



25 DE JULIO
2025
REC 2.960

ARGENTINA

- Análisis de la asociación tuberculosis y VIH. Años 2019/2024
- Salta: Los casos de salmonelosis disminuyeron 94,8% respecto de 2024
- Santa Fe; La exposición a un cóctel de pesticidas aumenta el riesgo de complicaciones durante el embarazo

AMÉRICA

- Bolivia: Llegan a 148 los casos de sarampión, y Tarija es el único departamento sin casos

- Estados Unidos: Mississippi emitió una alerta por tos convulsa

- Estados Unidos: Son casi 50 los casos de salmonelosis vinculados con geckos domésticos

- México: Tamaulipas supera los mil casos confirmados de varicela y escasea la vacuna

EL MUNDO

- Camboya: Caso humano de influenza aviar A(H5N1) en Tboung Khmum

- Palestina: ¿Por qué no se ha declarado hambruna en Gaza a pesar de las señales?

- Ruanda: Los casos de sífilis no detectados amenazan la vida de embarazadas y recién nacidos

- Zambia: Brote de meningitis por *Streptococcus pneumoniae* en la provincia de Luapula

- Un nuevo eslabón en la preparación pandémica: los antivirales postexposición

- La importancia de la vacunación contra el neumococo

- Preocupación ante la propagación del virus Chikungunya

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



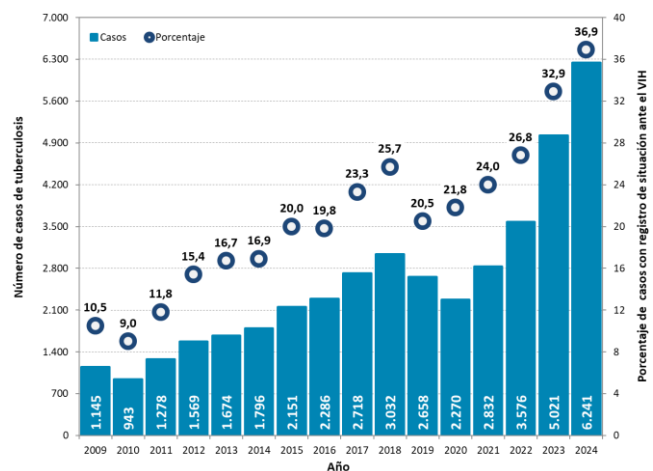
Distinguido por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

© 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 en este Reporte, los cuales son de exclusiva responsabilidad de los respectivos entrevistados, traductores, autores o colaboradores.



Una de las causas de la declaración de emergencia de la tuberculosis en 1993 fue la expansión de la epidemia del VIH en el mundo. La epidemia de VIH/sida ha provocado no solo un aumento considerable de casos de tuberculosis pulmonar, sino que también tuvo un impacto importante en el aumento del porcentaje de casos con baciloscopía negativa y de tuberculosis extrapulmonar. Los pacientes seropositivos para el VIH que padecen tuberculosis tienen un peor resultado del tratamiento y una mayor mortalidad que los pacientes seronegativos. Sin embargo, la tuberculosis que afecta a las personas con VIH es prevenible y curable.



Número de casos de tuberculosis con registro de su situación ante el VIH y porcentaje sobre el total de casos de tuberculosis notificados. Argentina. Años 2009/2024. Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 'Dr. Emilio Coni'.

Actualmente, la estrategia “Fin de la TB” incluye en su Pilar 1 las “Actividades de colaboración tuberculosis/VIH, y manejo de las comorbilidades”, que busca introducir una programación conjunta para la tuberculosis y el VIH con el fin de ofrecer una prestación de servicios integrada y descentralizada para ambas afecciones a través de actividades de colaboración tuberculosis/VIH. Estas actividades se orientan a la planificación conjunta de actividades de VIH y tuberculosis, la integración de servicios de atención de ambas patologías y el tratamiento de la tuberculosis latente.

La importancia de conocer en las personas con tuberculosis su situación ante el VIH se refleja en que es uno de los 10 indicadores claves para el seguimiento de la estrategia “Fin de la TB” y se refiere a la “Documentación sobre el estado serológico con respecto al VIH en pacientes con tuberculosis”, cuya meta es del 100%. Tener documentado el estado serológico con relación al VIH es esencial para proporcionar la mejor atención posible para los pacientes con tuberculosis/VIH.

Casos de tuberculosis notificados con registro de la prueba de VIH

En el contexto regional, Argentina mostró la cobertura más baja de registro de casos con estudio de VIH en comparación con el resto de los países de la región. En el año 2023, última información disponible, la proporción de casos de tuberculosis notificados que tenían documentada la realización de una prueba de VIH fue de 83% en las Américas, mientras que en Argentina

para ese año fue de 32,9%. En Argentina, el registro en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}) del estudio para VIH en pacientes con tuberculosis fue en aumento en los últimos años. En 2019, el 20,5% de los casos notificados tenían registrada su situación ante el VIH, porcentaje que aumentó a 36,9% en 2024, pero todavía muy lejos de la meta del 100%.

La distribución según provincia fue heterogénea para este indicador. La mayor cobertura de registro de la prueba de VIH en casos de tuberculosis se observó en cinco jurisdicciones: Chubut, La Pampa, La Rioja, Neuquén y Santa Cruz, con una cobertura de registros de estudios superior a 85%. En el otro extremo, ocho jurisdicciones tuvieron coberturas menores que el promedio nacional.

Notificación de casos de coinfección tuberculosis/VIH

En 2024, eran seropositivos para el VIH 1.210 casos de tuberculosis notificados (7,2% del total), lo que representa el mayor número de casos notificados y el mayor porcentaje sobre el total de casos de tuberculosis desde 2009.

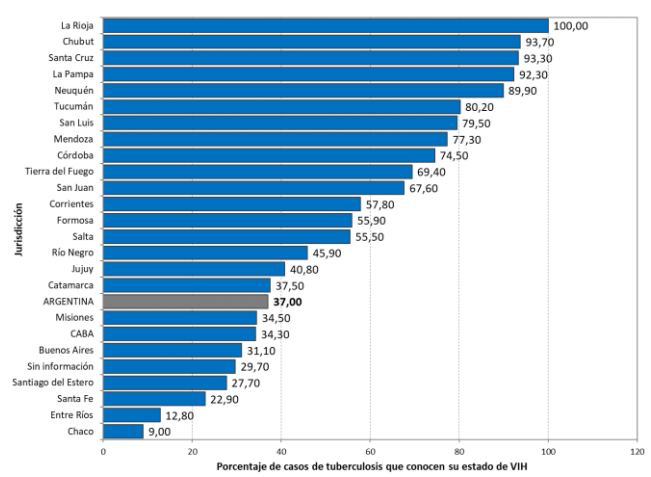
En este período el comportamiento de la notificación de casos fue heterogéneo, con un mínimo en 2010 (480 casos). Al igual que la notificación general, se observó un descenso de los casos tuberculosis/VIH registrados entre 2019 y 2020 debido al impacto de la emergencia por covid. Sin embargo, el descenso para los casos coinfectados fue de 25%, superior al descenso en el número de casos totales entre ambos años, que fue de 18%. A partir de 2020 el número y el porcentaje sobre el total de casos aumentó en forma constante. La velocidad de aumento de los casos de tuberculosis/VIH entre 2020 y 2024 fue de 19,5% anual promedio.

La seropositividad para VIH en relación con los casos de tuberculosis con registro de la prueba de VIH, fue para el total nacional de 19,4%. En las provincias con baja cobertura de registro de la prueba de VIH realizada, la positividad fue elevada, superando el 40% en algunas de ellas. En las jurisdicciones con más de 85% de cobertura de estudio para VIH registrado, la positividad presentó una amplitud entre 4,8% para Neuquén a 26,7% para La Rioja.

