ISSN 2796-7050

Reporte Epidemiológico de Córdoba

11 DE AGOSTO 2025
REC 2.967

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de neumonía
- Resultados de la investigación del brote de listeriosis informado en abril de 2025
- Misiones: El virus sincicial representa 50% de los casos respiratorios pediátricos

AMÉRICA

- Canadá: Brote de infecciones alimentarias vinculado a un restaurante del área de Calgary
- Estados Unidos: El brote de sarampión se desacelera, pero el inicio del año escolar trae un nuevo riesgo de propagación
- Estados Unidos: Investigan en Washington un caso autóctono de malaria
- Paraguay: Alerta epidemiológica ante el aumento de casos de sarampión
- República Dominicana: Se incrementaron los casos de difteria y tos convulsa

EL MUNDO

- India: Brote de infecciones por el virus Nipah
- Italia: Más de 100 casos de dengue en lo que va de 2025
- Kenya: Se logró la eliminación de la tripanosomosis africana humana como problema de salud pública
- Palestina: Alertan de que casi 12.000 niños en Gaza sufren desnutrición aguda, una cifra récord
- Taiwán: Aumento de los casos de sífilis
- La OMS anunció que la hepatitis D es cancerígena

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

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 PRYLUKA // 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

ISSN 2796-7050

Patrocinadores

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

Takeda
WWW.TAKEDAPRO.COM.AR/

Adherentes

SLAMVI Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

Facultad de Ciencias Médicas

GEMICOMED seimc.org

Comité Nacional de Infectología SAP

DDNA

UCC

Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica

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.

Argentina

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

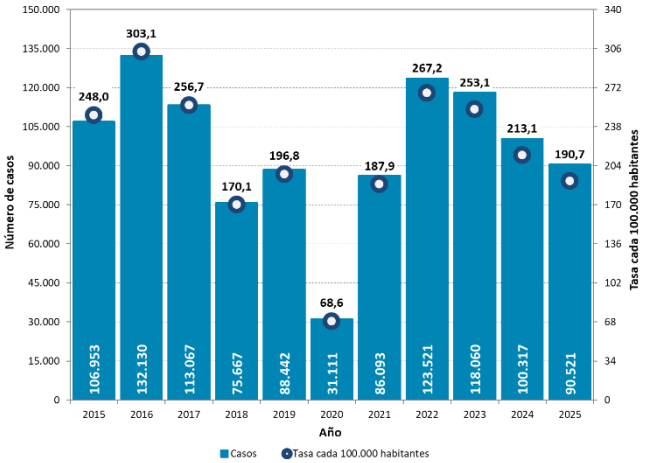
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE NEUMONÍA

04/08/2025

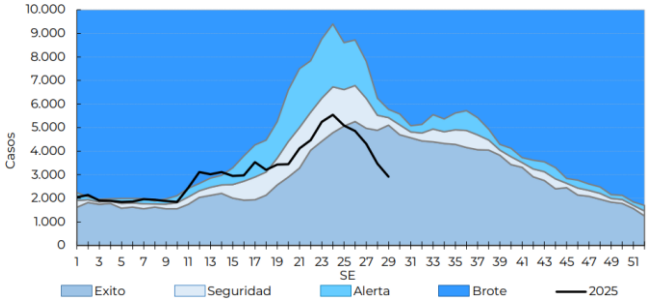
En el año 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 29, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS$^{2.0}$) 90.521 casos de neumonía, con una tasa de incidencia acumulada de 190,7 casos cada 100.000 habitantes.

En base a los datos de los últimos 11 años, se observa que en 2016 se registró el mayor número de casos del período. Entre 2017 y 2018 las notificaciones muestran una tendencia descendente, con un ligero ascenso en 2019 respecto del año anterior. En 2020 se registró un nuevo descenso de casos, que vuelven a incrementarse durante los años 2021 y 2022, con un nuevo descenso desde 2023 hasta el año en curso.

En el corredor endémico, las notificaciones semanales de la SE 1 y la SE 2 de 2025 se ubicaron en los niveles de alerta, y posteriormente en niveles de seguridad, con algunas oscilaciones. A partir de la SE 11 se registra un ascenso de los casos semanales, que alcanzan niveles de brote entre la SE 12 y la SE 14 y niveles de alerta hasta la SE 18.



Casos notificados y tasas de incidencia cada 100.000 habitantes. Argentina. Años 2015-2025, hasta semana epidemiológica 29. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Corredor endémico semanal, en base a datos de los años 2015/2024 (se excluyen los años pandémicos 2020, 2021 y 2022). Argentina. Año 2025, hasta semana epidemiológica 29. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

El 24 de abril de 2025 el Ministerio de Salud de la Nación emitió una comunicación epidemiológica a raíz de la identificación por parte del Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) de casos de listeriosis con residencia en tres jurisdicciones diferentes, con una alta relación genómica entre sí, lo cual sugería una fuente común de exposición, posiblemente vinculada al consumo del mismo alimento o diferentes alimentos contaminados desde una fuente común o por contaminación cruzada. El 6 de agosto de 2025, el ministerio publicó los resultados de dicha investigación.

Los primeros casos fueron notificados en diciembre de 2024 (dos residentes en diferentes localidades de la provincia de Buenos Aires). En 2025, se sumaron un caso residente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), notificado en enero, con viaje previo a Tucumán; y en febrero y mayo dos casos con residencia en Tucumán. Todos presentaban una alta relación genómica con el conglomerado mencionado.

Resultados de la investigación

Ante los hallazgos del LNR, se coordinaron acciones para la investigación y control entre todos los actores involucrados –tanto del Ministerio de Salud de Argentina (LNR, Epidemiología y el Instituto Nacional de Alimentos) como de las jurisdicciones involucradas (Bromatología, Epidemiología y Laboratorio).

La provincia de Tucumán, en un trabajo colaborativo entre las áreas de Epidemiología y Bromatología, entrevistaron a las personas afectadas (o a un familiar) sobre los alimentos consumidos antes de enfermar y posibles lugares de adquisición de estos productos. Además, se realizaron visitas a lugares donde se vendían productos que podrían estar contaminados y se tomaron muestras de alimentos listos para el consumo (que no requieren cocción adicional), para estudiar su posible contaminación con *Listeria*.

Como resultado de las investigaciones realizadas, se estudiaron 26 muestras de alimentos, dentro de las cuales se identificaron cinco con aislamiento de *Listeria monocytogenes*. En una de ellas –correspondiente a un queso criollo de producción industrial de baja escala– pudo establecerse una alta relación genómica con los casos humanos detectados previamente, identificando a la planta productora del queso como fuente de la contaminación.

En respuesta a la investigación realizada se decomisaron los alimentos listos para el consumo de los establecimientos afectados.

Vigilancia genómica de *Listeria monocytogenes*

El aislamiento de queso criollo corresponde al complejo clonal hipervirulento 1 (CC1) y en el análisis de comparación mostró una alta relación genómica (≤ 9 SNPs o alelos de cgMLST) con los aislamientos de casos humanos previamente identificados.

La alta relación genómica entre los aislamientos de los casos humanos y el aislamiento obtenido del queso criollo confirmó la identificación de este alimento como contaminado con el mismo patógeno que el que produjo los casos, identificando a la planta productora del queso como la fuente del brote.

Conclusiones

Esta es la primera vez que se puede establecer en Argentina un nexo entre casos humanos de listeriosis y una fuente común comprobada por análisis genómicos.

