

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de sarampión
- Salta: Confirmaron un caso de botulismo del lactante en el departamento Anta

AMÉRICA

- Estados Unidos: Aumentan los casos de fiebre del Nilo Occidental y generan alertas sanitarias
- Estados Unidos: La tasa de hospitalización por influenza en 2024/2025 fue la más alta en una década

- Perú: Detectan al mosquito *Aedes aegypti* en comunidades rurales amazónicas

- Venezuela: En búsqueda de casos de tracoma en 14 comunidades yanomami

EL MUNDO

- Chad: Situación epidemiológica del cólera
- Europa: *Candidozyma auris* resistente a los fármacos se propaga rápidamente en hospitales
- Francia: Reportaron 38 nuevos casos autóctonos de fiebre chikungunya en la última semana

- Luxemburgo: 28 casos de infección por *Escherichia coli* enterohemorrágica en lo que va del año

- Namibia: Se implementó la vacunación contra el VPH para ayudar a erradicar el cáncer de cuello uterino

- Palestina: La desnutrición y los déficits nutricionales como factores agravantes del síndrome de Guillain-Barré

- República Democrática del Congo: Se intensifica la respuesta al brote de enfermedad por el virus del Ébola

- Tailandia: Bangkok emite "alertas de alto riesgo" por casos de rabia en perros callejeros

- Vanuatu: Un brote de tos convulsa ya causó tres muertes

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.

Situación actual

En 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 35, se notificaron en Argentina 2.983 casos de enfermedad febril exantemática (EFE). A partir de la 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 la SE 13.

La notificación muestra una sensibilización del sistema de vigilancia, con una respuesta oportuna ante la comunicación de riesgo.

Del total de casos notificados en 2025, hasta la SE 35:

- 35 casos fueron confirmados por laboratorio o nexo epidemiológico;
- 2.659 casos fueron descartados tras la evaluación clínica, epidemiológica y/o laboratorio;
- 289 casos se encuentran actualmente en estudio, en proceso de investigación epidemiológica y/o diagnóstico por laboratorio.

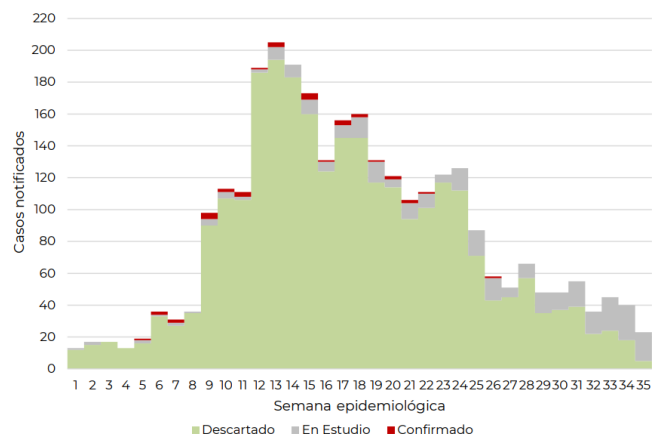
La proporción de casos descartados sobre el total notificado es de 89%. La cifra de casos en estudio refleja la actividad continua de evaluación de los eventos notificados.

Distribución geográfica

Uno de los indicadores para monitorear la sensibilidad y calidad de la vigilancia epidemiológica del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, es el cumplimiento de la tasa mínima anual esperada de casos sospechosos de sarampión y rubéola, fijada en al menos 2 notificaciones cada 100.000 habitantes.

Del análisis de la información notificada hasta el 30 de agosto se identifican tres situaciones diferenciadas entre las jurisdicciones:

- Jurisdicciones que ya alcanzaron o superaron la cantidad esperada de notificaciones para todo el año: Este grupo incluye a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y las provincias de Buenos Aires, Catamarca, Chaco, Chubut, Entre Ríos, Jujuy, La Pampa, Mendoza y



Casos notificados de enfermedad febril exantemática, según clasificación y semana epidemiológica. Argentina. Año 2025, hasta semana epidemiológica 35. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N= 2.983).

Santa Cruz. En particular, Buenos Aires (1.837 notificaciones) y la CABA (686) presentan cifras muy por encima de lo esperado si se considera el total anual. La provincia de Chaco alcanzó las notificaciones esperadas para todo el año.

- Jurisdicciones que no superaron el total anual esperado, pero se encuentran por encima del valor esperado para la SE vigente. En este grupo se encuentran Córdoba, Neuquén, San Juan, San Luis y Tierra del Fuego.
- Jurisdicciones con notificaciones por debajo del valor esperado para esta fecha. Este es el caso de Corrientes, Formosa, La Rioja, Misiones, Río Negro, Salta, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán, donde resulta clave reforzar las acciones de sensibilización y detección oportuna para alcanzar los estándares establecidos.

Este análisis permite monitorear periódicamente el desempeño del sistema de vigilancia en las distintas jurisdicciones y orientar acciones correctivas en tiempo oportuno.

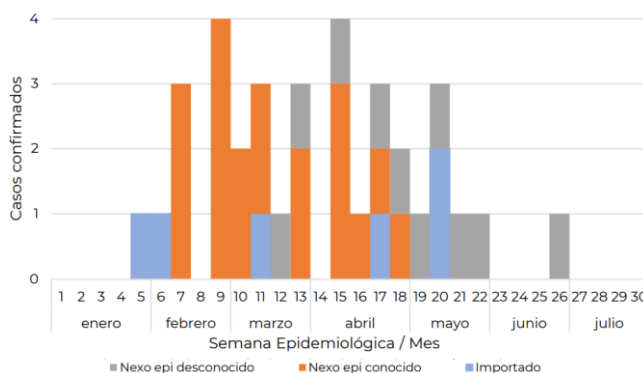
Jurisdicción	Confirmados	Notificaciones totales actuales	Tasa cada 100.000 hab.	Notific. mínimas esperadas actuales	Notific. esperadas anuales
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	13	686	22,2	41	62
Buenos Aires	21	1.837	10,0	245	367
Catamarca	—	12	2,8	6	9
Chaco	—	25	2,0	17	25
Chubut	—	22	3,3	9	13
Córdoba	—	74	1,9	53	79
Corrientes	—	3	0,3	16	23
Entre Ríos	—	39	2,7	19	29
Formosa	—	3	0,5	8	13
Jujuy	—	35	4,3	11	16
La Pampa	—	21	5,6	5	7
La Rioja	—	2	0,5	6	8
Mendoza	—	63	3,0	28	42
Misiones	—	9	0,7	18	27
Neuquén	—	9	1,3	9	14
Río Negro	—	8	1,0	11	16
Salta	—	18	1,2	20	30
San Juan	—	13	1,6	11	16
San Luis	1	9	1,7	7	11
Santa Cruz	—	12	2,9	5	8
Santa Fe	—	48	1,3	49	73
Santiago del Estero	—	13	1,3	14	21
Tierra del Fuego	—	3	1,5	3	4
Tucumán	—	19	1,1	24	36
Totales	35	2.983	6,3	635	949

Casos notificados y confirmados, tasa cada 100.000 habitantes y notificaciones esperadas para el período actual, según jurisdicción. Argentina. Año 2025, hasta semana epidemiológica 35. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Caracterización de los casos confirmados

De los 35 casos confirmados en 2025, 13 corresponden a la CABA, 21 a la provincia de Buenos Aires, y un caso importado de la provincia de San Luis.

Desde la SE 5 (fines de enero) hasta la SE 22 (fines de mayo), se presentaron casos en todas las SE, con excepción de la SE 8 y la SE 14. En las SE 23, 24 y 25 (inicios de junio), no se notificaron casos, y en la SE 26 se notificó el último hasta la fecha.



Casos confirmados de sarampión, según clasificación epidemiológica y semana epidemiológica. Argentina. Año 2025, hasta semana epidemiológica 30. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N= 35).

Este último hecho demuestra que existen casos no detectados por el sistema de salud o el sistema de vigilancia, ya que a la fecha de aparición del caso 35 no se esperaban casos secun-

darios de los casos confirmados anteriormente. Por ello, además de no contar con nexo con ninguno de los casos anteriores, se puede asumir la pérdida de detección de casos.

En relación con el nexo, la mayoría de los casos se presentan con nexo epidemiológico conocido, especialmente en los inicios del brote, correspondiente a los meses de febrero, marzo y abril. Los casos con nexo epidemiológico desconocido se presentan mayormente hacia fines de abril. Los últimos cinco casos de transmisión comunitaria presentan nexo desconocido, aunque en alguno de ellos se pudo identificar por laboratorio genético que se trata del mismo linaje que los primeros casos importados.

En lo que respecta a la distribución por grupos etarios, la mayor proporción de casos confirmados se presenta en los menores de 5 años (17 casos; 49%).