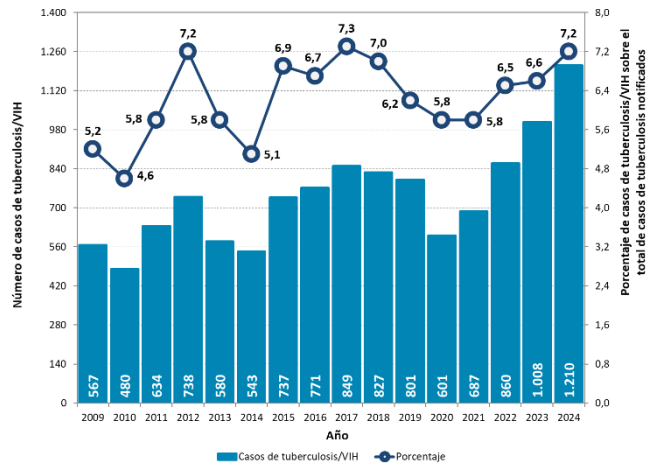
Características de los casos de tuberculosis/VIH

Durante los seis años del periodo estudiado se notificaron 6.853 (8,5%) casos con coinfección. El 66,9% de los casos de tuberculosis/VIH fueron varones, casi 9 puntos porcentuales más que los casos en varones no tuberculosis/VIH.

El 60% de los casos de tuberculosis/VIH tienen residencia en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), que concentra 56,9% del total de casos notificados en el país. La Región Noreste



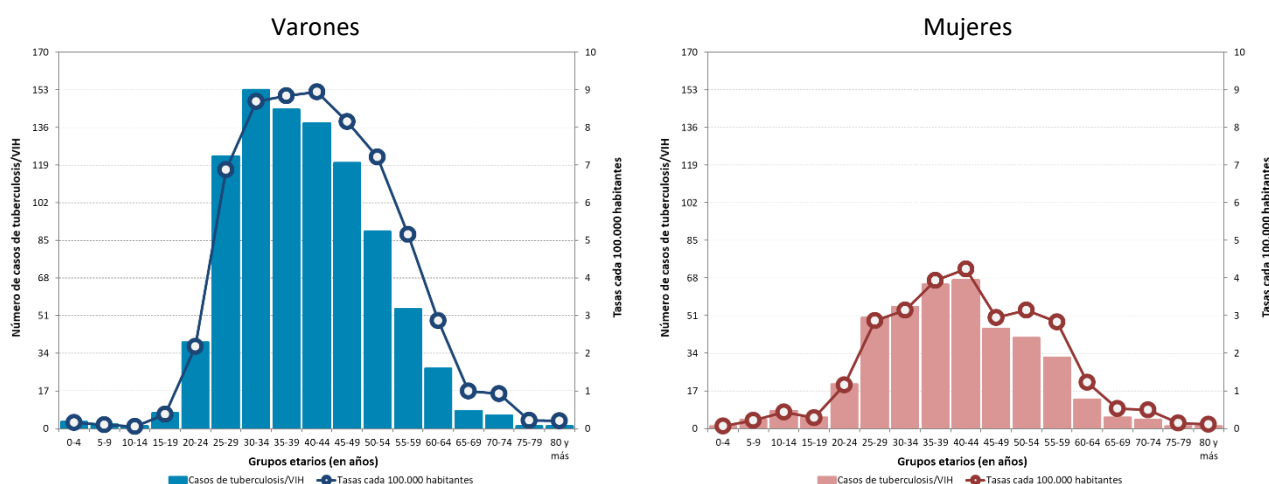
Porcentaje de casos de tuberculosis notificados que conocen su estado de VIH, según jurisdicción de residencia. Argentina. Año 2024. Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 'Dr. Emilio Coni'.



Casos de tuberculosis/VIH y porcentaje sobre el total de casos de tuberculosis notificados. Argentina. Años 2009/2024. Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 'Dr. Emilio Coni'.

Argentino (NEA) representó 3,8% de los casos de tuberculosis/VIH, que fue la mitad de la proporción que representan el total de casos tuberculosis de la región con relación al total nacional. Los casos de tuberculosis/VIH de la Región Noroeste Argentino (NOA) constituyen 13,2% de los casos totales de tuberculosis/VIH, pero presenta la mayor prevalencia de tuberculosis/VIH, que fue de 9,4%. La prevalencia más baja correspondió a la Región NEA con 3,5% de casos coinfectados en relación con el total de casos de tuberculosis de la región.

El 57,7% de los casos se concentró en el grupo de adultos de 35 a 59 años, superior en más de 20 puntos porcentuales a los casos no coinfectados del mismo grupo. Además, la prevalencia de VIH fue de 14,7% entre los casos de tuberculosis en adultos de 35 a 59 años. En los casos incidentes, el mayor riesgo de coinfección se registró en los grupos de varones de 30 a 44 años, con una tasa media de 8,8 cada 100.000 habitantes. Las mujeres tuvieron tasas muy inferiores, con un pico en el grupo de 40 a 44 años, que fue de 4,2 cada 100.000 habitantes.



Casos de tuberculosis/VIH nuevos y recaídas y tasas cada 100.000 habitantes. Argentina. Año 2024. Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 'Dr. Emilio Coni'.

El 73,9% de los casos de tuberculosis/VIH notificados en el período 2019-2024, fueron nuevos, inferior al 80,2% en el total de casos de tuberculosis. Los casos de tuberculosis/VIH con tratamiento previo representaron el 13,1%, siendo esta proporción casi 4 puntos porcentuales más alta que en el total de casos notificados (8,3%).

La localización pulmonar, que incluye las formas exclusiva y mixta, fue la de mayor frecuencia entre los casos tuberculosis/VIH (78,4%) pero inferior a la frecuencia de la localización pulmonar en los no coinfectados (84,2%). La localización pulmonar exclusiva representó 56,6% de los casos de tuberculosis/VIH, casi 20 puntos porcentuales menos que la proporción en los casos no coinfectados. Las formas extrapulmonares exclusivas y mixtas constituyeron 39,3% del total de casos con coinfección y 19,7% de los casos no tuberculosis/VIH.

Las imágenes radiológicas muestran una menor proporción de formas cavitadas, siendo de 38,4% y 56,9% para los casos de tuberculosis/VIH y no tuberculosis/VIH respectivamente. De las formas no cavitadas, la bilateral representó casi el doble en los casos de tuberculosis/VIH en comparación con los no coinfectados, 31,3% y 15,6% respectivamente. La proporción del patrón miliar fue de 7,9% en los casos coinfectados, cuatro veces superior al porcentaje en los casos no tuberculosis/VIH (1,6%).

El registro de evaluación del tratamiento revela que los casos coinfectados tienen una tasa de éxito más baja, mayor letalidad y pérdida de seguimiento en comparación con los pacientes sin tuberculosis/VIH. La letalidad es tres veces mayor en los casos de tuberculosis/VIH, llegando a 18,7%. Además, en 16,8% se mantiene el registro de su situación como "En tratamiento" pese a que pasó el tiempo suficiente para completarlo, y otro 10,1% no tiene información sobre su tratamiento antituberculoso.

La última evaluación de tratamiento cerrada (año 2023) muestra que los resultados del tratamiento presentaron diferencias en su distribución según los antecedentes de tratamiento registrados. La proporción de casos sin información fue mayor entre los casos nuevos y recaídas respecto a los casos con tratamiento previo, representando proporciones de 2,7% y 11,2%, respectivamente. Sin embargo, el porcentaje de los casos que mantienen su estatus de “En tratamiento” es mayor en los casos con tratamiento previo (33,9%). Los casos nuevos y recaídas presentaron una mayor proporción de éxito en el tratamiento que aquellos con antecedentes de tratamiento, con 36,9% vs 22,3%, respectivamente. Las pérdidas de seguimiento fueron de 21,4% del total de casos antes tratados. Finalmente, la letalidad representó 19,6% de los casos con tratamiento previo y 17,5% entre los casos nuevos y recaídas.

Conocer con precisión la situación de la coinfección tuberculosis/VIH es fundamental para dimensionar su carga real, caracterizar los casos afectados y evaluar el impacto de las estrategias de diagnóstico y tratamiento implementadas. Este análisis evidencia aún limitaciones en la calidad de los registros disponibles en el sistema de vigilancia, lo cual restringe la capacidad para generar información precisa y oportuna que oriente las decisiones programáticas.

