



11 DE NOVIEMBRE
2025
REC 3.004

ARGENTINA

- Situación epidemiológica de las bronquiolitis

AMÉRICA

- Bolivia: La fiebre chikungunya ya causó cuatro muertes en Santa Cruz y alertan de una nueva variante del virus
- Canadá: A punto de perder su estatus de país libre de sarampión
- Estados Unidos: Louisiana tardó meses en alertar a la población tras la muerte de dos bebés durante un brote de tos convulsa

- Estados Unidos: Brote de botulismo infantil vinculado al consumo de leche de fórmula

- Panamá: Advierten de un repunte en los casos de malaria

- Perú: Un muerto y 316 casos de leptospirosis en la región Piura

- Perú: Exigen se declare la emergencia sanitaria en Loreto por la epidemia de tos convulsa

EL MUNDO

- Australia: Alerta sanitaria por brote de salmonelosis vinculado al consumo de brotes de alfalfa

- Gambia: Primer caso humano de fiebre del Valle del Rift

- Italia: Alerta por el aumento de infecciones respiratorias

- Nepal: Continúan aumentando los casos de encefalitis japonesa

- Nigeria: La fiebre hemorrágica de Lassa ya causó 176 muertes en lo que va del año

- Sudáfrica: Incremento en los casos de tos convulsa

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

sadi Sociedad Argentina de Infectología



Adherentes



SLAMVI
Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero



GEMICOMED
seimc.org

Comité Nacional de Infectología SAP



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

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

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

La vigilancia clínica de las bronquiolitis muestra que el corredor epidemiológico se mantiene actualmente en zona de éxito.

- **Vigilancia en Unidades de Monitoreo Ambulatorio (UMAs):** Se verificó un ascenso de las detecciones a partir de la semana epidemiológica (SE) 19 de 2024, con aproximadamente 73% de los casos registrados entre la SE 24 y la SE 34, y un menor número de detecciones semanales desde la SE 35. Con relación a este ascenso de casos, la positividad permaneció por encima de 10% entre la SE 26 y la SE 34. En 2025, hasta la SE 43, de 3.513 muestras estudiadas, 193 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 5,49%. Se registró un ascenso de las detecciones y positividad de muestras estudiadas, que se mantuvo por encima de 10% entre la SE 25 y la SE 32, con oscilaciones, y alcanzó el máximo en la SE 29, con tendencia descendente en las siguientes SE. En la SE 42 y la SE 43, se confirmó un único caso de infección por virus sincicial respiratorio (VSR) entre 92 muestras analizadas mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Los grupos etarios con mayor positividad fueron el de 0 a 4 años y el de adultos mayores.
- **Vigilancia en Unidades Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave (UC-IRAG):** En 2025, hasta la SE 43, se notificaron 6.726 internaciones por IRAG y 3.289 por IRAG extendida. Desde la SE 18 de 2024 se registró una tendencia ascendente tanto de casos como del porcentaje de positividad; los casos alcanzaron valores máximos en la SE 28 de 2024, con un descenso posterior, permaneciendo estable y en valores bajos desde la SE 41 de 2024. A partir de la SE 20 de 2025 se registró un nuevo ascenso de las detecciones de VSR entre los casos de IRAG. Las detecciones alcanzaron su valor máximo en la SE 31, manteniéndose en valores elevados durante las semanas siguientes y mostrando una tendencia descendente a partir de la SE 36, con un promedio de 16 casos semanales en las últimas cuatro SE. En las últimas cuatro SE, entre 531 casos de IRAG estudiados mediante técnica molecular, se registraron 61 casos de VSR y una codetección de SARS-CoV-2 y VSR. Los porcentajes de positividad más elevados se registraron en los grupos etarios de menores de 1 año, 1 año y 2 a 4 años.
- **Vigilancia universal de virus respiratorios mediante la Red de Laboratorios:** Durante la SE 41 y la SE 42 se notificaron 180 casos de infección por VSR; los niveles se mantienen bajos, aunque con leve ascenso desde la SE 34. En la SE 42 se constató la circulación del VSR.
- **Vigilancia universal de virus respiratorios en internados y fallecidos:** Durante la SE 43 se detectaron 23 casos de infección por VSR, confirmando la continuidad del monitoreo integral de la estrategia nacional de vigilancia.

EL DEBER

BOLIVIA

LA FIEBRE CHIKUNGUNYA YA CAUSÓ CUATRO
MUERTES EN SANTA CRUZ Y ALERTAN
DE UNA NUEVA VARIANTE DEL VIRUS

11/11/2025

Las autoridades sanitarias están en alerta ante el incremento de casos de fiebre chikungunya, una enfermedad transmitida por el mosquito *Aedes aegypti*, que en el departamento Santa Cruz ya provocó la muerte de cuatro personas y derivó en complicaciones graves en otras tres por síndrome de Guillain-Barré.

El director del Servicio Departamental de Salud (SEDES), Julio César Koca Paniagua, alertó sobre la circulación de una nueva cepa, lo que puede derivar en un problema de salud pública, porque la fiebre chikungunya es una enfermedad invalidante, que afecta a las articulaciones y cuyos síntomas pueden persistir por meses.

Se trata de la variedad del virus conocida como genotipo ECSA (East-Central-South-Africa), originario de África oriental y central, notificada hace unos tres meses en el país. Este genotipo se suma al asiático, que ya estaba presente en la región, lo que genera preocupación por posibles adaptaciones del virus.

Según una [alerta epidemiológica](#) emitida por la Organización Panamericana de la Salud en agosto, Bolivia documentó la circulación del genotipo ECSA sin la mutación E1-A226V, pero con una incidencia acumulada de 10,5 casos cada 10.000 habitantes, una cifra muy superior a la registrada en 2024, cuando apenas se reportaban 0,0062 casos cada 10.000 habitantes.

Actualmente, el genotipo ECSA predomina en países vecinos como Brasil y Paraguay, y las autoridades bolivianas evalúan su impacto clínico y epidemiológico.

Nuevos brotes

Con las lluvias, el SEDES advierte un nuevo repunte de casos, toda vez que se han reportado diez pacientes en la capital cruceña y las provincias, que se encuentran en proceso de recuperación. En lo que va del año, los registros superan los 4.000 casos, con un pico de 619 afectados en una sola semana, en el mes de agosto.

La fiebre chikungunya causa fiebre alta, sarpullido y fuertes dolores musculares y articulares que pueden prolongarse por meses, e incluso años, dejando secuelas incapacitantes. En casos graves puede derivar en meningoencefalitis o síndrome de Guillain-Barré.

Hasta la fecha, el departamento cruceño ya registró cuatro muertes por esta causa y tres personas desarrollaron el síndrome de Guillain-Barré, según muestran los reportes oficiales.

Canadá va camino de perder su lugar entre las naciones que han eliminado el sarampión, ya que los funcionarios internacionales de salud se reúnen esta semana para revisar esa designación, que los expertos llaman una medición de la preparación general de un país ante una pandemia.

En octubre de 2024 aparecieron casos de sarampión, como ocurre en muchos países. Desde entonces, sin embargo, el virus se ha extendido por todo el país durante un año.

El descenso de las tasas de vacunación y el mayor escepticismo ante los mensajes de salud pública desde la pandemia de covid han sido factores, dicen los expertos.

En momentos críticos, cuando el sarampión estaba ganando terreno en Canadá, los políticos provinciales impidieron que los funcionarios de salud pública hablaran sobre la importancia de vacunarse. Esa tensión entre lo político y las políticas de salud se está reproduciendo en todo el mundo.

