno de la terapia antibiótica, ante la primera sospecha clínica. La elección del régimen antimicrobiano depende de la forma clínica, la gravedad y la disponibilidad de recursos. A las personas con exposición gastrointestinal documentada o sospechada se les puede ofrecer un tratamiento profiláctico de 10 días con antibióticos orales. La profilaxis posterior a la exposición debe iniciarse lo antes posible, idealmente dentro de las 48 horas. Los antibióticos recomendados incluyen doxiciclina o ciprofloxacino.

Los viajeros internacionales a países donde el carbunco es endémico deben conocer las regulaciones relativas a la importación de productos animales, trofeos y recuerdos prohibidos.

El carbunco es una zoonosis causada por el bacilo grampositivo formador de esporas *Bacillus anthracis*, que afecta predominantemente a los herbívoros que pastan, tanto al ganado como a la fauna silvestre.

Las esporas de *B. anthracis* son las formas infecciosas y pueden permanecer viables en el suelo, así como en tejidos, partes y productos animales, durante años. También pueden dispersarse por el viento o las inundaciones, por animales carroñeros (que se alimentan de cadáveres infectados) y por el transporte de productos animales.

En los humanos, las esporas pueden invadir el organismo por cuatro vías: inoculación transcutánea, ingestión, inhalación e inyección directa. Las manifestaciones clínicas de la enfermedad varían según el tipo de exposición: carbunco cutáneo, gastrointestinal, por inhalación y por inyección, respectivamente. Asimismo, todas las formas de carbunco pueden provocar una enfermedad diseminada, como sepsis y meningoencefalitis.

- **Carbunco cutáneo:** es la forma más común y se presenta en aproximadamente 95% de los casos. La infección sigue al contacto directo con animales infectados, cadáveres, tejidos animales, partes (p. ej., pieles, lana, pelo, hueso) o productos (p. ej., tambores, cepillos, alfombras). La invasión a través de la piel puede ocurrir mediante abrasiones cutáneas o folículos pilosos. Además, el carbunco cutáneo puede ocurrir como resultado del contacto con tierra contaminada o lesiones cutáneas de una persona infectada. Sin embargo, la transmisión directa de persona a persona es muy rara. Las personas con enfermedad cutánea presentan una pápula pruriginosa e indolora (más comúnmente en áreas expuestas), que evoluciona en una vesícula o ampolla más grande y finalmente progresa en una úlcera necrótica con una costra central negra y deprimida (escara). El edema local y la linfadenopatía regional suelen ser prominentes. La fiebre, el dolor de cabeza y el malestar pueden ocurrir en una minoría de los casos.
- **Carbunco gastrointestinal:** se produce tras la ingestión de carne contaminada y poco cocida y se caracteriza por náuseas, vómitos y dolor abdominal, a veces acompañado de diarrea. En casos graves, puede presentarse hemorragia gastrointestinal y ascitis. Algunas personas presentan afectación orofaríngea.
- **Carbunco por inhalación:** es la manifestación clínica más grave y se produce por la inhalación de polvos o aerosoles que contienen esporas. Cabe destacar que no se produce transmisión aérea de persona a persona. Los pacientes afectados presentan inicialmente una enfermedad similar a la gripe, seguida de dificultad respiratoria grave y shock.
- **Carbunco inyectable:** se asocia con el uso de medicamentos por cualquier vía (transcutánea e intravenosa) y está asociado con lesiones cutáneas y afectación de tejidos blandos.

El principal factor de riesgo para el carbunco es la exposición ocupacional. Entre las categorías de riesgo se incluyen los trabajadores que participan en el procesamiento industrial de pieles, lana, pelo o productos óseos, los veterinarios, los trabajadores agrícolas y de fauna silvestre en zonas con alta incidencia de carbunco en animales y el personal de laboratorio.

