

ARGENTINA

- Situación epidemiológica de la fibrosis quística
- Comunicación epidemiológica ante la circulación de virus Influenza y otros virus respiratorios

AMÉRICA

- Canadá: Murió por sarampión un bebé nacido de una madre no vacunada
- Estados Unidos: Reportaron en Texas una muerte por infección por *Naegleria fowleri*
- Estados Unidos: Brote multiestatal de salmonelosis vinculado con huevos
- México: Continúan aumentando los casos de sarampión y tos convulsa

EL MUNDO

- África: La crisis sanitaria causada por la contaminación plástica
- Australia/Nueva Zelanda: Aumentaron los casos de covid tras el brote en el sudeste asiático
- Bosnia y Herzegovina: Aumentaron a 70 los casos de leptospirosis en el condado de Sarajevo
- Burkina Faso: Confirmaron en Ziniaré el primer caso autóctono de fiebre zika en el país
- España: Murió un turista español que contrajo rabia en Etiopía
- Mali: Primer brote de mpox
- Palestina: La OMS pide protección urgente del Complejo Médico Nasser y el Hospital Al-Amal en la Franja de Gaza
- São Tomé e Príncipe: Notables avances en la lucha contra la malaria

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
MARIANA MONTAMAT

Patrocinadores



Adherentes



Distinguido por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

© Copyright 2020 - ISSN 2796-7050 - recfot - All Rights Reserved

Nota de la Editorial: La Editorial no se responsabiliza por los conceptos u opiniones vertidos en entrevistas, artículos y documentos traducidos y/o reseñados en este Reporte, los cuales son de exclusiva responsabilidad de los respectivos entrevistados, traductores, autores o colaboradores.

Situación epidemiológica

Hasta el 28 de mayo de 2025 se notificaron al Registro Nacional de Fibrosis Quística (ReNaFQ) 36 casos con diagnóstico en 2024 y cuatro casos con diagnóstico en 2025; hasta esa misma fecha, el total de casos notificados al ReNaFQ fue de 1.919.

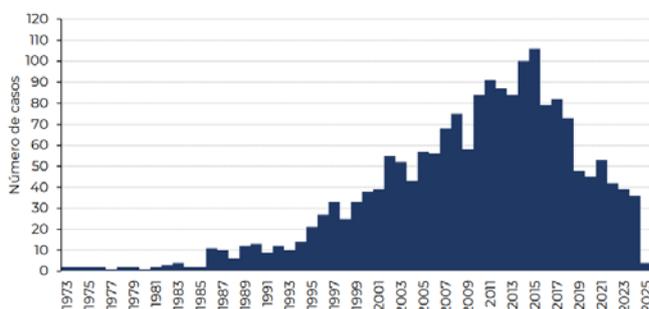
Del total de los casos notificados, 1.093 (59,9%) fueron diagnosticados antes de los seis meses de edad; y 1.460 (79,7%) antes de los tres años.

La mayor proporción de los casos de fibrosis quística (1.736 casos; 79,6%) tiene menos de 25 años; y 38 casos (2,2%) tienen 50 años o más.

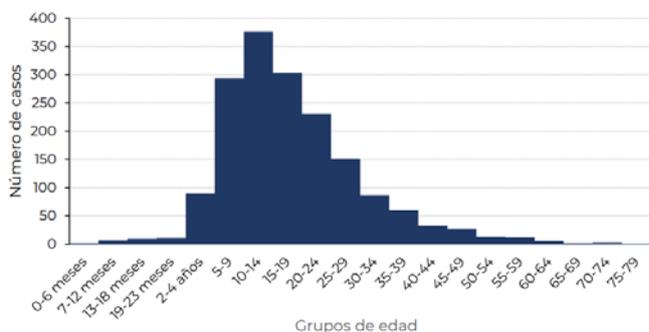
Del total de casos registrados, el sexo masculino representa el 52,5% (1.008 casos); 31,1% (465 casos) cuenta con cobertura pública exclusiva; 55,5% (1.066 casos) no tienen registrada información sobre la pesquisa neonatal y 7,5% (129 casos) tienen pendiente el estudio genético.

El signo que se registró con mayor frecuencia como motivo de sospecha diagnóstica fueron los síntomas respiratorios (878 casos; 45,8%). La pesquisa neonatal detectó 740 casos (38,6%).

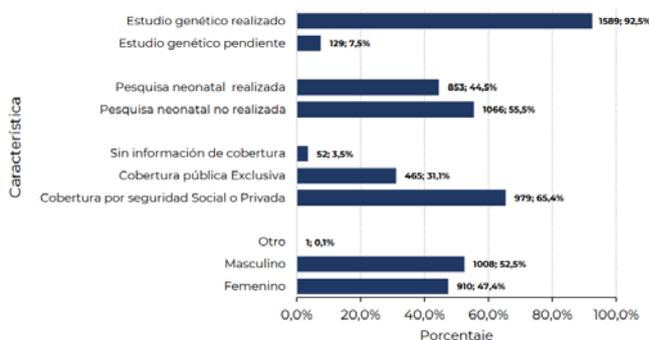
Los casos de fibrosis quística se registraron en todas las jurisdicciones; pero, se concentraron principalmente en seis de ellas: la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), y las provincias de Buenos Aires, Chaco, Córdoba, Mendoza y Santa Fe; en estas seis jurisdicciones reside 79,9% de los casos registrados: 1.524 de los



Número de casos de fibrosis quística, según año de diagnóstico. Argentina. Años 1973/2025, hasta el 28 de mayo de 2025. Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 'Dr. Emilio Coni'.



Número de casos de fibrosis quística, según edad actual. Argentina. Años 1973/2025, hasta el 28 de mayo de 2025. Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 'Dr. Emilio Coni'.



Número de casos de fibrosis quística, según sexo, cobertura de salud, pesquisa neonatal y estudio genético. Argentina. Años 1973/2025, hasta el 28 de mayo de 2025. Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 'Dr. Emilio Coni'.

1.908 casos con registro de la provincia de residencia. Estas seis jurisdicciones concentraron 68,3% de la población del país en 2025.

Los cuatro casos registrados en 2025 correspondieron a cuatro de las 24 jurisdicciones del país (Buenos Aires, La Pampa, Mendoza y Santa Fe); y, los 36 casos registrados en 2024 correspondieron a doce de las 24 jurisdicciones. En el último período de cinco años (2021-2025) hubo cinco jurisdicciones que no registraron casos: Formosa, La Rioja, Río Negro, Santiago del Estero y Tierra del Fuego.

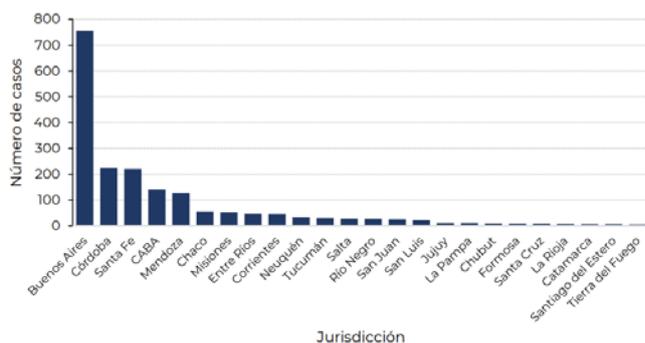
Del total de 1.718 casos sin registro de fallecimiento, 214 casos (12,5%) no tienen registrado ningún seguimiento desde que fueron notificados (está contemplada la carga de por lo menos un seguimiento anual en el ReNaFQ). El total de seguimientos registrados desde 2008 hasta el 28 de mayo de 2025 es de 4.190, correspondientes a 1.667 casos de fibrosis quística, incluyendo casos fallecidos.

En 2025 ya se registraron 429 seguimientos a 328 personas hasta el 28 de mayo; el 39,1% del total de seguimientos registrados en 2024 (1.097 seguimientos), el 48,7% del total de seguimientos registrados en 2023 (881); y, ya más seguimientos que los registrados anualmente en 2022 y los años anteriores.

Muertes por fibrosis quística

Entre los 1.919 casos de fibrosis quística del ReNaFQ, 201 tienen registro de haber fallecido durante el período comprendido entre 2011 (tres muertes) y 2025 (dos muertes). La distribución de los registros de muerte en el ReNaFQ alcanza su mayor valor en 2015, con 31 muertes con registro de defunción en ese año.

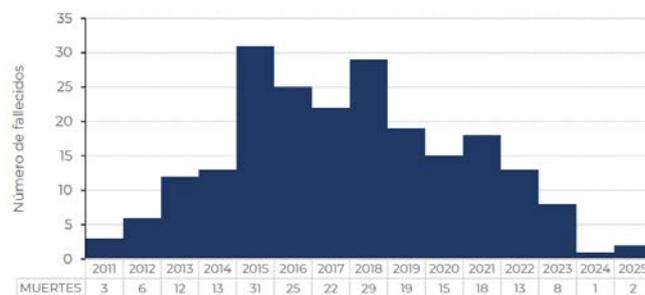
La mortalidad por fibrosis quística a partir de las bases oficiales de defunciones de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) muestra que, durante el período comprendido entre 2001 y 2023 se registraron 1.058 defunciones.



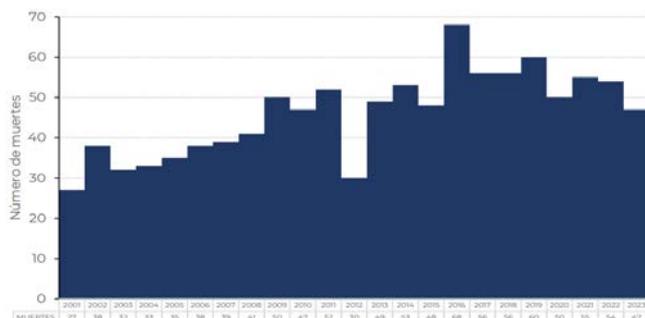
Número de casos de fibrosis quística, según jurisdicción de residencia. Argentina. Años 1973/2025, hasta el 28 de mayo de 2025. Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 'Dr. Emilio Coni'.