Aunque Ontario es la provincia con más casos, la provincia occidental de Alberta ha notificado un número desmesurado para su población y representa la mayor concentración del país.

Al principal médico del gobierno de Alberta se le impidió hablar públicamente sobre el problema, según las entrevistas. Los correos electrónicos obtenidos a través de una solicitud de registros públicos muestran que el médico instó al gobierno a intensificar sus mensajes semanas antes de la llegada del virus.

Unas pocas decenas de casos pronto se convirtieron en más de mil. En lo que va del año, Alberta registra casi 2.000 casos, Canadá notificó más de 5.000 y Estados Unidos casi 1.700.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera eliminado el sarampión hasta que se haya propagado sin control durante un año. Canadá será el primer país occidental desde la pandemia de covid en perder su estatus de eliminación, según los datos de la OMS.

El recuerdo de la covid pende sobre este brote.

Uno de los legados paradójicos de la pandemia es su efecto sobre la indecisión a la hora de vacunarse. La vacuna contra la covid redujo la gravedad de la enfermedad y salvó millones de vidas. Pero no detuvo, como muchos esperaban, la propagación del virus. La desinformación floreció y se aprovechó del enfado por el confinamiento y los cierres de las escuelas.

Esto hizo que algunos funcionarios del gobierno se muestren cautelosos a la hora de transmitir mensajes de salud, sobre todo en comunidades escépticas respecto a las vacunas. La primera ministra conservadora de Alberta, Marilaine Danielle Smith, defendió la elección personal y calificó a las personas que no se vacunan como el “[grupo más discriminado](#)” de Alberta.



Las tasas de vacunación infantil contra el sarampión descendieron en Alberta desde la pandemia. Ya estaban por debajo del umbral de 95% que, según los expertos, impide que el virus se propague.

“El sarampión tiene un impacto desproporcionado en los lugares donde existe una profunda desconfianza hacia la salud pública o las instituciones públicas”, dijo Deena Hinshaw, exjefa médica de Alberta. “Hay una tendencia global de información errónea que se ha arraigado”.

Hinshaw habló públicamente por primera vez desde que fue destituida en 2022 por Smith, quien criticó las restricciones de la covid e hizo campaña para que se revisara el sistema de salud pública. El gobierno de Smith puso controles a los funcionarios de salud y modificó una [Carta de Derechos](#) para explicitar que no se puede obligar a una persona a vacunarse.

El sucesor de Hinshaw, Mark Joffe, dimitió el pasado mes de abril después de enfrentarse con funcionarios del gobierno sobre cómo dirigirse al público en relación con el sarampión, según dos personas con conocimiento de la respuesta del gobierno que hablaron bajo condición de anonimato por no estar autorizadas a hacerlo.

Aunque los registros no muestran que nadie restringiera las declaraciones públicas, indican que, antes de que el sarampión se extendiera a Alberta, Joffe instó a una mayor comunicación. “No puedo insistir en lo importante que es difundir este mensaje”, escribió el 28 de febrero y citó brotes en otros lugares de Canadá y los bajos índices de vacunación de Alberta.

Los funcionarios aprobaron comunicaciones escritas, pero no una conferencia de prensa, según las dos personas. El silencio del jefe médico despertó [la curiosidad local](#). El ministro de Salud de Alberta dijo a los periodistas que Joffe no creía que fuera necesario dirigirse al público. Días después, Joffe dimitió.

“Necesitábamos más comunicación con la gente, y de una forma que entendieran”, dijo en una entrevista, y se negó a detallar las deliberaciones del gobierno.

Después de dejar el gobierno, [instó](#) públicamente a la población a vacunarse.

Maddison McKee, portavoz del ministro de Sanidad de Alberta, no se refirió a la recomendación de Joffe. Destacó el “fuerte descenso” del sarampión y señaló que los nuevos casos se habían reducido a un solo dígito.

“Los funcionarios de salud pública pusieron en marcha campañas de vacunación selectivas, ampliaron el horario de las clínicas y lanzaron actividades de divulgación en toda la provincia”, escribió McKee en un correo electrónico. “Desde marzo, se han administrado más de 130.000 vacunas contra el sarampión en toda Alberta, un aumento de 50% en comparación con el mismo periodo del año pasado”.

[Estados Unidos ha luchado contra brotes de sarampión](#), pero conserva su estatus de eliminación porque los brotes no han durado un año.

“Hace 60 años que tenemos una vacuna segura contra el sarampión”, dijo Adam Ratner, especialista en enfermedades infecciosas pediátricas de New York, quien escribió un libro sobre el sarampión. “No es como cuando estábamos al principio de la covid y no teníamos vacuna, no teníamos buenas pruebas y aún estábamos aprendiendo lo básico”.

Canadá notificó dos muertes por sarampión este año. Esta enfermedad puede debilitar el sistema inmunitario durante años y puede presagiar el resurgimiento de otras enfermedades prevenibles mediante vacunación.

“El sarampión, la poliomielitis, la tos convulsa: la gente se olvida de estas enfermedades porque ya no las tenemos”, dijo Joffe. “Pero cuando se deja de vacunar, vuelven a aparecer”.

Cuando hay un brote de una enfermedad prevenible con vacunas, los funcionarios estatales de salud pública habitualmente toman ciertas medidas para alertar a los residentes y difundir actualizaciones sobre la amenaza creciente.

Esa es la práctica estándar, según expertos en salud pública y enfermedades infecciosas. El objetivo es evitar que más personas vulnerables se enfermen y recordar al público los beneficios de la vacunación.



Pero este año en Louisiana, no siguieron ese protocolo durante el peor brote de tos convulsa en 35 años.

La tos convulsa es una enfermedad muy contagiosa y prevenible con vacunación que resulta especialmente peligrosa para los bebés más pequeños. Puede causar vómitos y dificultad para respirar, y en casos graves puede derivar en neumonía, convulsiones e incluso, aunque rara vez, la muerte.

Madison Flake, residente de pediatría en Baton Rouge, atendió a un bebé que fue hospitalizado durante el brote. El niño, de menos de dos meses, estuvo en cuidados intensivos. “Tenía episodios de tos muy intensos”, dijo Flake. “Dejaba de respirar durante varios segundos, casi hasta un minuto”.

Los bebés no son elegibles para recibir su primera dosis de la vacuna contra la tos convulsa hasta los 2 meses, pero pueden desarrollar inmunidad si la madre se vacuna durante el embarazo.

A finales de enero, dos bebés habían fallecido en Louisiana. Sin embargo, el Departamento de Salud del estado tardó dos meses en publicar un mensaje en redes sociales sugiriendo a la población hablar con sus doctores sobre la vacunación. La agencia demoró aún más en emitir una alerta sanitaria estatal dirigida a médicos, enviar un comunicado o realizar una conferencia de prensa.

Georges Benjamin, director ejecutivo de la Asociación Americana de Salud Pública (APHA), dijo que ese retraso no es común. “Particularmente con enfermedades infantiles, se suele actuar de inmediato”, dijo Benjamin, médico que ha dirigido departamentos de salud en Maryland y Washington, D.C. “Son enfermedades y muertes prevenibles”.

“Debido a que las enfermedades infecciosas se propagan de manera exponencial, si las autoridades no alertan al público rápidamente, pierden una ventana de oportunidad clave para evitar más contagios”, explicó Abraar Karan, profesor en la Universidad de Stanford, que trabajó en brotes de covid y mpox.