La cobertura del estudio de VIH entre los casos de tuberculosis notificados continúa siendo baja y heterogénea entre jurisdicciones, muy por debajo del objetivo del 100% planteado por la estrategia global “Fin de la TB”. La vinculación de bases de datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}) permitió detectar un subregistro significativo de casos coinfectados, lo que sugiere que muchos pacientes con VIH y tuberculosis no son identificados adecuadamente por el sistema.

En cuanto a las características de los casos de coinfección, se observa una mayor frecuencia en varones adultos jóvenes, en línea con la epidemiología del VIH en Argentina. Geográficamente, los casos se concentran en la región del Área Metropolitana de Buenos Aires, siguiendo el comportamiento de la tuberculosis en general de concentración en grandes centros urbanos, aunque con elevada prevalencia también en algunas regiones del norte del país.

Las formas clínicas extrapulmonares son más frecuentes en pacientes con tuberculosis/VIH, especialmente las formas diseminadas, meníngeas y ganglionares. Esta distribución sugiere una mayor severidad clínica y una probable inmunosupresión avanzada en muchos casos. Además, la coinfección se asocia a una mayor proporción de tuberculosis con resistencia a rifampicina y a otras drogas, lo que incrementa la complejidad del tratamiento.

Los resultados del tratamiento en personas con tuberculosis/VIH son menos favorables en comparación con los pacientes sin VIH: presentan menor tasa de éxito, mayor letalidad y pérdida de seguimiento. Esto pone en evidencia desafíos tanto en la adherencia como en el acceso y seguimiento de los tratamientos combinados.

Frente a este escenario, es imprescindible fortalecer las acciones colaborativas entre los programas de tuberculosis y VIH. En particular, se recomienda:

- Reforzar la oferta universal de pruebas de VIH para toda persona diagnosticada con tuberculosis.
- Fortalecer el registro completo, oportuno y sistemático del diagnóstico y tratamiento en el SNVS^{2.0}.
- Promover la integración de los servicios de diagnóstico, atención, seguimiento y registro de tuberculosis y VIH.
- Ampliar la cobertura de pruebas rápidas, especialmente en pacientes con mayor riesgo clínico o social.
- Evaluar las causas de mortalidad y las barreras en la continuidad del tratamiento para orientar estrategias preventivas y de atención integral.

Estas medidas permitirán mejorar el diagnóstico temprano, optimizar los tratamientos y, en última instancia, reducir la mortalidad y morbilidad asociadas a la coinfección tuberculosis/VIH en Argentina.

El Ministerio de Salud Pública de Salta informó dos nuevos casos de salmonelosis en la semana epidemiológica (SE) 27, por lo que el acumulado en el primer semestre de 2025 es de 20 casos. Además, se registraron 754 casos de diarrea aguda en la misma SE; el acumulado de casos es de 32.694 en lo que va del año.

Del total de casos confirmados de salmonelosis, 16 se registraron en el departamento Capital, nucleando 80% de los positivos. Además, hubo un caso en Cerrillos, uno en La Viña, uno en Los Andes, y uno en San Carlos.

El Director General de Coordinación Epidemiológica, Francisco Manuel García Campos, explicó que, al comparar los casos de salmonelosis acumulados en la primera mitad de 2024 y 2025, “se observa una reducción de 94,8%, ya que el año pasado se registraron 382 casos hasta ese periodo, y, en 2025, solamente 20”.

Agregó que “la tendencia histórica indica una disminución sostenida, lo que sugiere un resultado positivo de las estrategias de prevención y control. No se observan signos de alerta o brote inminente, pero es clave mantener la vigilancia epidemiológica y las medidas preventivas para consolidar esta reducción y evitar repuntes”.

El trabajo realizado para alcanzar este objetivo contempla acciones interdisciplinarias en el marco del cordón sanitario del río Arias-Arenales, con la participación de diversas áreas del Gobierno provincial y de las municipalidades de esa región. A esto se suman 72 escuelas centinelas, ubicadas en las inmediaciones de esa cuenca, que colaboran en el monitoreo territorial.

Por otra parte, la Dirección de Bromatología lleva adelante capacitaciones en manipulación segura de alimentos, realiza inspecciones y toma de muestra de frutas y verduras –especialmente de hojas verdes– en distintos mercados y puestos de venta.

La exposición a múltiples pesticidas aumenta el riesgo de complicaciones durante el embarazo en comparación con la exposición a un solo pesticida, según sugiere una [nueva investigación](#) revisada por pares. Los hallazgos plantean nuevas preguntas sobre la seguridad de la exposición a pesticidas y herbicidas de uso generalizado en las comunidades alimentarias y agrícolas.

El estudio, que monitoreó biológicamente a mujeres embarazadas en la provincia de Santa Fe, se suma a [evidencia reciente pero limitada](#) que apunta a mayores peligros en las mezclas de pesticidas.

La investigación sobre cómo las mezclas de pesticidas afectan la salud humana es importante porque la gran mayoría de los estudios analizan la exposición a un solo pesticida y las regulaciones sobre el uso de sustancias se desarrollan en función de la toxicidad de solo uno.

Sin embargo, las personas se exponen con frecuencia a múltiples pesticidas en comidas no orgánicas o al vivir en regiones agrícolas de todo el mundo. Estudiar la exposición a estas mezclas y otros factores ambientales es esencial para proteger la salud de las personas, afirmaron los autores, de la Universidad Nacional del Litoral en Argentina.

“El concepto de exposoma, que abarca todas las exposiciones ambientales a lo largo de la vida, subraya la importancia de estudiar los pesticidas como mezclas y no de forma aislada”, escribieron los autores.

El estudio llega poco después de una investigación de la Universidad de Nebraska que encontró que los registros de cáncer del estado y los datos de biomonitoreo mostraron que la exposición a múltiples pesticidas podría aumentar las probabilidades de que los niños desarrollen cáncer cerebral en aproximadamente un 36%.

El nuevo estudio analizó la presencia de pesticidas en la orina de casi 90 mujeres embarazadas en Santa Fe, Argentina, una región con una fuerte presencia agrícola, y monitoreó el desarrollo de sus embarazos. Se detectaron alrededor de 40 pesticidas diferentes.

Se encontró al menos un pesticida en la orina de 81% de las mujeres, y 64% presentó múltiples pesticidas. De ellas, 34% presentó complicaciones durante el embarazo.

El número de mujeres que vivían en zonas urbanas con al menos un pesticida en su organismo era solo ligeramente inferior al de las mujeres de zonas rurales, lo que sugiere que los alimentos también constituyen una vía de exposición significativa. Sin embargo, alrededor de 70% de las mujeres en zonas rurales presentaron múltiples pesticidas, en comparación con el 55% de las mujeres en zonas urbanas, lo que indica un mayor riesgo en las primeras.



Las participantes rurales tenían el doble de probabilidades de tener complicaciones relacionadas con el embarazo en comparación con las urbanas, en parte porque están expuestas con mayor frecuencia a mezclas.

En la región de Santa Fe se cultivan docenas de cultivos, entre ellos lechuga, repollo, achicoria, tomate, perejil, espinaca, zanahoria, pimiento morrón, papa y frutilla, y la amplia gama de cultivos conduce al uso de más pesticidas, escribieron los autores.

“La mayor prevalencia de complicaciones relacionadas con el embarazo entre los participantes rurales resalta la necesidad de una revisión exhaustiva de los protocolos de uso de pesticidas, los límites de exposición y las evaluaciones de riesgos para la salud en los programas de agricultura y horticultura”, dijeron los autores.

La hipertensión gestacional fue una de las complicaciones más comunes relacionadas con el embarazo, y el resultado más común fue la restricción del crecimiento intrauterino, una condición en la que el feto no crece hasta alcanzar un peso normal durante el embarazo.