Del total de casos confirmados (35 casos), 27 deberían haber recibido una o dos dosis de vacuna con componente antisarampionoso, de acuerdo con el calendario de vacunación vigente, según su edad. De las 27, seis no recibieron ninguna dosis, y de estos, cinco pertenecen al grupo de 1 a 4 años de edad.

La proporción de casos que han recibido al menos una dosis de vacuna, considerando los 27 casos mayores de 1 año, es de 50%, siendo mayor en los grupos de edad de 15 a 29 años.

La categoría “sin datos” es elevada en algunos grupos (20 a 29 y 30 a 39 años), lo que indica una falta de registro sobre el estado de vacunación. Esta limitación dificulta la evaluación completa de la situación.

En lo que respecta al sexo, se observa que 57% fueron varones, mientras que 43% eran mujeres.

Seguimiento de los casos confirmados

Al 21 de julio, se encuentran realizándose las acciones de control y seguimiento vinculadas al último caso notificado (caso 35). El último caso confirmado presenta fecha de exantema el 25 de junio de 2025.

Las acciones de control las están realizando la jurisdicción, y se contemplarán los tiempos de posible aparición de casos secundarios y el seguimiento de los contactos.

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.

El Ministerio de Salud Pública de Salta notificó un nuevo caso de botulismo del lactante, en una paciente de 3 meses de edad, con domicilio en Apolinario Saravia, departamento Anta.

Inició con síntomas el 15 de agosto en su ciudad, fue llevada para una consulta médica en el Hospital Público Materno Infantil. El 22 del mismo mes fue atendida en dicho hospital, donde permanece internada bajo tratamiento de un equipo interdisciplinario. La paciente se encuentra hemodinámicamente compensada.



Con este, ya son dos los casos confirmados de botulismo del lactante en la provincia en lo que va de 2025.

El botulismo del lactante es una enfermedad poco frecuente pero potencialmente mortal que afecta a niños menores de un año y resulta de la ingestión de la espora de la bacteria *Clostridium botulinum*.

Esas esporas, que no ocasionan enfermedad cuando son consumidas por adultos saludables, pueden colonizar, germinar, multiplicarse y generar sustancias altamente tóxicas (toxina botulínica) en el tracto intestinal de los bebés menores de un año.

Esto se debe a la ausencia fisiológica del nivel de acidez gástrica y de flora protectora en el aparato gastrointestinal de los niños en esa franja etaria.

La bacteria puede encontrarse en sedimentos de agua dulce y salada, en el polvo y el suelo y contaminar ciertos alimentos. Algunas verduras, las especias, las hierbas, los té y la miel han sido asociados epidemiológicamente a la ocurrencia de esta enfermedad.

El botulismo del lactante es una enfermedad poco frecuente pero grave, causada por la bacteria *Clostridium botulinum*. En los bebés menores de 12 meses, el intestino aún no tiene una microbiota lo suficientemente desarrollada para impedir que las esporas de *C. botulinum* germinen. Si el bebé ingiere esporas (por ejemplo, a través de polvo, tierra o miel), estas pueden crecer dentro del intestino y producir la toxina botulínica, que afecta el sistema nervioso.

Los síntomas típicos suelen aparecer de forma gradual, y pueden incluir estreñimiento persistente (a menudo es el primer signo), debilidad muscular (el bebé se ve "flácido"), llanto débil o ronco, dificultad para la succión y la alimentación, párpados caídos, dificultad para controlar la cabeza y, en los casos graves, problemas para respirar.

La edad de mayor riesgo es, generalmente, entre los 2 y 8 meses de vida, aunque puede ocurrir hasta el año.

Se trata de una urgencia médica. Se utiliza una inmunoglobulina específica para neutralizar la toxina. También se da soporte respiratorio y nutricional según la gravedad. La mayoría de los bebés se recupera por completo si reciben atención médica a tiempo.



ESTADOS UNIDOS

AUMENTAN LOS CASOS DE FIEBRE DEL NILO
OCCIDENTAL Y GENERAN ALERTAS SANITARIAS

10/09/2025

Las infecciones por el virus del Nilo Occidental se han incrementado en lo que va del año en Estados Unidos, con un 40% más de lo habitual, según los funcionarios de salud.

Hasta principios de septiembre se reportaron más de 770 casos, incluidos alrededor de 490 graves, según datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) publicados esta semana. Normalmente, en esta época del año suelen registrarse aproximadamente 550 casos, de los cuales 350 son graves.



Hembra del mosquito *Culex quinquefasciatus*, posada sobre la piel de una persona.

Las autoridades sanitarias están intensificando los avisos a la población, ya que la mayoría de los casos de esta enfermedad transmitida por mosquitos se reportan en agosto y septiembre.

“El virus del Nilo Occidental puede causar una enfermedad muy grave y su presencia en los mosquitos sigue siendo alta en este momento en Massachusetts”, señaló la semana pasada el comisionado de salud pública del estado, Dr. Robbie Goldstein.

La población puede protegerse usando pantalones y camisas de manga larga cuando sea posible, y un repelente de insectos registrado por la Agencia de Protección Ambiental si van a pasar tiempo al aire libre, de acuerdo con los funcionarios de salud.

El virus del Nilo Occidental se reportó por primera vez en Estados Unidos en 1999 en New York, y luego se extendió gradualmente por todo el país. Alcanzó su punto máximo en 2003, cuando se registraron casi 10.000 casos.

Los científicos dicen que mucha gente –quizás decenas de miles cada año– se infectan pero no lo saben porque no desarrollan síntomas, o son leves, como dolor de cabeza, dolor corporal o en las articulaciones, vómitos, diarrea y erupciones.

En casos graves, los daños en el sistema nervioso central causan encefalitis, e incluso la muerte.

En la última década, los funcionarios de salud han recibido reportes de una media de 2.000 casos anuales, incluyendo 1.200 enfermedades neurológicas potencialmente letales y alrededor de 120 muertes. Los decesos van camino de aumentar este año, indicaron los funciona-

rios de los CDC, que se negaron a discutir detalles alegando que las estadísticas de mortalidad son todavía preliminares.

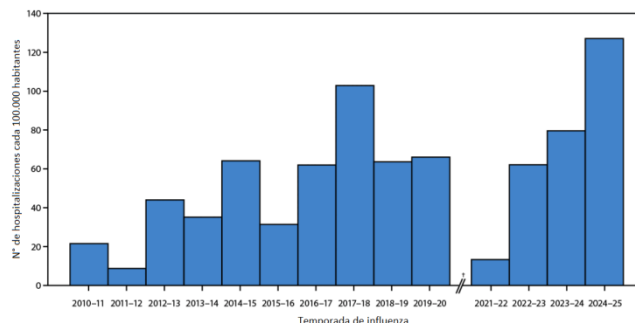
El problema no es que haya más mosquitos este año, sino que una mayor proporción de los insectos porta el virus, señalaron. Las tasas de infección de mosquitos pueden verse afectadas por factores como la temperatura, la lluvia, las campañas de control de insectos que se llevan a cabo y cuántas aves cercanas están infectadas.

Colorado, que tiende a registrar más afectados por el virus del Nilo Occidental, reportó alrededor de 150 de los casos del país, más del doble que otros estados.

Fort Collins es una zona de alta incidencia. “Los controles del mes pasado en una zona en la parte suroeste de la ciudad encontraron que 35 cada 1.000 mosquitos hembra estaban infectados, mucho más de los ocho cada 1.000 que se esperaría para esa época del año”, dijo Roxanne Connelly, una entomóloga de los CDC que vive allí.

Aunque el motivo no está claro, señaló que ha sido un año húmedo y cálido.

La temporada de influenza 2024-25 en Estados Unidos fue clasificada como de alta severidad, una categoría reservada para aquellas temporadas en que la carga de enfermedad excede ampliamente los promedios históricos. Esto se determinó a partir de la vigilancia de hospitalizaciones confirmadas por laboratorio, que mostraron niveles muy por encima de las temporadas anteriores. De hecho, la tasa acumulada de hospitalización fue la más alta registrada desde que comenzaron las estimaciones sistemáticas en la temporada 2010-11, lo que convierte a esta temporada en un evento de particular importancia para la salud pública.



Tasas acumuladas de hospitalización asociada a influenza confirmada por laboratorio, según temporada. Estados Unidos. Temporadas 2010-11 a 2024-25. Fuente: Red de Vigilancia de Hospitalización por Influenza.

Nota: El dato de la temporada 2020-21 se excluyó del análisis debido a las bajas cifras.

En números absolutos, entre el 1 de octubre de 2024 y el 30 de abril de 2025 se reportaron casi 39.000 hospitalizaciones por influenza en la red de vigilancia FluSurv-NET. Esta red cubre alrededor de 9% de la población estadounidense, lo que permite extrapolar tendencias al conjunto del país. La tasa de hospitalizaciones fue de 127,1 cada 100.000 habitantes, casi el doble de la mediana histórica de aproximadamente 62 cada 100.000 para las temporadas 2010-11 a 2023-24, excluyendo la temporada atípica de 2020-21, que se vio muy afectada por las medidas de prevención implementadas durante la pandemia de covid. Estos datos indican que no se trató de un simple aumento estacional, sino de una temporada caracterizada por una circulación viral especialmente intensa.

