

ARGENTINA

- Situación epidemiológica de las arbovirosis (excepto dengue)

AMÉRICA

- Salta: Aumentan los casos de sífilis y advierten por controles urgentes
- Chile: Brote de influenza A en la Región del Biobío
- Estados Unidos: Primera muerte documentada por el síndrome alfa-gal
- Guatemala: Investigan un caso de sarampión tras ocho años sin registros

- Guyana: Campaña nacional de administración masiva de medicamentos para eliminar la filariasis linfática

EL MUNDO

- Alemania: Detectan el poliovirus salvaje tipo 1 en una muestra de aguas residuales en Hamburg
- Bangladesh: Colonización por *Candida auris* en pacientes neonatales de un hospital de Dhaka
- Chad: Detectan un Mammarenavirus similar al virus Lassa en un paciente con meningoencefalitis
- Etiopia: Informan un posible brote de fiebre hemorrágica viral
- Senegal: Suman 31 las muertes por fiebre del Valle del Rift desde el inicio del brote
- Siria: Brote de leishmaniosis en Dar'a por falta de campañas de control
- Vanuatu: Continúan aumentando los casos de tos convulsa en la isla de Tanna
- Los avances mundiales en la respuesta a la tuberculosis se ven amenazados por los desafíos de financiación

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.

Argentina

BOLETÍN
EPIDEMIOLÓGICO
NACIONAL

DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ARBOVIROSIS (EXCEPTO DENGUE)

10/11/2025

Provincia/Región	Fiebre chikungunya		Fiebre zika		Fiebre de Oropouche		Encefalitis de Saint Louis		Fiebre del Nilo Occidental		Fiebre amarilla	
	Posit.	Estud.	Posit.	Estud.	Posit.	Estud.	Posit.	Estud.	Posit.	Estud.	Posit.	Estud.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—
Buenos Aires	—	7	—	10	—	9	—	5	—	5	—	2
Córdoba	—	109	—	9	—	13	—	92	—	—	—	—
Entre Ríos	—	5	—	—	—	2	—	4	—	—	—	—
Santa Fe	—	14	—	14	—	12	—	12	—	10	—	—
Centro	—	135	—	33	—	38	—	113	—	15	—	2
Mendoza	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
San Juan	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—
San Luis	—	1	—	1	—	2	—	4	—	4	—	—
Cuyo	—	3	—	2	—	2	—	6	—	4	—	—
Chaco	—	32	—	20	—	—	—	—	—	—	—	—
Misiones	—	15	—	11	—	3	—	—	—	3	—	4
Noreste Argentino	—	47	—	31	—	3	—	—	—	3	—	4
Jujuy	—	1	—	1	—	1	—	1	—	13	—	—
La Rioja	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
Salta	—	31	—	28	—	28	—	—	—	—	—	—
Santiago del Estero	—	2	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—
Tucumán	—	5	—	5	—	10	—	—	—	—	—	3
Noroeste Argentino	—	40	—	36	—	39	—	3	—	13	—	4
La Pampa	—	1	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—
Sur	—	1	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—
Total Argentina	—	226	—	102	—	82	—	124	—	36	—	10

Muestras estudiadas y positivas sin antecedente de viaje. Argentina. Año 2025, de semana epidemiológica 31 a 44.

Fuente: Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de Argentina.

Nota: Posit.=Positivas; Estud.=Estudiadas.

La vigilancia de la fiebre de Oropouche se basa actualmente en el estudio por laboratorio de una proporción de casos negativos para dengue y estudios en personas con antecedentes de viaje a zonas donde se está registrando transmisión. Desde el inicio de la vigilancia de la fiebre de Oropouche, se han investigado hasta el momento 82 casos y ninguno ha tenido resultado positivo.

La provincia de Salta atraviesa un escenario sanitario preocupante por el crecimiento sostenido de la sífilis, una infección que volvió a mostrar un fuerte avance durante 2025. De acuerdo con los informes del Ministerio de Salud Pública, ya se registraron 785 casos confirmados y más de la mitad afecta a personas jóvenes de entre 20 y 29 años, un dato que genera especial inquietud entre los especialistas.



La zona centro de la Capital concentra el mayor número de contagios, con 537 diagnósticos, seguida por el oeste y el norte salteño. La distribución por género evidencia una leve predominancia en mujeres, que representan poco más del 53% de los casos detectados. Además, Salud confirmó 141 contagios en personas gestantes, lo que incrementa el riesgo de sífilis congénita.

La presencia de la sífilis congénita, con 31 casos confirmados este año, encendió una alerta adicional, ya que se trata de una forma de transmisión que puede provocar consecuencias graves en los recién nacidos. Según explicaron los profesionales, el diagnóstico temprano es clave y los estudios son gratuitos y rápidos en hospitales y centros de salud de toda la provincia.

Los registros oficiales muestran que los meses más críticos fueron mayo y agosto, cuando se detectaron 119 y 106 casos. Los especialistas remarcan que la sífilis avanza especialmente entre jóvenes debido a la baja utilización del preservativo y la falta de controles periódicos. La enfermedad, causada por la bacteria *Treponema pallidum*, puede afectar el corazón, el sistema nervioso y otros órganos si no se trata a tiempo.

El Ministerio de Salud Pública insistió en que el tratamiento es efectivo, accesible y debe realizarse tanto en la persona diagnosticada como en sus parejas sexuales para cortar la cadena de transmisión. Al mismo tiempo, reforzó la recomendación de utilizar preservativo en todas las relaciones sexuales y realizar pruebas de pesquisa de manera regular para frenar el avance de la sífilis en la provincia.



CHILE

BROTE DE INFLUENZA A EN LA REGIÓN DEL BIOBÍO

14/11/2025

El Ministerio de Salud de Chile destacó la importancia de las medidas de autocuidado y recomendó a toda la población aplicarse la vacuna contra la influenza, ya que existe stock suficiente para ampliar la cobertura.

El jefe del Departamento de Epidemiología del ministerio, Jorge Eduardo Vilches Apablaza, señaló que al menos en las últimas cuatro semanas, se ha observado un aumento en los casos de influenza A. “Lo que da cuenta de un brote primaveral de influenza. Ese estándar nacional, también se ha replicado en la Región del Biobío”, expuso.



Respecto de brotes con estas características, el último ejemplo fue el de 2022, según especificó el experto.

“El último informe de virus respiratorios de la semana epidemiológica 45 da cuenta de una positividad de 50% a nivel nacional, con un acumulado de muestras positivas de 2.032, de las que 812 (40,0%) corresponde a influenza A”, indicó Vilches Apablaza.

En cuanto a la situación local, explicó que “de esas 812 muestras positivas para influenza A a nivel nacional, 134 (16,5%) corresponden a la Región del Biobío”.

Vacunación

En cuanto a la campaña de vacunación contra este virus respiratorio, el epidemiólogo señaló que se han identificado como prioritarios a 12 grupos objetivos específicos, que son los de mayor riesgo de presentar enfermedad grave. “Desde agosto de este año hemos ampliado la campaña de vacunación a toda la población nacional, toda persona mayor de seis meses”, anunció. Lo que significa que cualquier persona que no se haya vacunado contra la influenza puede acceder a la vacunación a través de los vacunatorios públicos y privados, que están en convenio con la Secretaría Regional Ministerial de Salud.

“La Región del Biobío registra una cobertura de vacunación contra la influenza A levemente menor a la media nacional; este momento del año y la circulación del virus en primavera brindan una buena oportunidad para que la población tome conciencia del riesgo”, señaló.