Los hallazgos también podrían indicar peligros en el tipo de pesticida al que están expuestas las mujeres, escribieron los autores. Quienes presentaron complicaciones mostraron niveles más altos de fungicidas triazólicos, un tipo de pesticida ampliamente utilizado en cultivos como el maíz, la soja y el trigo. Algunas evidencias previas sugieren que es un tóxico reproductivo, y los autores afirman que sus hallazgos evidencian la necesidad de más investigación sobre sus posibles efectos.

Los autores señalan que el tamaño de la muestra del artículo es pequeño y los hallazgos apuntan a la necesidad de un estudio de biomonitorio más amplio.

“Se requieren mayores esfuerzos para profundizar y ampliar la evaluación de la exposición humana a los pesticidas en poblaciones vulnerables”, escribieron los autores.



El viceministro de Promoción, Vigilancia Epidemiológica y Medicina Tradicional, Max Francisco Enríquez Nava, informó que Bolivia registra 148 casos confirmados de sarampión. El departamento con más casos registrados es Santa Cruz, con 124 reportados, mientras que el departamento de Tarija aún no registra casos de la enfermedad.

“El sarampión va a buscar a las personas no vacunadas. Ahora, con las vacaciones, hay un flujo turístico por todo el país. Justamente Cochabamba, que hasta hace unos días no tenía casos, ahora presenta dos. Esto nos muestra que el sarampión sigue presente. Estamos impulsando estas campañas de vacunación y pidiendo a la población que acuda a los establecimientos de salud”, compartió el viceministro.

Los casos se distribuyen en los departamentos Santa Cruz (124), La Paz (11), Potosí (4), Beni (3), Chuquisaca (2), Cochabamba (2), Oruro (1) y Pando (1). Tarija aún queda intacto en el brote de esta enfermedad que se declaró emergencia sanitaria nacional. Las comunidades menonitas, con baja cobertura de vacunación, presentan brotes sostenidos.

La alerta sanitaria por los casos ha sido el principal motivo de la ampliación de las vacaciones invernales. Enríquez Nava indicó que en Santa Cruz se intensificaran las acciones de prevención y contención de casos. Mientras que lamentó que los más expuestos a la enfermedad sean los niños no vacunados.

La vacunación, hasta la fecha, está disponible para niños y adolescentes de hasta 14 años. Sin embargo, las autoridades sanitarias compartieron que se prevé que la siguiente semana la vacunación se amplíe en adolescentes de hasta 19 años, con el fin de frenar la propagación.





El Departamento de Salud del Estado de Mississippi (MSDH) emitió una alerta sanitaria advirtiéndole al público sobre un aumento de casos de tos convulsa en el estado. En 2025, hasta el 10 de julio, se habían reportado 80 casos, en comparación con los 49 de todo 2024. Afortunadamente, no se han reportado muertes.

La tos convulsa es una enfermedad respiratoria altamente contagiosa que causa toses violentas e incontrolables que dificultan la respiración. Afecta con mayor frecuencia a bebés y niños pequeños y puede ser mortal, especialmente en bebés menores de un año.

El 76% de los casos de este año se han presentado en menores de 18 años, incluyendo siete casos en menores de 2 meses. De los 73 casos que cumplían los requisitos de edad para la vacunación contra la enfermedad, 28 no estaban vacunados. Entre los no vacunados, 23 eran menores de 18 años. De los 10 hospitalizados, siete eran menores de 2 años. Si bien se han reportado casos en todo el estado, 40% se identificó en el noreste de Mississippi.

La vacunación, una de las formas más seguras y eficaces de protegerse contra la tos convulsa, se recomienda para todos. Existen dos tipos de vacunas combinadas que protegen contra la tos convulsa, así como contra la difteria y el tétanos: la DTaP y la Tdap. La DTaP se recomienda para niños pequeños, mientras que la Tdap se recomienda para niños mayores, mujeres embarazadas y adultos.

Los bebés deben recibir la vacuna DTaP a los 2, 4 y 6 meses, seguida de dos dosis de refuerzo entre los 15 y 18 meses y entre los 4 y 6 años. Los preadolescentes deben recibir la vacuna Tdap entre los 11 y 12 años para reforzar su inmunidad. Las mujeres embarazadas deben recibir una dosis única de Tdap entre las semanas 27 y 36 del embarazo para proteger a sus recién nacidos de la tos convulsa durante sus primeros meses de vida. Además, los abuelos y otros familiares o amigos que puedan estar en contacto cercano con el bebé deben recibir dosis de refuerzo para evitar transmitirle la enfermedad. Aunque no existe una recomendación rutinaria para las dosis de refuerzo contra la tos convulsa, la inmunidad disminuye con el tiempo.

La tos convulsa se transmite de persona a persona a través de gotitas respiratorias o por contacto con gotitas suspendidas en el aire. Se considera que los pacientes son contagiosos desde el inicio de los síntomas hasta tres semanas después del inicio de los ataques de tos aguda, o hasta completar cinco días de tratamiento con antibióticos. El tratamiento recomendado incluye antibióticos dentro de las tres semanas posteriores al inicio de la tos en personas de 1 año o más, y dentro de las seis semanas posteriores al inicio de la tos en bebés menores de 1 año y mujeres embarazadas.



Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos 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* serovariedades Muenchen y Lome.



Los datos epidemiológicos muestran que el contacto con geckos domésticos está causando la enfermedad en las personas en este brote.

Desde la última actualización, el 15 de mayo de 2025, se reportaron 35 nuevos casos, 16 estados y 1 nuevo serotipo. Hasta el 14 de julio de 2025, se habían reportado 49 casos –18 de *Salmonella* Muenchen y 31 de *Salmonella* Lome– en 27 estados: Pennsylvania (6 casos), California (4), Florida (3), Michigan (3), New Jersey (3), New York (3), Ohio (3), Arizona (2), Montana (2), Texas (2), Washington (2), Colorado (1), Delaware (1), Georgia (1), Illinois (1), Kansas (1), Louisiana (1), Minnesota (1), Missouri (1), Nebraska (1), New Hampshire (1), New México (1), South Carolina (1), South Dakota (1), Tennessee (1), Virginia (1) y Wisconsin (1).

Los casos se registraron entre el 16 de diciembre de 2024 y el 12 de junio de 2025. De las 37 personas con información disponible, 9 (24%) han sido hospitalizadas. 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 45 casos): rango de menos de 1 año a 80 años; edad media de 24 años. El 20% de los casos son menores de 5 años.
- Sexo (de 48 casos): 60% mujeres - 40% hombres.
- Raza (de 34 casos): 91% blancos - 6% afroamericanos - 3% nativos americanos.
- Etnicidad (de 32 casos): 81% no hispanos, 19% hispanos.

Los funcionarios de salud pública estatales y locales están entrevistando a los casos sobre los animales con los que estuvieron en contacto durante la semana previa a enfermarse. De las 37 personas entrevistadas, 19 (51%) informaron haber tenido contacto con un gecko antes de enfermarse. Algunos pacientes tuvieron contacto con varios tipos de geckos. De los 18 pacientes

que proporcionaron información sobre los tipos de geckos con los que estuvieron en contacto, 12 informaron haber tenido contacto con geckos crestados (*Correlophus ciliatus*), 7 con geckos leopardo (*Eublepharis macularius*), uno con un gecko gato de Malasia (*Aeluroscalabotes felinus*), uno con un gecko africano de cola gruesa (*Hemitheconyx caudicinctus*), uno con un gecko satánico cola de hoja (*Uroplatus phantasticus*), uno con un gecko rayado (*Gekko vittatus*) y uno con un gecko silvestre.

Se recogieron muestras de geckos de una persona enferma en California y de otra en New York para su análisis. La [secuenciación del genoma completo](#) mostró que los serotipos de *Salmonella* Muenchen y *Salmonella* Lome de los geckos estaban estrechamente relacionados con las bacterias de las personas enfermas.

La secuenciación del genoma completo de bacterias de 49 muestras de personas y 7 muestras ambientales no predijo resistencia a ningún antibiótico.

