



1 DE OCTUBRE
2025
REC 2.988

ARGENTINA

- Situación epidemiológica de la enfermedad de Chagas congénita
- Buenos Aires: Confirmaron una muerte por hantavirus en Tandil

AMÉRICA

- Bolivia: Encuesta de prevalencia de tracoma en comunidades indígenas del trópico de Cochabamba
- Estados Unidos: Encefalopatía asociada a la influenza pediátrica en la temporada 2024-25

- Perú: Detectaron 66 casos de fasciolosis en escolares de La Encañada, Cajamarca

EL MUNDO

- Angola: Suman más de 6.000 los casos de sarampión en lo que va del año
- Dinamarca: Dos brotes de campilobacteriosis vinculados al consumo de carne de pollo
- Japón: Los casos de sífilis superan los 10.000 en lo que va del año

- Kenia: Se registraron más de 20.000 nuevas infecciones por VIH en lo que va de 2025

- Mauritania: Primera muerte por fiebre del Valle del Rift desde 2022
- Pakistán: Dos nuevos casos de poliomielitis en Sindh
- Palestina: Bacterias multirresistentes en medio del colapso del sistema de salud en Gaza
- Tanzania: La eliminación de la rabia como objetivo
- Riesgos y oportunidades en la nueva estrategia sanitaria global de Estados Unidos

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.

En 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 36, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}) un total de 774 casos de enfermedad de Chagas congénita, en comparación con 1.097 casos notificados en el mismo período de 2024.

Provincia/Región	2024				2025			
	Casos notific.	Casos confirm.	% confirm.	Tasas c/ 1.000 nv	Casos notific.	Casos confirm.	% confirm.	Tasas c/ 1.000 nv
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	60	2	3,33	0,08	42	—	—	—
Buenos Aires	195	13	6,67	0,08	159	5	3,14	0,03
Córdoba	83	5	6,02	0,13	83	2	2,41	0,05
Entre Ríos	14	1	7,14	0,07	7	—	—	—
Santa Fe	118	1	0,85	0,03	81	3	3,70	0,08
Centro	470	22	4,68	0,08	372	10	2,69	0,04
Mendoza	87	3	3,45	0,15	64	4	6,25	0,20
San Juan	23	—	—	—	38	—	—	—
San Luis	11	2	18,18	0,40	9	—	—	—
Cuyo	121	5	4,13	0,14	111	4	3,60	0,11
Chaco	97	2	2,06	0,12	89	1	1,12	0,06
Corrientes	11	2	18,18	0,14	7	—	—	—
Formosa	1	—	—	—	—	—	—	—
Misiones	20	—	—	—	22	—	—	—
Noreste Argentino	129	4	3,10	0,07	118	1	0,85	0,02
Catamarca	10	—	—	—	15	—	—	—
Jujuy	16	—	—	—	14	—	—	—
La Rioja	8	—	—	—	—	—	—	—
Salta	126	5	3,97	0,29	76	3	3,95	0,18
Santiago del Estero	130	1	0,77	0,08	4	—	—	—
Tucumán	33	2	6,06	0,11	28	1	3,57	0,05
Noroeste Argentino	323	8	2,48	0,13	137	4	2,92	0,06
Chubut	10	1	10,00	0,18	2	—	—	—
La Pampa	11	—	—	—	4	—	—	—
Neuquén	18	1	5,56	0,15	13	3	23,08	0,44
Río Negro	6	—	—	—	10	—	—	—
Santa Cruz	4	—	—	—	3	2	66,67	0,64
Tierra del Fuego	5	—	—	—	4	—	—	—
Sur	54	2	3,70	0,07	36	5	13,89	0,18
Total Argentina	1.097	41	3,74	0,09	774	24	3,10	0,05

Casos de enfermedad de Chagas congénita notificados y confirmados, proporción de casos confirmados y tasas cada 1.000 nacidos vivos, según jurisdicción. Argentina. Años 2024/2025, hasta semana epidemiológica 36.
Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N=1.871).

Se confirmaron 24 casos en 2025 y 41 en 2024. Esta diferencia puede atribuirse a que existen casos que aún no pueden cerrarse por la edad (aún no cumplen los 10 meses) y no solo a una brecha entre notificación y confirmación diagnóstica.

La proporción global de confirmación fue de 3,74% en 2024 y 3,10% en 2025. Un análisis regional permite observar la manera en que se presentan estas fluctuaciones en las distintas jurisdicciones.

La Región Centro concentra el mayor volumen de notificaciones, lo que coincide con la mayor densidad poblacional, con confirmaciones que rondan la proporción nacional. Se destacan las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe, con un mayor número de notificaciones en ambos períodos analizados.

En Cuyo se mantiene una proporción estable (4,13% en 2024 y 3,60 en 2025), con casos confirmados principalmente en Mendoza. La proporción de positividad de San Luis durante 2024 debe interpretarse con cautela por el escaso número de notificaciones (dos casos confirmados sobre 11 reportados).

En la Región Noreste Argentino (NEA), históricamente endémica, se notificaron 118 casos, con solo un caso confirmado (0,85%) en la provincia de Chaco.

Para la Región Noroeste Argentino (NOA), que notificó 137 casos con cuatro confirmados (2,92%), se destaca que para el mismo período en 2024 presento 323 casos notificados de los cuales ocho se confirmaron.

En cuanto a la Región Sur, aunque con bajo volumen (36 casos notificados), presenta una alta proporción de confirmación en 2025 (13,89%), destacándose Neuquén (3/13, 23,08%) y Santa Cruz (2/3, 66,67%). Esto podría sugerir una mayor especificidad diagnóstica en la selección de casos.

Persisten jurisdicciones sin confirmaciones a pesar de tener notificaciones: la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las provincias de Catamarca, Chubut, Corrientes, Entre Ríos, Formosa, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Misiones, Río Negro, San Juan, San Luis, Santiago del Estero y Tierra del Fuego. Esto es un indicador de alerta en cuanto a calidad diagnóstica y seguimiento.

Es importante tener en cuenta que los datos correspondientes a 2025 se encuentran aún en proceso de carga y consolidación. Dado que el seguimiento clínico y de laboratorio de los recién nacidos expuestos puede extenderse en el tiempo, la confirmación o el descarte del diagnóstico puede demorarse. Por este motivo, tanto las proporciones de confirmación de 2025 como las de 2024 deben considerarse preliminares y sujetas a modificación, a medida que se completen los circuitos de carga y seguimiento.

La baja proporción de confirmación en relación con los casos notificados pone en evidencia la necesidad de fortalecer los circuitos de seguimiento, diagnóstico y carga oportuna de información. Asimismo, la variabilidad regional observada puede reflejar diferencias en el acceso al diagnóstico confirmatorio, en la organización de los servicios o en la continuidad del seguimiento clínico, y por ende la falta de tratamiento oportuno de los casos nuevos de enfermedad de Chagas de transmisión vertical.

Para lo que va del año 2025, la tasa preliminar de enfermedad de Chagas congénita en Argentina fue de 0,05 casos confirmados cada 1.000 nacidos vivos, mientras que en el mismo período de 2024 había sido de 0,09 casos cada 1.000 nacidos vivos. Esta diferencia representa una leve disminución en la tasa nacional, aunque los valores se mantienen bajos en ambos períodos. Para el cálculo de la tasa correspondiente al año en curso se utilizaron los nacidos vivos del año 2024 como denominador, dado que los datos de nacimientos de 2025 aún no se encuentran disponibles.

A nivel regional, las tasas de enfermedad de Chagas congénita se mantienen bajas en todo el país. En comparación con el mismo período de 2024, se observa un leve descenso en la mayoría de las regiones, con excepción de la Región Sur que presentó un leve aumento, principalmente atribuible a los casos confirmados en Neuquén y Santa Cruz.

En la Región NEA, tres jurisdicciones no presentan hasta el momento casos confirmados, pero en el mismo período de 2024 presentó la tasa de notificación más alta entre las regiones del país. Estas diferencias deben interpretarse con cautela, ya que se trata de datos preliminares correspondientes a las primeras 36 semanas epidemiológicas. En este sentido, las tasas presentadas son provisionales y su comportamiento deberá ser reevaluado en el futuro, una vez consolidada la información.

Características clínico-epidemiológicas

Del total de los 24 casos confirmados de enfermedad de Chagas congénita notificados en 2025, sólo 8 (33%) presentan diagnóstico referido, y 13 (54%) tienen consignado el tratamiento en el sistema. Este dato es de crucial importancia, ya que los tratamientos realizados en esta población presentan una alta eficacia, especialmente si se inician de manera temprana, lo que permite prevenir complicaciones a largo plazo y reducir la carga de la enfermedad en la infancia. Además, la correcta notificación del diagnóstico y del tratamiento facilita el seguimiento clínico y epidemiológico, asegurando que los niños reciban atención integral y oportuna.

En relación con los antecedentes epidemiológicos registrados, en ocho casos (33%) se consigna madre con serología reactiva para Chagas, en un caso (4%) se indica antecedente de residencia o haber vivido en zona endémica, y uno (4%) consigna hermanos con serología reactiva para Chagas.

La enfermedad de Chagas o tripanosomosis americana es una infección causada por el parásito protozoo *Trypanosoma cruzi*, el cual puede transmitirse a las personas por diferentes vías. En Argentina, la principal vía de transmisión es la vertical y, en menor medida, la vectorial. La transmisión por vía transfusional, oral, por trasplantes de órganos y por accidentes de laboratorio son infrecuentes en Argentina.