El análisis por grupos de edad mostró que los adultos mayores fueron los más afectados, como suele suceder en las temporadas de influenza. Las personas de 75 años o más tuvieron una tasa de casi 600 hospitalizaciones cada 100.000, más de cuatro veces la media nacional. Les siguieron los adultos de 65-74 años y los de 50-64, ambos con tasas muy superiores a las de los jóvenes. Sin embargo, también en niños pequeños se registraron aumentos considerables respecto de temporadas anteriores. En el grupo de 0-4 años la tasa de hospitalización fue una de las más altas de la última década, lo que obligó a reforzar la disponibilidad de camas pediátricas en varias jurisdicciones. El grupo de 5 a 17 años fue el que menos hospitalizaciones presentó, con alrededor de 39 casos cada 100.000 habitantes, aunque incluso en este grupo la tasa duplicó la de temporadas previas.

En cuanto a la caracterización virológica, la mayoría de los casos hospitalizados se asociaron a influenza tipo A, con tasas que superaron ampliamente las de influenza tipo B. Dentro de los subtipos de influenza A, el A(H1N1)pdm09 fue el predominante y generó tasas de hospitalización mayores que el subtipo A(H3N2), algo que no ocurre todos los años. Esta predominancia de A(H1N1) se observó en prácticamente todos los grupos etarios, incluido el de los adultos mayores, donde en temporadas previas A(H3N2) solía ser el principal responsable de las hospitalizaciones. El cambio en el subtipo predominante puede haber influido en la mayor circulación, dado que la inmunidad colectiva frente a A(H1N1) puede haber disminuido con el paso del tiempo. Aun así, se detectó también una circulación significativa de A(H3N2), lo que gene-

ró una temporada con co-circulación de dos variantes relevantes de influenza A, un fenómeno que suele asociarse a una mayor duración de la temporada epidémica.

El perfil clínico de los pacientes fue consistente con el observado en años previos: casi 90% presentaba al menos una condición médica de riesgo para complicaciones graves. En los niños predominaron enfermedades respiratorias como el asma; en los adultos jóvenes la obesidad fue el factor más frecuente; y en los adultos de mediana edad la diabetes y otros trastornos metabólicos ocuparon un lugar destacado. En los adultos mayores las enfermedades cardiovasculares, la insuficiencia renal crónica y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica fueron altamente prevalentes. La coexistencia de múltiples comorbilidades fue la norma en los mayores de 65 años, lo que incrementa el riesgo de complicaciones severas y prolonga la estancia hospitalaria.

En cuanto a la severidad de los casos, aproximadamente uno de cada seis pacientes necesitó internación en unidades de cuidados intensivos. La ventilación mecánica invasiva se requirió en 6% de los casos, y la mortalidad hospitalaria fue cercana a 3%. Estas cifras son similares a las de temporadas previas, lo que indica que la gravedad de los casos individuales no fue inusualmente alta; el gran impacto se debió al enorme número de personas que requirieron hospitalización. Entre las complicaciones más comunes se encontraron la neumonía, que se presentó en cerca de un tercio de los casos, la sepsis y la insuficiencia renal aguda, todas ellas condiciones que incrementan la morbilidad y el riesgo de muerte. La media de la duración de la hospitalización fue de tres días, aunque en los pacientes críticos se extendió mucho más, lo que supuso una presión adicional sobre las camas hospitalarias y los recursos de terapia intensiva.

Uno de los puntos críticos identificados fue la baja cobertura de vacunación entre los pacientes hospitalizados: apenas un tercio de ellos había recibido la vacuna antigripal de la temporada. Esta cobertura fue algo inferior a la de temporadas recientes y además hubo una alta proporción de registros incompletos. Estos hallazgos reafirman la necesidad de fortalecer las campañas de vacunación, especialmente en grupos de riesgo como adultos mayores, personas con enfermedades crónicas y niños pequeños. La vacunación no solo reduce la probabilidad de infección, sino que disminuye el riesgo de enfermedad grave en caso de infección, por lo que es una herramienta clave para reducir la carga sobre el sistema de salud.

El tratamiento antiviral fue administrado en más del 80% de los hospitalizados, lo que representa un buen nivel de adherencia a las recomendaciones clínicas. Sin embargo, se observó que los niños y adolescentes fueron el grupo que menos recibió antivirales, con apenas un 60% de tratados, a pesar de que las guías clínicas recomiendan iniciar estos medicamentos en todos los pacientes hospitalizados, independientemente del tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas. Esta brecha en el uso de antivirales constituye un área de mejora para los equipos de salud.

Los investigadores señalan que las razones para esta temporada tan intensa probablemente sean multifactoriales. Por un lado, la cobertura de vacunación fue subóptima, lo que deja a una mayor proporción de la población susceptible a infección. Por otro lado, la circulación simultánea de distintos subtipos de influenza A puede haber prolongado el período de transmisión y generado más oportunidades de infección. Además, el perfil inmunitario de la población contra A(H1N1) pudo haber cambiado en los últimos años, disminuyendo la protección adquirida en temporadas previas. Estos factores, combinados, se traducen en un número inusualmente alto de hospitalizaciones, incluso si la severidad individual de los casos no se incrementó.

La experiencia de esta temporada ofrece varias lecciones para la salud pública. La primera es la importancia de mantener y ampliar la cobertura de vacunación antigripal anual. La segunda es asegurar que todos los pacientes hospitalizados reciban tratamiento antiviral de forma temprana para reducir complicaciones y mortalidad. Además, es fundamental que los hospitales se preparen para picos de demanda, especialmente en temporadas en las que se anticipa alta circulación viral. Las medidas no farmacológicas, como el lavado de manos, la ventilación de ambientes y el aislamiento de las personas enfermas, siguen siendo estrategias útiles para limitar la transmisión.

En resumen, la temporada 2024-25 fue una de las más exigentes de la última década para el sistema de salud estadounidense. Si bien la proporción de casos graves no aumentó de manera sustancial, la incidencia fue tan alta que el número absoluto de complicaciones, ingresos a UCI y muertes fue muy significativo. Esto refuerza el mensaje de que la influenza continúa siendo una amenaza seria, que requiere estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento oportunos para minimizar su impacto. Prepararse para temporadas de alta circulación es esencial para evitar la saturación de los servicios de salud y proteger a las poblaciones más vulnerables.

El mosquito *Aedes aegypti*, vector de varios virus como el del dengue, la fiebre zika, la fiebre chikungunya y la fiebre amarilla, está penetrando en comunidades remotas de la Amazonía peruana, donde no existían reportes de su presencia, lo que representa una amenaza a la salud de esas poblaciones que tradicionalmente enfrentan severas carencias sanitarias.



Puerto de Pucallpa, sobre el río Ucayali, en el este del Perú, uno de los principales centros fluviales de la Amazonía.

La alerta surge de un reciente [estudio](#) que encontró el mosquito en 29 de 30 localidades rurales que abarcan aldeas y zonas más urbanizadas de Iquitos, Yurimaguas y Pucallpa. Estas tres ciudades conectadas fluvialmente están ubicadas en el noreste y este de Perú, respectivamente, tienen intenso tráfico de embarcaciones y pasajeros y cientos de comunidades rurales asentadas en sus riberas, entre ellas algunas de pueblos originarios.

La investigación halló adultos de *Ae. aegypti* en las casas más cercanas a los puertos con más frecuencia que en las más alejadas. Esto indicaría que el mosquito viaja largas distancias usando las embarcaciones. Solo en un sitio de los 30 muestreados se encontró una fuerte señal de invasión mediante el estado de huevo o larva además de adultos.

El estudio sugiere que las nuevas invasiones ocurren principalmente cuando las hembras adultas vuelan desde los barcos para poner huevos en las casas más cercanas y, con el tiempo, se desplazan tierra adentro, de casa en casa. Los mosquitos *Ae. aegypti* no son buenos voladores.

Las investigaciones encontraron un patrón de distribución distintivo del mosquito, que se irradia desde el puerto y avanza gradualmente hacia las comunidades. El sitio muestreado más lejano donde se encontró el vector estuvo a 266 km de Iquitos, la ciudad de medición más cercana.

El mosquito *Ae. aegypti* es un vector con una capacidad increíble de invadir nuevas zonas, por lo que no sorprende que viaje en las embarcaciones.

Es muy importante el estudio de las áreas lejanas de la ciudad que están siendo infestadas, ya que una vez que entra *Ae. aegypti* a una zona, si las personas siguen guardando agua en depósitos y recipientes, estos vectores se establecen en el área.

Los criaderos propicios para el mosquito son innumerables: depósitos, bolsas, llantas, platitos de macetas, floreros, toda fuente de agua limpia.