La cobertura nacional de vacunación contra la influenza es de 78,3% y la de Biobío es de 76,9%. “Estamos 1,4 puntos porcentuales por debajo de la media nacional”, describió Vilches Apablaza, y llamó a la población a valorar la vacunación como factor protector.

En cuanto a otras condiciones de la región, que pudieran explicar este aumento de la circulación viral, está el hecho de las temperaturas más bajas que se registraron hasta hace un par de semanas, porque ello también favorece la presencia de estos agentes patógenos respiratorios.

Constantemente el Ministerio de Salud realiza la vigilancia de los virus respiratorios. “Se observa una mayor circulación acumulada durante todo el año del rinovirus, que es el que provoca el resfrío común. El segundo virus más circulante durante todo el año es el de la influenza A, y el tercero es el virus respiratorio sincicial”.

Un reciente [artículo](#) describe el caso clínico extremo y relevante de un hombre joven que ingirió carne de vaca y, cuatro horas después, sufrió una reacción anafiláctica mortal. Cuando se estudió su suero, presentaba anticuerpos IgE dirigidos contra el azúcar carbohidrato galactosa- α -1,3-galactosa (α -gal), implicado en el denominado síndrome alfa-gal o alergia a la carne de mamíferos.

Esta es, probablemente, la primera muerte confirmada con un nexo descrito entre sensibilización a α -gal e ingesta de carne roja, relacionada con la alergia a la carne inducida por garrapatas.

El hecho de que la reacción se produjera cuatro horas tras la ingesta –y no inmediatamente– coincide con lo que ya se conoce del síndrome alfa-gal: que reacciones alérgicas mediadas por IgE dirigidas a carbohidratos como la α -gal pueden tener un inicio retrasado (habitualmente 2-6 horas después de comer carne de mamíferos) y a menudo implican síntomas abdominales antes de la anafilaxia franca.

Desde el punto de vista clínico, el caso subraya algunos puntos clave, como que la sensibilización a la α -gal (es decir, tener IgE específicas para α -gal) puede existir sin que la persona haya experimentado reacciones graves, lo que complica el “riesgo” predicho.

Además, ciertos cofactores –como el consumo de alcohol, el ejercicio físico, exposición al polen o determinadas comidas combinadas– pueden modular la severidad de la reacción.

Para la comunidad médica es una llamada de atención: en pacientes que presentan dolor abdominal intenso u otros síntomas sugestivos horas después de comer carne de vaca, cerdo o cordero, debe considerarse el síndrome alfa-gal como parte del diagnóstico diferencial.

La molécula α -gal está presente en la mayoría de mamíferos no primates, pero no en humanos, lo que la convierte en un epítipo altamente inmunogénico cuando el sistema inmune humano lo “encuentra”. La sensibilización suele estar mediada por la picadura de ciertas garrapatas que contienen o inducen la producción de anticuerpos IgE contra α -gal.

Este caso abre interrogantes sobre el grado de riesgo real que la sensibilización a α -gal implica, ya que si bien muchos casos descritos correspondían a urticaria, angioedema o anafilaxia no fatal, este primer escenario letal pone en evidencia que puede haber una escalada hacia consecuencias fatales, aunque aparentemente sean poco frecuentes. También resalta la necesidad de que los especialistas en alergia y los clínicos generales estén al tanto de esta entidad relativamente “nueva” en la medicina alérgica y alimentaria.

El artículo sugiere implicaciones prácticas: la educación al paciente sensibilizado (evitar carne de mamíferos, estar preparado para reacciones anafilácticas, uso de adrenalina autoinyectable), la vigilancia de cofactores que puedan desencadenar o agravar una reacción, y la consideración de sensibilización a α -gal en la evaluación de anafilaxias inexplicadas, especialmente con inicio retardado tras ingesta de carne roja.

Este artículo aporta un testimonio clínico potente que amplía la comprensión de la alergia a la carne de mamíferos mediada por α -gal, enfatizando su potencial gravedad, el carácter inusual del inicio tardío y la necesidad de mayor vigilancia médica al respecto.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) informó que una niña de 2 años dio positivo para sarampión en pruebas de laboratorio; sin embargo, no presentó los síntomas clásicos de la enfermedad, como fiebre, conjuntivitis, exantema maculopapular ni erupción generalizada. La cartera señaló que se lleva a cabo un proceso de análisis y que, al concluir, se determinará si se notificará como el primer caso en el país luego de ocho años sin registros.



La menor presentó pequeñas vesículas en el tobillo y, posteriormente, un cuadro de tos leve. A sugerencia del pediatra de la familia, se le practicaron varios exámenes de laboratorio, y uno de los agentes detectados fue el virus del sarampión. El hallazgo fue notificado al MSPAS, que confirmó el resultado.

Erika Gaytán, responsable de Vigilancia de Enfermedades Prevenibles por Vacunación del MSPAS, indicó que, durante la investigación sobre cómo llegó el virus a la paciente, se descubrió que algunos familiares tienen antecedentes de viaje a países donde se han reportado casos. Esa podría ser la vía de contagio, aunque estas personas no presentaban síntomas.

La situación preocupa a los médicos, ya que lo común es que quienes manifiestan la enfermedad sean los transmisores. Es poco probable que una persona asintomática infecte a otras, y si está vacunada, el riesgo disminuye. En este caso, los contactos eran asintomáticos.

Según Gaytán, la vigilancia epidemiológica que realiza el ministerio no ha detectado más casos positivos en el país. Recomendó a la población acudir a los servicios de salud ante cualquier síntoma compatible con el sarampión, como fiebre, tos seca, goteo nasal, dolor de garganta, conjuntivitis, manchas blancas diminutas y sarpullido.

Recordó que el virus se transmite por gotitas de saliva y permanece activo durante algunas horas en el ambiente, por lo que se investiga si continúa circulando cerca del entorno de la menor infectada.

“Más allá de lo que podamos investigar, es interesante ver cómo la vacunación nos está protegiendo. Si la niña no hubiera estado vacunada o si las personas en contacto con ella no lo hubieran estado, seguramente ya tendríamos más casos de sarampión manifiesto, como ocurre en otros países”, señaló Gaytán.

Añadió que, aunque el caso aún no ha sido notificado oficialmente como sarampión, el Ministerio de Salud actúa como si lo fuera, con mensajes clave para la población y fortalecimiento de la vigilancia.

El reporte oficial indica que la menor presentó síntomas leves y que, según las pruebas de laboratorio, había recibido una dosis de la vacuna triple viral, que previene el sarampión, la parotiditis y la rubéola, lo que le brindó protección contra la enfermedad. Sin embargo, en el país hay grupos de niños sin las dosis correspondientes, lo que incrementa el riesgo.

El infectólogo pediatra Mario Melgar, integrante del Consejo Nacional de Prácticas de Inmunización, advirtió que se han registrado casos en Canadá, Estados Unidos, México y Belice, por lo que es difícil pensar que los viajeros no hayan estado expuestos al virus.

“La buena noticia es que no hemos tenido casos, probablemente porque las personas han estado vacunadas. El riesgo radica en que alguien no vacunado entre en contacto con el virus y enferme”, apuntó.

“Preocupa que no necesariamente hay que viajar para contagiarse, basta con tener contacto con alguien portador del virus. Esto refuerza la importancia de la vacunación, tanto para el viajero como para su entorno. No me sorprende que el virus esté presente aquí”, añadió.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), hasta el 4 de octubre del 2025 se habían registrado 205 casos sospechosos de sarampión/rubéola, ninguno confirmado.

