



22 DE OCTUBRE
2025
REC 2.996

CÓRDOBA

- Detección de gérmenes multirresistentes en aguas residuales y en el Río Suquía

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de la influenza aviar

AMÉRICA

- Brasil: Este año, las muertes por fiebre manchada brasileña en Minas Gerais superan las de 2024
- Estados Unidos: Las tasas de VIH son más altas en el sur del país, a pesar de los tratamientos efectivos

- Estados Unidos: Detectan el clado I de la mpox en tres californianos

- Guatemala: Alertan sobre el aumento de casos de tos convulsa

- Haití: Port-au-Prince enfrenta un nuevo brote de cólera

EL MUNDO

- Argelia: Declaran estado de emergencia en Skikda tras muertes por difteria y aumento de casos

- Corea del Sur: Alerta ante el incremento de casos de enfermedad tipo influenza

- Fiji: Se eliminó el tracoma como problema de salud pública

- Italia: Brote de botulismo en Friuli-Venezia Giulia

- Namibia: Alerta máxima tras la confirmación del primer caso de mpox

- República Democrática del Congo: Fue dado de alta el último caso de enfermedad por el virus del Ébola

- Senegal: Siguen aumentando los casos de fiebre del Valle del Rift

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.

La resistencia antimicrobiana (RAM) es un grave problema global que limita las opciones de tratamiento y eleva la carga de morbilidad y mortalidad. Se estima que al menos 1,27 millones de muertes anuales están vinculadas a infecciones por bacterias resistentes.

Entre los patógenos clave se encuentran las *Enterobacterales* productoras de β -lactamasas de espectro extendido (ESBL) y las que producen carbapenemasas, clasificadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “prioridad crítica” para el desarrollo de nuevos antibióticos.

Aunque la mayor parte de la atención se centra en los ámbitos clínicos, el ambiente –y en particular los cuerpos de agua urbanos– también puede actuar como reservorio y vía de dispersión de bacterias resistentes. Un reciente [estudio](#) enfoca el papel de los desbordes urbanos de aguas residuales en la ciudad de Córdoba (Argentina) como puntos críticos (“hotspots”) para la diseminación de bacterias productoras de ESBL y carbapenemasas en el río Suquía.

El objetivo principal fue investigar si los desbordes de aguas residuales urbanas (en calles públicas) pueden funcionar como vectores de bacterias resistentes –concretamente *Enterobacterales* y especies de *Aeromonas*– que producen ESBL y/o carbapenemasas, y evaluar su presencia en el río Suquía aguas abajo de la zona urbana. Además, se analizó a través de secuenciación genómica la resistencia, virulencia, plasmidios y contexto genético de los aislamientos productores de carbapenemasas, y se realizaron ensayos de conjugación para evaluar la transferencia horizontal de genes de resistencia.

Se recolectaron 62 muestras de agua entre 2016 y 2023: 34 de desbordes urbanos de aguas residuales en calles de Córdoba, 22 de superficie del río Suquía en distintos puntos (antes de la ciudad, tramo urbano, y hasta 10 km aguas abajo de la planta municipal de tratamiento de aguas residuales), y 6 de un área de referencia (Mar de Ansenusa, laguna salina al final del curso del Suquía, sin influencia urbana).

Se cuantificaron coliformes totales, coliformes fecales y *E. coli* (en NMP/100 mL)¹ según métodos estandarizados.

Para detectar bacterias productoras de ESBL y carbapenemasas se usaron placas ChromID ESBL, se identificaron los aislamientos con VITEK 2 o MALDI-TOF y se criopreservaron.

¹ Número Más Probable por 100 mL (NMP/100 mL). Es una estimación estadística de cuántos microorganismos viables hay en una muestra líquida. No cuenta bacterias una por una, sino que infiere su cantidad a partir del patrón de crecimiento o no-crecimiento en una serie de diluciones y tubos. Cuando se informa, por ejemplo, 10⁴ NMP/100 mL de *Escherichia coli*, su significado práctico es que, según el patrón observado en los ensayos de dilución, la concentración más probable de *E. coli* en esa agua es del orden de 10.000 bacterias viables por cada 100 mL.

Se seleccionaron 65 aislamientos productoras de ESBL y/o carbapenemasas. De ellos, seis (productores de carbapenemasas) fueron analizados por secuenciación genómica completa. Se realizaron ensayos de conjugación para evaluar transferencia genética entre células.

Resultados

Las muestras de desbordes urbanos mostraron niveles superiores a 10^8 MPN/100 mL de coliformes totales. En el río Suquía se observó un incremento de 2 a 5 órdenes de magnitud de coliformes fecales y *E. coli* en puntos urbanos y aguas abajo, comparados con los sitios aguas arriba de la ciudad, donde no se detectaron cepas resistentes. Esto indica que la ciudad de Córdoba aporta una carga elevada de contaminación microbiológica al río.

Aproximadamente 71% de las muestras de desbordes urbanos y 68% de las del río Suquía en el tramo urbano o aguas abajo contenían bacterias productoras de ESBL y/o carbapenemasas.

En las muestras de desbordes: 62% tenían sólo ESBL-productores, 6% tenían tanto ESBL como carbapenemasa, y 3% sólo carbapenemasa. En las aguas del río: 59% tenían ESBL-productores y 9% tenían coproducción ESBL + carbapenemasa; no se detectaron esos tipos aguas arriba ni en el Mar de Ansenúza.

La mayoría de los productores de ESBL fueron *E. coli* (66% en desbordes, 62% en río). El gen más frecuente fue bla_{CTX-M}. En los productores de carbapenemasas se hallaron los genes bla_{KPC} (5 cepas) y bla_{NDM} (una cepa). Las especies incluyeron *Enterobacter*, *Klebsiella*, *Citrobacter* y *Aeromonas caviae*.

En cuanto a resistencia concomitante –es decir, a antibióticos no β -lactámicos– las más frecuentes fueron ciprofloxacina y trimetoprim-sulfametoxazol. En los aislamientos del río, 89% tenían resistencia concomitante, y en los de desbordes el 76%. Esto subraya que muchas cepas encontradas son multirresistentes.

Los ensayos de conjugación mostraron que genes de carbapenemasa y ESBL eran transferibles en placa: se logró transferencia de carbapenemasas con tres cepas (dos KPC y una NDM) y transferencia de ESBLs en varias cepas representativas. Esto confirma que los determinantes de resistencia están en gran parte en plásmidos capaces de movilización.

El análisis genómico de las seis cepas productoras de carbapenemasa reveló resistomas extensos: entre 8 y 22 genes de resistencia por cepa, abarcan al menos 12 clases de antibióticos. Todos llevaban múltiples β -lactamasas, incluidas las propias ESBLs y carbapenemasas.

También portaban genes de virulencia (por ejemplo, sistemas de secreción tipo III o VI), genes de resistencia a biocidas y metales pesados, y una variedad de replicones plasmídicos (entre 2 y 7 por cepa). Destacan los plásmidos IncU (asociado al bla_{KPC-2} en *Enterobacter kobei*) e IncA/C2 (asociado al bla_{NDM-1} en *Enterobacter hormaechei*) que indican que los genes de carbapenemasa se encuentran en plásmidos clínicamente relevantes.

El contexto genético de bla_{KPC-2} reveló que ciertas cepas del río portaban el mismo transposón que cepas clínicas –lo que sugiere intercambio entre ambientes clínicos y acuáticos.