El carbunco es endémico en varios países del sudeste asiático. Sin embargo, en Tailandia, los casos de carbunco en humanos son muy poco frecuentes. Este es el primer brote mortal de carbunco en humanos en 25 años en el país. Los casos más recientes ocurrieron en 2017 en el distrito de Mae Sot, provincia de Tak, donde se reportaron dos casos de carbunco, pero ninguna muerte. El carbunco se reportó por primera vez en Tailandia en 1947.

El 30 de mayo de 2025, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó su primer [documento de posición](#) sobre productos de inmunización para proteger a los bebés contra el virus sincicial respiratorio (VSR), la principal causa de infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores en niños a nivel mundial.

Cada año, el VSR causa alrededor de 100.000 muertes y más de 3,6 millones de hospitalizaciones en niños menores de 5 años en todo el mundo. Aproximadamente la mitad de estas muertes se producen en bebés menores de 6 meses. La gran mayoría (97%) de las muertes por VSR en bebés se producen en países de ingresos bajos y medios, donde el acceso a atención médica de apoyo, como oxígeno o hidratación, es limitado.



El documento de posición describe las recomendaciones de la OMS para dos productos de inmunización: una vacuna materna que se puede administrar a las mujeres embarazadas en el tercer trimestre para proteger a su bebé y un anticuerpo monoclonal de acción prolongada que se puede administrar a los bebés desde el nacimiento, justo antes o durante la temporada de VSR.

“El VSR es un virus increíblemente infeccioso que afecta a personas de todas las edades, pero es especialmente dañino para los bebés, en particular los prematuros, cuando son más vulnerables a enfermedades graves”, afirmó la Dra. Katherine L. O'Brien, Directora de Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos de la OMS. “Los productos de inmunización contra el VSR recomendados por la OMS pueden transformar la lucha contra la enfermedad grave por VSR, reducir drásticamente las hospitalizaciones y las muertes, y, en última instancia, salvar la vida de muchos bebés en todo el mundo”.

Dos productos de inmunización para protegerse contra el VSR

En respuesta a la carga mundial de enfermedad grave por VSR en lactantes, la OMS recomienda que todos los países introduzcan la vacuna materna, RSVpreF, o el anticuerpo monoclonal, nirsevimab, según la viabilidad de su implementación en el sistema de salud de cada país, la relación costo-eficacia y la cobertura prevista. El Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización (SAGE) recomendó la implementación global de ambos productos en septiembre de 2024. Además, la vacuna materna recibió la precalificación de la OMS en marzo de 2025, lo que permite su adquisición por parte de organismos de la Organización de Naciones Unidas.

La OMS recomienda administrar la vacuna materna a las embarazadas durante el tercer trimestre, a partir de la semana 28, para optimizar la transferencia adecuada de anticuerpos al bebé. La vacuna puede administrarse durante la atención prenatal de rutina, incluyendo una

de las cinco visitas prenatales recomendadas por la OMS durante el tercer trimestre o cualquier consulta médica adicional.

El segundo producto de inmunización recomendado por la OMS, nirsevimab, se administra como una inyección única de anticuerpos monoclonales que comienza a proteger a los bebés contra el VSR dentro de una semana de la administración y dura al menos cinco meses, lo que puede cubrir toda la temporada de VSR en países con estacionalidad de VSR.

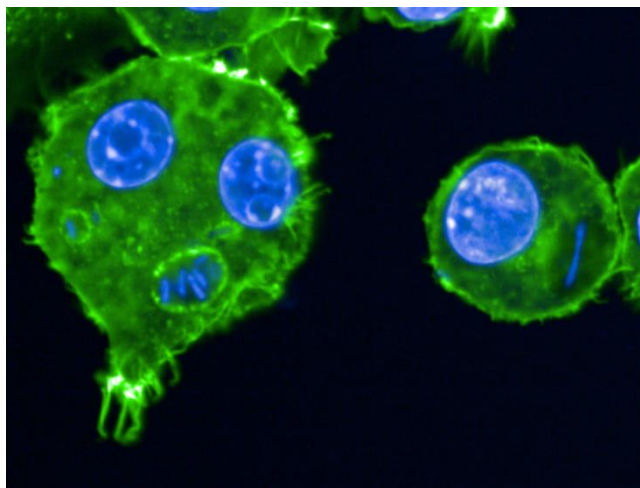
La OMS recomienda que los lactantes reciban una dosis única de nirsevimab inmediatamente después del nacimiento o antes del alta de la maternidad. Si no se administra al nacer, el anticuerpo monoclonal puede administrarse durante la primera visita médica del bebé. Si un país decide administrar el producto solo durante la temporada de VSR en lugar de todo el año, también se puede administrar una dosis única a los lactantes mayores justo antes de que comience su primera temporada de VSR.