Cada hembra pone cien huevos, de los cuales eclosionan el 80-90%; en cinco días se tiene esa cantidad de *Ae. aegypti*, entre hembras y machos. Y además, debe tenerse en cuenta otra posibilidad: la transmisión transovárica, que ocurre en zonas donde hay cambios climáticos drásticos (verano muy caluroso, invierno muy frío), lo que convierte a *Ae. aegypti* en un vector de altísimo riesgo.

En la transmisión transovárica, los huevos infectados no eclosionan si el invierno es frío, pero en verano, el contacto con agua limpia da lugar a larvas que se desarrollarán en mosquitos adultos infectados que ya nacen con la capacidad de transmitir el virus a los humanos cuando los piquen.

Consecuencias devastadoras

Este no es el primer estudio que detecta la presencia de *Ae. aegypti*, un mosquito evidentemente urbano, en entornos rurales de la región. [Brasil](#), Cuba, [Colombia](#) y Venezuela son algunos países donde se ha reportado la infestación desde 2006, pero la particularidad del caso peruano es su precario sistema de salud en la Amazonía, para una población dispersa y remota que supera el millón de habitantes.

El hallazgo de *Ae. aegypti* en aldeas remotas de la Amazonía es alarmante y podría tener consecuencias devastadoras para la salud pública: podría observarse una transmisión más generalizada del dengue y posiblemente de otros virus transmitidos por *Ae. aegypti*. Las iniciativas de control también serían más costosas y logísticamente complejas, ya que muchas comunidades son remotas y difíciles de alcanzar de forma constante.

Muchos pueblos solo cuentan con un puesto de salud básico y con solo un técnico, carecen de medicamentos y no pueden diagnosticar o manejar enfermedades graves como el dengue hemorrágico. Otros, no tienen puestos de salud, lo que a veces implica hasta 18 horas de viaje para llegar a un puesto donde haya un médico, o incluso días para llegar a un hospital.

La constatación de la presencia del vector del dengue en tantos sitios indica que el mosquito se está movilizándose silenciosamente en comunidades rurales de la Amazonia, sin que se haya activado previamente la alarma.

Si bien el estudio actual es importante, sus resultados no son sorprendentes, ya que se han mapeado muchas zonas de la selva, e incluso de los Andes, con presencia de *Ae. aegypti* donde antes no estaba.

Se están encontrando nuevas zonas de infestación, incluso en altura, a 2.700 metros sobre el nivel del mar, cuando la evidencia previa mostraba que no prosperaba por encima de los 2.000 metros.

Este fenómeno podría ser causado por una combinación entre el cambio climático y las condiciones de vida de la población, con millones de personas que tienen acceso restringido al agua potable o no cuentan con ese servicio y se ven obligados a almacenarla.

Según el [Instituto Nacional de Estadística e Informática](#), 73% de la población peruana no recibe servicio las 24 horas o su contenido no tiene los niveles adecuados de cloro residual libre.

Un alto porcentaje de pobladores debe almacenar agua, y ese es un factor de riesgo muy importante para la proliferación del *Ae. aegypti*.

En zonas de selva alta se han encontrado mosquitos *Ae. aegypti* junto a mosquitos de los géneros *Haemagogus* y *Sabethes*, algunas de cuyas especies pueden transmitir la fiebre amarilla y el virus Mayaro. Eso cambia las estrategias implementadas por el Ministerio de Salud peruano respecto del dengue y la fiebre amarilla. Esos cambios incluyen extender el trabajo de vigilancia y control vectorial a zonas rurales, donde coexisten ambas enfermedades.



Mantener los depósitos de agua bien tapados es una práctica adecuada para evitar la proliferación del mosquito *Aedes aegypti*.

En la investigación se registró la presencia del vector del dengue en varias comunidades nativas, algunas de las cuales pertenecen al pueblo originario kukama. Esto fue informado inmediatamente a las autoridades de salud regionales, y se logró que por primera vez llegara una brigada de salud a hacer vigilancia entomológica.

En octubre comenzará un proyecto del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades de vigilantes clave en las comunidades nativas. Se implementará una red de informantes clave con las poblaciones indígenas, los apus (líderes indígenas), jefes de la comunidad, profesores, religiosos que trabajen en esas zonas, para que puedan informar más rápidamente lo que está ocurriendo en estos lugares con la fiebre amarilla, la leptospirosis o cualquier otro brote. Eso permitirá responder más rápidamente frente a enfermedades que ocurren en estas zonas.



Los ríos constituyen la principal vía de comunicación en la Amazonia peruana, incluso para trasladar pacientes graves a un establecimiento de salud.

Un equipo de 14 trabajadores sanitarios del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) zarpó el 9 de septiembre desde Puerto Samariapo, municipio Autana del estado Amazonas, con dirección al municipio Alto Orinoco para llevar jornadas de salud integrales a 14 poblaciones yanomami en el marco de la Iniciativa para la Eliminación del Tracoma en las Américas, una alianza de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Gobierno de Canadá que incluye a Venezuela y otros nueve países de la región.



Estos trabajadores sanitarios, que previamente fueron capacitados en la detección del tracoma, realizarán evaluaciones a la población para determinar si esta enfermedad, la principal causa de ceguera infecciosa a nivel global, constituye un problema de salud pública en Venezuela. El primer abordaje fue realizado por el MPPS en noviembre de 2024 en los municipios Atures y Autana del estado Amazonas, y el segundo se llevó a cabo el pasado mes de mayo en los municipios Maroa y Río Negro.

Este abordaje fluvial tendrá una duración total de 31 días, y además de las evaluaciones de tracoma se llevarán servicios de salud a estas comunidades en diferentes programas priorizados por el MPPS, como inmunización, tratamiento y diagnóstico de malaria, nutrición, atención integral en salud y vigilancia epidemiológica, entre otros.

La población total abordada en las evaluaciones de tracoma será de 2.219 personas, la gran mayoría de estas pertenecientes a la etnia yanomami, pero también se atenderán integrantes de las etnias piaroa y yekuana.

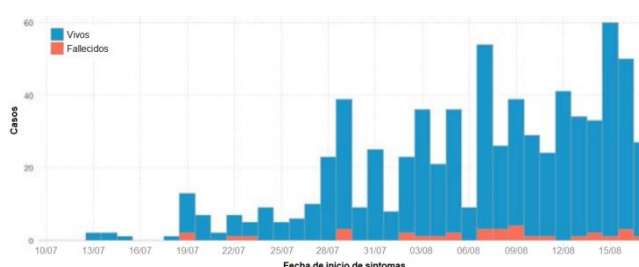
Iniciativa para la Eliminación del Tracoma

En 2023, se inició la alianza entre el Gobierno de Canadá y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para poner en marcha el proyecto de mejorar la salud de las comunidades, las mujeres y los niños mediante la eliminación del tracoma como problema de salud pública.

Los países incluidos en la iniciativa son Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, México, Perú y Venezuela.

El tracoma es una de las treinta enfermedades infecciosas que la OPS tiene como meta eliminar en la región de las Américas para el año 2030 en la llamada Iniciativa para la Eliminación de Enfermedades.

El 25 de julio de 2025, el Ministerio de Salud Pública de Chad declaró oficialmente un brote de cólera en la provincia de Ouaddai, en la zona oriental del país. Esto se produjo a raíz de la confirmación del brote por laboratorio el 24 de julio, tras el aislamiento mediante cultivo de *Vibrio cholerae* serogrupo 01 Ogawa en dos muestras analizadas en el Hospital Universitario Nacional de Referencia de N'Djaména.



Casos y fallecidos por cólera, según fecha de inicio de síntomas. Chad. Año 2025, del 10 de julio al 17 de agosto. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Desde que se notificaron los primeros casos el 13 de julio de 2025 en el campamento de refugiados de Dougui, en el distrito de Chokoyane, provincia de Ouaddai, el brote se expandió por Chokoyane y varios otros distritos de Ouaddai, afectando a las poblaciones de refugiados y de acogida.

Del 13 de julio al 17 de agosto de 2025, se reportaron 684 casos sospechosos, con 39 muertes (tasa de letalidad de 5,7%), en cinco distritos de Ouaddai, con una tasa de incidencia general de 57,3 cada 100.000 habitantes. El distrito de Chokoyane es el epicentro, con 486 casos (71,1% del total), seguido de Hadjer Hadid (172 casos; 25%), Adré (17 casos; 2,5%), Amleyouna (6 casos; 0,9%) y Farchana (3 casos; 0,4%). Se aisló *Vibrio cholerae* en 32 de las 38 muestras (84,2%) analizadas mediante cultivo en el Hospital Universitario Nacional de Referencia de N'Djaména.