La infección por *T. cruzi* puede cursar de forma sintomática o asintomática. El diagnóstico en la fase aguda se basa en métodos directos o de biología molecular para la detección del parásito, mientras que en la fase crónica se realiza mediante la detección de anticuerpos específicos, utilizando dos pruebas serológicas de diferente principio metodológico.

La enfermedad de Chagas, reconocida como un problema relevante de salud pública, dispone de estrategias eficaces para su prevención, diagnóstico, tratamiento y control. El principal desafío radica en el fortalecimiento de una respuesta integral y articulada que permita minimizar su impacto en la salud de la población.

Un joven de 23 años, trabajador rural, falleció en el Hospital Municipal 'Ramón Santamarina' y se confirmó que su deceso estuvo relacionado con el hantavirus, según los resultados de laboratorio de biología molecular realizados en la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán'. El caso había sido investigado previamente como una posible hantavirosis, luego de que el joven fuera internado inicialmente en María Ignacia Vela y derivado a Tandil, falleciendo el 15 de septiembre.

Ante la confirmación del caso, el Sistema Integrado de Salud Pública (SISP) puso en marcha medidas para agilizar y ajustar el protocolo de acción, involucrando distintas áreas, para la puesta en marcha de la campaña de monitoreo y promo-prevención de hantavirosis.

El SISP realiza además el seguimiento de trabajadores asintomáticos que compartieron espacios laborales con el fallecido. Tandil es una zona endémica de la enfermedad, con un promedio de 2 o 3 casos anuales, y la confirmación llega en un período –hasta marzo– en el que habitualmente se presentan casos.

Martens destacó la importancia de las medidas de prevención: “Mantener el pasto corto y desmalezado cerca de viviendas rurales, tapar los recipientes de basura, eliminar objetos que puedan servir de refugio para roedores, y sensibilizar sobre medidas al acampar, como no dormir directamente sobre el suelo y usar carpas con cierres herméticos. También es fundamental ventilar ambientes cerrados antes de higienizarlos, usar mascarilla N95 o superior y guantes, y desinfectar pisos, paredes y superficies con una solución de agua y lavandina al 10%”.

El hantavirus se transmite principalmente por inhalación de aerosoles contaminados con orina, heces o saliva de roedores infectados. Otras vías posibles son el contacto directo con secreciones de roedores o mordeduras, pero en Tandil no se registran contagios de persona a persona.

Los síntomas iniciales son similares a un cuadro gripal: fiebre, dolores musculares, escalofríos, cefalea, náuseas, vómitos, dolor abdominal y diarrea. El período de incubación varía entre 7 y 45 días, y la enfermedad puede evolucionar desde un síndrome febril leve hasta insuficiencia respiratoria grave y shock cardiogénico.

El SISP solicitó a quienes presenten síntomas compatibles, especialmente quienes viven o trabajan en zonas rurales, acercarse al centro de salud más cercano. Las acciones de control y prevención buscan evitar la aparición de casos secundarios.



BOLIVIA

ENCUESTA DE PREVALENCIA DE TRACOMA EN COMUNIDADES INDÍGENAS DEL TRÓPICO DE COCHABAMBA

26/09/2025

Un grupo diverso de profesionales bolivianos, provenientes en su mayoría del área de enfermería y laboratorio, iniciaron el relevamiento de la Encuesta de Prevalencia de Tracoma en 30 comunidades indígenas que forman parte de la Red Indígena de Salud del trópico, en Cochabamba, Bolivia. Esta acción de vigilancia y de colección de evidencia permitirá demostrar y declarar la eliminación del tracoma en toda la región, no sólo en algunos países. Así, se podrá eliminar una enfermedad que aún persiste silenciosamente en comunidades vulnerables.

Durante dos meses, desde Chimoré, pasando por las comunidades del municipio de Villa Tunari, hasta Puerto Villarroel, atravesando ríos caudalosos y caminos enlodados, se llevará a cabo la Encuesta de Prevalencia de Tracoma. Estas comunidades, muchas de ellas de difícil acceso, representan un eslabón clave en la cadena epidemiológica del país para tracoma.

Allí, el equipo de registradores, examinadores y gestores de muestras locales realizarán diagnósticos clínicos minuciosos en niños y niñas, tomarán muestras y recopilarán información esencial para el análisis serológico y microbiológico posterior. Además del componente clínico, cada jornada en terreno será también un espacio de diálogo intercultural: los equipos de salud, rodeados de vegetación densa y con el murmullo constante de la selva de fondo, deberán ganar la confianza de las familias, muchas de las cuales nunca han oído hablar del tracoma.

“El desafío no es solo técnico”, comentó la gestora de muestras local, Yesenia Quiroga Cueva. “Es también saber comunicarnos, respetar sus costumbres y hacer que esta acción tenga sentido para ellos”.

Previo a la incursión, los registradores, examinadores y gestores de muestras locales se reunieron en Villa Tunari a fin de capacitarse. Durante cinco días, participaron en un riguroso entrenamiento técnico y práctico que les permitiría ejecutar, los siguientes meses, la Encuesta de Prevalencia de Tracoma en las comunidades de la región. Se trata de una fase crítica: Bolivia ya ha detectado prevalencias de hasta 15% de tracoma folicular en niños de entre 1



y 9 años, en regiones como el Chaco y del trópico cochabambino. Los datos obtenidos ahora permitirán determinar con mayor certeza el grado de intervención que necesita el país para combatir esta enfermedad.

Esta intervención está enmarcada dentro de la Iniciativa para la Eliminación del Tracoma en las Américas, que forma parte de un esfuerzo conjunto entre el Ministerio de Salud



y Deportes de Bolivia, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y el proyecto regional financiado por Asuntos Globales de Canadá. La meta es eliminar el tracoma como problema de salud pública en toda la región de las Américas para el año 2030.

Entrenamiento intensivo

Expertos internacionales de la Iniciativa Tropical Data Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS) –provenientes de México, Colombia y Ecuador– junto con personal técnico de la oficina regional de la OPS, lideraron el entrenamiento. Su labor fue certificar evaluadores capaces no solo de detectar signos clínicos de la enfermedad, sino también de recolectar muestras especializadas –hisopados conjuntivales y la recolección de muestras de sangre seca– que permitirán hacer diagnósticos más certeros sobre la infección ocular por *Chlamydia trachomatis*.

“Esto no es solo una capacitación, es una inversión en soberanía sanitaria”, afirmó la facilitadora Valeria Torres, epidemióloga especialista en Sistema de Vigilancia del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, durante la sesión de apertura. “Estamos dejando capacidad instalada para Bolivia y generando conocimiento que perdurará más allá del proyecto”, dijo.

Los participantes, muchos de ellos con experiencia en trabajo comunitario en zonas rurales e indígenas, asumieron el reto con compromiso palpable. Aprendieron a identificar signos oftalmológicos con herramientas de precisión, a aplicar protocolos estandarizados de recolección de datos y, sobre todo, a trabajar con sensibilidad cultural y enfoque de género. La colaboración fue constante, el entusiasmo contagioso. Tras la formación, los equipos salieron a campo a realizar prueba y práctica.

Una enfermedad prevenible

El tracoma, una enfermedad prevenible que puede causar ceguera, se ha mantenido como un flagelo especialmente en poblaciones indígenas de América Latina, afectando principalmente a mujeres y niños. Si bien México logró eliminarla como problema de salud pública en 2017, países como Brasil, Colombia, Perú y ahora Bolivia siguen en el esfuerzo.

En Bolivia, la iniciativa se alinea con la estrategia continental para eliminar más de 30 enfermedades desatendidas para el año 2030, con un enfoque integral y sostenible. La intervención en Cochabamba marca un antes y un después: por primera vez, Bolivia está generando evidencia epidemiológica sólida para trazar una ruta hacia la eliminación del tracoma en su territorio.

El compromiso de los jóvenes capacitados, la colaboración técnica internacional, y el trabajo codo a codo con las comunidades locales, han encendido la esperanza. Ahora, el país cuenta con equipos preparados, herramientas científicas validadas y, sobre todo, con la voluntad política y comunitaria de avanzar a cerrar un capítulo de desigualdad sanitaria de larga data.

Durante la temporada de influenza 2024/2025 en Estados Unidos se registró un número inusualmente elevado de muertes pediátricas asociadas a la gripe. Ante la alarma, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) solicitaron a hospitales y departamentos de salud de todo el país que notificaran casos de niños con complicaciones neurológicas graves vinculadas a la infección, en particular la encefalopatía asociada a influenza (EAI) y su forma más devastadora, la encefalopatía necrosante aguda (ENA).

La EAI se define como un cuadro de compromiso neurológico que aparece en el curso de una infección por el virus de la influenza. Se produce por una respuesta inflamatoria desregulada que afecta al sistema nervioso central y puede manifestarse con convulsiones, alteraciones del estado mental o lesiones cerebrales detectadas en neuroimágenes. La ENA representa la expresión más grave de esta complicación, caracterizada por necrosis o hemorragia en áreas como los tálamos, con un pronóstico muy desfavorable.

El estudio incluyó casos de menores de 18 años hospitalizados o fallecidos entre octubre de 2024 y mayo de 2025. Para ser considerados, debían contar con confirmación de infección por influenza en los 14 días previos y presentar manifestaciones neurológicas compatibles. Tras la revisión clínica y de imágenes, se identificaron 109 casos que cumplían criterios de EAI: 37 fueron clasificados como ENA y 72 como otras formas de EAI.