Provincia/Región	2021	2022	2023	2024	2025
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	2	3	3	1	—
Buenos Aires	15	7	10	5	1
Córdoba	7	5	4	10	—
Entre Ríos	2	3	1	—	—
Santa Fe	6	10	5	3	1
Centro	32	28	23	19	2
Mendoza	2	2	3	2	1
San Juan	—	1	2	2	—
San Luis	3	1	1	—	—
Cuyo	5	4	6	4	1
Chaco	4	3	—	3	—
Corrientes	—	1	2	1	—
Misiones	3	1	3	—	—
Noreste Argentino	7	5	5	4	—
Catamarca	—	—	1	1	—
Jujuy	—	—	1	—	—
Salta	5	3	—	3	—
Tucumán	—	2	2	4	—
Noroeste Argentino	5	5	4	8	—
Chubut	1	—	—	—	—
La Pampa	—	—	—	—	1
Neuquén	3	—	1	—	—
Santa Cruz	—	—	—	1	—
Sur	4	—	1	1	1
Total Argentina	53	42	39	36	4

Número de casos de fibrosis quística, según jurisdicción de residencia y año de diagnóstico. Argentina. Años 2021/2025, hasta el 28 de mayo de 2025. Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 'Dr. Emilio Coni'.



Número de casos fallecidos de fibrosis quística, según año. Argentina. Años 2011/2025, hasta el 28 de mayo de 2025. Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 'Dr. Emilio Coni'.



Número de muertes por fibrosis quística (código E84, CIE 10). Argentina. Años 2001/2023. Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 'Dr. Emilio Coni'.

La distribución por edad durante todo el período se modificó; y tuvo un marcado aumento en el último decenio. Mientras que durante el trienio 2001/2003 la mediana de edad de las muertes era de 4,9 años, este indicador aumentó 3,7 veces para el trienio 2011/2013, cuando fue de 18 años. Para el último trienio 2021/2023, el incremento de la mediana de edad de las muertes fue de 3,4 veces con respecto al trienio 2011/2013; y el incremento fue de 12,7 veces con respecto al primer trienio 2001/2003.

La [fibrosis quística](#) es una enfermedad genética en la que las mutaciones en el gen que codifica la proteína reguladora de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística dan lugar a una enfermedad multisistémica dominada por manifestaciones digestivas y respiratorias. A mediados del siglo XX, la fibrosis quística causaba la muerte en los primeros años de vida. En las últimas décadas, los avances en el tratamiento de la enfermedad, que incluyen el tamizaje neonatal sistemático, la atención multidisciplinaria de la fibrosis quística sintomática, el trasplante de pulmón y, más recientemente, los moduladores reguladores de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística altamente eficaces, han transformado notablemente el pronóstico de las personas con esta enfermedad.

En Argentina, la fibrosis quística fue incluida entre las enfermedades contempladas en la Ley Nacional 26279, Régimen para la detección y posterior tratamiento de determinadas patologías en el recién nacido, sancionada en 2007. En 2020, la Ley Nacional 27552, lucha contra la enfermedad de fibrosis quística de páncreas o mucoviscidosis, incorporó “la detección e investigación de sus agentes causales, el diagnóstico, tratamiento, su prevención, asistencia y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, como así también la educación de la población”.

La ley 27552 estableció con carácter obligatorio la cobertura total de las prestaciones que sean indicadas por los médicos profesionales, incluyendo los moduladores; y, la elaboración de un registro estadístico unificado de las personas con fibrosis quística. El Ministerio de Salud de la Nación, autoridad de aplicación de la ley, estableció los datos mínimos del Registro Nacional de Fibrosis Quística y que la inclusión en el Registro será requerida para la cobertura pública definida para la patología en el programa nacional de enfermedades poco frecuentes.

El Registro Nacional de Fibrosis Quística (ReNaFQ) se elaboró sobre la base del registro existente en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) ‘Dr. Emilio Coni’ de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) ‘Dr. Carlos Gregorio Malbrán’, que se había elaborado en conjunto con la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) en el marco de un convenio entre ambas instituciones y que ya estaba en funcionamiento desde 2012. La actualización del registro original se hizo en coordinación con el programa nacional de enfermedades poco frecuentes del Ministerio de Salud de la Nación y con la participación del Consejo Asesor para el Abordaje de Fibrosis Quística (CAPAFIQ), creado por la resolución 2957 del Ministerio de Salud de la Nación.

El ReNaFQ es coordinado en conjunto entre el INER y el programa nacional de enfermedades poco frecuentes y es el registro oficial establecido por el decreto reglamentario de la Ley Nacional 27552 para el seguimiento de la fibrosis quística en el país y para acceder a la cobertura establecida en dicha ley. El ReNaFQ está vinculado con el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) y la carga de las personas con fibrosis quística en el ReNaFQ realiza automáticamente la notificación a ese sistema.

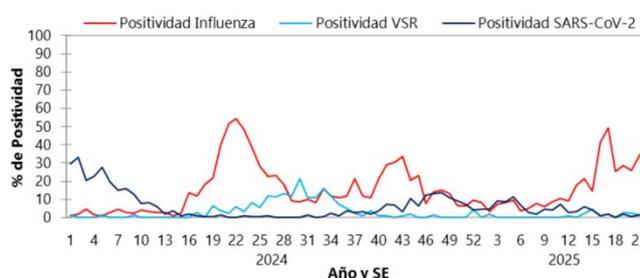
El INER elabora un resumen de un conjunto de datos del ReNaFQ, así como un [reporte mensual](#) que es remitido a todos los usuarios.



COMUNICACIÓN EPIDEMIOLÓGICA ANTE LA CIRCULACIÓN DE VIRUS INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS

06/06/2025

Ante el aumento de casos de influenza en el país, con co-circulación del virus influenza tipo A –predominantemente A(H1N1)–, SARS-CoV-2, virus sincicial respiratorio (VSR) y otros virus respiratorios en distintas jurisdicciones, el Ministerio de Salud de Argentina emitió una [comunicación epidemiológica](#) con el objetivo de informar de la situación a los equipos de salud para fortalecer la vigilancia epidemiológica, la sospecha clínica de los casos y la detección precoz, y medidas de prevención y control de infecciones, incluyendo las estrategias de vacunación.



Porcentaje de positividad de muestras estudiadas mediante técnica molecular para SARS-CoV-2, influenza y virus sincicial respiratorio, en Unidades de Monitoreo Ambulatorio, según semana epidemiológica. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2024 a 22 de 2025. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de Argentina.

Situación actual

Desde la semana epidemiológica (SE) 11 de 2025, se registra en Argentina un ascenso sostenido en el número casos de influenza, con predominio de influenza A(H1N1), alcanzando valores elevados de positividad desde la SE 13. Esta tendencia se observa tanto en casos ambulatorios registrados por las Unidades de Monitoreo Ambulatorio (UMAs) de enfermedad tipo influenza (ETI) como en hospitalizados por infecciones respiratorias agudas graves (IRAG), que muestran un aumento a partir de la SE 12. Las notificaciones de ETI alcanzaron niveles de brote entre las SE 12 y 14, y se mantuvieron en las semanas posteriores por encima de los límites esperados. Este comportamiento representa un ascenso estacional adelantado en comparación con años previos, con excepción de 2022, durante el cual la influenza presentó un comportamiento atípico. Asimismo, se verifica la circulación de otros virus respiratorios.

Vigilancia de influenza y otros virus respiratorios

En casos ambulatorios en las UMAs de ETI, a partir de la SE 11, se verifica una tendencia ascendente tanto en las detecciones como en el porcentaje de positividad para influenza. En las primeras 22 SE de 2025, hubo 375 detecciones de influenza entre 1.828 muestras estudiadas, con una positividad acumulada de 20,5%. Además, de las 1.408 muestras estudiadas para VSR, 17 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 1,21%. En las primeras 22 SE de 2025, se analizaron en las UMAs 2.265 muestras para SARS-CoV-2, de las que 85 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 3,75%. En las últimas SE, en casos ambulatorios, la positividad para influenza es superior a la proporción de positividad para SARS-CoV-2 y VSR.

Se registraron casos de influenza en todas las SE de 2025. A partir de la SE 11, se verifica un aumento en las detecciones, con predominio de influenza A no subtipificado y del subtipo A(H1N1), con valores elevados de positividad desde la SE 13. Este comportamiento representa un inicio adelantado en relación a lo observado en años históricos en el país. Las temporadas de mayor circulación del virus influenza en el periodo 2017-2024 tuvieron un inicio posterior

a lo observado en la temporada actual, excepto para el año 2022, en el que el comportamiento fue inusual tanto en el número de casos como en la estacionalidad.

En la SE 21 de 2025, además de influenza, se verifica la circulación de otros virus respiratorios, en orden de frecuencia: VSR, SARS-CoV-2, parainfluenza, adenovirus, y metapneumovirus. En relación al VSR, se verifica un ligero ascenso a partir de la SE 12.



Distribución de casos fallecidos con diagnóstico de influenza, según agente etiológico y grupos etarios. Argentina. Año 2025, hasta semana epidemiológica 22. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de Argentina.

Casos fallecidos con diagnóstico de influenza

En 2025, hasta la SE 22, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}) un total de 38 casos fallecidos con diagnóstico de influenza. De ellos, 33 casos (86,8%) corresponden a influenza A y dos (5,3%) a influenza B; el resto permanece sin tipificar. Entre las detecciones de influenza A, 16 fueron subtipificadas, todas identificadas como influenza A(H1N1). De los casos de influenza B, se detectó uno con linaje Victoria.

La mediana de edad de las personas fallecidas fue de 63,5 años. Los grupos etarios con mayor número de fallecidos fueron el de 65 años y más, y el de 45 a 64 años, en los cuales predominó la detección de influenza A sin subtipificar y de influenza A(H1N1). Se registraron dos fallecimientos en menores de 5 años, uno en un menor de 1 año, con diagnóstico de influenza A(H1N1).

Caracterización genómica del virus Influenza 2024-2025

A partir de una selección de muestras recibidas en el Laboratorio Nacional de Referencia durante 2024, se llevó a cabo la caracterización genómica y el análisis filogenético de las cepas circulantes y su comparación con la fórmula de la vacuna antigripal. La secuenciación de 119 influenza A(H3N2) mostró que la gran mayoría pertenecía al clado 2a.3a.1 subclado J.2 (derivado del clado J que incluía a la cepa vacunal). La caracterización genética de ocho virus Influenza A(H1N1)pdm09 mostró que cinco pertenecían al clado 5a.2a, subclados C.1.1 (tres) y C.1.9 (dos) y tres pertenecían al clado 5a.2a.1, subclado D.5; coincidiendo con los clados que incluían a las componentes vacunales correspondientes.

