



17 DE OCTUBRE
2025
REC 2.994

ARGENTINA

- Situación epidemiológica de las arbovirosis (excepto dengue)
- Preocupación por la decisión de acotar la vacunación contra la fiebre amarilla en el sistema público de salud
- Aumentaron las coberturas de vacunación en 2024
- Buenos Aires: El brote de dengue autóctono de 2024 en Bahía Blanca fue el más austral del mundo

AMÉRICA

- Situación epidemiológica de la influenza aviar A(H5N1)
- Bolivia: Potosí en alerta ante el incremento de casos de varicela
- Estados Unidos: Primer caso autóctono de fiebre chikungunya en el estado de New York
- Estados Unidos: Miles de personas en California enfrentan órdenes de quedarse en casa y evitar la exposición al aire libre
- Perú: Loreto concentra más de 70% de los casos de tos convulsa en el país y suma 32 muertes

EL MUNDO

- Corea del Sur: Primer caso de encefalitis japonesa de 2025
- España: La incidencia de la sífilis congénita se ha triplicado desde 2016
- Estados Unidos: Confirmaron en Hawai'i un caso de neuroangiostrongilosis
- Mauritania: Aumentaron 200% los casos de fiebre del Valle del Rift
- Palestina: Más de 54.000 niños en Gaza necesitan atención médica urgente por desnutrición severa

Comité Editorial

Editor Honorario ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021)

Por su invaluable legado como científico y humanista destacado, y por su esfuerzo en la consolidación del proyecto editorial del REC, como órgano de divulgación destacado en el ámbito de la Epidemiología.

Editor en Jefe

ÍLIDE SELENE DE LISA

Editores adjuntos

RUTH BRITO
ENRIQUE FARÍAS

Editores Asociados

ISSN 2796-7050

ADRIÁN MORALES // ÁNGELA GENTILE // NATALIA SPITALE
SUSANA LLOVERAS // TOMÁS ORDUNA // DANIEL STECHER
GUSTAVO LOPARDO // DOMINIQUE PEYRAMOND // EDUARDO SAVIO
CARLA VIZZOTTI // FANCH DUBOIS // GUILLERMO CUERVO
DANIEL PRYLKA // FERNANDO RIERA // CHARLOTTE RUSS
SALVADOR GARCÍA JIMÉNEZ // ALFONSO RODRÍGUEZ MORALES
PILAR AOKI // HUGUES AUMAITRE // MARÍA BELÉN BOUZAS
JORGE BENETUCCI // EDUARDO LÓPEZ // ISABEL CASSETTI
HORACIO SALOMÓN // JAVIER CASELLAS // SERGIO CIMERMAN
MARIANA MONTAMAT

Patrocinadores

sadi Sociedad Argentina
de Infectología



Adherentes



SLAMVI
Sociedad Latinoamericana
de Medicina del Viajero



GEMICOMED
seimc.org

**Comité Nacional
de Infectología
SAP**



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

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

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

Argentina

BOLETÍN
EPIDEMIOLÓGICO
NACIONAL
DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ARBOVIROSIS (EXCEPTO DENGUE)

08/09/2025

Provincia/Región	Fiebre chikungunya		Fiebre zika		Fiebre de Oropouche		Encefalitis de Saint Louis		Fiebre del Nilo Occidental		Fiebre amarilla	
	Posit.	Estud.	Posit.	Estud.	Posit.	Estud.	Posit.	Estud.	Posit.	Estud.	Posit.	Estud.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Buenos Aires	—	1	—	2	—	5	—	3	—	4	—	2
Córdoba	—	6	—	9	—	7	—	52	—	—	—	—
Entre Ríos	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—
Santa Fe	—	12	—	10	—	10	—	7	—	6	—	2
Centro	—	20	—	21	—	24	—	63	—	10	—	4
Mendoza	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
San Juan	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—
San Luis	—	1	—	1	—	2	—	3	—	3	—	—
Cuyo	—	2	—	2	—	2	—	5	—	3	—	—
Chaco	—	13	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—
Misiones	—	4	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Noreste Argentino	—	17	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—
Jujuy	—	1	—	1	—	1	—	1	—	13	—	—
Salta	—	6	—	6	—	27	—	—	—	—	—	—
Santiago del Estero	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Tucumán	—	3	—	3	—	3	—	—	—	—	—	3
Noroeste Argentino	—	10	—	10	—	31	—	2	—	13	—	3
La Pampa	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—
Sur	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—
Total Argentina	—	49	—	38	—	57	—	72	—	27	—	7

Muestras estudiadas y positivas sin antecedente de viaje. Argentina. Año 2025, de semana epidemiológica 31 a 40.

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

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

La vigilancia de la fiebre de Oropouche se basa actualmente en el estudio por laboratorio de una proporción de casos negativos para dengue y estudios en personas con antecedentes de viaje a zonas donde se está registrando transmisión. Desde la semana epidemiológica 31 de 2025 se han investigado hasta el momento 57 casos, sin resultados positivos.

En la semana epidemiológica 37 se confirmó un caso de fiebre del Nilo Occidental en una persona con residencia en Kansas, Estados Unidos, que inició con síntomas compatibles a su paso por Argentina, y que fue atendida en la provincia de Buenos Aires. Fue confirmado por el Laboratorio Nacional de Referencia, Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas (INEVH) 'Dr. Julio Isidro Maiztegui'. Como antecedentes epidemiológicos se conoció que había estado cazando en su país en zonas con presencia de mosquitos.

La fiebre amarilla es una enfermedad viral grave prevenible por vacunación. Tiene alta letalidad y riesgo de propagación internacional, representando una posible amenaza para la seguridad sanitaria global.

Es endémica en zonas tropicales de América y África, donde causa numerosos casos, con tasas de letalidad que oscilan entre 20 y 60%. Es causada por el virus de la fiebre amarilla, y se transmite por la picadura de mosquitos infectados. En el ciclo selvático los responsables son mosquitos de los géneros *Haemagogus* y *Sabethes*, presentes en áreas silvestres del noreste y el noroeste de Argentina. En el ciclo urbano, el vector responsable es *Aedes aegypti*, ampliamente distribuido en gran parte de las ciudades del centro y el norte del país, alcanzando incluso el norte de la Patagonia.

En la Región de las Américas, 13 países son endémicos para fiebre amarilla; entre 1960 y 2022 se notificaron 9.397 casos, con 3.315 muertes, lo que corresponde a una tasa de letalidad de 35%. La mayor carga de enfermedad se concentra en Brasil, Perú y Bolivia, presentándose en forma endémica en la región amazónica, con epidemias en áreas selváticas extra amazónicas desde Perú hasta el norte de Argentina.

Durante 2025, hasta la semana epidemiológica 22, se registró un incremento de ocho veces en el número de casos en comparación con el mismo período de 2024, así como la ocurrencia de la enfermedad fuera de la región amazónica. Esta situación llevó a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a emitir una alerta epidemiológica en mayo de 2025 y a clasificar el riesgo regional como “Alto”, debido al incremento de casos, las elevadas tasas de mortalidad y la expansión hacia áreas previamente consideradas de bajo riesgo. El registro de casos humanos y epizootias proyecta una posible propagación hacia el sur de Brasil, Paraguay y las provincias argentinas de Corrientes y Misiones. En Argentina, los últimos casos identificados correspondieron a viajeros provenientes de Brasil en 2018, ninguno de ellos vacunado contra la fiebre amarilla.

Los desplazamientos de personas potencialmente virémicas hacia áreas vulnerables pueden desencadenar brotes significativos en regiones donde existen vectores competentes y poblaciones susceptibles por falta de vacunación. En este contexto, algunos escenarios requieren especial atención:

- Turismo: en Argentina, en el segundo semestre de 2024, se estimaron 4,1 millones de viajes de turismo interno; más de 92% se realizó por vía terrestre y 34% tuvo como destino provincias del noreste y noroeste del país. Asimismo, durante junio de 2025, se registraron 962.000 viajes internacionales principalmente hacia y desde Brasil.
- Migraciones: los flujos migratorios son constantes y se producen tanto a nivel internacional como entre regiones con y sin riesgo para fiebre amarilla dentro del territorio nacional. Según el Censo de Población 2022, el 4,2% de la población residente en Argentina es de origen extranjero, principalmente proveniente de Paraguay, Bolivia y Venezuela, países endémicos para fiebre amarilla.

Por lo tanto, el país presenta condiciones de riesgo para desarrollar brotes de fiebre amarilla, dada la extensión territorial del vector *Aedes aegypti* hasta la provincia de Río Negro, con la

presencia de áreas ecológicamente vulnerables en regiones del noreste y el noroeste de Argentina.

No existe tratamiento específico validado para esta enfermedad, más allá del manejo sintomático y de sostén.