La mediana de edad fue de 5 años en el grupo general y de 4 años en los casos de ENA. En casi nueve de cada diez pacientes se detectó influenza A, con predominio de los subtipos A(H1N1)pdm09 y A(H3N2). Llama la atención que más de la mitad de los niños afectados eran previamente sanos, sin antecedentes médicos relevantes. Los síntomas iniciales más frecuentes fueron fiebre, manifestaciones respiratorias y alteración del estado mental; en la ENA, las convulsiones fueron especialmente comunes. El inicio de los signos neurológicos se produjo en promedio a los dos días del comienzo de la infección gripal.

El impacto clínico fue muy severo. Tres cuartas partes de los pacientes requirieron internación en cuidados intensivos y más de la mitad precisó ventilación mecánica. La mortalidad global alcanzó el 19%, pero en la ENA llegó al 41%. Incluso entre los sobrevivientes, las secuelas fueron considerables: casi la mitad no recuperó su estado neurológico previo y, en el subgrupo de ENA, solo un niño mostró recuperación completa al alta hospitalaria.

En cuanto al manejo, la gran mayoría recibió tratamiento antiviral, aunque habitualmente iniciado varios días después del comienzo de los síntomas. Esto plantea dudas sobre su eficacia en la prevención del daño neurológico, ya que la fisiopatología parece más vinculada a la respuesta inflamatoria que a la replicación viral directa. No obstante, otros estudios sugieren que la administración temprana podría reducir complicaciones graves.

Uno de los hallazgos más preocupantes fue la baja cobertura vacunal. Entre los pacientes con datos disponibles, apenas 16% había recibido la vacuna antigripal correspondiente a la temporada. En los casos de ENA la proporción fue aún menor. Dado que la vacunación anual contra la influenza es la herramienta más efectiva para prevenir la enfermedad y sus complicaciones, este dato subraya la necesidad de reforzar las campañas de inmunización, especialmente en población pediátrica.

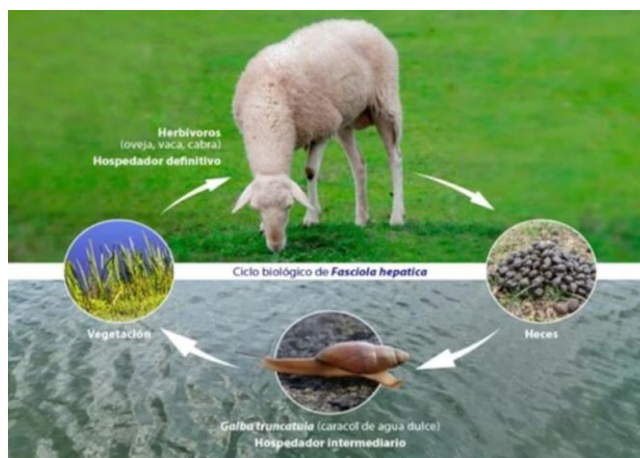
Los CDC señalan que esta serie de casos constituye el mayor registro de EAI en niños reportado en el país y evidencia que la complicación puede afectar incluso a menores previamente saludables. El estudio, sin embargo, presenta limitaciones: la notificación fue voluntaria y no representa necesariamente a todos los casos ocurridos; la definición de EAI no está estandarizada, lo que puede conducir a subregistro; y no todos los expedientes clínicos incluyeron información completa.

Pese a estas limitaciones, el trabajo aporta datos clave: la EAI es una complicación poco frecuente pero potencialmente devastadora de la gripe infantil; la ENA, en particular, conlleva una elevada mortalidad y secuelas graves; y la vacunación antigripal en la infancia sigue siendo insuficiente. Ante esto, los CDC anunciaron que incorporarán la vigilancia sistemática de estas complicaciones neurológicas en sus programas de monitoreo de influenza a partir de la temporada 2025/2026.

En conclusión, la temporada de influenza 2024/2025 en Estados Unidos puso en evidencia que la encefalopatía asociada a la influenza constituye una amenaza real para la salud infantil. El hecho de que muchos niños afectados fueran previamente sanos, sumado a la baja vacunación, resalta la importancia de la inmunización anual como estrategia de prevención. El fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y el inicio oportuno del tratamiento antiviral son medidas esenciales, pero el desafío principal sigue siendo lograr que la población pediátrica acceda y adhiera a la vacunación estacional.

Un brote de fasciolosis encendió las alertas sanitarias en el distrito de La Encañada, región Cajamarca, donde 66 niños fueron diagnosticados con esta enfermedad zoonótica que puede generar daños severos en el hígado si no es tratada a tiempo.

Los menores se encuentran en la etapa aguda de la enfermedad, según reportó la Dirección Regional de Salud (DIRESA), y vienen recibiendo tratamiento con triclabendazol bajo seguimiento médico.



Un problema endémico en varias zonas rurales

La fasciolosis humana es una enfermedad parasitaria emergente, causada por el trematodo *Fasciola hepatica*, que se transmite por el consumo de vegetales contaminados, como berros, lechuga o alfalfa, o agua no tratada proveniente de manantiales y canales.

Aunque se asocia principalmente con animales de pastoreo como el ganado, en zonas rurales de Perú se ha convertido en una amenaza constante para la salud pública, especialmente en poblaciones infantiles.

“Estamos dándole una importancia particular porque se han identificado algunas zonas con una prevalencia que supera los estándares normales”, explicó Walter Anyaypoma Ocón, director de Epidemiología de la DIRESA Cajamarca. Indicó que las condiciones ambientales, sociales y sanitarias son determinantes en la propagación del parásito.

Cajamarca entre las regiones con mayor prevalencia

La situación en Cajamarca no es nueva. En febrero de este año, la propia DIRESA advirtió que los índices de fasciolosis en zonas rurales de la región habían superado los niveles aceptables. Un estudio conjunto con la Universidad Nacional de Cajamarca identificó zonas hiperendémicas, entre las cuales ya figura la comunidad de Rosario de Polloc en La Encañada, donde la prevalencia, en ese entonces, superaba el 27%.

En ese lugar, según el informe, la mitad de los escolares infectados no respondía al tratamiento convencional con triclabendazol tras el primer ciclo. Otros sectores con menor prevalencia, pero aún en riesgo, son Valle Verde, Huayrapongo, Chetilla, Manzanamayo, Combayo y Otuzco.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud (INS), además de Cajamarca, las regiones más afectadas por esta enfermedad parasitaria son Junín, Cusco, La Libertad, Puno, Apurímac, Huánuco, Arequipa y la sierra de Lima. En su reporte más reciente, el INS advirtió que la fasciolosis se ha expandido en zonas de extrema pobreza con actividades de ganadería y agricultura.

Factores de riesgo y expansión

Según Anyaypoma Ocón, la pobreza, el analfabetismo, la defecación al aire libre y la falta de acceso a agua segura son factores que prolongan la transmisión. “Si no se mejoran estos componentes de manera integral como autoridades del sector, el problema transmisible de enfermedades puede producir una emergencia no solo de fasciolosis; también otros problemas asociados”, advirtió el epidemiólogo.

En La Encañada, los niños infectados tienen entre 5 y 11 años, y todos están siendo tratados en la etapa aguda, antes de que el parásito pueda generar complicaciones hepáticas más severas. La DIRESA inició un mapeo de las zonas aledañas para investigar si el brote está focalizado o podría expandirse hacia otras comunidades.

Tratamiento y acciones de prevención

Actualmente, el tratamiento suministrado es el triclabendazol, medicamento antiparasitario que debe administrarse con precisión y seguimiento. La DIRESA también estableció un plan de acción que incluye educación, sensibilización, diagnóstico, tratamiento y vigilancia epidemiológica, con apoyo de su Comité de Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas.

Por su parte, el INS viene realizando desde 2015 un programa de vigilancia activa de la fasciolosis en 12 regiones endémicas del país, que incluye diagnóstico serológico y coprológico, además de un estudio de caracterización molecular del parásito en zonas como Cajamarca.

La fasciolosis es una zoonosis parasitaria causada por el trematodo *Fasciola hepatica*, un helmineto que afecta principalmente al hígado y las vías biliares de mamíferos herbívoros y del ser humano. La transmisión ocurre cuando los individuos ingieren metacercarias, la forma infectante del parásito, presentes en vegetales acuáticos como berros o en agua contaminada. Una vez ingeridas, las larvas atraviesan la pared intestinal, migran por la cavidad peritoneal y alcanzan el hígado, donde maduran hasta convertirse en adultos dentro de los conductos biliares.

Desde el punto de vista epidemiológico, la fasciolosis tiene una distribución mundial, aunque presenta mayor importancia en regiones de clima templado y húmedo, que favorecen el ciclo del caracol lymnaeido, hospedador intermediario indispensable. América del Sur, particularmente los Andes de Bolivia, Perú y partes de Argentina, constituye una de las áreas de mayor endemidad, donde la enfermedad afecta tanto a poblaciones rurales humanas como a rebaños de ovinos y bovinos. También se reporta en Europa, el norte de África, Asia y algunas zonas de Oceanía, con variaciones en prevalencia según las condiciones ambientales y las prácticas agropecuarias.