La mayoría de las muertes se reportó en el distrito de Chokoyane (22 muertes; 56,4%), seguido de Hadjer Hadid (15 muertes; 38,4%). Los distritos de Amleyouna y Farchana reportaron una muerte cada uno, mientras que el distrito de Adré no ha reportado ninguna hasta el momento. Farchana presenta la tasa de letalidad más alta, con 33,3% (1/3), seguido de Amleyouna (16,7%; 1/6), Hadjer Hadid (8,7%; 15/172) y Chokoyane (4,5%; 22/486). De las 39 muertes acumuladas registradas en la provincia de Ouaddai, 20 (51,3%) corresponden a muertes en la comunidad.

Desde el inicio del brote, más de 500 casos sospechosos se han presentado en centros de salud con deshidratación moderada o grave, lo que indica un retraso en la búsqueda de atención médica en las comunidades afectadas.

La mayoría de los casos (64,3%) se notificó en los grupos etarios de 5 a 14 años y de 15 a 44 años, mientras que 31,0% de las muertes se registró en personas de 60 años o más. Las mujeres son más afectadas que los hombres, con una proporción de 1,6 entre el total de casos.

Este brote se produce en el contexto de una afluencia masiva de refugiados y repatriados que huyen del conflicto armado que azota al vecino Sudán desde abril de 2023, con más de 870.000 refugiados sudaneses y más de 300.000 repatriados chadianos que cruzaron a Chad desde el inicio del conflicto en Sudán. La mayoría de los refugiados y repatriados se encuentran en campamentos en las provincias orientales de Chad, incluyendo Ouddai, Wadi Fira, Ennedi East y Sila. Por lo tanto, el brote de cólera en el este de Chad se ve impulsado tanto por la transmisión local, favorecida por las malas condiciones de higiene y saneamiento, la escasez de agua potable y la escasa atención médica entre las poblaciones afectadas, como por la importación de casos del vecino Sudán, que experimenta un importante brote de cólera desde agosto de 2023.

Acciones de salud pública

- El Ministerio de Salud Pública de Chad está coordinando la respuesta al brote con el apoyo de socios técnicos y financieros, como la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), la Dirección General de Protección Civil y Operaciones de Ayuda Humanitaria de la Unión Europea, Médicos Sin Fronteras, el Cuerpo Médico Internacional, el Comité Internacional de Rescate, LM International y la Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios.
- La búsqueda activa de casos y el rastreo de contactos continúan en los campamentos y distritos afectados.
- Se han establecido unidades de tratamiento del cólera en los distritos afectados y los casos se están gestionando según el protocolo nacional. Se está distribuyendo profilaxis con doxiciclina a todos los contactos en los distritos afectados.
- Se han realizado sesiones informativas sobre el cólera para profesionales sanitarios y trabajadores comunitarios en los distritos afectados.
- La descontaminación sistemática de los hogares afectados está en curso y se están realizando campañas de concienciación comunitaria sobre la prevención del cólera en los distritos afectados.
- La desinfección de puntos de agua y mercados continúa en los distritos afectados.
- La construcción de letrinas en las zonas afectadas continúa con el apoyo del UNICEF y otros socios.
- Fue aprobada la solicitud del Grupo Internacional de Coordinación de vacunas contra el cólera para apoyar las campañas de vacunación en los distritos de Chokoyane, Hadjer Hadid y Adré.

Interpretación de la situación

Chad enfrenta un brote de cólera de rápida evolución en la provincia oriental de Ouaddai. Esto ocurre en un momento en que el país ya se encuentra al límite de sus recursos debido a una crisis humanitaria en curso que requiere importantes recursos humanos y financieros. Los esfuerzos de respuesta de las autoridades nacionales y sus socios se ven obstaculizados por la limitada capacidad humana, logística y financiera, la alta movilidad poblacional en la zona afectada y la importación de casos que huyen del conflicto armado desde el vecino Sudán. En consecuencia, las autoridades nacionales y sus socios deben intensificar los esfuerzos de respuesta para controlar los brotes en ambos países.

La última encuesta del Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) confirma que *Candidozyma auris* (anteriormente *Candida auris*) continúa propagándose rápidamente en los hospitales europeos, lo que representa una grave amenaza para los pacientes y los sistemas sanitarios. El número de casos está aumentando, los brotes están creciendo en escala y varios países informan de una transmisión local continua. Los hallazgos resaltan la importancia de la detección temprana y el control de la transmisión para evitar una rápida propagación generalizada.



C. auris es un hongo que suele propagarse en centros sanitarios, suele ser resistente a los antimicóticos y puede causar infecciones graves en pacientes graves. Su capacidad para persistir en diferentes superficies y equipos médicos, así como para propagarse entre pacientes, dificulta especialmente su control. Entre 2013 y 2023, los países de la Unión Europea/Espacio Económico Europeo (UE/EEE) notificaron más de 4.000 casos, con un aumento significativo hasta los 1.346 casos notificados por 18 países solo en 2023. Cinco países (España, Grecia, Italia, Rumania y Alemania) concentraron la mayoría de los casos durante la década.

El Dr. Diamantis Plachouras, jefe de la Sección de Resistencia a los Antimicrobianos e Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria del ECDC, declaró: “*C. auris* se ha propagado en tan solo unos años, desde casos aislados hasta una propagación generalizada en algunos países. Esto demuestra la rapidez con la que puede establecerse en los hospitales. Sin embargo, esto no es inevitable. La detección temprana y un control de infecciones rápido y coordinado aún pueden prevenir una mayor transmisión”.

Se han notificado brotes recientes en Chipre, Francia y Alemania, mientras que Grecia, Italia, Rumania y España indicaron que ya no pueden distinguir brotes específicos debido a la amplia propagación regional o nacional. En varios de estos países, la transmisión local sostenida se ha producido en tan solo unos años tras el primer caso documentado, lo que pone de relieve un período crítico para intervenciones tempranas destinadas a detener su propagación.

Si bien algunos países han mostrado resultados positivos en la limitación de brotes de *C. auris*, muchos enfrentan deficiencias clave. A pesar del aumento en el número de casos, solo 17 de los 36 países participantes cuentan actualmente con un sistema nacional de vigilancia para *C. auris*. Solo 15 países han elaborado directrices nacionales específicas para la prevención y el control de infecciones. La capacidad de laboratorio es comparativamente mayor: 29 países informan tener acceso a un laboratorio de referencia o experto en micología y 23 ofrecen pruebas de referencia para hospitales.

Si bien el número de infecciones por *C. auris* está aumentando claramente, sin una vigilancia sistemática y una notificación obligatoria, es probable que no se revele la verdadera magnitud del problema.

El ECDC ha evaluado periódicamente la situación epidemiológica, la capacidad de laboratorio y la preparación para *C. auris* en cuatro estudios desde 2018 y ha publicado evaluaciones rápidas de riesgos que incluyen opciones para la prevención y el control de infecciones. Esto tiene como objetivo ayudar a los Estados miembros a mejorar su preparación y capacidad de respuesta temprana para prevenir o contener brotes de *C. auris* de manera oportuna y prevenir una mayor transmisión.

El cambio de nombre de *Candida auris* a *Candidozyma auris* se debe a una revisión taxonómica reciente basada en análisis genéticos y filogenómicos que han demostrado que este microorganismo está suficientemente alejado de otros géneros del antiguo grupo *Candida* como para merecer su propio género.

Los estudios filogenómicos y genómicos comparativos incluyeron múltiples cepas de *Candida auris* junto con otras especies emparentadas, y revelaron que *C. auris* forma un clado bastante distinto de los antiguos géneros clásicos como *Candida albicans*, *C. tropicalis*, *C. parapsilosis*, etc.

Debido a esas diferencias –en secuencias del ADN, estructura genética, relaciones evolutivas– los científicos propusieron que *C. auris* y especies cercanas deberían ubicarse en un nuevo género llamado *Candidozyma*.

En 2023 se propuso formalmente la transferencia de *Candida auris* al nuevo género, resultando en el nombre *Candidozyma auris*. Las autoridades sanitarias de varios países ya han actualizado sus guías y documentos para reflejar este cambio de denominación.

Salud Pública Francia informó 81 nuevos casos autóctonos de fiebre chikungunya durante la semana pasada, lo que eleva el total a 382 este año.

También se han notificado dos casos autóctonos más de dengue, lo que eleva el total a 21.

Las regiones afectadas son Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corsica, Occitanie, Auvergne-Rhône-Alpes e Île-de-France, que ya se vieron afectadas en años anteriores, y por primera vez este año en Grand Est, Nouvelle-Aquitaine y Bourgogne-Franche-Comté.

Las autoridades afirman que el creciente número de puntos críticos de transmisión confirma el mayor riesgo de transmisión autóctona de estos virus en Francia continental.

Ante la persistencia de brotes activos, especialmente en las zonas turísticas del sur de Francia, y el regreso de las vacaciones de verano, aumenta el riesgo de brotes secundarios en otras regiones de Francia.