La prevención de la fiebre amarilla depende fundamentalmente de la vacunación. La vacuna es segura y eficaz: una sola dosis genera inmunidad adecuada en 99% de los vacunados dentro de los 30 días posteriores a su aplicación y confiere protección de por vida en la mayoría de los casos. En Argentina está incluida en el Calendario Nacional de Vacunación para las provincias consideradas de riesgo de transmisión por la presencia de vectores y antecedentes históricos de casos: Misiones, Corrientes, Formosa y algunos departamentos de Chaco, Salta y Jujuy.

En el contexto epidemiológico actual, la OPS, en su *Alerta epidemiológica por fiebre amarilla en la Región de las Américas*, de mayo del 2025, recomienda vacunar en forma universal a la población infantil en países endémicos y asegurar la vacunación de todos los viajeros a áreas endémicas, por lo menos 10 días antes de viajar. El Ministerio de Salud de Argentina, en la *Circular de vigilancia sobre fiebre amarilla ante el aumento de casos humanos en la Región de las Américas*, de febrero de 2025, recomienda, además, la vacunación en caso de viaje a las provincias o departamentos señalados previamente como zona de riesgo de circulación viral de fiebre amarilla en el país.

Por todo lo expuesto, genera gran preocupación la publicación del Ministerio de Salud de Argentina del día 13 de agosto de 2025, sobre la decisión de acotar la vacunación contra la fiebre amarilla en el sistema público de salud solo a la población que reside en áreas que se consideran de riesgo en Argentina, sin tener en cuenta a viajeros que se desplazan dentro y fuera del país por motivos turísticos y de otra índole.

Las sociedades científicas abajo firmantes solicitaron que se revise esta decisión. No propiciar el acceso a una herramienta con demostrada eficacia para una enfermedad inmunoprevenible de alta letalidad implica un riesgo tanto individual como colectivo que puede y debe ser evitado.

Firman este comunicado la Sociedad Argentina de Infectología, la Sociedad Argentina de Virología, la Sociedad Argentina de Medicina, la Sociedad Argentina de Pediatría, la Sociedad Argentina de Microbiología y la Sociedad Argentina de Vacunología y Epidemiología.



AUMENTARON LAS COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN 2024

15/10/2025

Según los datos relevados por el Ministerio de Salud de Argentina, durante 2024 se logró revertir la tendencia de descenso en las coberturas del Calendario Nacional de Vacunación y alcanzar valores superiores a los registrados en 2023. Se observaron mejoras significativas en las dosis críticas del primer año de vida: la cobertura de la vacuna contra la hepatitis B subió 14,9 puntos (de 68,1% a 83,0%), la de la vacuna BCG sumó 13,3 puntos (de 73,8% a 87,1%), la vacuna quíntuple a los seis meses creció 10 puntos (de 68,8% a 78,8%) y la triple viral acelular en embarazadas mejoró 10,2 puntos (de 62,2% a 72,4%).

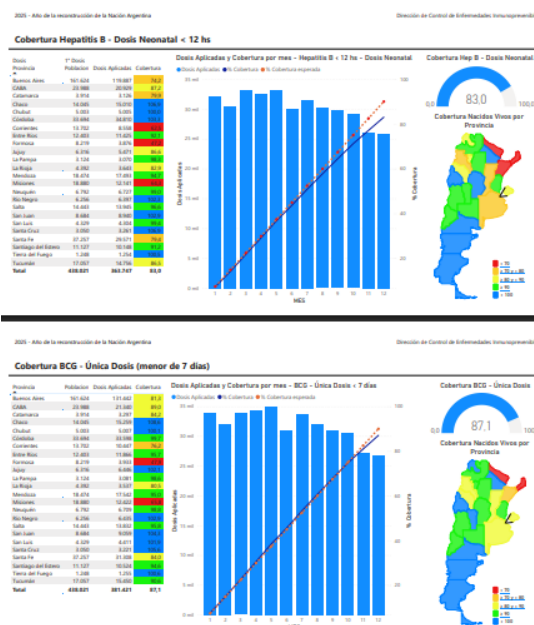
Además, en su primer año de implementación, la vacuna contra el virus sincicial respiratorio alcanzó una cobertura de 67,8% en embarazadas. El trabajo de planificación y articulación con las jurisdicciones permitió aplicar en 2025 más de 178.000 dosis. Los resultados preliminares muestran una reducción de hospitalizaciones asociadas a este virus de 62% y una disminución de ingresos a terapia intensiva de 70% en bebés menores de seis meses.

También se registraron mejoras en las coberturas de los grupos de 5 y 11 años que pasaron de 52% y 67% en 2023 a valores de entre 70% y 76% en 2024. Esta evolución se debe a la incorporación del nuevo indicador de “cobertura ampliada por cohorte”, en agosto de 2024, que permitió unificar criterios en todas las jurisdicciones y medir de forma más precisa el alcance real de la vacunación en los niños que cumplen 5 y 11 años (cohortes 2019 y 2013) durante el año 2024 y lo transcurrido del 2025.

Por otro lado, la adopción del Registro Nominal de Vacunación Electrónico (RNVe) hizo posible pasar de registros numéricos a nominales, garantizando que la información de cada persona se mantenga actualizada y disponible y mejorando el seguimiento y la trazabilidad de las vacunas aplicadas en todo el país. En 2024, el 62% de las dosis se notificaron al sistema NOMIVAC sin demora, y otro 25% lo hizo en menos de 15 días, lo que representa un salto de calidad en la disponibilidad de información para la toma de decisiones.

A fin de continuar mejorando la calidad de la notificación, la cartera sanitaria nacional desarrolló la app NOMIVAC, que permite que los equipos de salud de todas las jurisdicciones puedan registrar las vacunas de Calendario aplicadas, desde su celular y sin necesidad de tener conexión a internet. Toda carga que se registre fuera de línea es almacenada en el dispositivo móvil y, cuando se recupera la conexión a internet, la información es enviada automáticamente al Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA).

El fortalecimiento del sistema de información fue acompañado por una mejora en la eficiencia de las compras y la planificación de las dosis requeridas. Gracias a un nuevo sistema de cálculo



y seguimiento de stock, se evitaron descartes millonarios y se logró una eficiencia presupuestaria equivalente a 120 millones de dólares en 2025. A esto se suma la optimización de los mecanismos de adquisición y distribución que permitieron obtener mejores precios unitarios y garantizar una entrega oportuna de vacunas e insumos en todo el país.

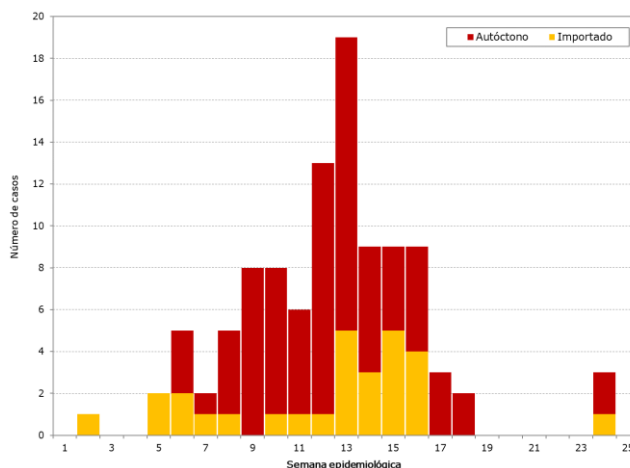
Aunque el nivel óptimo es de 95%, los resultados de 2024 muestran que el país está recuperando terreno en protección sanitaria y consolidando una política basada en evidencia y gestión eficiente. Actualmente, la cartera sanitaria nacional está desarrollando un monitor de coberturas de vacunación que permitirá visualizar en tiempo real los indicadores nacionales y jurisdiccionales del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), y lanzará una campaña de sensibilización en medios de transporte y de comunicación para promover la vacunación en la población.

Las mejoras alcanzadas reflejan el trabajo conjunto del Ministerio de Salud de la Nación y las jurisdicciones para optimizar los sistemas de notificación y fortalecer la gestión del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). También dan cuenta de un nuevo modelo de gestión que planifica con inteligencia y administra con mayor eficiencia los recursos disponibles.

Puede consultar el informe completo haciendo clic [aquí](#).

Un reciente [artículo](#) describe un episodio singular en la historia epidemiológica del dengue: el brote autóctono más austral del mundo, ocurrido en la ciudad de Bahía Blanca, Argentina. Este hallazgo marca un punto de inflexión en la comprensión de la expansión geográfica del virus, que, tradicionalmente limitado a zonas tropicales y subtropicales, logró establecer transmisión local en una región templada del hemisferio sur.

El estudio se desarrolló en un contexto en el que el dengue ha venido incrementando su presencia en América del Sur, impulsado por el cambio climático, la urbanización y la dispersión del mosquito *Aedes aegypti*, su principal vector. Bahía Blanca, ubicada a unos 38°44' de latitud sur, en el sudoeste de la provincia de Buenos Aires, se consideraba hasta ese momento fuera del rango de riesgo para la transmisión sostenida del virus. Las temperaturas medias moderadas y los inviernos fríos habían actuado históricamente como barrera natural para la supervivencia del vector. Sin embargo, durante el primer semestre de 2024 se registraron condiciones ambientales inusualmente favorables y una sucesión de casos sospechosos que llevaron a confirmar un brote local.