La epidemiología está estrechamente ligada a factores ecológicos y sociales. La presencia de cursos de agua estancada o de riego, el consumo habitual de vegetales acuáticos crudos y la crianza de animales de pastoreo en zonas húmedas son determinantes clave en la transmisión. El rol de los animales domésticos es fundamental, ya que actúan como reservorios que perpetúan el ciclo del parásito y contaminan el ambiente con huevos eliminados en las heces. En áreas endémicas, la interacción estrecha entre la población humana y el ganado incrementa el riesgo de infección.

En términos de salud pública, la fasciolosis representa un doble problema: por un lado, genera importantes pérdidas económicas en la producción ganadera debido a la disminución del rendimiento, decomiso de hígados parasitados y costos de tratamiento; por otro, afecta la salud humana, con cuadros que pueden ir desde dolor abdominal y fiebre hasta complicaciones crónicas como colangitis o litiasis biliar. La Organización Mundial de la Salud la considera una enfermedad desatendida, dado que predomina en comunidades rurales empobrecidas con difícil acceso a diagnósticos y terapias adecuadas.



ANGOLA

SUMAN MÁS DE 6.000 LOS CASOS DE
SARAMPIÓN EN LO QUE VA DEL AÑO

23/09/2025

Angola registró más de 6.000 casos de sarampión este año, una enfermedad con una tasa de vacunación muy baja debido a los tabúes, anunció hoy el coordinador del Programa Nacional de Inmunización.

Alda de Sousa dijo que, desde enero hasta la fecha, las provincias de Luanda, Uíje, Bié y Lunda Sul fueron las más afectadas por casos de sarampión, “una enfermedad altamente contagiosa”.



“A nivel nacional, hemos identificado 6.472 casos de sarampión desde enero hasta la fecha. Las provincias con mayor incidencia son Luanda, Uíje, Bié y Lunda Sul, pero eso no significa que las demás provincias no presenten casos de sarampión”, declaró Alda de Sousa.

El funcionario destacó que actualmente la cobertura de vacunación rutinaria contra el sarampión es superior a 70% y que el objetivo es incrementar esa tasa.

“El país tiene un plan de respuesta con una campaña nacional de vacunación; sin embargo, hemos estado implementando una campaña de vacunación de bloqueo en lugares donde se han confirmado casos por laboratorio”, dijo.

Según el coordinador del Programa Nacional de Inmunizaciones, el mayor desafío es aumentar la cobertura de la campaña de vacunación, intensificar la vigilancia epidemiológica y movilizar a las comunidades.

Según el funcionario, “desafortunadamente, el sarampión en Angola sigue siendo una enfermedad tabú”.

“Muchos padres, sobre todo en zonas rurales periurbanas, piensan que los niños necesariamente deben enfermar de sarampión”, afirmó Alda de Sousa, destacando que aún hay situaciones en las que muchas personas, al saber que el hijo de un vecino contrajo la enfermedad, incentivan el contacto entre los niños, “porque creen que cuanto antes se enfermen, mejor”.

“También tenemos situaciones en las que no los llevan a hospitales. Les atan una cinta roja en la muñeca a los niños, que también están vestidos de rojo, y solo cuando ven que están graves los llevan al hospital. Este es un comportamiento erróneo que seguimos viendo entre la población”, añadió.

En julio de este año, la oficina de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Angola informó la existencia de un brote de sarampión en la provincia de Cuanza Sul, con un promedio diario de ocho hospitalizaciones en el Hospital Pediátrico de Sumbe.

La OMS destaca que el sarampión es una enfermedad viral altamente contagiosa que puede causar complicaciones graves como neumonía, diarrea intensa, encefalitis y, en casos extremos, la muerte, especialmente entre niños pequeños y personas no vacunadas.

“Aunque se puede prevenir con una vacuna segura y eficaz, el sarampión sigue representando un riesgo importante en entornos con baja cobertura de vacunación”, destacó la OMS.

Entre el 14 de julio y el 13 de septiembre, el Statens Serum Institut (SSI) registró dos brotes de campilobacteriosis con un total de 81 pacientes. Uno de los brotes, causado por el secuenciotipo ST49 de *Campylobacter jejuni* registró 55 casos, y el otro, de 26 casos fue provocado por ST52.

Entre los enfermos hay 43 hombres y 38 mujeres. Los infectados tienen entre 2 y 90 años. En ambos brotes, los pacientes viven en diferentes partes del país. Aproximadamente la mitad de los pacientes han sido hospitalizados. El SSI estimó que varios cientos de pacientes podrían estar infectados.

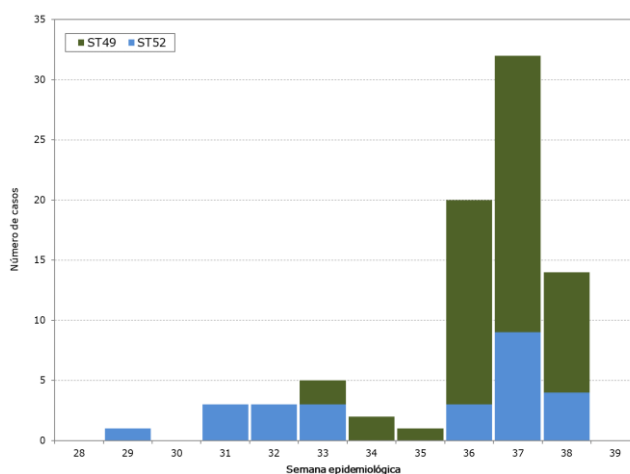
“El pollo es la fuente más frecuente de infección por *Campylobacter*. Los mismos tipos de secuencia que encontramos en los pacientes de los dos brotes también se detectaron en pollos daneses”, afirmó Luise Müller, jefa de departamento del SSI.

Campylobacter puede causar diarrea, dolor abdominal, vómitos, fiebre y, en casos raros, complicaciones graves como artritis o el trastorno nervioso conocido como síndrome de Guillain-Barré.

“Se debe ser muy cuidadoso al preparar pollo, tanto en la cocina como a la parrilla. El jugo de la carne cruda que gotea sobre una ensalada, por ejemplo, puede ser suficiente para enfermar a toda la familia”, advirtió Sørine Quaade Møller, directora de sección de la Administración Danesa de Veterinaria y Alimentos.

“Estos nuevos brotes ponen de relieve que *Campylobacter* sigue siendo un reto para la seguridad alimentaria. Es fundamental que los productores controlen eficazmente las infecciones y que la higiene en los mataderos sea óptima”, afirmó Marianne Sandberg, investigadora principal del Instituto Nacional de Alimentación de Dinamarca.

La Administración Veterinaria y Alimentaria de Dinamarca, el Statens Serum Institut y el Instituto Nacional de Alimentación de la Universidad Técnica de Dinamarca forman parte del Grupo Central de Brotes, que investiga los brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos en el país.



Casos de campilobacteriosis, según secuenciotipo. Dinamarca. Año 2025, semanas epidemiológicas 28 a 39. Fuente: Statens Serum Institut.

LOS CASOS DE SÍFILIS SUPERAN LOS 10.000 EN LO QUE VA DEL AÑO

30/09/2025

En la semana epidemiológica 39 de 2025, Japón registró 167 nuevos casos de sífilis, lo que eleva a 10.166 el total de casos en lo que va del año.

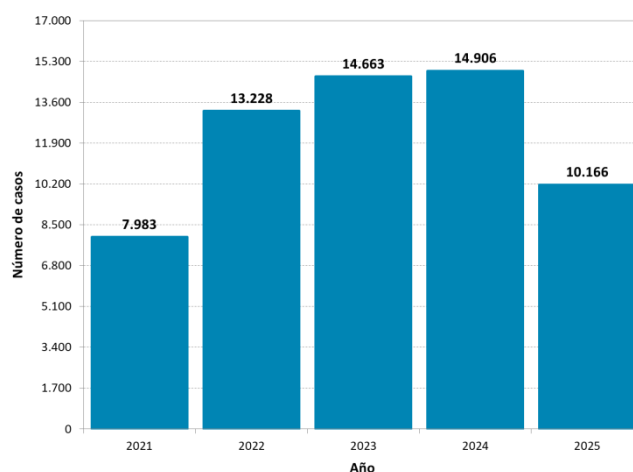
En 2024, se notificaron 14.663 casos, apenas por debajo del total de 2023, que fue de 14.906 casos.

El gobierno japonés ha ordenado que todos los casos diagnosticados de sífilis se reporten bajo la ley de Vigilancia de Enfermedades de Declaración Obligatoria desde 1948.

El número anual de casos de sífilis reportados en todo el país osciló entre 500 y 900 entre 2000 y 2012. Sin embargo, sus números han experimentado un aumento constante y alarmante desde entonces: 1.228 casos en 2013; 1.661 en 2014; 2.690 en 2015; 4.575 en 2016; 5.826 en 2017; 7.002 en 2018; 7.983 casos en 2021; 13.228 en 2022 (la primera vez que superó la marca de 10.000).

Tokio lidera con la mayor cantidad de casos con 2.587, seguido por las prefecturas de Osaka (1.251), Aichi (630) y Kanagawa (577).

Los casos de sífilis se han multiplicado por 15 en la última década y media. Además, los casos se han multiplicado por 10 entre los hombres y por 23 entre las mujeres.



Casos notificados de sífilis. Japon. Años 2021/2025 (2025 hasta el 24 de septiembre). Fuente: Instituto Japonés para la Seguridad Sanitaria.

