

2 DE JUNIO
2025
REC 2.940

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de sarampión
- El rol clave del sistema educativo en las estrategias de vacunación
- El impacto en la salud pública de la vacuna para prevenir la enfermedad grave por el VSR en lactantes

AMÉRICA

- El riesgo para la salud pública asociado a la fiebre amarilla sigue siendo alto

- Costa Rica: Brote de tos convulsa en un colegio en Golfito
- Estados Unidos: Primera evidencia en el país de infección por *Ehrlichia chaffeensis* en una garrapata de cuernos
- Honduras: Más de 7.000 casos de dengue y cuatro muertes relacionadas en lo que va de 2025
- México: 978 casos confirmados de tos convulsa y 51 muertes de bebés menores de un año

EL MUNDO

- Situación global de la covid

- África: Los ministros de Salud del Cuerno de África se comprometen a reforzar los esfuerzos de erradicación de la poliomielitis
- Camboya: Cuarto caso fatal de influenza aviar A(H5N1) del año
- España: Caso de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en Castilla y León
- Hawai'i – Estados Unidos: Alerta sanitaria por el aumento de casos de tos convulsa
- Palestina: Los niños de Gaza sufren constantemente problemas respiratorios y gripe severa

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 adjuntosRUTH 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 PRYLUKA // FERNANDO RIERA // CHARLOTTE RUSS
SALVADOR GARCÍA JIMÉNEZ // ALFONSO RODRÍGUEZ MORALES
PILAR AOKI // HUGUES AUMAITRE // MARÍA BELÉN BOUZAS
JORGE BENETUCCI // EDUARDO LÓPEZ // ISABEL CASSETTI
HORACIO SALOMÓN // JAVIER CASELLAS // SERGIO CIMERMAN

Patrocinadores

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

Takeda
WWW.TAKEDAPRO.COM.AR/

Adherentes



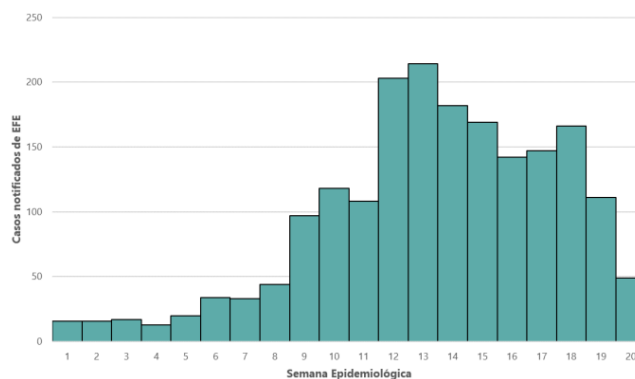
Distinguido por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

© Copyright 2020 - ISSN 2796-7050 - [recfot](#) - All Rights Reserved

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

Situación actual

En lo que va de 2025, se notificaron en Argentina 1.899 casos de enfermedad febril exantemática (EFE). A partir de la semana epidemiológica (SE) 6, coincidiendo con la emisión de la [alerta epidemiológica](#) del Ministerio de Salud de la Nación, se evidencia un aumento progresivo en la notificación de casos, alcanzando su punto máximo en las SE 12 y 13.



Casos notificados de enfermedad febril exantemática, según semana epidemiológica. Argentina. Año 2025, hasta la semana epidemiológica 20. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N=1.899).

En lo que va de 2025, se confirmaron 31 casos de sarampión en el país, de los cuales 17 corresponden a la provincia de Buenos Aires, 13 a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y un caso a la provincia de San Luis.

De los 31 casos confirmados, seis fueron importados: dos provenientes de Rusia (genotipo B3 DSID 9240), uno de Tailandia (genotipo D8 DSID 5963 linaje Patán), uno de México (genotipo D8 DSID 9171 linaje Ontario) y dos de Inglaterra (genotipo B3 DSID 6418 linaje Quetta).

De los 25 casos restantes, en tres de ellos existe un vínculo estrecho con los casos importados provenientes de Rusia, ya que vivían en el mismo lugar, dos trabajaban en un comercio de cercanía y uno reside a pocos metros del edificio.

En 16 casos, la investigación epidemiológica y/o la genotipificación del Laboratorio Nacional de Referencia (LNR), permitió inferir que pertenecen a la misma cadena de transmisión de los casos importados de Rusia, considerándolos entonces relacionados con la importación.

Por último, tres casos continúan en investigación para determinar su posible relación con las cadenas vinculadas a casos confirmados.

Descripción de los casos confirmados en 2025

• Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)

Se ha confirmado un total de 13 casos. Hay cuatro casos importados, dos de los cuales fueron detectados en febrero, y ocho relacionados con los mismos, ya sea por vínculo directo (tres de los casos residen en un mismo edificio ubicado en la Comuna 14, y uno en un edificio a pocos metros) o por transmisión comunitaria ocurrida en la zona o en una sala de es-

pera hospitalaria. De los dos casos importados restantes, detectados en mayo, se encuentra pendiente la genotipificación. De acuerdo con la investigación epidemiológica, los otros casos pertenecen a las comunas 1, 2, 4 y 12.

En uno de los casos confirmados no se pudo establecer vínculo epidemiológico con el resto y no se pudieron obtener secuencias genómicas para establecer algún vínculo con las cadenas de transmisión conocidas relacionadas a la importación.

Los casos se distribuyen en un rango de edad de 5 meses a 40 años, con una mayor frecuencia en el sexo femenino (9 mujeres y 4 varones).

- **Provincia de Buenos Aires**

Se han confirmado 17 casos. De éstos, 14 presentan vínculos epidemiológicos con los casos de la CABA o entre sí y/o el LNR ha permitido constatar que corresponden a la misma cadena de transmisión a partir de la genotipificación.

Un caso presenta antecedente de viaje a Tailandia, con genotipificación que descarta relación epidemiológica con el resto de los casos y plantea una nueva cadena de transmisión.

En dos de los casos, aún no ha sido posible determinar el nexo con las cadenas de transmisión conocidas por lo que aún permanecen en investigación.

Los casos se distribuyen en un rango etario de 9 meses a 37 años, con predominio del sexo masculino (2 mujeres y 15 varones).

- **Provincia de San Luis**

Se confirmó un caso importado en una bebé de ocho meses, que no contaba con vacunación para el evento por no corresponder por la edad. Presenta antecedente de viaje a México, al estado de Chihuahua.

En el *Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023* de la OMS, se establece como línea estratégica de acción N° 2 el fortalecimiento de la capacidad de los sistemas de vigilancia epidemiológica para estas enfermedades.

En el marco de esta línea, se define el Objetivo 2.1, orientado a “monitorear la calidad y la sensibilidad de la vigilancia epidemiológica del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita”; para lograrlo, se debe alcanzar una tasa anual mínima de al menos dos casos sospechosos de sarampión/rubéola cada 100.000 habitantes por año, y al menos tres de los siguientes indicadores:

- Al menos 80% de los casos sospechosos reciben una investigación adecuada.
- Al menos en 80% de los casos sospechosos se obtienen muestras de suero adecuadas.
- Al menos 80% de las muestras llegan al laboratorio en un plazo máximo de cinco días.
- Al menos 80% de los resultados de laboratorio se notifican en un plazo máximo de cuatro días.
- Tasa anual de casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita de 1 cada 10.000 nacidos vivos.

En cuanto a la distribución de las notificaciones por jurisdicciones, algunas presentan cifras por encima de las esperadas para la fecha, teniendo en cuenta las notificaciones esperadas al 17 de mayo, a partir de una tasa anual de 2 notificaciones cada 100.000 habitantes. Así, la provincia de Buenos Aires, en todo el año debería alcanzar las 367 notificaciones y en la actualidad cumplir con al menos 138. Por este motivo, las 1.109 que se constatan en esta jurisdicción están por encima de lo esperado. De hecho, al igual que la CABA, ambas jurisdicciones supe-

raron las notificaciones de todo el año. Por encima de lo esperado también se encuentran Catamarca, Chaco, Chubut, Córdoba, Entre Ríos, Jujuy, La Pampa, Mendoza, San Juan, San Luis, Santa Cruz y Santa Fe. Las provincias de Río Negro, Tierra del Fuego y Tucumán presentan la misma cantidad de notificaciones que las esperadas.

Provincia/Región	Casos confirmados	Notificaciones totales actuales	Tasa cada 100.000 hab.	Notific. mínimas esperadas actuales	Notificaciones esperadas anuales
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	13	484	15,7	23	62
Buenos Aires	17	1.109	6,0	138	367
Córdoba	—	48	1,2	30	79
Entre Ríos	—	27	1,9	11	29
Santa Fe	—	32	0,9	28	73
Centro	30	1.700	—	230	610
Mendoza	—	44	2,1	16	42
San Juan	—	10	1,2	6	16
San Luis	1	5	0,9	4	11
Cuyo	1	59	—	26	69
Chaco	—	18	1,4	9	25
Corrientes	—	5	0,4	9	23
Formosa	—	1	0,2	5	13
Misiones	—	6	0,5	10	27
Noreste Argentino	0	30	—	33	88
Catamarca	—	11	2,5	3	9
Jujuy	—	26	3,2	6	16
La Rioja	—	1	0,2	3	8
Salta	—	8	0,5	11	30
Santiago del Estero	—	3	0,3	8	21
Tucumán	—	13	0,7	13	36
Noroeste Argentino	0	62	—	44	120
Chubut	—	17	2,5	5	13
La Pampa	—	17	4,6	3	7
Neuquén	—	2	0,3	5	14
Río Negro	—	6	0,8	6	16
Santa Cruz	—	5	1,2	3	8
Tierra del Fuego	—	1	0,5	1	4
Sur	0	48	—	23	62
Total Argentina	31	1.899	4,0	356	949

Casos notificados y confirmados, tasa cada 100.000 habitantes y notificaciones esperadas, según jurisdicción. Argentina. Año 2025, hasta semana epidemiológica 20. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

También hay jurisdicciones que presentan menos notificaciones que las esperadas, pero al menos una: Corrientes, Formosa, La Rioja, Misiones, Neuquén, Salta y Santiago del Estero.

Veintiún casos fueron confirmados en el Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas/Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán' (INEI-ANLIS), con identificación del genotipo B3 DSID 9240, mientras que el caso con antecedente de viaje a Tailandia fue confirmado con identificación del genotipo D8 DSID 5963, linaje Patán y el caso notificado con antecedente de viaje a México se identificó el genotipo D8 DSID 9171, linaje Ontario coincidente con la circulación en el estado de Chihuahua. Los últimos dos casos con antecedentes de viaje a Londres se identificaron con el genotipo B3 DSID 6418, Quetta.