Interpretación

Los datos muestran que los desbordes de aguas residuales urbanos actúan como focos de bacterias resistentes en la ciudad de Córdoba, y que estas bacterias alcanzan el río Suquía y se mantienen viables al menos hasta 10 km aguas abajo de la planta de tratamiento. Esto refuerza la idea de que los sistemas de drenaje de aguas pluviales y residuales urbanos pueden ser vías de dispersión de la resistencia antimicrobiana hacia ambientes naturales.

El hecho de que aguas arriba de la ciudad no se detectaran cepas críticas sugiere que la contaminación está vinculada a la zona urbana. Además, la presencia de genes clínicamente relevantes, transferibles y en cepas ambientales (como *Aeromonas caviae*) indica que los ambientes acuáticos pueden servir como reservorios y puente para la resistencia entre humanos, animales y ambiente, lo que conecta directamente con el enfoque Una Salud.

Dado que muchas ciudades en países en desarrollo presentan sistemas de drenaje o tratamiento subóptimos y desbordes frecuentes, los hallazgos tienen implicaciones amplias: se requieren estrategias de vigilancia ambiental de la resistencia antimicrobiana, una gestión adecuada de aguas residuales urbanas y un enfoque multisectorial.

El muestreo, aunque prolongado en años, fue limitado en frecuencia temporal y espacial, podría no captar completamente la variabilidad estacional o diaria de la resistencia en estos ambientes. Además, usar métodos de cultivo limita la detección a bacterias cultivables, excluyendo gran parte de la diversidad genómica ambiental que un enfoque metagenómico incluiría. Finalmente, aunque la transferencia de genes se demostró en laboratorio, la evaluación del riesgo de exposición para la población humana no fue parte del estudio.

Conclusiones

El estudio proporciona la primera evidencia en Argentina de que desbordes urbanos de aguas residuales en espacios públicos pueden actuar como focos para la liberación de bacterias productoras de ESBL y carbapenemasas al ambiente acuático urbano. Estas bacterias –y sus genes de resistencia– se detectaron en un río que cruza la ciudad, lo que demuestra que los ambientes urbanos pueden contribuir a la dispersión ambiental de la resistencia antimicrobiana.

Los resultados resaltan la urgencia de incorporar la vigilancia ambiental de la resistencia antimicrobiana como componente clave de su abordaje global, especialmente en contextos urbanos y de países en desarrollo. Una respuesta efectiva requiere coordinación entre sanidad humana, animal y ambiental (enfoque Una Salud), mejoras en infraestructura de aguas residuales y mayor conciencia pública y profesional.

Antecedentes

Durante 2023, Argentina registró la introducción del subtipo A(H5N1) del virus de la influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP), con brotes en aves silvestres, de traspatio y comerciales, así como en mamíferos marinos. En total, se notificaron 81 brotes en aves de traspatio, 18 en aves comerciales y ocho en aves silvestres. El país recuperó su estatus libre de IAAP en aves de corral el 7 de agosto de 2023. Posteriormente, se confirmaron brotes en mamíferos marinos a lo largo de la costa atlántica.

Luego de la implementación del protocolo de vigilancia epidemiológica, prevención y control de la influenza aviar en humanos, se llevó a cabo el seguimiento de 327 casos expuestos y 21 sospechosos en el país, todos los cuales fueron descartados por el Laboratorio Nacional de Referencia. Estos esfuerzos de monitoreo y vigilancia fueron posibles gracias a las medidas preventivas y de detección precoz establecidas en el protocolo.

Situación actual de brotes en animales

Durante el año 2025, el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) confirmó hasta la fecha un total de siete brotes de IAAP en las provincias de Chaco, Buenos Aires y Entre Ríos.

El 14 de febrero de 2025 se confirmó un brote de IAAP A(H5) en aves de traspatio en la localidad de Tres Isletas, departamento Maipú, provincia de Chaco.

Más recientemente, el 15 de julio se confirmó la detección de IAAP A(H5) en aves de traspatio en el partido de Lezama, provincia de Buenos Aires, que afectó gallinas, gallos, patos, palomas, gansos y pavos. Las muestras fueron analizadas por el Laboratorio Oficial de la Dirección General de Laboratorios y Control Técnico del SENASA, resultando positivas para IAAP A(H5) clado 2.3.4.4.

Durante el mes de agosto, se notificaron tres brotes de IAAP en aves en la provincia de Buenos Aires.

El primero corresponde al partido de Navarro, donde el 1 de agosto se confirmó IAAP A(H5), clado 2.3.4.4, en un establecimiento de aves de traspatio. Posteriormente, el 14 de agosto, se confirmó un nuevo brote, correspondiente a IAAP A(H5), clado 2.3.4.4, en un establecimiento de aves de traspatio ubicado en el partido de Arrecifes. El 19 de agosto, se confirmó un brote de IAAP A(H5), clado 2.3.4.4, en un establecimiento avícola de aves de postura localizado en la localidad de Los Toldos, partido de General Viamonte.

Luego, el 1 de septiembre se confirmó un brote de IAAP A(H5) en la provincia de Entre Ríos. Este brote fue detectado en aves de traspatio en la localidad de Laurencena, Nogoyá.

Además, el 6 de octubre se recibió la notificación de una sospecha por aves con crestas y barbillas cianóticas, y elevada mortalidad. Un día después, el 7 de octubre, el SENASA confirmó el caso de IAAP A(H5) en aves de traspatio en la localidad de San Andrés de Giles, provincia de Buenos Aires. Las muestras fueron analizadas por el Laboratorio Oficial del SENASA en Martínez.

Ante esta detección, los equipos de salud animal y humana nacionales y jurisdiccionales están realizando la identificación de personas expuestas, la investigación epidemiológica correspondiente y la implementación de medidas de control.

Se reitera a la comunidad que no existe riesgo al momento de consumir productos como huevos, carne aviar o cualquier otro derivado de la industria avícola.

Vigilancia de la interfase humano-animal

Las personas en riesgo de contraer infecciones son aquellas expuestas, directa o indirectamente, a aves infectadas (domésticas, silvestres o en cautiverio), por ejemplo, tenedores de aves que mantengan contacto estrecho y regular con aves infectadas o durante el sacrificio o la limpieza y desinfección de las granjas afectadas.

En Argentina, de acuerdo con las recomendaciones regionales, se realiza la identificación temprana de las personas expuestas (en contacto con aves enfermas o muertas en contextos de brotes de influenza aviar) y su seguimiento durante 10 días para identificar posibles casos sospechosos (aquellos que presenten síntomas dentro del período de seguimiento).

A la fecha se registra un total de 51 personas expuestas durante 2025, de las que seis continúan bajo seguimiento. Hasta el momento se han registrado dos casos sospechosos, que han sido descartados para influenza por el Servicio de Virosis Respiratorias del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, Laboratorio Nacional de Referencia para influenza y otros virus respiratorios.

La influenza aviar es una enfermedad viral de distribución mundial altamente contagiosa que afecta a aves de corral, traspatio y silvestres, causada por subtipos de la influenza A (como H5N1, H5N3, H5N8). Las aves acuáticas silvestres son reservorios importantes del virus, y las aves de corral pueden infectarse por el contacto con aves silvestres.