En los últimos años, Japón ha experimentado un aumento sostenido en la incidencia de sífilis, lo que constituye un desafío significativo para la salud pública. La enfermedad, causada por *Treponema pallidum*, había mostrado una marcada reducción en las décadas posteriores a la introducción de los antibióticos; sin embargo, desde mediados de la década de 2010 los registros epidemiológicos han revelado un resurgimiento que afecta de manera particular a grandes áreas metropolitanas como Tokio y Osaka.

Diversos factores contribuyen a este fenómeno. Entre ellos se destacan cambios en los patrones de conducta sexual, el mayor uso de aplicaciones digitales que facilitan encuentros ocasionales, la reducción en el uso sistemático del preservativo y el bajo nivel de conocimiento sobre la enfermedad en grupos etarios jóvenes. Un aspecto clínico que complica la detección temprana es la capacidad de la sífilis para cursar con manifestaciones iniciales leves o autolimitadas, lo que propicia la transmisión inadvertida.

De especial preocupación es el incremento de casos en mujeres en edad reproductiva, situación que eleva el riesgo de sífilis congénita. Esta forma de transmisión vertical representa una amenaza grave para la salud neonatal, pudiendo generar abortos espontáneos, malformaciones congénitas y mortalidad perinatal.

Ante esta situación, el Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar de Japón ha intensificado la implementación de campañas de concienciación, destacando la importancia de la realización de pruebas diagnósticas oportunas y el uso de preservativos como medida preventiva. Asimismo, se han desarrollado iniciativas que promueven el acceso a pruebas gratuitas y anónimas, con el objetivo de reducir el estigma asociado a las infecciones de transmisión sexual y mejorar la detección temprana.

El tratamiento de la sífilis continúa siendo eficaz mediante la administración de penicilina, siempre que el diagnóstico se realice de manera precoz. No obstante, la persistencia del estigma social y la reticencia a consultar en los servicios de salud dificultan los esfuerzos de control. Por esta razón, además de los enfoques clínicos y epidemiológicos, se requiere una estrategia integral que incluya intervenciones educativas y comunitarias destinadas a fomentar la prevención y reducir las barreras socioculturales.

En conclusión, la reemergencia de la sífilis en Japón subraya la necesidad de sostener y ampliar las medidas de vigilancia epidemiológica, diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado y educación sanitaria, con el fin de contener la transmisión y mitigar los efectos adversos sobre la salud materna e infantil.

Kenia registró más de 20.000 nuevas infecciones por VIH en 2025, y el condado de Nairobi registró el mayor número, según estimaciones del Consejo Nacional de Control de Enfermedades Sindémicas.

Las cifras indican que las mujeres siguen siendo las más afectadas por la epidemia y representan la mayoría de las nuevas infecciones a nivel nacional.

Los datos del consejo muestran que este año se identificaron 20.105 nuevos casos de VIH en todo el país. De estos, 13.236 correspondieron a mujeres y 6.869 a hombres. 4.349 de las nuevas infecciones se produjeron en menores de 15 años, lo que pone de relieve la persistente vulnerabilidad para la transmisión maternoinfantil a pesar de los intensos esfuerzos de prevención.



“La cobertura de prevención de la transmisión de madre a hijo en Kenia es de 90,1%, aunque la tasa de transmisión de madre a hijo se mantiene en 9,26%”, lo que pone de relieve las deficiencias en el logro de la protección plena de los recién nacidos.

El condado de Nairobi lideró la cantidad de nuevas infecciones por VIH, con 3.045 casos notificados, 2.113 en mujeres y 931 en hombres. Otros condados con un alto número de nuevas infecciones son Migori (1.572), Kisumu (1.341), Homa Bay (1.180), Mombasa (817) y Siaya (873). Condados como Mandera (67 casos), Marsabit (40) y Lamu (36) registraron la menor cantidad de casos nuevos.

Personas que viven con el VIH

En total, Kenia cuenta actualmente con un estimado de 1.326.419 personas que viven con el VIH, de las cuales 867.571 son mujeres y 458.848 son hombres. Nairobi sigue siendo el condado con el mayor número de casos (151.916), seguido de Homa Bay (104.317) y Migori (99.510). En contraste, el condado de Wajir tiene el menor número (701).

La distribución por edad y sexo de las nuevas infecciones muestra que los adultos mayores de 15 años representan la mayoría de los casos, con 15.642 nuevos casos, incluidos 4.609 varones. Entre los niños de 0 a 14 años, se notificaron 4.349 nuevas infecciones, lo que indica que persiste el riesgo de transmisión para los más jóvenes.

Las muertes relacionadas con el sida siguen siendo un desafío importante, ya que el consejo estima que en 2025 se registraron 21.009 fallecimientos en todo el país. De estos, 18.321 fueron adultos y 2.688 niños. El condado de Nairobi registró el mayor número de muertes relacionadas con el sida, (1.267 muertes, incluidos 401 niños). Otros condados con altas tasas de mortalidad incluyen Nakuru (1.698 muertes), Kisumu (1.166), Homa Bay (1.092) y Migori (1.041). Condados como Marsabit (32 muertes), Lamu (30) y Tana River (29) registraron las cifras más bajas de muertes.

Reducir las nuevas infecciones

Si bien se ha avanzado en la expansión de las pruebas y el tratamiento del VIH, se requieren esfuerzos sostenidos para reducir las nuevas infecciones, especialmente entre mujeres y niños. Los programas integrales de prevención, el tratamiento oportuno y las campañas de concientización comunitaria siguen siendo cruciales para revertir las tendencias actuales.

Recientemente, la Fundación Gates anunció un importante paso para expandir la prevención del VIH en países de ingresos bajos y medios. Millones de personas más en riesgo de contraer el VIH pronto tendrán acceso a una versión genérica de bajo costo de lenacapavir, la primera profilaxis preexposición (PrEP) inyectable semestral del mundo.

La iniciativa se está implementando a través de una asociación con el fabricante indio Hetero Labs, respaldada por financiación inicial y garantías de volumen para que el tratamiento sea asequible a aproximadamente 40 dólares por paciente por año, después de un breve régimen oral de pretratamiento.

“Hetero se complace en asociarse con la Fundación Gates para crear una vía para el suministro sostenible y asequible de lenacapavir”, afirmó Vamsi Krishna, director general de Hetero Group of Companies.

“Esta colaboración refleja nuestro compromiso de garantizar el acceso a medicamentos innovadores contra el VIH para los pacientes en India y otros países de ingresos bajos y medios”.



El Ministerio de Salud de Mauritania informó el 25 de septiembre sobre una muerte por fiebre del Valle del Rift en Rosso, una ciudad del sur del país, en la frontera con Senegal.

El fallecido era un ciudadano procedente de un país vecino que presentó síntomas avanzados de fiebre hemorrágica. Fue aislado de inmediato en el Centro Hospitalario Regional de Rosso, y sometido a las medidas de precaución necesarias. Una muestra, enviada al Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública, confirmó la infección por el virus de la fiebre del Valle del Rift.

Los servicios regionales comenzaron de inmediato a identificar a las personas que habían estado en contacto con el paciente. Se localizaron 10 personas identificadas como contactos, aunque ninguna presentó síntomas hasta el momento.

En respuesta a esta situación, el Ministro de Salud, Mohamed Mahmoud Ould Ely Mahmoud, presidió una reunión de emergencia por videoconferencia con las partes interesadas a nivel central y regional. La reunión decidió establecer un comité de crisis para monitorear la situación y adoptar las medidas necesarias para contener cualquier riesgo potencial. Al mismo tiempo, se envió una misión del Centro Nacional de Operaciones de Emergencia en Salud Pública para intensificar las investigaciones y buscar activamente más contactos del caso.

El Ministerio recordó que la fiebre del Valle del Rift es una enfermedad que suele reaparecer después de las temporadas de lluvias, especialmente en zonas rurales donde el contacto con ganado y mosquitos es frecuente.

El Ministerio de Salud aseguró que está monitoreando de cerca la situación, en estrecha consulta con las autoridades competentes y los socios técnicos. Reafirmó su compromiso de informar periódicamente a la opinión pública, con total transparencia, y llamó a todos a estar atentos y a respetar las recomendaciones sanitarias.

La fiebre del Valle del Rift es una enfermedad viral aguda que afecta principalmente a animales domésticos como ovejas, cabras, vacas y dromedarios, pero que también puede transmitirse a los seres humanos. El virus pertenece al género *Phlebovirus* de la familia *Phenuiviridae* y fue identificado por primera vez en Kenia en 1931, en la región que le da su nombre.

En los animales, la enfermedad se caracteriza por altas tasas de aborto y una elevada mortalidad en crías jóvenes, lo que genera graves pérdidas económicas en la ganadería. El virus se transmite principalmente a través de mosquitos del género *Aedes* y *Culex*, que actúan como vectores. En condiciones de lluvias intensas o inundaciones, las poblaciones de mosquitos aumentan y facilitan la propagación de la infección en grandes rebaños.

En los seres humanos, la mayoría de los casos cursa con síntomas leves y similares a los de una gripe: fiebre, debilidad, dolor de cabeza y dolores musculares. Sin embargo, en una pequeña proporción de infectados la enfermedad puede evolucionar hacia formas graves, que incluyen hepatitis severa, meningoencefalitis, hemorragias o afectación ocular que puede llevar a pérdida parcial o total de la visión. La mortalidad en personas suele ser baja, pero los brotes pueden tener gran impacto sanitario y social por el número de infectados y la afectación de la economía agrícola.

La transmisión al ser humano ocurre principalmente por contacto directo con sangre, tejidos o fluidos de animales infectados durante faena, partos o sacrificio, así como por la picadura de mosquitos portadores del virus. No se ha documentado la transmisión entre personas.