El último caso endémico de sarampión en Guatemala se reportó en 1997. En 2018 se notificó un caso importado: una joven de 17 años que había viajado a Alemania. No se registraron contagios secundarios.

Bajas coberturas

En los últimos años, la cobertura de la vacuna triple viral no alcanzó el nivel óptimo de 95% recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para lograr inmunidad colectiva.

Según datos del Ministerio de Salud, en 2017 la aplicación de la primera dosis alcanzó el 93,5% y la segunda, el 88,6%. Desde entonces, ambas han disminuido. Para septiembre del 2025, la primera dosis cubría el 62,2% y la segunda, el 59,9%. De mantenerse esa tendencia, el año cerraría con coberturas de 82,9% y 79,9%, respectivamente, las más bajas en nueve años.

La situación se agrava en algunos departamentos, como Izabal, donde las tasas de vacunación son aún más bajas y existen grandes grupos de niños sin inmunizar.

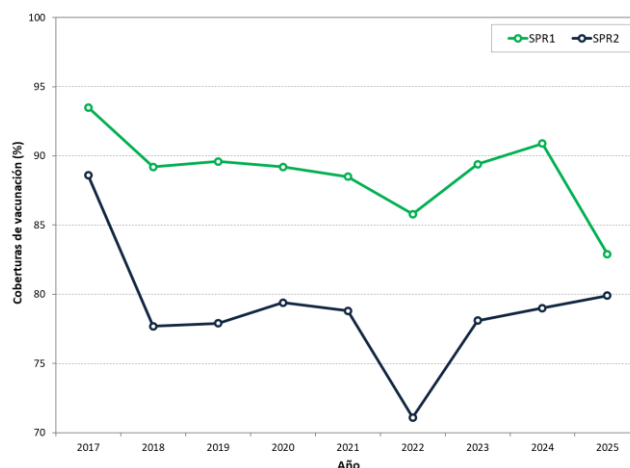
Gaytán señaló que las coberturas insuficientes son preocupantes, pues favorecen el resurgimiento de enfermedades prevenibles como el sarampión. Indicó que el Ministerio realizó campañas de inmunización que redujeron el número de personas susceptibles.

La vacuna triple viral se administra a los 12 y 18 meses de edad. Los menores de 5 a 11 años sin certeza de haber sido inmunizados pueden completar su esquema. También están priorizados los trabajadores de salud, cuerpos de socorro y comadronas.

Quienes viajen a países donde el sarampión es endémico y no estén vacunados pueden acudir a los servicios de salud para recibir la dosis.

La circulación del virus en la región aumenta el riesgo de ingreso a Guatemala, debido al constante flujo de viajeros, quienes pueden infectarse y transmitir la enfermedad a personas sintomáticas o asintomáticas.

“La mejor protección es una población con altos índices de vacunación y esquemas completos”, afirmó Carlos Grazioso, infectólogo pediatra del Grupo Pediátrico de Guatemala.



Coberturas de vacunación con primera dosis (SPR1) y segunda dosis (SPR2) de vacuna triple viral. Guatemala. Años 2017/2025. Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala.

Nota: las cifras de 2025 son proyecciones anuales.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Ministerio de Salud de Guyana lanzaron oficialmente el 13 de noviembre la Campaña de Administración Masiva de Medicamentos 2025 (MDA 2025), un paso fundamental para eliminar la filariosis linfática y otras enfermedades tropicales desatendidas que afectan a las comunidades guyanesas.

Este lanzamiento representa un renovado compromiso nacional con la eliminación de enfermedades y forma parte de la Iniciativa de Eliminación de la OPS, cuyo objetivo es erradicar más de 30 enfermedades y afecciones relacionadas en las Américas para 2030.

“Nuestro objetivo es sencillo pero trascendental: mejorar la calidad de vida de las personas y las comunidades”, declaró la Dra. Kim Eva Dickson, representante de la OPS en Guyana. “Estos logros en las Américas, desde la erradicación de la viruela y la poliomielitis hasta la eliminación de la rubéola, el síndrome de rubéola congénita y el tétanos neonatal, demuestran que la eliminación es posible cuando trabajamos juntos. Hoy, reafirmamos ese compromiso”.

Dickson elogió el liderazgo de Guyana en salud pública, señalando que el país fue uno de los primeros de la región en adoptar un enfoque integrado de eliminación de enfermedades dirigido a siete enfermedades, entre ellas la filariosis linfática, la rabia canina y la transmisión materno infantil del VIH.

“Guyana también ha tomado medidas enérgicas para reforzar su compromiso con el enfoque de Una Salud, la preparación para pandemias y el aumento del acceso a los servicios de salud esenciales”, añadió Dickson. “Este liderazgo no es solo institucional, sino personal, impulsado por el trabajo incansable de cientos de personas que siguen marcando la diferencia”.

Programa de Administración Masiva de Medicamentos

La campaña de 2025 se centrará en la Región 4 y la comunidad de La Parfaite Harmony, donde la transmisión se mantiene por encima del umbral de 1%. La administración masiva de medicamentos consiste en la administración de una combinación de albendazol, dietilcarbamazina e ivermectina, una terapia triple comprobada que elimina las microfilarias, el gusano parásito que, al transmitirse de persona a persona, provoca la enfermedad.

“Si administramos estos tres medicamentos, los gusanos desaparecerán de la persona”, explicó el Ministro de Salud, Dr. Frank Anthony. “Esa persona ya no podrá transmitir la enfermedad. Queremos que todos los guyaneses se libren de estos gusanos en su organismo”.

Anthony recalcó que, si bien la ciencia que respalda la campaña está bien fundamentada, su éxito depende en gran medida de la participación comunitaria y el compromiso de los trabajadores de campo.



“La ciencia es conocida; hemos visto que funciona en otros países”, afirmó. “La verdadera cuestión es cómo movilizarnos para garantizar que todas las personas reciban estos medicamentos”.

Movilización comunitaria y operaciones de campo

Para lograrlo, el Ministerio de Salud contrató 639 trabajadores de campo, incluyendo distribuidores de medicamentos, con el apoyo de la OPS y otros socios. Estos trabajadores irán casa por casa para informar a los residentes y garantizar que cada persona reciba y tome la medicación.



“Si vamos a las puertas de la gente con mala actitud, no vamos a convencer a nadie”, advirtió Anthony. “Debemos ir con conocimiento y respeto. Nuestros equipos de campo, caminando bajo el sol abrasador y la lluvia, son auténticos héroes”.

Dickson se hizo eco de este sentimiento, destacando que “durante la pandemia de covid, Guyana persistió con la campaña de administración masiva de medicamentos, que se implementó con éxito en un área geográfica más amplia y se ganó la admiración y el respeto a nivel mundial”.

“Hoy, al lanzar la MDA 2025, recuerden: muchos países tienen la mirada puesta en Guyana”, dijo. “Su trabajo está marcando un estándar, inspirando a otros y haciendo historia”.

Responsabilidad y seguimiento

Para garantizar la transparencia y la eficiencia, la campaña incluye informes diarios, supervisión y auditorías aleatorias sobre el terreno realizadas por el Ministerio de Salud y la OPS.

“Si de verdad queremos eliminar esta enfermedad, tenemos que tomárnoslo en serio”, afirmó Anthony. “Debemos asegurarnos de llegar a todos los hogares, de que todas las personas reciban cobertura y de que los datos que reportemos reflejen el trabajo real sobre el terreno”.