En general, las múltiples cepas del virus de influenza aviar pueden clasificarse en dos categorías, en función de la gravedad de la enfermedad en las aves de corral:

- Influenza aviar de baja patogenicidad (IABP) que, típicamente, causa pocos o ningún signo clínico; e
- Influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP) que puede causar signos clínicos graves y, potencialmente, altos índices de mortalidad.

En los últimos años, se ha observado un aumento en la detección del virus A(H5N1) en mamíferos terrestres y marinos en las Américas, tanto salvajes como domésticos y, más recientemente, en ganado bovino en Estados Unidos.

Aunque las infecciones humanas son poco frecuentes, ocurren principalmente tras el contacto directo con animales infectados o sus entornos contaminados.

No se ha registrado la transmisión sostenida entre personas, pero debido a la capacidad del virus para evolucionar, es fundamental el monitoreo de la infección en humanos expuestos. La enfermedad puede presentar síntomas leves o graves, como fiebre, tos, mialgias, y en casos más severos, neumonía y compromiso multiorgánico.

ESTADO DE MINAS

BRASIL

ESTE AÑO, LAS MUERTES POR FIEBRE
MANCHADA BRASILEÑA EN MINAS
GERAIS SUPERAN LAS DE 2024

15/10/2025

El número de muertes por fiebre manchada brasileña en Minas Gerais en 2025 superó la cifra del año pasado, según la Secretaría Estatal de Salud (SES-MG). El último boletín epidemiológico del departamento, con datos hasta el 13 de octubre, muestra que el estado registró cinco muertes este año, en comparación con cuatro en 2024, entre los 95 casos registrados.



En 2023, Minas Gerais registró un número significativo de casos y muertes causadas por la enfermedad: 90 casos y 20 muertes. En 2022, el estado registró 27 casos y seis muertes.

El último caso de la enfermedad se registró en la ciudad de Matozinhos, en la Región Metropolitana de Belo Horizonte. El municipio ahora tiene tres casos confirmados de la enfermedad, dos de los cuales fueron mortales.

Hasta el 13 de octubre, se habían confirmado 33 casos de fiebre manchada brasileña en Minas Gerais. Los datos se calculan según el municipio de residencia, pero no necesariamente corresponden al lugar probable de la infección, que está siendo investigado por los equipos de vigilancia municipal. Aún hay 12 casos bajo investigación.

Entre las muertes en Matozinhos, una fue la de un adolescente de 17 años, quien se encontraba hospitalizado en una unidad de salud de Belo Horizonte. Esta información fue confirmada por el Secretario de Salud del Estado, Fábio Baccheretti Vitor.

El 6 de octubre, la administración municipal informó que está implementando una serie de medidas preventivas y de control de enfermedades.

En 2025, el estado ya confirmó cinco casos mortales. Los dos primeros casos ocurrieron en Caeté, también en el Gran Belo Horizonte, y el tercero en Caratinga, sobre el río Doce. Con el nuevo informe, el número de muertes supera la cifra del año anterior, cuando se registraron cuatro muertes.

Según la SES-MG, los 33 casos se confirmaron en Belo Horizonte (5 casos), Itabira (4), Matozinhos (3), Santa Luzia (3), Caeté (2), Contagem (2), Bambuí (1), Betim (1), Boa Esperança (1), Caratinga (1), Itueta (1), Lagoa Santa (1), Ouro Preto (1), Paracatu (1), Pedro Leopoldo (1), Seranópolis de Minas (1), Serro (1), Varginha (1), Vespasiano (1) y Volta Grande (1).

Situación en Belo Horizonte

Si bien el SES-MG informó que la capital registró cinco casos de la enfermedad en 2025, la Secretaría Municipal de Salud declaró el 15 de octubre que la ciudad solo registró cuatro. Tres pacientes se infectaron en otras ciudades y uno en Belo Horizonte. El año pasado, se registraron 11 casos importados, es decir, residentes que se infectaron en otros municipios.

Según la secretaría, la discrepancia podría deberse a diferencias en los sistemas utilizados por las secretarías para extraer los datos.

En un comunicado, la prefectura de Belo Horizonte informó que el municipio mantiene una vigilancia epidemiológica continua y sistemática, centrada en la prevención y la reducción del riesgo de la enfermedad, mediante iniciativas de sensibilización y educación pública. Además, según el Ejecutivo, los profesionales sanitarios que trabajan en las unidades de salud están preparados para identificar casos sospechosos de la enfermedad.

La fiebre manchada brasileña es una enfermedad infecciosa aguda y grave causada por *Rickettsia rickettsii*, una bacteria intracelular transmitida por garrapatas duras del género *Amblyomma*, sobre todo *A. sculptum* y *A. aureolatum*. Es la rickettsiosis más mortal de América, con tasas de letalidad que en algunas series brasileñas han superado el 30-40%, particularmente cuando se retrasa el tratamiento antibiótico. La transmisión ocurre cuando una garrapata infectada permanece adherida al huésped humano el tiempo suficiente para inocular el patógeno; los perros domésticos y los carpinchos (*Hydrochoerus hydrochaeris*) son hospederos importantes para sostener poblaciones de garrapatas en entornos periurbanos y ribereños. Aunque la enfermedad es zoonótica, el ser humano es un huésped incidental, sin rol en el ciclo de mantenimiento.

Clínicamente, la fiebre manchada brasileña suele iniciar con fiebre alta, cefalea intensa, mialgias y malestar general, acompañado de signos digestivos como náuseas y dolor abdominal. Al cabo de pocos días aparece el exantema petequeal o maculopapular que da nombre a la enfermedad, aunque puede estar ausente en fases iniciales o en un subconjunto de pacientes, lo que dificulta el diagnóstico precoz. La progresión no tratada puede conducir a choque, insuficiencia respiratoria, compromiso neurológico y falla multiorgánica por vasculitis generalizada endotelial, que es el sustrato patogénico de la rickettsiosis.

El diagnóstico en la práctica clínica temprana es eminentemente clínico-epidemiológico: la sospecha debe surgir ante fiebre aguda en persona con antecedente compatible de exposición a garrapatas, ambientes ribereños con carpinchos o convivencia con perros parasitados en áreas endémicas. Las pruebas confirmatorias (reacción en cadena de la polimerasa en sangre o tejido, inmunohistoquímica, serología pareada) son útiles para vigilancia, pero su resultado no debe condicionar el inicio del tratamiento. El eje terapéutico es la administración empírica precoz de doxiciclina, idealmente dentro de los primeros cinco días de síntomas; la demora diagnóstica es el principal determinante de letalidad.

En salud pública, la fiebre manchada brasileña ilustra una interfaz compleja entre fauna silvestre, animales domésticos y expansión humana en corredores ecológicos ribereños. Las medidas de control no se basan en eliminar reservorios, sino en gestión ambiental (manejo de carpinchos en parques y márgenes de ríos, control de perros vagabundos, reducción de microhábitats favorables a garrapatas), prevención personal (ropa de manga larga, inspección corporal post-exposición, remoción temprana de garrapatas) y alerta clínica sostenida en zonas de riesgo. El fortalecimiento de la vigilancia, la educación sanitaria y la indicación temprana de doxiciclina son las herramientas decisivas para reducir muertes en una enfermedad grave pero prevenible y tratable si se reconoce a tiempo.