Actualmente no existe un tratamiento específico para la fiebre del Valle del Rift; la atención médica se basa en el manejo de los síntomas y el soporte de las complicaciones. En el ámbito veterinario se han desarrollado vacunas para animales, utilizadas de manera preventiva en regiones endémicas, aunque su uso requiere precauciones para evitar la diseminación del virus a través de vacunas vivas atenuadas.

La prevención en humanos depende de medidas de protección personal contra picaduras de mosquitos, el uso de ropa y guantes al manipular animales, y el control de brotes en rebaños mediante campañas de vacunación animal y vigilancia epidemiológica. Por su capacidad de propagarse rápidamente, la fiebre del Valle del Rift es considerada una enfermedad emergente de importancia en salud pública y en la seguridad alimentaria, especialmente en África subsahariana y algunas regiones del Medio Oriente.

El Laboratorio Regional de Referencia para la Erradicación de la Poliomielitis del Instituto Nacional de Salud (NIH) de Islamabad confirmó dos nuevos casos de la enfermedad en Sindh, uno en el distrito de Badin y el otro en el distrito de Thatta.

Con estas nuevas detecciones, ambas en niñas, el número total de casos de poliomielitis en Pakistán en 2025 asciende a 29: 18 en Khyber Pakhtunkhwa, nueve en Sindh, uno en Punjab y otro en Gilgit-Baltistan.



La poliomielitis es una enfermedad altamente infecciosa e incurable que puede causar parálisis de por vida. La única protección eficaz consiste en administrar dosis repetidas de la vacuna antipoliomielítica oral con virus atenuados (OPV) a todos los niños menores de cinco años durante cada campaña, junto con la aplicación oportuna de todas las inmunizaciones de rutina.

El Centro Nacional de Operaciones de Emergencia para la Erradicación de la Poliomielitis llevó a cabo una Campaña Subnacional de Vacunación contra la enfermedad en septiembre de 2025 en 88 distritos del país, incluidos Badin y Thatta. La campaña llegó a casi 21 millones de niños menores de cinco años.

La próxima campaña nacional de vacunación contra la poliomielitis se llevará a cabo del 13 al 19 de octubre de 2025, con el objetivo de proteger a unos 45,4 millones de niños menores de cinco años. Durante la campaña, se administrará vitamina A junto con la vacuna antipoliomielítica oral con virus atenuados (OPV) para reforzar el sistema inmunitario de los niños. Más de 400.000 dedicados trabajadores de primera línea irán puerta a puerta para garantizar que todos los niños que cumplan con los requisitos reciban esta protección esencial.

Estas campañas tienen como objetivo fortalecer rápidamente la inmunidad infantil y fortalecer la protección como parte de los esfuerzos continuos de Pakistán para erradicar la poliomielitis. Se recomendó enfáticamente a los padres y cuidadores que se aseguren de que sus hijos reciban la vacuna en cada campaña, ya que sigue siendo la única protección fiable contra la discapacidad permanente.

La erradicación de la poliomielitis es una responsabilidad compartida. Mientras los dedicados trabajadores de primera línea contra la enfermedad administran las vacunas, los padres y cuidadores deben asegurarse de que sus hijos reciban todas las dosis recomendadas, incluidas las vacunas de rutina.

Las comunidades, los docentes, los líderes religiosos y, en especial, los medios de comunicación desempeñan un papel fundamental al apoyar las iniciativas de vacunación, combatir la desinformación y animar a otros a vacunarse para que todos los niños estén protegidos. Entre todos se puede garantizar un futuro sin poliomielitis para todos los niños de Pakistán.

El sistema de salud de Gaza ha sufrido una destrucción generalizada durante la invasión militar israelí, que comenzó en octubre de 2023 y que provocó la proliferación de brotes de enfermedades. Durante este tiempo, uno de los únicos servicios de microbiología en funcionamiento en Gaza ha sido un pequeño laboratorio en el Hospital Árabe Al-Ahli de la ciudad de Gaza, que se abastecía de energía principalmente mediante generadores diésel e inversores de batería. El hospital, uno de los pocos de Gaza que se ha mantenido parcialmente operativo, ha tratado un gran número de lesiones traumáticas a pesar de los frecuentes ataques aéreos (que comenzaron en octubre de 2023 y continúan al momento de redactar este informe) en las dos gobernaciones del norte de la Franja de Gaza, y ha sido evacuado entre ataques aéreos.

El personal del laboratorio revisó cada muestra recolectada y procesada de las salas del hospital o del quirófano de urgencias entre el 1 de noviembre de 2023 y el 31 de agosto de 2024. Se revisaron 1.317 muestras primarias, de las cuales el 886 (67,3%) eran de pus o hisopos de heridas, 372 (28,2%) de orina y 59 (4,5%) de otros tipos de muestras (incluidos fluidos estériles). Se calculó el índice de resistencia a múltiples antibióticos (MAR) para cada aislado, es decir, el número de fármacos resistentes dividido por el número analizado.

Se observó crecimiento en 982 muestras (74,6%); 746 de estas (76%) provenían de material de herida, lo que refleja la alta incidencia de traumatismos por impacto de bala y aplastamiento. Predominó *Pseudomonas aeruginosa* (28,4% de los aislados y 35,9% de los aislados de heridas), seguida de *Staphylococcus aureus* (22,4% de los aislados y 25,6% de los aislados de heridas), *Klebsiella* spp (18,5%) y *Escherichia coli* (17%). De todos los aislamientos 657 (66,9%) fueron resistentes a múltiples fármacos, y 847 (86,3%) presentaron un índice MAR superior a 0,20 (media de 0,60), lo que indica una presión de selección sostenida.

Se encontró una alta resistencia entre los aislamientos de *Enterobacterales* spp, con 384 (93,0%) de los aislamientos de heridas resistentes a amoxicilina-clavulanato, cefuroxima y cefotaxima. La resistencia a ceftriaxona y ceftazidima también fue alarmantemente alta en los aislamientos de heridas (83,4% y 79,7%, respectivamente), lo que sugiere una presencia generalizada de *Enterobacterales* productores de β -lactamasas de espectro extendido (BLEE). La no susceptibilidad a meropenem alcanzó el 63,8% en *Klebsiella* spp, y *Pseudomonas* mostró una resistencia a múltiples fármacos de 33,1%, una resistencia a la colistina de 16,1% y el índice MAR medio más alto (0,68).

Entre las bacterias grampositivas, se encontró *S. aureus* resistente a la meticilina (SARM) en 65,6% de las muestras, y la no susceptibilidad a la vancomicina alcanzó el 53,7% en *S. aureus*. *Proteus* y los estafilococos coagulasa negativos tuvieron valores de MAR igualmente altos (0,67 para *Proteus* y 0,48 para estafilococos coagulasa negativos).

Una comparación temporal de dos períodos de escalada del conflicto (del 1 de noviembre de 2023 al 31 de marzo de 2024 y del 1 de abril al 31 de agosto de 2024) encontró que la prevalencia de resistencia a múltiples fármacos no varió (66,7% para el primer período y 68,2% para el segundo), pero los aislamientos con índices MAR superiores a 0,20 disminuyeron (de 91,6% a 86,3%), y el SARM mostró un aumento estadísticamente no significativo (40% y 66,7%).

La disminución de organismos con índices MAR muy altos probablemente refleje el agotamiento de las reservas de antibióticos de amplio espectro, en lugar de la implementación de una gestión adecuada; por el contrario, el aumento numérico de SARM podría sugerir un aumento de la transmisión cruzada en condiciones de hacinamiento en salas.

El patrón que se observa es similar al panorama de resistencia a los antimicrobianos ya cartografiado en Gaza: entre febrero y abril de 2015, se recuperaron 62 aislamientos de *S. aureus* en hisopos nasales de personal sanitario del Hospital Al-Shifa; 51 (82%) fueron SARM inferidos por oxacilina, 40 (65%) fueron mecA-positivos y el 100% resistentes a la penicilina. Entre agosto y diciembre de 2021, un estudio transversal en el Hospital Pediátrico Al-Nasser encontró producción de BLEE en 58,9% de los bacilos gramnegativos en general, incluido el 65,5% de los aislamientos urinarios, con 77,2% de todas las cepas resistentes a múltiples fármacos.

Un análisis retrospectivo de los aislamientos del torrente sanguíneo recolectados en hospitales de la Franja de Gaza de 2020 a 2022 registró resistencia a carbapenémicos en 70-80% de *Acinetobacter baumannii* y un aumento en *Klebsiella pneumoniae* resistente a carbapenémicos de 22,2% a 25,5%.

Un programa de reconstrucción de extremidades de Médicos Sin Fronteras (2018-22) informó que 70% de los cultivos positivos eran resistentes a múltiples fármacos, incluyendo positividad para BLEE en 30% de los aislados de *Enterobacterales* spp. y 35% de *P. aeruginosa* resistente a ceftazidima e imipenem.

Una síntesis de 20 años de 29 investigaciones primarias de hospitales de Gaza (2002-21) destacó cuán arraigada estaba la crisis de resistencia a los antimicrobianos incluso antes de la invasión: *Acinetobacter* spp. y *Pseudomonas* resistentes a múltiples fármacos eran altamente prevalentes; la resistencia a la amoxicilina de primera línea en *E. coli* uropatógena alcanzó el 73-98%; la resistencia a las cefalosporinas en *Acinetobacter* spp. a menudo superaba el 80%; y la prevalencia de SARM de origen hospitalario oscilaba entre 22,6% y 82,3%.