En 2015, esta cepa de *Salmonella* Muenchen provocó [un brote en Estados Unidos](#) relacionado con el contacto con geckos. La Agencia de Salud Pública de Canadá investigó [un brote en 2024](#) de la misma cepa, también vinculada a los geckos. Los investigadores están trabajando para determinar los factores que podrían explicar la recurrencia y persistencia de esta cepa entre estos reptiles.

Las personas afectadas por este brote informaron haber comprado geckos en diversas tiendas. Los investigadores continúan recopilando información sobre dónde los enfermos obtuvieron sus geckos y qué criadores abastecieron las tiendas donde los compraron.

Estas cepas del brote se han vinculado a múltiples proveedores, incluyendo uno común a ambas cepas. Los CDC están trabajando con socios estatales para notificar a los proveedores sobre estos vínculos y evaluar cualquier vínculo con proveedores de la cadena de suministro. Es posible que otros proveedores sean vinculados a estos brotes a medida que avanza la investigación.

La varicela continúa al alza en Tamaulipas, mientras el sector salud enfrenta el brote sin disponibilidad de vacunas. El jefe de la Jurisdicción Sanitaria N° 2, José David Cadena Mata, mencionó que la demanda del biológico es demasiada, lo que dificulta completar el esquema de vacunación en los menores.

En la entidad se han confirmado 1.387 casos, siendo los hombres el grupo más afectado, con 697 registros.



“Seguimos sin contar con la vacuna de la varicela. Es muy escasa y no llega a todos lados. Es una de las que más se escasea en el sistema de salud”, explicó el funcionario.

Cadena Mata indicó que, aunque la varicela es una enfermedad común en la infancia, los casos actuales se están presentando de forma más persistente, lo que ha encendido alertas en las unidades médicas.

La falta de biológico ha limitado la capacidad de respuesta del sector salud para prevenir nuevos contagios, por lo que se hace un llamado a extremar precauciones, especialmente en escuelas, guarderías y espacios públicos cerrados.

Hasta el momento, no se ha dado a conocer una fecha estimada para el reabastecimiento de la vacuna en Tamaulipas, por lo que las autoridades sanitarias reiteran la importancia de detectar y aislar a tiempo los casos sospechosos para evitar brotes mayores.



CAMBOYA

CASO HUMANO DE INFLUENZA AVIAR
A(H5N1) EN TBOUNG KHMUM

22/07/2025

El Ministerio de Salud de Camboya informó a la población acerca de otro caso de influenza aviar en un niño de 6 años que fue confirmado positivo para el virus de la influenza aviar A(H5N1) por el Instituto Nacional de Salud Pública el 21 de julio de 2025. El paciente, residente de la aldea de Bos Russey, comuna de Doun Tei, distrito de Ponhea Krek, provincia de Tbong Khmum, presenta síntomas de fiebre, tos, diarrea, vómitos, falta de aire y dificultad para respirar. El paciente se encuentra actualmente bajo tratamiento médico intensivo. Según la investigación, durante el mes de julio hubo una serie de gallinas enfermas y moribundas en el pueblo donde nació el niño. El caso visitó la casa de un familiar, donde había casi 100 pollos muertos, a unos 100 metros de la casa, y llevó uno de los pollos muertos a su abuela para cocinarlo.

Los equipos de respuesta a emergencias de los Ministerios de Salud nacionales y subnacionales han estado colaborando con los departamentos de agricultura provinciales y las autoridades locales en todos los niveles para investigar activamente el brote de influenza aviar y responder de acuerdo con los métodos y protocolos técnicos, encontrar fuentes de transmisión tanto en animales como en humanos, y buscar casos sospechosos y contactos para prevenir una mayor transmisión en la comunidad. También han distribuido oseltamivir a los contactos cercanos y han realizado campañas de educación sanitaria entre los residentes de las aldeas afectadas.

El Ministerio de Salud recordó a los ciudadanos que siempre deben prestar atención y estar alertas ante la influenza aviar A(H5N1), que continúa amenazando la salud de la población. También indica que, si una persona presenta fiebre, tos, secreción de esputo o dificultad para respirar y tiene antecedentes de contacto con pollos o patos enfermos o muertos dentro de los 14 días anteriores al inicio de la cuarentena, no debe asistir a lugares o pueblos concurridos y debe buscar consulta y tratamiento en el centro de salud u hospital más cercano de inmediato para evitar retrasar el tratamiento y ponerlo en alto riesgo de muerte eventual.

En lo que va del año, Camboya registró un total de 13 casos humanos de influenza aviar A(H5N1), con cinco muertes, según el Ministerio de Salud del país.

Durante meses, funcionarios de la Organización de Naciones Unidas (ONU), grupos de ayuda y expertos han advertido que los palestinos en la Franja de Gaza están al borde de la hambruna, aunque ésta no ha sido declararla formalmente.

Si bien Israel alivió en mayo un bloqueo de dos meses y medio sobre el territorio, los grupos de asistencia dicen que solo llega al enclave una cantidad mínima de ayuda y que los palestinos enfrentan niveles catastróficos de hambre, a 21 meses del inicio de la ofensiva israelí lanzada tras el ataque de Hamás el 7 de octubre de 2023.



Palestinos desplazados reciben comida donada en una cocina comunitaria en Ciudad de Gaza, en el norte de la Franja de Gaza, el 22 de julio de 2025.

Cientos de personas han sido asesinadas por las fuerzas israelíes mientras intentan llegar a sitios o convoyes de ayuda, según testigos, autoridades de salud y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OHCHR). El ejército dice que solo ha hecho disparos de advertencia.

A pesar de la creciente desesperación, no ha habido una declaración formal de hambruna.

La crisis de hambre en Gaza está empeorando

La población de Gaza, de aproximadamente 2 millones de palestinos, depende casi por completo de la ayuda externa. La ofensiva israelí eliminó lo que ya era una producción local de alimentos limitada. El bloqueo de Israel, junto con los combates y el caos en el territorio, han limitado aún más el acceso a los alimentos.

El Programa Mundial de Alimentos de la ONU dice que la crisis de hambre en el enclave ha alcanzado “nuevos y asombrosos niveles de desesperación. Casi 100.000 mujeres y niños sufren de desnutrición aguda severa, y un tercio de la población de Gaza pasa días sin comer”, dijo el 21 de julio Ross Smith, director de emergencias de la agencia.

El Ministerio de Salud de Gaza dijo el 22 de julio que más de 100 personas han muerto mostrando signos de hambre y desnutrición, en su mayoría niños.

El organismo no reveló la causa exacta de sus muertes. El ministerio, que forma parte del gobierno dirigido por Hamás, está compuesto por profesionales médicos y la ONU y otros expertos consideran sus cifras sobre muertes en la guerra como el cálculo más confiable de víctimas.

La hambruna ocurre cuando se cumplen estas condiciones

La principal autoridad internacional en crisis alimentarias es la Clasificación Integrada de Fases de Seguridad Alimentaria (IPC), establecida por primera vez en 2004 durante la hambruna en Somalia. Está formada por más de una docena de agencias de la ONU, grupos de ayuda, gobiernos y otros organismos.

La hambruna puede aparecer en focos, a veces pequeños, y una clasificación formal requiere precaución.

La IPC solo ha declarado hambruna unas cuantas veces: en Somalia en 2011, y en Sudán del Sur en 2017 y 2020, y el año pasado, en varias partes de la región occidental de Darfur en Sudán. Se cree que decenas de miles de personas han muerto en Somalia y Sudán del Sur.

El organismo indica que un área padece hambruna cuando se confirman al menos dos de tres condiciones:

- El 20% de los hogares presenta una falta extrema de alimentos, o están esencialmente muriendo de hambre.
- Al menos 30% de los niños de seis meses a cinco años sufren de desnutrición aguda o emaciación, lo que significa que están demasiado delgados para su altura.
- Al menos dos personas o cuatro niños menores de cinco años cada 10.000 mueren diariamente debido a la inanición o la interacción de la desnutrición y la enfermedad.