El sur de Estados Unidos tiene las tasas de VIH más altas del país, representando más de la mitad de los nuevos diagnósticos de VIH a nivel nacional en 2023. Esto a pesar de la creciente disponibilidad de un medicamento de prevención del VIH altamente efectivo que ha hecho posible vivir una vida larga y saludable con esta enfermedad que alguna vez fue mortal.

Esta medicación –llamada profilaxis preexposición (PrEP)– reduce el riesgo de transmisión del VIH en más de 99% cuando se toma

según lo prescrito. Sin embargo, en ciudades del sur como Jackson, Mississippi, y Memphis, Tennessee, una de las poblaciones más vulnerables –los hombres negros que tienen sexo con hombres– rara vez lo usan, ya que menos de una de cada cinco personas elegibles lo toma.

La administración Trump congeló previamente y propuso más recortes a los programas de prevención del VIH en Estados Unidos. Y, aunque restauró algunas de las páginas web y conjuntos de datos federales que retiró en enero de 2025, no está claro qué información sigue faltando o ha cambiado. Las comunidades del sur, que ya enfrentan la mayor carga de infección, sufrirán los mayores efectos del cambio en las prioridades de salud pública.

Un trabajo dedicó años al estudio de la prevención del VIH y los determinantes sociales de la salud en el Sur Profundo. A través de entrevistas con profesionales de la salud y pacientes negros en las principales ciudades del Sur, se detectó un fuerte conflicto entre la cultura y la salud pública que influye significativamente en por qué los tratamientos médicos eficaces siguen sin llegar a quienes más los necesitan. A esta tensión se llamó la paradoja del Sur: existen soluciones médicas, pero fuerzas sistémicas bloquean el acceso.

Las historias de estos médicos y pacientes del Sur no se limitan a una simple pastilla: tratan sobre la confianza, la identidad, la familia y la fe. Y sus palabras ponen de relieve una compleja red de emociones y experiencias que a menudo pasan desapercibidas en los mensajes sanitarios convencionales.

Cultura sureña y salud sexual

Para el estudio se entrevistaron 12 personas en Jackson, Memphis, New Orleans y Atlanta: ocho hombres negros que tienen sexo con hombres y cuatro profesionales de la salud. Tres de estos profesionales también se identificaron como hombres que tienen sexo con hombres.

Varios participantes informaron que el acceso físico a la PrEP no era el problema. En cambio, el obstáculo era mucho más personal y estaba profundamente arraigado en su entorno.

“En la iglesia, te enseñan a amar al prójimo, pero siempre hay un asterisco cuando se trata de a quién amas”, dijo un participante de Jackson. “Si eres gay, te ignoran o te juzgan en silencio”.



La información sobre la PrEP en la clínica tiene sus límites sin el apoyo de la comunidad.

Casi todos los participantes describieron el Sur como un lugar profundamente marcado por valores conservadores, especialmente aquellos arraigados en la religión y las estructuras familiares tradicionales. La iglesia negra surgió como un factor protector y un desafío a la vez. Si bien ofrecía un apoyo comunitario vital, también solía reforzar el estigma en torno a la homosexualidad y desalentaba las conversaciones abiertas sobre salud sexual.



Un entorno sanitario acogedor puede marcar la diferencia.

Un participante de New Orleans compartió que su proveedor de atención médica y sus amigos le hablaron de la PrEP, mientras que otro de Atlanta recordó haberla conocido durante su examen físico anual. A pesar de haber recibido información sobre la PrEP repetidamente, ambos expresaron dudas sobre si comenzar el tratamiento. A uno le preocupaba el posible estigma si otros descubrían que la tomaba, mientras que el otro se preguntaba si realmente la necesitaba. Finalmente, ninguno de los dos comenzó la PrEP.

En muchas de estas comunidades, la educación sexual en las escuelas todavía se centra en la abstinencia y a menudo excluye por completo los temas LGBTQ+. “Creces sin escuchar nada sobre sexo gay ni VIH”, dijo un hombre de Memphis. “Así que, cuando creces, es como empezar de cero”.

Incluso las decisiones sobre el uso del condón estaban fuertemente influenciadas por las normas culturales. Los hombres describieron confiar en la edad o la higiene percibida de su pareja, en lugar de en métodos basados en la investigación para reducir el riesgo de VIH.

Esta ausencia de educación sexual integral e inclusiva deja a muchas personas vulnerables a la desinformación y, en última instancia, a infecciones prevenibles.

La confianza es la verdadera barrera

Uno de los hallazgos más sorprendentes de estas conversaciones fue la profunda desconfianza que muchos hombres negros que tienen sexo con hombres sienten hacia el sistema de atención médica.

“Es difícil encontrar atención médica que apoye a las personas de la comunidad queer”, dijo un profesional de la salud de Memphis. Otros expresaron su temor a ser descubiertos a través de su seguro, especialmente si aún tenían un plan de salud familiar.

Un participante de Jackson confesó: “Algunas personas evitan tomar la PrEP porque cada receta exige una evaluación. Otras no quieren el seguimiento ni las pruebas de detección”. Otro comentó cómo el miedo a los juicios directos y sutiles durante las citas médicas les predisponía a evitar por completo la atención médica.

El racismo sistémico agrava estas preocupaciones. Para muchos hombres negros, las experiencias históricas y continuas de discriminación, como las visitas apresuradas, la falta de empatía, los diagnósticos erróneos e incluso la negación total de la atención médica, han generado una sensación de cautela duradera.

Incluso cuando hay recursos disponibles como la PrEP, estos tratamientos a menudo parecen inaccesibles para los hombres negros porque no confían en el sistema que los ofrece.

Las redes sociales intervienen

Afortunadamente, estas conversaciones también revelaron momentos de esperanza.

Muchos participantes aprendieron sobre la PrEP gracias a sus compañeros. “Hablamos de ello con frecuencia”, dijo un participante en Jackson. “Tengo amigos que trabajan en salud pública y otros que toman la medicación”.

En el Sur, donde los vínculos comunitarios suelen ser redes de seguridad esenciales, estas redes sociales a veces pueden proporcionar información sanitaria más fiable que las clínicas o las campañas. Las conversaciones informales en grupos de chat, en fiestas o durante reuniones comunitarias suelen ser plataformas eficaces para la promoción de la salud.

Un proveedor de Atlanta dijo que compartió intencionalmente sus propias experiencias con la PrEP para reducir el estigma. “Me duele un poco”, dijo con una sonrisa, refiriéndose a una inyección reciente. “Entonces les digo a todos: ‘Sí, acabo de recibir la mía’. La naturalidad de ese comentario marcó la diferencia: hizo que la PrEP se sintiera normal, cercana, algo para ‘nosotros’, no algo que se les hace a ‘ellos’”.

Estos intercambios sociales, basados en la confianza y la experiencia compartida, con frecuencia contribuyeron más a cambiar las actitudes que las campañas tradicionales de salud pública. Como dijo un participante: “Confío más en mis amigos que en esos anuncios. Si lo están tomando y les funciona, eso significa algo para mí”.

Hacer que la PrEP sea culturalmente relevante

Lo que estas conversaciones demuestran es que, para que la PrEP funcione en el Sur, el acceso al tratamiento es solo una parte de la ecuación. Generar confianza, reafirmar la cultura y la educación comunitaria son igualmente cruciales.