La secuenciación de 19 virus Influenza B linaje Victoria mostró que todos pertenecían al clado V1A.3a.2 (C) que incluía al componente vacunal; la mayoría de ellos pertenecían al subclado C.5.1 y el resto al subclado C.5.7.

Para el año 2025, la caracterización genómica preliminar de 17 virus influenza A(H1N1)pdm09 mostró que la mayoría pertenece al clado 5a.2a.1 (D), coincidiendo con el clado que incluye la cepa vacunal A/Victoria/4897/2022(H1N1)pdm09.

Vacunación antigripal

La vacunación antigripal, incorporada al Calendario Nacional de Vacunación a partir del año 2011, tiene como objetivo reducir las complicaciones, hospitalizaciones, muertes y secuelas de la infección por virus Influenza en los grupos poblacionales de alto riesgo para el desarrollo de enfermedad complicada.

En el actual contexto epidemiológico, se insiste en la aplicación de la vacuna antigripal a las personas de los grupos poblacionales que se detallan a continuación, que no hayan recibido la vacuna este año. Se debe recordar que la vacunación antigripal administrada en forma oportuna es una medida preventiva sustancial para evitar el desarrollo de complicaciones relacionadas con la influenza.

Población objetivo para vacunación antigripal:

- Personal de salud.
- Personas embarazadas: en cada embarazo y en cualquier trimestre.
- Personas puérperas: hasta el egreso de la maternidad –máximo 10 días–, si no recibiera la vacuna durante el embarazo.
- Entre los 6 a 24 meses de edad: esquema de dos dosis, separadas al menos de cuatro semanas, excepto quienes hubieren recibido dos dosis anteriormente.
- Entre los 2 y 64 años que tengan factores de riesgo¹: dosis anual con documentación que acredite la existencia de enfermedades preexistentes incluidas entre los factores de riesgo.
- 65 años y mayores: no se requiere indicación médica para recibir la vacuna antigripal. Como oportunidad, evaluar la vacuna contra el neumococo y aplicar si corresponde.
- Personal estratégico, cuyo desempeño es clave para mantener las funciones esenciales (ej. fuerzas de seguridad del Estado).

En la semana 12 de vacunación de la estrategia de prevención de enfermedades respiratorias 2025, las coberturas con vacuna antigripal son de 34,1% para la franja etaria de 6 a 24 meses (primera dosis y dosis única), 32,7% para mayores de 65 años, 35,2% para embarazo y 70,8% para personal de salud.²

Tratamiento antiviral

Las epidemias de influenza causan anualmente millones de casos graves y cientos de miles de muertes en el mundo, afectando especialmente a niños pequeños, adultos mayores y personas con comorbilidades. El tratamiento antiviral con oseltamivir, un inhibidor de la neuraminidasa, es una herramienta terapéutica complementaria a la vacunación, especialmente útil en pacientes con factores de riesgo. Aunque su mayor efectividad se observa cuando se administra dentro de las primeras 48 horas del inicio de síntomas, hay evidencia que demuestra beneficios incluso en tratamientos iniciados más tardíamente en pacientes con enfermedad grave. Sin embargo, debe considerarse que el uso indiscriminado del fármaco podría llevar a la aparición de resistencia; en consecuencia, debe promoverse un uso racional del mismo bajo ciertas indicaciones médicas.

Diversos estudios han evidenciado que en pacientes ambulatorios con alto riesgo de complicaciones, su uso se asocia a una reducción en la duración de los síntomas y en la incidencia de complicaciones. En pacientes hospitalizados con influenza grave, se ha documentado una disminución en la duración de la hospitalización y en el riesgo de mortalidad, especialmente cuando el tratamiento se inicia dentro de las primeras 48 horas del inicio de los síntomas, aunque también se observan beneficios cuando se inicia más tardíamente en casos graves o progresivos. En Argentina, durante el año 2024, el Laboratorio Nacional de Referencia no detectó un aumento de cepas resistentes a este antiviral entre los virus en circulación.

¹ Las condiciones clínicas que aumentan el riesgo de formas graves de influenza incluyen enfermedades respiratorias y cardíacas crónicas, inmunodeficiencias, enfermedades oncohematológicas, trasplantes, diabetes, obesidad mórbida, insuficiencia renal crónica, y otras condiciones específicas. Puede consultar mayor información haciendo clic [aquí](#).

² Puede consultar mayor información sobre la Campaña Nacional de Prevención de Enfermedades Respiratorias haciendo clic [aquí](#).

No se debe esperar la confirmación de influenza por laboratorio para tomar decisiones acerca del inicio del tratamiento con antivirales.

Es importante el seguimiento clínico de los pacientes para detectar de manera oportuna condiciones de agravamiento de la enfermedad.

Indicaciones de tratamiento antiviral para el manejo de la influenza estacional

- Casos de infección respiratoria aguda grave:
 - Pacientes hospitalizados que pertenecen a grupos con riesgo aumentado de complicaciones por influenza o con enfermedad progresiva o grave: iniciar tratamiento sin esperar el resultado de laboratorio.
 - Si el resultado es influenza positivo, o negativo para otros virus respiratorios, continuar con el tratamiento.
 - Si el resultado es positivo para otro virus respiratorio, mantener o suspender el tratamiento según criterio médico (gravedad y progresión de la enfermedad), edad del paciente y presencia de comorbilidades.
- Casos ambulatorios con enfermedad tipo influenza
 - Puede considerarse la administración de oseltamivir en casos ambulatorios con enfermedad tipo influenza y que pertenecen a grupos con mayor riesgo de desarrollar complicaciones por influenza.
 - En períodos de circulación de virus Influenza, se recomienda la indicación de tratamiento en aquellos pacientes con resultado positivo para influenza; en caso de no disponer de estudio diagnóstico o con resultado más allá de las 48 horas, iniciar tratamiento empírico.



CANADÁ

MURIÓ POR SARAMPIÓN UN BEBÉ NACIDO
DE UNA MADRE NO VACUNADA

05/06/2025

Un bebé nacido prematuramente con sarampión de una madre no vacunada en Canadá falleció, informaron el 5 de junio las autoridades sin confirmar la causa exacta de su muerte, lo que aumenta la preocupación por el resurgimiento del virus.

Canadá registró 2.755 casos de sarampión, incluidos 2.429 confirmados y 326 probables, según los datos sanitarios federales actualizados hasta el 2 de junio.



El epicentro del brote se halla en la provincia de Ontario, donde se han documentado casi 2.000 casos.

El director médico de salud de Ontario, Kieran Moore, afirmó en un comunicado que “el bebé contrajo el virus antes de nacer de su madre, que no había recibido la vacuna triple viral”.

“Aunque el sarampión pudo haber sido un factor contribuyente tanto en el parto prematuro como en la muerte, el bebé también presentaba otras complicaciones médicas graves no relacionadas con el virus”, añadió.

Desde octubre de 2024, las autoridades de Ontario han detectado un total de 2.009 casos de sarampión. En marzo, Moore aseguró que el brote estaba “afectando de manera desproporcionada a algunas comunidades menonitas, amish y otras anabaptistas”, en parte debido a las bajas tasas de vacunación entre esas poblaciones.

Si se confirma que el sarampión es la causa de la muerte del bebé, sería la primera víctima mortal registrada en el país desde que en octubre de 2024 se inició el brote actual.

El brote de sarampión, que se ha acelerado en las últimas semanas, provocó la hospitalización de 140 personas en Ontario.

Además de Ontario, las provincias más afectadas por el brote de sarampión son Alberta (749 casos), Manitoba (90), Saskatchewan (46) y Quebec (36).

En Canadá fallecían cientos de personas cada año a causa del virus antes de que se introdujeran programas de inmunización generalizados a principios de la década de 1970. Se consideró erradicado en 1998, pero siguen presentándose casos debido a la propagación desde otros países.

Una mujer de Texas murió tras contraer una infección por la ameba *Naegleria fowleri* por agua contaminada.

La paciente, de 71 años, había utilizado un dispositivo de irrigación nasal lleno de agua sin hervir, procedente del grifo de una casa rodante, según una alerta de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos.

La mujer, previamente sana, estaba alojada en un camping local en ese momento, declaró la agencia.



La paciente había utilizado un dispositivo de irrigación nasal lleno de agua sin hervir, procedente del grifo de una casa rodante.

A los cuatro días de utilizar el enjuague nasal, la mujer desarrolló “síntomas neurológicos graves”, como fiebre, dolor de cabeza y alteración del estado mental.

La paciente fue tratada por una posible meningoencefalitis amebiana primaria, una infección cerebral rara y mortal causada por *N. fowleri*, también conocida como ameba comecerebros.

A pesar del tratamiento, la mujer empezó a tener convulsiones y murió ocho días después de que empezaran los síntomas.

Los análisis del líquido cefalorraquídeo de la paciente confirmaron que había contraído una infección por *N. fowleri*, según los CDC.

“Este caso refuerza el potencial de graves riesgos para la salud asociados al uso inadecuado de dispositivos de irrigación nasal, así como la importancia de mantener la calidad del agua de los vehículos recreacionales y de garantizar que los sistemas municipales de abastecimiento de agua cumplen las normas reglamentarias”, declaró la agencia sanitaria.

N. fowleri también puede ser un riesgo al bañarse en agua dulce. Es más frecuente durante los meses más calurosos, ya que la ameba crece mejor a altas temperaturas del aire y del agua.

Tammy Lundstrom, jefa médica y especialista en enfermedades infecciosas de Trinity Health en Michigan, manifestó que “el riesgo de contraer la infección por *N. fowleri* es muy bajo”. “Cada año se infectan menos de 10 personas en Estados Unidos, pero, por desgracia, la mayoría de los casos son mortales. Sólo hay un puñado de supervivientes de casos conocidos”, afirmó.

La tasa de mortalidad por *N. fowleri* supera el 97%, según los CDC.

Los síntomas iniciales de la meningoencefalitis amebiana primaria suelen empezar unos cinco días después de la exposición, pero pueden notarse antes.

Los primeros signos suelen incluir dolor de cabeza, náuseas, fiebre y/o vómitos, según los CDC. A medida que avanza la infección, las personas pueden experimentar confusión, rigidez de nuca, desorientación, alucinaciones, convulsiones y coma.

“Los pacientes suelen empezar a sentirse mal entre uno y 12 días después de la exposición al agua”, dijo Lundstrom. “Los primeros síntomas deben provocar una evaluación médica, ya que también son signos de meningitis bacteriana”.