También recordó al personal de campo que su desempeño estará vinculado a su remuneración e instó a la honestidad en los informes: “El trabajo debe estar ligado a la remuneración que reciben, y quienes tengan un buen desempeño serán reconocidos y recompensados”.

Impacto en la salud y visión para 2030

La filariasis linfática, una enfermedad parasitaria transmitida por mosquitos, puede causar una hinchazón severa de las extremidades, conocida localmente como *bigfoot*, y otros síntomas desfigurantes. Gracias a décadas de intervención en salud pública, Guyana redujo drásticamente estos casos, pero el Ministro recalcó la necesidad de “ir un paso más allá para completar la tarea”.

“No creo que haya nadie en este país que quiera desarrollar *bigfoot*”, afirmó. “Hemos logrado un progreso tremendo, pero debemos terminar lo que empezamos”.

La iniciativa de administración masiva de medicamentos forma parte de la estrategia más amplia de Guyana para la eliminación de enfermedades en 2030, que también tiene como objetivo la enfermedad de Chagas, la lepra, la leishmaniosis, la hepatitis C y la malaria.

“Para 2030, queremos que Guyana sea declarada libre de filariosis”, afirmó Anthony. “Eso representaría una importante victoria para la salud pública de nuestra nación”.

Dickson concluyó su discurso reafirmando el apoyo continuo de la OPS: “A nuestros socios, colegas y amigos: la OPS permanecerá a su lado en cada paso del camino. Nos enorgullece recorrer este camino con ustedes”.

La filariosis linfática en Guyana es una enfermedad parasitaria transmitida por mosquitos que ha afectado históricamente a muchas comunidades del país y que recientemente se ha convertido en objetivo prioritario de salud pública para su eliminación. El principal agente causante en Guyana es *Wuchereria bancrofti*, y los vectores predominantes son los mosquitos del género *Culex*, especialmente *Culex quinquefasciatus*.

En su forma crónica, la filariosis linfática produce un daño progresivo en el sistema linfático: los parásitos adultos se alojan en los vasos linfáticos y liberan microfilarias a la sangre, lo cual con el tiempo puede desencadenar linfedema, hidrocele y episodios dolorosos de adenolinfangitis. Estas manifestaciones no solo provocan discapacidad física, sino también estigmatización social y consecuencias psicosociales en quienes viven con la enfermedad.

Históricamente, la filariosis linfática ha sido un problema relevante en varias regiones de Guyana. Según datos de la Organización Panamericana de la Salud, en una evaluación de 2005 más de 9% de las personas muestreadas dieron positividad para antígenos de filariosis. Para actualizar ese panorama, en 2018 se realizó una encuesta de remapeo en niños de 6 a 14 años en múltiples regiones, lo que permitió estimar con mayor precisión dónde persistía la transmisión activa.

ROBERT KOCH INSTITUT



ALEMANIA

DETECTAN EL POLIOVIRUS SALVAJE TIPO 1 EN
UNA MUESTRA DE AGUAS RESIDUALES EN HAMBURG

13/11/2025

El Centro Nacional de Referencia para la Poliomielitis y los Enterovirus (NRZ PE) detectó el poliovirus salvaje tipo 1 (WPV1) en una muestra de aguas residuales recogida en Hamburg. Los análisis realizados en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) demostraron que la secuencia genómica del aislado es muy similar a un grupo genético de Afganistán. La muestra de aguas residuales de Hamburg se tomó el 6 de octubre de 2025 y se analizó en el marco del proyecto de investigación sobre la detección de poliovirus en aguas residuales. La autoridad sanitaria pública competente de Hamburg fue informada al respecto. Hasta la fecha, no se han notificado casos clínicos ni sospechosos de poliomielitis.

La detección del poliovirus salvaje en aguas residuales es un hecho inusual, pero no inesperado. El WPV1 circula actualmente solo en Afganistán y Pakistán. Sin embargo, en los últimos años también se ha detectado fuera de estos dos países: en muestras ambientales de Irán (2019) y en casos confirmados en Malaui (2021) y Mozambique (2022). El último caso de poliomielitis adquirida en Alemania por poliovirus salvaje ocurrió en 1990; los últimos casos importados se registraron en 1992. Desde mayo de 2021, en Alemania se realizan análisis periódicos, en el marco del proyecto de investigación de poliovirus en aguas residuales del RKI, en estrecha colaboración con la Agencia Federal de Medio Ambiente de Alemania (UBA). Anteriormente, no se había detectado el WPV1 en aguas residuales en Alemania.

La detección actual sugiere que el virus fue excretado por al menos una persona que se encontraba en Hamburg en las fechas cercanas a la toma de la muestra de aguas residuales. No existe ninguna relación con el poliovirus circulante tipo 2 derivado de la vacuna (cVDPV2), detectado en muestras de aguas residuales en Alemania y otros países europeos desde fines de 2024, ya que se trata de un tipo diferente de poliovirus. El RKI informó en varias ocasiones sobre la detección de cVDPV2, la más reciente en octubre de 2025. Desde el último informe en julio de 2025, hubo nuevas detecciones de cVDPV2 en muestras de aguas residuales en München (semana epidemiológica [SE] 29), Mainz (SE 31), Frankfurt am Main (SE 34) y Köln (SE 39 y SE 41).

Ambos tipos de poliovirus (cVDPV2 y WPV1) pueden causar poliomielitis en personas no vacunadas o con vacunación incompleta. La vacunación completa contra la poliomielitis con la vacuna antipoliomielítica inactivada utilizada en Alemania proporciona una protección eficaz contra la enfermedad, pero solo una protección limitada contra la infección y la transmisión del patógeno. Las personas infectadas pueden contagiar a otras. La infección se produce principalmente por contacto directo y a través de superficies contaminadas, especialmente mediante heces en condiciones de higiene deficientes. En la fase inicial de la infección, también es posible la transmisión por gotitas respiratorias, por ejemplo, al toser o estornudar.

La cobertura de vacunación contra la poliomielitis en niños de Hamburg supera la media nacional. Recientemente, 81% de los niños nacidos en Hamburg en 2021 estaban completamente vacunados contra la poliomielitis a los 24 meses de edad, frente al 77% a nivel nacional. A los seis años, 91% de los niños nacidos en Hamburg en 2017 estaban completamente vacunados contra la poliomielitis, en comparación con el 88% a nivel nacional.

El riesgo que supone el poliovirus salvaje para la población en Alemania se considera muy bajo, dada la alta cobertura de inmunización y la única detección en aguas residuales, aunque es posible que se produzca un caso clínico en personas no vacunadas.