Casos de dengue, según antecedentes de viaje. Bahía Blanca, provincia de Buenos Aires, Argentina. Año 2024, hasta semana epidemiológica 25.

El brote se extendió entre enero y junio de 2024. Se analizaron 470 casos sospechosos de dengue notificados durante ese período. Las muestras fueron evaluadas mediante detección del antígeno NS1, serología para anticuerpos IgM e identificación molecular mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR), lo que permitió confirmar la presencia del virus y distinguir entre infecciones importadas y autóctonas. Se definieron como autóctonos aquellos casos sin antecedentes de viaje a zonas con circulación viral activa durante las dos semanas previas al inicio de los síntomas.

Los resultados fueron contundentes. De los 470 casos sospechosos, 94 fueron confirmados como dengue, y de ellos, 63 correspondieron a infecciones adquiridas localmente. La tasa de positividad general rondó el 20%, con una incidencia estimada de 27,9 casos cada 100.000 habitantes. La transmisión autóctona comenzó a detectarse hacia la semana epidemiológica 6 de 2024, a inicios de febrero, y alcanzó su pico en la semana 13, hacia fines de marzo, momento en que se observaron los mayores niveles de actividad viral.

La caracterización virológica reveló la circulación de al menos dos serotipos distintos. En los casos importados, predominó el serotipo DENV-2, mientras que en los casos autóctonos el serotipo mayoritario fue el DENV-1. Este hallazgo es de particular relevancia, ya que la coexistencia de distintos serotipos incrementa el riesgo de formas clínicas más graves en caso de reinfecciones futuras. Además, la presencia simultánea de ambos serotipos refleja la complejidad del panorama virológico argentino en ese período, en el que distintos linajes virales coexistieron en varias regiones del país.

En cuanto a la distribución espacial, la casi totalidad de los casos autóctonos se registró en el área urbana de Bahía Blanca, concentrándose especialmente en los barrios del sector noroeste, donde las condiciones ambientales y la densidad poblacional favorecieron la reproducción de los mosquitos. Este patrón sugiere que la transmisión local se sostuvo en un ámbito urbano bien delimitado, posiblemente impulsado por la persistencia del vector en microambientes domésticos y periurbanos. El hecho de que la mayoría de los casos ocurrieran dentro de la ciudad indica que *Aedes aegypti* no solo estaba presente, sino que había logrado establecer poblaciones activas capaces de mantener el ciclo viral.

Desde el punto de vista epidemiológico, el estudio ofrece un análisis detallado de la dinámica temporal del brote. Durante las primeras semanas de 2024, los casos detectados correspondían mayoritariamente a infecciones importadas, procedentes de regiones del norte argentino con alta circulación viral. Sin embargo, a medida que avanzó el verano, comenzaron a diagnosticarse casos en personas sin antecedentes de viaje, lo que permitió confirmar la transmisión local. El brote se extendió durante cerca de tres meses, y hacia el invierno se observó un descenso progresivo de los casos, coincidente con la disminución de las temperaturas y de la actividad vectorial.

La importancia de este brote radica no solo en su carácter inédito por la latitud en la que ocurrió, sino también en lo que implica para el futuro de la vigilancia del dengue en América del Sur. El hecho de que el virus lograra establecer transmisión autóctona en una ciudad con inviernos fríos demuestra que los límites geográficos tradicionales del dengue están cambiando. Los investigadores destacan que la expansión hacia el sur de *Aedes aegypti* y la persistencia de condiciones favorables durante más meses del año son señales inequívocas de una adaptación vectorial en marcha, vinculada tanto a factores climáticos como antrópicos.

El estudio subraya además la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica y entomológica en regiones donde antes el dengue no se consideraba un riesgo significativo. Bahía Blanca, al igual que otras ciudades del centro y sur argentino, no contaba con una infraestructura preventiva ni con campañas sostenidas de control vectorial, lo que dificultó la detección temprana del brote. Este escenario podría repetirse en otras localidades templadas si no se adoptan medidas preventivas permanentes, como la eliminación de criaderos, la fumigación focalizada y la educación sanitaria de la comunidad.

Otro aspecto relevante del trabajo es la discusión sobre la interacción entre los movimientos poblacionales y la introducción de nuevos serotipos virales. En los últimos años, la expansión del transporte terrestre y aéreo dentro del país facilitó la movilidad de personas infectadas desde áreas endémicas hacia regiones libres de transmisión. Este fenómeno, combinado con la presencia silenciosa del vector, crea las condiciones ideales para el establecimiento de brotes locales, como ocurrió en Bahía Blanca.

El artículo también reconoce algunas limitaciones. Una de ellas es la posibilidad de subregistro, ya que no todos los pacientes con síntomas compatibles buscaron atención médica o fueron captados por el sistema público de vigilancia. Tampoco se incluyeron datos provenientes del ámbito privado, lo que podría haber llevado a una subestimación del número real de casos. Además, el porcentaje de tipificación viral fue parcial, dado que no todas las muestras positivas pudieron ser caracterizadas mediante RT-PCR, lo que impidió conocer con mayor precisión la dinámica de circulación de serotipos.

A pesar de estas limitaciones, los resultados aportan evidencia sólida de la transmisión local y constituyen una alerta para los sistemas de salud de toda la región. El brote de Bahía Blanca

pone de manifiesto que el dengue ha dejado de ser una enfermedad exclusiva del norte argentino para transformarse en una amenaza potencial en zonas cada vez más australes. De mantenerse las tendencias actuales de aumento de temperatura y expansión del vector, no puede descartarse la aparición de nuevos brotes autóctonos en otras ciudades de clima templado del Cono Sur.

En términos de salud pública, el estudio representa un llamado urgente a revisar las estrategias nacionales de vigilancia y control del dengue. Las acciones preventivas, tradicionalmente focalizadas en las provincias del norte, deberán ampliarse hacia regiones centrales y meridionales, incorporando la vigilancia entomológica activa y la sensibilización de los equipos médicos frente a cuadros febriles en los meses cálidos. Asimismo, el trabajo destaca la importancia de la comunicación con la comunidad, ya que la participación ciudadana es un componente esencial para reducir la proliferación de criaderos y controlar la expansión del mosquito.

Este brote autóctono de dengue ocurrido en Bahía Blanca entre enero y junio de 2024 constituye un evento de trascendencia científica y sanitaria. Demuestra que la transmisión del virus puede producirse en condiciones climáticas más frías de lo que se consideraba posible y que *Aedes aegypti* ha logrado adaptarse a nuevas latitudes. El estudio no solo documenta con rigor este fenómeno, sino que también advierte sobre la necesidad de una vigilancia más amplia, flexible y proactiva. En un contexto de cambio climático y globalización, la frontera del dengue se desplaza hacia el sur, y con ella se amplía el desafío de proteger a las poblaciones que, hasta hace poco, se creían fuera de peligro.



SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA INFLUENZA AVIAR A(H5N1)

15/10/2025

Contexto mundial

En 2020, el virus de influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP)¹ subtipo H5N1 del clado 2.3.4.4b ocasionó un número sin precedentes de muertes de aves silvestres y aves de corral en numerosos países de África, Asia y Europa. En 2021, este virus se extendió a través de las principales rutas migratorias de aves acuáticas a América del Norte y, en 2022 a Centroamérica y América del Sur. Para 2023, se registraron brotes en animales, los cuales fueron notificados por 14 países y territorios, principalmente en las Américas.

En los últimos años, se ha incrementado la detección del virus A(H5N1) en especies no aviares a nivel mundial, incluyendo mamíferos terrestres y marinos, tanto silvestres como domésticos (de compañía y de producción). Desde 2022, 22 países de tres continentes, incluyendo las Américas, notificaron brotes en mamíferos a la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA).

Históricamente, desde inicios de 2003 hasta el 25 de agosto del 2025, se notificaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) 990 casos humanos de influenza aviar A(H5N1), incluidas 475 defunciones (tasa de letalidad de 48%), en 25 países a nivel global.

Situación en la Región de las Américas

Desde la semana epidemiológica (SE) 1 de 2022 y hasta la SE 41 de 2025, un total de 18 países de la Región de las Américas² reportaron a la OMSA 5.063 brotes³ animales de influenza aviar A(H5N1), lo que representa 115 brotes adicionales desde el 15 de mayo de 2025.

Entre 2022 y el 14 de octubre del 2025, un total de 76 infecciones humanas por el virus de la influenza aviar A(H5), incluyendo dos defunciones, han sido notificadas en cinco países de las Américas, con un caso adicional desde el 15 de mayo de 2025. El caso de infección humana más reciente de influenza aviar A(H5) notificado en la Región de las Américas se registró en México el 2 de octubre de 2025, el cual se suma al caso notificado en México el pasado 2 de abril de 2025. Los casos restantes se distribuyen de la siguiente manera: 71 casos en Estados

¹ En términos generales, las múltiples cepas del virus de influenza aviar pueden clasificarse en dos categorías, según la gravedad de la presentación de la enfermedad en aves de corral: virus de influenza aviar de baja patogenicidad (IABP) y virus de influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP).

² Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

³ Las cifras actuales representan el número de brotes, los cuales pueden incluir múltiples registros vinculados epidemiológicamente y actualizaciones en los conteos de casos reportados para cada brote. Estas cifras reflejan únicamente brotes oficialmente verificados y notificados a la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA), garantizando precisión conforme a los estándares de esta organización.

Unidos (uno en 2022 y 70 desde 2024), un caso en Canadá confirmado el 13 de noviembre de 2024, un caso en Chile notificado el 29 de marzo de 2023 y un caso en Ecuador notificado el 9 de enero de 2023.

Situación por país de brotes en animales en 2025

En aves

En 2025, hasta la SE 41, se notificaron a la OMSA 435 brotes de influenza aviar en aves domésticas (384 brotes) y/o silvestres (51 brotes) en nueve países de la Región de las Américas: Estados Unidos (334 brotes), Canadá (43), Perú (22), Brasil (19), México (8), Argentina (6), Bolivia (1), Guatemala (1) y Panamá (1). Desde el 15 de mayo de 2025, se han notificado 105 brotes adicionales en aves. Además, en 2025, hasta el 14 de octubre, se registraron detecciones de influenza aviar A(H5N1) en aves silvestres en Estados Unidos (3.227 detecciones), en Canadá (333) y en las Islas Malvinas de Argentina, usurpadas por el Reino Unido (16).

En mamíferos

En 2025, hasta la SE 41, se notificaron a la OMSA 77 brotes en mamíferos silvestres (15 brotes) y domésticos (62 brotes) en Estados Unidos y Canadá. Desde la primera notificación de influenza A(H5N1) en ganado bovino lechero en marzo de 2024 en Estados Unidos, se identificaron brotes en 18 estados, que afectaron a 1.080 rebaños lecheros hasta el 14 de octubre de 2025. Desde el 15 de mayo de 2025, 27 rebaños lecheros adicionales han sido afectados en Estados Unidos.

Hasta el 14 de octubre, la Agencia Canadiense de Inspección de Alimentos informó 20 detecciones en mamíferos silvestres en Canadá en 2025.

Situación por país de casos humanos en 2025

En 2025, hasta la SE 41, se han notificado cinco casos humanos de influenza aviar A(H5) en la Región de las Américas, en Estados Unidos (3 casos) y México (2). Desde el 15 de mayo de 2025, el caso de infección humana más reciente se confirmó en México el 30 de septiembre, el cual se suma al caso notificado en México el 2 de abril del 2025. No se han notificado nuevos casos humanos en otros países de la Región.

El segundo caso humano de influenza aviar A(H5) confirmado por laboratorio en México en 2025 fue notificado a la OPS el 2 de octubre por el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional del país. Corresponde a una mujer de 23 años, de la Ciudad de México, sin antecedentes de vacunación frente a la influenza estacional ni historial de viajes recientes. El 14 de septiembre inició síntomas respiratorios con rinorrea y tos. Entre el 21 y el 28 de septiembre presentó fiebre y odinofagia, posteriormente presentó hemoptisis y dolor torácico, y fue hospitalizada en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER).

El 29 de septiembre se le tomó una muestra de lavado broncoalveolar que fue positiva para influenza A no subtipificable. El 30 de septiembre se confirmó la presencia del virus de la influenza A(H5) mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa en tiempo real. El caso recibió tratamiento con oseltamivir y fue dado de alta el 11 de octubre. El resultado de la secuenciación muestra la presencia de un virus de influenza aviar A(H5Nx).

Durante la investigación epidemiológica se identificaron 41 contactos. Se tomaron muestras a los contactos identificados y se les administró profilaxis con oseltamivir. Todas las muestras recogidas fueron negativas para influenza aviar.

En el domicilio del caso se identificó un perro como mascota y en el patio del edificio en el que reside, se encontraron varios animales, entre ellos un ave de corral y dos palomas, así como excrementos de aves en varias zonas, incluyendo en una cisterna mal sellada que suministra agua a todos los apartamentos del edificio. Se tomaron muestras de los animales identificados, que fueron analizadas por el Laboratorio Oficial del Servicio Nacional de Sanidad, Inocuidad, y Calidad Agroalimentaria y tuvieron resultado positivo para influenza A(H5). Se tomaron también muestras ambientales, que hasta el momento están siendo analizadas.

Puede consultar el informe completo haciendo clic [aquí](#).

El jefe de la Unidad de Epidemiología e Investigación del Servicio Departamental de Salud (SEDES) de Potosí, Huáscar Dérliz Alarcón Durán, informó que en la semana epidemiológica 41 se produjo un incremento de casos de varicela, ya que se presentaron 83 casos, encontrándose el departamento de Potosí en zona de epidemia por esta enfermedad.



Alarcón Durán señaló que, debido a que se reportó un incremento de casos de varicela, la semana pasada se cerraron nueve unidades educativas de manera total o parcial.

Los casos de varicela se presentaron en los grupos etarios de seis meses a 1 año (1 caso), de 1 a 4 años (8 casos), de 5 a 9 años (23 casos), de 10 a 14 años (24 casos), de 15 a 19 años (15 casos), de 20 a 39 años (11 casos), y de 50 a 59 años (1 caso), presentando un acumulado de 1.336 casos en lo que va de la gestión.

“Los grupos etarios donde se están presentando más casos son los menores de 20 años, y el grupo más afectado es el de 10 a 14 años, según reflejan las unidades educativas”, indicó.

El Departamento de Salud del estado de New York confirmó el 8 de octubre el primer caso autóctono de fiebre chikungunya en el estado, el primer caso de este tipo que se registra en el país en seis años.

El departamento informó que el virus –el cual se transmite mediante la picadura de mosquitos y que se ha estado propagando en China y otros países– fue identificado en un residente del condado de Nassau, en Long Island.

El Departamento de Salud del condado indicó en un comunicado que la persona infectada presentó síntomas en agosto, después de realizar un viaje fuera de la región, pero no salió del país.

De momento se desconoce exactamente cómo esta persona, cuyo nombre no ha sido revelado por las autoridades, contrajo el virus.

Las autoridades de salud señalaron que es probable que la persona haya sido picada por un mosquito infectado, pero también afirman que no se ha detectado la presencia del virus en los pools de mosquitos locales y no hay evidencia de transmisión continua.

El tipo de mosquito conocido por ser portador y transmisor de la chikungunya puede encontrarse en partes del área metropolitana de la ciudad de New York, incluidos los suburbios de Long Island. La enfermedad no puede transmitirse directamente de una persona a otra.

Debido que los mosquitos son menos activos durante el otoño, cuando las temperaturas comienzan a bajar, el riesgo actual de transmisión es “muy bajo”, aseguró el comisionado estatal de Salud, James McDonald.

La fiebre chikungunya se encuentra principalmente en regiones tropicales y subtropicales. Los síntomas incluyen fiebre y dolor en las articulaciones, dolor de cabeza, dolor muscular, hinchazón de las articulaciones e irritación de la piel.

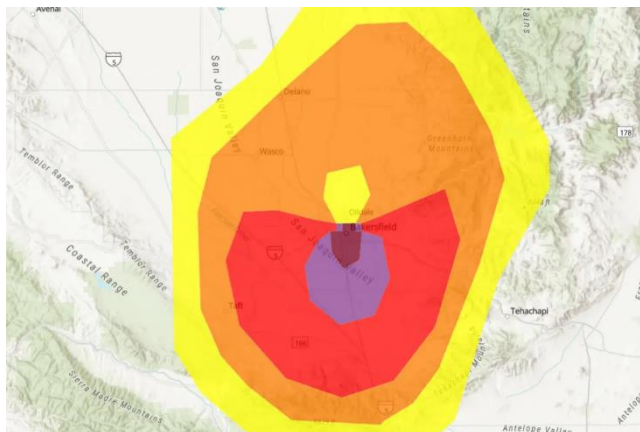
La enfermedad rara vez es fatal y la mayoría de los pacientes se recuperan en una semana, aunque los recién nacidos, los adultos mayores y las personas con condiciones de salud crónicas, como hipertensión y diabetes, corren un mayor riesgo.

Estados Unidos y sus territorios no han registrado un caso local de fiebre chikungunya desde 2019.

El estado de New York registró otros tres casos de la enfermedad este año, aunque todos estaban vinculados a viajes internacionales a regiones donde el virus es prevalente, dijeron funcionarios de salud del estado.

Los mosquitos locales pueden transmitir otros virus peligrosos, como el virus del Nilo Occidental, la encefalitis equina oriental y el virus de Jamestown Canyon.

Residentes de Bakersfield, en California, enfrentaron niveles peligrosos de contaminación atmosférica durante las primeras horas del 14 de octubre, según un mapa en vivo de AirNow, plataforma que reúne datos de calidad del aire gracias a la colaboración de la Agencia de Protección Ambiental (EPA), la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica y otros organismos. Los datos mostraron que tanto las partículas finas (PM_{2.5}) como el ozono alcanzaron la categoría de “peligroso” en la zona, lo que implicó un riesgo generalizado para la salud de la población.