Este estudio permitió poner en valor el rol de la vigilancia genómica en la identificación de brotes comunitarios de listeriosis y en la confirmación de la fuente, la importancia de la notificación y envío de muestras de todos los casos y de una completa encuesta alimentaria inicial para guiar la investigación epidemiológica. Fundamentalmente, destaca la trascendencia de las acciones realizadas por la provincia que permitieron identificar e intervenir sobre la fuente, previniendo nuevos casos.

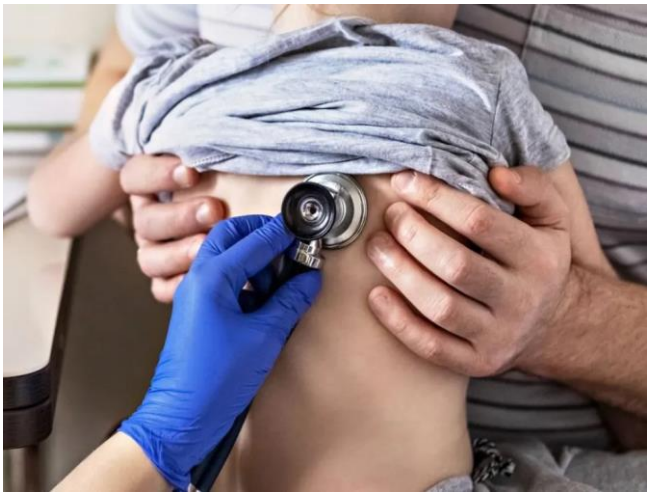
La identificación del alimento relacionado al conglomerado de casos evidenció la necesidad de fortalecer las recomendaciones a los productores locales en las buenas prácticas de manufactura, de inspecciones regulares a los lugares de producción y distribución para cumplir las normas sanitarias, y de difusión de información preventiva para seguridad de los consumidores.

La listeriosis es una enfermedad infecciosa de transmisión alimentaria causada por la bacteria *Listeria monocytogenes*, que se encuentra en el agua y el suelo, y puede contaminar diversos alimentos, especialmente aquellos que no se cocinan antes de ser consumidos, como fiambres, quesos de pasta blanda y vegetales crudos.

Si bien la listeriosis suele ser leve en personas sanas, puede causar enfermedades graves y potencialmente mortales en embarazadas, recién nacidos, personas mayores y aquellas con sistemas inmunitarios debilitados. Es una de las enfermedades de transmisión alimentaria de mayor importancia, pero relativamente rara: 0,1 a 10 casos anuales cada millón de personas, dependiendo del país y la región, según datos de la Organización Panamericana de la Salud. A pesar del bajo número de casos reportados anualmente, esta enfermedad presenta una alta tasa de mortalidad, lo que la convierte en un importante problema de salud pública.

La prevención y control de la multiplicación de la bacteria plantea desafíos considerables, dada la ubicuidad de la bacteria, su gran resistencia a los métodos de conservación habituales, como la sal, el humo o la acidez, y su capacidad de sobrevivir y crecer a temperaturas de refrigeración.

El virus sincicial representa 50% de los casos respiratorios pediátricos



El comportamiento de los virus respiratorios varía cada año; no es fácil anticiparse a ello pero sí trabajar en la vigilancia y en la prevención para evitar los contagios y potenciales complicaciones de los cuadros.

Así, coincidiendo con el inicio de las vacaciones de invierno hace tres semanas se dio el aumento de los casos del virus sincicial respiratorio (VSR) que permanecía agazapado frente al virus de la Influenza A, que fue predominante desde el inicio de la temporada de frío. Rápidamente ascendió y ya representa 50% de los casos pediátricos atendidos en las guardias de los hospitales de Misiones.

“Lo que sabemos es que el virus de la Influenza A continúa, pero hace tres semanas se agregó el pico, que va en ascenso todavía, del VSR. Hasta ahora había casos, pero de forma aislada; es el virus de mayor impacto en los niños menores de dos años por la bronquiolitis”, sostuvo el Dr. Guillermo Rolón, director del Programa de Infecciones Respiratorias Agudas Bajas.

El VSR es la principal causa de infección respiratoria aguda en lactantes y niños pequeños. Los síntomas típicos son similares a los del resfrío común, pero esta es la causante de bronquiolitis o neumonía en los lactantes menores de seis meses.

En ese sentido, Rolón indicó que el Hospital Público Provincial de Pediatría ‘Dr. Fernando Barreyro’ tuvo un pico de 380 casos semanales atendidos en guardia, cuando ese número en las semanas previas a las vacaciones oscilaba alrededor de los 200. El aumento se notó con más fuerza durante la segunda semana del receso invernal.

Asimismo, detalló que el hospital de Leandro N. Alem pasó de atender 20 casos a 30; el nosocomio de Oberá de 30 subió a 52 casos. “Donde más se nota el impacto es en la zona Norte: Iguazú venía con 25 casos y pasó a 36; Eldorado, que se mantenía también en 25 llegó a un pico de 39 en las semanas epidemiológicas 28 y 29; San Pedro que venía con 15, llegó a 25 casos”, se explayó. Otras localidades como Puerto Esperanza y El Soberbio atendieron 19 casos semanales, cuando previo a las vacaciones eran solamente unos diez.

Sin embargo, Rolón aclaró que esta suba en los casos no representa un aumento en la ocupación de camas de los nosocomios, la cual no supera el 30%.

“Es un combo de factores para nosotros positivo, lo cual requiere del recurso humano a tiempo, el insumo a tiempo, las guardias atentas, pero habla de que la población o la familia concurre a tiempo como para poder ser atendido y seguido; porque después hay que hacer el control que requiere una bronquiolitis, seguida hasta con kinesiología. Este año insistimos mucho en el tema de los kinesiólogos en los lugares donde hay atención de niños, porque a veces no requieren ningún otro medicamento más que la aspiración y la secreción de los mocos”, sostuvo sobre las razones que pueden influir en que no aumente la cantidad de niños en estado grave y que requieran internación.

Pacientes con los dos virus

Una de las particularidades de este año es la ausencia del adenovirus; no obstante, otra particularidad no muy grata es la de los pacientes con la coexistencia de dos virus: Influenza A y VSR, indicó Rolón.

“Los dos virus juntos agravan los cuadros, porque implica que el paciente tiene que hacer una doble defensa, lo que a veces termina lamentablemente haciendo una neumonía”, reconoció Rolón.

En cuanto a la circulación, ambos virus presentan igual presencia; se espera que en las próximas tres semanas el VSR haga un pico y “que caiga el virus de la Influenza”.

Por ello, el profesional de la salud instó una vez más a seguir atentos a los pequeños, hacer el seguimiento cuando aparece un síndrome bronquial obstructivo y, ahora que volvieron las clases, poner en práctica las medidas simples de prevención, que son la higiene de manos, la ventilación de los ambientes, la vacunación antigripal y todas las del calendario nacional y obligatorio.

“Insistimos sobre todo en los que tienen factores de riesgo, de seis meses a dos años es obligatorio. Estamos insistiendo en todo lo que es atención primaria desde el programa y el Programa Nacional de Salud Escolar, que mira la libreta de cada niño. Al hacer prevención de ese niño también lleva salud para la casa, porque si no se enferma la madre, el padre, hay ausentismo. Por eso la vacunación ayuda a que no se complique”, remarcó.

Rolón aseguró que todavía es posible esperar un pico más alto de casos respiratorios pediátricos semanales y por ello desde el sistema de salud están atentos durante todo este mes. “Siempre decimos que hay que esperar, porque cada año es diferente; debe seguirse semana a semana”, comentó.