“El tiempo es, quizás, una de las monedas más importantes con que se cuenta”, agregó.

Prohibida la promoción general de vacunas

Como la inmunidad que ofrece la vacuna contra la tos convulsa baja con el tiempo, los casos pueden aumentar o disminuir cíclicamente. Pero en septiembre de 2024, los funcionarios de salud de Louisiana comenzaron a ver un aumento “considerable” de casos, como parte de una tendencia nacional.

A fines de enero, médicos de un hospital del estado advirtieron a sus colegas que dos bebés habían muerto durante el brote.

El 13 de febrero, el director general de salud del estado, Ralph Lee Abraham Jr., envió un memorándum a su personal poniendo fin a la promoción general de las vacunas y a los eventos comunitarios de vacunación.

Ese mismo día, pocas horas después de que Robert Francis Kennedy Jr., un activista antivacunas, fuera confirmado por el Senado como nuevo secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, Abraham publicó otro memorándum en el sitio web del departamento de salud estatal.

En el documento, afirmaba que la salud pública se había excedido con sus recomendaciones de vacunación, impulsadas por una “mentalidad colectivista de talla única”. Abraham calificó las vacunas contra la covid como “peligrosas” y es un defensor público de Kennedy.

Cuatro días después, el Departamento de Salud de Louisiana confirmó por primera vez por correo electrónico la muerte de dos bebés por tos convulsa. Pero no emitió ninguna alerta.

En el mes siguiente, otros dos bebés fueron hospitalizados por tos convulsa, según correos electrónicos internos obtenidos mediante una solicitud de acceso público a la información. En marzo, el departamento publicó sus primeros mensajes en redes sociales sobre el brote.

Luego, el 1 de mayo –al menos tres meses después de la segunda muerte infantil– el departamento emitió lo que parece ser su primera y hasta ahora única alerta oficial dirigida a médicos. Al día siguiente publicó su primer comunicado de prensa y luego realizó una conferencia de prensa sobre la enfermedad, el 14 de mayo.

Para ese entonces, 42 personas habían sido hospitalizadas por tos convulsa desde que comenzó el brote. Según el departamento, tres de cada cuatro no estaban al día con sus vacunas contra la enfermedad. Más de dos tercios de los hospitalizados fueron bebés menores de un año.

Durante el verano, los casos de tos convulsa siguieron aumentando en el estado. Pero el departamento de salud estatal no volvió a publicar información al respecto.

El director general de salud estatal afirmó en X el 30 de septiembre que el departamento “reportó consistentemente los casos de tos convulsa y proporcionó orientación para ayudar a los residentes a mantenerse protegidos” en 2025. Aseguró que la vacuna contra la tos convulsa es “una de las menos controversiales” y que la recomienda a sus pacientes.

La publicación en X incluyó una gráfica de casos de tos convulsa por año, pero omitió los datos de 2024 y 2025. También precisó el momento de las muertes infantiles: una a fines de 2024 y otra a principios de 2025.

Un “desastre anunciado” de casos

“Louisiana debió haber comenzado a alertar al público pocos días después de la primera muerte infantil, en lugar de esperar meses”, señaló Karan, de Stanford.

“Como mínimo, debió haber una promoción intensa del mensaje: ‘Los bebés están en alto riesgo. Se contagian de personas cuya inmunidad ha disminuido. Si no te has vacunado, vacúnate. Si tienes estos síntomas, hazte la prueba’”, dijo.

“Las muertes por enfermedades prevenibles con vacunas son trágicas, pero también pueden servir como una oportunidad para educar al público sobre los beneficios de vacunarse y así salvar vidas”, dijo [Joshua Sharfstein](#), ex secretario de salud de Maryland y ahora profesor en la Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins.

“El riesgo de tos convulsa siempre está presente, pero cuando hay dos muertes infantiles es una oportunidad para comunicar que se trata de una amenaza real para la salud infantil”, afirmó Sharfstein.

Karan dijo que, al no actuar con rapidez, el Departamento de Salud de Louisiana podría haber propiciado un brote más grave.

“Lo que vemos después es un desastre, un brote descomunal, muchas hospitalizaciones”, dijo.

El brote continuó

Hasta el 20 de septiembre, la fecha más reciente con datos disponibles, Louisiana había registrado [387 casos de tos convulsa](#) en 2025, según los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Según los datos disponibles desde 1990, el [número más alto](#) de casos había sido 214, en 2013.

“El departamento de salud debería responder de forma agresiva y constante”, afirmó [Joseph Bocchini](#), presidente del capítulo de Louisiana de la Academia Americana de Pediatría.

Las autoridades deben asegurarse de que “las personas estén informadas de forma regular y se les recuerde lo que deben hacer”, dijo. “Vacúnense. Si están embarazadas, vacúnense. Y si tienen una enfermedad con tos, consulten al doctor”.

Benjamin, de la Asociación Americana de Salud Pública, dijo que el objetivo permanente de la comunicación en salud pública es prevenir la próxima hospitalización o muerte.

“La conclusión es que no es demasiado tarde”, señaló. “Todavía se puede actuar de forma más agresiva y proactiva para enfrentar la tos convulsa”.

La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), en colaboración con el Departamento de Salud Pública de California (CDPH), el Programa de Tratamiento y Prevención del Botulismo Infantil (IBTPP) y socios estatales y locales, están investigando un brote multiestatal de 13 casos de botulismo infantil en 10 estados: California (2 casos), Illinois (2), Texas (2), Arizona (1), Minnesota (1), New Jersey (1), Oregon (1), Pennsylvania (1), Rhode Island (1) y Washington (1). La confirmación de laboratorio para algunos casos está en curso. Hasta el momento, no se han reportado fallecimientos.



El IBTPP del CDPH informó un aumento en el número de infecciones por botulismo tipo A en bebés que consumieron leche de fórmula infantil en polvo ByHeart entre agosto y noviembre de 2025. Los 13 casos incluidos en este brote consumieron leche de fórmula infantil en polvo de la marca ByHeart. Funcionarios de varios estados han recolectado leche de fórmula infantil sobrante para su análisis. Estas pruebas están en curso y se esperan los resultados en las próximas semanas.

La FDA se puso en contacto con la empresa y le recomendó realizar un retiro voluntario del mercado debido al número de casos, la gravedad de la enfermedad y la fuerte señal epidemiológica. El 8 de noviembre, ByHeart, Inc. acordó iniciar el retiro del mercado de los dos lotes de leche de fórmula infantil que, según se informó, fueron consumidos por los bebés. La FDA continúa trabajando con la empresa para garantizar que todo el producto potencialmente afectado sea retirado del mercado.

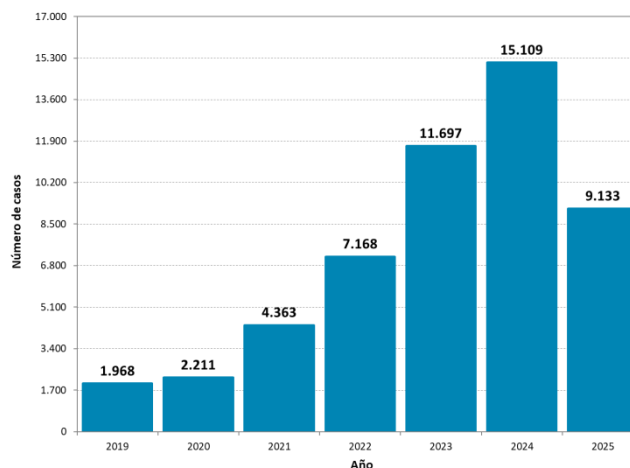
La investigación de la FDA continúa para determinar el punto de contaminación y si otros productos se han visto afectados. Este aviso se actualizará conforme se disponga de más información.