El mapa de AirNow muestra las zonas con peor calidad del aire a primera hora del 14 de octubre de 2025.

La EPA advirtió que cuando la calidad del aire se ubica en la categoría “peligroso”, que corresponde a un índice de 301 o superior en la escala del índice de calidad del aire (AQI), se recomienda que toda la población evite actividades físicas al aire libre y que las personas en grupos de riesgo permanezcan bajo resguardo en interiores y reduzcan su nivel de actividad.

El índice de calidad del aire mide la contaminación del aire en una escala de 0 a 301 y más:

- 0-50 (verde): Bueno: la calidad del aire es satisfactoria y la contaminación del aire representa poco o ningún riesgo.
- 51-100 (amarillo): Moderada: La calidad del aire es aceptable. Sin embargo, puede existir un riesgo para algunas personas, en particular para aquellas con sensibilidad inusual a la contaminación atmosférica.
- 101-150 (naranja): Nocivo para grupos sensibles. Los miembros de grupos sensibles pueden experimentar efectos en la salud. El público en general tiene menos probabilidades de verse afectado.
- 151-200 (rojo): Nocivo. Algunos miembros del público en general pueden experimentar efectos en la salud; los miembros de grupos sensibles pueden experimentar efectos más graves en la salud.
- 201-300 (morado): Muy insalubre. Alerta sanitaria. El riesgo de efectos sobre la salud aumenta para todos.
- 301 y superior (granate): Peligroso: Advertencia sanitaria sobre condiciones de emergencia. Es más probable que todos se vean afectados.

Simultáneamente, otras regiones del estado, como el suroeste y el oeste del condado de Imperial y el Valle de Coachella, se vieron afectadas por alertas de calidad del aire debido a “niveles dañinos de contaminación por polvo transportado por el viento”, de acuerdo con los avisos de las autoridades. Esta situación contribuyó a aumentar las preocupaciones por problemas respiratorios y cardiovasculares en las poblaciones locales, quienes debían seguir medidas preventivas para evitar complicaciones de salud adicionales.

Grupos de riesgo y efectos sobre la salud

La propia EPA indica que tanto la exposición a corto como a largo plazo a altos niveles de contaminación atmosférica “se ha asociado con una amplia variedad de efectos en la salud humana, incluyendo el aumento de síntomas respiratorios, hospitalizaciones por enfermedades cardíacas y pulmonares, e incluso muerte prematura”. Como enfatiza el organismo, los llamados “contaminantes atmosféricos peligrosos o tóxicos” pueden provocar cáncer, efectos reproductivos graves o malformaciones congénitas.

La agencia federal subrayó que niños, personas con enfermedades preexistentes y adultos mayores son especialmente sensibles a los efectos adversos del aire contaminado, y requieren precauciones adicionales en eventos como los registrados el 14 de octubre en California. Según lo señalado en los avisos estatales, la exposición a la “contaminación por partículas puede llegar profundamente a los pulmones y causar problemas de salud serios, como ataques de asma, síntomas de enfermedades cardíacas o pulmonares y un mayor riesgo de infecciones pulmonares”.

Si bien “todos pueden verse afectados, los grupos sensibles –personas con enfermedades pulmonares o cardíacas, mayores, mujeres embarazadas, niños y quienes pasan mucho tiempo al aire libre– enfrentan mayor peligro”. El monitoreo constante de los mapas de calidad del aire resulta fundamental para adaptar las medidas de prevención y la respuesta de salud pública.

El papel del cambio climático

La relación entre cambio climático y contaminación atmosférica ha sido destacada por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Según este organismo, el calentamiento global está incrementando los niveles de ozono y material particulado en diferentes regiones, lo que intensifica los impactos negativos sobre la salud humana. El ozono superficial, que constituye un componente central del smog, se relaciona con disminución en la función pulmonar, más visitas hospitalarias y un aumento en la mortalidad prematura.

Los factores que contribuyen a la formación de ozono incluyen el calor, la presencia de precursores químicos y nivel de emisiones de metano. Por otro lado, incendios forestales y la estancación atmosférica agravan la presencia de partículas en el aire. El pronóstico de los CDC apunta a que, de mantenerse la tendencia actual y sin alteraciones en las regulaciones, en Estados Unidos podrían sumarse entre 1.000 a 4.300 muertes prematuras anuales hacia 2050 por la combinación de ozono y partículas en suspensión.

El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) del Ministerio de Salud de Perú reportó que, en 2025, hasta el 8 de octubre, Loreto registró 2.144 casos acumulados y 32 defunciones por tos convulsa, siendo la región más golpeada del país. El brote afecta principalmente a la provincia de Datem del Marañón (2.077 casos confirmados y 28 muertes), seguida de Maynas (49 casos) y Mariscal Ramón Castilla (11 casos).



Sin embargo, las cifras oficiales no reflejarían la magnitud real de la emergencia sanitaria. Diversas organizaciones indígenas, como la Federación de Nacionalidades Achuar de Perú (FENAP), advierten que los contagios y fallecimientos serían mucho mayores a los reportados por el Ministerio de Salud, debido a la limitada cobertura de las brigadas médicas.

Desde las comunidades de Puranchim y Huituyacu, dirigentes locales denunciaron que el personal de salud solo permanece un día en las zonas afectadas y no logra vacunar a todos los niños. “Las brigadas están llegando, pero no vacunan a todos los niños. Solo vienen un día y se vuelven, por eso los niños siguen enfermando”, relató Ángel Nananti Mantu, dirigente achuar afiliado a la FENAP.

Testimonios similares se repiten en distintos sectores de Datem del Marañón. En videos difundidos por las federaciones indígenas, padres y madres advierten que la enfermedad sigue extendiéndose hacia las comunidades kichwas y achuar del río Corriente, donde según denuncian aún no ha ingresado ninguna brigada de vacunación.

Por su parte, Carlos Alberto Álvarez Antonio, funcionario de la Dirección de Epidemiología de la Gerencia Regional de Salud (GERESA) Loreto, reconoció que la enfermedad golpea sobre todo a las comunidades de frontera con Ecuador, aunque evitó confirmar el número exacto de contagios. “Sí hay una presencia importante de casos en esas comunidades. En Andoas y Pastaza tenemos oficialmente 25 fallecidos”, indicó.

El funcionario precisó que el tratamiento médico se basa en antibióticos como claritromicina y eritromicina, aunque su distribución está restringida para evitar el uso inadecuado. No obstante, las comunidades aseguran que los medicamentos que llegan no cubren la demanda de los pacientes contagiados.

Pese al incremento sostenido de casos y las muertes registradas, el Ministerio de Salud aún no ha declarado la emergencia sanitaria en la región Loreto. De acuerdo con el CDC, el departamento concentra más de 70% de los 2.788 casos acumulados y 42 defunciones a nivel nacional, convirtiéndose en el epicentro del brote de tos convulsa más grave de los últimos años.

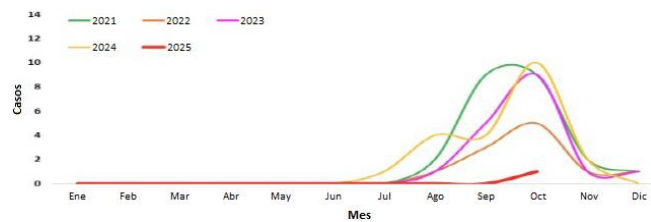


PRIMER CASO DE ENCEFALITIS JAPONESA DE 2025

COREA DEL SUR

14/10/2025

La Agencia de Control y Prevención de Enfermedades de Corea del Sur confirmó el primer caso de encefalitis japonesa de este año en el país desde las alertas de marzo y la de agosto. Por esa razón solicitó a la población cumplir con las normas de prevención de la enfermedad y cumplimentar la vacunación correspondiente.



Casos de encefalitis japonesa. Corea del Sur. Años 2021/2025. Fuente: Agencia de Control y Prevención de Enfermedades de Corea del Sur.

Según la agencia, el paciente reportado este año tenía alrededor de 30 años y acudió a una institución médica el 16 de septiembre con síntomas como fiebre (39°C), escalofríos, cefalea y náuseas. Actualmente se encuentra hospitalizado debido a un estado de disminución de la consciencia. En una prueba diagnóstica confirmada por el Instituto de Salud y Medio Ambiente de Gyeonggi y la Agencia de Control y Prevención de Enfermedades, el nivel de anticuerpos del suero convaleciente aumentó más de cuatro veces en comparación con la fase aguda, y se confirmó y diagnosticó el 14 de octubre. Como resultado de las investigaciones epidemiológicas, el paciente tenía antecedentes recientes de acampada, se confirmaron picaduras de mosquitos y no se confirmó ningún antecedente de vacunación contra la encefalitis japonesa.