Las recomendaciones para el personal médico y de laboratorio publicadas varias veces por el RKI en los últimos meses en relación con los hallazgos del cVDPV2 también se aplican a la detección actual del WPV1:

- Eliminar las lagunas de vacunación: Los médicos y cuidadores que administran las vacunas deben garantizar que los lactantes reciban la serie completa de vacunación contra la poliomielitis durante su primer año de vida, de acuerdo con las recomendaciones del Comité Permanente Alemán de Vacunación (STIKO), y que se subsanen de inmediato las lagunas de vacunación existentes durante la infancia y la adolescencia.
- Vacunación obligatoria para viajar: Antes de viajar a Afganistán o Pakistán, el STIKO recomienda una dosis de refuerzo contra la poliomielitis si la última dosis se administró hace más de diez años. Para estancias superiores a cuatro semanas, se aplican las recomendaciones internacionales: antes de salir de Afganistán o Pakistán, todas las personas deben acreditar una dosis de la vacuna contra la poliomielitis al menos cuatro semanas y como máximo un año antes. Esto tiene como objetivo reducir la propagación del poliovirus salvaje.
- Tener en cuenta la poliomielitis: La mayoría de las infecciones por poliovirus son asintomáticas. Si se ve afectado el sistema nervioso central, puede desarrollarse la forma paralítica. Los síntomas típicos incluyen meningitis aséptica y parálisis flácida aguda. Si se presentan estos síntomas, debe considerarse la poliomielitis como diagnóstico diferencial.
- Utilice el Sistema Nacional Alemán de Vigilancia de Enterovirus: Para identificar precozmente a las personas que excretan poliovirus o que padecen poliomielitis, los médicos y laboratorios clínicos deben utilizar pruebas diagnósticas gratuitas de enterovirus a partir de muestras de heces o líquido cefalorraquídeo. Este servicio se ofrece a todas las clínicas pediátricas y neurológicas para el diagnóstico diferencial de meningitis o encefalitis viral y parálisis flácida aguda. Además, el NRZ PE ofrece tipificación gratuita de enterovirus en muestras positivas.
- Notificación de casos sospechosos y detecciones del virus: De conformidad con la Ley de Protección contra Infecciones de Alemania y las definiciones de caso del RKI, los casos de enfermedad y fallecimiento causados por poliovirus –incluidos los casos sospechosos– deben notificarse a la autoridad sanitaria local competente en un plazo de 24 horas. Posteriormente, deben remitirse de inmediato a la autoridad sanitaria estatal competente y, desde allí, al RKI. La notificación es obligatoria incluso para los casos sospechosos sin pruebas de laboratorio.
- Aplicar la Guía Nacional Alemana sobre Poliomielitis para los Servicios de Salud Pública cuando sea necesario: Si se produce un caso clínico de poliomielitis en Alemania, las autoridades de salud pública deben seguir las directrices del Comité Nacional para la Erradicación de la Poliomielitis en Alemania.

El RKI continúa monitoreando la situación junto con las autoridades de salud pública, la OMS, la Iniciativa Mundial para la Erradicación de la Poliomielitis y el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades, e informará al público profesional en consecuencia.

Candida auris es una levadura multirresistente que se ha consolidado como causa de infecciones invasivas y brotes nosocomiales en hospitales de todo el mundo; su capacidad para colonizar la piel, persistir en el ambiente hospitalario y resistir varios antifúngicos la convierte en una amenaza particular para pacientes vulnerables, como los neonatos prematuros.

Un reciente [estudio](#) abordó este problema de creciente importancia en salud pública: la colonización por *C. auris* en recién nacidos en estado crítico en unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN).



Se trató de un estudio prospectivo realizado entre agosto de 2021 y septiembre de 2022 en UCIN de al menos dos hospitales terciarios de Dhaka: un hospital público y uno privado. El trabajo estimó la magnitud de la colonización e infección por *C. auris* en las UCIN seleccionadas, y describir los patrones de adquisición y resistencia.

Los investigadores enrolaron a recién nacidos en estado crítico y tomaron hisopados de piel (para detectar portación) y muestras de sangre cuando había sospecha clínica de candidemia. La identificación microbiológica se completó con pruebas de susceptibilidad para las principales clases de antifúngicos. Además, se recogieron datos clínicos y antecedentes asistenciales para explorar factores asociados a colonización e infección.

Del total de 374 neonatos enrolados, 32 (8,6%) estaban colonizados por *C. auris*, y un paciente (0,3%) desarrolló una infección invasiva (candidemia). Estos números reflejan una presencia no trivial del patógeno en el entorno neonatal estudiado.

Más de la mitad de los pacientes colonizados adquirieron la colonización después de las 48 horas de ingreso, lo que sugiere transmisión intrahospitalaria y circulación activa del microorganismo dentro de las UCIN, más que portación adquirida en la comunidad. Asimismo, la colonización fue más frecuente en pacientes hospitalizados en el centro público, lo que apunta a la interacción entre la carga asistencial, recursos de control de infecciones y riesgo de transmisión.

En cuanto a factores de riesgo y perfil clínico, el estudio subraya que los neonatos críticamente enfermos –especialmente los prematuros, de muy bajo peso al nacer, con dispositivos invasivos (catéteres periféricos o centrales) o cuya estancia en UCIN es prolongada– constituyen la población con mayor probabilidad de colonización y de progresión a infección invasiva. El uso de antibióticos de amplio espectro y la presencia de comorbilidades también favorecen el establecimiento de *C. auris* en la piel y mucosas de los pacientes, facilitando su posterior diseminación por contacto directo o a través de superficies contaminadas.

Un hallazgo crítico del trabajo fue el patrón de resistencia antifúngica: de los aislamientos analizados, una fracción mostró resistencia a más de una clase de antifúngicos –tres aislados presentaron resistencia a dos clases– lo cual complica las opciones terapéuticas si la colonización evoluciona a infección invasiva. Dado que las opciones antifúngicas en neonatología ya son limitadas por cuestiones de seguridad y dosificación, la aparición de cepas multirresistentes representa una amenaza significativa para el manejo clínico y pronóstico. Esto refuerza la necesidad de vigilancia microbiológica y de laboratorios con capacidad para identificación y pruebas de susceptibilidad de *C. auris*.

Las implicancias para prevención y control de infecciones son claras y urgentes. El patrón de adquisición intrahospitalaria exige medidas estructuradas: detección de colonizados mediante cribado activo (especialmente tras admisiones desde otras instituciones o durante brotes), implementación de precauciones de contacto, cohorteo o aislamiento de pacientes colonizados, refuerzo del lavado de manos y de la higiene de la piel, limpieza ambiental dirigida con desinfectantes eficaces frente a *C. auris*, y minimización y manejo cuidadoso de dispositivos invasivos. Además, las UCIN deberían reforzar la capacitación del personal y revisar procedimientos de transferencia entre servicios para evitar la diseminación. La vigilancia continua, combinada con programas de gestión responsable de antimicrobianos, ayuda a reducir la presión selectiva que favorece la emergencia y propagación de cepas resistentes.

Los datos proveen evidencia robusta de transmisión nosocomial y de la presencia de cepas con resistencia relevante en UCIN de Dhaka, lo que exige una respuesta integrada de salud pública.

El artículo documenta que *C. auris* está presente y se transmite dentro de las UCIN en Dhaka, colonizando alrededor de 9% de los neonatos críticamente enfermos estudiados y causando ocasionalmente infecciones invasivas. La detección de resistencia antifúngica y la adquisición mayoritariamente intrahospitalaria obligan a priorizar cribado, medidas estrictas de prevención y control de infecciones, fortalecimiento de laboratorios y estrategias de manejo de antimicrobianos en entornos neonatales. Estas acciones no solo reducen el riesgo para los recién nacidos, sino que también protegen al conjunto del sistema asistencial frente a brotes por este patógeno emergente.