Carmen Pérez, jefa del Departamento de Control de Vectores del Ministerio de Salud, alertó sobre el repunte sostenido de casos de malaria en Panamá, una enfermedad que, aunque muchos pensaban controlada, ha vuelto a aumentar en todo el país.

Pérez detalló que, al ser Panamá un país tropical donde el ser humano vive en el entorno natural del mosquito, su control es difícil, ya que “las personas se adentran en el hábitat natural del vector” y no se puede destruir la selva.

La funcionaria indicó que desde 2018 se observa un aumento sostenido de casos tanto en Panamá como en toda la región de las Américas. “Países vecinos como Costa Rica, Colombia, Nicaragua, Perú, Brasil y Venezuela también han reportado incrementos”, señaló.

Recordó que en 2023 Panamá declaró una alerta epidemiológica por el alza de casos, los cuales eran mucho más que los esperados, producto de diversos factores que influyeron en la transmisión.



Casos de malaria. Panamá. Años 2019/2025, hasta el 11 de octubre de 2025. Fuente: Ministerio de Salud de Panamá.

Cambio climático y movilidad humana

Entre las causas del repunte, Pérez mencionó el cambio climático, que modificó el comportamiento del mosquito, y el aumento de las lluvias, que genera más criaderos. Dijo que otro factor determinante es la movilidad humana, tanto interna como externa.

Explicó que la facilidad actual para desplazarse dentro del país influyó en la permanencia de la transmisión: “Hoy puedo moverme de la frontera con Colombia a la frontera con Costa Rica en menos de tres horas. Si estoy infectado, llevo el parásito y solo necesito el vector para continuar la cadena de transmisión”.

Pérez reconoció que también incidió la migración internacional, aunque aclaró que en Panamá la movilidad interna ha sido más crucial.

“La migración externa influyó en que enfermedades como la malaria se reportaran en países donde normalmente no existían casos, como México o el sur de Estados Unidos”, detalló.

Incremento alarmante

Según cifras del Ministerio de Salud, los casos de malaria en el país desde 2019 han avanzado de manera rápida, pues en 2019 se reportaron 1.968 casos, en 2020 los casos subieron a 2.211 casos y en 2021 a 4.363. Para el año 2022 las cifras siguieron en aumento, pues se registraron 7.168 casos; para 2023 los casos continuaron en aumento con 11.697 casos, mientras que en

2024 las cifras ya alzaban los 15.109 casos y en lo que va de 2025, hasta el 11 de octubre, se han reportado 9.133 casos.

La funcionaria reiteró que la malaria es una enfermedad multifactorial, y aunque el mosquito es el vector, la interrupción de la transmisión depende también del comportamiento humano. Reconoció que ningún Ministerio de Salud en el mundo tiene suficientes recursos humanos para llegar a todas las áreas donde vive el mosquito.

Por eso, añadió que el ministerio está implementando una estrategia basada en agentes comunitarios voluntarios, siguiendo experiencias exitosas recomendadas por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud.

“Estamos apostando por agentes comunitarios formados en diagnóstico y tratamiento oportuno en zonas de difícil acceso”, afirmó Pérez.

Destacó que el pilar fundamental del control de la malaria es la participación ciudadana, y que la sostenibilidad depende de que las comunidades se empoderen. “Como en todas las enfermedades transmitidas por vectores, requerimos que la gente participe con nosotros”, insistió.

Cuatro fallecimientos en 2025

Pérez reconoció que este año la enfermedad ya ha causado cuatro muertes en el país. “Llevamos oficialmente cuatro defunciones asociadas a malaria: dos en Panamá Este, una en Veraguas y una en la Región Metropolitana”, detalló.

La funcionaria hizo un llamado urgente a la población: “Ante cualquier síntoma como fiebre, dolor de cabeza, malestar general, vómitos o náuseas, si vive en áreas endémicas, Panamá Este, Darién, Comarca Guna Yala, norte de Veraguas o la Comarca Ngäbe-Buglé, acuda al centro de salud o contacte al técnico de control de vectores”, recomendó. De igual manera, subrayó que la malaria es una enfermedad tratable y curable, pero requiere diagnóstico temprano.

Búsqueda activa y tratamiento inmediato

Sobre las medidas de aislamiento o cuarentena comunitaria, la funcionaria explicó que no se implementan restricciones masivas. Dijo que el enfoque del Ministerio de Salud es una búsqueda reactiva alrededor del caso o fallecimiento: “Se intensifican las pruebas de diagnóstico rápido para detectar a personas asintomáticas con el parásito en sangre y se les brinda tratamiento para lograr la cura”.

También explicó que, a diferencia del dengue, los técnicos del Ministerio de Salud pueden realizar diagnósticos y aplicar tratamientos en el hogar del paciente.

“En las áreas donde no hay técnicos, los agentes comunitarios hacen la prueba y comienzan el tratamiento. Si el paciente no mejora, se refiere al centro de salud”, detalló.

La funcionaria reiteró que eliminar criaderos sigue siendo fundamental, incluso en zonas rurales, y que la prevención comienza en casa. “Aunque viva en área rural, observe su entorno y evite ser víctima de estos pequeños insectos que tanto daño causan”, insistió.



El médico infectólogo de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Piura, César Augusto Guerrero Ramírez, informó que en lo que va del año, una persona ha fallecido a causa de la leptospirosis y los casos llegan a 316, entre confirmados y probables.

El especialista confirmó que la cifra de contagios se ha duplicado a comparación del año 2024, que presentó 162 episodios, de ellos 116 confirmados y 46 probables, mientras que este año 2025 ya son 134 los casos confirmados y 182 probables, con un fallecimiento.

En tanto, precisó que los distritos más afectados son Sullana que reporta 148 casos, Bellavista 52, Tambogrande 12 y Castilla 11 y el grupo etario mayor afectado es entre los 18 a 59 años, es decir la población económicamente activa.

Asimismo, informó que el peligro es con el agua contaminada por lo que recomendó tomar medidas preventivas, sobre todo en las zonas donde el colapso de los desagües es constante.

La leptospirosis es una zoonosis bacteriana de amplia distribución en Perú, donde constituye un problema persistente de salud pública debido a la combinación de factores climáticos, socioambientales y laborales que favorecen la exposición humana. El agente causal, *Leptospira* spp., se transmite principalmente a través del contacto con agua o suelos contaminados con orina de animales portadores –en especial roedores, ganado y perros– lo que sitúa a poblaciones rurales, trabajadores agropecuarios y habitantes de zonas inundables en un riesgo elevado.

En el contexto peruano, la mayor carga de enfermedad se concentra en regiones tropicales como Loreto, Ucayali, San Martín y Madre de Dios, donde las condiciones húmedas y las precipitaciones intensas facilitan la supervivencia ambiental del patógeno. Los brotes suelen intensificarse durante la temporada de lluvias y en periodos de inundaciones asociadas a fenómenos climáticos como El Niño. Departamentos de la costa norte, como Piura y Tumbes, también registran incrementos significativos durante años de fuerte impacto hidrometeorológico, cuando el desborde de ríos y la afectación de viviendas precarias aumentan la exposición de la población.