La mayoría de los casos de encefalitis japonesa en Corea del Sur se presentan entre agosto y noviembre, concentrándose 80% de los pacientes entre septiembre y octubre, y principalmente en aquellos de 50 años o más (87,9%).

Cuando las personas se infectan con el virus, aparecen síntomas leves como fiebre y dolor de cabeza, pero rara vez progresan a encefalitis, con síntomas graves como fiebre alta, convulsiones, rigidez de nuca, confusión, convulsiones y parálisis, de los cuales entre 20% y 30% de los casos puede morir. En particular, si progresa a encefalitis, entre 30% y 50% de los pacientes pueden sufrir diversas complicaciones neurológicas, por lo que es fundamental un diagnóstico y tratamiento rápidos.

Dado que existe una vacuna eficaz contra la encefalitis japonesa, se recomienda que los niños menores de 12 años (nacidos después de enero de 2012) que cumplan los requisitos para el programa nacional de vacunación se vacunen según el calendario estándar. Además, si los adultos mayores de 18 años que no han sido vacunados contra la encefalitis japonesa viven en áreas de riesgo (por ejemplo, cerca de granjas de cerdos) o programan actividades en cercanías de áreas de riesgo en la época de la transmisión, también se recomienda la vacunación, al igual

que para los extranjeros provenientes de áreas no pandémicas que piensan pasar tiempo en Corea del Sur.

Australia, Bangladesh, Bután, Brunei, Myanmar, Camboya, China, India, Indonesia, Japón, Laos, Malasia, Nepal, Corea del Norte, Pakistán, Papúa Nueva Guinea, Filipinas, Rusia, Singapur, Corea del Sur, Sri Lanka, Taiwán, Tailandia, Timor Oriental y Vietnam están clasificados como países de riesgo.

Lim Seung-kwan, director de la Agencia de Control y Prevención de Enfermedades de Corea del Sur, dijo: “Dado que las poblaciones de mosquitos han comenzado a aumentar y los pacientes con encefalitis japonesa se concentran a partir de octubre, se recomienda seguir las reglas preventivas para evitar las picaduras de mosquitos durante las actividades al aire libre, y cumplir con los objetivos de vacunación de acuerdo con el calendario oficial”.

La encefalitis japonesa es una enfermedad viral transmitida por mosquitos del género *Culex*, especialmente *Culex tritaeniorhynchus*, que actúan como vectores entre los reservorios naturales —como aves acuáticas y cerdos— y el ser humano, quien constituye un huésped accidental. El agente causal, el virus de la encefalitis japonesa, pertenece al género *Flavivirus*, el mismo que incluye a los virus del dengue y de la fiebre zika. La mayoría de las infecciones cursan de forma asintomática, pero en una proporción pequeña de casos el virus invade el sistema nervioso central, produciendo un cuadro de encefalitis grave, con fiebre alta, alteraciones del estado de conciencia, convulsiones y elevada mortalidad o secuelas neurológicas permanentes en los sobrevivientes.

En Corea del Sur, la encefalitis japonesa ha tenido una importancia epidemiológica particular, ya que fue históricamente una de las principales causas de encefalitis viral en el país durante el siglo XX. A partir de la introducción de programas de vacunación sistemática en la década de 1980, la incidencia se redujo de manera drástica, pasando de miles de casos anuales a solo algunos casos esporádicos por año. Sin embargo, el virus continúa circulando de forma endémica, sostenido por los ciclos entre mosquitos, aves y cerdos, lo que mantiene el riesgo de transmisión, especialmente en zonas rurales y durante los meses cálidos, cuando aumenta la densidad vectorial.

La Agencia de Control y Prevención de Enfermedades de Corea del Sur mantiene una vigilancia activa mediante un sistema de notificación obligatoria, monitoreo entomológico y control vectorial. Cada año se reportan entre 10 y 40 casos humanos, la mayoría en adultos mayores no vacunados o en personas expuestas a entornos agrícolas. Los análisis epidemiológicos han mostrado un desplazamiento en la edad de presentación, reflejo de la protección conferida a las generaciones vacunadas.

A pesar de su baja incidencia actual, la encefalitis japonesa sigue siendo considerada una enfermedad de importancia para la salud pública en Corea del Sur por su potencial letalidad y por la posibilidad de reemergencia asociada al cambio climático, la migración de aves y las variaciones en las poblaciones de mosquitos. La vigilancia sostenida y la vacunación siguen siendo pilares fundamentales para prevenir brotes y proteger a la población frente a esta infección neurotrópica.

El aumento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en España, un problema de salud pública sobre el que alertan desde hace años organismos internacionales y autoridades sanitarias, también golpea con fuerza a los recién nacidos. Este es el aviso lanzado por investigadores del Centro Nacional de Epidemiología (CNE), que han observado que desde 2016 se ha triplicado en España la incidencia de la sífilis congénita.

Este grave cuadro clínico tiene su origen en la transmisión de la bacteria causante de la enfermedad, Treponema pallidum, de la madre al bebé a través de la placenta durante el embarazo y puede provocar graves secuelas en el recién nacido –problemas neurológicos, pérdida de visión, sordera, malformaciones, hepatitis crónica...– e incluso la muerte. Un total de 38 neonatos, de los que dos han fallecido, han sufrido la infección en España entre 2016 y 2024, con una marcada tendencia al alza que ha ido paralela al incremento de los contagios de sífilis y otras ITS en toda Europa.

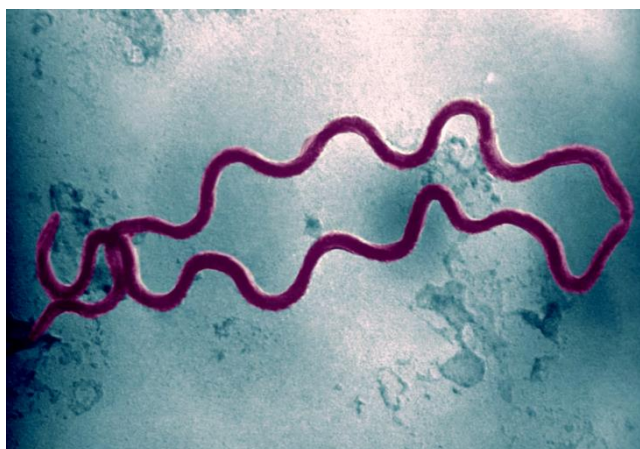


Imagen aumentada 36.000 veces de dos bacterias *Treponema pallidum*, agente causante de la sífilis, tomada con un microscopio electrónico.

Los 10 casos registrados en España el año pasado dispararon la incidencia de la sífilis congénita hasta 2,72 casos cada 100.000 nacidos vivos, la más elevada registrada en todo el siglo XXI, según los datos del CNE (adscrito al Instituto de Salud Carlos III). Los casos hace una década oscilaban entre uno y cuatro al año.

“Un país como España, con su nivel de desarrollo, no debería tener estos casos. La enfermedad es prevenible mediante el cribado en el embarazo y el tratamiento adecuado. Cada diagnóstico revela que la gestación no ha sido bien atendida en el sistema sanitario, lo que sugiere barreras de acceso a la sanidad pública y una situación de vulnerabilidad de las madres”, afirman María Victoria Hernando Sebastián y Asunción Díaz Franco, del CNE. Ambas presentaron un estudio con los últimos datos de los sistemas de vigilancia en el reciente congreso de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE), celebrado en Las Palmas de Gran Canaria.

El trabajo muestra que solo una de cada cuatro gestantes que dieron a luz a un bebé con sífilis congénita participaron en el cribado para descartar la infección, según los datos disponibles. “Es una proporción bajísima. Esta prueba debe hacerse a todas las mujeres en el primer trimestre del embarazo. En el caso de que el equipo que atiende a la paciente observe una situación de riesgo, la prueba debe repetirse en el tercer trimestre”, explicó Óscar Martínez Pérez, presidente del Grupo Español de Seguridad Obstétrica.

Entre las mujeres diagnosticadas, además, en menos de una tercera parte de los casos hay registros de que se cumpliera el tratamiento indicado. Gema Fernández Rivas, portavoz de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), destacó la importancia de este punto: “La sífilis congénita es evitable si la madre recibe el tratamiento con antibióticos. La clave está en el diagnóstico y tratamiento precoz”.

Esta experta coincidió con las autoras del estudio en la necesidad de extremar la vigilancia para prevenir todos los casos de sífilis congénita. “En una enfermedad tan grave, pero a la vez prevenible con los medios diagnósticos y tratamientos disponibles, que un solo caso en España puede considerarse demasiado”, afirmó.

De los 38 bebés diagnosticados, además de los dos fallecimientos, seis sufrieron afectaciones del sistema nervioso central, siete lesiones mucocutáneas, seis anemia, 12 hepatoesplenomegalia y 13 que han sido agrupadas bajo la categoría de “Otras”.