Un reciente [estudio](#) describe el caso de un hombre de 37 años acudió a un centro de salud en N'Djamena, Chad, con cefalea occipital aguda, vómitos y astenia. Había viajado a Chad desde Francia y llevaba allí tres meses, principalmente en la zona de N'Djamena y brevemente en las regiones de Ouaddaï (Abéché) y Borkou (Faya-Largeau). Presentaba fiebre y fotofobia sin rigidez de nuca. Fue repatriado a Francia cinco días después del inicio de los síntomas e ingresado en la unidad de neurología. Siete días después del inicio de los síntomas, desarrolló confusión y convulsiones, lo que motivó su traslado a la unidad de cuidados intensivos. La mejoría clínica permitió la extubación al duodécimo día, pero persistieron la bradicinesia y la dismetría. Fue dado de alta del hospital al día 26 sin déficits neurológicos, pero 15 días después desarrolló hidrocefalia comunicante tetraventricular con reabsorción transependimaria, indicativa de secuelas de encefalitis, lo que requirió la colocación de una derivación ventriculoperitoneal. Las pruebas diagnósticas resultaron negativas.

Los análisis metatranscriptómicos mostraron secuencias identificadas como virus Lassa en una muestra de líquido cefalorraquídeo obtenida nueve días después del inicio de los síntomas. Se detectó ARN viral mediante un ensayo de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) utilizando una secuencia consenso de Mammarenavirus del Viejo Mundo en muestras de líquido cefalorraquídeo obtenidas 6 y 8 días después del inicio de los síntomas. Se encontraron anticuerpos IgM e IgG específicos del virus Lassa en plasma.

Se aisló un virus del líquido cefalorraquídeo y se analizó su cinética de replicación. Las micrografías electrónicas de transmisión mostraron partículas esféricas típicas de los Mammarenavirus. La secuenciación del genoma mostró la pertenencia al género *Mammarenavirus*. El virus aislado presentó una homología de 84,8% a 86,6% con los linajes del virus Lassa.

El virus Lassa no se ha detectado en Chad, y los signos clínicos y el patrón de diseminación viral en este caso no fueron típicos de los casos de fiebre de Lassa. Sin embargo, N'Djamena está cerca de Nigeria, el país con la mayor prevalencia del virus Lassa, y se ha informado de manifestaciones clínicas de la infección por el virus Lassa, principalmente meningoencefalitis, así como la detección del virus únicamente en el líquido cefalorraquídeo, en algunos pacientes.

Los datos genómicos mostraron que el virus en este caso no pertenecía a ningún linaje conocido del virus Lassa. El virus se detectó en una zona específica, se asoció con una enfermedad y compartió menos de 88% de los aminoácidos de la nucleoproteína con otros *Mammarenavirus*. La gravedad de la enfermedad en un adulto sano sugiere que este virus puede ser patógeno, aunque no se halló evidencia de transmisión entre los contactos de este paciente.

Este virus fue clasificado como un nuevo *Mammarenavirus* patógeno en Chad. Investigaciones futuras deberían estudiar la circulación de este virus en roedores para identificar el reservorio viral.

Las autoridades sanitarias de Etiopía están llevando a cabo investigaciones adicionales e intensificando la respuesta tras la detección de casos sospechosos de fiebre hemorrágica viral en la región sur del país. La Organización Mundial de la Salud (OMS) está desplegando un equipo inicial de respuesta y suministrando material médico para apoyar los esfuerzos en curso por determinar la causa de la infección y detener la propagación del virus.

Hasta el momento, se han reportado ocho casos sospechosos. El Instituto de Salud Pública de Etiopía está realizando pruebas de laboratorio para determinar la causa exacta.

Para apoyar a las autoridades nacionales, la OMS está desplegando un equipo multidisciplinario de 11 oficiales técnicos con experiencia en la respuesta a brotes de fiebre hemorrágica viral para ayudar a fortalecer la vigilancia de enfermedades, la investigación, las pruebas de laboratorio, la prevención y el control de infecciones, la atención clínica, la coordinación de la respuesta a brotes y la participación comunitaria.

La OMS también está proporcionando suministros esenciales, como equipos de protección personal para el personal sanitario y material para la prevención de infecciones, así como una tienda de aislamiento de despliegue rápido para reforzar la atención clínica y la capacidad de gestión. Se está movilizandocapacidad técnica adicional para apoyar la respuesta general.

La OMS también ha liberado 300.000 dólares de su Fondo de Contingencia para Emergencias para brindar apoyo inmediato a las autoridades nacionales.

Las fiebres hemorrágicas virales son un grupo de enfermedades propensas a epidemias causadas por varias familias distintas de virus. Entre ellas se incluyen las enfermedades causadas por los virus Marburg y Ébola, la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo y la fiebre de Lassa.

Los signos y síntomas específicos varían según el tipo de fiebre hemorrágica viral, pero los iniciales suelen incluir fiebre alta, fatiga, mareo, dolores musculares, debilidad y agotamiento. Todos los casos de síndrome de fiebre hemorrágica viral aguda, ya sean aislados o en brotes, deben notificarse de inmediato sin esperar a que se identifique el agente causal.



El Ministerio de Sanidad e Higiene Pública de Senegal informó una nueva muerte por fiebre del Valle del Rift, lo que elevó el total a 31 en este brote que se inició en septiembre.

El número de casos confirmados ha aumentado a 443 en 10 regiones: Saint-Louis (331 casos), Matam (30), Fatick (24), Louga (20), Kaolack (18), Dakar (10), Tambacounda (4), Kaffrine (2), Kédougou (2) y Thiès (2).

Hasta la fecha, 391 personas se han recuperado de la infección.

El Ministerio de Salud hizo un llamado a extremar la vigilancia y movilizar a la comunidad para frenar su propagación.

Por su parte, la Dra. Seynabou Ndiaye, directora regional de Salud de Saint-Louis –el estado más afectado–, informó que “se están llevando a cabo acciones conjuntas para abordar los brotes, y si se presentan casos graves, los controlaremos. Junto con el Departamento de Ganadería, hemos recibido 8.000 dosis de vacunas, así como repelentes para el sector ganadero”. Asimismo, aseguró a la población que las operaciones de fumigación, suspendidas recientemente por escasez de producto, se reanudarán próximamente.

“Tenemos un socio que ya ha lanzado la comercialización para adquirir el producto y permitirnos reanudar las actividades de fumigación, las cuales debemos continuar durante algún tiempo. Es cierto que también observamos una sequía en las fuentes de agua, especialmente en el departamento de Saint-Louis, pero esto no nos impide seguir realizando acciones conjuntas para declarar extinguidos los brotes”, explicó antes de asegurar que la lucha continuará hasta la erradicación completa de esta enfermedad.

La gobernación de Dar'a está experimentando un preocupante resurgimiento de la leishmaniosis, conocida localmente como "forúnculo de Alepo", con 133 casos registrados este año hasta fines de septiembre, según la Dirección de Salud de la gobernación. La mayoría de estos casos son cutáneos, junto con algunos casos viscerales más graves.

Nael Al-Zoubi, jefe del Departamento de Enfermedades Crónicas de la Dirección de Salud de Dar'a, confirmó que el Centro de Control de la Leishmaniosis en la ciudad de Dar'a es responsable exclusivamente del tratamiento de las infecciones, mediante inyecciones locales en múltiples sesiones, pero el dispositivo designado para tratar las infecciones de la piel sufre una escasez de nitrógeno necesario para su funcionamiento, y este se suministra de forma intermitente a través de la Dirección de Agricultura, lo que retrasa el tratamiento durante días.