La muerte puede producirse entre uno y 18 días después de la infección, con una media de cinco días.



Naegleria fowleri

Para evitar contraer la infección mortal, los CDC recomiendan utilizar “agua del grifo destilada, estéril o hervida y enfriada para la irrigación nasal”, ya que los sistemas de agua municipales y de vehículos recreativos “mal mantenidos” conllevan el riesgo de contraer la enfermedad.

“También es mejor evitar sumergir la cabeza en el agua al nadar en verano”, dijo Lundstrom.

“La infección se produce cuando el agua que alberga la ameba entra en la nariz de una persona, normalmente al nadar. No se sabe por qué algunas personas se infectan y otras, incluso compañeros de natación, no”, dijo.

“Beber agua contaminada no supone ningún riesgo, y la infección no se transmite de una persona a otra”, añadió Lundstrom.

Dado que la ameba se encuentra en el suelo, los CDC también recomiendan evitar remover los sedimentos del fondo de lagos, estanques y ríos.

Cuando a un paciente se le ha diagnosticado una meningoencefalitis amebiana primaria, el tratamiento suele incluir diversos medicamentos antifúngicos, así como antibióticos como la rifampicina y la azitromicina, según Lundstrom.

Se ha demostrado que la miltefosina, un fármaco antifúngico más nuevo, mata a *N. fowleri* en pruebas de laboratorio y se utilizó para tratar a algunos pacientes que sobrevivieron, afirman los CDC en su sitio web.

“Sin embargo, se desconoce el efecto de todos estos fármacos en las personas infectadas reales, debido a la elevada tasa de letalidad”, señaló Lundstrom.

Quienes experimenten dolor de cabeza repentino, fiebre, rigidez de cuello o vómitos – especialmente si han estado nadando recientemente en agua dulce cálida– deben buscar atención médica inmediata, recomiendan los CDC.

A pesar de la elevada tasa de letalidad de la infección, Lundstrom destacó la rareza de los casos. “Millones de personas disfrutan nadando cada verano, pero sólo unos pocos se infectan”, afirmó.



Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y las autoridades de salud pública de varios estados están recopilando [diferentes tipos de datos](#) para investigar un brote multiestatal de infecciones por *Salmonella enterica enterica* serovariedad Enteritidis.

Los datos epidemiológicos, de laboratorio y de rastreo indican que los huevos distribuidos por August Egg Company pueden estar contaminados con *Salmonella* Enteritidis, lo que estaría causando la enfermedad en las personas.

Hasta el 5 de junio de 2025, se habían reportado 79 casos de personas infectadas con la cepa de *Salmonella* del brote en siete estados: California (63 casos), Nevada (4), Washington (4), Arizona (3), Nebraska (2), New Jersey (2) y Kentucky (1).

Los casos comenzaron entre el 24 de febrero y el 17 de mayo de 2025. De las 61 personas con información disponible, 21 fueron hospitalizadas y no se han reportado fallecimientos.

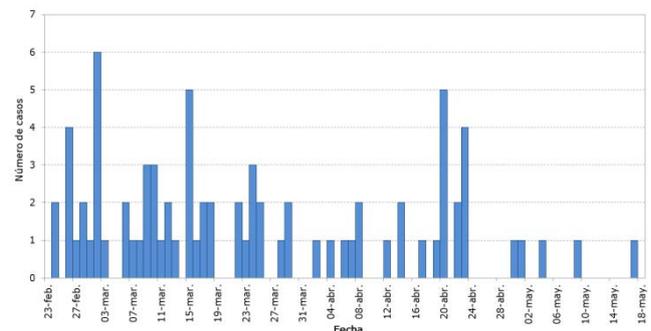
Es probable que el número real de casos en este brote sea mucho mayor que el reportado, y es posible que el brote no se limite a los estados que han notificado casos. Esto se debe a que muchas personas se recuperan sin atención médica y no se les realizan pruebas para detectar *Salmonella*. Además, es posible que aún no se reporten casos recientes de enfermedad, ya que generalmente se necesitan de [tres a cuatro semanas](#) para determinar si una persona enferma forma parte de un brote.

Los funcionarios de salud pública recopilan distintos tipos de información de las personas enfermas, como su edad, raza, etnia, otros datos demográficos y los alimentos que consumieron durante la semana anterior a enfermarse. Esta información proporciona pistas para ayudar a los investigadores a identificar el origen del brote.

La información obtenida de los casos incluidos en este brote es la siguiente:

- Edad (de 79 casos): rango de 1 a 90 años; edad media de 48 años.
- Sexo (de 79 casos): 59% mujeres - 41% hombres.
- Raza (de 42 casos): 94% blancos - 2% afroamericanos - 2% asiáticos; el 2% restante declaró tener más de una raza.
- Etnicidad (de 53 casos): 74% no hispanos - 26% hispanos.

Los funcionarios de salud pública estatales y locales están entrevistando a los casos sobre los alimentos que consumieron durante la semana previa a enfermarse. De las 30 personas entrevistadas, 27 (90%) informaron haber consumido huevos. Las autoridades sanitarias estatales identificaron sub-conglomerados de enfermos en dos restaurantes. Un sub-conglomerado de enfermos es un grupo de personas enfermas sin parentesco que comieron en el mismo lugar o evento, como un restaurante. Investigar los sub-conglomerados puede ayudar a identificar



Casos de salmonelosis vinculados con el brote. Estados Unidos. Del 23 de febrero al 18 de mayo de 2025. Fuente: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos. (N=79).

un alimento consumido por todas las personas enfermas que podría ser la fuente del brote. Se sirvieron huevos en ambos subconglomerados.

La FDA realizó una inspección en las instalaciones de procesamiento de August Egg Company y recolectó muestras para su análisis. Algunas muestras dieron positivo para *Salmonella*. La secuenciación del genoma completo mostró que la *Salmonella* presente en las muestras está estrechamente relacionada con la *Salmonella* presente en las personas enfermas.



El análisis de secuenciación del genoma completo de muestras de 79 personas predijo resistencia al ácido nalidíxico y no susceptibilidad a la ciprofloxacina (NSC); esta cepa de NSC está relacionada con una cepa de *Salmonella* Enteritidis aislada de pollos, huevos y aves de corral. Las muestras de una persona también predijeron una resistencia adicional a la ampicilina y la estreptomycinina. La mayoría de las personas con *Salmonella* se recuperan sin antibióticos. Sin embargo, si éstos son necesarios, en algunos casos de este brote podrían no ser tratables con algunos antibióticos comúnmente recomendados y requerir una opción diferente. Se puede encontrar más información en el sitio web del Sistema Nacional de Monitoreo de la Resistencia a los Antimicrobianos (NARMS).

Las personas reportaron haber comprado huevos de diversas marcas en varias tiendas. La FDA realizó una investigación de rastreo basada en los lugares donde las personas enfermas reportaron haber comprado o comido durante el período de interés, y se identificó a August Egg Company como proveedor habitual de huevos.

Los casos de Kentucky, New Jersey y Washington informaron haber viajado a California y Nevada antes de enfermar.

El 6 de junio, August Egg Company retiró los huevos del mercado. Los CDC recomiendan no consumir, vender ni servir los huevos afectados por este retiro.

La Secretaría de Salud de México contabiliza más de 1.900 casos de sarampión y más de 1.000 de tos convulsa en el país en lo que va del año. Ambas enfermedades han alcanzado máximos históricos en 2025, y continúan aumentando.

En el caso de la tos convulsa, hasta el 24 de mayo, el reporte oficial es de 53 defunciones de niños menores de un año a causa de esta enfermedad, en 17 estados del país.



Expertos subrayan la necesidad de agilizar la vacunación, los diagnósticos y los tratamientos en las poblaciones donde hay casos confirmados de estas enfermedades, así como sensibilizar a la población para que accedan a aplicarse las dosis.

“Se debe acelerar la vacunación, sobre todo en los sitios donde hay casos confirmados, y se debería asegurar la adquisición de las dosis extraordinarias de vacuna que se van a necesitar”, explicó Mauricio Rodríguez Álvarez, coordinador académico del Programa Universitario de Investigación sobre Riesgos Epidemiológicos y Emergentes (PUIREE) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

“También, sensibilizar a las poblaciones donde están apareciendo los casos, poner énfasis en la vacunación del personal de salud que está en mayor riesgo de poder entrar en contacto con un caso de sarampión confirmado; fortalecer la capacidad de diagnóstico para que se identifiquen rápido los casos”, agregó.

María Guadalupe Miranda Novales, académica de la Facultad de Medicina de la UNAM, destacó que no se puede lograr inmunidad en la población si hay procedimientos incompletos.

Entre el 26 de abril y el 3 de mayo se aplicaron 2.211.584 dosis de vacunas, incluidas aquellas que protegen contra el sarampión y la tos convulsa, en personas de todas las edades.

Chihuahua continúa a la cabeza en casos de sarampión

Durante la conferencia de prensa matutina del 3 de junio, las autoridades de Salud reportaron 1.926 casos de sarampión en el país.

En tanto, en el último informe completo publicado por Salud se reportaron 1.789 casos y cinco defunciones en el país, hasta el 24 de mayo. Este año se mantiene con la mayor cantidad de casos de sarampión en los últimos 17 años.

El estado con mayor número de casos confirmados hasta la semana epidemiológica 21 del año es Chihuahua, con 1.677, lo que representa 93,7% de los casos a nivel nacional. Le sigue Sonora con 43 casos, y Coahuila con 10 casos de sarampión.

“Los brotes de sarampión siguen avanzando, es un fenómeno que todavía no está completamente controlado. Vemos que Chihuahua ostenta el mayor número de casos a nivel nacional.

En el caso de la tos convulsa, los menores de un año son los que están siendo afectados porque no tienen ni una dosis de vacuna. Y un niño de 6 meses tiene que tener tres dosis ya de vacuna contra la tos convulsa”, dijo el coordinador del PUIREE.

Las personas que han sido más afectadas por esta enfermedad son las de 25 a 29 años, con 14,7% de los casos; y el grupo de 30 a 34 años, con 14% del total.

”Con respecto al antecedente vacunal, se encontró que 91,6% (1.639 casos) no cuenta con antecedente vacunal, mientras que el 3,9% (69 casos) cuenta con una dosis de la vacuna triple viral y 4,5% (81 casos) cuenta con dos o más dosis de esta vacuna documentadas en la Cartilla Nacional de Vacunación”, señaló el boletín epidemiológico de la semana epidemiológica 21.