El sarampión es una enfermedad viral, altamente contagiosa, que puede presentarse en todas las edades, siendo de mayor gravedad en niños menores de 5 años o desnutridos, en los cuales puede causar graves complicaciones respiratorias como neumonía y del sistema nervioso central como convulsiones, meningoencefalitis, ceguera, encefalomiелitis postinfecciosa con retraso mental grave y trastornos degenerativos tardíos que no tienen tratamiento o incluso causar la muerte.

Se transmite mediante gotas de aire de la nariz, boca, o garganta de una persona infectada. El virus puede persistir en el aire o sobre superficies, siendo activo y contagioso por dos horas.

No existe ningún tratamiento antiviral específico contra el virus del sarampión, solo existen medidas de sostén clínico y de sus complicaciones. Puede prevenirse con la vacunación.



28/05/2025

El titular de la cartera sanitaria nacional, Mario Iván Lugones, acompañó a la ministra de Capital Humano, Sandra Viviana Pettovello, en la 142ª Asamblea del Consejo Federal de Educación. Como parte de la agenda del encuentro, que reúne a los titulares de Educación de las 24 jurisdicciones del país, se abordó la importancia de implementar acciones conjuntas entre Salud y Educación que permitan mejorar las coberturas de vacunación.



Durante la reunión, el ministro de Salud convocó a las jurisdicciones a acompañar la estrategia de vacunación contra el sarampión implementada en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) y a reforzar las acciones de prevención y bloqueo de casos en el marco del brote que afecta al país. Destacó, también, el rol clave que tienen las familias y la comunidad educativa en el éxito de las campañas y estrategias de inmunización, y reafirmó su compromiso para recuperar la confianza social en la vacunación a través de controles más exhaustivos y basados en evidencia científica.

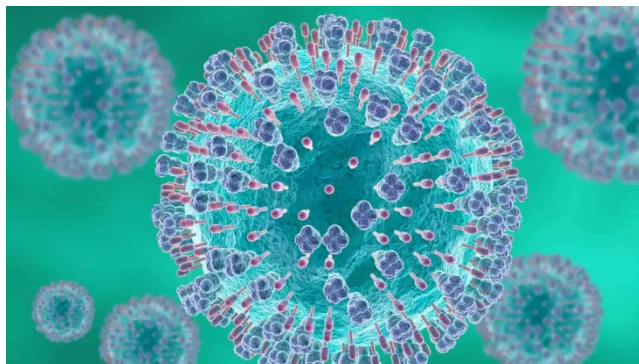
Por su parte, Marina Elisa Pasinovich, asesora de la cartera sanitaria nacional, compartió los avances de la vacunación focalizada en el AMBA. A pesar de que ya se ha registrado circulación comunitaria del virus, la vacunación focalizada ha alcanzado poco más de 18,6% de cobertura, cuando lo proyectado por las jurisdicciones para este momento había sido de 87,5%. Mientras que la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) ha vacunado el 21,3% de la población objetivo, en la provincia de Buenos Aires el porcentaje alcanza tan solo a 18%.

Ante el escenario de baja adherencia, Passinovich presentó ante los ministros, la estrategia integral desarrollada por el Ministerio de Salud de la Nación para la mejora de las coberturas. La misma se fundamenta en la Ley 27.491 que define la obligatoriedad de la aplicación de las vacunas del Calendario Nacional y está compuesta por cuatro pilares: la sensibilización del personal de salud para promover la vacunación, la implementación de acciones de vacunación complementaria en articulación con el Ministerio de Educación, la mejora del registro en los tres subsectores de salud y el incentivo a la demanda por parte de la población.

Para la implementación de la estrategia en las escuelas se prevé la creación de mesas de gestión jurisdiccionales, integradas por representantes los ministerios de Salud y Educación, que se encargarán de implementar acciones de vacunación en escuelas y otros espacios de referencia barrial, diseñar cursos de capacitación para el personal docente y difundir información oportuna en redes sociales y medios de comunicación.

Es importante tener en cuenta que las aulas, así como otros lugares en donde se desarrollan actividades que suponen un contacto estrecho entre niños, adolescentes y adultos, constituyen espacios clave para la implementación de estrategias de inmunización y para concientizar sobre la importancia de mantener las vacunas al día para evitar la propagación de enfermedades.

Un estudio multicéntrico y retrospectivo realizado en Argentina, conocido como estudio BERNI¹, proporcionó las primeras estimaciones en condiciones del “mundo real” sobre la efectividad de la vacunación materna con la vacuna bivalente de prefusión de la proteína F del virus sincicial respiratorio (RSVpreF) para prevenir la enfermedad grave por virus sincicial respiratorio en lactantes.



Los datos obtenidos en el estudio demostraron coherencia con los resultados de eficacia del ensayo clínico de fase 3 llamado MATISSE². Por lo tanto, son un argumento más para respaldar la estrategia de inmunización materna como una herramienta clave de salud pública.

El contexto epidemiológico del VSR

El virus sincicial respiratorio (VSR) es la causa principal de enfermedad aguda del tracto respiratorio inferior (IRAB) en niños menores de 5 años a nivel global. La enfermedad grave y las hospitalizaciones se concentran particularmente en los primeros 6 meses de vida. Se estima que, anualmente, el VSR provoca 6,6 millones de episodios de IRAB que requieren atención médica y 1,4 millones de hospitalizaciones por IRAB en lactantes menores de 6 meses en todo el mundo.

Más de 97% de las aproximadamente 45.700 muertes atribuibles al VSR en lactantes menores de 6 meses ocurren en países de ingresos bajos y medios.

El 1 de marzo de 2024, Argentina se convirtió en el primer país a nivel mundial en implementar un programa nacional de inmunización materna con la vacuna RSVpreF. La vacuna se ofrece de forma gratuita para embarazadas, como parte de la atención prenatal de rutina.

La vacuna RSVpreF es una vacuna de subunidades proteicas recombinantes que contiene antígenos de prefusión F estabilizados de los subtipos A y B del VSR. La protección a los lactantes se transfiere a través de la placenta en forma de anticuerpos y la transferencia comienza aproximadamente 15 días después de la vacunación.

Los datos clave del estudio BERNI y la publicación científica

El estudio BERNI tiene una duración prevista de 3 años y es realizado en una red de 12 hospitales en siete distritos diferentes de Argentina. Para evaluar la efectividad de la vacuna se empleó un diseño de estudio de casos y controles test-negativo.

¹ BERNI: *Real World Impact and Effectiveness of ABRYSVOTM Vaccination During Pregnancy Against RSV Illness in Infants* (Impacto y eficacia real de la vacunación con ABRYSVOTM durante el embarazo contra la enfermedad por VSR en bebés).

² MATISSE: *Maternal Immunization Study for Safety and Efficacy* (Estudio de inmunización materna para seguridad y eficacia).

Se incluyeron lactantes de 6 meses o menos, hospitalizados por IRAB entre el 1 de abril y el 30 de septiembre de 2024, a quienes se les realizaron pruebas de VSR mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) o inmunofluorescencia indirecta. Los casos fueron definidos como lactantes con cualquier resultado positivo para VSR, mientras que los controles fueron aquellos con resultado PCR negativo para VSR.

Se consideró que un lactante había nacido de una mujer vacunada con RSVpreF si la vacuna se había recibido entre las semanas 32 y 36 de gestación y, al menos, 14 días antes del parto.

Las estimaciones de efectividad de la vacuna fueron las siguientes:

- Contra la IRAB asociada al VSR que requirió hospitalización (resultado primario): 78,6% desde el nacimiento hasta los 3 meses de edad; 71,3% desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad.
- Contra la IRAB grave asociada al VSR que requirió hospitalización (resultado secundario): 76,9% desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad.

El estudio también reportó que ocurrieron tres muertes intrahospitalarias asociadas al VSR, todas ellas en lactantes cuyas madres no habían recibido la vacuna RSVpreF durante el embarazo.

Perspectivas futuras

Los resultados demuestran una alta efectividad de la vacuna RSVpreF contra la IRAB y la IRAB grave asociadas al VSR que lleva a la hospitalización, con protección observada desde el nacimiento hasta los 3 meses de edad y sostenida hasta los 6 meses.

Los datos también fueron coherentes con los resultados de eficacia del ensayo clínico MATISSE, a pesar de las diferencias en el diseño, el período, la edad gestacional de vacunación y el entorno. En el ensayo MATISSE, la vacunación fue entre las semanas 24 y 36 de gestación, con una eficacia de la vacuna de 81,8% contra la IRAB grave médicamente atendida confirmada por VSR dentro de los 90 días posteriores al nacimiento.

Los datos iniciales podrían respaldar la toma de decisiones de salud pública para la implementación de programas de vacunación nacionales o distritales en otros entornos. Los objetivos futuros del estudio BERNI incluyen la evaluación de la duración de la protección, la necesidad de revacunación y la efectividad de la vacuna en subgrupos clave.

La generación de evidencia local acerca de la efectividad de las estrategias de salud pública es esencial para la toma de decisiones. Estos resultados son fundamentales para fortalecer la confianza entre los profesionales de la salud al recomendar la vacuna, así como entre las personas gestantes para demandarla, promoviendo así un impacto positivo en la salud comunitaria. Es por esto que los equipos técnicos y científicos participantes consideraron prioritario compartir estos hallazgos en tiempo real para apoyar la implementación efectiva de políticas de salud. Son esfuerzos que tienen la intención de beneficiar a la población argentina durante las próximas temporadas de virus sincial respiratorio, a la vez que proporcionar evidencia a otros países que evalúan la adopción de esta estrategia preventiva contra la enfermedad aguda del tracto respiratorio inferior asociada al virus sincial respiratorio en lactantes. En este contexto, la introducción de esta vacuna representa un avance pionero en la reducción de hospitalizaciones e infecciones respiratorias graves durante los primeros meses de vida.



EL RIESGO PARA LA SALUD PÚBLICA ASOCIADO A LA FIEBRE AMARILLA SIGUE SIENDO ALTO

27/05/2025

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) emitió una nueva evaluación rápida de riesgos sobre la fiebre amarilla en las Américas, la cual muestra que el riesgo para la salud pública sigue siendo alto debido a la persistencia de casos humanos en los países endémicos de la Región.

En lo que va de 2025, se ha registrado un aumento de más de ocho veces en los casos en comparación con el mismo período de 2024. Esto se debe a la reactivación periódica de los ciclos de transmisión selvática, con casos de transmisión entre las personas. En total, los países han notificado 221 casos humanos confirmados de fiebre amarilla, incluidas 89 defunciones. En comparación, durante todo el año 2024 se confirmaron 61 casos humanos, incluyendo 30 fallecimientos.