Los mensajes de salud pública que van más allá de los datos médicos y abordan las dimensiones emocional, espiritual y social de la salud tienen más probabilidades de generar un compromiso duradero con la prevención del VIH. Esto incluye invertir en profesionales de la salud afroamericanos que afirmen la comunidad LGBTQ+ y que reflejen las comunidades a las que sirven. También implica integrar conversaciones sobre salud sexual en las conversaciones cotidianas en peluquerías, iglesias y centros comunitarios, no solo en las clínicas.

Los funcionarios de salud pública y los profesionales clínicos pueden explorar métodos alternativos de administración de tratamientos que aborden las cuestiones de privacidad, como los programas de telesalud de PrEP, los servicios discretos de venta por correo y los puntos de distribución comunitarios. Estos pueden facilitar el acceso a la PrEP y reducir el estigma asociado con las visitas clínicas.

Lo más importante es que valorar el conocimiento que ya circula en las comunidades y apoyar a los educadores pares como mensajeros legítimos de la salud pública puede fortalecer la credibilidad, normalizar la PrEP y empoderar a las personas para que se hagan cargo de su salud.

En la lucha contra el VIH en el Sur, la cultura no es solo una barrera. También puede ser la solución. Creo que cuando la atención se ofrece de una manera que respeta la identidad, las experiencias y los valores de las personas, se vuelve no solo accesible, sino también empoderadora.

Se identificó el clado de la mpox que causa una enfermedad grave en tres residentes de California que no habían viajado al extranjero. Esta es la primera vez que esta forma más virulenta se propaga dentro de Estados Unidos, informaron el 17 de octubre las autoridades sanitarias.

Esta variante, conocida como clado I, [ha circulado ampliamente](#) en África central y oriental, causando decenas de miles de infecciones y cientos de muertes. El clado II, la forma que se extendió por Estados Unidos en 2022 y enfermó a 30.000 personas, causa una enfermedad más leve.

El clado II continúa circulando en Estados Unidos en niveles bajos, pero las infecciones han aumentado en varias ciudades desde el verano. Las autoridades sanitarias de Los Ángeles [reportaron](#) 118 casos de mpox en lo que va del año.

Las autoridades sanitarias de California afirman que los tres pacientes –uno en Long Beach y dos en Los Ángeles– fueron hospitalizados y ahora se recuperan en aislamiento en sus hogares. No se ha encontrado un vínculo entre los tres casos.

Las autoridades de Long Beach [anunciaron el primer caso](#) el 14 de octubre. La Dra. Kelly Johnson, especialista en enfermedades infecciosas de la Universidad de California en San Francisco, afirmó que, si bien el riesgo de infección era bajo para la mayoría de las personas, instó a la vigilancia, especialmente entre las personas con sistemas inmunitarios debilitados y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

“Me preocupa que pueda estar ocurriendo la propagación comunitaria de persona a persona”, declaró.

Sonali Kulkarni, directora médica de la División de Programas de VIH e Infecciones de Transmisión Sexual del Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles, indicó que las autoridades estaban intensificando las medidas de vigilancia y analizando las muestras de laboratorio existentes para comprender mejor la propagación. Añadió que los tres pacientes pertenecen al grupo de alto riesgo de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

Ninguno de los pacientes, todos residentes de California, había viajado al extranjero, lo que sugiere que el clado I del virus se transmitió localmente.

“El hecho de que los tres casos resultaran en hospitalización es preocupante. Aún es demasiado pronto para saberlo, pero nos preocupa que la enfermedad se agrave”, añadió Kulkarni.

Ambos clados del virus de la mpox pueden transmitirse por contacto íntimo, dentro del hogar o al compartir objetos personales. Los signos de la enfermedad suelen comenzar con síntomas parecidos a los de la gripe, seguidos de una erupción cutánea y lesiones que pueden ser extremadamente dolorosas.

Dado que el virus puede incubarse hasta tres semanas sin causar síntomas, las personas infectadas pueden contagiar el virus a otras personas sin saberlo. Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres tienen un mayor riesgo de infección, y para quienes tienen VIH sin tratar, la mpox puede ser mortal.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades recomiendan que las personas en riesgo reciban dos dosis de la vacuna Jynneos™, fabricada por la compañía farmacéutica Bavarian Nordic. La vacuna es muy eficaz para prevenir enfermedades graves.

El único caso previo de infección por el clado I en Estados Unidos, se reportó en California en noviembre de 2024, cuando un residente del condado de San Mateo que había viajado a África oriental fue hospitalizado. En aquel momento, las autoridades sanitarias afirmaron que el caso no provocó nuevas infecciones.

Si bien los casos de transmisión local del clado I de la mpox en Estados Unidos no fueron del todo inesperados, los expertos en salud afirmaron que los recortes de fondos de la administración Trump a los sistemas de salud pública y vigilancia de enfermedades del país podrían obstaculizar los esfuerzos para contener cualquier brote.

Joseph Osmundson, profesor clínico asociado de biología en la Universidad de New York, afirmó que los continuos recortes en el sistema de salud pública del país, junto con las drásticas reducciones de fondos para la investigación, la vigilancia y las iniciativas sanitarias vitales en el extranjero, podrían dificultar la contención de un brote de mpox.

“La infraestructura que construimos durante el brote de 2022 ha sido destruida”, declaró Osmundson. “Se están desmantelando sistemáticamente los elementos que necesitamos comprender si tenemos un problema ahora y si lo tendremos en el futuro”.

Guatemala reporta un aumento en los casos de tos convulsa: 260 contagios confirmados y nueve menores fallecidos hasta inicios de octubre, según informó el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

La información oficial indica que la mayoría de los niños fallecidos por esta enfermedad tenía menos de dos meses de nacido y no había recibido el esquema completo de vacunación.

Los decesos se registraron en los departamentos de Guatemala, Alta Verapaz, Quiché, Huehuetenango, Totonicapán y Jutiapa.

En comparación con el año pasado, cuando solo se reportaron nueve casos confirmados, el aumento actual ha encendido las alertas entre los especialistas.

El pediatra Alejandro de León calificó la situación como una epidemia y mencionó que, solo la semana pasada, atendió a siete niños contagiados de un mismo colegio.

Ante el brote, el Ministerio de Salud emitió una alerta epidemiológica en febrero de 2025 e insiste en la importancia de completar el esquema de vacunación infantil para prevenir contagios y complicaciones graves.

Frente a este escenario, los médicos hacen un llamado urgente a la prevención. La vacuna contra la tos convulsa se aplica de forma gratuita en los puestos de salud y es la herramienta más efectiva para proteger a los más pequeños, especialmente a los bebés que aún no completan su esquema. La vigilancia y la acción rápida son clave para cortar la cadena de contagio y evitar que más familias se vean afectadas por esta enfermedad que puede tener consecuencias graves, afirmaron autoridades de Salud.

Con 132 nuevos casos sospechosos en una semana, el Ministerio de Salud Pública y Población de Haití alertó sobre la propagación del cólera en el departamento Ouest, donde se encuentra la capital, Port-au-Prince.

Esta epidemia, que causó la muerte de casi 10.000 haitianos entre 2010 y 2017, resurge en un contexto de crisis multidimensional y de desplazamiento forzoso de miles de familias víctimas de la violencia de las bandas armadas.