En dicha conferencia de prensa, el subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, Ramiro López Elizalde, mencionó que el sarampión es la infección viral más contagiosa. Esto implica que cada persona infectada puede contagiar a otras 15.

“Cabe señalar que la probabilidad de contagiarse de una persona no vacunada al estar en contacto con otra persona con sarampión es de 95% o más, que no esté vacunada y más cuando se encuentra en un espacio cerrado”, dijo.

Los especialistas consultados mencionan que la baja en las coberturas de vacunación repercute en el aumento de casos. Pero además de las fallas del sistema de salud para garantizar las dosis, la desinformación provoca que algunas comunidades de estados como Chihuahua no acepten las vacunas, quedando así más vulnerables.

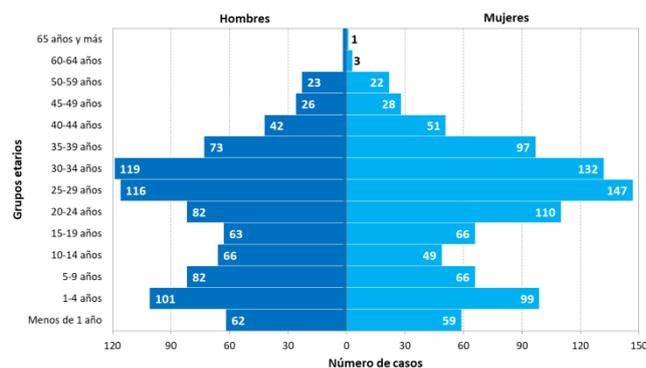
La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2023 dio a conocer que la prevalencia de la vacunación contra el sarampión en adolescentes es de 21% y en adultos (20-59 años) fue de 30%. De acuerdo con la encuesta, en 2012 hubo una cobertura de 75% en la aplicación de la primera dosis de la vacuna triple viral en niños menores de un año, y entre 2021-2023 fue de 71%.

Miranda Novales expuso que cuando ocurren interrupciones en la vacunación, como sucedió durante la pandemia, hay virus altamente contagiosos que provocan enfermedades como sarampión y tos convulsa. Por ello, recomendó mantener los esquemas completos y los refuerzos para evitar brotes, reducir la morbilidad y la mortalidad, sobre todo en poblaciones de alto riesgo.

Hasta el 24 de mayo, de los 1.789 casos confirmados de sarampión, tres municipios de Chihuahua concentran 73,55% de los casos, siendo el municipio de Cuauhtémoc el que tiene más casos (739 casos); le siguen Chihuahua (337), y Ahumada (42).

Rodríguez Álvarez apuntó que la alta virulencia del sarampión ha provocado que se disemine en diversos estados, pese a que su mayor concentración es en Chihuahua. Además destacó que los brotes de sarampión se han concentrado en niños y adultos de comunidades que no se vacunaron.

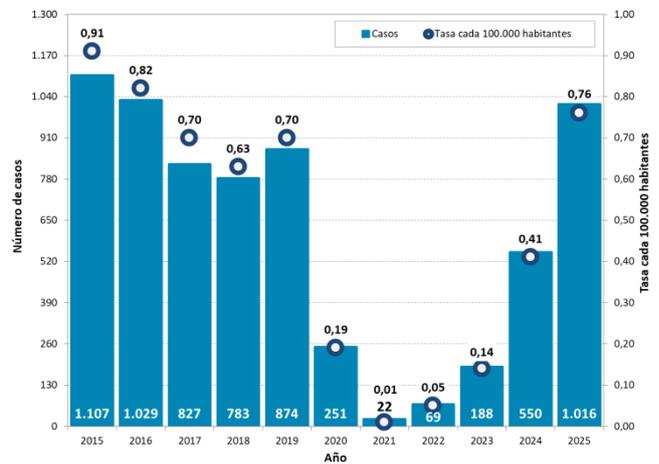
De acuerdo con las autoridades de Salud, entre el 1 de abril y el 30 de mayo se aplicaron 600.000 dosis contra el sarampión, privilegiando a los estados donde existen más contagios. A pesar de ello, el experto de la UNAM indicó que es necesario establecer acciones de vacu-



Casos confirmados de sarampión, según grupos etarios y sexo. México. Año 2025, hasta semana epidemiológica 21. Fuente: Secretaría de Salud de México. (N=1.789).

nación intensas en municipios y estados con mayor número de casos, para frenar la transmisión de la enfermedad, además de continuar con las acciones de vacunación ordinarias en las unidades de salud.

“Tenemos como periodos de dos semanas para ir viendo si empieza a estabilizarse o no, y si ya no hubo más transmisión. Tal vez entre abril y mayo quizá habríamos llegado a lo máximo. En las próximas semanas podríamos ver una disminución, siempre y cuando el virus no se introduzca otra vez a comunidades no vacunadas. De cualquier manera, implica la colaboración de las autoridades federales, de las autoridades estatales, de las autoridades municipales”, comentó.



Casos confirmados de tos convulsa y tasa de incidencia cada 100,000 habitantes, según año. México. Años 2015/2025 (2025 hasta semana epidemiológica 21). Fuente: Secretaría de Salud de México.

La tos convulsa acumula 53 muertes

De acuerdo con el último boletín epidemiológico disponible, se han reportado 1.016 casos confirmados de tos convulsa y 53 defunciones de niños menores de un año, de las cuales 90,56% fueron bebés menores de seis meses de edad. Esto continúa representando la mayor cantidad de casos confirmados y fallecimientos en los últimos siete años por esta enfermedad.

“A la misma semana epidemiológica del año previo, no se tenían registradas defunciones a través del Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de síndrome coqueluchoide y tos convulsa; al cierre preliminar de 2024, se registraron 32 defunciones por tos convulsa”, mencionó la Secretaría de Salud.

Hasta el 24 de mayo de 2025, los estados que concentran el mayor número de casos de tos convulsa son Ciudad de México (109 casos), Aguascalientes (98) y Nuevo León (91). Sólo Tabasco no ha reportado casos de esta enfermedad hasta el momento.

A nivel municipal, el mayor número de casos se han registrado en Aguascalientes (74 casos); Juárez (Chihuahua; 41 casos) y Juárez (Nuevo León; 21 casos). Los decesos se han reportado en 17 entidades.

“No podemos aquí hablar de una situación en particular, porque las 53 defunciones están distribuidas por todo el país. Es una enfermedad prevenible por vacunación y los menores de un año son los que están siendo afectados, porque no tienen ni una dosis de vacuna. Estamos viendo este fenómeno que sí implica una disminución en la vacunación por múltiples razones, y que está en prácticamente todo el país”, destacó Rodríguez Álvarez.

De acuerdo con la ENSANUT 2021-2023, la cobertura de inmunización con la vacuna hexavalente en niños con menos de un año de vida fue de 68,9%, mientras que la cobertura en 2012 fue de 78%. Es decir, bajó casi 10 puntos.

La encuesta estimó que, entre 2021 y 2023, 81.000 niños no recibieron la vacuna triple bacteriana en su primer año de vida. No se cumplieron las metas de vacunación.

“La Organización Panamericana de la Salud (OPS) insta a los Estados Miembros a reforzar sus sistemas de vigilancia epidemiológica y a mantener un monitoreo continuo, detallado y des-

agregado de las coberturas de vacunación en la población infantil, con especial atención a los menores de 1 año y de 5 años”, mencionó la organización en su última [alerta epidemiológica](#).

“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”.

En ese sentido, Rodríguez Álvarez sostuvo que es necesario un buen diagnóstico, la administración correcta de antibióticos y la vigilancia profesional de las personas enfermas de tos convulsa, especialmente de los menores de 1 año. Por ello, destacó que los familiares deben acudir a consulta médica cuando empiecen los síntomas y aplicar las vacunas necesarias.

Al igual que la OPS, Rodríguez Álvarez y Miranda Novales recomendaron la vacunación en menores de un año, personal de salud y madres para evitar la propagación de esta enfermedad.



ÁFRICA

LA CRISIS SANITARIA CAUSADA
POR LA CONTAMINACIÓN PLÁSTICA

05/06/2025

Los microplásticos nos rodean. En el aire que respiramos, los alimentos que comemos, el agua que bebemos.

Esos diminutos fragmentos de residuos plásticos descompuestos forman ahora parte de nuestra vida cotidiana y, de forma alarmante, de nuestros cuerpos.

En el Día Mundial del Medio Ambiente, mientras el mundo se une bajo el lema [#SinContaminaciónPlástica](#), debemos afrontar una verdad urgente y olvidada: la contaminación por plásticos no es solo un problema ambiental. Es una crisis sanitaria de gran magnitud.

El plástico está en todas partes: envuelve nuestros alimentos, se teje en nuestra ropa y se usa para envasar medicamentos que salvan vidas. Sin embargo, la mayoría de los plásticos nunca fueron diseñados para ser reutilizados ni reciclados de forma segura.

A nivel mundial, solo [9% de los residuos plásticos se recicla](#). El resto termina en vertederos, incineradoras o ecosistemas naturales, donde libera sustancias químicas tóxicas al ambiente y, finalmente, a nuestros cuerpos.

La conexión entre la contaminación plástica y los resultados adversos para la salud ya no es hipotética. Se ha demostrado que productos químicos como los ftalatos y los bisfenoles, ampliamente utilizados en la producción de plásticos, alteran el equilibrio hormonal y aumentan los riesgos de enfermedades cardiovasculares y reproductivas.

En las ciudades africanas, los plásticos obstruyen los sistemas de drenaje, lo que contribuye a las inundaciones y a la propagación de enfermedades transmitidas por el agua, como el cólera.

En las zonas rurales, la quema a cielo abierto de residuos plásticos libera sustancias químicas tóxicas relacionadas con el cáncer, el asma y trastornos reproductivos y del desarrollo.

En el vertedero de Dandora, en Nairobi –un extenso vertedero rodeado de asentamientos informales–, [los niños crecen respirando el humo tóxico de la quema de residuos](#). Muchos padecen enfermedades respiratorias crónicas incluso antes de llegar a la edad escolar.

Lo que es menos visible –pero igualmente peligroso– es el daño a la salud y el bienestar animal, con profundas consecuencias para los ecosistemas y la salud pública.



Contaminación

La contaminación por microplásticos se ha convertido en un problema mundial generalizado que afecta tanto a los entornos terrestres como a los acuáticos.