Se debe considerar el diagnóstico en caso de fiebre al regresar de zonas de transmisión de los virus Chikungunya y Dengue, tanto en el extranjero como en Francia continental. Salud Pública Francia reiteró la importancia de la notificación de los casos, lo que permite una intervención rápida para limitar la transmisión, así como la importancia de las medidas de protección contra las picaduras de mosquitos y el control de los criaderos.

Además, se notificaron tres nuevos casos de fiebre del Nilo Occidental. Hasta el 8 de septiembre de 2025, se han identificado 23 casos humanos de infección por el virus del Nilo Occidental, transmitidos por vectores, en siete departamentos de Francia continental. Las regiones afectadas son Provence-Alpes-Côte d'Azur, Occitanie y, por primera vez, Île-de-France y Auvergne-Rhône-Alpes.

El número de personas infectadas con la bacteria intestinal *Escherichia coli* enterohemorrágica (ECEH) está aumentando con una rapidez inusual en Europa. Según las autoridades, hasta el 1 de septiembre se han reportado ocho muertes en Bélgica y un total de 63 personas han presentado síntomas de la enfermedad. Los casos se presentaron en ocho residencias de ancianos, principalmente en Vlaanderen. Se están llevando a cabo investigaciones en otras cuatro instalaciones.



De las 31 personas que contrajeron ECEH en Mecklenburg-Vorpommern, Alemania, desde mediados de agosto hasta el 5 de septiembre, la mayoría eran niños y adolescentes. Si bien 16 de ellas requirieron tratamiento hospitalario, nueve también desarrollaron síndrome hemolítico urémico, que puede provocar la destrucción de glóbulos rojos, trastornos de la coagulación sanguínea y disfunción renal. La causa de las infecciones por ECEH sigue sin esclarecerse.

El Ministerio de Salud de Luxemburgo declaró estar en estrecho contacto con sus socios europeos y seguir de cerca la situación. En lo que va de 2025, se han registrado en Luxemburgo un total de 28 casos de infección por ECEH, incluido un caso de síndrome hemolítico urémico con hospitalización en un niño. La edad promedio de los afectados fue de 26 años.

Los niños corren especial riesgo

En Luxemburgo, hasta el momento no se han identificado focos de contagio evidentes ni vínculos con brotes en el extranjero. “Por lo tanto, no se prevén medidas adicionales, salvo mantener la vigilancia para poder reaccionar con rapidez en caso necesario”, declaró el ministerio.

Conexión entre los casos

Según el Instituto ‘Robert Koch’ (RKI) de Alemania, no hay pruebas de que los recientes brotes de ECEH en Mecklenburg-Vorpommern y Bélgica estén relacionados. Se detectó un tipo diferente de ECEH en las personas infectadas en las residencias de ancianos belgas, según informó una portavoz del RKI.

Hasta el momento, se desconoce el origen de las infecciones actuales en todos los casos. Las autoridades de Mecklenburg-Vorpommern están investigando diversas posibles fuentes, como el contacto con alimentos y animales, pero aún no han encontrado un patrón claramente identificable. En Bélgica, los análisis de laboratorio mostraron que las infecciones fueron causadas por el mismo tipo de ECEH, lo que indica un origen común para estas infecciones, que también se desconocía inicialmente.

Andra Chigova, una niña de 10 años de Windhoek, Namibia, animaba a otras niñas a vacunarse contra el virus del papiloma humano (VPH), que causa la mayoría de los cánceres de cuello uterino. “Me pusieron la vacuna contra el VPH hoy. No se asusten: la vacuna contra el VPH nos protegerá del cáncer de cuello uterino en el futuro”, afirmaba.

Chigova es una de las miles de niñas que recibieron la vacuna contra el VPH gracias a la campaña nacional lanzada por el Ministerio de Salud y Servicios Sociales en agosto de 2025, con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros socios. La campaña está dirigida a unas 232.000 niñas de entre 9 y 14 años en las 14 regiones de Namibia. Durante las dos primeras semanas de la campaña, del 4 al 15 de agosto de 2025, se vacunaron unas 65.000 niñas.



Los padres de Chigova le explicaron la importancia de la vacuna y cómo la protegerá del cáncer de cuello uterino a medida que crezca. “Nada me alegra más que saber que mi hija ahora está protegida del cáncer de cuello uterino”, dijo su madre, Temptation Chigova. “He presenciado de primera mano el impacto devastador que esta enfermedad tiene en las mujeres, sus familias y comunidades enteras. Estoy profundamente agradecida al Gobierno de Namibia por garantizar que nuestras hijas no tengan que sufrir el mismo dolor”.

A nivel mundial, el cáncer de cuello uterino es el cuarto cáncer más común en mujeres, con un estimado de 660.000 casos nuevos en 2022. Casi 94% de las 350.000 muertes por cáncer de cuello uterino ese año ocurrieron en países de ingresos bajos y medios.

La enfermedad sigue siendo un problema acuciante de salud pública en Namibia, con un estimado de 350 nuevos casos y más de 200 muertes cada año. Para abordar esta situación, Namibia se adhirió a la Estrategia Mundial de la OMS para Acelerar la Eliminación del Cáncer de Cuello Uterino, que establece objetivos ambiciosos: vacunar a 90% de las niñas contra el VPH antes de los 15 años; realizar pruebas de detección a 70% de las mujeres entre los 35 y los 45 años; y garantizar que 90% de las mujeres con cáncer de cuello uterino reciban tratamiento oportuno. La campaña nacional de vacunación contra el VPH es clave en la estrategia de Namibia para reducir la carga del cáncer de cuello uterino.

Según Ramona Mbadeka, enfermera de la Clínica Groot Aub, en las afueras de Windhoek, el personal sanitario se está comunicando con los padres para brindarles información y disipar cualquier información errónea sobre la vacuna. “Algunos padres que inicialmente se negaron a que sus hijas se vacunaran, luego accedieron tras asistir a una sesión informativa sobre la vacuna”, afirma. “La vacuna es voluntaria y animo a los padres a informarse con información precisa”.

La Dra. Esperance Luvindao, Ministra de Salud y Servicios Sociales de Namibia, reiteró que la vacuna es segura y eficaz. “Estamos viendo demasiadas mujeres afectadas por esta enferme-

dad prevenible. Las cifras hablan por sí solas”, afirmó. “Recibimos con agrado sus preguntas y estamos aquí para brindar información precisa para que las familias puedan tomar decisiones informadas basadas en hechos, no en miedo ni desinformación”.

Antes y durante la campaña de dos semanas, la OMS colaboró con las autoridades sanitarias para brindar apoyo y supervisión, monitoreando el progreso en los puntos de prestación de servicios, incluyendo centros de salud y escuelas. La Organización apoyó una misión técnica para fortalecer la planificación, la logística, la capacitación y la participación comunitaria, abordando la desinformación y las deficiencias operativas. Además, la OMS apoyó el desarrollo del Plan Nacional de Introducción de la Vacuna contra el VPH y la estrategia de comunicación sobre vacunación. Como parte de sus iniciativas de comunicación de riesgos y participación comunitaria, la OMS contribuyó a la elaboración de materiales informativos, el seguimiento de los medios de comunicación y la impartición de módulos de capacitación para profesionales de la salud, funcionarios regionales de comunicación y trabajadores de salud comunitarios.

“La actual campaña de vacunación contra el VPH tiene como objetivo prevenir la infección, proteger la salud y salvar la vida de nuestras jóvenes del cáncer de cuello uterino en los próximos años”, afirmó el Dr. Richard Banda, Representante de la OMS en Namibia. “Felicito al Gobierno de Namibia por este hito en su trayectoria de salud pública”.

Para Chigova, la campaña no se trata solo de cifras, sino de la promesa de un futuro saludable para ella y sus compañeros. “Ahora me siento feliz porque sé que estoy protegida”, dijo.

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es un trastorno autoinmune raro pero grave que afecta los nervios. A menudo se desencadena por infecciones, especialmente las del intestino o el tracto respiratorio.

A mediados de 2025, el Ministerio de Salud palestino informó un fuerte aumento en los casos de SGB en la Franja de Gaza. Este aumento pone de relieve el empeoramiento de la crisis humanitaria, la desnutrición generalizada y la mayor vulnerabilidad a las complicaciones neurológicas después de las infecciones.

Durante junio y julio de 2025, se notificó un total de 64 casos de SGB en las gobernaciones de Gaza. La mayoría de los casos, 46 (72%) se notificaron en julio, mientras que 18 casos (28%) se notificaron en junio; con un predominio masculino de 69% (44 casos) en comparación con 31% (20 casos) en mujeres.

Los datos sobre el número de casos de SGB en Gaza, específicamente del Ministerio de Salud palestino (2025), se extraen de informes de vigilancia interna que no han sido sometidos a revisión por pares. Si bien estos informes proporcionan datos cruciales en tiempo real, deben interpretarse con cautela debido a la falta de estandarización en los protocolos de notificación y a la posible subnotificación.