Ya en abril de este año, un primer aumento significativo de casos, especialmente en los campos de refugiados, había llamado la atención de las autoridades y organizaciones, que lograron intervenir y contener el brote.

Pero el nuevo repunte de casos desde septiembre dejó entrever que la batalla sería larga. “El número creciente de casos sospechosos, junto con una tasa de positividad superior a 8%, refleja una circulación activa del vibrión colérico en la comunidad”, alertó un informe del ministerio, que desconfía de una “subnotificación de casos” y señaló la especial vulnerabilidad de las zonas de “alta densidad urbana y escasa infraestructura sanitaria”.

El cólera es una enfermedad bacteriana que puede ser asintomática o presentar síntomas leves de diarrea y náuseas. Sin embargo, también puede manifestarse de forma más grave y, si no se trata adecuadamente, provocar una deshidratación intensa hasta causar la muerte del paciente. Suele transmitirse por el consumo de agua o alimentos contaminados. En este sentido, su propagación está directamente relacionada con las condiciones de higiene de la población, el saneamiento básico y el acceso al agua.

El agravante estructural

Un reportaje publicado en abril denunció la precariedad de los campos de refugiados que acogen a cientos o miles de familias que, a menudo, no tienen otra opción que dormir en el suelo frío, vivir bajo lonas y utilizar baños químicos que carecen de mantenimiento.

“Hay personas que duermen en el suelo con recién nacidos en condiciones de promiscuidad, a veces en salas que sirven de aseos, abarrotadas de bolsas llenas de ropa y otros objetos. También se pueden ver utensilios de cocina e incluso alimentos en los lavabos de los bloques sanitarios de algunos lugares”, describía.

Ante la negligencia del propio Estado, son principalmente las ONG las que trabajan para atender a esta población con agua potable y servicios de prevención sanitaria, muchas veces irregulares e insuficientes.

Para Sergeline Nazulus, enfermera en el único hospital público de Port-au-Prince que sigue en funcionamiento, existe una relación directa e innegable entre la multiplicación de casos de

cólera, la concentración de población y la irresponsabilidad del gobierno. “Se han registrado más casos en los lugares donde la gente vive en condiciones de mayor promiscuidad”, analizó, observando los datos.

“Si miramos Petionville –tercer municipio con mayor número de casos–, hay mucha basura por las calles, aguas residuales corriendo entre los carros y las personas que caminan... la alcaldía no asume su responsabilidad al respecto. Y eso también contribuye a la propagación de la enfermedad”.

No es solo en los campos de refugiados donde la ausencia del Estado conduce a una situación crítica. La mayor parte de la población de Port-au-Prince no tiene agua corriente en sus hogares. Para el uso diario, necesitan recoger agua de lluvia o comprar agua de camiones cisterna. Del mismo modo, los servicios públicos de gestión de aguas residuales y recolección de basura son casi inexistentes.

Mientras tanto, los servicios hospitalarios viven bajo presión y temen una sobrecarga en los próximos meses. Con el deterioro de la seguridad, varios centros de atención han tenido que cerrar sus puertas. Si bien todavía existen varias clínicas privadas para quienes tienen mejores condiciones económicas, el Hospital Universitario La Paix es actualmente el único lugar que ofrece atención gratuita y universal a la población.

La consecuencia de ello es el agotamiento de los trabajadores: “El hospital está siempre lleno y desbordado. Porque recibe todos los casos, no solo de cólera, sino cualquier accidente, enfermedad o dolor... cada día aumenta la demanda para los enfermeros y médicos”, lamentó Sergeline.

Una tragedia anunciada

Por coincidencia, la epidemia de cólera se introdujo hace exactamente 15 años en Haití, en octubre de 2010. En aquella época, actuaba en el país la Misión de las Naciones Unidas para la Estabilización de Haití. Una investigación reveló que fueron cascos azules originarios de Nepal quienes trajeron la bacteria.

El problema es que los residuos sanitarios del campamento militar donde se alojaban eran vertidos en el Artibonite, el río más largo de la isla, donde cientos de comunidades suelen bañarse y recoger agua. Como resultado, más de 800.000 haitianos se contagiaron y casi 10.000 fallecieron. A pesar de las evidencias y denuncias, nunca hubo ningún tipo de compensación o indemnización para las familias de víctimas, ni por parte de la Organización de Naciones Unidas ni de las autoridades haitianas.

Hoy, el mundo está presenciando un nuevo episodio de la misma historia de desatención y abandono de la población haitiana por parte de la comunidad internacional y las élites que están en el poder. “El mismo Estado que no cumplió su papel en ese momento es el principal responsable de esta nueva propagación de la epidemia”, resumió Sergeline. “O sea, lo que estamos viviendo ahora es solo la consecuencia de su irresponsabilidad”.



Ministère de la santé
وزارة الصحة الجزائر

ARGELIA

DECLARAN ESTADO DE EMERGENCIA EN SIKDA TRAS
MUERTES POR DIFTERIA Y AUMENTO DE CASOS

19/10/2025

Las autoridades argelinas declararon el estado de emergencia en la provincia oriental de Skikda tras el fallecimiento de dos personas por difteria y el registro de cinco nuevos casos de la enfermedad.

La medida se produce en medio de crecientes preocupaciones sobre la propagación de esta enfermedad infecciosa, que ha puesto en alerta a las autoridades sanitarias.

El Ministerio de Salud argelino confirmó el 17 de octubre que las víctimas mortales son un joven extranjero de 25 años y una niña de 12 años. Ninguno de los dos estaba vacunado contra la difteria, lo que subraya la importancia de la vacunación como medida preventiva clave.

Ante esta situación, las autoridades sanitarias locales instaron a la población a cumplir con los programas de vacunación, especialmente aquellos dirigidos a niños, ancianos y otros grupos vulnerables.

El brote en Argelia se produce en un momento en que la difteria sigue siendo una preocupación global. El año pasado, la Organización Mundial de la Salud reportó más de 109 muertes por difteria en Yemen, y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia advirtió sobre la posible propagación de la enfermedad en Nigeria.

Estos eventos resaltan la necesidad urgente de fortalecer los programas de vacunación y la vigilancia sanitaria tanto a nivel local como internacional para prevenir futuros brotes y proteger la salud pública.

La situación de la difteria en Argelia refleja el patrón de muchos países del norte de África: una enfermedad históricamente endémica que se volvió rara tras la introducción sistemática del toxoide diftérico en el Programa Ampliado de Inmunización en la segunda mitad del siglo XX. Las coberturas altas lograron un colapso de la incidencia desde las décadas de 1970 y 1980, y durante décadas la notificación fue mínima, con casos aislados vinculados a brechas locales de vacunación o a migrantes sin antecedente inmunitario. No obstante, el germen no desapareció y permanece latente la amenaza de la reintroducción.

A partir de la década de 2010, la región del Medio Oriente y norte de África observó señales de reemergencia asociadas a deterioro de coberturas, cesación o atraso de refuerzos y movilidad humana desde zonas hiperendémicas. Aunque Argelia no ha protagonizado brotes de gran tamaño como Yemen o Pakistán, la vecindad con focos en Sahel y Libia y los flujos migratorios transahariano-mediterráneos reponen periódicamente el riesgo. Por ello el programa nacional reforzó la vigilancia de síndromes faríngeos graves, la confirmación microbiológica y el aseguramiento de antitoxina y antibióticos adecuados.