Gaza plantea un gran desafío para los expertos porque Israel limita estrictamente el acceso al territorio, lo que hace difícil, y en algunos casos imposible, recopilar datos.

Las declaraciones de hambruna suelen provenir de la ONU o de gobiernos

Aunque la IPC afirma ser el “principal mecanismo” utilizado por la comunidad internacional para concluir si se prevé una hambruna o si ya está ocurriendo, no suele hacer tal declaración por sí misma.

A menudo, las autoridades de la ONU junto con los gobiernos hacen una declaración formal basada en un análisis de la IPC.

Pero dicho organismo dice que, una vez que se declara una hambruna, ya es demasiado tarde. Aunque es posible prevenir más muertes, significa que muchas personas ya habrán muerto para cuando se declare una hambruna.

No siempre está claro que el hambre sea la causa de la muerte

“La mayoría de los casos de desnutrición infantil severa surgen debido a una combinación de falta de nutrientes junto con una infección, lo que provoca diarrea y otros síntomas que causan deshidratación”, dijo Alex de Waal, autor de *Mass Starvation: The History and Future of Famine* (Inanición masiva: La historia y el futuro de la hambruna) y director ejecutivo de la Fundación para la Paz Mundial.

“No existen directrices estándar para que los médicos clasifiquen la causa de muerte como ‘desnutrición’ en lugar de infección”, dijo.

“Cuando ocurre una hambruna, suelen producirse relativamente pocas muertes exclusivamente por hambre, ya que muchas más personas mueren por una combinación de desnutrición, enfermedad y otras formas de privación. Todas estas cuentan como muertes en exceso, separadas de la violencia, que pueden atribuirse a una crisis alimentaria o hambruna”, dijo.

La guerra ha dificultado obtener información precisa

La ofensiva de Israel ha devastado el sistema de salud de Gaza y ha desplazado a cerca de 90% de su población. Con hospitales dañados y abrumados por las bajas de guerra, puede ser difícil examinar a las personas para detectar desnutrición y recopilar datos precisos sobre muertes.

“Los sistemas de datos y vigilancia están incompletos y erosionados”, dijo James Smith, médico de emergencias y conferencista en política humanitaria del University College de Londres, quien pasó más de dos meses en Gaza.

“Lo que significa que es bien sabido que todos los indicadores de salud, y el número de muertos, son una subestimación”, dijo.

La respuesta puede ser insuficiente aun cuando se declara una hambruna

En teoría, una declaración de hambruna debería unir a la comunidad internacional para enviar alimentos a quienes lo necesitan. Pero con las limitaciones en los presupuestos de ayuda, y los obstáculos planteados por la guerra y la política, eso no siempre sucede.

“No hay una gran cuenta bancaria” a la cual recurrir, dijo Laerke, de la Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA). “El problema fundamental es que construimos el camión de bomberos mientras respondemos”.

Los grupos de asistencia dicen que se ha reunido una gran cantidad de alimentos y otros tipos de ayuda en las fronteras de Gaza, pero Israel solo permite que entre una pequeña cantidad. Dentro de Gaza, los disparos, el caos y los saqueos han afectado la distribución de alimentos.

El ejército israelí dice que ha facilitado la entrada de unos 4.500 camiones de ayuda desde mediados de mayo. Eso está muy por debajo de los 600 camiones al día que se necesitan, según los grupos de ayuda, y que entraron durante un alto el fuego de seis semanas a principios de este año. Un contratista estadounidense respaldado por Israel también distribuye alimentos.

Las agencias de la ONU dicen que las restricciones israelíes y el colapso del orden público dificultan la distribución de los alimentos que sí entran.

“Solo un aumento masivo en las distribuciones de ayuda alimentaria puede estabilizar esta situación en deterioro, calmar las ansiedades y reconstruir la confianza en las comunidades de que están llegando más alimentos”, dijo el Programa Mundial de Alimentos el fin de semana. “Desde hace mucho tiempo se requiere un alto el fuego acordado”.

La baja cobertura de pruebas de sífilis entre mujeres embarazadas en Ruanda está poniendo a las madres y a los recién nacidos en riesgo de sufrir complicaciones graves (como muerte fetal, muerte del recién nacido y bebés nacidos con sífilis congénita) que podrían prevenirse con un diagnóstico y tratamiento tempranos, según funcionarios de salud.

En la actualidad, menos de 70% de las mujeres embarazadas en Ruanda se someten a pruebas de sífilis durante las visitas de atención prenatal, afirmó el Dr. Gallican Rwibasira, jefe de los Programas Nacionales de VIH, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y Hepatitis del Centro Biomédico de Ruanda (RBC).

“Esta brecha se debe principalmente a la continua dependencia del país de las pruebas de laboratorio, lo que retrasa los resultados y aumenta el riesgo de que los pacientes no regresen para recibir tratamiento”, dijo Rwibasira.

El especialista señaló que la sífilis suele ser una infección asintomática, ya que muchas personas no presentan síntomas visibles. Por lo tanto, es posible que los pacientes a quienes se les pide que regresen más tarde para obtener los resultados de laboratorio nunca regresen, lo que deja infecciones sin detectar ni tratar.

La sífilis es una infección bacteriana que se transmite principalmente a través del sexo vaginal, anal y oral. También puede transmitirse durante el embarazo, provocando muerte fetal intrauterina, muerte neonatal o sífilis congénita, una afección en la que los bebés nacen infectados. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la mayoría de las infecciones por sífilis son asintomáticas o pasan desapercibidas, lo que aumenta el riesgo de un diagnóstico tardío.

A nivel mundial, alrededor de ocho millones de adultos de entre 15 y 49 años contrajeron sífilis en 2022.

Según la OMS, la sífilis durante el embarazo, cuando no se trata, se trata tarde o se trata con el antibiótico incorrecto, produce resultados adversos en el parto en 50 a 80% de los casos.

“La infección se puede prevenir y curar, o se puede tratar eficazmente, pero el único desafío es identificar a las personas a tiempo, especialmente a aquellas sin síntomas visibles”, dijo Rwibasira.

Para las mujeres embarazadas, la OMS recomienda la inyección de penicilina benzatínica (BPG) como tratamiento de primera línea. La BPG es la única opción recomendada por la OMS para tratar la sífilis durante el embarazo. Como tratamiento de segunda línea, también se pueden utilizar antibióticos como doxiciclina, ceftriaxona o azitromicina.

Rwibasira señaló que las pruebas son el primer paso crucial. “Ruanda aún depende en gran medida de métodos de laboratorio que requieren la recolección de muestras de sangre y la espera de los resultados. La introducción de pruebas rápidas en el punto de atención (pruebas que ofrecen resultados en minutos) permitiría a los profesionales de la salud diagnosticar y tratar la sífilis de inmediato”, afirmó.

Si bien los actuales paneles de pruebas rápidas en Ruanda se han centrado en el VIH y la hepatitis B, un nuevo panel de pruebas rápidas precalificado por la OMS permite detectar el VIH, la hepatitis B y la sífilis de una sola vez durante una única visita a la clínica.

“La evidencia científica demuestra claramente su utilidad. Sin embargo, el plazo para implementar este panel de pruebas rápidas en Ruanda depende en parte de la disponibilidad de fondos”, afirmó Rwibasira, señalando que el diagnóstico temprano es importante, ya que las dosis estándar de antibióticos para adultos no siempre son aplicables a los recién nacidos una vez transmitida la infección, por lo que es recomendable impulsar la detección durante las visitas de atención prenatal.

Las pruebas deben ser confidenciales y respetuosas

La sífilis también afecta a otros grupos vulnerables, incluidos los hombres homosexuales.

“En Ruanda, clínicas especializadas en ITS y 12 centros de salud ahora brindan servicios adaptados a los jóvenes y a las poblaciones clave, además de realizar pruebas de detección del VIH y otras ITS, incluso entre pacientes que no manifiestan síntomas”, señaló Rwibasira.