Desde marzo de 2025, Gaza ha estado bajo un bloqueo casi total, lo que limita gravemente el acceso a suministros alimentarios vitales, agua potable, recursos médicos y ayuda humanitaria. Este bloqueo ha desencadenado una grave emergencia nutricional, con casi 500.000 personas en condiciones similares a la hambruna y un aumento significativo de las tasas de desnutrición aguda, que afecta especialmente a niños menores de cinco años y a mujeres embarazadas o en período de lactancia.

Simultáneamente, el colapso de los sistemas de agua, saneamiento e higiene ha contribuido a un marcado aumento de las enfermedades diarreicas y a un mayor riesgo de infección.

Las deficiencias nutricionales, como la escasez de micronutrientes y la anemia crónica, comprometen la función inmunitaria, dificultan la regeneración nerviosa e intensifican tanto la probabilidad como la gravedad del SGB.

Desnutrición y crisis humanitaria

Desde el bloqueo casi total de Gaza que comenzó el 2 de marzo de 2025, la región se ha visto empujada a una grave crisis humanitaria, con escasez crítica de alimentos, agua, suministros médicos y asistencia humanitaria. Esta situación ha resultado en una inseguridad alimentaria aguda generalizada, con casi 500.000 personas experimentando condiciones similares a la hambruna, clasificadas bajo la Fase 5 de la Clasificación Integrada de Seguridad Alimentaria en Fases (CIF). Para julio de 2025, la Organización Mundial de la Salud reportó cifras alarmantes: uno de cada cinco niños menores de cinco años en Gaza sufría desnutrición aguda, lo que marca un aumento de cuatro veces en solo dos meses.

Las proyecciones del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Programa Mundial de Alimentos (PMA) estiman que alrededor de 71.000 niños y 17.000 mujeres embarazadas o lactantes necesitarán apoyo nutricional urgente durante el próximo año.

Médicos del Mundo también informó que, para noviembre de 2024, la prevalencia de la desnutrición aguda había alcanzado el 17% entre los bebés y el 19% entre las mujeres embarazadas o lactantes, un marcado contraste con las tasas anteriores al conflicto de menos de 1%. En algunas áreas, la desnutrición aguda grave afectó hasta a 25% de los niños y las madres para la primavera de 2025.

El colapso de la infraestructura de agua, saneamiento e higiene de Gaza agravó la crisis, lo que provocó un aumento drástico de las enfermedades diarreicas, que ahora afectan a 90% de los niños menores de cinco años.

Esta combinación de desnutrición, enfermedades y colapso de la infraestructura creó un entorno propicio para la aparición y exacerbación de las enfermedades infecciosas y posinfecciosas, incluido el SGB.

Posibles causas del aumento del síndrome de Guillain-Barré

Se observó un aumento significativo de los casos de SGB y parálisis flácida aguda (PFA) en Gaza desde mediados de 2025, aunque faltan datos exhaustivos de vigilancia. Los trabajadores sanitarios locales han informado de un aumento inusual de estas afecciones, que afectan de forma desproporcionada tanto a niños como a adultos.

El pico de casos de SGB parece estar relacionado con el aumento de las infecciones entéricas y respiratorias en la región, agravado por la actual escasez de alimentos y agua, así como por las malas condiciones sanitarias.

Los principales agentes infecciosos que se sospecha que desempeñan un papel incluyen *Campylobacter jejuni* y enterovirus, que se sabe que desencadenan el SGB, particularmente en personas inmunocomprometidas. La crisis de desnutrición prevaleciente, con deficiencias generalizadas en micronutrientes clave, probablemente amplifica la vulnerabilidad a estas infecciones y sus efectos neurológicos posteriores.

Papel de las deficiencias nutricionales y el deterioro inmunológico

La desnutrición, especialmente las deficiencias de micronutrientes, debilita gravemente el sistema inmunológico. La falta de hierro, folato, vitamina B12 y zinc reduce la capacidad del cuerpo para combatir infecciones y reparar los nervios.

En Gaza, más de 15% de los niños menores de dos años sufren desnutrición aguda y emaciación. Estas deficiencias dañan las defensas inmunológicas y las barreras mucosas. Como resultado, las personas se vuelven más vulnerables a infecciones como *Campylobacter jejuni* y enterovirus. Estas infecciones son los principales desencadenantes del SGB en áreas de bajos recursos.

Además, los individuos desnutridos presentan una actividad leucocitaria reducida y una integridad intestinal comprometida, y una capacidad disminuida para la reparación nerviosa, todo lo cual eleva el riesgo de complicaciones neurológicas graves postinfecciosas como el SGB. La convergencia de estos factores forma una tormenta perfecta para la amplificación de los casos de SGB en Gaza, lo que requiere una respuesta multisectorial para abordar los desafíos nutricionales y de atención médica subyacentes.

La gravedad clínica del SGB en Gaza es sorprendente; los informes preliminares indican que hasta 30% de los pacientes con SGB o PFA requirieron ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y más de 85% de ellos necesitó ventilación mecánica debido a insuficiencia respiratoria. Esto sugiere que la mayoría de los casos de SGB en Gaza presentan una afectación neurológica grave. El pronóstico de muchos pacientes, en particular los niños, ha sido malo debido al acceso retrasado a la atención, la infraestructura sanitaria inadecuada y la ausencia de terapias esenciales como la inmunoglobulina intravenosa (IGIV) o la plasmaféresis.

La epidemia de desnutrición agrava la gravedad del SGB, ya que los pacientes con bajas reservas nutricionales tienen más probabilidades de experimentar complicaciones, tiempos de recuperación más largos e incluso la muerte debido a la falta de apoyo de cuidados intensivos. Además, el sistema de salud en Gaza está bajo una grave presión, con una escasez crítica de camas de UCI, ventiladores y medicamentos, lo que dificulta aún más la capacidad de brindar atención óptima a los pacientes con SGB.

Recomendaciones y respuesta integrada

Se necesita una respuesta urgente, coordinada y a corto plazo para reducir el aumento del SGB en Gaza. La vigilancia debe ampliarse para incluir a los adultos e integrar las evaluaciones de desnutrición durante las investigaciones del SGB.

Los esfuerzos de diagnóstico deben priorizar la detección de patógenos como *Campylobacter jejuni* y enterovirus, con el apoyo de una mayor capacidad de laboratorio para el análisis del líquido cefalorraquídeo, estudios electrofisiológicos y pruebas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

Es fundamental mejorar la atención clínica, en particular el aumento de la capacidad de las unidades de cuidados intensivos (UCI) para la ventilación mecánica y el soporte respiratorio, junto con la garantía de tratamientos esenciales como la IVIG y la plasmaféresis, especialmente para pacientes con desnutrición grave.

También deben intensificarse las intervenciones nutricionales inmediatas, incluyendo programas de alimentación suplementaria dirigidos a niños, mujeres embarazadas y madres lactantes, y la distribución de alimentos terapéuticos y suplementos nutricionales a base de lípidos a los grupos vulnerables.

Para lograr la sostenibilidad a largo plazo, los esfuerzos deben centrarse en la reconstrucción de la infraestructura del sistema de salud de Gaza y el restablecimiento de los servicios de agua, saneamiento e higiene para reducir la transmisión de enfermedades infecciosas.}

Es esencial rehabilitar la infraestructura de agua, saneamiento e higiene, en particular la cloración del agua y las mejoras del saneamiento en los albergues superpoblados. Además, los programas multisectoriales integrados que combinan nutrición, control de infecciones y sistemas de vigilancia estandarizados fortalecerán la resiliencia contra futuros brotes.

La participación y la educación de la comunidad siguen siendo vitales, con las organizaciones no gubernamentales y los líderes locales promoviendo la concienciación sobre el SGB, sus causas y la importancia de la atención médica temprana, así como reforzando las prácticas de nutrición e higiene para mejorar los resultados generales de salud.

Conclusión

El aumento repentino del SGB en Gaza no es un evento neurológico aislado, sino un indicador clave de un colapso nutricional catastrófico, el deterioro de la salud pública y la proliferación

de enfermedades infecciosas. La desnutrición, la anemia y los déficits de micronutrientes probablemente han aumentado tanto la vulnerabilidad a las infecciones desencadenantes del SGB como la gravedad de la enfermedad.

Se requiere una urgente acción sostenida e integrada que vincule la restauración de la nutrición, el control de infecciones, el desarrollo de la capacidad clínica y el acceso humanitario para prevenir una mayor morbilidad y mortalidad evitables.

Además, este estudio expone la vinculación entre la desnutrición y las deficiencias de micronutrientes con el agravamiento del síndrome de Guillain-Barré durante las crisis humanitarias, una intersección poco explorada entre el colapso nutricional y los trastornos neurológicos postinfecciosos, utilizando la Franja de Gaza como estudio de caso.