Los animales de diversos hábitats están ingiriendo microplásticos, lo que provoca una serie de problemas que incluyen daños físicos, respuestas inflamatorias, exposición química a través de contaminantes adsorbidos e incluso cambios de comportamiento.



Cabras pastando entre montones de basura plástica en un arroyo en el barrio marginal de Kibera, Nairobi.

La exposición crónica puede alterar la dinámica poblacional y las funciones clave de los ecosistemas, ya que los microplásticos no solo se acumulan en organismos individuales, sino que también transportan contaminantes a través de las redes alimentarias.

Estos impactos tienen implicaciones directas para la salud pública. La posibilidad de que los microplásticos se acumulen en los animales y asciendan en la cadena alimentaria plantea serias preocupaciones para la salud humana, especialmente para las comunidades que dependen del ganado o los mariscos para su nutrición.

Comprender cómo responden los animales a los microplásticos y cómo eso se relaciona con la exposición humana subraya la urgencia de adoptar un enfoque de Una Salud que vincule la salud de las personas, los animales y el planeta.

A pesar de las medidas adoptadas por países como Rwanda y Kenya para prohibir los plásticos de un solo uso, el progreso se ve socavado por una aplicación deficiente, alternativas limitadas y políticas regionales fragmentadas.

Las bolsas de plástico siguen circulando en los mercados informales y los fabricantes multinacionales inundan los mercados locales con envases no reciclables.

A los consumidores, con pocas opciones, se les anima a reciclar para reducir la contaminación plástica. Pero lo cierto es que reciclar no es la solución definitiva a esta crisis. África necesita un liderazgo audaz, coordinado y centrado en la salud para romper con su dependencia del plástico.

¿Y ahora qué?

En primer lugar, se debe reconocer la contaminación por plásticos como una emergencia de salud pública. Las estrategias nacionales de salud deben reflejar la carga que los plásticos suponen para la salud humana y brindar protección específica a los más vulnerables.

Los ministerios de Salud deben colaborar estrechamente con los sectores de ambiente, comercio y desarrollo urbano para regular la producción, el uso y la eliminación de plástico.

En segundo lugar, se debe fortalecer la cooperación regional y mundial para abordar las políticas fragmentadas que obstaculizan el progreso.

El proyecto de la Ley sobre Plásticos de un Solo Uso propuesto por la Comunidad de África Oriental es un paso prometedor hacia la armonización regional.

Mientras tanto, el Tratado Global sobre Plásticos, actualmente en negociación, ofrece una oportunidad única en una generación para asegurar reglas legalmente vinculantes sobre la producción de plástico y la gestión de desechos.

Para que este tratado beneficie a África, las voces africanas deben estar a la vanguardia, abogando por medidas equitativas, específicas para el contexto y aplicables.

En tercer lugar, se debe invertir en infraestructura sostenible para la gestión de residuos. Se necesita financiación pública para construir y fortalecer sistemas seguros de recolección y reciclaje de residuos, así como para apoyar a los emprendedores que desarrollan alternativas de embalaje sostenibles.

En todo el continente, los innovadores locales ya están liderando el cambio: desde investigadores en Uganda que abordan los desechos plásticos con “cuencas solares” hasta ecoemprendedores que reutilizan plástico para fabricar telas en Ghana.

Estas soluciones necesitan escala, apoyo y sostenibilidad a través de inversión pública y apoyo político.

Por último, debe adoptarse un enfoque de Una Salud, reconociendo que la salud humana, la salud animal y la salud ambiental están profundamente interconectadas.

Un entorno saludable sustenta comunidades saludables. Para lograrlo, se requieren intervenciones basadas en datos y viables mediante educación comunitaria e información de fácil acceso que ayude a los responsables de la toma de decisiones, la sociedad civil y el público en general a monitorear el progreso.

Combatir la contaminación plástica no se trata solo de limpiar playas o prohibir las bolsas de plástico. Se trata de recuperar y restaurar el derecho a respirar aire limpio, beber agua potable, consumir alimentos no contaminados y vivir en entornos saludables.

Los líderes africanos deben priorizar la salud sobre la comodidad y la justicia sobre la inercia. Esta es una lucha que no se puede postergar. El bienestar de las generaciones actuales y futuras depende de las decisiones que se tomen hoy.

Se debe actuar ahora.

Los casos de covid se incrementaron en Australia y Nueva Zelanda en las últimas dos semanas, mientras se disparó el número de nuevas infecciones en Tailandia vinculadas con la nueva variante NB.1.8.1, lo que ha activado las alertas en el sudeste asiático.

En Nueva Zelanda, los datos oficiales muestran que el 1 de junio se registró la tasa más alta de contagio en lo que va del año, de 21,7 infecciones cada 100.000 habitantes, una situación que empeoró en los últimos cinco días.

Se produjo un fuerte aumento en las hospitalizaciones por infecciones respiratorias graves en Auckland durante la última semana, mientras que los médicos de cabecera advierten que ya están bajo presión.

Además, en la penúltima semana de mayo, las pruebas en aguas residuales mostraron un aumento de 75% en los casos de covid, lo que revela un incremento muy superior al computado en los hospitales.

En Australia, por su parte, los contagios se duplicaron en mayo respecto al mes anterior y llegaron a los 19.363, al tiempo que mantienen una senda de crecimiento. Solo en los primeros cinco días de junio se contabilizaron 3.977 casos, la mayoría de ellos menores de cinco años y mayores de 85 años.

Este aumento en el número de casos se produce cuando Tailandia lidera las estadísticas globales, con 333.000 infecciones detectadas desde el 9 de mayo hasta el 5 de junio, un compás de tiempo en el que 69 personas perdieron la vida por esta enfermedad en ese país.

Este repunte está vinculado con la propagación de la variante NB.1.8.1, detectada por primera vez el 22 de enero y cuya circulación ha aumentado tanto en el Pacífico Occidental, como en las Américas y en Europa, según explicó la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Esta variante, presente en al menos 22 países hasta el 18 de mayo, representaba entonces el 10,7% de los casos globales de covid, en tanto que su proliferación en el sudeste asiático ha llevado a las autoridades de Tailandia, Indonesia, Vietnam, Camboya y Myanmar a fortalecer las medidas de prevención.

Según datos del Instituto de Salud Pública del Cantón de Sarajevo, en las últimas 24 horas se han notificado tres nuevos casos de leptospirosis en el cantón.

El instituto informó que el 5 de junio dos pacientes fueron hospitalizados en el Centro Clínico de la Universidad de Sarajevo (KCUS) y que no hay casos fatales.

El 23 de mayo de este año se declaró una epidemia de leptospirosis en el cantón de Sarajevo, y el número total de casos notificados es de 70 desde el comienzo de la epidemia: 29 son casos confirmados por laboratorio y 41 son casos probables, según la definición de la Organización Mundial de la Salud.

En el cantón de Sarajevo los casos más notificados proceden del municipio de Novi Grad (53), seguido de siete de cada uno de los municipios de Centar e Ilidže, dos de la zona de Novog Sarajeva y uno del municipio de Stari Grad.

Según datos del instituto, los casos afectaron a 54 personas de entre 30 y 65 años, nueve de entre 20 y 29 años, seis mayores de 66 años y una de entre 15 y 19 años.

El Instituto de Salud Pública del Cantón de Sarajevo monitorea continuamente la situación epidemiológica y actualizará cualquier cambio.

El 8 de abril de 2025, el Laboratorio Nacional de Referencia para Fiebres Hemorrágicas Virales del Centro Muraz (Bobo-Dioulasso) confirmó el primer caso autóctono de enfermedad por el virus Zika en Burkina Faso. El caso se identificó mediante la vigilancia rutinaria de arbovirus, tras el análisis sistemático de muestras de dengue.

La paciente es una niña de seis años residente del departamento de Ziniaré, provincia de Ouhritenga, región de Plateau-Central, que acudió en busca de atención médica en abril de 2025 a un centro de salud local del departamento, presentando signos y síntomas de fiebre, cefalea, diarrea y dolor abdominal. Los médicos que la atendieron inicialmente sospecharon dengue como parte del diagnóstico diferencial. Sin embargo, los resultados de las pruebas fueron negativos para la infección por el virus Dengue y positivos para malaria. El posterior análisis molecular de las muestras, realizado el 8 de abril de 2025 como parte de la vigilancia rutinaria de arbovirus en el Laboratorio Nacional de Referencia para Fiebres Hemorrágicas Virales, dio positivo para la infección por el virus Zika.

La paciente no tenía antecedentes de viajes ni exposición conocida a animales en los 14 días previos a la aparición de los signos y síntomas. Al 10 de abril, la paciente se había recuperado completamente y se encontraba asintomática. No se han reportado casos adicionales sospechosos o confirmados hasta el 4 de mayo.

Si bien este es el primer caso reportado de enfermedad por el virus Zika en Burkina Faso a través de los canales oficiales de vigilancia, un estudio realizado en 2020 en dos ciudades, Uagadugú y Bobo-Dioulasso, detectó anticuerpos contra el virus Zika en 22,75% de las muestras de sangre de donantes analizadas (114 de 501), lo que sugiere que es probable que la infección previa en la población no se haya detectado debido a la naturaleza mayoritariamente asintomática de las infecciones y a la limitada capacidad de vigilancia.

Medidas de salud pública

- El Ministerio de Salud de Burkina Faso emitió una declaración oficial el 15 de abril de 2025, tras la confirmación del caso de enfermedad por el virus Zika.
- Se ha involucrado a los trabajadores de salud de primera línea en el fortalecimiento de la detección de casos y la concienciación mediante la difusión de información y directrices nacionales, en consonancia con la estrategia nacional de Vigilancia y Respuesta Integradas de Enfermedades.
- Se ha emitido una alerta a los directores de salud a nivel nacional y regional, y a los directores de hospitales para reforzar la vigilancia de la enfermedad por el virus Zika y otros arbovirus.
- La paciente recibió atención clínica y seguimiento.
- Se desplegó un equipo multidisciplinario para realizar una investigación detallada en el departamento Ziniaré del 22 al 27 de abril. El resultado de la investigación está pendiente.
- Se han reforzado las capacidades de diagnóstico en el Laboratorio Nacional de Referencia para mejorar las modalidades de prueba para arbovirus.