Lo que ha cambiado es la magnitud y el contexto clínico del colapso del sistema sanitario: el Hospital Árabe Al-Ahli tuvo que gestionar un mayor número de ingresos diarios con escasa irrigación estéril, 211 heridas que permanecieron sin curar durante días, 12 cortes de suministro de energía en el quirófano y solo donaciones puntuales de antibióticos de amplio espectro. El alojamiento prolongado de familias desplazadas fuera del hospital también podría haber contribuido a la transmisión de enfermedades infecciosas.

La comunidad médica internacional tiene el deber de actuar y responder a esta crisis. Ante todo, el personal sanitario y los gobiernos de todo el mundo deben abogar por el cese de la invasión militar israelí, que ha provocado un aumento de las lesiones traumáticas y el ataque deliberado y generalizado contra hospitales, laboratorios y plantas desalinizadoras de agua. Sin este alto el fuego, la carga de infección se intensificará aún más. En segundo lugar, es necesario estabilizar los laboratorios que aún existen: el envío recurrente de convoyes con medios de cultivo, discos y combustible para generadores ayudaría a restablecer la prescripción basada en cultivos en toda la provincia. Por lo tanto, deben levantarse las restricciones a la entrada de suministros médicos esenciales. Por último, el suministro de medicamentos debe coordinarse entre las agencias humanitarias y los donantes, quizás a través de la Organización Mundial de la Salud, para que la respuesta antimicrobiana se adapte a las necesidades documentadas de los hospitales.

Se deben reconocer las limitaciones de este análisis: 24 discos no pueden demostrar resistencia absoluta, las heridas polimicrobianas se analizaron solo por aislamiento dominante y la ausencia de denominadores fiables para las lesiones totales impide realizar estimaciones de

incidencia. Además, el análisis temporal, que divide la vigilancia de 10 meses en solo dos amplios intervalos segmentados en torno al momento de la destrucción del cercano Hospital Al-Shifa y los principales cambios en la intensidad del asedio, proporciona una señal burda de la evolución a lo largo del tiempo; no captura las fluctuaciones semanales ni los efectos de confusión del agotamiento intermitente de las reservas ni la evolución de la casuística, por lo que debe interpretarse con cautela. No obstante, estos se encuentran entre los pocos datos de laboratorio contemporáneos disponibles en Gaza. Si no se garantiza pronto la protección de las instalaciones sanitarias palestinas, las redes de suministro de antibióticos y los laboratorios funcionales, los organismos resistentes documentados aquí probablemente se diseminarán mucho más allá de las fronteras de Gaza.

Salama Issa observó con impotencia cómo su hijo de siete años era atacado por un perro callejero en la aldea de Mmango, en la región de Lindi, en Tanzania.

Al recordar el horrible momento de hace seis meses, dijo: “Lo había enviado a cargar mi teléfono a casa de un vecino y lo oí gritar: ‘¡Mamáaaa! ¡Mamáaaa!’. Para cuando corrí hacia él, el perro ya le había clavado los dientes en el muslo. Sangraba”.



Un perro recibe la vacuna antirrábica.

Frenética, Issa llevó rápidamente a su hijo al presidente de la aldea, quien le aconsejó ir al Hospital Sokoine en la ciudad de Lindi, donde el niño recibió inyecciones para brindarle protección inmediata contra la rabia.

“Tenía miedo. La gente de mi comunidad decía que mi hijo tendría *Kichaa cha mbwa* (la rabia) si no se trataba a tiempo”, dijo, con la voz todavía marcada por el pánico del momento.

1.500 muertes y en aumento

La historia de Salama no es un caso aislado. Si bien su hijo tuvo la suerte de sobrevivir a la mordedura, muchos en Tanzania no lo logran.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor de 1.500 personas mueren cada año por infecciones de rabia causadas por la mordedura de un perro rabioso, y los niños de las comunidades pobres son los más afectados.

Para quienes pueden acceder a la vacuna contra la rabia, la serie completa de vacunas de profilaxis posexposición (PEP) cuesta alrededor de 100 dólares, un precio muy por encima del alcance de muchas personas en Tanzania, donde más de 40% de la población está por debajo de la línea internacional de pobreza y gana menos de 2,15 dólares al día, según el Banco Mundial.

Esta barrera económica significa que los costos y las muertes por rabia continúan representando una amenaza para la salud pública a pesar de las intervenciones.

Sin embargo, después de décadas de investigación y un esfuerzo nacional coordinado, los científicos dicen que la narrativa está cambiando.

Para 2030, Tanzania se propone reducir a la mitad las muertes por rabia en tres años y reducir los costos en 10 millones de dólares, en el marco de la estrategia Cero para 30, que tiene como objetivo poner fin a las muertes humanas por rabia para 2030.

La hoja de ruta ha sido reconocida mundialmente y la estrategia nacional de control de la rabia de Tanzania fue aprobada oficialmente por la Organización Mundial de Sanidad Animal en 2025.

Enfoque Una Salud

Kennedy Lushasi, investigador principal del Instituto de Salud Ifakara (IHI), quien lleva décadas investigando la rabia, confía en que se puede alcanzar el objetivo. La clave, afirma, es un enfoque coordinado de Una Salud que combata la enfermedad desde su origen.

“Durante años, nos centramos en tratar a las víctimas humanas, lo cual es costoso y a menudo demasiado tarde”, explicó Lushasi. “Pero gracias a acciones audaces, ciencia inteligente y poder comunitario, estamos apoyando a Tanzania para cambiar el rumbo”.



El hijo de Salama Issa señala las cicatrices de la mordedura de un perro callejero en su casa en la región de Lindi, Tanzania.

Dice que se asoció con instituciones como la Universidad de Glasgow para abordar el problema desde su origen –los perros– con el objetivo de romper por completo la cadena de transmisión vacunando a la población animal.

Lindi, la región donde el hijo de Salama fue mordido por un perro y sobrevivió, es una de las varias zonas donde el equipo de Lushasi ha liderado campañas de vacunación canina a gran escala en focos de rabia. Otras zonas incluyen Serengeti y Mtwara en Tanzania, y Pemba en Zanzíbar.

La estrategia, dice, es vacunar al menos a 70% de los perros para crear inmunidad colectiva, lo que significa que suficientes animales en un área sean inmunes al virus para detener su propagación.

Lushasi contó que la vacunación masiva resultó en la eliminación de la rabia en la isla de Pemba, frente a la costa de Tanzania, la que ha permanecido libre de la enfermedad durante más de siete años.

Superando obstáculos

Pero existen barreras para llegar a todos aquellos que podrían beneficiarse de la vacuna.

“Nuestras aldeas están muy distantes, a veces a 50 u 80 kilómetros de la ciudad”, dijo Naseeb Moko, un funcionario de ganadería del municipio de Lindi.

La falta de electricidad en muchas zonas rurales supone un desafío importante para la conservación de las vacunas, que deben mantenerse a una temperatura de 2 a 8°C.

Moko también lamentó la escasa conciencia pública sobre la rabia. “Mucha gente no entiende los peligros de la rabia”, afirmó.

Cuando se les dice que tienen que pagar la vacuna del perro, la mayoría se niega. Los miembros de la comunidad solo se motivan cuando han presenciado que una persona o un perro en su zona contraen la rabia.

Para superar estos obstáculos, el equipo del IHI desarrolló nuevos contenedores de refrigeración para preservar las vacunas y aplicaciones móviles para el seguimiento en tiempo real de la cobertura de vacunación.

Este enfoque basado en datos permitió a los investigadores identificar áreas con baja cobertura, donde es más probable que se produzcan nuevos brotes.

Los investigadores dicen que este énfasis en la evidencia y los datos ha sido un factor clave en el progreso de Tanzania en la lucha contra la enfermedad.

Pérdidas asombrosas

“La historia del hijo de Salama es una historia de sufrimiento humano, pero el impacto de la rabia se extiende más allá de la salud pública”, dijo Ahmed Lugelo, investigador veterinario de Global Animal Health Tanzania.

“Las pérdidas económicas causadas por esta enfermedad son asombrosas, especialmente para nuestras comunidades pastorales y agropastorales”, afirmó Lugelo.

“Este año, en la región de Mara, en Tanzania, vimos a una sola familia perder ocho vacas, con un valor de más de 1.800 dólares, a causa de la rabia, después de que un animal rabioso las mordiera durante la noche”.

No son solo estadísticas. Son familias que se ven empujadas a la pobreza porque una enfermedad prevenible acabó con toda su fuente de ingresos.

“En comunidades sin campañas de vacunación, la gente apedrea a los perros por temor a ser mordidos y contraer rabia. Pero donde la vacunación es rutinaria, los perros son aceptados, cuidados y se convierten en parte de la familia”, contó Lugelo.

“Eliminar la rabia no se trata sólo de salvar vidas humanas, se trata de proteger el derecho de los perros y otros animales susceptibles a vivir sin miedo a la persecución”, añadió.

Aprovechar la innovación

“Si bien persisten los desafíos, el enfoque aplicado en Tanzania ofrece una hoja de ruta para el resto del continente”, afirmó Lugelo, quien destacó el éxito de la vacunación masiva de perros en Tanzania, Kenia y otros países africanos, donde una cobertura de al menos 70% detuvo la transmisión en algunas zonas de estos países.