Destaca la necesidad de intervenciones nutricionales como parte de las respuestas a las enfermedades neurológicas e infecciosas en entornos afectados por conflictos.

Tras la declaración del brote de enfermedad por el virus del Ébola en la provincia de Kasai, en la República Democrática del Congo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) está intensificando sus esfuerzos para apoyar al gobierno a ampliar las medidas para detener la propagación del virus lo más rápidamente posible.

Poco después de recibir la alerta sobre el brote, la OMS movilizó a expertos que se unieron a un equipo de primera respuesta del Ministerio de Salud que se desplegaba en las zonas sanitarias de Bulape y Mweka, en la provincia de Kasai. La OMS también proporcionó dos toneladas de suministros y equipos sanitarios de emergencia, que se entregaron durante el despliegue del equipo de avanzada.



Además, dentro de las 48 horas siguientes a la declaración del brote, el 4 de septiembre de 2025, la OMS envió por avión 12 toneladas de materiales para el control del brote, incluyendo equipos de protección personal, materiales de aislamiento para pacientes, suministros para agua, saneamiento e higiene, para apoyar la atención clínica y proteger al personal sanitario de primera línea. Se están enviando más suministros al país para reforzar la respuesta.

“Es difícil llegar a las localidades afectadas. Trabajamos incansablemente para implementar rápidamente medidas de respuesta que garanticen un control sólido del brote, impidan la propagación del virus y salven vidas”, declaró el Dr. Mohamed Janabi, Director Regional de la OMS para África.

El 7 de septiembre, equipos de respuesta en primera línea fueron vacunados contra el ébola en Kinshasa antes de su despliegue sobre el terreno gracias a una reserva de vacunas que se había preparado en la capital del país con el apoyo de la OMS y sus asociados.

A medida que se intensifica la respuesta al brote, también se están realizando esfuerzos para fortalecer la coordinación de emergencias sanitarias, y la OMS trabaja con organizaciones asociadas para reunir esfuerzos, recursos y experiencia para ayudar a las autoridades nacionales a montar una respuesta eficaz.

La OMS está trabajando con las autoridades nacionales de 10 países prioritarios vecinos de la República Democrática del Congo para iniciar evaluaciones de preparación y planificación de contingencias.

En Tanzania, por ejemplo, se está reforzando la vigilancia de enfermedades en las localidades fronterizas con la República Democrática del Congo para detectar rápidamente cualquier caso y responder oportunamente para detener cualquier propagación del virus. En Angola, la OMS apoya a las autoridades nacionales para intensificar la preparación, especialmente en la

provincia de Lunda Norte, fronteriza con la provincia de Kasai en la República Democrática del Congo.

El brote actual es el decimosexto que se registra en el país desde que se identificó el virus del Ébola en 1976. Este brote se produce en un contexto epidemiológico y humanitario complejo. La República Democrática del Congo se enfrenta actualmente a varios brotes, entre ellos el de ébola, el cólera y el sarampión.

La OMS evalúa el riesgo general para la salud pública que plantea el brote en curso como alto a nivel nacional, moderado a nivel regional y bajo a nivel mundial.

La enfermedad por el virus del Ébola es una enfermedad rara, pero grave y a menudo mortal en humanos. La transmisión entre personas se produce por contacto directo con sangre o fluidos corporales de una persona enferma o fallecida por ébola, objetos contaminados con fluidos corporales de una persona enferma de ébola o el cuerpo de una persona fallecida por ébola.

Sin embargo, con el tratamiento eficaz actualmente disponible, los pacientes tienen una probabilidad significativamente mayor de supervivencia si reciben un tratamiento temprano y reciben cuidados de apoyo.

Bangkok emitió “alertas de alto riesgo” en nueve zonas de la ciudad tras la detección de perros callejeros infectados con rabia, por lo que las autoridades pidieron a residentes y visitantes de la turística capital de Tailandia evitar el contacto con estos animales.

El gobierno metropolitano confirmó el reciente hallazgo de un canino con esta enfermedad en la localidad de Nong Bon, donde viven unas 40.000 personas, por lo que extendió una alerta a las zonas cercanas, en las que se estima que habitan cerca de medio millón de residentes.



Además, las autoridades de Bangkok alertan de riesgos en dos localidades de la vecina provincia de Samut Prakan, una de ellas –el distrito de Bang Phli– declarada en agosto zona epidémica por el Departamento de Ganadería.

Entre enero y agosto de este año, siete personas habían muerto en Tailandia por rabia, ninguna de ellas en las dos provincias que ahora están bajo alerta.

Este brote en el turístico país, que ha recibido este año más de 22 millones de visitantes extranjeros, se produce semanas después de que India registrase una crisis nacional por la proliferación de casos de rabia y el aumento de ataques letales contra humanos.

India, con 15% de su población canina callejera vacunada, registra 36% de las muertes por rabia en el mundo, con unas 20.000 víctimas anuales, según la Organización Mundial de la Salud.

Solo en New Delhi se reportan más de 100.000 mordeduras al año y, según datos oficiales, los ataques en todo el país superaron los 1,4 millones en los primeros seis meses de 2023.

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. Hasta el 4 de septiembre, se habían notificado 136 casos en Tanna y Efate, de los cuales 119 casos se notificaron en la isla de Tanna, provincia de Tafea, y 17 en Efate, provincia de Shefa, lo que provocó la muerte de tres bebés, con una tasa de letalidad de 2,2%.

Los casos de Efate están vinculados epidemiológicamente con el brote en Tanna. Hasta el 2 de septiembre, cinco casos fueron ingresados en la sala de niños del Hospital Nacional de Vanuatu y uno fue dado de alta.

La mayoría de los casos pertenecen al grupo de edad de 0 a 6 meses. De las ocho muestras clínicas enviadas al Laboratorio de Referencia de Enfermedades Infecciosas de Victoria (VI-DRL), siete dieron positivo para *Bordetella pertussis*. Se están enviando muestras adicionales al VIDRL para realizar pruebas de confirmación.

Todos los casos confirmados corresponden a niños menores de cinco años que no están vacunados o no han completado su calendario de vacunación, lo que pone de relieve la necesidad crucial de aumentar la cobertura de inmunización y garantizar que todas las vacunas estén al día.

El Ministerio de Salud activó los Centros de Operaciones de Emergencia Sanitaria nacionales y provinciales para coordinar una respuesta rápida y eficaz.

Los equipos de Salud Pública provinciales y nacionales han involucrado activamente a las comunidades para fomentar la vacunación, especialmente en niños de 0 a 5 años y en quienes no recibieron sus vacunas de rutina. Las iniciativas incluyeron la difusión de mensajes consistentes mediante sesiones informativas, campañas en los medios de comunicación, actividades de divulgación comunitaria y campañas de inmunización en eventos públicos y puerta a puerta, centrándose en las zonas con mayor incidencia de casos sospechosos de tos convulsa.

Las estrategias de colaboración incluyeron la movilización de líderes locales, el suministro de materiales educativos, la capacitación del personal sanitario y la promoción de la búsqueda temprana de atención médica y la higiene para contener la propagación de los casos y mejorar la cobertura de vacunación.

El Ministerio de Salud colabora estrechamente con socios como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la Organización Mundial de la Salud, el Programa de Salud Vanuatu Australia y la Corporación de Televisión y Radiodifusión de Vanuatu para concienciar a la población y promover la inmunización.

Los equipos de Comunicación de Riesgos y Participación Comunitaria colaboran con los equipos provinciales en la distribución de materiales educativos y la participación comunitaria a través de los medios de comunicación y actividades de divulgación.

Se mantiene la alerta roja por tos convulsa.

IV Simposio Bienal de Infecciones en el Paciente Inmunocomprometido.

*IV Biennial Symposium
of Infections in the
Immunocompromised Patient*

**26 y 27 de septiembre de 2025,
Buenos Aires, Argentina**

*26th and 27th September 2025,
Buenos Aires, Argentina*

<https://simposioic25.sadi.org.ar>

sadi Sociedad Argentina
de Infectología

El Reporte Epidemiológico de Córdoba hace su mejor esfuerzo para verificar los informes que incluye en sus envíos, pero no garantiza la exactitud ni integridad de la información, ni de cualquier opinión basada en ella. El lector debe asumir todos los riesgos inherentes al utilizar la información incluida en estos reportes. No será responsable por errores u omisiones, ni estará sujeto a acción legal por daños o perjuicios incurridos como resultado del uso o confianza depositados en el material comunicado.

A todos aquellos cuyo interés sea el de difundir reportes breves, análisis de eventos de alguna de las estrategias de vigilancia epidemiológica o actividades de capacitación, les solicitamos nos envíen su documento para que sea considerada por el Comité Editorial su publicación en el Reporte Epidemiológico de Córdoba.

Toda persona interesada en recibir el Reporte Epidemiológico de Córdoba en formato electrónico, por favor solicitarlo por correo electrónico a reporteepidemiologicocba@gmail.com aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.