Clínicamente, la enfermedad presenta un espectro amplio: desde cuadros febriles inespecíficos que se confunden con dengue u otras infecciones endémicas, hasta formas graves con afectación hepática, renal y pulmonar. Esta variabilidad, sumada a brechas diagnósticas en áreas rurales, genera subregistro y retrasa el tratamiento antibiótico oportuno. En los últimos años, el Ministerio de Salud ha enfatizado la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica basada en laboratorio, incorporando pruebas rápidas y de reacción en cadena de la polimerasa para mejorar la detección temprana.

Desde la perspectiva de salud pública, la prevención exige un enfoque intersectorial. El control de reservorios, la gestión adecuada de aguas residuales y la reducción de la presencia de roedores son intervenciones críticas, pero su implementación enfrenta desafíos estructurales como la falta de infraestructura básica y la exposición constante de comunidades rurales a fuentes de agua no seguras. Las campañas de educación sanitaria sobre uso de calzado protector, manejo seguro de animales y consumo de agua tratada son medidas de impacto comprobado, aunque requieren continuidad y pertinencia cultural para ser efectivas.

En el corto y mediano plazo, Perú continúa enfocándose en mejorar las capacidades diagnósticas regionales, reforzar la vigilancia ambiental y promover estrategias de prevención comunitaria. Dado el comportamiento estacional de la leptospirosis y la influencia creciente del cambio climático, la respuesta sanitaria deberá sostenerse y adaptarse para mitigar el riesgo en las poblaciones más vulnerables.

Las siete naciones originarias del Datem del Marañón –Achuar, Kandozi, Chapra, Wampis, Awajún, Kichwa y Shawi– junto a la Coordinadora Regional de Pueblos Indígenas-San Lorenzo (CORPI) y la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESEP) exigieron al nuevo ministro de Salud de Perú, Dr. Luis Napoleón Quiroz Avilés, corregir los atropellos cometidos por el saliente ministro César Henry Vásquez Sánchez y dar atención prioritaria y declarar la emergencia sanitaria en Datem del Marañón (Loreto), convertida en una zona de sacrificio para los niños, que si no mueren por tos convulsa, mueren por enfermedades prevenibles sin diagnóstico, sin medicinas y sin atención.



Las organizaciones denunciaron que, solo en el primer semestre de 2025, fallecieron más de 50 infantes: 39 en comunidades Achuar, 8 en comunidades Chapra y 4 en comunidades Shawi. La mayoría de ellos solo tenían meses de nacidos y los que sobreviven, pasan semanas asfixiándose y sufriendo por los accesos de tos. Estas pérdidas son consecuencia de la desatención en salud que las comunidades amazónicas viven de manera crónica y las precarias y calamitosas condiciones de los escasos puestos de salud. En los últimos años, las organizaciones indígenas amazónicas vienen denunciando esta situación, conocida a profundidad tanto en el Ministerio de Salud y el Gobierno Regional de Loreto.

Se responsabiliza de la situación a las gestiones del Gobierno Regional de Loreto, presidido por Jorge René Chávez Silvano, y del ex ministro de Salud Vásquez Sánchez, junto a su vice-ministro de Salud, Eric Ricardo Peña Sánchez. En ambos niveles, conocedores además de la falta de vacunación en muchas comunidades y de que más de 20 equipos de cadenas de frío para conservar las vacunas no funcionan, prefirieron ocultar la verdad. Peor aún, mintieron al afirmar públicamente que la tos convulsa estaba controlada en Datem del Marañón, lo que es falso: los niños siguen muriendo.

También se denunció la falta de medidas efectivas para atender la epidemia de tos convulsa. Cuando un niño de las comunidades amazónicas enferma, debe ser cargado en brazos y llevado a pie por 8 a 12 horas como mínimo para poder llegar a un puesto de salud en el que atiende un solo técnico de salud que no cuenta con medicinas ni implementos básicos. Los puestos de salud no cuentan con embarcación ni combustible para trasladar de emergencia los casos graves. Hasta la fecha nunca se implementó un puente aéreo para trasladar los casos graves. Por la situación de abandono de los pocos puestos de salud, una diarrea o gripe que se complica es casi una condena a muerte, por la desidia del Gobierno Regional de Loreto y del Ministerio de Salud.

Las pocas acciones realizadas hasta el momento son insuficientes y solo sirven para justificar en sus reportes. Por ejemplo: frente a la actual epidemia de tos convulsa que está arrasando los territorios amazónicos, solo en el caso de la atención en salud brindada a comunidades de

la nación Achuar, una de las más afectadas por la tos convulsa, desde el Ministerio de Salud y la Gerencia Regional de Salud (GERESA) de Loreto se dispuso el ingreso de 30 brigadas de salud entre junio y agosto de 2025. Sin embargo, hasta fines de septiembre solo se habían atendido 15 comunidades de las 66 que conforman la Nación Achuar. A esto se suma que las brigadas llegaron tarde y mal, porque no coordinaron previamente para que todos los comuneros estén presentes: solo permanecen unas pocas horas en cada comunidad, no cuentan con médico infectólogo o pediatra, ni con las medicinas para recuperar a los pacientes en corto plazo y no se aplican los test para un diagnóstico oportuno.

Las comunidades amazónicas exigen al Gobierno Regional de Loreto y al Ministerio de Salud que se tomen en cuenta los hallazgos del Informe de Visita de Control N° 005-2025-OCI/0701-SVC, elaborado por el Órgano de Control Institucional de la GERESA de Loreto, y la Ficha Resumen del Informe de Control Simultáneo de la Contraloría General de la República, que evidencian la falta de capacidad operativa y de respuesta del sector salud frente al brote de tos convulsa. Estos informes confirman el incumplimiento de los protocolos de atención y vigilancia epidemiológica establecidos por el propio Ministerio de Salud. Además, solicitaron a la Contraloría General de la República que incorpore en su intervención al ministerio de Salud y al Gobierno Regional de Loreto e identifique las responsabilidades institucionales y personales por incumplimiento de acciones.

Se solicitó al ministro de Salud declarar la Emergencia Sanitaria en Datem del Marañón y establecer un Plan Prioritario para Salvar Vidas, que incluya:

- i) Establecer un puente aéreo para derivar los casos más graves y salvar la vida de bebés y niños.
- ii) Establecer un Pabellón de Emergencia especializado en San Lorenzo, para la atención de pacientes afectados que incluya una unidad de cuidados intensivos y especialistas.
- iii) Proveer con carácter urgente test rápidos y pruebas moleculares para el diagnóstico temprano y que sea aplicado tanto por las brigadas de salud que ingresan a las comunidades como en el centro de salud San Lorenzo.
- iv) Implementar radiofonía e internet en los puestos de salud, así como crear módulos de emergencia en los puestos de salud que se encuentran destruidos en Datem del Marañón.
- v) Solucionar el desabastecimiento de medicinas en especial para atender la malaria, vacunas y reparar las cadenas de frío para su conservación, entregar botiquines comunales y lograr la contratación de personal sanitario en los puestos de salud, con suma urgencia en el caso de los que se encuentran abandonados o reparar los que están destruidos.

Conforme al Decreto Legislativo N° 1156 y su reglamento modificado mediante el DS N° 003-2024-SA, existen condiciones suficientes para declarar la Emergencia Sanitaria en la provincia del Datem del Marañón, en la medida que se cumplen al menos cuatro de los supuestos previstos en el artículo 5 de dicha norma:

La existencia de un brote epidémico con casos por encima de lo esperado.

- i) La reemergencia de una enfermedad con alto potencial de propagación.
- ii) La afectación de la continuidad de los servicios de salud.
- iii) El riesgo elevado a la salud y vida de la población infantil indígena.