Canadá

Brote de infecciones alimentarias vinculado a un restaurante del área de Calgary

06/08/2025

Ha habido un gran aumento en el número de casos de infecciones por *Escherichia coli* y por el parásito *Entamoeba histolytica* vinculado a Saskatoon Farm, un restaurante popular ubicado a unos 20 minutos al sureste de Calgary.

Los Servicios de Salud de Alberta (AHS) informaron que hasta el momento se han registrado 68 casos probables de infecciones por *E. coli* confirmados por laboratorio.

Eso es más del doble de los 26 casos que los AHS habían confirmado el 30 de julio.

Los AHS también identificaron el parásito *E. histolytica* en 45 de esas personas. También se detectaron otros patógenos, incluidos el norovirus y el rotavirus, aunque no se pudo determinar si están relacionados con la granja Saskatoon.

Cuatro personas también fueron hospitalizadas, aunque tres de ellas ya recibieron el alta.

Los AHS recolectaron y analizaron más de 1.000 especímenes de personas que cenaron en Saskatoon Farm entre el 1 y el 18 de julio.

Los inspectores de los AHS ordenaron el cierre del restaurante Saskatoon Farm el 23 de julio, después de que muchas personas que cenaron allí a mediados de julio informaron haber sufrido síntomas gastrointestinales, como fiebre, escalofríos, vómitos y otros síntomas parecidos a los de la gripe.

Los inspectores de los AHS identificaron el sistema de agua de la granja como la causa probable del brote y, si bien la instalación cambió a una fuente de agua diferente, el restaurante permanece cerrado.

Según los AHS, las personas infectadas con la bacteria *E. coli* pueden tardar hasta tres semanas antes de que comiencen a mostrar síntomas. Sin embargo, las infectadas por *E. histolytica* (que puede evolucionar a una enfermedad gastrointestinal grave llamada amebiasis) pueden tardar mucho más tiempo, a veces meses, antes de mostrar síntomas. En casos raros puede provocar infecciones graves en otros órganos, incluidos el corazón, el hígado y los pulmones.

EL BROTE DE SARAMPIÓN SE DESACELERA, PERO EL INICIO DEL AÑO ESCOLAR TRAE UN NUEVO RIESGO DE PROPAGACIÓN

06/08/2025

Texas no ha reportado nuevos casos de sarampión relacionado con un brote en casi un mes, una señal alentadora de que uno de los brotes más grandes que ha visto Estados Unidos en décadas comienza a desacelerarse. Sin embargo, la amenaza del sarampión no ha desaparecido, ya que nuevos brotes y el creciente número de casos en otros estados se suman al recuento nacional.

En el último mes se han reportado más casos de sarampión en Estados Unidos –al menos 89 casos confirmados desde principios de julio– que en la mayoría de los años desde que se declaró la enfermedad eliminada hace un cuarto de siglo, según datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

El total de este año –1.356 casos confirmados desde enero– es el más alto en más de 30 años. Ha habido 32 brotes este año, que representan casi 90% de todos los casos desde enero. Solo 10 estados no han reportado casos en lo que va del año.

El inicio del año escolar en Estados Unidos representa nuevas amenazas para la propagación del sarampión en un año récord de casos y con tasas de vacunación rezagadas.

Los expertos señalan que la disminución de las tasas de vacunación infantil en el país, sumada a la propagación continua del sarampión en Estados Unidos y a grandes brotes en Canadá y México, ha generado preocupación a medida que los niños comienzan a reunirse para el nuevo año escolar.

“Nadie tiene una bola de cristal, pero las condiciones están dadas para ver un aumento en el número de casos”, dijo la Dra. Catherine Troisi, epidemióloga de enfermedades infecciosas en UTHealth Houston.

El 2 de agosto, Wisconsin reportó nueve casos nuevos, todos vinculados a la misma exposición durante un viaje a otro estado del país. El Departamento de Salud estatal no está revelando más detalles sobre los casos –incluido el estado de vacunación de los individuos o el estado específico al que viajaron– para “equilibrar la privacidad individual con lo que el público necesita saber” y porque el riesgo de propagación comunitaria se considera bajo, explicó el Dr. Ryan Westergaard, director médico de la Oficina de Enfermedades Transmisibles del Departamento de Servicios de Salud de Wisconsin.

Sin embargo, nuevos datos publicados por los CDC la semana pasada muestran que los niños en edad preescolar en Wisconsin tuvieron una de las tasas más bajas de cobertura con la vacuna triple viral (sarampión, parotiditis y rubéola). Solo 84,8% de los alumnos recibió las dos dosis recomendadas el año escolar pasado, muy por debajo del umbral del 95% necesario para prevenir un brote. Solo Alaska e Idaho tuvieron tasas de vacunación más bajas, de acuerdo con los CDC.

“El regreso a clases reúne a muchos niños y el sarampión es muy, muy contagioso”, dijo Troisi. “Así que, si se reúnen niños y uno de ellos tiene sarampión, el virus se propagará muy eficazmente”.

“La disminución de las tasas de vacunación también deja a más niños vulnerables, incluidos los no vacunados, los vacunados, pero inmunocomprometidos, y los que son demasiado pequeños para vacunarse”, señaló.

“Si hay más niños en riesgo, entonces la probabilidad de que el sarampión se propague aumenta”, dijo.

Wisconsin es uno de solo 15 estados que permite a los padres eximir a sus hijos de las vacunas obligatorias por “convicciones personales”, además de motivos religiosos o médicos. El año escolar pasado se registró una tasa récord de exenciones en Estados Unidos, según los CDC, con aproximadamente 3,6% de los niños exentos de al menos una vacuna obligatoria, y la tasa de exención en Wisconsin fue más del doble, con 7,6%.

La Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) sostiene que las exenciones no médicas a los requisitos de vacunación escolar deben eliminarse, una postura que la organización reafirmó recientemente.

“Eximir a los niños de las inmunizaciones por razones no médicas es problemático por motivos médicos, de salud pública y éticos, y crea un riesgo innecesario tanto para individuos como para comunidades. Aunque ciertamente hay familias que valorarían tener la opción de rechazar vacunas y aun así enviar a sus hijos a la escuela, las exenciones no médicas amenazan la seguridad de toda la comunidad escolar y trasladan la responsabilidad de proteger a sus hijos a los padres de niños médicamente frágiles, inmunocomprometidos o que no pueden recibir inmunizaciones por razones médicas”, dijeron líderes de la AAP el mes pasado.

La semana pasada se anunció un nuevo brote de sarampión en el condado de Osceola, Michigan, con el caso original resultante de una persona expuesta al sarampión durante un viaje fuera del estado. Es el tercer brote en el estado, que ya ha reportado al menos 27 casos este año.

Wyoming también reportó un grupo de nuevos casos el 2 de agosto: cuatro en el condado de Carbon estuvieron expuestos a una persona con infección confirmada, elevando el total estatal a siete.

Datos del Departamento de Salud de Wyoming muestran que el condado de Carbon tuvo una de las tasas de vacunación infantil más bajas del estado en 2023, ocupando el puesto 21 de 23 condados, con solo 66% de los niños pequeños habiendo recibido al menos una dosis de la vacuna triple viral.

“Las estimaciones de cobertura de vacunación a nivel de condado son importantes porque los problemas de salud pública a menudo comienzan en áreas geográficas pequeñas y ciertas acciones de salud pública son más efectivas a nivel local”, de acuerdo con el Departamento de Salud de Wyoming.

Los expertos señalan que las personas no vacunadas tienden a agruparse geográficamente en ciertas comunidades, ya que las familias con creencias socioculturales similares suelen vivir cerca unas de otras.