Interpretación de la situación

La enfermedad por el virus Zika es una infección viral transmitida por mosquitos, principalmente *Aedes aegypti*. La mayoría de las infecciones son asintomáticas o leves, y se presentan con fiebre, erupción cutánea, conjuntivitis, dolor articular y muscular. La enfermedad generó preocupación mundial debido a su asociación con graves defectos congénitos, en particular microcefalia y otros síndromes de malformaciones congénitas en recién nacidos cuando las mujeres embarazadas se infectan. También se relaciona con complicaciones neurológicas como el síndrome de Guillain-Barré en adultos. En 2016, la Organización Mundial de la Salud declaró una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) tras la transmisión generalizada en las Américas, las Islas del Pacífico y el Sudeste Asiático.

La detección de este primer caso humano confirmado plantea interrogantes cruciales sobre la circulación no detectada, la sensibilidad de la vigilancia y el riesgo de una mayor transmisión, especialmente dada la evidencia serológica histórica. Las prioridades inmediatas deben incluir el fortalecimiento de la vigilancia, el control de vectores y las capacidades de diagnóstico, y la garantía de una comunicación eficaz de riesgos para mitigar el posible impacto en la salud pública.

Un turista español de 44 años hospitalizado por rabia en la Comunidad Valenciana tras contraer la enfermedad durante un viaje a Etiopía falleció el 6 de junio, según confirmaron fuentes sanitarias. El paciente permanecía ingresado en la unidad de cuidados críticos tras desarrollar los síntomas de la enfermedad, momento a partir del cual esta es mortal prácticamente en 100% de los casos, según toda la literatura científica.

El diagnóstico de la rabia no fue sencillo en los primeros momentos. El hombre acudió varias veces al médico al empezar a desarrollar algunos síntomas, como fiebre, cambios en el estado de ánimo, náuseas. Pero no fue hasta que empezó a sufrir hidrofobia que se hizo evidente el origen del cuadro clínico que sufría.

“El paciente refirió entonces una mordedura de perro en la pierna derecha durante un viaje a Etiopía en julio de 2024. Tras limpiarse la zona afectada, tuvo buena evolución, por lo que no consideró conveniente la consulta con los servicios sanitarios al regresar del viaje”, informaron las mismas fuentes.

Aunque lo más común es desarrollar la enfermedad unas tres semanas después de contraer el virus, el periodo de incubación de la rabia puede ser mucho más largo, de varios meses e incluso un año. La explicación es que cuando el virus ingresa al organismo, empieza a infectar las células del sistema nervioso hasta llegar al cerebro, donde se multiplica y los síntomas empiezan a manifestarse. La duración de este proceso puede variar por diversos factores, entre ellos el lugar de la mordedura.

A pesar de tener muy mal pronóstico tras el inicio de los síntomas, la rabia es prevenible si la persona afectada inicia el tratamiento post exposición al sufrir mordeduras de animales como perros, gatos y murciélagos sospechosos de ser portadores del virus. Este consiste en una dosis de inmunoglobulina antirrábica y cuatro dosis de la vacuna. La inmunoglobulina da una protección inmediata, mientras que la vacuna ayuda al sistema inmunitario a combatir el virus. Con la acción conjunta, es posible detener el avance de la infección antes de que llegue al cerebro.

La Comunidad Valenciana notificó el caso sospechoso al Ministerio de Sanidad el 26 de mayo y el Centro Nacional de Microbiología confirmó el diagnóstico el día 30. La pareja del fallecido, que es el único contacto de riesgo en España y se encuentra bien, recibió ahora la vacuna antirrábica y la dosis de inmunoglobulina.

Según la literatura científica, solo han logrado superar la rabia una vez iniciados los síntomas un pequeño número de personas –entre siete y una quincena, según las fuentes– con el llamado “protocolo de Milwaukee”, que prevé la inducción del coma y la administración de medicamentos antivirales. El caso más conocido es el de Jeanna Giese, una adolescente estadounidense que sobrevivió en 2004 sin haber recibido la vacuna antirrábica. Este protocolo, sin embargo, fracasa en la gran mayoría de pacientes.

La última muerte por rabia ocurrida en España fue en 2019 en Bizkaia. En ese caso se trató de un hombre de origen marroquí que había sido mordido por un gato durante un viaje a su país,

donde esta enfermedad es endémica. Anteriormente, en 2014, una mujer también de origen marroquí murió en Madrid tras haber contraído igualmente la enfermedad en su país.

La rabia causa unas 60.000 muertes al año en el mundo, casi todas en países en desarrollo. El último brote autóctono en España se produjo en Málaga en 1975 y causó la muerte de dos personas. España peninsular y las islas tienen el estatus de “libre de rabia” de la Organización Mundial de Sanidad Animal desde 1978.

Desde entonces, además de los dos pacientes fallecidos tras contraer el virus en Marruecos, las únicas detecciones del patógeno han sido en perros callejeros en Melilla que cruzan la frontera con ese país. Dos personas tuvieron que recibir el tratamiento antirrábico tras ser mordidas en Huelva y Valladolid por sendos murciélagos que los análisis posteriores confirmaron que también eran portadores del virus.

Malawi es el último país en reportar un brote de mpox, elevando a 18 el número total de países que han reportado brotes de esta enfermedad en la Región Africana. El 17 de abril de 2025, el Ministerio de Salud de Malawi declaró oficialmente un brote de mpox y posteriormente lo notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS), tras la confirmación de laboratorio de dos casos en la capital, Lilongwe.

El primer caso es el de un hombre de 30 años con inicio de síntomas el 16 de marzo de 2025, quien acudió a un hospital en Lilongwe el 20 de marzo con signos y síntomas típicos de una infección por ortopoxvirus. Un segundo caso, un hombre de 33 años con inicio de síntomas el 4 de abril, acudió a otro hospital en el mismo distrito el 9 de abril, con signos y síntomas similares a los del primer caso. En ambos casos, los médicos asistentes sospecharon una infección por el virus de la mpox y tomaron muestras de hisopado para análisis de laboratorio. La prueba de reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR), realizada en el Laboratorio Nacional de Referencia de Salud Pública en Lilongwe, Malawi, dio positivo para la infección por el virus Zika el 16 de abril. Según se informó, ninguno de los casos tenía antecedentes recientes de viajes fuera de Malawi. Aún no se ha establecido un vínculo epidemiológico entre los dos primeros casos.

Posteriormente, se notificaron cuatro casos adicionales. Del 16 de abril al 4 de mayo, se notificó un total de seis casos confirmados sin ninguna muerte en dos distritos: Lilongwe (5 casos) y Mangochi (1 caso). Todos los casos corresponden a hombres, con edades comprendidas entre los 2 y los 38 años. Cabe destacar que ninguno de los casos confirmados reportó viajes recientes fuera de Malawi, lo que sugiere transmisión local. Se han reportado comorbilidades en algunos de los casos confirmados, como infección por el VIH, infecciones de transmisión sexual y diabetes mellitus.

Al 4 de mayo de 2025, cuatro casos se habían recuperado y habían recibido el alta médica, mientras que dos se encontraban ingresados en un centro de tratamiento en Lilongwe. Se están realizando investigaciones epidemiológicas para establecer el origen de la infección y la dinámica de transmisión.

Acciones de salud pública

- Las autoridades de Malawi han activado el Centro Nacional de Operaciones de Emergencia de Salud Pública (COESP) para coordinar la respuesta nacional al brote de mpox, bajo la dirección de un Equipo de Gestión de Incidentes (EGI). El EGI, con el apoyo técnico de la OMS y sus socios sanitarios, continúa reuniéndose semanalmente para guiar y coordinar las actividades de respuesta desde que se declaró oficialmente el brote.
- A nivel subnacional, los Comités de Gestión de Emergencias de Salud Pública (CGEPS) están coordinando las actividades de respuesta y preparación ante la mpox, incluso en todos los distritos limítrofes. Lilongwe, epicentro del brote, activó su sistema de gestión de incidentes para fortalecer la coordinación y la respuesta a nivel distrital.
- Tras la declaración del brote, se ha reforzado la vigilancia del mpox. Se han difundido las definiciones de caso a todos los centros de salud y distritos del país para mejorar la detec-

ción activa de casos sospechosos de mpox. Se ha implementado un sistema de informes diarios que exige que todos los centros de salud del país presenten informes diarios sobre casos sospechosos de mpox. Al 4 de mayo de 2025, se habían notificado 110 casos sospechosos, seis de los cuales fueron confirmados.

- También se están realizando actividades de rastreo de contactos. Al 4 de mayo de 2025, se habían identificado y se les había dado seguimiento a 137 contactos. Un total de 69 contactos seguían en seguimiento.
- Se han desarrollado Procedimientos Operativos Estándar (POE) para la gestión de muestras de mpox y se han compartido con todos los distritos para guiar la correcta manipulación, empaquetado y envío de las muestras. Los reactivos de diagnóstico están preposicionados en el Laboratorio Nacional de Referencia de Salud Pública y se están realizando esfuerzos para asegurar suministros adicionales para realizar pruebas de forma continua.
- Se han difundido las directrices para la gestión de casos de mpox al personal sanitario de hospitales clave y zonas de alto riesgo, incluyendo distritos fronterizos y campos de refugiados. Se ha establecido una Unidad de Tratamiento de Emergencia (UTE) en el Hospital Central de Kamuzu. Los protocolos de tratamiento de mpox se han integrado en las Directrices de Tratamiento Estándar de Malawi de 2024.
- Dieciséis personas clave en prevención y control de infecciones (PCI) de distrito han recibido orientación virtual sobre las precauciones basadas en la transmisión y las normas de mpox. Además, se han revisado los materiales de capacitación sobre la mpox, incluyendo herramientas para evaluaciones rápidas de prevención y control de infecciones en centros de salud y para evaluar los riesgos de infección y exposición del personal sanitario.
- Se están distribuyendo materiales de concienciación sobre la mpox en inglés y en idiomas locales a las comunidades y centros de salud. Estos recursos buscan fomentar la concienciación pública y promover la detección temprana mediante la participación comunitaria.

Interpretación de la situación

El actual brote de mpox en Malawi pone de relieve la preocupación por la posible transmisión local, dado que las personas afectadas no tienen antecedentes de viajes recientes. Dado que aún no se ha identificado la fuente de la infección ni se han establecido los vínculos entre la mayoría de los casos, es necesario priorizar los esfuerzos para una detallada investigación epidemiológica y de laboratorio, en particular la genómica, para comprender la dinámica de la transmisión. La presencia de comorbilidades entre los pacientes-caso también plantea la necesidad de intervenciones específicas dentro de los programas de VIH y enfermedades crónicas, garantizando una atención clínica personalizada y la reducción del riesgo de consecuencias graves en las poblaciones inmunocomprometidas y con comorbilidades.