Los casos se localizan en Brasil (110 casos, 44 defunciones), Colombia (64 casos, 26 defunciones), Perú (38 casos, 13 defunciones), Ecuador (6 casos, 5 defunciones) y Bolivia (3 casos, 1 defunción).

Preocupa el hecho de que, si bien en 2024 la mayoría de los casos se notificaron en la región amazónica de Bolivia, Brasil, Colombia, Guyana y Perú, este año también se han reportado casos fuera de dicha región, en zonas como el estado de São Paulo en Brasil (similar al brote de 2016-2018) y el departamento de Tolima en Colombia. La aparición de fiebre amarilla selvática cerca de áreas densamente pobladas aumenta el riesgo de un brote urbano.

Casi todos los casos notificados tanto en 2024 como en 2025 se han producido en personas no vacunadas. Antes de la pandemia de covid, la cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla en los países endémicos de la región oscilaba entre 57% y 100% en niños de 9 a 18 meses de edad. Sin embargo, 10 de los 12 países endémicos tenían tasas de cobertura inferiores al 95% recomendado. Entre 2020 y 2023, estas tasas disminuyeron aún más, dejando sin protección a una proporción considerable de la población.

Aunque la capacidad de vacunación en los países endémicos ha mejorado desde entonces, el suministro limitado a nivel mundial de la vacuna contra la fiebre amarilla sigue representando un desafío, ya que las existencias actuales no permiten cubrir la demanda en las Américas ni en África.



En la evaluación de riesgos emitida el 23 de mayo, la OPS hizo un llamado a la necesidad de reforzar la vigilancia, la vacunación de las poblaciones en riesgo y las estrategias de comunicación, a fin de garantizar la provisión de asesoría en salud pública para las comunidades afectadas y las personas que viajan a zonas donde se recomienda la vacunación.

La OPS también está trabajando con los países endémicos para brindar apoyo técnico orientado a optimizar las estrategias de vacunación. Esto incluye el uso de dosis fraccionadas cuando sea apropiado, así como la identificación de las poblaciones con mayor riesgo y mayor necesidad de vacunación.

La fiebre amarilla es una enfermedad hemorrágica aguda endémica en zonas tropicales de las Américas y África. En las Américas, suele ser transmitida por mosquitos selváticos de los géneros *Haemagogus* y *Sabethes*. Los síntomas suelen aparecer entre 3 y 6 días después de la picadura de un mosquito infectado e incluyen fiebre, dolor muscular, dolor de cabeza, escalofríos, pérdida de apetito, náuseas y vómitos. Aunque los síntomas desaparecen en la mayoría de los pacientes, alrededor de 15% presenta fiebre alta, daño orgánico y, en algunos casos, la muerte.

La OPS continúa monitoreando la situación y apoyando a los países en la adopción de las mejores estrategias para prevenir y responder a los brotes de fiebre amarilla.



El Ministerio de Salud de Costa Rica, en conjunto con la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), informaron sobre la detección y atención de un brote de tos convulsa en la región sur del país.

El 20 de mayo se confirmó un caso de tos convulsa en un hombre de 36 años, educador de un colegio en Golfito y vecino del cantón de Corredores. El paciente recibió tratamiento, se encuentra en buen estado de salud y cumple con las recomendaciones médicas correspondientes.

Tras el diagnóstico, se activó de inmediato el protocolo de vigilancia epidemiológica, realizando barridos comunitarios y búsqueda activa de casos. Se identificaron 79 contactos directos del caso inicial, incluyendo 72 estudiantes, seis docentes y una funcionaria de limpieza. De estos, 31 personas presentaron síntomas, y 14 casos fueron confirmados por laboratorio como positivos para tos convulsa.

Los 14 casos confirmados se encuentran actualmente en aislamiento domiciliario, en buen estado general de salud, bajo tratamiento y seguimiento por parte del equipo interinstitucional.

En Costa Rica, durante el año 2025 se confirmaron 45 casos por laboratorio, con una tasa de incidencia de 0,8 cada 100.000 habitantes.

Las autoridades de salud mantienen una estricta vigilancia y reiteran el llamado a la prevención mediante la vacunación y la consulta oportuna ante síntomas sospechosos.

La Estación Agrícola Experimental de Connecticut (CAES) informó sobre la primera evidencia de infección con *Ehrlichia chaffeensis* en la invasora garrapata de cuernos (*Haemaphysalis longicornis*) en Estados Unidos.

Desde su descubrimiento inicial en Estados Unidos, en agosto de 2017, la garrapata de cuernos se ha expandido a al menos 21 estados, principalmente en el este y noreste (incluido Connecticut), así como en el Distrito de Columbia. Esta garrapata, invasora en Australia, Nueva Zelanda y varias islas del Pacífico, es originaria del este de Asia y prospera en ambientes cálidos y húmedos.

Según los modelos de idoneidad ambiental, esta garrapata se extenderá por todo el este de Estados Unidos, presumiblemente gracias a su capacidad de reproducción partenogenética (sin macho) y su alimentación sin restricciones. *Ehrlichia chaffeensis* es una bacteria gramnegativa transmitida principalmente por la garrapata estrella solitaria (*Amblyomma americanum*). Con frecuencia infecta a los monocitos y causa erliquiosis monocítica humana (EMH). Los síntomas de la EMH pueden comenzar con fiebre alta repentina, dolor de cabeza, dolores musculares, escalofríos y una sensación general de debilidad y fatiga pocas semanas después de la infección inicial. En algunas personas, los síntomas pueden progresar e incluir náuseas, vómitos, diarrea, pérdida de peso o confusión. Si no se trata rápidamente, la EMH puede provocar síntomas potencialmente mortales, como insuficiencia renal e insuficiencia respiratoria en algunos casos. No existe una vacuna para prevenir la erliquiosis. La enfermedad se puede prevenir evitando las picaduras de garrapatas y la infestación en las mascotas y en los jardines por estos parásitos.

Entre 2001 y 2019, el número de casos de EMH aumentó de 142 a 2.093, un incremento de aproximadamente 15 veces. Solo se registraron dos casos de EMH en Connecticut entre 2008 y 2018; sin embargo, se reportaron 28 casos en el estado entre 2019 y 2023. Existe evidencia sólida de que el número de casos de EMH está subregistrado, al igual que ocurre con otras enfermedades transmitidas por garrapatas, y se espera un aumento en los casos de la enfermedad debido a la reciente expansión del área de distribución de la garrapata estrella solitaria, especialmente en el noreste de Estados Unidos.

“La CAES registró el primer espécimen de garrapata de cuernos completamente hinchada que parasita a humanos en Fairfield, Connecticut, y las primeras poblaciones de la garrapata se reportaron en este condado en 2020. Desde entonces, las poblaciones de garrapatas de cuernos se han expandido a varias localidades de los condados de Fairfield y New Haven. Además,



se han recolectado especímenes individuales de garrapatas en New London y otros condados”, afirmó el Dr. Goudarz Molaei, científico investigador y entomólogo médico que también dirige el Programa de Vigilancia Pasiva de Garrapatas y Enfermedades Transmitidas por Garrapatas de la CAES (también conocido como Laboratorio de Pruebas de Garrapatas).

La garrapata de cuernos es una especie con tres hospedadores que se alimenta de una amplia gama de vertebrados. Puede representar un grave riesgo tanto para animales domésticos como salvajes, especialmente para el ganado. Si bien existen registros de picaduras de garrapatas en humanos y se ha recolectado en más de 40 especies de mamíferos y aves en Estados Unidos, no se sabe con qué frecuencia esta especie infesta a los humanos.

En su área de distribución nativa e invadida, se sabe que la garrapata de cuernos transmite una amplia variedad de patógenos. Se ha encontrado evidencia de infección en especímenes recolectados en campo en Estados Unidos con patógenos que causan la borreliosis de Lyme, anaplasmosis, babesiosis, enfermedad por el virus Bourbon y teileriosis; sin embargo, aún se desconoce si la garrapata puede propagar muchos de estos agentes patógenos. Además, se ha observado que la garrapata de cuernos se alimenta de manera parcial de sangre en su búsqueda de hospedadores. Esto podría provocar la propagación de patógenos (como *E. chaffeensis*) a medida que la garrapata intenta completar su alimentación con sangre tras alimentarse parcialmente de un huésped infectado durante la misma etapa de su vida.

La reciente introducción de la garrapata de cuernos y otras garrapatas invasoras en Connecticut y Estados Unidos, su capacidad para establecer poblaciones y expandir su área de distribución geográfica, y su potencial para transmitir patógenos constituyen una importante preocupación para la salud pública y veterinaria. Es crucial concienciar al público sobre los peligros que representan las garrapatas invasoras y las nuevas enfermedades transmitidas por garrapatas. “Un programa riguroso para mitigar los riesgos debe incluir programas ampliados de vigilancia de garrapatas, medidas estrictas para inspeccionar animales, plantas y otros materiales importados en los puertos de entrada, la identificación precisa y adecuada de garrapatas y patógenos exóticos, medidas eficaces de erradicación y prevención, y la capacidad de realizar pruebas en garrapatas exóticas para detectar patógenos tanto nativos como no nativos”, añadió el Dr. Molaei.

El dengue se extiende por Honduras, país centroamericano que suma cuatro personas fallecidas y más de 7.000 infectados en lo que va de 2025, informó el 27 de mayo el jefe del Departamento de Vigilancia de la Salud, Lorenzo Ubaldo Pavón Rodríguez.

“Los casos sospechosos son 7.078 casos, de los cuales el Laboratorio Nacional de Vigilancia de la Salud solo ha podido confirmar 86, y se han recuperado 6.678 casos sospechosos”, detalló Pavón Rodríguez.



El funcionario indicó que las cuatro muertes confirmadas, incluidas las de tres menores de edad, fueron provocadas por el serotipo DENV-3 del virus Dengue.

En Honduras circulan los cuatro serotipos del virus, lo que incrementa el riesgo de complicaciones graves, según advirtieron especialistas.

Los médicos instaron a la población a acudir de inmediato a los centros de salud ante la aparición de síntomas como fiebre alta, dolor de cabeza, vómitos y erupciones cutáneas.

Pavón Rodríguez enfatizó que el dengue es una enfermedad prevenible y que la ciudadanía tiene un papel fundamental en la contención del brote.

En ese sentido, el jefe de vigilancia sanitaria exhortó a evitar la acumulación de agua, recolectar la basura, mantener limpios los patios y eliminar posibles criaderos del mosquito *Aedes aegypti*, transmisor del virus.

Honduras enfrentó en 2019 la peor epidemia de dengue de su historia, con 112.708 casos reportados y 180 personas fallecidas en una población de unos 10 millones de habitantes, según cifras oficiales.