“Este fenómeno resulta en una mayor probabilidad de brotes cuando una enfermedad prevenible por vacunación se introduce en estas comunidades”, dijeron en la AAP. “Los brotes que comienzan en comunidades con baja cobertura de vacunación pueden propagarse más allá de

esas comunidades hacia otras con baja cobertura o a la población general, especialmente en enfermedades como el sarampión, la varicela y la tos convulsa".

Si bien el inicio del año escolar implica nuevos riesgos, también crea oportunidades para que líderes comunitarios de confianza fomenten y promuevan la vacunación, dicen los expertos.

"Sabemos que, si se realizan jornadas de vacunación en las escuelas, eso aumentará la cobertura simplemente al facilitar que los padres vacunen a sus hijos", dijo Troisi. "Las enfermeras escolares son respetadas, así que el hecho de que hablen sobre la importancia de las vacunas es otra estrategia".

Investigan en Washington un caso autóctono de malaria

06/08/2025

El 2 de agosto de 2025 se diagnosticó malaria a una mujer del condado de East Pierce que no había viajado recientemente. Está recibiendo tratamiento y se está monitoreando su estado.

El Departamento de Salud del Condado de Tacoma-Pierce (TPCHD) está trabajando con el Departamento de Salud del Estado de Washington (DOH) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) para investigar posibles fuentes de infección. Es posible que haya contraído malaria recientemente en Washington. De confirmarse, este sería el primer caso autóctono conocido de malaria en Washington.

La causa más probable de un caso autóctono es un mosquito que pica a alguien infectado con malaria asociado a un viaje y luego le transmite la infección a otra persona.

“El riesgo de contraer malaria en el condado de Pierce sigue siendo muy bajo”, afirmó el Dr. James Miller, oficial de salud del condado de Tacoma-Pierce. “La malaria es una enfermedad poco común en Estados Unidos, y la gran mayoría de los casos en el país se producen tras exposiciones en países con transmisión activa”.

La malaria es una enfermedad transmitida por mosquitos y causada por un parásito del género *Plasmodium*. Generalmente causa fiebre, escalofríos, dolores corporales, dolores de cabeza y fatiga. También puede causar náuseas, vómitos y diarrea. En la mayoría de los casos, el período de incubación es de 7 a 30 días. La malaria no se transmite directamente de una persona a otra.

La malaria se puede curar con medicamentos antimaláricos recetados. Puede ser mortal si no se diagnostica y trata a tiempo.

En Estados Unidos se registran entre 2.000 y 2.500 casos de malaria al año, y en Washington entre 20 y 70, vinculados a viajes. En 2023, Estados Unidos registró su primer caso autóctono de malaria transmitida por mosquitos en 20 años. Entre mayo y octubre de 2023, se reportaron 10 casos en cuatro estados.

Los mosquitos *Anopheles* que transmiten la malaria viven en todo Estados Unidos. Si pican a alguien infectado con malaria, pueden volverse infecciosos y transmitir el parásito a las personas de la zona.

Como parte de la investigación, el TPCHD está trabajando con el DOH para implementar trampas y pruebas de detección de mosquitos. Afortunadamente, en esta época del año, las poblaciones de mosquitos en el condado de Pierce están disminuyendo.

Quienes viajen a países donde la malaria es más común deben tomar medidas para prevenir el contagio. Esto puede incluir medicamentos para prevenir la malaria. Un profesional de la salud puede indicar que, antes de viajar, es necesario tomar medicamentos para prevenir la malaria.

Esta situación también resalta la importancia de un sistema de salud pública preparado y coordinado, listo para responder a las investigaciones urgentes de enfermedades transmisibles.

El 2 de agosto de 2025 se notificó un caso sospechoso de sarampión/rubéola procedente del distrito Santa Rosa de Aguaray del departamento de San Pedro, el cual fue confirmado por el Laboratorio de Referencia Nacional, por nexo epidemiológico y clínica compatible con la enfermedad. Adicionalmente, en las 72 horas posteriores al hallazgo de este caso y al desplazamiento del Equipo de Respuesta Rápida Nacional, se confirmaron tres casos adicionales (dos por laboratorio y uno por nexo epidemiológico), totalizando cuatro casos en lo que respecta a este brote. Todos estos casos están relacionados a la importación. Ninguno de ellos cuenta con antecedentes de vacunación.

Cobertura de vacunación

A nivel nacional, si bien se ha observado una mejora en la cobertura de la primera y segunda dosis de la vacuna triple viral –contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola– durante los años 2023 y 2024, los niveles actuales aún se encuentran por debajo de lo esperado. Hasta la semana epidemiológica 30 del año 2025, la cobertura con la primera dosis (SPR1) alcanza a 82% y con la segunda dosis (SPR2) a 68% del valor ideal esperado para este período. En el departamento de San Pedro, en el mismo periodo, la cobertura registrada es de 74% para SPR1 y de 54% para SPR2, también por debajo de la meta establecida para este periodo.

Riesgo contextual para la Región de las Américas

La última evaluación rápida de riesgos para la salud pública realizada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en marzo de 2025 indica que el riesgo para la salud pública en la Región de las Américas, en relación con el sarampión se considera alto debido a la persistencia de la circulación del virus a partir de casos importados y el aumento de la población susceptible generado por coberturas de vacunación subóptimas (menores a 95%).

Evaluación de riesgo para Paraguay

La evaluación indica un riesgo alto para el escenario epidemiológico actual para San Pedro. Si bien, el lugar de ocurrencia corresponde a un área no fronteriza del país, para este evento existe nexo epidemiológico con casos similares. El nivel de accesibilidad donde se registró el caso confirmado permite una respuesta en menos de seis horas; sin embargo, existen personas en la comunidad con renuencia a la vacunación. El caso reportado no cuenta con antecedentes de vacunación y actualmente de alta médica en buenas condiciones. Se registraron tres casos confirmados adicionales. No se registran otros hospitalizados o fallecidos hasta la fecha de emisión de la alerta epidemiológica. En cuanto al riesgo de propagación en el distrito de Santa Rosa de Aguaray es muy alto, por lo que se ha decidido que además de las intervenciones perifocales, se refuercen las actividades de vacunación y vigilancia en todo el distrito y en los distritos circundantes. El departamento de San Pedro cuenta una tasa de notificación de 5,0 casos cada 100.000 habitantes.

De acuerdo con los resultados de la evaluación de riesgo realizada en 2025, de 263 distritos del país para sarampión, 16,3% (43/263) corresponde al departamento de San Pedro.

Complementando esta evaluación de riesgo, específicamente para el distrito de Santa Rosa de Aguaray debido al inicio del brote, el riesgo se clasifica como muy alto, por lo que se ha decidido que, además de las intervenciones perifocales, se refuercen las actividades de vacunación y vigilancia en todo el distrito y en los demás distritos de la región sanitaria.

Vigilancia epidemiológica

Hasta la semana epidemiológica 30 se han registrado 604 sospechas de sarampión/rubéola a nivel nacional, para una tasa de notificación de 9,4 cada 100.000 habitantes, 89% (539/604) de los cuáles ha sido descartados por laboratorio. El 72% (190/263) de los distritos del país han notificado sospechas y 28% (73/263) indican silencio epidemiológico.

El departamento de San Pedro ha notificado 19 sospechas, 68% (15/22) de los distritos del departamento han notificado casos, y 32% (7/22) indican en silencio epidemiológico, incluyendo el distrito de Santa Rosa de Aguaray, donde reside el caso confirmado.