El estudio ofrece claves que sugieren la relación entre los casos diagnosticados y situaciones de vulnerabilidad social. Una de ellas es el lugar de origen de la madre. Entre las nacidas fuera de España, la sífilis congénita es más frecuente (16 casos por 12 de madre española) y reciben en menor proporción el tratamiento indicado (19% de las veces en comparación al 33%).

Otro dato relevante es la edad de las madres. La mediana entre las nacidas en España es de 23 años (rango de 19 a 33), mientras que entre las originarias de otros países es de 25 (rango 22 a 29). Según datos del Instituto Nacional de Estadística, la edad media de la maternidad en España es de “33,1 años para las madres españolas y de 30,5 años para las madres extranjeras”.

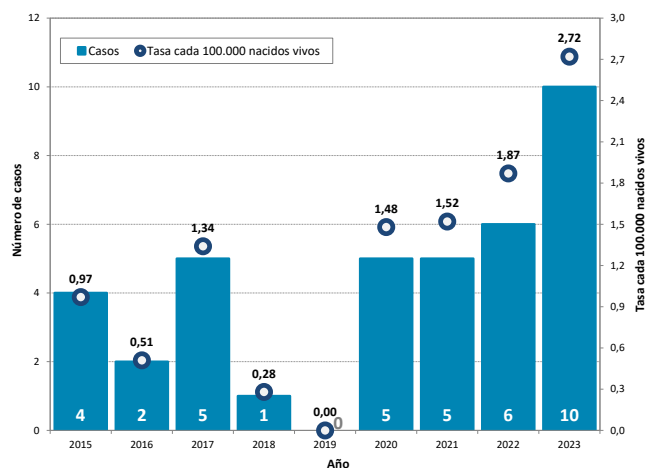
Con estos y otros datos analizados, las autoras sostienen que es necesario impulsar acciones para hacer frente a esta enfermedad: “La información recogida en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica debe mejorarse para identificar posibles grupos vulnerables que ayuden a establecer medidas de prevención y control de la sífilis congénita”.

Jordi Casabona i Barbarà, coordinador del grupo de trabajo sobre ITS y VIH de la Sociedad Española de Epidemiología, destacó la complejidad del problema. “Estamos viendo un incremento de la sífilis congénita en España y el resto de Europa. Cuando hay un caso, quiere decir que algo ha ido mal en relación con el diagnóstico y tratamiento de la sífilis en la madre antes o durante el embarazo. Lo primero que debe hacerse, por tanto, es revisar los protocolos y asegurarse de que se aplican de forma sistemática en todos los niveles sanitarios”, defendió.

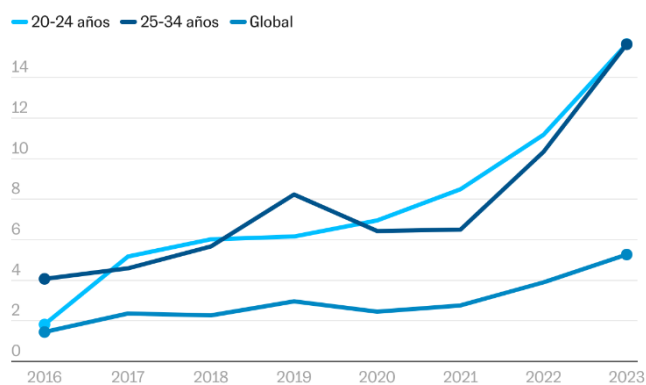
Este abordaje requiere reforzar planes y circuitos sanitarios, así como sensibilizar a todos los profesionales para identificar a las mujeres con mayor riesgo. “Un segundo punto a tener en cuenta es que, lógicamente, hay más riesgo de que el sistema falle si entre la población general hay más mujeres infectadas. La segunda actuación debe estar dirigida a disminuir la incidencia y prevalencia de la sífilis y otras ITS en la comunidad.

Y aquí entran las campañas de prevención, la educación sexual, el uso del preservativo, los estudios de contactos cuando se detecta un caso, los cribados...”, añadió Casabona i Barbarà.

Los llamamientos para reforzar la lucha contra las ITS han sido constantes en los últimos años. El Centro Europeo para el Control y la Prevención de Enfermedades (ECDC) instó en marzo de



Casos de sífilis congénita y tasa cada 100.000 nacidos vivos. España. Años 2015/2023. Fuente: Centro Nacional de Epidemiología (CNE).



Tasas de incidencia de sífilis en mujeres cada 100.000 habitantes. España. Años 2016/2023. Fuente: Centro Nacional de Epidemiología (CNE).

2024 a los países a abordar de forma “urgente el incremento sustancial” de dolencias como la sífilis y la gonorrea, que en el año anterior habían crecido en el continente 34% y 48%, respectivamente.

En España, el Ministerio de Sanidad y las principales sociedades científico-médicas presentaron el pasado mes de octubre una nueva guía para hacer frente a este auge, que incluye entre sus principales medidas un incremento de los cribados y una atención especial a los adolescentes. Una investigación del Hospital Universitario Basurto presentada el año pasado en el congreso de la SEIMC ponía el foco en este último grupo y alertaba de la “epidemia oculta” de ITS que sufre y que está relacionada con carencias educativas, un menor uso del preservativo que los mayores y una escasa disposición de acudir a los servicios sanitarios.

Un informe del ECDC publicado en febrero con datos de 2023 reveló que 78 bebés habían nacido con sífilis congénita ese año en el continente –cinco más que en 2022, aunque no todos los países reportan sus datos– e hizo un llamamiento a los gobiernos a mejorar los sistemas de información y las medidas destinadas a identificar y tratar los casos de sífilis en toda la población, con una especial atención a las mujeres embarazadas.



El Departamento de Salud de Hawai'i confirmó un caso de neuroangiostrongilosis, o enfermedad del gusano pulmonar de la rata, en un adulto en la isla de Kauai. Esta enfermedad es endémica en todas las islas del estado de Hawai'i. Esta persona no tenía antecedentes de viajes a otras islas vecinas ni fuera del estado ni del país.

La persona experimentó síntomas como dolor de cabeza, náuseas, vómitos, rigidez de nuca y fotofobia, y buscó atención médica. El diagnóstico de neuroangiostrongilosis se confirmó mediante pruebas de alta sensibilidad recientemente disponibles en la División de Laboratorios Estatales del Departamento de Salud. La investigación no logró identificar el origen exacto de la infección.

Desde el 1 de enero de 2014 hasta la fecha, un período de aproximadamente 10 años, se han reportado 102 casos de angiostrongilosis en todo el estado: 78 en el condado de Hawai'i, 13 en el condado de Maui, siete en el condado de Honolulu y cuatro en el condado de Kauai (incluido este caso). Los residentes de Hawai'i representan 84% de este total, y el 16% restante se reporta en visitantes. El 73% de las personas con diagnóstico confirmado por laboratorio fueron hospitalizadas. El último caso en Kauai se registró en 2019.

“Inspeccionar y lavar minuciosamente todas las frutas y verduras frescas con agua corriente limpia es la manera más eficaz de reducir el riesgo de contraer angiostrongilosis”, afirmó la Dra. Sarah Kemble, epidemióloga estatal. “Las babosas y caracoles pequeños en los productos agrícolas pueden ser difíciles de ver. Cocinar bien los alimentos también elimina el parásito que causa la enfermedad”.

El Departamento de Salud proporcionó las siguientes recomendaciones para prevenir la angiostrongilosis:

- Lavar todas las frutas y verduras con agua corriente limpia para eliminar cualquier babosa o caracol. Prestar especial atención a las verduras de hoja verde. Esto es importante, ya sea que los productos provengan de una tienda local, un mercado agrícola o un huerto casero.
- Controlar las poblaciones de caracoles, babosas y ratas en casas, jardines y granjas. Eliminar caracoles, babosas y ratas de forma segura limpiando los desechos donde puedan vivir. Considerar el uso de trampas y cebos.
- Mantener los sistemas de captación de agua y reemplazar los filtros con regularidad. Cubrir y proteger los tanques de captación, ya que las babosas pueden subir por ellos y entrar al agua.

El diagnóstico temprano ayuda a enfocar el tratamiento para reducir los efectos a largo plazo asociados con esta enfermedad. También es importante descartar otras enfermedades peligrosas que puedan causar síntomas similares. Las personas con síntomas deben consultar a su médico de inmediato.

La neuroangiostrongilosis, comúnmente conocida como enfermedad del gusano pulmonar de la rata, es causada por un nematodo parásito y puede tener efectos debilitantes en el cerebro y la médula espinal de una persona infectada. En Hawai'i, la mayoría de las personas se enferman al ingerir accidentalmente un caracol o babosa infectados con el parásito *Angiostrongylus*.

cantonensis . Los síntomas varían considerablemente entre los casos; los más comunes incluyen fuertes dolores de cabeza y rigidez de nuca. Los casos más graves presentan problemas neurológicos, dolor intenso y discapacidad a largo plazo.