Desde el año 2016, los casos de tos convulsa registraban en México un comportamiento similar hasta el año 2019, con un promedio de 900 casos confirmados por año; sin embargo, en el año 2020, a raíz de la pandemia de covid, la vigilancia epidemiológica de la enfermedad disminuyó, registrándose un decremento en la notificación de casos probables y confirmados. Esta baja en la notificación se sostuvo hasta el año 2023, en el que se registraron 188 casos confirmados, con una incidencia de 0,14 casos cada 100.000 habitantes, seguido de 550 casos confirmados en el año 2024, con una incidencia de 0,41 casos cada 100.000 habitantes.

En 2025, hasta la semana epidemiológica 20, se han reportado 978 casos confirmados de tos convulsa. Los estados que concentran mayor número de casos son Chihuahua (99 casos), Ciudad de México (99), Aguascalientes (96) y Nuevo León (84); entre los cuatro concentraron el 38,65% del total del país. La incidencia nacional fue de 0,73 casos cada 100.000 habitantes y la incidencia más elevada la presentaron Aguascalientes (6,3 casos cada 100.000 habitantes) y Chihuahua (2,89).

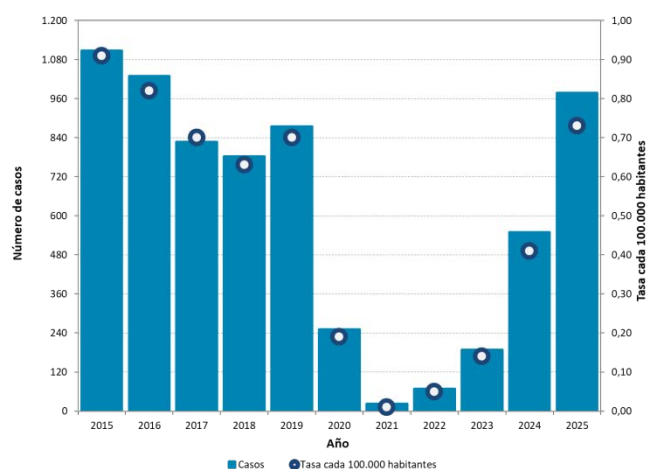
En cuanto a la distribución geográfica, 31 estados han notificado casos, excepto Tabasco. Los municipios que han notificado el mayor número de casos son Aguascalientes (Aguascalientes, 72 casos), Juárez (Chihuahua, 40 casos) y Juárez (Nuevo León, 20 casos), los cuales concentran 13,49% de los casos a nivel nacional.

Defunciones

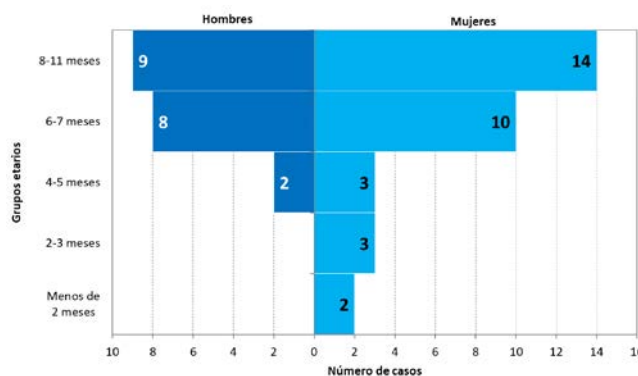
En 2025, hasta la semana epidemiológica 20, se han notificado 51 defunciones por tos convulsa; todas corresponden a menores de 1 año sin antecedente de vacunación, y 96,07% corresponde a menores de 6 meses de edad. En cuanto al sexo, 63% se presentó en mujeres.

En 2024, hasta la semana epidemiológica 20, no se registraban defunciones por tos convulsa; sin embargo, al cierre del año, se contabilizaban 32 muertes por esta enfermedad.

Las defunciones de 2025 se encuentran distribuidas en 17 entidades; aquella con mayor letalidad es Puebla (28,6%), seguida de Tamaulipas (20,0%), Jalisco (14,6%), San Luis Potosí (14,3%) y Chiapas (13,2%).



Casos confirmados de tos convulsa y tasa de incidencia cada 100.000 habitantes. México. Años 2015/2025 (2025 hasta semana epidemiológica 20). Fuente: Secretaría de Salud de México.



Casos fatales de tos convulsa, según sexo y edad. México. Año 2025, hasta semana epidemiológica 20. Fuente: Secretaría de Salud de México. (N=51).

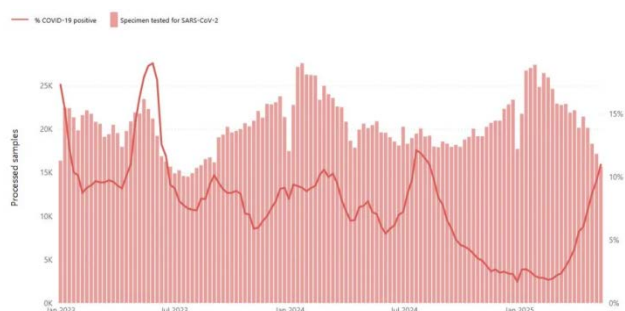
Se observa un aumento de la actividad del SARS-CoV-2 a nivel mundial, según los datos notificados al Sistema Global de Vigilancia y Respuesta a la Gripe (GISRS) desde los centros de vigilancia centinela. Al 11 de mayo de 2025, la tasa de positividad de las pruebas era de 11% en 73 países, zonas y territorios informantes. Este nivel coincide con el pico observado en julio de 2024 (12% en 99 países) y supone un aumento respecto del 2% notificado por 110 países a mediados de febrero de 2025. El aumento de la tasa de positividad se debe principalmente a los países de la Región del Mediterráneo Oriental, la Región del Sudeste Asiático y la Región del Pacífico Occidental.

Los países de la Región de África, la Región de Europa y la Región de las Américas reportan actualmente niveles bajos de actividad del SARS-CoV-2, con un porcentaje de positividad en sitios de vigilancia virológica centinela o sistemática que oscila entre 2% y 3%. Sin embargo, algunas zonas, en particular las subregiones del Caribe y la Subregión Andina de la Región de las Américas, mostraron tendencias crecientes de positividad en las pruebas de detección del SARS-CoV-2 al 11 de mayo. Los datos de monitoreo de aguas residuales disponibles públicamente de los países de la Región de Europa y la subregión de América del Norte siguen siendo bajos y, por el momento, no indican una tendencia al alza en la actividad del SARS-CoV-2 al 11 de mayo de 2025.

Los informes sobre hospitalizaciones, admisiones en unidades de cuidados intensivos (UCI) y muertes asociadas a la covid son muy limitados en los países de la Región del Mediterráneo Oriental, la Región del Sudeste Asiático y la Región del Pacífico Occidental y no permiten que la Organización Mundial de la Salud (OMS) evalúe su impacto en los sistemas de salud.

Evolución y circulación de las variantes del SARS-CoV-2

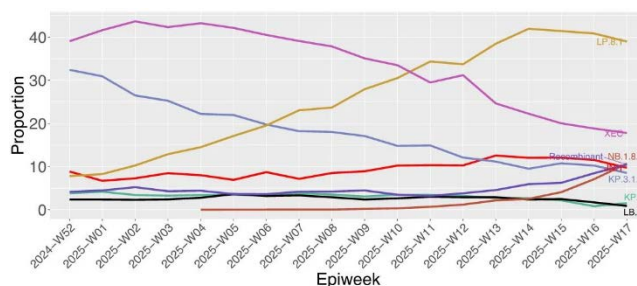
El SARS-CoV-2 continúa evolucionando, y entre enero y mayo de 2025 se produjeron cambios en la dinámica global de sus variantes. A principios de año, la variante más prevalente rastreada por la OMS a nivel mundial fue la XEC, seguida de la KP.3.1.1. En febrero, la circulación de la XEC comenzó a disminuir, mientras que la de la LP.8.1 aumentó, convirtiéndose esta última en la variante más detectada a mediados de marzo. Desde mediados de abril, la circulación de la LP.8.1 ha disminuido ligeramente, a medida que aumenta la detección de la NB.1.8.1.



Muestras analizadas de SARS-CoV-2 y porcentaje de positivos informados desde los sitios centinela a eGISRS de países, áreas y territorios desde enero de 2023 hasta mayo de 2025. Fuente: [Programa Mundial contra la Gripe](#).

Nota: Los datos de las semanas más recientes pueden estar incompletos.

La variante bajo vigilancia (VUM) designada más recientemente es la **NB.1.8.1**, linaje descendiente de la XDV.1.5.1, a su vez descendiente de la JN.1, cuya primera muestra se recolectó el 22 de enero de 2025. En comparación con la variante dominante del SARS-CoV-2, la LP.8.1, la NB.1.8.1 presenta las siguientes mutaciones adicionales en la espícula: T22N, F59S, G184S, A435S, V445H y T478I. Se ha demostrado que las mutaciones en la espícula en la posición 445 aumentan la afinidad de unión al receptor hACE2, lo que podría aumentar la transmisibilidad de la variante; se ha demostrado que las mutaciones en la posición 435 reducen ligeramente la potencia de neutralización de los anticuerpos de clase 1 y 1/4; y se ha demostrado que las mutaciones en la posición 478 mejoran la evasión de los anticuerpos de clase 1/2.



Proporciones de variantes de interés del SARS-CoV-2 y variantes bajo seguimiento de enero de 2025 a mayo de 2025. Fuente: [GISAID](#) y [CoV-SPECTRUM](#).

Al 18 de mayo de 2025, se habían enviado a GISAID 518 secuencias de NB.1.8.1 de 22 países, lo que representa 10,7% de las secuencias disponibles a nivel mundial en la semana epidemiológica (SE) 17 de 2025. Si bien el porcentaje sigue siendo bajo, presenta un aumento significativo respecto del 2,5% registrado cuatro semanas antes en la SE 14 de 2025. Entre la SE 14 y la SE 17 de 2025, se detectó un aumento de la circulación de NB.1.8.1 en las tres regiones de la OMS que comparten sistemáticamente secuencias de SARS-CoV-2, es decir, de 8,9% a 11,7% para la Región del Pacífico Occidental, de 1,6% a 4,9% para la Región de las Américas y de 1,0% a 6,0% para la Región Europea. Sólo hay cinco secuencias NB.1.8.1 de la Región del Sudeste Asiático y ninguna de la Región de África o de la Región del Mediterráneo Oriental.