“Preguntamos sobre los síntomas, pero también realizamos pruebas a quienes no presentan signos visibles. Las personas con múltiples parejas sexuales, las trabajadoras sexuales y otros grupos de alto riesgo son vulnerables”, agregó.

Rwibasira afirmó que la sífilis no tratada puede tener graves consecuencias, como la esterilidad tanto en hombres como en mujeres, enfermedades cardíacas y daños neurológicos. Recomendó a quienes sospechen tener sífilis que consulten con su profesional de la salud.

La OMS advierte que el uso correcto y sistemático del preservativo también puede reducir el riesgo de sífilis.

Rwibasira señaló que el estigma es la principal barrera para las pruebas. “Si alguien da positivo en la prueba del VIH, la hepatitis B o la sífilis, se puede juzgar su comportamiento sexual, por eso las pruebas deben ser confidenciales y respetuosas”.

En Ruanda, la mayoría de las campañas de salud pública se han centrado en el VIH y, en cierta medida, en la hepatitis B, mientras que la sífilis y otras ITS han recibido menos atención.

Rwibasira hizo hincapié en la necesidad de que los medios de comunicación y las comunidades ayuden a crear conciencia sobre estas infecciones.

El Centro Biomédico de Ruanda ahora está trabajando para integrar campañas de concientización sobre el VIH, la hepatitis B y la sífilis, explicando que estas infecciones a menudo comparten métodos de transmisión y estrategias de prevención.

“El modo de transmisión es el mismo y los métodos de prevención son similares. Si promovemos el uso del condón para prevenir el VIH, también ayudamos a prevenir la sífilis”, dijo.

“Las consecuencias de no detectar una infección durante el embarazo pueden ser trágicas y de por vida”, afirmó. “La sífilis perinatal es más difícil de tratar después del nacimiento y los bebés pueden presentar complicaciones graves”.

El Ministerio de Salud de Zambia informó sobre un brote de meningitis con 83 casos (5 confirmados; 78 sospechosos) y ninguna muerte en el distrito de Mwense, provincia de Luapula, a principios de este mes.

Se aisló *Streptococcus pneumoniae* de todos los casos confirmados.

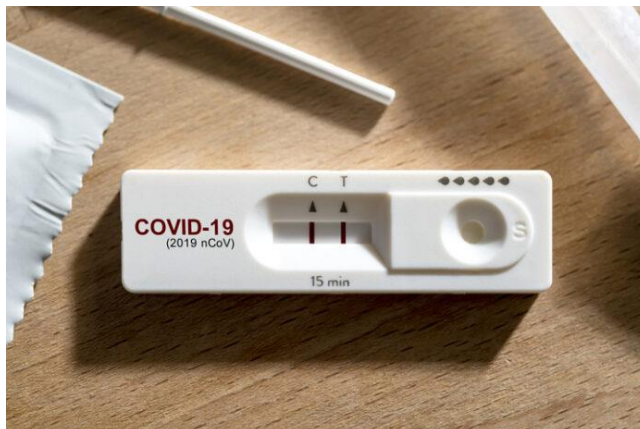
El caso índice fue el de un alumno de 15 años de la escuela secundaria de Mwense, derivado del segundo ciclo de Mwense al hospital de distrito de Mwense tras presentar síntomas como fiebre, fotofobia, rigidez de nuca y alteración del habla. Se están realizando pruebas de laboratorio adicionales mediante reacción en cadena de la polimerasa. El 66% del total de casos correspondió a varones de 13 a 19 años de edad.

Las vacunas para prevenir la meningitis están ampliamente disponibles y están incluidas en los calendarios de vacunación rutinarios de la mayoría de los Estados miembros de la Unión Africana.

El último brote de meningitis bacteriana en Zambia se notificó el 6 de julio de 2015 en el distrito de Kabompo, provincia North-Western, con seis casos sospechosos y tres muertes entre niños en edad escolar.

Durante años, los planes de preparación y respuesta ante pandemias se han estructurado en torno a tres grandes pilares: la prevención primaria (vacunas), la vigilancia epidemiológica y la capacidad hospitalaria para tratar casos graves. A esto se añadían medidas no farmacológicas como el aislamiento, los barbijos o el distanciamiento físico.

Sin embargo, la experiencia reciente con la covid nos ha recordado que, en el momento crítico posterior a la exposición al virus, aún existía un vacío: ¿cómo proteger eficazmente a quienes han estado en contacto directo con un caso positivo, pero aún no han desarrollado síntomas?



Antiviral oral PEP

La respuesta a esa pregunta empieza a vislumbrarse con el avance de varios antivirales PEP. [Ensitrelvir](#), antiviral oral, está tomando la delantera y sus resultados en fase III han mostrado eficacia como profilaxis post-exposición (PEP) para covid. Pero hay [otras estrategias en investigación](#), tanto con antivirales como anticuerpos. Ensitrelvir es el primer antiviral oral que ha demostrado reducir de forma significativa el riesgo de desarrollar covid en personas expuestas.

El estudio SCORPIO-PEP demostró que la administración del antiviral en los tres días posteriores al contacto con un caso positivo reduce en dos tercios el riesgo de desarrollar síntomas. Y lo hace con una pauta sencilla, una buena tolerancia y sin necesidad de intervención hospitalaria.

Un nuevo eslabón

Este antiviral representa algo más que un nuevo fármaco: es un nuevo eslabón en la cadena de respuesta pandémica. Hasta ahora, frente a una exposición conocida, el único recurso real era esperar. Esperar al desarrollo de síntomas. Esperar al resultado de una prueba de reacción en cadena de la polimerasa. Esperar, en definitiva, a que la enfermedad se declare o no.

Ensitrelvir introduce una herramienta intermedia: actuar clínicamente en esa ventana crítica, entre el contacto y la aparición de síntomas, reduciendo tanto la probabilidad de contagio como la necesidad de aislamiento de forma preventiva.

En la práctica, esto tiene aplicaciones estratégicas muy concretas, como los casos de brotes localizados en residencias, hospitales, centros educativos o entornos laborales críticos. Con una respuesta farmacológica inmediata, como la que ofrece ensitrelvir o cualquier otro antiviral PEP que se desarrolle, se puede reducir la transmisión sin tener que recurrir a medidas

drásticas y generalizadas que afectan a toda la comunidad. El beneficio no es solo sanitario, sino también económico y social.

Nuevos avances

Este avance no llega solo. Se suma a un ecosistema cada vez más sofisticado de innovación biomédica y tecnológica: desde vacunas con plataformas de ARNm hasta vacunas proteicas recombinantes, listas para adaptarse en semanas o meses a nuevas variantes, hasta sistemas de vigilancia genómica, inteligencia artificial para detectar patrones de transmisión, y nuevas capacidades logísticas para desplegar respuestas ágiles.

Por eso, es momento de actualizar los planes de preparación y respuesta ante pandemias. No basta con reforzar lo ya existente: deben integrarse nuevas herramientas, asignarles presupuesto, formar al personal para su uso correcto y garantizar el acceso equitativo. EnsitreVir y otras intervenciones y recursos deben ocupar un lugar claro en los protocolos de salud pública, tanto a nivel nacional como global. Las pandemias del futuro no se parecerán a las del pasado. Y la respuesta tampoco debería parecerse.

Incorporar antivirales PEP como parte del arsenal pandémico es una decisión basada en evidencia, con impacto potencial inmediato y transversal. Frente a la incertidumbre global, es necesario cada eslabón posible.

La bacteria *Streptococcus pneumoniae* o neumococo fue descubierta en 1881 prácticamente a la vez por Louis Pasteur y George Miller Sternberg, y desde entonces ya se identificó su capacidad para producir diversas enfermedades.

Aunque la infección por *S. pneumoniae* puede ser leve o inocua –su presencia en la nasofaringe no ocasiona síntomas–, es conocida y temida por generar dolencias graves como neumonía invasiva, meningitis, bacteriemia, artritis y endocarditis.