Según Al-Zoubi, las infecciones cutáneas se concentran en la región occidental de la Gobernación de Dar'a, particularmente en las localidades de Tal Shihab, Kuya, Nawa y Tasil, zonas que sufren la proliferación de pantanos con agua estancada, además de la ausencia de campañas de fumigación y control de plagas durante años. En cuanto a la variante visceral, es más frecuente en la zona de Al-Lajat y las afueras de Nawa, donde los perros callejeros y las ratas desempeñan un papel fundamental en la transmisión del parásito causante de la enfermedad.

En Dar'a, existen numerosos puntos críticos de contaminación ambiental que crean un entorno propicio para la reproducción del flebótomo, especialmente los vertederos de basura expuestos, los pantanos de agua estancada y las fugas de aguas residuales cerca de viviendas y campos.

La combinación de estos factores conlleva un aumento de las infecciones cutáneas y agrava los problemas de salud de la población, en un momento en que la gobernación lleva años sin realizar campañas organizadas de control y prevención.

Advertencias de un empeoramiento de la situación

Al-Zoubi pidió que se realicen esfuerzos concertados de todas las autoridades pertinentes, incluidas las unidades administrativas, las direcciones de servicios técnicos, agricultura y salud, para combatir la enfermedad, eliminando los criaderos de insectos y animales portadores, y deshaciéndose de la basura, los pantanos y las aguas residuales esparcidas alrededor de pueblos y ciudades, además de llevar a cabo campañas periódicas de fumigación con insecticidas.

Hizo hincapié en que una respuesta tardía o parcial por parte de estas entidades podría provocar una mayor propagación de la infección, especialmente dadas las condiciones ambientales que se están deteriorando en varias zonas de la gobernación.

Señaló que la continua negligencia en la prestación de servicios y la débil coordinación entre los departamentos gubernamentales convertirán la leishmaniosis en una de las enfermedades endémicas de la Gobernación de Dar'a, a menos que se ponga en marcha una campaña integral para abordar las causas de su propagación y reducir los brotes entre la población.

La leishmaniosis en Siria constituye desde hace décadas un problema sanitario persistente, cuya magnitud se ha intensificado a partir del conflicto iniciado en 2011. La enfermedad, causada por protozoos del género *Leishmania* y transmitida por la picadura

de flebótomos, se manifiesta principalmente en su forma cutánea, conocida localmente como “forúnculo de Alepo”. Esta denominación refleja su histórica prevalencia en el norte del país, aunque en los últimos años la distribución se ha ampliado de manera notable debido a desplazamientos masivos de población, deterioro de las infraestructuras sanitarias y cambios ambientales que favorecen la proliferación del vector.

El colapso de los servicios básicos desempeña un papel central en el aumento de casos. La acumulación de residuos, los daños en redes de agua y alcantarillado y la urbanización improvisada en zonas de desplazamiento interno han creado hábitats óptimos para los flebótomos. A ello se suma la interrupción prolongada de los programas de control vectorial, que antes del conflicto incluían fumigaciones, manejo de reservorios animales y seguimiento epidemiológico regular. La reducción de estos esfuerzos permitió que tanto los vectores como los reservorios –principalmente roedores– se expandan con mayor facilidad.

Desde el punto de vista clínico, la leishmaniosis cutánea en Siria suele presentarse como úlceras crónicas, indoloras y de evolución lenta, que dejan cicatrices permanentes. Aunque raramente compromete la vida, su impacto social y psicológico es importante, especialmente en niños y mujeres jóvenes. La forma visceral, causada en la región por *Leishmania infantum*, es menos frecuente pero más grave, y puede ser mortal si no se trata. En los últimos años se han documentado casos en áreas donde antes era poco habitual, lo que sugiere un desplazamiento epidemiológico asociado al conflicto y al aumento de la vulnerabilidad poblacional.

El acceso al diagnóstico y tratamiento ha sido uno de los mayores desafíos. Los centros de salud destruidos o inaccesibles, la escasez de personal capacitado y la disponibilidad limitada de medicamentos –como antimoniales pentavalentes o anfotericina B– dificultan el manejo adecuado de la enfermedad. Organizaciones humanitarias han intentado suplir estas carencias, pero las necesidades superan ampliamente la capacidad de respuesta.

En términos epidemiológicos, la movilidad forzada ha facilitado la diseminación del parásito hacia zonas previamente no endémicas, tanto dentro del país como, en menor medida, hacia estados vecinos que reciben refugiados. Esto ha obligado a reforzar la vigilancia regional y a implementar estrategias de prevención en campamentos de desplazados.

La leishmaniosis en Siria refleja cómo los conflictos prolongados pueden transformar radicalmente el panorama epidemiológico de una enfermedad vectorial, ampliando su presencia, aumentando la intensidad de transmisión y dificultando profundamente los esfuerzos de control.

El Ministerio de Salud de Vanuatu declaró oficialmente un brote de tos convulsa en la isla de Tanna, provincia de Tafea, el 18 de agosto de 2025.

Al 9 de noviembre de 2025, se habían notificado 544 casos en Tanna, Efate, Nguna, Erromango y Futuna, con un saldo de tres fallecimientos infantiles.

Los casos de Efate están epidemiológicamente vinculados al brote en Tanna. Debido a la transmisión local confirmada, también se declaró un brote de tos convulsa en Erromango, Nguna y Futuna.

La mayoría de los casos corresponden a menores de 1 año, y el Hospital Nacional de Vanuatu registró el mayor número de casos durante el brote.

De las ocho muestras clínicas enviadas al Laboratorio de Referencia de Enfermedades Infecciosas de Victoria (VIDRL), siete dieron positivo para *Bordetella pertussis*, y se reportaron 12 casos confirmados adicionales a partir de pruebas realizadas localmente en Vanuatu.

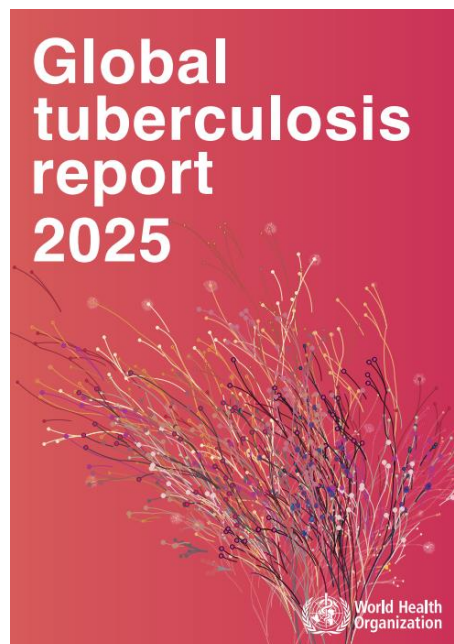
El Ministerio de Salud activó los centros de operaciones de emergencia y se asoció con organizaciones como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Organización Mundial de la Salud para coordinar la divulgación, las campañas en los medios de comunicación y las jornadas de vacunación puerta a puerta en las zonas de mayor incidencia.

La participación comunitaria, la educación y la colaboración con los líderes locales han sido fundamentales para promover la búsqueda temprana de atención médica y aumentar la cobertura de vacunación.

Se mantiene la alerta roja por tos convulsa.

La tuberculosis sigue siendo una de las enfermedades infecciosas más mortales del mundo, con más de 1,2 millones de fallecidos y unos 10,7 millones de personas afectadas el año pasado, según el [Informe Mundial sobre la Tuberculosis 2025](#) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicado el 12 de noviembre. A pesar de los avances significativos en diagnóstico, tratamiento e innovación, las persistentes dificultades en materia de financiación y acceso equitativo a la atención médica amenazan con revertir los logros alcanzados con tanto esfuerzo en la lucha mundial contra la tuberculosis.