Actualización sobre la vacunación contra la covid

Según los últimos datos globales disponibles, que abarcan el período comprendido entre el 1 de enero y el 30 de septiembre de 2024, la vacunación contra la covid en los grupos de alto riesgo sigue siendo baja, con importantes disparidades entre regiones y niveles de ingresos. Entre los adultos mayores, solo 1,68% informó haber recibido una dosis hasta el momento en 2024 hasta el 30 de septiembre en 75 Estados miembros que informaron, y entre los trabajadores de la salud y la atención, la cobertura se situó en 0,96% en 54 Estados miembros que informaron. Se estima que 39,2 millones de personas, en 90 Estados miembros que informaron, que representan 31% de la población mundial, habían recibido una dosis en 2024 hasta el 30 de septiembre, incluidos 14,8 millones en el tercer trimestre. La adopción fue notablemente mayor en la Región de las Américas y la Región de Europa, con una cobertura de adultos mayores que alcanzó el 5,1% en la Región de Europa y el 3,6% en la Región de las Américas, en comparación con menos de 0,5% en otras regiones. Se observó una disparidad similar al comparar los países por nivel de ingresos. Los países de ingresos altos y medianos altos (PIA/PIMA) informaron una mayor cobertura de vacunación entre los adultos mayores, con 4,3% y 1,2% respectivamente, en comparación con menos de 0,5% en los países de ingresos bajos (PIB) y los países de ingresos medianos bajos (PIMB). Se observaron patrones similares entre los trabajadores de la salud y la atención, con una cobertura en la Región de las Américas (2,8%) muy superior a la cobertura inferior a 0,5% observada en otras regiones. Entre los grupos de ingresos, los PIMA informaron una cobertura de 2,1%, en comparación con tan solo 0,3% en los PIB y el 0,1% en los PIMB. Los datos completos de vacunación de 2024 se están recopilando actualmente y se publicarán a mediados de julio de 2025.

Las vacunas contra la covid actualmente aprobadas siguen brindando protección contra la enfermedad grave y la muerte. Para garantizar que las vacunas aprobadas sigan siendo efica-

ces, el Grupo Técnico Asesor de la OMS sobre la Composición de las Vacunas contra la Covid (TAG-CO-VAC) sigue monitoreando y revisando el impacto de la evolución del SARS-CoV-2 en el rendimiento de las vacunas disponibles. En mayo de 2025, TAG-CO-VAC recomendó que las vacunas monovalentes dirigidas a los linajes JN.1 o KP.2 siguen siendo apropiadas. También señalaron que las vacunas dirigidas al linaje LP.8.1 pueden considerarse una alternativa adecuada. La vacunación no debe retrasarse. Sin embargo, en previsión del acceso a las vacunas que contienen las variantes más recientes, existe un mayor beneficio en garantizar que las personas con alto riesgo de desarrollar covid grave reciban una dosis de cualquier vacuna disponible en comparación con retrasar la vacunación.

Panorama general de regiones seleccionadas de la OMS

Región del Mediterráneo Oriental

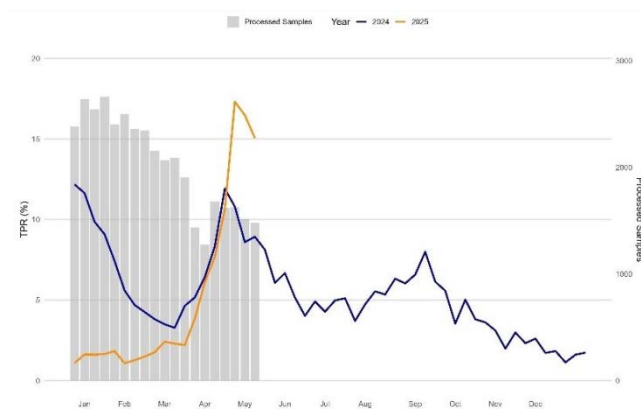
En la Región del Mediterráneo Oriental, se han notificado datos de vigilancia centinela de 12 países mediante las tasas de positividad de las pruebas realizadas en los centros centinela en 2025. La tasa de positividad aumentó de 4% en la SE 13 a 17% en la SE 17 y luego disminuyó a 15% en la SE 19. Tras una menor circulación en las primeras diez semanas de 2025, se observó una marcada tendencia al alza que superó los niveles del año anterior (11% en la SE 17 de 2024). En toda la región, se han observado informes recientes de aumentos en la circulación en cinco países hasta la fecha, entre ellos Arabia Saudí, Egipto, Emiratos Árabes Unidos, Kuwait, Omán y Pakistán.

Región del Sudeste Asiático

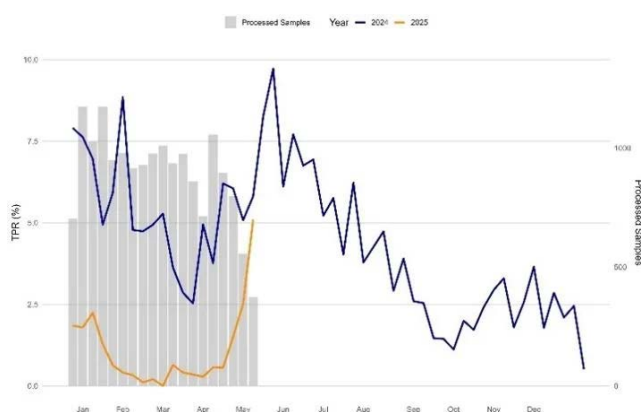
En la región del Sudeste Asiático, ocho países informaron datos de vigilancia centinela en 2025. Desde principios de abril, la tasa de positividad de las pruebas aumentó de 0,5% en la SE 15 a 5% en la SE 19. Aunque a un nivel menor, se observó una tendencia ascendente similar durante el mismo período de 2024, con tasas que aumentaron de 4% en la SE 15 a 6% en la SE 19, y a 10% en la SE 24. Los aumentos recientes se observan en Maldivas y Tailandia. Según los informes nacionales publicados, se observó un aumento en las detecciones de casos de covid en India en la SE 20 y en Tailandia entre la SE 16 y la SE 20.

Región del Pacífico Occidental

En la Región del Pacífico Occidental, diez países y zonas han notificado datos de vigilancia centinela mediante las tasas de positividad de las pruebas realizadas en los centros centinela en 2025. En el último mes, la tasa de positividad aumentó de 5% en la SE 14 a 11% en la SE 19. Tras una menor circulación en las primeras diez SE del año, se observó una marcada tenden-



Muestras analizadas de SARS-CoV-2 notificadas desde sitios centinela a eGISRS de países, áreas y territorios de la Región del Mediterráneo Oriental para 2024 y 2025. Fuente: [Programa Mundial contra la Gripe](#).
Nota: Los datos de las semanas más recientes pueden estar incompletos.



Muestras analizadas de SARS-CoV-2 notificadas desde sitios centinela a eGISRS de países, áreas y territorios de la Región del Sudeste Asiático para 2024 y 2025. Fuente: [Programa Mundial contra la Gripe](#).
Nota: Los datos de las semanas más recientes pueden estar incompletos.

cia al alza, alcanzando niveles similares a los del año pasado (10% en la SE 18 de 2024). Hasta la fecha, se han observado aumentos recientes en cuatro países y zonas: Camboya, China, la Región Administrativa Especial de Hong Kong y Singapur.

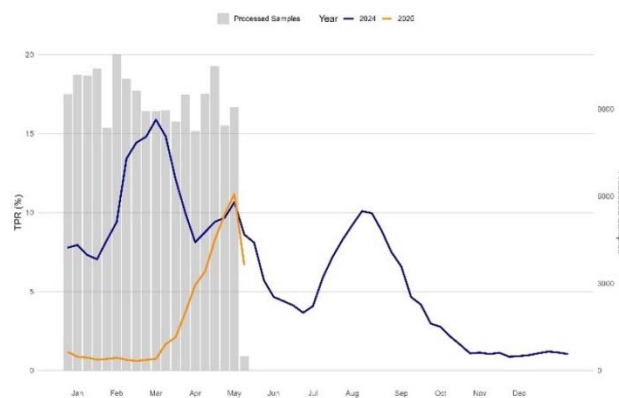
Respuesta de salud pública

Desde el fin oficial de la emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) en mayo de 2023, los Estados Miembros adoptaron diversos enfoques para gestionar la covid y la amenaza de la enfermedad en general. Si bien algunos países integraron las actividades relacionadas con la covid en los programas existentes contra las enfermedades respiratorias, otros permanecen en fases de transición, manteniendo intervenciones verticales específicas a la vez que adaptan los sistemas y las estructuras para la gestión integrada de las enfermedades infecciosas. Esta variación refleja los diferentes contextos nacionales, la disponibilidad de recursos, las capacidades de los sistemas de salud y otras prioridades nacionales.

Las medidas de salud pública de rutina para la covid se integran cada vez más en sistemas más amplios de vigilancia y respuesta. Los países han comenzado a implementar plataformas integradas de vigilancia de enfermedades respiratorias, como eGISRS y la [Coronavirus Network \(CoViNet\)](#), que incluyen vigilancia centinela, caracterización virológica y monitoreo de aguas residuales, lo que permite detectar variantes circulantes del SARS-CoV-2 y proporciona información sobre las tendencias más amplias de las enfermedades respiratorias virales. Las vías clínicas desarrolladas durante la fase aguda de la pandemia de covid se están perfeccionando y manteniendo, lo que facilita el acceso al diagnóstico, tratamiento y atención para las personas con covid y enfermedades post-covid (covid persistente). Los esfuerzos de vacunación siguen siendo fundamentales para la protección de los grupos de alto riesgo, y se ofrecen vacunas actualizadas a través de estrategias de inmunización de rutina o dirigidas, a menudo junto con las de la influenza estacional y el virus sincicial respiratorio. Las actividades de comunicación de riesgos y participación comunitaria continúan informando y empoderando a la población, adaptándose a los contextos locales y a la evolución de los niveles de riesgo percibido.

Sin embargo, la sostenibilidad a largo plazo de estas actividades y la financiación para apoyarlas siguen siendo un desafío en muchos países. Los sistemas de salud se enfrentan a un número cada vez mayor de prioridades contrapuestas, entre ellas otras amenazas de enfermedades infecciosas, la creciente carga de enfermedades no transmisibles, la sobrecarga del personal sanitario y la persistente necesidad de recuperar los servicios esenciales interrumpidos durante la pandemia. Más allá del sector salud, presiones sociales y económicas más amplias, como la inflación, la inestabilidad política y las crisis humanitarias, complican aún más los esfuerzos para mantener la gestión de la amenaza de la covid a gran escala. La OMS y sus asociados siguen apoyando a los países para que afronten estas realidades promoviendo la integración contextual, la priorización y la inversión a largo plazo en sistemas de gestión de la amenaza de las enfermedades respiratorias.

La OMS sigue apoyando a los Estados Miembros convocando y coordinando a las partes interesadas mundiales y las redes pertinentes, elaborando orientaciones y recomendaciones de



Muestras analizadas de SARS-CoV-2 notificadas desde sitios centinela a eGISRS de países, áreas y territorios de la Región del Pacífico Occidental para 2024 y 2025. Fuente: [Programa Mundial contra la Gripe](#).