El patrón global de vulnerabilidad –aplicable a Argelia– concentra el riesgo en tres bolsones de población: niños que nunca completaron la serie primaria; adolescentes y adultos jóvenes que no recibieron refuerzos en la última década; y migrantes recientes no vacunados. En un país con alta cobertura infantil, la falla se desplaza hacia el mantenimiento de inmunidad de grupo en edades posteriores. La concentración demográfica en el corredor costero densamente urbanizado, sumada a la movilidad internacional, constituye el escenario operativo donde un único introducido puede iniciar la transmisión si hay bolsas de susceptibles.

Hasta hoy, Argelia mantiene una incidencia baja, pero no en punto de seguridad estructural: la difteria persiste en el continente, se desplaza con personas y explota las discontinuidades de inmunidad. La diferencia entre episodios esporádicos y un rebrote sostenido se juega en tres pivotes: coberturas de rutina sin interrupciones, refuerzos en adolescentes y adultos para cerrar la “laguna inmunitaria” y una vigilancia clínico-laboratorial que permita administrar antitoxina precozmente y cortar cadenas. En síntesis, la difteria en Argelia es hoy un evento raro por éxito vacunal, pero inmerso en un corredor geopolítico de reimportación, donde la estabilidad depende de sostener la inmunidad colectiva y una respuesta rápida.

La Agencia Coreana para el Control y la Prevención de Enfermedades (KDCA) emitió una alerta por brote de influenza el 17 de octubre, debido a un aumento en el número de pacientes con esta enfermedad e instó a las personas a vacunarse y seguir las pautas de prevención de infecciones respiratorias.

Según los resultados de la vigilancia de muestras de pacientes con enfermedad tipo influenza (ETI) en instituciones médicas de nivel hospitalario operadas por la KDCA, la tasa de pacientes con ETI en la semana epidemiológica (SE) 40 de 2025 fue de 12,1 cada 1.000 pacientes ambulatorios, superando el estándar de epidemia (9,1) para la temporada 2025/2026 y mostrando una tendencia al aumento.

La incidencia está aumentando en todos los grupos etarios, y la tasa de pacientes con ETI por en la SE 41 fue de 24,3 cada 1.000 pacientes ambulatorios en el grupo de 7 a 12 años y de 19,0 en el de 1 a 6 años, mostrando una incidencia relativamente mayor en los grupos de edad pediátrica y adolescente.

La tasa de detección del virus Influenza en muestras respiratorias de pacientes hospitalizados también muestra una tendencia ascendente, y la cepa actualmente prevalente es la A(H3N2), similar a la cepa de la vacuna de esta temporada y se ha confirmado que no presenta mutaciones que afecten la resistencia al tratamiento.

Cuando se emite una alerta de epidemia de influenza, los grupos de alto riesgo, incluidos los niños, las mujeres embarazadas, los adultos mayores de 65 años y los pacientes con enfermedades crónicas, son elegibles para recibir beneficios del seguro si se les recetan medicamentos antivirales (oseltamivir, zanamivir) debido a síntomas sospechosos de influenza.

La KDCA implementó un programa nacional de vacunación contra la influenza desde el 22 de septiembre. La vacunación para personas mayores de 65 años comenzó el 15 de octubre para las de 75 años, seguida por la de las de 70 a 74 años el 20 de octubre, y la de las de 65 a 69 años el 22 de octubre. El primer día de vacunación para personas mayores (15 de octubre), se vacunaron 762.000 personas. Es crucial que quienes cumplen los requisitos reciban sus vacunas a tiempo, según el calendario.

Lim Seung-kwan, director de la KDCA, dijo: “Esta temporada, la epidemia de influenza comenzó antes de lo habitual, por lo que es necesaria la precaución. La vacunación es una forma eficaz de prevenir la influenza, por lo que los grupos de alto riesgo, como los mayores de 65 años y los niños, deben vacunarse antes de que comience la temporada de influenza a gran escala, y si presentan síntomas, como fiebre alta, deben buscar atención médica de inmediato”.

“Como el número de pacientes sospechosos de influenza está aumentando más rápidamente entre niños y adolescentes, solicitamos que las guarderías y las escuelas fortalezcan sus recomendaciones de vacunación y la educación y promoción de las pautas de prevención de infecciones respiratorias para prevenir la infección por influenza”, solicitó.

Además, dijo que “para prevenir la infección de influenza, los ciudadanos deben seguir las pautas de prevención de infecciones respiratorias, como lavarse las manos, cubrirse la boca y la nariz con la manga al toser o estornudar y usar barbijo cuando visiten lugares concurridos”.

En un logro histórico en materia de salud pública, Fiji fue reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) por eliminar el tracoma como problema de salud pública. El tracoma, una enfermedad tropical desatendida (ETD) y la principal causa infecciosa de ceguera en el mundo, ya no representa una amenaza para la salud pública en el país.

El tracoma es la primera ETD eliminada en Fiji. Fiji es el 26^{to} país en eliminar el tracoma como problema de salud pública y el 58^{vo} país a nivel mundial en eliminar al menos una ETD.

“La OMS felicita a Fiji y a su red de socios globales y locales por alcanzar este hito”, declaró el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS. “Las futuras generaciones de fijianos han recibido un valioso regalo al liberarse del sufrimiento que el tracoma infligió a sus antepasados”.

El tracoma es causado por la bacteria *Chlamydia trachomatis* y se propaga por contacto personal, interacción con superficies contaminadas y a través de moscas que han estado en contacto con secreciones oculares o nasales de una persona infectada. Las infecciones repetidas pueden provocar cicatrices, volver los párpados hacia adentro y, en última instancia, ceguera. A nivel mundial, la enfermedad sigue siendo endémica en muchas comunidades vulnerables donde el acceso al agua potable y al saneamiento es limitado.

La historia de éxito de Fiji

“El éxito de Fiji en la eliminación del tracoma es un ejemplo de lo que se puede lograr cuando comunidades, gobiernos y socios se unen en torno a un objetivo común”, declaró la Dra. Saia Ma'u Piukala, Directora Regional de la OMS para el Pacífico Occidental. “Esta es una celebración del poder del liderazgo del Pacífico y del impacto de la inversión sostenida en salud. La OMS felicita a Fiji y se compromete a apoyar a los países de toda la Región en el avance de la salud para todos, de modo que nadie quede excluido”.

El tracoma fue en su día un importante problema de salud pública en Fiji. Informes médicos de la década de 1930 y encuestas comunitarias de la década de 1950 documentaron la propagación de la enfermedad y el riesgo de ceguera. Para la década de 1980, la enfermedad había disminuido notablemente, y las cataratas y los errores refractivos se convirtieron en las principales causas de pérdida de visión.

Sin embargo, la preocupación se reanudó en la década de 2000, cuando evaluaciones rápidas sugirieron altos niveles de tracoma activo en niños, lo que llevó al Ministerio de Salud y Servicios Médicos a lanzar un programa integral para comprender mejor la situación y tomar las medidas necesarias.

Desde 2012, Fiji llevó a cabo una serie de estudios rigurosos con apoyo internacional, que incluyen encuestas de prevalencia poblacional y pruebas de laboratorio, para comprender la epidemiología local del tracoma y distinguirlo de otras causas de enfermedades oculares. Este esfuerzo sostenido, en conjunto con iniciativas de salud escolar, agua y saneamiento, y programas de concienciación comunitaria, confirmó que el tracoma ya no es un problema de salud pública en Fiji y que existen sistemas para identificar y gestionar futuros casos.