Las vidas de los niños pueden salvarse si las autoridades hacen su trabajo y cumplen con la normativa antes señalada. Sin embargo, priorizan sus ambiciones políticas por encima del derecho a la vida y salud de la infancia de los pueblos amazónicos. El marco legal permite declarar la emergencia y están obligados a hacerlo. Por lo tanto, el Estado tiene la obligación legal y moral de actuar.

Exigimos una respuesta inmediata y efectiva a nuestra solicitud de declaratoria de emergencia sanitaria y acciones de parte de las autoridades de salud del nivel nacional, regional y el local. Recordamos que la omisión en declarar la Emergencia Sanitaria constituye una vulneración directa al derecho constitucional a la salud (art. 7 de la Constitución) y a las obligaciones internacionales del Estado peruano en materia de derechos humanos.



AUSTRALIA

ALERTA SANITARIA POR BROTE DE SALMONELOSIS VINCULADO AL CONSUMO DE BROTES DE ALFALFA

07/11/2025

Las autoridades sanitarias australianas emitieron una alerta sanitaria a nivel nacional por algunas variedades de brotes de alfalfa debido a un brote de salmonelosis.

Al menos 44 personas en todo el país han enfermado hasta el momento.

Los brotes afectados, producidos por Parilla Fresh, se vendieron en los principales supermercados y tiendas de comestibles independientes de todos los estados y territorios, excepto Western Australia y Tasmania.



Parilla Fresh afirmó que todos los productos contaminados tienen fechas de caducidad hasta el 20 de noviembre de 2025 inclusive.

Los consumidores no deben consumir este producto. Deben devolverlo al lugar de compra para obtener un reembolso completo. Cualquier consumidor preocupado por su salud debe consultar a un médico.

El ministro de Salud de Queensland, Timothy Nicholls, dijo que se habían reportado 15 casos de intoxicación alimentaria en Queensland relacionados con la bacteria *Salmonella enterica enterica* serovariedad Havana y un total de 44 casos reportados en toda Australia.

“Recibimos una alerta ayer por la tarde; se trata de brotes de alfalfa que se han distribuido o vendido a través de Coles, Woolworths, IGA y otros supermercados independientes”, dijo.

“El retiro se emitió alrededor de las 23:00 horas del 7 de noviembre. Esperemos que la mayoría de esos productos ya hayan sido retirados.”.

La serovariedad Havana de *Salmonella enterica enterica* es un serotipo poco frecuente dentro del amplio espectro de salmonelas no tifoideas, pero reviste interés epidemiológico por su capacidad de ocasionar infecciones entéricas y extraintestinales, particularmente en poblaciones vulnerables. Forma parte del grupo de serotipos asociados históricamente a exposiciones ambientales, animales domésticos y, en menor medida, a alimentos contaminados. Aunque no figura entre las serovariedades de mayor incidencia global –como Enteritidis o Typhimurium–, se ha documentado en brotes esporádicos, principalmente en regiones tropicales y subtropicales.

Salmonella Havana mantiene el patrón típico de transmisión fecal-oral, con un reservorio amplio que puede incluir aves, reptiles y ambientes acuáticos contaminados. Las manifestaciones clínicas suelen consistir en gastroenteritis autolimitada, pero en niños pequeños, adultos mayores y personas inmunocomprometidas puede generar bacteriemia o focos invasivos. Desde una perspectiva de salud pública, su relevancia radica en la detección oportuna y en el análisis molecular de cepas aisladas, que permiten vigilar la emergencia de perfiles de resistencia antimicrobiana. En los últimos años se han reportado aislamientos con resistencia a betalactámicos y quinolonas, lo que subraya la necesidad de fortalecer la vigilancia integrada entre salud humana, salud animal y ambiente bajo un enfoque Una Salud.



El Dr. Abdou Ceesay, Director General del Departamento de Servicios Ganaderos (DLS), instó a los agricultores y ciudadanos a mantener la calma pero a la vez a estar alerta tras la confirmación de un brote de fiebre del Valle del Rift en la región de North Bank (NBR), que ya se ha cobrado la vida de cuatro vacas.

Ceesay aseguró a la población que se están implementando medidas proactivas para contener la enfermedad viral. “Contamos con sistemas adecuados, respaldados por las partes interesadas del enfoque Una Salud, el Ministerio de Salud y la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA)”, afirmó, haciendo hincapié en los esfuerzos coordinados para prevenir la transmisión generalizada.

El brote se detectó el 31 de octubre en la aldea de Kissima Jaw, en la región de North Bank. Las muestras de sangre del ganado afectado dieron positivo para el virus del Valle del Rift en un laboratorio, lo que marcó los primeros casos confirmados en Gambia de esta temporada.

Ceesay pidió a los propietarios de ganado que informaran de inmediato a las oficinas veterinarias más cercanas sobre síntomas como abortos, muertes prematuras o fiebres altas en el ganado vacuno y pequeños rumiantes.

“Se trata de una enfermedad transfronteriza y zoonótica”, explicó, señalando su capacidad para infectar tanto a animales como a humanos. El virus, transmitido principalmente por mosquitos, ya había surgido en los países vecinos de Mauritania y Senegal, lo que motivó una mayor vigilancia en Gambia.

Desde que surgieron los primeros informes de la región, el DLS intensificó las reuniones de coordinación, fortaleció la colaboración nacional e internacional y movilizó recursos. “Nos hemos estado preparando desde que supimos de los brotes en Senegal y Mauritania”.

Ceesay afirmó: “La fiebre del Valle del Rift requiere cooperación transfronteriza, y estamos trabajando estrechamente con el Ministerio de Salud en el marco de la plataforma Una Salud”. Se notificó un caso humano: un ciudadano mauritano residente en la aldea fronteriza senegalesa de Ker Ayib, que fue atendido en el Centro de Salud de Ker Ali.

Las autoridades sanitarias comparten datos en tiempo real para monitorear posibles infecciones en humanos. Ceesay describió la fiebre del Valle del Rift como una enfermedad endémica en Gambia, que suele reaparecer durante los años de fuertes lluvias, las cuales crean las condiciones ideales para la reproducción de los mosquitos.

“No es la primera vez”, señaló, refiriéndose a brotes anteriores relacionados con inundaciones estacionales. Para reforzar la respuesta, el DLS está colaborando con socios, entre ellos la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Se mantienen conversaciones con el Secretario Permanente del Ministerio de Agricultura y el Ministerio de Hacienda para obtener financiación adicional. “La movilización de recursos es fundamental en este momento”, recalcó Ceesay.

Se han intensificado las campañas de sensibilización en el terreno a través de auxiliares ganaderos en todo el país. Se recomienda a los ganaderos que manipulen con extrema precau-

ción a los animales potencialmente infectados para evitar la transmisión zoonótica, que puede producirse por contacto con sangre, tejidos o fetos abortados.

Los equipos veterinarios están realizando vigilancia activa, vacunando a los rebaños en riesgo cuando es posible y asesorando sobre medidas de control de vectores, como la eliminación de agua estancada y el uso de repelentes de insectos en el ganado.

Aunque no se han reportado infecciones humanas generalizadas en Gambia, las autoridades sanitarias instan a cualquier persona que experimente síntomas similares a los de la gripe después del contacto con animales enfermos a buscar atención médica inmediata.