Asimismo, el largo intervalo entre la aparición de los síntomas y la publicación de los resultados de las pruebas puede haber resultado en la pérdida de oportunidades para aislar rápidamente los casos, rastrear los contactos e implementar medidas de control, lo que podría permitir una mayor transmisión. El país debe garantizar la disponibilidad de suficientes suministros de diagnóstico, personal sanitario capacitado e instalaciones de aislamiento para gestionar los casos actuales y los posibles casos futuros. La comunicación eficaz de riesgos y la participación comunitaria serán cruciales para abordar la desinformación y promover el cumplimiento de las medidas de salud pública. Una campaña de comunicación específica debe estar adaptada a las comunidades en riesgo para aumentar la concienciación pública y apoyar las iniciativas de contención.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) advirtió que el sistema de salud de la Franja de Gaza está colapsando, y que el Complejo Médico Nasser, el hospital de referencia más importante que queda en Gaza, y el Hospital Al-Amal corren el riesgo de quedar inoperativos. Ya no hay hospitales en funcionamiento en el norte de Gaza.

Los hospitales públicos Nasser y Amal son los dos últimos en funcionamiento en Khan Younis, donde actualmente reside la mayor parte de la población. Sin ellos, la población perderá el acceso a servicios de salud esenciales.



Si bien estos hospitales no han recibido órdenes de evacuar a pacientes ni a personal, se encuentran dentro o justo fuera de la zona de evacuación anunciada el 2 de junio. Las autoridades israelíes informaron al Ministerio de Salud que las vías de acceso a ambos hospitales estarán obstruidas. Como resultado, el acceso seguro de nuevos pacientes y personal será difícil, si no imposible. Si la situación se deteriora aún más, ambos hospitales corren un alto riesgo de quedar inoperativos debido a las restricciones de movimiento, la inseguridad y la incapacidad de la OMS y sus socios para reabastecer o trasladar a los pacientes.

Los hospitales Nasser y Al Amal están operando por encima de su capacidad, mientras que personas con lesiones que ponen en peligro su vida siguen llegando en busca de atención urgente en medio de una grave escasez de medicamentos y suministros médicos esenciales. La interrupción del servicio de los hospitales tendría graves consecuencias para los pacientes que necesitan atención quirúrgica, cuidados intensivos, bancos de sangre y servicios de transfusión, atención oncológica y diálisis.

La pérdida de los dos hospitales supondría recortar 490 camas, lo que reduciría la disponibilidad total de camas hospitalarias en la Franja de Gaza a menos de 1.400 (40% menos de camas hospitalarias disponibles en la Franja de Gaza que antes del inicio del conflicto), para toda la población de 2 millones de personas.

La destrucción implacable y sistemática de los hospitales en Gaza lleva demasiado tiempo. Debe cesar de inmediato. Durante más de 20 meses, el personal sanitario, la OMS y sus socios han logrado mantener los servicios de salud parcialmente operativos a pesar de las condiciones extremas. Sin embargo, los repetidos ataques, la escalada de hostilidades, la denegación de ayuda y las restricciones de acceso han desmantelado sistemáticamente el sistema de salud.

La OMS insta a la protección urgente del Complejo Médico Nasser y del Hospital Al-Amal para garantizar su accesibilidad, funcionamiento y seguridad frente a ataques y hostilidades. Los pacientes que buscan refugio y atención para salvar sus vidas no deben arriesgarse a perderlas al intentar llegar a los hospitales. Los hospitales nunca deben ser militarizados ni atacados.

La OMS pide que se agilice de inmediato, de forma segura y se facilite el suministro de medicamentos y suministros médicos esenciales a Gaza a través de todas las vías posibles.

La OMS pide un alto el fuego inmediato y duradero.

Solo 17 de los 36 hospitales de Gaza funcionan de manera parcial actualmente. De ellos, solo cinco, incluyendo el Complejo Médico Nasser y el Hospital Al-Amal, son centros de referencia importantes y representan 75% de las camas hospitalarias de la Franja de Gaza.

El Complejo Médico Nasser está funcionando al 180% de su capacidad de camas y el Hospital Al Amal está al 100%.

Actualmente, un equipo médico de emergencia nacional y cuatro internacionales están desplegados en los hospitales Al-Amal y Nasser como parte de los esfuerzos para brindar atención especializada y fortalecer la capacidad hospitalaria.

La grave escasez de medicamentos esenciales y suministros médicos está perturbando gravemente los servicios de salud en todos los hospitales, mientras unos 50 camiones de la OMS con suministros esperan en Al-Arish y en Cisjordania.

São Tomé e Príncipe ha logrado avances notables en la lucha contra la malaria. En los últimos cinco años, solo se han registrado dos muertes relacionadas con esta enfermedad en el país.

En el primer trimestre de 2025, el país registró 1.293 casos de malaria y ninguna muerte. La Región Autónoma de Príncipe, la menor de las dos islas principales que conforman São Tomé e Príncipe, registró solo tres casos de malaria en marzo de 2025, en comparación con nueve en el mismo período del año anterior.



Sobre la base de este progreso, el Programa Nacional para la Eliminación de la Malaria (PNEP), con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), está liderando los esfuerzos para difundir la conciencia entre las comunidades y mantener el enfoque en la superación de los desafíos para eliminar la malaria.

António de Oliveira es un agente de salud comunitario de Praia das Burras, ubicada en la costa norte de la isla de Príncipe. Tras comenzar su trabajo como agente de salud comunitario a los 19 años, este hombre de 56 años es el principal referente de salud para su comunidad y otras tres comunidades vecinas. Desde un modesto puesto comunitario, realiza pruebas iniciales de detección de malaria y trata los casos leves. Deriva los casos graves al hospital regional. En enero de 2025, diagnosticó un caso de malaria en su comunidad.

“Normalmente, si una persona tiene fiebre, dolores corporales o se queja de malestar, siempre le hago una prueba de diagnóstico rápido para descartar la posibilidad de malaria. En una ocasión, cuando los resultados de la prueba de una persona que tuvo fiebre en casa durante varios días dieron positivo, llamé a la ambulancia de inmediato para que la llevaran al hospital”, contó Oliveira.

Bem Vindo, enfermero de la Región Autónoma de Príncipe, explicó el protocolo tras un diagnóstico positivo: “Como agente de salud comunitario, vamos a casa del paciente para comprobar si hay zonas de cría de mosquitos y agua estancada. También administramos medicamentos preventivos a los familiares, realizamos pruebas y fumigamos la casa si es necesario”.

Oliveira concientiza activamente a su comunidad sobre la buena higiene doméstica y ambiental, el drenaje de aguas estancadas y el uso de mosquiteros.

“Todas las mañanas, me levanto, compruebo que los recintos estén limpios y hablo con la gente sobre la implementación de medidas preventivas. Solo con la participación significativa de todos podremos erradicar esta enfermedad”, afirmó.

Según el Delegado Regional Interino en la Región Autónoma de Príncipe, Dr. Wilson Soares, entre 2018 y 2020 no se registraron casos autóctonos de malaria en la región. Este logro convirtió a la isla en un foco central de la estrategia de eliminación de la malaria para 2025.

Jairson Rosário, de 28 años, vive en Praia das Burras y no recuerda la última vez que tuvo malaria. “Fue hace mucho tiempo, pero siempre dormimos con mosquiteros en casa. Más vale prevenir que curar”, afirmó.

Si bien la intensificación de las medidas integradas de control de la malaria ha dado resultados positivos, colocando a São Tomé e Príncipe dentro de la iniciativa E2025 de la OMS para su posible eliminación en 2025, el reciente aumento de casos de malaria ha frenado el progreso.



Se ha registrado un promedio de 15 a 30 casos al año. En 2024, se notificaron 34 casos.

“La gente ha perdido su inmunidad a la enfermedad y si no se implementan medidas preventivas como la fumigación de las casas, el uso de mosquiteros impregnados y medidas de higiene y saneamiento ambiental, la enfermedad se manifiesta con mayor intensidad”, afirmó la Dra. Didiene Vilhete, coordinadora del PNEP.

“Estamos trabajando arduamente para detener la propagación de la enfermedad. No podremos alcanzar nuestro objetivo inicial en 2025, pero reforzaremos nuestra respuesta para prevenir nuevos casos en la isla Príncipe y así lograr nuestro objetivo nacional de eliminar la malaria para 2027”, afirmó Soares.

“Contamos con medicamentos, insecticidas, una estrategia de tratamiento reactivo y recursos humanos para responder a los casos. También seguimos fortaleciendo la sensibilización, la información y la comunicación para concienciar a los responsables políticos locales, las comunidades y los profesionales de la salud. Así es como podemos derrotar a la malaria en la Región Autónoma de Príncipe”, añadió.

El país, con el apoyo de la OMS, desarrolló un nuevo plan para 2023-2027, cuyo objetivo es lograr cero casos autóctonos de malaria en Caué y otros cinco distritos de São Tomé e Príncipe para 2027.

“Este objetivo solo se puede lograr reforzando la vigilancia de la enfermedad, implementando una sólida estrategia de monitoreo y evaluación, garantizando la calidad de los diagnósticos de laboratorio, implementando el tratamiento correcto de todos los casos de malaria y garantizando intervenciones integradas de control de vectores”, afirmó Jessica Veiga Soares, jefa de salud pública y control de enfermedades de la OMS en São Tomé e Príncipe. “También es importante asegurar la plena participación de todos, incluida la comunidad, mediante la movilización social, la comunicación y la capacitación”.

En consonancia con el compromiso con la eliminación, el Programa Nacional de Control de la Malaria pasó a denominarse Programa Nacional de Eliminación de la Malaria, con estrategias redefinidas centradas en intervenciones específicas y reactivas, así como en hitos epidemiológicos a nivel nacional, comenzando por la Región Autónoma de Príncipe y Caué y extendiéndose posteriormente a otros distritos.

“En este proceso, la OMS reafirma su compromiso de apoyar al país en la implementación de medidas basadas en la evidencia para acelerar la eliminación de la malaria y alcanzar la visión de un futuro sin malaria”, afirmó Veiga Soares.

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.