Descripción de la situación epidemiológica

Al momento de la publicación de la alerta epidemiológica, se registra un total de cuatro casos confirmados en el distrito de Santa Rosa de Aguaray. Ninguno de los casos refiere antecedentes de vacunación. El primer caso (caso índice) confirmado se trata de un preescolar masculino de cinco años, procedente del distrito Santa Rosa de Aguaray, departamento de San Pedro, quien dos semanas previo al inicio de síntomas, estuvo en contacto con un niño, con sintomatología compatible a sarampión proveniente de un país vecino (caso primario), donde se registra un brote activo de la enfermedad actualmente; ambos participaron de una actividad en común. Posteriormente inició exantema el 30 de julio e ingresó el 2 de agosto en un centro asistencial del sector privado de Asunción con diagnóstico de neumonía y sospecha de sarampión que requirió hospitalización y actualmente se encuentra de alta médica. De los tres casos adicionales confirmados (dos por laboratorio y uno por nexo epidemiológico) del mismo núcleo familiar, se pudo evidenciar que todos ellos estuvieron en contacto con el caso primario. Se trata de niños entre 2 y 6 años, dos de sexo femenino y uno de sexo masculino. Ningún caso se encuentra con síntomas actualmente ni hospitalizado. Los contactos intrafamiliares de los casos confirmados se encuentran en seguimiento. La investigación continúa en curso para identificar todas las cadenas de transmisión y reforzar todas las medidas de control y respuesta.

Considerando el escenario epidemiológico actual, la Dirección General de Vigilancia de la Salud, dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, emitió la alerta epidemiológica con el objetivo de informar sobre la situación e instar a los equipos de salud a fortalecer la vigilancia de enfermedad febril exantemática, verificar y completar esquemas de vacunación y sensibilizar a la población sobre la importancia de la consulta temprana ante la aparición de fiebre y exantema.

Mientras República Dominicana registra este año una reducción en los casos de enfermedades transmitidas por vectores, como dengue y malaria, lo contrario se observa con relación a las diferentes patologías que son prevenibles por vacunas, mostrando la mayoría de ellas un importante incremento, como es el caso de la difteria, la tos convulsa, el tétanos en edades no neonatales y la enfermedad meningocócica.

- **Difteria**: El mayor aumento se registra en los casos de esta enfermedad, notificándose hasta la fecha 53 casos y un fallecimiento, equivalente a un aumento de 666% con relación al mismo periodo del 2024, cuando el número de notificaciones fue de siete casos y dos fallecimientos.
- **Tos convulsa**: Otra de las enfermedades infectocontagiosas prevenibles por vacunas. La vigilancia epidemiológica notifica este año 21 casos y dos muertes, para un incremento de 6% con relación al mismo periodo del año pasado, cuando se notificaron 20 casos y la misma cantidad de fallecidos.
- **Enfermedad meningocócica**: Este año se notificaron 13 casos y seis muertes, para un incremento de 80% con relación a la misma fecha de 2024, cuando se habían reportado siete casos y dos fallecimientos. Tras la introducción de la vacuna al esquema nacional, los casos de esta enfermedad, altamente mortal, se han reducido considerablemente.
- **Tétanos en edades no neonatales**: Se notificaron este año 17 casos, para un incremento de 15% con relación a la misma semana de 2024, cuando se reportaron 15 casos.
- **Dengue**: Hasta el 26 de julio de 2025, se registraron 161 casos, lo que muestra una reducción de 85% respecto del año pasado.
- **Malaria**: Son 654 los casos de este año, 9% menos que los de 2024.
- **Leptospirosis**: 30 casos en 2025, 1% menos que en 2024.

Organización Mundial de la Salud

India

Brote de infecciones por el virus Nipah

06/08/2025

Entre el 17 de mayo y el 12 de julio de 2025, el Departamento de Información y Relaciones Públicas del Gobierno de Kerala, mediante una serie de comunicados de prensa oficiales, informó sobre cuatro casos confirmados de infección por el virus Nipah, incluyendo dos fallecimientos, en dos distritos del estado de Kerala. De los cuatro casos, dos se notificaron en Malappuram y dos en el distrito de Palakkad. Este es el primer brote en la historia del distrito de Palakkad. De los cuatro casos, uno se notificó en mayo (con inicio de síntomas en abril) y tres en julio (con inicio de síntomas en junio, dos casos) y julio (un caso).

El primer caso fue el de una mujer adulta del distrito de Malappuram, cuyos síntomas comenzaron el 25 de abril. Ingresó en estado crítico en un hospital local de Malappuram con fiebre, tos y dificultad respiratoria debido al empeoramiento de los síntomas. Fue trasladada a cuidados intensivos el 2 de mayo debido a un síndrome de encefalitis aguda. El 6 de mayo se tomaron muestras y se realizó una prueba de detección para virus Nipah en la Facultad de Medicina de Calicut. El Instituto Nacional de Virología de Pune realizó pruebas de confirmación, cuyos resultados se confirmaron el 8 de mayo.

El segundo caso, también una mujer adulta del distrito de Malappuram, presentó síntomas el 23 de junio y falleció el 1 de julio. Acudió a varios centros de salud antes de ser trasladada a un centro médico público, donde la sospecha clínica de infección por el virus Nipah motivó la toma de muestras y la realización de pruebas de laboratorio.

El tercer caso fue el de una mujer adulta del distrito de Palakkad que presentó síntomas el 25 de junio. Consultó en varios centros de salud antes de ser ingresada en un hospital multidisciplinario, donde permanece en estado crítico con asistencia respiratoria. Este es el primer caso confirmado de infección por el virus Nipah en el distrito de Palakkad.

El cuarto caso fue el de un hombre adulto, también del distrito de Palakkad, que presentó síntomas el 6 de julio de 2025. Consultó a un médico ese mismo día, ingresó en un hospital privado el 10 de julio y fue trasladado a un hospital multidisciplinario el 11 de julio. El 12 de julio falleció y se confirmó la infección por el virus Nipah. Este es el segundo caso confirmado en el distrito de Palakkad.

Las fuentes de infección de los casos siguen bajo investigación. Ninguno de estos casos parece estar relacionado entre sí, lo que sugiere eventos de propagación independientes del reservorio natural. Se ha observado una presencia significativa de murciélagos frugívoros, el reservorio conocido del virus Nipah, en las zonas afectadas.

Respuesta de salud pública

Las autoridades locales han implementado varias medidas de salud pública, entre ellas:

- El ministro de salud del estado de Kerala presidió una reunión de emergencia para evaluar la situación y confirmó que se han fortalecido las medidas preventivas de acuerdo con el protocolo establecido para el abordaje del virus Nipah.
- Desde el 17 de julio, se ha implementado un rastreo de contactos intensivo. Se han identificado 723 personas como contactos de casos confirmados en varios distritos: Palakkad (394), Malappuram (212), Kozhikode (114), Ernakulam (2) y Thrissur (1).
- Basándose en una investigación en profundidad, las autoridades sanitarias de Kerala publicaron mapas de los desplazamientos de los tres casos confirmados informados en julio, para rastrear posibles exposiciones comunitarias.
- Las autoridades sanitarias de los distritos de Kozhikode, Malappuram y Palakkad emitieron alertas. En respuesta, se desplegaron 26 equipos especiales para rastrear contactos, monitorear síntomas entre los contactos e informar a la población.
- Además, se ha emitido una alerta especial a los hospitales de los distritos de Kannur, Kozhikode, Malappuram, Palakkad, Thrissur y Wayanad, instruyéndoles a permanecer atentos e informar rápidamente cualquier caso sospechoso con síntomas de infección por el virus Nipah.
- Se aconsejó a la población evitar las visitas no esenciales a los centros de atención médica para minimizar el riesgo de transmisión.
- La OMS está coordinando estrechamente con el Centro Nacional para el Control de Enfermedades el programa "Una Salud" y el desarrollo de capacidades para patógenos de alta amenaza, incluido el virus Nipah.