Ceesay reiteró la importancia de la notificación temprana: “Los agricultores son nuestra primera línea de defensa. La acción rápida salva vidas, tanto animales como humanas”. El DLS continúa monitoreando las áreas de alto riesgo, particularmente en las zonas propensas a inundaciones de la región de North Bank y las comunidades fronterizas.

Se instó a los ciudadanos a mantenerse informados a través de los canales oficiales y a evitar el consumo de carne procedente de fuentes no inspeccionadas.

Ante la persistencia de las lluvias, las autoridades advirtieron que es fundamental mantener una alta vigilancia para evitar que la situación empeore. El enfoque integral de Una Salud, que integra los sectores de salud animal, humana y ambiental, subraya la estrategia de Gambia para combatir esta amenaza recurrente.

La fiebre del Valle del Rift constituye una amenaza zoonótica relevante para Gambia debido a la combinación de factores ecológicos, climáticos y socioeconómicos que favorecen la transmisión del virus de la fiebre del Valle del Rift. Este arbovirus, mantenido en ciclos complejos entre mosquitos –especialmente de los géneros *Aedes* y *Culex*– y rumiantes domésticos, ha demostrado capacidad para generar brotes explosivos en regiones donde coinciden lluvias intensas, alta densidad ganadera y condiciones propicias para la proliferación vectorial. En Gambia, estos determinantes convergen de forma periódica, lo que sitúa al país en un escenario de riesgo sostenido, aun cuando históricamente los brotes clínicos detectados han sido menos frecuentes que en naciones vecinas del África oriental y occidental.

El sector ganadero gambiano –basado en bovinos, ovinos y caprinos– es un pilar económico para comunidades rurales y transfronterizas. Las prácticas pastoriles móviles, junto con el comercio regional de animales, incrementan la probabilidad de introducción o reintroducción del virus desde áreas endémicas de Senegal o Mali. En paralelo, la estacionalidad marcada de las precipitaciones en la cuenca del río Gambia favorece la formación de abundantes charcas temporales que actúan como criaderos para los mosquitos competentes. Estos elementos combinados configuran un paisaje epidemiológico donde la vigilancia debe ser continua aun en ausencia de brotes declarados.

Para la salud pública, la fiebre del Valle del Rift representa un desafío integral. En humanos, la mayoría de las infecciones transcurren de forma leve o con síndrome febril inespecífico, lo que dificulta su detección en sistemas sanitarios con capacidad diagnóstica limitada. Sin embargo, un pequeño porcentaje progresa a formas graves –hepatitis fulminante, hemorragias o afectación ocular– que pueden pasar inadvertidas si no se dispone de criterios de sospecha claros. En el ámbito veterinario, los brotes se manifiestan con oleadas de abortos y elevada mortalidad en animales jóvenes, generando pérdidas socioeconómicas significativas y funcionando como señal precursora de posibles infecciones humanas.

Las autoridades gambianas, con apoyo de organismos regionales, han fortalecido la vigilancia integrada bajo el enfoque Una Salud. Esto incluye la monitorización de síndromas febriles en humanos, la notificación de eventos reproductivos inusuales en rebaños y la vigilancia entomológica en zonas de alto riesgo. Dada la naturaleza climáticamente sensible de la enfermedad, resulta clave incorporar sistemas de alerta temprana basados en datos meteorológicos y modelos hidrológicos. En conjunto, estas acciones buscan prevenir la expansión del virus de la fiebre del Valle del Rift y mitigar su impacto sanitario y económico en Gambia.



El Instituto Superior de Salud (ISS) italiano reportó en su último parte 427.000 casos de infecciones respiratorias agudas en el país, y alertó que en la actual temporada podrían afectarse en total hasta 16 millones de personas.

El primer boletín de vigilancia [RespiVirNet](#), del ISS, que analizó el período del 20 al 26 de octubre, mostró que la tasa de infección aún se mantiene en línea con las temporadas anteriores, pero las proyecciones son significativas y la necesidad de vacunarse es más urgente que nunca.

La incidencia total se sitúa en 7,36 casos cada 1.000 habitantes, un valor dentro de la norma estacional, y el grupo etario de 0 a 4 años es el más afectado, con aproximadamente 18 casos cada 1.000 habitantes.

En cuanto a los patógenos circulantes, los rinovirus ostentan el récord de positividad, con 21,1%, mientras que el SARS-CoV-2, causante de la covid, aún mantiene una presencia significativa, con 10,0%, y la influenza registra un 2,0%, casi en su totalidad del tipo A.

Los virus de la parainfluenza presentan una positividad de 4,3% y, en menor medida, se aprecia la existencia del adenovirus, así como del coronavirus humano no SARS-CoV-2, el virus sincicial respiratorio y de otros, como el bocavirus y el metapneumovirus.

El virólogo Fabrizio Pregliasco aseveró que será elevada este año la cifra de casos de gripe y covid, pues “la capacidad de transmisión de ambos virus es alta, y las proyecciones indican que se podrían alcanzar entre 15 y 16 millones de casos totales”.

Anna Teresa Palamara, directora del Departamento de Enfermedades Infecciosas del ISS, manifestó que es fundamental actuar ahora, porque “este es el mejor momento para vacunarse y tener la máxima protección cuando el número de casos comience a aumentar”.

La inflamación sistémica desencadenada por virus respiratorios como el de la gripe y el SARS-CoV-2 no se limita a los pulmones, pues puede desestabilizar las placas ateroscleróticas y desencadenar eventos trombóticos, actuando como detonante de crisis cardíacas y cerebrales, indican los expertos.

De tal forma la vacunación no solo protege de la forma grave de la enfermedad respiratoria, sino que, sobre todo, protege el sistema cardiovascular, y en la actual campaña de inmunización en Italia se priorizará a los adultos mayores y personas con enfermedades crónicas, para quienes la infección representa un riesgo grave.



Según el Departamento de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y Población de Nepal, este año se han confirmado en todo el país 164 casos de encefalitis japonesa, en comparación con los 86 casos del año pasado.

La encefalitis japonesa se ha extendido a 110 municipios en 42 distritos, de los cuales 28 se consideran de alto riesgo. La enfermedad es más prevalente durante los meses del monzón y posteriores, de julio a noviembre.

En Nepal, 31 personas han fallecido a causa de la enfermedad. Según las autoridades sanitarias, se trata del mayor número de muertes por encefalitis japonesa en los últimos diez años. Se han registrado 25 fallecimientos en 2024, siete en 2023 y uno en 2017, mientras que no se registraron muertes entre 2018 y 2022.

La mayoría de los fallecidos tenían más de 40 años y no estaban vacunados.

Actualmente, cerca de 82% de los niños nepaleses han recibido la vacuna contra la encefalitis japonesa. Nepal la incorporó a su Programa Nacional de Inmunización en 1998 para niños menores de un año, y se administra regularmente a los menores de cinco.

La encefalitis japonesa continúa siendo uno de los principales desafíos de salud pública en Nepal, particularmente en las regiones interiores del Terai, donde confluyen condiciones ecológicas propicias para la proliferación de *Culex tritaeniorhynchus* y otros vectores competentes. Aunque el país ha logrado una reducción sustantiva de la carga de enfermedad desde la introducción sistemática de la vacunación y el fortalecimiento del sistema de vigilancia, la encefalitis japonesa sigue generando morbilidad significativa y un riesgo persistente de brotes estacionales.