Nota: Los datos de las semanas más recientes pueden estar incompletos.

políticas basadas en la evidencia y prestando apoyo personalizado para ayudar a los Estados Miembros a crear y mantener capacidades básicas, en colaboración con otros asociados clave.

Evaluación de riesgos de la OMS

Según la última evaluación de riesgos globales de la OMS, que abarca el período de julio a diciembre de 2024, el riesgo para la salud pública mundial asociado con la covid sigue siendo alto. Se ha observado una disminución del impacto en la salud humana a lo largo de 2023 y 2024 en comparación con 2020-2023, debido principalmente a:

- 1) los altos niveles de inmunidad poblacional, logrados mediante infección, vacunación o ambas;
- 2) la virulencia similar de los sublinajes JN.1 del SARS-CoV-2 actualmente circulantes en comparación con los sublinajes Omicron que circulaban previamente; y
- 3) la disponibilidad de pruebas diagnósticas y la mejora en la gestión de casos clínicos.

No obstante, la circulación del SARS-CoV-2 continúa a niveles considerables en muchas zonas, como lo indican las tendencias regionales, sin ninguna estacionalidad establecida y con patrones evolutivos impredecibles. La OMS elabora evaluaciones de riesgos globales de la covid cada seis meses; la evaluación de riesgos globales que abarca el período de enero a junio de 2025 está actualmente en desarrollo.

La OMS continúa monitoreando las variantes emergentes del SARS-CoV-2 y realiza evaluaciones de riesgo para las variantes de interés (VOI) designadas y las VUM con el apoyo del Grupo Asesor Técnico sobre Evolución de Virus (TAG-VE). La evaluación de la VUM predominante actualmente, [LP.8.1](#), y la VUM designada más recientemente, [NB.1.8.1](#), no sugiere un mayor riesgo para la salud pública que estas variantes representan en comparación con otras variantes circulantes.

Para permitir una evaluación y gestión sólidas de los riesgos de la covid, la OMS reitera sus recomendaciones a los Estados Miembros de que sigan vigilando e informando sobre la actividad y la carga del SARS-CoV-2, los impactos de la covid en la salud pública y el sistema de atención de la salud, y fortalezcan la capacidad de secuenciación genómica y la presentación de informes, en particular la información sobre las [variantes del SARS-CoV-2](#), de manera rápida y transparente para apoyar los esfuerzos mundiales de salud pública.

Consejos de la OMS

La OMS aconseja a todos los Estados Miembros que sigan aplicando un enfoque integrado y basado en el riesgo para la gestión de la covid, integrado en programas más amplios de prevención y control de enfermedades, en particular los de otras enfermedades respiratorias, de conformidad con las Recomendaciones Permanentes del Director General de la OMS. La inversión sostenida en las capacidades esenciales de salud pública, en particular la vigilancia colaborativa, la protección comunitaria, la atención clínica, el acceso y la aplicación de medidas de respuesta médica, y la coordinación, es fundamental para monitorear la circulación y la evolución del SARS-CoV-2 y mitigar sus continuos impactos sanitarios y socioeconómicos.

Tras la expiración del último Plan Estratégico Mundial de Preparación y Respuesta (SPRP) de 2023-2025, la OMS publicó un [plan estratégico y operativo de alto nivel para la gestión de la amenaza](#) de la enfermedad por coronavirus. Este plan establece el marco mundial para apoyar a los Estados Miembros en la gestión sostenida, integrada y basada en la evidencia de las amenazas de la enfermedad por coronavirus, incluyendo la covid, el síndrome respiratorio de

Medio Oriente y las posibles nuevas enfermedades por coronavirus de importancia para la salud pública. El plan se basa en los planes estratégicos de preparación y respuesta de la OMS para la covid y los reemplaza. Hace hincapié en la gestión sistemática a largo plazo de la covid y otras enfermedades por coronavirus, integrada en los sistemas nacionales de atención médica y emergencias sanitarias y alineada con estrategias más amplias de gestión de enfermedades respiratorias. Se encuentra disponible un [resumen](#), que ofrece una visión general del plan antes de la publicación de un plan más detallado.

En diciembre de 2024, la OMS publicó un [paquete actualizado](#) de informes de políticas, diseñado para ayudar a los países a formular políticas basadas en la evidencia para gestionar la transmisión del SARS-CoV-2, en particular en poblaciones de alto riesgo y vulnerables, y para reducir la morbilidad, la mortalidad y las secuelas a largo plazo de la covid. Los informes describen las acciones esenciales que los responsables de las políticas nacionales y subnacionales pueden implementar para avanzar hacia la prevención y el control integrales de la covid. Los Estados Miembros deben priorizar los esfuerzos para:

- Mantener sistemas de vigilancia colaborativa de múltiples fuentes y niveles para la detección temprana, el seguimiento de variantes y la evaluación de la carga de enfermedad, utilizando vigilancia centinela y de aguas residuales, integrados en [plataformas de seguimiento de patógenos respiratorios](#).
- Garantizar un acceso equitativo y continuo a las [vacunas contra la covid](#) y su aceptación, en particular entre los grupos de alto riesgo, guiados por las estrategias nacionales de inmunización alineadas con las [recomendaciones del SAGE](#) de la OMS.
- Fortalecer los sistemas de prestación de servicios de salud para garantizar una gestión clínica de alta calidad de la covid y la condición post-covid, integrada en modelos de atención escalables y con estándares sólidos de prevención y control de infecciones.
- Mejorar la comunicación de riesgos y la participación de la comunidad para empoderar a las personas para que tomen decisiones informadas, contrarresten la desinformación y apoyen estrategias de protección lideradas por la comunidad.
- Institucionalizar mecanismos de coordinación nacionales y subnacionales, incluidos los desarrollados durante la fase aguda de la pandemia, en sistemas de gestión de amenazas de enfermedades respiratorias a largo plazo, alineados con un enfoque de Una Salud.

La OMS recuerda además a los Estados Miembros que las [Recomendaciones permanentes del Reglamento Sanitario Internacional \(RSI\) sobre la covid](#), emitidas por el Director General tras la expiración de la ESPII en mayo de 2023, siguen siendo válidas hasta el 30 de abril de 2026. Estas recomendaciones proporcionan orientación continua para la gestión sostenida de la amenaza de la covid, y la OMS alienta a los países a alinear sus políticas nacionales con estas recomendaciones para garantizar una vigilancia y preparación continuas.

La OMS recomienda que los países se mantengan alerta, se adapten a la evolución de las tendencias epidemiológicas y aprovechen las estrategias de gestión de la covid para fortalecer los sistemas frente a todas las amenazas de enfermedades respiratorias. Los Estados Miembros deben seguir ofreciendo vacunas contra la covid de acuerdo con las [recomendaciones de la OMS](#).

Basándose en la actual evaluación de riesgos de este evento, la OMS desaconseja imponer restricciones de viaje o comercio.

Durante casi una década, el Cuerno de África ha luchado contra brotes persistentes de variantes del poliovirus. La baja inmunidad infantil y la falta de vigilancia de los movimientos poblacionales han impulsado la propagación del poliovirus. A nivel programático, la falta de acceso a los niños que viven en zonas inseguras, los diferentes niveles de implicación nacional en las iniciativas de erradicación de la poliomielitis entre países, la limitada coordinación transfronteriza y las respuestas tardías a los brotes han permitido la propagación continua del poliovirus.



Sin embargo, los países del Cuerno de África están redoblando sus esfuerzos para poner fin a estos brotes y abordar esta crisis regional. En el marco de la Asamblea Mundial de la Salud, celebrada del 19 al 27 de mayo de 2025, los ministros de salud del Cuerno de África y los socios de la Iniciativa Mundial para la Erradicación de la Poliomielitis (GPEI) se comprometieron a seguir intensificando los esfuerzos para erradicar la enfermedad en la región. Acordaron establecer un órgano de coordinación interministerial para impulsar acciones coordinadas en los países de la región. Estas iniciativas incluyen la realización de campañas sincronizadas de vacunación contra la poliomielitis, la mejora de la vigilancia del poliovirus, en particular en las fronteras comunes, y el intercambio de información mediante mecanismos de coordinación eficientes.

Más de 18 millones de niños vacunados

Demostrando ya una fuerte coordinación entre países, en un hito crítico –y una de las campañas de vacunación más grandes de la región–, más de 18 millones de niños en Djibouti, Etiopía, Kenya y Somalia fueron alcanzados por una campaña de vacunación contra la poliomielitis sincronizada –o coordinada, donde no fue posible sincronizar– realizada en dos rondas consecutivas entre febrero y abril de 2025.

Durante la primera campaña de vacunación, que comenzó en Somalia en febrero y concluyó en Etiopía y Kenya, los tres países compartieron información en tiempo real sobre la vacunación y la vigilancia del poliovirus, para garantizar que no se pasaran por alto grupos de niños insuficientemente inmunizados ni virus en circulación.

Esfuerzos de vacunación a nivel nacional

Etiopía reforzó la vigilancia y la preparación para prevenir una mayor propagación. En febrero, se vacunaron más de 15 millones de niños. La campaña se lanzó en la región Somali del país.

En Kenya, casi un millón de niños, incluidos 10.000 a lo largo de la frontera con Etiopía y Somalia sólo en los primeros tres días, fueron vacunados en zonas de alto riesgo.

Los equipos de vacunación en Somalia recorrieron 76 distritos del centro y sur del país, vacunando a 2,4 millones de los 2,5 millones de niños menores de cinco años previstos con la nueva vacuna oral contra el poliovirus tipo 2 (nOPV2). El personal sanitario colaboró estrechamente con sus homólogos en Etiopía y Kenya para llegar a todos los niños que cumplen los requisitos y que viven a lo largo de las fronteras o las cruzan.

En Djibouti, más de 155.000 niños recibieron vacunas contra la poliomielitis en abril de 2025 en respuesta a la detección de una variante del poliovirus en un niño y en el ambiente, y para reforzar la inmunidad de los niños dado el alto riesgo de propagación en la región.

Se intensifica la búsqueda del poliovirus

La región también está intensificando los esfuerzos para detectar el poliovirus, especialmente en zonas de alto riesgo, mediante una revisión conjunta de la vigilancia en los países del Cuerno de África. Si bien Kenya no ha notificado casos de variantes del poliovirus en lo que va de 2025, el país detectó síntomas similares a los de la poliomielitis (parálisis flácida aguda) en niños sanos recién llegados al campamento de refugiados de Kakuma mediante la vigilancia continua. Las muestras de heces recolectadas dieron negativo para el poliovirus.