El mayor impacto en la enfermedad grave por VRS se logrará administrando el anticuerpo monoclonal a bebés menores de 6 meses. Sin embargo, aún existe un beneficio potencial en bebés de hasta 12 meses.

La OMS publica periódicamente documentos de posición actualizados sobre vacunas, combinaciones de vacunas y otros productos de inmunización contra enfermedades con gran impacto en la salud pública. Estos documentos se centran principalmente en el uso de vacunas en programas de vacunación a gran escala. El nuevo documento de posición tiene como objetivo informar a los responsables de las políticas nacionales de salud pública y a los administradores de programas de inmunización sobre el uso de productos de inmunización contra el VSR en sus programas nacionales, así como a los organismos de financiación nacionales e internacionales.

El virus sincicial respiratorio suele causar síntomas leves similares a los del resfrío común, como goteo nasal, tos y fiebre. Sin embargo, puede provocar complicaciones graves, como neumonía y bronquiolitis, en bebés, niños pequeños, adultos mayores y personas con sistemas inmunitarios debilitados o enfermedades subyacentes.

Una bacteria de apenas una milésima de milímetro puso a la humanidad de rodillas en tres ocasiones. Cuando emergió de las ratas en el corazón del Imperio Romano, en el año 541, mató a miles de personas cada día, dejando montañas de cadáveres por las calles. Fue la plaga de Justiniano, culpable de la muerte de hasta 50 millones de personas. El microbio reapareció con violencia en 1346, aniquilando a un tercio de la población europea. El nombre de aquella segunda oleada todavía produce escalofríos: la peste negra. Y la bacteria regresó en 1855, extendiéndose desde la ciudad china de Yunnan y matando a unos 12 millones de personas, en la conocida como tercera pandemia de peste. Un equipo internacional de científicos descubrió ahora que el germen usó un truco inesperado para persistir durante siglos: atenuó su virulencia para, paradójicamente, matar más.



Glóbulos blancos infectados por *Yersinia pestis*.

Existe una teoría general que sostiene que podría ser más ventajoso para un patógeno no matar tantos huéspedes, para poder transmitirse más, pero eso en la peste no tiene sentido, porque la peste necesita matar a los huéspedes. Necesita que el patógeno esté en la sangre, que cause septicemia, para que cuando una pulga la pique encuentre la bacteria y pueda transmitírsela a otro huésped.

Sin embargo, al analizar el ADN microbiano rescatado de cientos de cadáveres provocados por las tres pestes, los investigadores se encontraron con una sorpresa. El número de copias de un gen responsable de su virulencia –denominado *pla*– disminuía a lo largo de los siglos, en lugar de aumentar. El gen contiene 938 letras de ADN con las instrucciones suficientes para fabricar una proteína que permite que la bacteria viaje a los ganglios linfáticos y se multiplique antes de invadir la sangre de manera generalizada. Cuantas menos copias de ese gen tenga el microbio, menos mortífero es. Pero este patógeno necesita ser letal. Un verdadero rompecabezas.