Evaluación de riesgos de la OMS

Hasta julio de 2025, se habían notificado nueve brotes de infecciones por el virus Nipah en el estado de Kerala. Las cifras recientes de casos notificadas en el estado de Kerala coinciden con las tendencias observadas en años anteriores y, por lo tanto, no son del todo inesperadas. Sin embargo, siguen destacando un riesgo localizado asociado con el virus en esa zona. Actualmente, el riesgo general para la población nacional y regional en general sigue siendo bajo. El primer brote se notificó en 2018 (23 casos, incluyendo confirmados y probables; tasa de letalidad de 91%), seguido de brotes posteriores en 2019 (un solo caso que sobrevivió), 2021 (un caso, que falleció), 2023 (seis casos, incluyendo dos fallecimientos; tasa de letalidad de 33%), 2024 (dos casos, los dos fallecidos) y 2025. En lo que va de 2025, se han notificado cuatro casos confirmados, todos en el estado de Kerala, con inicio de síntomas en abril (un caso), junio (dos casos) y julio (un caso).

Estos eventos recurrentes de propagación resaltan el riesgo continuo de infección por el virus Nipah en Kerala. Además, los estudios indican que los murciélagos frugívoros son positivos en anticuerpos contra el virus Nipah en varios otros estados de India, lo que sugiere que la infección podría potencialmente surgir en otros estados.

El estado de Kerala cuenta con un sistema de salud sólido. Si bien se confirmó la transmisión nosocomial durante el brote de 2023, desde entonces se han fortalecido y auditado las prácticas de prevención y control de infecciones (PCI) y de gestión de residuos.

Las fuentes de infección de los casos de 2025 aún no se han confirmado.

Consejos de la OMS

Ante la falta de una vacuna o un tratamiento autorizado para la enfermedad por el virus Nipah, la única manera de reducir o prevenir la infección es concienciar sobre los factores de riesgo y apoyar a las personas con las medidas que pueden tomar para reducir la exposición al virus. La gestión de casos debe centrarse en la prestación de atención de apoyo oportuna y contar con el apoyo de un buen sistema de laboratorio. Se recomiendan cuidados intensivos de apoyo para tratar las complicaciones respiratorias y neurológicas graves.

Los mensajes educativos de salud pública deben centrarse en:

Reducir el riesgo de transmisión de murciélagos a humanos

- Los esfuerzos para prevenir la transmisión deben centrarse primero en reducir el acceso de los murciélagos a la savia de la palmera datilera y a otros productos alimenticios frescos. La savia de palmera datilera recién recolectada debe hervirse y las frutas deben lavarse y pelarse bien antes de consumirlas. Las frutas con signos de mordeduras de murciélago deben desecharse. Se deben evitar las zonas donde se sabe que los murciélagos se posan.

Reducir el riesgo de transmisión de persona a persona

- Se debe evitar el contacto físico cercano sin protección con personas infectadas por el virus Nipah. Las manos deben lavarse regularmente después de atender o visitar a personas enfermas.

Control de infecciones en entornos de atención sanitaria

- Los trabajadores de la salud que atienden a pacientes con infección sospechada o confirmada, o que manipulan muestras de ellos, deben implementar precauciones estándar de control de infecciones en todo momento.
- Dado que se ha reportado transmisión entre personas, en particular en centros de salud, se deben tomar precauciones contra el contacto y las gotitas, además de las precauciones estándar. En ciertas circunstancias, podrían requerirse precauciones contra la transmisión aérea.
- Las muestras tomadas de personas y animales con sospecha de infección por el virus Nipah deben ser manipuladas por personal capacitado que trabaje en laboratorios adecuadamente equipados.

La OMS no recomienda ninguna restricción de viaje y/o comercio hacia India basándose en la información actualmente disponible.

La infección por el virus Nipah es una enfermedad zoonótica transmitida por murciélagos y que se transmite a los humanos a través de animales infectados (como murciélagos o cerdos) o alimentos contaminados con saliva, orina y excrementos de animales infectados. También puede transmitirse directamente de persona a persona por contacto cercano con una persona infectada (aunque es menos común). Los murciélagos frugívoros o los zorros voladores (género *Pteropus*) son los huéspedes naturales del virus.

El período de incubación oscila, en promedio, entre 4 y 14 días. Sin embargo, se ha reportado un período de incubación de hasta 45 días. El diagnóstico de laboratorio de un paciente con antecedentes clínicos de infección por virus Nipah puede realizarse durante las fases aguda y convaleciente de la enfermedad mediante una combinación de pruebas. Las principales pruebas utilizadas son la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) en fluidos corporales y la detección de anticuerpos mediante un ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas (ELISA).

Los síntomas varían desde una infección respiratoria aguda hasta una encefalitis mortal.

Las tasas de letalidad en brotes en Bangladesh, India, Malasia y Singapur suelen oscilar entre 40% y 100%, dependiendo de la capacidad local para la detección temprana y el manejo clínico. Si bien se encuentran en desarrollo productos candidatos, no existen vacunas ni terapias autorizadas para la prevención o el tratamiento de la infección por el virus Nipah.

Puede encontrar más información sobre la infección por el virus Nipah haciendo clic aquí.

MÁS DE 100 CASOS DE DENGUE EN LO QUE VA DE 2025

07/08/2025

En 2025, hasta el 5 de agosto, se registraron en Italia 111 casos de dengue, de los cuales 107 son importados y cuatro autóctonos, señalaron el 7 de agosto las autoridades sanitarias.

Según el último informe del Instituto Superior de Salud (ISS), publicado el 7 de agosto, creció en 12 el número de casos importados y en uno el de autóctonos, respecto del reporte anterior.

La edad media de los pacientes es de 41 años, y 58% son hombres. Hasta la fecha, todos los enfermos lograron recuperarse.

Continúa aplicándose de manera positiva el plan de detección y enfrentamiento a este mal en el país, cuya incidencia aumenta como consecuencia del cambio climático, con la expansión de su vector, el mosquito tigre (*Aedes albopictus*), y preocupan en particular los casos autóctonos.

De estos últimos, tres se confirmaron en la región de Emilia-Romagna y uno en la de Veneto, ambas al norte del país, donde se están realizando investigaciones epidemiológicas.

El ISS informó también sobre otros arbovirus sujetos a actualización mensual; en 2025, hasta el 29 de julio de 2025 se registraron 32 casos confirmados de fiebre chikungunya, de ellos 30 asociados a viajes y dos autóctonos, detectados en la región de Emilia-Romagna, con un promedio de edad de 46,5 años y 53% en hombres.

También se detectaron cuatro casos de fiebre zika, todos importados, además de 23 casos de encefalitis transmitida por garrapatas, todos autóctonos, con una edad media de 52 años, 57% hombres, sin fallecimientos, y 38 casos de virus de Toscana, también autóctonos en su totalidad, sin fallecimientos hasta la fecha.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) validó que Kenya eliminó la tripanosomosis africana humana (TAH) o enfermedad del sueño como problema de salud pública, convirtiéndose en el décimo país en alcanzar este importante hito. La TAH es la segunda enfermedad tropical desatendida en ser eliminada en Kenya: el país fue certificado libre de la dracunculosis en 2018.

"Felicito al gobierno y al pueblo de Kenya por este logro histórico", declaró el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS. "Kenya se suma al creciente número de países que están liberando a sus poblaciones de la tripanosomosis africana humana. Este es un paso más hacia la erradicación de las enfermedades tropicales desatendidas en África".