Streptococcus pneumoniae

La vacunación es una forma muy efectiva de protección, especialmente para niños pequeños, personas mayores e individuos con problemas de salud. Su origen se remonta a 1926, cuando quedó demostrado que la cápsula de la bacteria proporcionaba inmunidad. Entonces se crearon antisueros en animales que redujeron la mortalidad por infección de neumococo de 25% a 7,5%.

Poco después, la introducción de la penicilina también produjo una disminución significativa de los fallecimientos asociados al microorganismo, pero la presión antibiótica generó a su vez elevados niveles de resistencia a este tipo de fármacos.

¿A cuántas personas afecta?

A fines del siglo XX la neumonía seguía siendo la tercera causa de muerte a nivel mundial, con *S. pneumoniae* como principal agente implicado. Hoy en día, se han identificado más de 100 serotipos distintos en función de los polisacáridos presentes en la cápsula de la bacteria.

La carga de enfermedad basada en hospitalizaciones y muertes por serotipos no incluidos en las vacunas sigue siendo elevada. Un estudio realizado en España entre 2016 y 2022 estimó una tasa de hospitalización anual de 108,9 cada 100.000 habitantes. Además, esta tasa aumentaba con la edad, alcanzando 748 ingresos cada 100.000 habitantes en personas a partir de 90 años.

Si lo desglosamos por dolencias, las tasas de hospitalización debidas a neumonía, meningitis y sepsis causadas por este microorganismo fueron de 25,4, 0,7 y 3,5 cada 100.000 habitantes, respectivamente. En nonagenarios, el volumen de ingresos por neumonía y sepsis alcanzó valores de 241,6 y 22 cada 100.000 habitantes. En los menores de un año destaca la meningitis, con 3,4 hospitalizaciones cada 100.000 habitantes.

¿Cuál es la gravedad y el costo de la enfermedad?

Globalmente, la letalidad de los pacientes hospitalizados por enfermedad neumocócica alcanzó el 14,4%, con valores de 7,9% para la neumonía, 10,6% para la meningitis y 19,8% para la

sepsis, aunque estos porcentajes aumentan con la edad. La mortalidad entre los pacientes que presentaban alguna patología subyacente resultó mayor que entre los que no la sufrían (16% y 3,2%, respectivamente), lo cual supone que los primeros tenían 5,7 veces más riesgo de morir.

Además, el [costo anual de las hospitalizaciones](#) superó los 383 millones de euros. Todos estos datos ponen de manifiesto que el uso de las nuevas vacunas y la mejora de los protocolos de vacunación de personas de mayor edad y con comorbilidades podrían ayudar a reducir la alta carga de enfermedad y de mortalidad por infección neumocócica en España.

Tipos de vacunas antineumocócicas

Las vacunas contra el neumococo van dirigidas a la cápsula polisacárida de los diferentes serotipos que producen patologías graves con mayor frecuencia. Se generan a partir de unas moléculas que están en dicha cápsula, formadas por la unión de una gran cantidad de monosacáridos o azúcares simples con capacidad de generar anticuerpos.

Existen dos tipos de vacunas principales: [las conjugadas y las no conjugadas](#), también llamadas polisacáridas. A este último grupo pertenece la vacuna antineumocócica polisacárida 23-valente, que incluye los 23 serotipos más frecuentemente implicados en la enfermedad en adultos.

Sin embargo, tiene dos inconvenientes: no estimula la [memoria inmunológica](#) y proporciona una inmunidad poco intensa, particularmente por debajo de los 2 años de edad.

Por su parte, en las vacunas conjugadas (VNC) los polisacáridos están unidos a un antígeno proteico que incrementa la respuesta inmunitaria, gracias a lo cual producen memoria inmunológica y estimulan la inmunidad de las mucosas. En la década de 1990 se probó una modalidad conjugada que contenía antígenos frente a siete serotipos de *S. pneumoniae*, y posteriormente se desarrollaron vacunas que cubrían un mayor número de serotipos: VNC10, VNC13, VNC15, [VNC20](#) y [VCN21](#).

Estas nuevas inmunizaciones han mostrado ser eficaces y seguras en los ensayos clínicos. La estrategia para desarrollarlas [es incluir nuevos serotipos que cubran los que causan más casos de enfermedad](#). Actualmente, la [tendencia](#) es sustituir la VNC20 por la VNC21, aprobada para adultos mayores de 18 años en Europa.

Indicaciones de las vacunas disponibles

La vacuna antineumocócica de polisacáridos capsulares 23-valente está indicada para mayores de 2 años con factores de riesgo y para todas las personas a partir de 65 años, mientras que las conjugadas 15 y 20-valente pueden administrarse a partir de las 6 semanas de edad. Hay que destacar que la modalidad 20-valente mejora la protección frente a siete serotipos adicionales predominantes en el adulto.

Se recomienda el uso de vacunas conjugadas para todos los adultos a partir de 65 años y [para las personas de 19 a 64 años con ciertas condiciones de riesgo](#). Por lo general, es suficiente con una dosis una vez en la vida.

Las coberturas vacunales en España en niños son excepcionalmente buenas, al igual que en mayores de 65 años. Sin embargo, no existen datos oficiales [sobre dicha cobertura en las personas con indicación de inmunizarse](#) como pacientes inmunodeprimidos (incluida la infección por VIH), individuos inmunocompetentes con fístula de líquido cefalorraquídeo, implante co-

clear, antecedente de enfermedad neumocócica, cirrosis hepática, diabetes, patologías cardíacas, respiratorias, neuromusculares y hematológicas, enfermedad celíaca, obesidad mórbida, síndrome de Down, alcoholismo o tabaquismo.

Conclusión y recomendaciones

La vacunación antineumocócica es una herramienta esencial y efectiva en la lucha contra las patologías causadas por *S. pneumoniae*. Es necesario mantener una vigilancia epidemiológica adecuada para identificar los cambios en la distribución de serotipos causantes de enfermedad.

En España se debe hacer hincapié en la vacunación de personas que tienen condiciones de riesgo por padecer enfermedades subyacentes o por su edad avanzada. Además, se debe continuar con las estrategias actuales de vacunación en niños y en personas mayores, promoviendo estudios de efectividad vacunal.

Se recomienda consultar a un profesional de salud para obtener una orientación adecuada sobre cómo prevenir la enfermedad neumocócica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo el 22 de julio un llamado urgente a la acción para evitar que se repita una epidemia de fiebre chikungunya como la de hace dos décadas, a medida que nuevos brotes relacionados con la región del Océano Índico se extienden a Europa y otros continentes.

Se calcula que 5.600 millones de personas de 119 países viven en zonas en riesgo de contraer el virus, que puede causar fiebre alta, dolores articulares y discapacidad a largo plazo, dijo en Ginebra Diana Rojas Álvarez, responsable médica de la OMS.



“Estamos viendo cómo se repite la historia”, señaló, estableciendo paralelismos con la epidemia de 2004-2005, que afectó a casi medio millón de personas, principalmente en pequeños territorios insulares, antes de extenderse por todo el mundo.

La oleada actual comenzó a inicios de 2025, con brotes importantes en las mismas islas del Océano Índico que se vieron afectadas previamente, entre ellas La Réunion, Mayotte y Mauricio.

Se calcula que un tercio de la población de La Réunion ya está infectada, según Rojas Álvarez. El virus se está extendiendo ahora a países como Madagascar, Somalia y Kenia, y ha mostrado una transmisión epidémica en el sudeste asiático, incluida India.

El creciente número de casos importados y la reciente transmisión local en Europa es especialmente preocupante.

Desde el 1 de mayo se han producido unos 800 casos importados de fiebre chikungunya en Francia continental, según Rojas Álvarez.

Se han detectado 12 episodios de transmisión local en varias regiones del sur de Francia, lo que significa que las personas fueron infectadas por mosquitos sin haber viajado a zonas endémicas. La semana pasada también se detectó un caso en Italia.

El virus Chikungunya, para el que no existe tratamiento específico y que se propaga principalmente por especies de mosquitos *Aedes*, entre ellos *Ae. albopictus*, que también transmite el dengue y la fiebre Zika, puede provocar brotes rápidos y de gran magnitud.

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.