El grupo de investigadores hizo entonces experimentos con ratones. Los roedores infectados con bacterias con menos copias del gen morían 20% menos. Y los que sí fallecían lo hacían más tarde. Transcurría más tiempo entre la infección y la muerte. La hipótesis de los investigadores es que la selección natural favoreció esas cepas menos letales, en un contexto en el que escaseaban las ratas, su reservorio habitual, tras las oleadas de mortalidad masiva de los roedores. Con solo modificar el número de copias de un único gen, la evolución había conseguido que la bacteria atenuase su virulencia, de tal manera que no matase a todos sus hospedadores. Así persistía en el tiempo, se diseminaba entre poblaciones fragmentadas y acababa matando a más personas todavía.

La tercera pandemia de peste iniciada en China en 1855 continúa hoy en regiones endémicas, como Uganda, República Democrática del Congo, Mongolia y Estados Unidos. Los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos señalan que, antes de la existencia de los antibióticos, moría 60% de las personas infectadas por la peste en el país. Ahora la mortalidad es de 11%, gracias a fármacos como el ciprofloxacino y la doxiciclina.

Casi todas las personas con peste septicémica o neumónica mueren si no son tratadas de inmediato. La peste septicémica, una infección generalizada de la sangre si no se trata a tiempo la peste bubónica, provoca sangrados por la piel y los órganos, diarrea, vómitos, debilidad extrema y muerte de los tejidos. La piel se vuelve negra y muere, de ahí el nombre de “la peste negra”.

Atenuar su virulencia sirvió para persistir más tiempo en unas poblaciones de huéspedes que no habrían soportado una *Yersinia pestis* 100% virulenta. Es una manera de que la transmisión en la pandemia dure más tiempo. Nunca se había visto una adaptación como esta: la bacteria evolucionó para poder persistir durante más tiempo.

Este estudio brinda una lección crucial: el número de copias de un gen puede modular la virulencia de un patógeno. No es solo la presencia o ausencia de un factor de virulencia lo que importa, sino cuántas veces está presente y dónde. Este concepto es clave para entender no solo la peste, sino también la evolución de bacterias resistentes a antibióticos en la actualidad.

Muchos genes de resistencia se diseminan en plásmidos, unas pequeñas moléculas de ADN circular que se encuentran en las bacterias. Trabajos previos han demostrado que la acumulación de estos plásmidos, cada uno con un gen de resistencia, puede dar lugar al fenómeno de la multirresistencia: superbacterias que sobreviven a todos los antibióticos.

El contexto ecológico también importa: cuando la peste mató a millones de ratas, la presión selectiva cambió. Una cepa muy virulenta ya no era eficiente; era preferible una más suave, que diera tiempo al vector o al hospedador a llegar a nuevos focos. Este es un ejemplo perfecto del enfoque Una Salud: la interacción entre ecología, genética bacteriana, salud animal y humana, todo al mismo tiempo.

En un mundo donde las bacterias resistentes viajan en aviones, en aguas residuales o en productos cárnicos, entender que una simple variación en el número de copias de un gen puede alterar su comportamiento patógeno es esencial. Puede marcar la diferencia entre una infección controlable y una nueva pandemia.

El Reporte Epidemiológico de Córdoba hace su mejor esfuerzo para verificar los informes que incluye en sus envíos, pero no garantiza la exactitud ni integridad de la información, ni de cualquier opinión basada en ella. El lector debe asumir todos los riesgos inherentes al utilizar la información incluida en estos reportes. No será responsable por errores u omisiones, ni estará sujeto a acción legal por daños o perjuicios incurridos como resultado del uso o confianza depositados en el material comunicado.

A todos aquellos cuyo interés sea el de difundir reportes breves, análisis de eventos de alguna de las estrategias de vigilancia epidemiológica o actividades de capacitación, les solicitamos nos envíen su documento para que sea considerada por el Comité Editorial su publicación en el Reporte Epidemiológico de Córdoba.

Toda persona interesada en recibir el Reporte Epidemiológico de Córdoba en formato electrónico, por favor solicitarlo por correo electrónico a reporteepidemiologicocba@gmail.com aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.