La TAH es una enfermedad transmitida por vectores causada por el parásito *Trypanosoma brucei*. Se transmite a los humanos por la picadura de moscas tsé-tsé infectadas por el parásito de humanos o animales infectados. Las poblaciones rurales que dependen de la agricultura, la pesca, la ganadería o la caza son las que corren mayor riesgo de exposición.

Como su nombre indica, la TAH se transmite únicamente en el continente africano. La enfermedad se presenta en dos formas: gambiense y rhodesiense. La forma rhodesiense (r-TAH), presente en África oriental y meridional, es la única presente en Kenya. Es causada por *Trypanosoma brucei rhodesiense* y progresa rápidamente, invadiendo múltiples órganos, incluido el cerebro. Sin tratamiento, es mortal en cuestión de semanas.

El progreso de Kenya

"Esta validación marca un hito importante en la salud pública de Kenya, ya que celebramos la eliminación de una enfermedad mortal en nuestro país. Este logro no solo protegerá a nuestra población, sino que también allanará el camino hacia un renovado crecimiento económico y prosperidad", declaró el Dr. Aden Duale, Secretario de Salud del Gabinete de Kenya. "Esto es el resultado de muchos años de dedicación, trabajo duro y colaboración".

Los primeros casos de TAH en Kenya se detectaron a principios del siglo XX . Desde entonces, el país ha implementado medidas de control constantes, sin reportar nuevos casos autóctonos durante más de 10 años. El último caso autóctono se detectó en 2009, y los dos últimos casos exportados, infectados en la Reserva Nacional de Masai Mara, se detectaron en 2012.

Recientemente, Kenya reforzó la vigilancia de la TAH en 12 centros de salud de seis condados históricamente endémicos para que actuaran como puntos de referencia. Se equiparon con herramientas de diagnóstico y su personal clínico recibió capacitación en procedimientos de diagnóstico, incluyendo las pruebas más sensibles y prácticas para la r-TAH. El país también

monitorea activamente el control y la vigilancia de la mosca tsé-tsé y la tripanosomosis animal, tanto dentro como fuera de las zonas históricamente endémicas de TAH, con el apoyo de las autoridades sanitarias veterinarias nacionales y el Consejo de Kenya para la Erradicación de la TAH y la Tripanosomosis (KENTTEC). Estas actividades y los datos relacionados respaldan la afirmación de que la eliminación de la TAH es un problema de salud pública.

"Este hito clave refleja los esfuerzos y el compromiso de Kenya durante muchos años, fruto de la colaboración entre los gobiernos nacionales y provinciales, las instituciones nacionales de investigación, los socios para el desarrollo y las comunidades afectadas", declaró el Dr. Patrick Amoth, Director General de Salud del Ministerio de Salud de Kenya. "El país mantiene su firme compromiso de mantener la calidad de la atención y la vigilancia, de acuerdo con las recomendaciones de la OMS".

Con el apoyo de la OMS y sus socios, incluida la Fundación para Nuevos Diagnósticos Innovadores (FIND), el programa de eliminación de la TAH de Kenya implementará ahora un plan de vigilancia post validación para detectar cualquier posible resurgimiento o reintroducción de la transmisión. La OMS continúa apoyando el monitoreo continuo en las zonas previamente afectadas y mantiene un stock de medicamentos para garantizar el tratamiento rápido de posibles casos futuros, gracias a las donaciones de Bayer AG y Sanofi.

"Este éxito fue posible gracias al liderazgo del Ministerio de Salud, la dedicación del personal sanitario en zonas de riesgo y el apoyo de socios clave", declaró el Dr. Abdourahmane Diallo, Representante de la OMS en Kenya. "La OMS se enorgullece de haber contribuido a este logro y anima a todas las partes interesadas a seguir participando en el seguimiento posterior a la validación".

Un total de 57 países han eliminado al menos una enfermedad tropical desatendida. De ellos, 10 (incluido Kenya) han logrado eliminar la tripanosomosis africana humana como problema de salud pública. Los otros países que han alcanzado este hito son Benín, Chad, Costa de Marfil, Guinea Ecuatorial, Ghana, Guinea, Ruanda, Togo y Uganda.

ALERTAN DE QUE CASI 12.000 NIÑOS EN GAZA SUFREN DESNUTRICIÓN AGUDA, UNA CIFRA RÉCORD

07/08/2025

El director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus, informó sobre la situación humanitaria en la Franja de Gaza, durante una rueda de prensa en Genève (Suiza).

“El pueblo de Gaza lleva casi dos años bajo bombardeo.

Tienen acceso limitado a servicios básicos, han sufrido repetidos desplazamientos y ahora sufren un bloqueo del suministro de alimentos.

La desnutrición está generalizada y las muertes por hambre están aumentando. En julio, se identificaron casi 12.000 niños menores de cinco años con desnutrición aguda, la cifra mensual más alta jamás registrada.

En lo que va del año, 99 personas han muerto por desnutrición, incluidos 29 niños menores de cinco años. Es probable que estas cifras reportadas sean subestimadas.

Las enfermedades siguen propagándose, alimentadas por el hacinamiento y el deterioro de las condiciones de agua, saneamiento e higiene, afectando gravemente a los más jóvenes.

Hasta el 31 de julio se había notificado un total de 418 casos sospechosos de meningitis y 64 casos de síndrome de Guillain-Barré, con un aumento notable en julio.

Desde que comenzó el conflicto en octubre de 2023, la OMS ayudó a evacuar a 7.522 pacientes de Gaza.

Justo ayer, la OMS apoyó la evacuación médica de 15 niños pacientes críticos a Jordania, junto con 42 acompañantes.

Sin embargo, más de 14.800 pacientes en Gaza aún necesitan atención médica especializada con urgencia. Instamos a más países a aceptar pacientes y a agilizar las evacuaciones médicas por todas las vías posibles.

La gente muere no sólo de hambre y enfermedades, sino también en la búsqueda desesperada de alimento. Desde el 27 de mayo, más de 1.600 personas han muerto y casi 12.000 han resultado heridas mientras intentaban recoger alimentos en los puntos de distribución.

A pesar del ataque perpetrado contra nuestro almacén y casa de huéspedes el mes pasado, la OMS ha seguido trayendo suministros y entregándolos rápidamente a los hospitales.

Nuestras instalaciones requieren protección constante. Las órdenes de desplazamiento emitidas ayer en la ciudad de Gaza ponen en riesgo la seguridad de nuestro almacén, que se encuentra a 500 metros de la zona de evacuación.

Desde el 25 de junio, la OMS envió 68 camiones con suministros médicos a Gaza, incluidos medicamentos esenciales, sangre y suministros para traumatología y cirugía.

Pero esa cantidad es solo una fracción de lo que se necesita. Los hospitales que aún funcionan, aunque sea parcialmente, están desbordados, y los suministros más básicos se han agotado.

La desesperación en Gaza ha provocado un colapso del orden público, creando condiciones peligrosas en las que se ven obligadas a realizar operaciones humanitarias.

Es necesario poner fin a los bloqueos actuales y enviar mayores volúmenes de ayuda para reconstruir las reservas críticas.

Pedimos un flujo amplio, sostenido y sin obstáculos de ayuda humanitaria, incluida ayuda alimentaria y sanitaria, de conformidad con el derecho internacional humanitario, a través de todas las vías posibles.

También pedimos que se creen corredores humanitarios para evacuar a quienes necesitan atención médica urgente fuera de Gaza.

Hacemos un llamamiento a la protección de los trabajadores sanitarios, de los pacientes y de todos los civiles.