“Es posible ampliar la vacunación masiva de perros desde el punto de vista logístico si los gobiernos, las instituciones de investigación y las comunidades trabajan juntos”, afirmó.

“Se requiere un fuerte compromiso político, con implicación nacional, especialmente por parte de los sectores ganadero y veterinario, algo fundamental para asegurar las asignaciones presupuestarias y la adquisición de vacunas”.

Un obstáculo importante es la falta de instalaciones fiables de cadena de frío por debajo del nivel de distrito. Sin embargo, la investigación y la innovación en Tanzania están ayudando a solucionar este problema.

Las vacunas termotolerantes contra la rabia almacenadas en Zeepot (un refrigerador pasivo a base de arcilla que las mantiene seguras sin electricidad) permiten que las campañas de vacunación penetren en áreas remotas y sin red eléctrica, protegiendo a más personas y animales.



Salama Issa con su hijo en su casa en la aldea de Mmango, en la región de Lindi, Tanzania, donde se recupera de una mordedura de perro.

La vacunación humana también sigue teniendo un papel que desempeñar. La Alianza para las Vacunas, comenzó a apoyar la distribución de vacunas contra la rabia mediante programas de inmunización sistemática en 2024 en más de 50 países.

Lugelo agregó que una parte clave del control de la rabia es el sistema que conecta los servicios veterinarios y de salud pública, conocido como Gestión Integrada de Casos de Mordeduras.

“Este sistema dual no solo fortalece la vigilancia, sino que también garantiza que las costosas vacunas humanas se usen de manera eficiente y solo cuando realmente se necesitan”, explicó, haciéndose eco de la opinión de Lushasi de que la vacunación masiva de perros y la gestión integrada de casos ofrecen un marco sólido y basado en evidencia para eliminar la rabia en toda África.

Los científicos afirman que ampliar estas estrategias a todo el continente requerirá inversión sostenida, coordinación regional, desarrollo de capacidades y participación comunitaria.

Lugelo añadió: “La experiencia de Tanzania demuestra que estas estrategias no sólo son eficaces sino también factibles, haciendo que el objetivo de eliminar la rabia para 2030 sea una realidad alcanzable”.

La nueva estrategia de salud global de Estados Unidos podría socavar décadas de progreso en los países de ingresos bajos y medios, a menos que los gobiernos nacionales se comprometan a realizar una inversión sostenida en salud, advirtieron los expertos en políticas.

El 18 de septiembre, el gobierno de Estados Unidos [dio a conocer su Estrategia de Salud](#)

[Global Estados Unidos Primero](#) (*America First Global Health Strategy*), que reposiciona la salud global como un mecanismo para promover la seguridad, la prosperidad y la influencia de Estados Unidos.



Según el [Departamento de Estado de Estados Unidos](#), los programas de salud globales se han vuelto “ineficientes y derrochadores y han creado una cultura de dependencia entre los países receptores”.

El nuevo enfoque se centrará en contener los brotes de enfermedades infecciosas antes de que lleguen a suelo estadounidense, fortalecer las relaciones bilaterales y promover la innovación sanitaria estadounidense en todo el mundo.

Los expertos en salud dicen que este cambio coloca a los países de ingresos bajos y medios en una posición delicada.

“Hay una oportunidad y un riesgo”, dijo Jirair Ratevosian, investigador de enfermedades infecciosas en el Duke Global Health Institute, en Estados Unidos, y ex asesor en políticas de equidad en salud en el Departamento de Estado de Estados Unidos.

“La estrategia podría impulsar las áreas donde la ciencia estadounidense es sólida, como la prevención a largo plazo, la investigación de curas y la vigilancia basada en la inteligencia artificial. Pero si se centra demasiado en Estados Unidos, se corre el riesgo de marginar a los investigadores de países de ingresos bajos y medios y de pasar por alto la realidad de sus epidemias”.

La investigación sobre el VIH

Señaló la investigación sobre el VIH como uno de los ejemplos más claros de lo que está en juego.

La financiación estadounidense a través del Programa Presidencial de Emergencia de Asistencia para el Sida (PEPFAR) salvó más de [26 millones de vidas](#) desde 2003, en gran medida mediante colaboraciones en países de ingresos bajos y medios, en particular en el África subsahariana.

“Desde un punto de vista científico, la investigación del VIH siempre se basó en alinear el descubrimiento con la epidemiología de la enfermedad”, dijo Ratevosian.

“No basta con identificar nuevas moléculas en laboratorios estadounidenses: debemos evaluarlas en poblaciones donde la incidencia del VIH es alta. Es el caso del lenacapavir, un fármaco inyectable de prevención de acción prolongada, cuyos ensayos en Uganda y Sudáfrica generaron la evidencia que respaldó su aprobación mundial”.

Estas colaboraciones no sólo han producido avances, sino que también han fortalecido la capacidad local de investigación, los sistemas de laboratorio y la vigilancia de patógenos, actualmente fundamentales para la preparación ante pandemias.

“Si la financiación estadounidense se inclina hacia el interior, podría significar un desarrollo de productos más lento y una menor preparación para detectar y responder a futuras amenazas infecciosas”, advirtió Ratevosian.

Beatriz Grinsztejn, presidenta de la Sociedad Internacional del Sida, dijo que la estrategia plantea importantes preguntas sobre las contribuciones financieras de Estados Unidos, el futuro de los servicios de prevención del VIH y si los países donantes pueden aumentar sus presupuestos de salud lo suficiente como para garantizar la continuidad de la atención.

“Al mismo tiempo, la propuesta de ‘finalización’ del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida a fines de 2026 subraya la necesidad de salvaguardar el VIH como una prioridad mundial”, dijo, refiriéndose a los planes de cerrar la agencia centrada en el VIH/sida como parte de una reestructuración.

“Sin claridad sobre la financiación del PEPFAR, la reposición del Fondo Mundial y más allá, millones de personas que viven con el VIH o están afectadas por él enfrentan incertidumbre sobre su acceso al tratamiento y la prevención que les salvarían la vida”, añadió.

‘Cultura de la dependencia’

La estrategia estadounidense considera que las estructuras de ayuda existentes han creado una cultura de dependencia. Exige que los países de ingresos bajos y medios coinviertan y cumplan con los parámetros de desempeño antes de liberar los fondos. Esto podría fomentar la rendición de cuentas y la apropiación local, pero corre el riesgo de volverse punitivo si los países no logran aumentar el gasto.

“Existe el riesgo de debilitar la capacidad de los países de ingresos bajos y medios si Estados Unidos se repliega”, añadió Ratevosian. “Pero también existe la oportunidad para que estas instituciones intensifiquen su labor, diversifiquen su financiación y asuman una mayor responsabilidad en las agendas de investigación”.

“Para mí, la autosuficiencia no debería significar abandono, sino una asociación genuina en la que los países de ingresos bajos y medios establezcan prioridades, no solo organicen ensayos”.

Según Herbert Luswata, presidente de la Asociación Médica de Uganda, la estrategia podría ser positiva si se implementa bien, especialmente en la investigación y la vigilancia de enfermedades.

“Durante años, el gobierno de Estados Unidos nos ha apoyado financieramente, pero después del cierre de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y la congelación de fondos por 90 días, muchas investigaciones se vieron paralizadas”, dijo.

“Esperamos que con esta nueva estrategia la vigilancia y prevención de enfermedades ayude a los países pobres”.

Sin embargo, Luswata advirtió que muchas vidas e investigaciones vitales están en juego si los países en desarrollo no logran sostener la financiación sanitaria nacional.

“Esperamos que la nueva estrategia no retrase todo el progreso que estamos logrando como países en desarrollo, pero nos lleva de nuevo a ser dueños de nuestros sistemas de salud, porque no podemos seguir dependiendo de lo que otros digan”, añadió.

Subrayó que para poner fin a enfermedades y amenazas a la salud pública como el VIH es necesario redoblar los esfuerzos en materia de datos, llegar a las poblaciones que impulsan la transmisión, financiar la prevención a gran escala y garantizar el acceso a herramientas más eficaces.

Línea de vida del proyecto

El desmantelamiento de la USAID a principios de este año dejó a docenas de programas de salud sin financiación.

En respuesta, la Iniciativa de Optimización de Recursos de Proyectos (PRO), organizada por el Centro para el Desarrollo Global, movilizó 110 millones de dólares de donantes privados para mantener vivos más de 80 proyectos de alto impacto, que van desde el tratamiento de la desnutrición hasta el acceso al agua potable.

“La Iniciativa PRO demuestra lo que es posible cuando los donantes actúan con rapidez y en colaboración”, afirmó Grace Morgan, de PRO.

“Al canalizar recursos hacia programas de eficacia comprobada, no solo se preservan los avances ya logrados, sino que también se salvan vidas que de otro modo podrían perderse”.

Sin embargo, estas medidas provisionales no pueden reemplazar la escala y la estabilidad de la asistencia estadounidense. La pregunta a largo plazo es si los países de ingresos bajos y medios pueden construir sistemas resilientes que sean menos vulnerables a los cambios en la política de Washington, afirman los especialistas en políticas.

“El PEPFAR siempre fue más eficaz cuando se basó en la ciencia y la evidencia”, añadió Ratevirosian. “Si Estados Unidos se aleja de las prioridades basadas en la ciencia y se centra en prioridades puramente nacionales o ideológicas, se corre el riesgo de frenar el progreso y permitir que aumenten las nuevas infecciones”.

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.