“La disminución de la carga mundial de tuberculosis y los avances en las pruebas diagnósticas, el tratamiento, la protección social y la investigación son noticias alentadoras tras años de retrocesos, pero el progreso no es una victoria”, declaró el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS. “Es simplemente inconcebible que la tuberculosis siga cobrándose más de un millón de vidas cada año, a pesar de ser prevenible y curable. La OMS está colaborando con los países para consolidar los avances logrados y acelerar el camino hacia la erradicación de la tuberculosis para 2030”.



Historias de progreso y éxito a nivel mundial

Entre 2023 y 2024, la tasa mundial de personas que contrajeron tuberculosis disminuyó en casi 2%, mientras que las muertes por tuberculosis se redujeron en 3%. Estas reducciones indican una recuperación continua de los servicios de salud esenciales tras las interrupciones causadas por la pandemia de covid.

Algunas regiones y países muestran un progreso sostenido, lo que demuestra que un firme compromiso político e inversión son eficaces para combatir esta enfermedad ancestral. Entre 2015 y 2024, la Región de África de la OMS logró una reducción de 28% en la tasa de incidencia de tuberculosis y una reducción de 46% en las muertes. La Región de Europa registró descensos aún mayores, con una disminución de 39% en la incidencia y una reducción de 49% en las muertes.

Durante el mismo período, más de 100 países lograron una reducción de al menos 20% en las tasas de incidencia de tuberculosis, y 65 países lograron reducciones de 35% o más en las muertes relacionadas con la tuberculosis. Estos países alcanzaron los primeros hitos de la [Estrategia Fin de la Tuberculosis de la OMS](#).

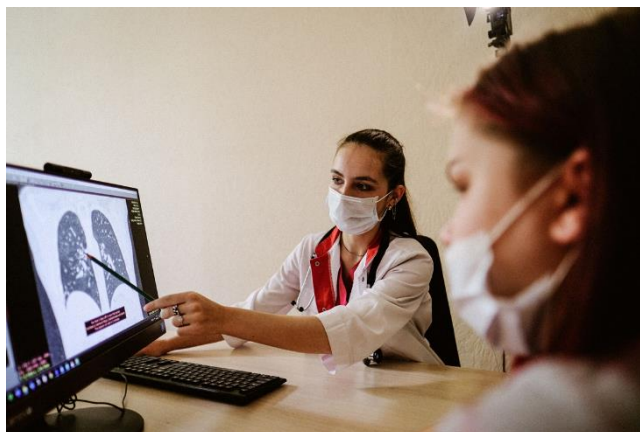
Sin embargo, para erradicar la tuberculosis a nivel mundial se requiere un progreso acelerado en los países con mayor incidencia. En 2024, 87% de los casos de tuberculosis a nivel mundial se concentraba en 30 países. Tan solo ocho de ellos representaban 67% del total mundial: India

(25%), Indonesia (10%), Filipinas (6,8%), China (6,5%), Pakistán (6,3%), Nigeria (4,8%), República Democrática del Congo (3,9%) y Bangladesh (3,6%).

Avances importantes en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis

El tratamiento oportuno de la tuberculosis salvó aproximadamente 83 millones de vidas desde el año 2000. Entre 2023 y 2024, continuaron los avances en el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de la tuberculosis, lo que refleja el impacto de los esfuerzos sostenidos y la innovación en los países. Entre los logros clave se incluyen:

- En 2024, 8,3 millones de personas fueron diagnosticadas con tuberculosis y accedieron al tratamiento, lo que representa aproximadamente 78% de las personas que contrajeron la enfermedad durante ese año;
- La cobertura de las pruebas rápidas para el diagnóstico de la tuberculosis aumentó de 48% en 2023 a 54% en 2024;
- El tratamiento para la tuberculosis sensible a los medicamentos siguió siendo altamente eficaz, con una tasa de éxito de 88%;
- El número de personas que desarrollan tuberculosis resistente a los medicamentos cada año ha ido disminuyendo, con más de 164.000 personas que recibieron tratamiento en 2024. Los últimos datos muestran una mejora en la tasa de éxito del tratamiento, de hasta 71%, frente al 68% del año anterior;
- En 2024, 5,3 millones de personas con alto riesgo de tuberculosis recibieron tratamiento preventivo, frente a los 4,7 millones de 2023.



La protección social y la acción multisectorial son claves para abordar las causas

Por primera vez, la OMS informó sobre los avances hacia la meta de protección social establecida en la segunda Reunión de Alto Nivel de la Organización de Naciones Unidas sobre la Tuberculosis en 2023, utilizando datos recopilados por la Organización Internacional del Trabajo. Entre los 30 países con alta carga de tuberculosis, la cobertura de protección social sigue siendo muy desigual, oscilando entre 3,1% en Uganda y 94% en Mongolia. Cabe destacar que 19 países registran tasas de cobertura inferiores a 50%.

El informe también destaca que los principales factores de riesgo que impulsan la epidemia, como la desnutrición, la infección por VIH, la diabetes, el tabaquismo y el consumo de alcohol, siguen vigentes. Para hacer frente a estos factores, junto con determinantes estructurales como la pobreza, se requiere una acción multisectorial coordinada.

La falta de financiación pone en peligro el progreso y la investigación

A pesar de los numerosos avances, el progreso mundial aún dista mucho de alcanzar las metas de la Estrategia para Poner Fin a la Tuberculosis. Un obstáculo importante es la financiación mundial para la tuberculosis, que se ha estancado desde 2020. En 2024, solo se disponía de 5.900 millones de dólares para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento, poco más de una cuarta parte del objetivo anual de 22.000 millones de dólares fijado para 2027.

Los recortes en la financiación de donantes internacionales a partir de 2025 representan un grave desafío. Estudios de modelización ya han advertido que los recortes a largo plazo en la financiación de donantes internacionales podrían provocar hasta 2 millones de muertes adicionales y 10 millones de personas enfermas de tuberculosis entre 2025 y 2035.

La financiación mundial para la investigación de la tuberculosis también se encuentra rezagada, alcanzando tan solo 1.200 millones de dólares en 2023 (24% del objetivo). En agosto de 2025, se estaban desarrollando 63 pruebas diagnósticas y 29 fármacos se encontraban en ensayos clínicos, frente a tan solo 8 en 2015. Además, 18 vacunas candidatas están siendo sometidas a ensayos clínicos, incluidas seis en la fase 3. La OMS continúa liderando los esfuerzos mundiales para impulsar la agenda de la vacuna contra la tuberculosis, con el apoyo del Consejo Acelerador de la Vacuna contra la Tuberculosis, creado por el Director General de la OMS.

“Nos encontramos en un momento decisivo en la lucha contra la tuberculosis”, afirmó la Dra. Tereza Kasaeva, Directora del Departamento de VIH, Tuberculosis, Hepatitis e ITS de la OMS. “Los recortes presupuestarios y los factores persistentes que alimentan la epidemia amenazan con echar por tierra los logros alcanzados con tanto esfuerzo, pero con compromiso político, inversión sostenida y solidaridad mundial, podemos revertir la situación y acabar con este antiguo asesino de una vez por todas”.

La OMS pidió un compromiso político sostenido, un aumento de la inversión nacional y una investigación intensificada para acelerar el progreso.

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 reportee-epidemiologicocba@gmail.com aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.