Pedimos la liberación de todos los rehenes restantes y que reciban un trato humano y tengan acceso a atención médica y alimentos.

Pedimos la liberación inmediata e incondicional de nuestro compañero detenido desde el 21 de julio.

Y, sobre todo, pedimos un alto el fuego y una paz duradera".

AUMENTO DE LOS CASOS DE SÍFILIS

05/08/2025

Según estadísticas de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), en 2025, hasta el mes de julio, la incidencia nacional de infecciones de transmisión sexual (ITS) fue la siguiente: 513 casos de infección por VIH y 3.627 casos de gonorrea, ambos mostrando una tendencia a la baja (de 11,7% y 18,3%, respectivamente) en comparación con el mismo período del año pasado (581 y 4.438 casos, respectivamente).

Sin embargo, los casos de sífilis mostraron una tendencia al alza, con 5.826 nuevos casos reportados de enero a julio de este año, un aumento de 6,8% en comparación con los 5.456 casos reportados en el mismo período del año pasado.

Entre estos, el grupo de edad de 13 a 24 años ha sido el único que experimentó un aumento sostenido en los últimos años. En 2024, el número de casos de sífilis en personas de 13 a 24 años alcanzó a 1.772, un aumento de 18,9% en comparación con 2023 (1.490 casos), marcando el cuarto año consecutivo de aumento. De enero a julio de este año, el número de casos de sífilis reportados en este grupo de edad alcanzó 1.126, un aumento de 13,9% en comparación con los 989 casos reportados en el mismo período del año anterior, un aumento significativo.

Los CDC anunciaron que, para aumentar la conciencia pública sobre la prevención y el control de las ITS, lanzaron un Servicio de Consulta Anónima sobre ITS el 1 de julio de este año. Este servicio, ofrecido a través de 13 hospitales de detección anónima integral en todo el país, ofrece consultas personalizadas, individuales y anónimas.

Además del Servicio Gratuito y Anónimo de Detección del VIH, los 13 hospitales también ofrecen un Servicio Gratuito de Detección Rápida de Sífilis para jóvenes de 24 años o menos y estudiantes, con resultados disponibles en 30 minutos. Si el resultado inicial de la prueba es positivo, el servicio se subvencionará parcialmente para eximir los gastos médicos y la cuota de inscripción de esa visita, facilitando así el diagnóstico y el tratamiento tempranos.

En el mes transcurrido desde su lanzamiento, este servicio de consulta anónima brindó 382 consultas, siendo la mayor parte de las solicitudes de información sobre ITS, síntomas y tratamiento, y detección gratuita de sífilis. Utilizaron el Servicio Gratuito de Detección Rápida de Sífilis 256 personas, 10 de las cuales dieron positivo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo un llamamiento a los gobiernos y los asociados para que aceleren urgentemente los esfuerzos por eliminar las hepatitis virales como amenaza para la salud pública y reducir las muertes por cáncer de hígado.

"Cada 30 segundos, alguien muere de una enfermedad hepática grave o cáncer de hígado vinculados a las hepatitis, aunque tenemos los medios para frenar la enfermedad", señaló el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS.

Las hepatitis virales –tipos A, B, C, D y E– son importantes causas de infección hepática aguda. De estas hepatitis, solo las hepatitis B, C y D pueden provocar infecciones crónicas que aumentan considerablemente el riesgo de cirrosis, insuficiencia hepática o cáncer de hígado, pero la mayoría de las personas con hepatitis no saben que están infectadas. Los tipos B, C y D afectan a más de 300 millones de personas en todo el mundo y causan más de 1,3 millones de muertes cada año, principalmente por cirrosis hepática y cáncer.

La hepatitis D clasificada ahora como cancerígena

El Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC) clasificó recientemente la hepatitis D como cancerígena para los seres humanos, al igual que la hepatitis B y C. La hepatitis D, que solo afecta a personas con hepatitis B, se asocia a un riesgo de cáncer hepático de dos a seis veces mayor que si solo se tiene hepatitis B. Esta reclasificación constituye un paso crucial en los esfuerzos mundiales de sensibilización, mejora de la detección y ampliación del acceso a nuevos tratamientos contra la hepatitis D.

"En 2024, la OMS publicó directrices sobre las pruebas y el diagnóstico de la hepatitis B y D y sigue activamente los criterios de valoración clínicos de tratamientos innovadores contra la hepatitis D", señaló la Dra. Meg Caroline Doherty, nueva Directora del Departamento Ciencia para la Salud en la OMS.

El tratamiento con medicamentos orales puede curar la hepatitis C en un plazo de 2 a 3 meses e inhibir eficazmente el virus de la hepatitis B con un tratamiento de por vida. Las opciones terapéuticas contra la hepatitis D evolucionan sin parar. Sin embargo, el beneficio pleno de reducir las muertes por cirrosis hepática y cáncer solo puede lograrse con medidas urgentes para ampliar a escala e integrar los servicios contra las hepatitis –en particular la vacunación, las pruebas, la reducción de daños y el tratamiento– en los sistemas nacionales de salud.

Últimos datos y avances

Es alentador que la mayoría de los países de ingreso bajo y medio cuenten con planes estratégicos sobre las hepatitis y que los avances en las respuestas nacionales a esta enfermedad vayan en aumento:

- en 2025, el número de países que notificaron tener planes de acción nacionales contra las hepatitis aumentó de 59 a 123;
- desde 2025, 129 países han adoptado políticas para las pruebas de detección de la hepatitis B entre las mujeres embarazadas, frente a los 106 de 2024; y
- 147 países han introducido la vacuna contra la hepatitis B al nacer, frente a los 138 de 2022.

Sin embargo, sigue habiendo importantes deficiencias en la cobertura de los servicios y en los desenlaces, como se indica en el *Informe mundial de 2024 sobre las hepatitis*:

- la cobertura de pruebas y tratamientos sigue siendo críticamente baja; solo 13% de las personas con hepatitis B y 36% de las que tienen hepatitis C habían sido diagnosticadas en 2022;
- las tasas de tratamiento eran aún más bajas (3% para hepatitis B y 20% para hepatitis C), muy por debajo de las metas para 2025, esto es, 60% de casos diagnosticados y 50% tratados;
- la integración de los servicios contra las hepatitis sigue siendo desigual: 80 países han incorporado servicios contra las hepatitis en la atención primaria de salud; 128 en los programas contra el VIH y solo 27 han integrado los servicios contra la hepatitis C en los centros de reducción de daños.

El próximo desafío será ampliar la cobertura de prevención, pruebas y tratamiento. Alcanzar las metas de la OMS para 2030 podría salvar 2,8 millones de vidas y prevenir 9,8 millones de nuevas infecciones. Ante la reducción del apoyo de los donantes, los países deben dar prioridad a la inversión interna, la integración de los servicios, la mejora de los datos, la asequibilidad de los medicamentos y la eliminación de la estigmatización.

Forjar nuevas alianzas

La OMS se ha asociado con Rotary International y la World Hepatitis Alliance para fortalecer la promoción mundial y local. Este año, con el lema "Hepatitis: conozcámosla para combatirla", se exige la adopción de medidas para hacer frente al creciente número de víctimas de cáncer de hígado por hepatitis crónicas. También se piden medidas decisivas para desmantelar obstáculos persistentes –desde la estigmatización hasta la falta de financiación– que continúan ralentizando los progresos en la prevención, las pruebas y el tratamiento.

La alianza subraya la función vital de la sociedad civil y los líderes comunitarios, así como de los gobiernos, para mantener el impulso y acelerar los progresos hacia la eliminación de las hepatitis.

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.