Somalia sigue combatiendo la circulación del poliovirus variante³ desde 2017. En 2024, el virus paralizó a siete niños, pero este año no se han notificado casos hasta el momento.

Etiopía es el nuevo foco de circulación del poliovirus variante tipo 2 en el Cuerno de África; el año pasado se detectó poliovirus variante en 44 niños, lo que refuerza la urgencia de los esfuerzos de respuesta al brote.

“El compromiso demostrado por los países del Cuerno de África al coordinar sus esfuerzos de vacunación contra la poliomielitis refleja la fuerza de la solidaridad regional. Trabajando juntos, garantizamos que el progreso hacia la erradicación de la poliomielitis se mantenga. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la GPEI mantienen su compromiso de apoyar a estos países en su lucha continua contra la poliomielitis”, declaró el Dr. Chikwe Ihekweazu, Director Regional Interino de la OMS para África.

“Enfermedades como la poliomielitis no conocen fronteras y se esconden entre las poblaciones vulnerables. Si bien reconocemos la sólida colaboración de los gobiernos y el personal sanitario de Somalia, Etiopía y Kenya, debemos reconocer que todos podemos hacer más para garantizar que ningún niño quede sin recibir las vacunas contra la poliomielitis y otras vacunas vitales, así como para intensificar los esfuerzos para rastrear, localizar y detener su propagación”, declaró la Dra. Hanan Balkhy, Directora Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental.

La preparación para la campaña de vacunación transfronteriza y la colaboración ocuparon un lugar central durante la reunión de coordinación del Cuerno de África celebrada en Kampala en septiembre de 2024. La OMS, los socios de la GPEI y representantes sanitarios de Djibouti, Etiopía, Kenya, Somalia, Tanzania y Uganda se reunieron para fortalecer los planes transfronterizos y alinearse en las prioridades.

³ El término “poliovirus variante” generalmente se refiere a los poliovirus derivados de la vacuna (cVDPV), que son cepas de poliovirus que han evolucionado a partir de la vacuna oral contra la poliomielitis (OPV) y que pueden causar enfermedad en personas que no están vacunadas o que tienen una respuesta inmune deficiente.



El Ministerio de Salud de Camboya informó el cuarto caso fatal de influenza aviar A(H5N1) en humanos del año, que involucró a un niño de 11 años de la aldea Srey Sampoung, distrito de Samraong Tong, provincia de Kompung Speu, en la parte central del sur del país.



El niño falleció el 27 de mayo tras llegar al hospital con síntomas graves. Ese mismo día, las pruebas realizadas en el Instituto 'Dr. Louis Pasteur' de Camboya confirmaron que sus muestras dieron positivo para el virus de la influenza aviar A(H5N1).

Las investigaciones revelaron que gallinas y patos en las cercanías de la casa del paciente enfermaron y murieron aproximadamente una semana antes de que el niño comenzara con sus síntomas.

Este país del sudeste asiático registra un total de cuatro casos humanos de influenza aviar A(H5N1) en lo que va del año, todos ellos fallecidos, y todos los pacientes presentaban antecedentes de exposición reciente a aves de corral enfermas o muertas antes de su enfermedad. Camboya informó su último caso de influenza aviar A(H5N1) en marzo, que afectó a un niño de 3 años de la provincia de Kratie.

El Ministerio de Salud pidió a la población estar más alerta y no consumir aves enfermas o muertas, afirmando que la influenza aviar sigue amenazando la salud de las personas.

Desde 2003 hasta la fecha, hubo 76 casos humanos de infección por el virus de la influenza aviar A(H5N1), incluidas 47 muertes, según el Ministerio de Salud.

El país reportó un aumento en las infecciones por el virus de la influenza aviar A(H5N1) desde fines de 2023. Algunas se han vinculado a una nueva recombinación entre un clado más antiguo, el 2.3.2.1c, que circula en las aves de corral del sudeste asiático, y genes del clado más reciente, el 2.3.4.4b, que se está propagando globalmente. Hasta el momento, se desconoce qué clado infectó al niño de 11 años.

La Junta de Castilla y León, a través de la Dirección General de Salud Pública y su Servicio de Epidemiología, confirmó un caso de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo tras los análisis practicados por el Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud Carlos III.

El caso confirmado es el de un varón de 70 años de edad que se encuentra ingresado en el Hospital de Salamanca con un cuadro clínico compatible con la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo. Presenta una picadura de garrapata y permanece estable, aunque con la gravedad clínica que implica esta patología, con las medidas de aislamiento y protección de los profesionales sanitarios previstas para estas situaciones.

La Sección de Epidemiología del Servicio Territorial de Sanidad de la Junta de Castilla y León en la provincia de Salamanca, en colaboración con los profesionales sanitarios del Hospital de Salamanca, identificó los contactos de la persona afectada para indicarles el seguimiento a realizar. El protocolo consiste en vigilar periódicamente su temperatura corporal y comunicar a su epidemiólogo de referencia cualquier cambio en su estado de salud.

La fiebre hemorrágica de Crimea-Congo es una enfermedad producida por un virus del género *Nairovirus*, familia *Bunyaviridae*, que provoca fiebres altas, dolor muscular, debilidad, sangrado y hepatitis que puede agravarse a fallo hepático o renal al quinto día del inicio de los síntomas.

En general, uno de cada tres pacientes que enferman fallecen a causa de la enfermedad. En la actualidad no existe ni vacuna ni tratamiento específico contra el virus, aunque se están realizando varios estudios que tratan de comprender su ciclo de vida.

La enfermedad es endémica de África, el sudeste de Europa y Asia, y no suelen darse casos más allá del paralelo 50° Norte (situado aproximadamente a la altura del Canal de La Mancha). Sin embargo, debido al aumento global de las temperaturas, el cambio de los patrones migratorios de las aves y el transporte de animales, cada vez más regiones han avistado la garrapata portadora del virus.

Existe evidencia de la presencia del *Nairovirus* en España desde 2010, pero no ha sido hasta recientemente que han comenzado los esfuerzos para cartografiar su presencia en la península. En 2013 se confirmó la primera transmisión a humanos, en la provincia de Ávila.

La enfermedad es transmitida principalmente por garrapatas del género *Hyalomma*, parásitos hematófagos comunes en humedales y zonas con vegetación alta. Para minimizar el riesgo de picadura por estos artrópodos, los expertos indican la importancia de seguir los caminos marcados, pero en caso de que no se pueda evitar el contacto con la hierba, recomiendan cubrir la piel lo mejor posible. Por ello, entre otras cosas, aconsejan el uso de botas y medias altas, pantalones largos y camisetas de manga larga.

En el hipotético caso que una garrapata entre en contacto con la piel, suelen tardar entre 24 y 48 horas en comenzar a alimentarse. Por este motivo, una buena práctica incluye revisarse las extremidades, las ingles y el cabello tras realizar una caminata por el campo. También es recomendable revisar a las mascotas y colocarles collares antiparásitos. Si se detecta alguno de estos artrópodos, lo ideal es tratar de retirarla con los dedos o con pinzas, lentamente, estirando en la dirección del cuerpo del artrópodo y evitando su aplastamiento. De este modo disminuye la probabilidad de que parte de la garrapata quede clavada en la piel, lo que puede dar lugar a complicaciones médicas. Tras esto, es importante vigilar la aparición de enrojecimientos en la zona y de los síntomas compatibles con alguna de las enfermedades transmitidas por garrapatas, especialmente la fiebre.

En la actualidad, el Instituto Nacional de Investigación y Tecnología Agraria y Alimentaria está llevando a cabo el proyecto Gares, en el que piden colaboración ciudadana y profesional para reportar las distintas especies de garrapatas presentes en España. Hasta la fecha, han conseguido elaborar un mapa mucho más completo que los europeos con las 6 especies de garrapatas más comunes en el país. En él, además, indican las posibles enfermedades que transmiten a los humanos cada una de las especies.

Además del virus de la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo, las garrapatas también actúan como vector para otros virus, bacterias y parásitos. Por ello, existe una preocupación entre las autoridades sanitarias por la multiplicación de casos en España de otras enfermedades transmitidas por garrapatas como la borreliosis de Lyme o la rickettsiosis, provocadas por bacterias.

El *Orthonairovirus* de la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo es un virus con una alta tasa de mutaciones, por lo que, aunque se conocen siete variantes, pueden existir distintas cepas en la misma región. En España, por ejemplo, se conocen al menos tres variantes que infectan a las garrapatas y que pueden ser transmitidas a los humanos.

España no es el único país en riesgo por la expansión de esta enfermedad. Recientes estudios epidemiológicos muestran que hasta 10% del ganado en Córcega podría haber estado expuesto al virus, y en países como Afganistán, cada año se reportan alrededor de 500 casos humanos.

Con el aumento de las temperaturas, las garrapatas podrían seguir expandiéndose y colonizando más zonas, por lo que es importante estudiar su presencia e implementar sistemas de vigilancia que permitan detectar la enfermedad en la fauna silvestre o estabulada. De este modo, también se podrían identificar áreas en las que el virus ya esté presente, pero no se ha detectado todavía por no estar realizándose un seguimiento.



El Departamento de Salud de Hawai'i confirmó que hasta el 15 de mayo de 2025 se han registrado 108 casos de tos convulsa en el estado. Esta cifra ya supera los 84 casos reportados durante todo el año 2024, según un comunicado oficial publicado el 17 de mayo.

La mayoría de los casos se concentran en las islas de Maui y Hawai'i (Isla Grande), y afectan a menores de edad y adultos que no completaron el esquema de vacunación. El Departamento de Salud señaló que la enfermedad se transmite por vía aérea y es altamente contagiosa, por lo que puede expandirse rápidamente en comunidades con baja cobertura de inmunización.

La aparición de nuevos contagios en el estado coincide con una tendencia nacional de disminución en las tasas de vacunación infantil desde 2019. Las autoridades estatales reiteraron la necesidad de mantener esquemas de vacunación completos, especialmente en contextos escolares y familiares, para evitar una propagación sostenida de la enfermedad.

Las complicaciones de la enfermedad incluyen neumonía, apnea, convulsiones, encefalopatía y muerte, especialmente en menores de seis meses. El Departamento de Salud advirtió que los lactantes no vacunados presentan mayor riesgo de desarrollar síntomas graves que requieren hospitalización.

Según datos estatales, el incremento de casos está relacionado con la disminución de la vacunación sistemática en la infancia, una tendencia que se ha acentuado tras la pandemia. La cobertura de inmunización para enfermedades como tos convulsa, sarampión, poliomielitis y varicela ha descendido en Hawai'i y a nivel nacional.