La epidemiología de la encefalitis japonesa en Nepal presenta un marcado patrón geográfico y temporal. Históricamente concentrada en los distritos del sudoeste, la transmisión se amplifica durante la época del monzón, cuando la abundancia de criaderos –particularmente campos de arroz inundados– eleva la densidad vectorial. Con el tiempo, la detección de casos autóctonos en distritos colindantes y en zonas colinares sugirió una expansión del riesgo fuera de su nicho clásico. Este desplazamiento se atribuye tanto a cambios en el uso del suelo como a la movilidad humana, el comercio de ganado porcino –reservorio amplificador clave– y la variabilidad climática interanual.

En términos de salud pública, Nepal ha avanzado de manera sostenida en la mitigación del impacto de la encefalitis japonesa. La introducción de vacunas a base de virus inactivado derivado de cultivo celular y, posteriormente, la adopción de la vacuna SA 14-14-2, permitieron campañas de inmunización masiva con coberturas elevadas en las áreas históricamente endémicas. Este despliegue tuvo un efecto directo en la reducción de casos graves y fatales, especialmente en población pediátrica, tradicionalmente la más afectada. Sin embargo, persisten brechas en coberturas en comunidades rurales remotas, donde la accesibilidad geográfica y las limitaciones logísticas pueden comprometer la continuidad del control.

El sistema de vigilancia, sustentado en la red de hospitales centinela y el uso de pruebas serológicas IgM ELISA, mejoró la capacidad de detección y respuesta. A pesar de ello, se reconoce la subnotificación asociada a la baja disponibilidad de diagnóstico etiológico en establecimientos periféricos y la superposición clínica con otras formas de encefalitis viral. La vigilancia integrada –incluyendo componentes entomológicos y de circulación zoonótica– continúa siendo una prioridad para anticipar períodos de mayor riesgo y orientar intervenciones focales.

La persistencia de la encefalitis japonesa en Nepal subraya la necesidad de una estrategia sostenida, que combine vacunación, vigilancia sensible, manejo ambiental y educación sanitaria. En un contexto de cambios climáticos y transformaciones agrícolas, mantener la capacidad de adaptación operativa será esencial para evitar el resurgimiento de brotes y reducir la carga residual de esta enfermedad prevenible.



El Centro de Control de Enfermedades de Nigeria (NCDC) informó el 4 de noviembre 11 nuevos casos confirmados de fiebre hemorrágica de Lassa durante la semana epidemiológica (SE) 43, con lo que el total para 2025 es de 955 casos. La cifra de esta semana fue 22,2% superior a la de la SE 42, que contabilizó 9 casos.

Los 11 nuevos casos confirmados en la SE 43 fueron reportados en el estado de Ondo.

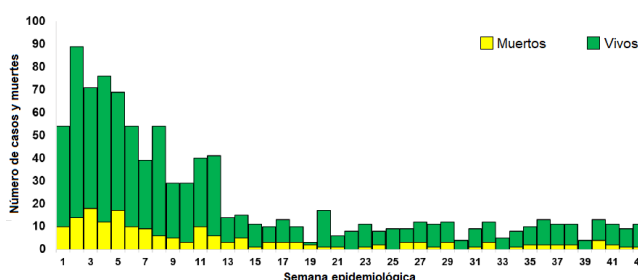
Se informó una nueva muerte entre los 11 casos confirmados. El número de muertes por fiebre de Lassa en 2025 es de 176, con una tasa de letalidad de 18,4%. Esta tasa es superior a la registrada en el año 2024 para esta fecha, que fue de 16,6%.

No se registraron nuevos casos en trabajadores de la salud en la SE 43. En lo que va del año, son 23 los trabajadores de la salud que se han visto afectados por la enfermedad, en los estados de Ondo (8 casos), Bauchi (4), Edo (3), Taraba (3) y Gombe (2); los tres restantes corresponden a los estados de Benue, Ebonyi y el Territorio de la Capital Federal.

En lo que va de 2025, han registrado casos confirmados 102 Áreas de Gobierno Local en 21 estados. Los estados que más casos registran son: Ondo (349 casos), Bauchi (199), Edo (166), Taraba (121), Ebonyi (24), Benue (19), Kogi (16), Gombe (14), Plateau (13) y Kaduna (8). Los casos acumulados de Ondo, Bauchi, Edo y Taraba representan 87,4% del total nacional.

El grupo etario más afectado es el de 21 a 30 años (rango: de 1 a 96 años; mediana de edad: 30 años). La razón de masculinidad entre los casos confirmados es de 1:0,8.

El número de casos sospechosos disminuyó 4,7% respecto de los reportados en 2024, al pasar de 8.780 a 8.367.



Casos confirmados y fallecidos por fiebre hemorrágica de Lassa. Nigeria. Año 2025, hasta semana epidemiológica 43. Fuente: Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Nigeria.

Tras un período de menor actividad de la tos convulsa durante 2020-2021, Sudáfrica experimentó un marcado resurgimiento en 2022 y 2023. El número de casos disminuyó hasta 2024, pero mostró un aumento gradual durante 2025. Por lo tanto, se recomienda a los médicos que consideren la tos convulsa en el diagnóstico diferencial de las enfermedades respiratorias, especialmente en lactantes y personas no vacunadas, mientras la vigilancia continúa monitoreando estas tendencias.

La tos convulsa, causada por *Bordetella pertussis*, es una infección respiratoria prevenible mediante vacunación y una enfermedad de notificación obligatoria según la Ley Nacional de Salud (Ley n° 61 de 2003). En Sudáfrica, la vacunación contra la tos convulsa está incluida en el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), con dosis administradas durante la lactancia y dosis de refuerzo a los seis y doce años. Además, en 2024 se introdujo la vacunación materna contra la tos convulsa para proteger a los recién nacidos durante los primeros meses de vida. Se estima que la inmunidad tras la vacunación dura entre cinco y seis años, y se producen aumentos periódicos de casos en las poblaciones vacunadas cada tres a cinco años.

De enero a octubre de 2025, se notificó a nivel nacional un total de 483 casos confirmados de tos convulsa a través del Sistema de Vigilancia de Enfermedades de Notificación Obligatoria. Más de la mitad de los casos (273/483; 56%) se presentó en niños menores de cinco años, y aproximadamente uno de cada cuatro (128/483, 26%) correspondió a lactantes de seis meses o menos. La mayoría de los casos se notificó en las provincias de Gauteng y Western Cape, que representan 111 (23%) y 162 (34%) del total de casos notificados, respectivamente. Si bien las cifras recientes son superiores a las de principios de este año, se mantienen por debajo de los niveles máximos observados en 2022-2023.

Se recuerda a los profesionales sanitarios que mantengan un alto índice de sospecha de tos convulsa y que se aseguren de notificar los casos sospechosos y confirmados. Deben realizarse pruebas diagnósticas cuando corresponda, y se recomienda la profilaxis posexposición para los contactos cercanos y de alto riesgo, incluidas las mujeres embarazadas y los lactantes.

Se recomienda a los padres y cuidadores de niños menores de cinco años que se aseguren de que sus hijos tengan al día sus vacunas de rutina y que busquen atención médica de inmediato si presentan síntomas. En 2024, se introdujeron dosis de refuerzo a los seis y doce años de edad en el sector público; se recomienda a los padres de niños en estos grupos de edad que accedan a estas importantes dosis de refuerzo para mantener la protección.

Curso virtual

INFECTOLOGÍA

Curso virtual

Infecciones en el paciente inmunocomprometido

30% OFF
TIEMPO LIMITADO

Una realidad en continua evolución

Inicio
INMEDIATO

Dirección:
Dra. Claudia Salgueira

mednet

sadi Sociedad Argentina
de Infectología

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.