La angiostrongilosis es una zoonosis parasitaria causada principalmente por *Angiostrongylus cantonensis*, un nematodo cuyo hospedador definitivo es la rata. En este ciclo, los moluscos, especialmente caracoles y babosas, actúan como hospedadores intermediarios que albergan las larvas infectantes. Los humanos son hospedadores accidentales y adquieren la infección al ingerir larvas presentes en estos moluscos crudos o mal cocidos, o a través de vegetales contaminados por su mucosidad. Una vez ingeridas, las larvas migran al sistema nervioso central, donde desencadenan un cuadro característico de meningitis eosinofílica, aunque en algunos casos pueden afectar otros órganos, generando manifestaciones oculares, gastrointestinales o respiratorias.

El cuadro clínico se caracteriza por cefalea intensa, rigidez de nuca, parestesias, fiebre y síntomas neurológicos de diversa gravedad. En la mayoría de los casos, la enfermedad es autolimitada, pero puede llegar a producir secuelas neurológicas o incluso la muerte, especialmente cuando la carga parasitaria es alta. No existe un tratamiento antiparasitario específico universalmente recomendado, y el manejo suele ser sintomático, basado en corticoides y analgésicos para reducir la inflamación y aliviar el dolor.

En el plano epidemiológico, *A. cantonensis* es originario del sudeste asiático, pero su distribución se ha ampliado considerablemente durante las últimas décadas, impulsada por el comercio internacional y la dispersión de ratas y moluscos exóticos. Entre las regiones más afectadas fuera de Asia se encuentra el archipiélago de Hawai'i, donde la angiostrongilosis representa un importante problema de salud pública. Desde los primeros casos humanos detectados en la década de 1960, la enfermedad ha mostrado un incremento notable, particularmente en la isla de Hawai'i, donde se han registrado varios brotes.

La expansión del parásito en Hawai'i se vincula con la introducción del caracol gigante africano (*Achatina fulica*) y de la babosa semiacuática *Parmarion martensi*, ambos hospedadores intermediarios muy eficientes que han colonizado entornos rurales y urbanos. Las condiciones climáticas cálidas y húmedas de las islas favorecen la persistencia de estos moluscos, lo que facilita la transmisión a los humanos. Las campañas de salud pública se han centrado en la educación sanitaria, el control de los hospedadores y la vigilancia epidemiológica para reducir la incidencia de nuevos casos.

En la actualidad, la angiostrongilosis en Hawai'i es considerada una enfermedad emergente de relevancia epidemiológica, tanto por su impacto en la salud humana como por su potencial de expansión a otras zonas tropicales y subtropicales. La vigilancia continua, junto con el fortalecimiento de las medidas preventivas —como el lavado adecuado de frutas y verduras y el control de moluscos invasores—, constituye la estrategia más efectiva para limitar su propagación en la región.

El Ministerio de Salud de Mauritania informó de un aumento alarmante de los casos de fiebre del Valle del Rift, notificados en 13 de las 15 regiones del país.

Desde el 8 de octubre, el ministerio informó 81 nuevos casos –21 confirmados y 60 sospechosos– y seis nuevas muertes.

Esto supone un aumento de 200% en los casos nuevos, en comparación con las últimas cifras.

El Ministerio de Salud reportó un total de 89 casos (29 confirmados) y 12 fallecidos, con una tasa de letalidad de 13,5%.

En cuanto a los animales, el Ministerio de Ganadería reportó 19 focos activos distribuidos en 16 departamentos de ocho regiones.

Los servicios veterinarios iniciaron una operación de detección temprana en agosto, que inicialmente confirmó dos brotes. Desde entonces, se han analizado 334 muestras, de las cuales 90 dieron positivo para la enfermedad viral.

Ante esta situación, las autoridades centrales y regionales de Mauritania elevaron el nivel de alerta. Están reforzando la vigilancia, la notificación rápida y la rápida transferencia de muestras al laboratorio de referencia. Las autoridades también han intensificado el control y la inspección de la carne en los mataderos.

La fiebre del Valle del Rift es una enfermedad viral que se observa con mayor frecuencia en animales domésticos de África subsahariana, como vacas, ovejas, cabras y dromedarios. Afecta principalmente a animales, pero también puede infectar a los humanos.

Si bien algunas infecciones humanas se producen por la picadura de mosquitos infectados, la mayoría se debe al contacto con sangre u órganos de animales infectados. Grupos profesionales como pastores, agricultores, trabajadores de mataderos y veterinarios tienen mayor riesgo de infección.

Los humanos también pueden infectarse al ingerir leche no pasteurizada de animales infectados. No se ha documentado transmisión de la fiebre del Valle del Rift entre humanos.

Un reciente estudio, que constituye uno de los análisis más amplios y sistemáticos realizados sobre el impacto nutricional del prolongado conflicto en la Franja de Gaza, evalúa la evolución de la desnutrición aguda en niños de 6 a 59 meses durante un período de 20 meses, en un contexto de crisis humanitaria sin precedentes.

El estudio se basó en más de 265.000 mediciones del perímetro medio del brazo superior (MUAC), tomadas en 219.783 niños en centros de salud y puntos móviles de atención distribuidos en las cinco gobernaciones de Gaza. El MUAC fue elegido como indicador por su sencillez, fiabilidad y capacidad para reflejar el estado nutricional de los menores en entornos de emergencia, de acuerdo con los estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta metodología permitió establecer de manera continua la prevalencia de desnutrición aguda—wasting, en inglés—, clasificada como moderada o severa según los valores de referencia.

Durante los primeros meses de seguimiento, entre enero y junio de 2024, la proporción de niños con desnutrición aguda se mantuvo relativamente estable, con valores que oscilaban entre 5% y el 7%. Sin embargo, a fines de ese año, cuando las restricciones al ingreso de ayuda humanitaria por parte de las autoridades israelíes se intensificaron y los desplazamientos internos se multiplicaron, el panorama cambió de forma drástica: en enero de 2025, el 14,3% de los menores evaluados presentaban algún grado de desnutrición aguda. Este aumento coincidió con una escasez crítica de alimentos, agua potable y servicios médicos.

Durante el breve alto el fuego de seis semanas en el primer trimestre de 2025, que permitió un ingreso más regular de asistencia, las cifras descendieron temporalmente a cerca de 5,5%. No obstante, la situación volvió a deteriorarse a partir de marzo, tras un nuevo periodo de bloqueo por parte de las fuerzas armadas israelíes, que se extendió por 11 semanas. Para mediados de agosto de 2025, la prevalencia de desnutrición aguda alcanzaba el 15,8%, con 3,7% de los niños en condición severa. Traducido en términos absolutos, estos porcentajes equivalen a más de 54.000 niños afectados, de los cuales unos 12.800 requerían tratamiento nutricional urgente para sobrevivir.

El análisis geográfico reveló además desigualdades marcadas entre las distintas gobernaciones. Las zonas del norte y la ciudad de Gaza registraron picos más altos de desnutrición, vinculados al aislamiento prolongado y a la destrucción de la infraestructura básica. En Rafah, donde se concentraron numerosos desplazados internos, las cifras también fueron críticas, lo que sugiere que la sobrepoblación y la contaminación del agua agravaron los efectos del déficit alimentario.



Un niño palestino de cinco años que sufre de desnutrición severa en el Hospital Nasser, sur de la Franja de Gaza.

Desde el punto de vista epidemiológico, los investigadores subrayan que los cambios observados a lo largo del período no obedecen a una evolución natural de la desnutrición infantil, sino a la sucesión de fases de bloqueo y apertura parcial de la ayuda. Las variaciones mensuales del MUAC reflejaron de manera directa la disponibilidad de alimentos, suplementos nutricionales y atención médica. La desnutrición, por tanto, se consolidó como un indicador sensible del grado de acceso humanitario.

El estudio advierte que las tasas alcanzadas en Gaza superan ampliamente los umbrales establecidos por la OMS para declarar una emergencia nutricional aguda, definidos a partir del 10% de prevalencia. Las implicaciones en términos de salud pública son graves, ya que la desnutrición severa se asocia con una mayor mortalidad infantil y con secuelas a largo plazo sobre el desarrollo físico y cognitivo.

Los autores destacan también la rápida mejoría que puede lograrse cuando las condiciones se estabilizan, lo que se evidenció durante el cese al fuego temporal. Este hallazgo refuerza la idea de que la desnutrición aguda en Gaza es principalmente una consecuencia de las condiciones humanitarias impuestas por Israel, y no de un déficit estructural o prolongado de alimentos en la región. Por ello, el informe concluye que la recuperación es posible, pero depende de la restauración sostenida del acceso humanitario, la reapertura de los corredores de suministro y la reactivación de los servicios básicos de salud y nutrición.

Este estudio ofrece una visión detallada y alarmante del deterioro nutricional infantil en Gaza entre 2024 y 2025. Más allá de su valor epidemiológico, el trabajo se erige como un documento testimonial sobre los efectos de la guerra y del bloqueo israelí en la salud de los niños palestinos, evidenciando que la desnutrición aguda no solo es un indicador biológico, sino también un reflejo de la vulnerabilidad social extrema y de la interrupción sistemática del derecho a la alimentación y a la salud.

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.
---	---	--