La protección que brinda la vacuna triple bacteriana acelular (DTaP) –recomendada para niños menores de siete años– alcanza cerca de 98% durante el primer año tras la última dosis, pero esta efectividad se reduce a 70% cinco años después. Esta merma en la inmunidad refuerza la importancia de aplicar los refuerzos con la vacuna Tdap en adolescentes y adultos.³

El diagnóstico temprano de la tos convulsa puede ser difícil, ya que los síntomas iniciales son similares a los de otras infecciones respiratorias. La enfermedad puede tratarse con antibióticos como la doxiciclina, pero la vacunación sigue siendo la mejor herramienta preventiva.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) recomiendan cinco dosis de la vacuna DTaP: a los 2, 4, 6 y entre 15-18 meses, con un refuerzo entre los 4 y 6 años. En la adolescencia se aplica una dosis de Tdap, seguida por refuerzos periódicos durante la adultez.

El Departamento de Salud también promueve la vacunación en mujeres embarazadas durante el tercer trimestre con Tdap, lo que permite transferir anticuerpos protectores al recién nacido antes de que reciba su propia inmunización.

³ La vacuna DTaP se administra a bebés y niños pequeños en una serie de cinco inyecciones: a los 2 meses, 4 meses, 6 meses, entre los 15 y 18 meses y, nuevamente, entre los 4 y 6 años de edad. Los bebés no se consideran protegidos hasta que hayan recibido las tres primeras dosis, llamadas la serie primaria. Las dos dosis posteriores son dosis de refuerzo.

La vacuna Tdap contiene menores cantidades de proteínas de difteria y tos convulsa. Se recomienda para la mayoría de las personas mayores de 11 años que no la hayan recibido previamente. Los adultos deben recibir una dosis de Tdap o Td cada 10 años, así como si tienen una herida que requiera la vacunación contra el tétanos.

La vacuna Td es la que comúnmente se piensa cuando se necesita una dosis de refuerzo contra el tétanos. Al igual que la Tdap, contiene menores cantidades de proteína diftérica para reducir los efectos secundarios en adultos. Los adultos deben recibir una dosis de Tdap o Td cada 10 años, así como si tienen una herida que justifique la vacunación contra el tétanos.

El Departamento de Salud recomienda que las personas que hayan estado expuestas a un caso confirmado de tos convulsa contacten a un profesional médico, incluso si están asintomáticas. En ciertos casos –como lactantes, embarazadas o personas inmunocomprometidas– se puede indicar tratamiento profiláctico con antibióticos.

Los centros educativos y de cuidado infantil tienen la obligación de reportar casos sospechosos a las autoridades sanitarias. El aislamiento inmediato del caso es crucial para evitar nuevos contagios. Tanto los CDC como el Departamento de Salud destacan que la vigilancia clínica y la vacunación comunitaria siguen siendo las medidas más eficaces para limitar la propagación.

Brotes de otras enfermedades prevenibles en Hawai'i

En abril de 2025, el Departamento de Salud estatal reportó dos casos importados de sarampión, aunque no se detectó transmisión local. Sin embargo, la institución advirtió sobre el riesgo constante de nuevos contagios asociados a viajeros no vacunados, y recordó la necesidad de mantener alta la cobertura de la vacuna triple viral.

La situación en Hawai'i se enmarca en un aumento nacional de casos de sarampión, con más de 1.000 infecciones reportadas en 30 estados en lo que va de 2025. Las autoridades federales han reiterado la importancia de sostener los programas de inmunización frente a enfermedades que habían sido controladas en décadas anteriores.

La situación en Gaza ha empeorado. Las operaciones militares en curso, los desplazamientos constantes y la escasez de zonas seguras dificultan la supervivencia, especialmente de los niños.

El acceso a necesidades básicas como agua potable, alimentos, atención médica y educación sigue estando gravemente restringido. La destrucción de la infraestructura y la falta de corredores humanitarios han aislado a las comunidades y las han puesto en riesgo.

El personal de SOS Children's Villages, niños no acompañados y separados y familias desplazadas internamente viven actualmente juntos en un campamento de tiendas de campaña que la organización estableció en Khan Younis.

Los niños bajo el cuidado de SOS Children's Villages en Gaza "sufren constantemente problemas respiratorios y gripe severa debido al polvo causado por los bombardeos", siendo los menores de un año los más afectados, según el personal que trabaja en Gaza para esta organización benéfica, la más grande del mundo enfocada en apoyar a niños y jóvenes que no tienen, o están en riesgo de perder, el cuidado de sus padres.

SOS Children's Villages opera en Gaza y Cisjordania desde 1968. En mayo de 2024, las residencias gestionadas por SOS Children's Villages en Rafah tuvieron que ser evacuadas. Ese mismo año, estas residencias quedaron reducidas a escombros debido a los intensos bombardeos en Rafah, dejando a niños, ya de por sí vulnerables, desplazados permanentemente.

Estos mismos niños viven ahora en un campamento de SOS Children's Villages en Khan Younis, donde las bombas caen a tan solo 800 metros de su alojamiento temporal. Con la creciente falta de claridad en torno a las zonas humanitarias en Gaza, los niños corren más riesgo que nunca.

Se estima que 15.613 niños han muerto desde que comenzó el conflicto y se calcula que más de un millón necesitan apoyo psicosocial y de salud mental.

Además del riesgo inmediato de lesiones, desnutrición y muerte, SOS Children's Villages alerta sobre el impacto a largo plazo en la salud de los niños de Gaza debido a los constantes bombardeos. El personal de la organización en Gaza declaró que existe poca concienciación sobre el riesgo del amianto en las comunidades locales, y muchos se ven obligados a vivir entre los escombros de lo que solían ser sus hogares.

El director del programa de SOS Children's Villages en Gaza dijo: "En Gaza, particularmente en nuestro campamento, nuestros niños, especialmente los menores de un año, sufren constantemente problemas respiratorios y una gripe severa debido al polvo causado por los bombardeos".



El campamento temporal de SOS Children's Villages en Khan Younis alberga un total de 151 personas: 38 niños no acompañados y separados de sus familias, cinco niños en cuidados alternativos de larga duración, 11 cuidadores y 19 empleados con sus familias. El campamento tiene una superficie de 10.000 m² y la instalación incluye medidas de protección.

El campamento está bajo mucha presión debido al conflicto en curso y al acceso limitado a los servicios básicos. Los cuidadores hacen todo lo posible por mantener la estabilidad y atender las necesidades diarias de los niños, a pesar de los crecientes desafíos.

Al mismo tiempo, los cuidadores se encuentran bajo una enorme presión emocional. Mientras trabajan incansablemente para cuidar a los niños, están profundamente preocupados por sus propias familias fuera del campamento. Muchos de ellos permanecen en condiciones inseguras o inestables. Esta doble carga afecta su bienestar y aumenta el riesgo de agotamiento.

Los niños en el campamento temporal de Khan Younis están expuestos “al polvo incluso si hay distancia entre ellos y el lugar del bombardeo, y nosotros dentro del campamento experimentamos esto muchas veces, afectados por el polvo del bombardeo a pocos kilómetros de nosotros: contamina nuestro aire, nuestras pertenencias, nuestra comida y la atmósfera que nos rodea”.

El equipo también observó un aumento de enfermedades como infecciones respiratorias agudas, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y neumonía.

El director del programa de SOS Children's Villages en Gaza continuó: “El conflicto en curso, sumado a la contaminación atmosférica por polvo y escombros, ha contribuido al aumento de estas condiciones. Además, la falta de acceso adecuado a la atención médica y el hacinamiento en los refugios no han hecho más que agravar estos problemas respiratorios”.

Los niños se ven afectados desproporcionadamente por el conflicto en Gaza. SOS Children's Villages exige un alto el fuego permanente y un aumento de la ayuda humanitaria a Gaza para garantizar que los niños no tengan que seguir soportando las peores consecuencias del conflicto.

El estado psicológico de los niños es profundamente preocupante. Muchos presentan signos de trauma, ansiedad, miedo y retraimiento emocional. La exposición constante al conflicto, el desplazamiento y la inestabilidad continúa teniendo un alto costo y, lamentablemente, las causas profundas de esta angustia, como la inseguridad, el ruido de los bombardeos y la separación de la familia, se mantienen sin cambios.

En Gaza, la situación es desesperada. El desplazamiento, la destrucción de viviendas y el colapso de servicios esenciales, como la atención médica, el agua y la educación, han afectado a casi todas las familias. Los niños son los más afectados. Muchos han sido separados de sus padres, han resultado heridos o se han visto obligados a vivir en refugios superpoblados e inestables.

Además del desgaste psicológico de la guerra, ahora deben hacer largas filas para conseguir alimento. Deben buscar agua limpia para beber o lavarse. Y deben afrontar tareas cotidianas de supervivencia que superan con creces su edad.

La mayoría de los niños han estado aislados de la educación durante meses, sin poder acceder a las escuelas ni participar en ninguna forma de aprendizaje.

Las familias luchan por mantener incluso las rutinas más básicas, y cuanto más persista el conflicto, más profundo e irreversible será el impacto en el bienestar de los niños.

Los equipos de SOS Children's Villages no están trabajando actualmente en refugios y la acción humanitaria se ha detenido porque se rompió el alto el fuego, por lo que las interrupciones ahora amenazan las intervenciones para más de 30.000 personas.

El acceso humanitario inmediato y sostenido es esencial para entregar alimentos, agua, ayuda médica y apoyo psicológico. Un alto el fuego es fundamental para facilitar la entrega de ayuda y reducir la amenaza constante a la vida.

Existe una necesidad urgente de brindar opciones de reubicación seguras para las familias en condiciones de hacinamiento o inseguras. Es imprescindible un mayor apoyo y financiación internacional para la protección infantil y los servicios psicosociales para ayudarlos a recuperarse y estabilizarse. Además de ingentes esfuerzos de planificación y reconstrucción a largo plazo para reconstruir viviendas familiares, escuelas e infraestructura esencial, garantizando al mismo tiempo la protección de los derechos de los niños.

La situación es tan crítica que el personal de la organización está teniendo dificultades para responder incluso a las necesidades más básicas, como alimentos, agua potable y refugio seguro.

A pesar de estos desafíos, está haciendo todo lo posible dentro de sus posibilidades. A través del programa de fortalecimiento familiar, los equipos mantienen contacto con las familias mediante llamadas telefónicas, ofreciéndoles primeros auxilios psicosociales, apoyo emocional y orientación básica sobre estrategias de afrontamiento.

El alcance general sigue siendo limitado debido a los desplazamientos, las barreras de comunicación y la magnitud de los bombardeos. Actualmente, las intervenciones psicosociales estructuradas y comunitarias no son viables fuera del campamento en Khan Younis, pero los miembros de la organización mantienen su compromiso de ampliar su apoyo tan pronto como las condiciones y el acceso lo permitan.

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.
--	--	---