“La eliminación del tracoma en Fiji marca un hito para la equidad sanitaria en el Pacífico”, declaró el Dr. Ratu Atonio Rabici Lalabalavu, Ministro de Salud y Servicios Médicos de Fiji. “Este logro refleja años de acción coordinada, en aldeas, centros de salud y plataformas regionales, lo que demuestra el compromiso inquebrantable de nuestros profesionales sanitarios y comunidades que lideran el cambio. Al celebrar este hito, hacemos un llamamiento a nuestros donantes y socios en el Pacífico y más allá para que sigan apoyando la acción acelerada contra las enfermedades tropicales desatendidas para abordar otras enfermedades no solo en Fiji, sino en todo el Pacífico”.

Contribución al progreso global

Las ETD son un grupo diverso de enfermedades y afecciones asociadas con consecuencias devastadoras para la salud, la sociedad y la economía. Predominan principalmente en comunidades empobrecidas de zonas tropicales. La OMS estima que las ETD afectan a más de mil millones de personas.

Las metas incluidas en la Hoja de ruta para las enfermedades tropicales desatendidas 2021-2030 abarcan la prevención, el control, la eliminación y la erradicación de 20 enfermedades y grupos de enfermedades para 2030.

Desde 2016, 13 Estados Miembros de la Región del Pacífico Occidental, que abarca 38 países y zonas, han sido validados por la OMS por eliminar al menos una ETD. De ellos, seis (Camboya, China, Laos, Papúa Nueva Guinea, Vanuatu y Vietnam) han logrado eliminar el tracoma como problema de salud pública. La eliminación del tracoma forma parte de un progreso más amplio en la lucha contra las ETD en Fiji y el resto de la Región del Pacífico Occidental.

La OMS sigue apoyando a los países en sus esfuerzos por eliminar el tracoma y otras ETD, garantizando una vida más sana para todos, en particular los más desfavorecidos.

Tres residentes de Friuli-Venezia Giulia sufrieron una intoxicación por botulismo tras consumir una conserva casera de berenjenas en aceite. El incidente involucró a toda una familia: madre, padre e hijo de 19 años. El personal médico de urgencias del servicio de San Vito al Tagliamento, en la provincia de Pordenone, requirió la intervención inmediata.

Según el personal médico, la mujer de 50 años y su hijo acudieron al hospital con visión borrosa y pupilas dilatadas, síntomas compatibles con botulismo alimentario. “El diagnóstico se realizó rápidamente gracias a la intuición del médico de guardia”, explicó Maurizio Tonizzo, jefe del departamento de Medicina. “De no haber sido por la pronta intervención, el resultado podría haber sido muy diferente”.

El Centro de Control de Envenenamientos de Pavia fue alertado de inmediato y coordinó el traslado del único antídoto disponible, que fue trasladado por un equipo de relevo de las fuerzas del orden desde Bologna. “La colaboración entre hospitales y fuerzas del orden fue esencial para garantizar la rápida administración del suero”, informaron fuentes sanitarias.

El padre, que había consumido las mismas conservas, pero no presentaba síntomas, también fue hospitalizado por precaución. Las pruebas realizadas a las muestras de alimentos confirmaron la presencia de toxina botulínica, una de las toxinas más potentes conocidas. “Los tres pacientes se encuentran estables, pero permanecen en observación”, añadió Tonizzo.

En los últimos meses, se han reportado varios casos de botulismo en Italia. El más reciente ocurrió en septiembre, cuando un bebé de seis meses fue recuperado en el Hospital ‘Giovanni XXIII’ de Bari tras ingerir miel contaminada. Otros casos mortales ocurrieron en Sardeña y Calabria durante el verano.

El Ministerio de Salud y Servicios Sociales de Namibia se encuentra en alerta máxima tras la confirmación del primer caso de mpox en el país, registrado en la ciudad costera de Swakopmund.

La ministra de Salud y Servicios Sociales, Esperance Luvindao, confirmó que el paciente, que dio positivo el 18 de octubre, recibe tratamiento en aislamiento en el Hospital del Distrito de Swakopmund y se encuentra estable.

Las autoridades declararon oficialmente un brote, de acuerdo con los protocolos de la Organización Mundial de la Salud, que consideran un solo caso confirmado como tal.

Las investigaciones preliminares vinculan el caso con viajes transfronterizos dentro de la región de África austral.

Las autoridades sanitarias de Namibia activaron una respuesta de emergencia de salud pública, movilizando recursos e iniciando el rastreo de contactos en la región de Erongo, donde se encuentra Swakopmund. El ministerio aseguró a la población que Namibia está totalmente preparada, con centros de aislamiento listos para gestionar posibles enfermedades infecciosas.

Diecisiete países africanos, entre ellos Zambia, Malawi, Tanzania y República Democrática del Congo, reportan actualmente brotes activos. Solo este año, África registró más de 118.000 casos, superando el total del año pasado.

El último caso de enfermedad por el virus del Ébola en la República Democrática del Congo recibió el alta el 19 de octubre, lo que marca un hito importante en los esfuerzos para erradicar el brote. La recuperación inicia una cuenta regresiva de 42 días para declarar el fin del brote si no se confirman más casos.

Un total de 19 pacientes se han recuperado de la enfermedad. No se han reportado nuevos casos desde el 25 de septiembre. En total, se han reportado 64 casos (53 confirmados y 11 probables) desde que se declaró el brote el 4 de septiembre en la zona sanitaria de Bulape, en la provincia de Kasai.



El brote se produjo en una localidad rural de difícil acceso. A pesar de las dificultades derivadas de la distancia, las carreteras en mal estado y la infraestructura limitada, el Ministerio de Salud, con el firme apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus socios, actuó con rapidez para intensificar las medidas de respuesta al brote.

La OMS desplegó equipos multidisciplinarios para fortalecer la vigilancia, la atención clínica, la prevención y el control de infecciones, la logística, la participación comunitaria y otras medidas clave de respuesta. Se instaló en tiempo récord un centro de tratamiento del ébola con 32 camas, equipado con un módulo de tratamiento intensivo de enfermedades infecciosas de dos camas, el primer despliegue de este tipo fuera de un simulacro en la región. Además, más de 35.000 personas fueron vacunadas contra el ébola en Bulape.

“La recuperación del último paciente apenas seis semanas después de que se declarara el brote es un logro notable que demuestra cómo la sólida colaboración, la experiencia nacional y la determinación han contribuido a superar los desafíos para salvar y proteger vidas”, dijo el Dr. Mohamed Janabi, Director Regional de la OMS para África.

La OMS y sus socios permanecen sobre el terreno, trabajando en estrecha colaboración con el gobierno para garantizar que se mantengan las medidas para detectar y responder rápidamente a cualquier caso mientras el país hace la cuenta regresiva hacia el final del brote.

Si no se detectan nuevos casos, el brote se declarará terminado a principios de diciembre de 2025.

El Ministerio de Salud e Higiene Pública de Senegal informó el 19 de octubre que el número de casos confirmados de fiebre del Valle del Rift aumentó a 245, en seis regiones: Saint-Louis (221 casos), Matam (10), Louga (7), Fatick (4), Dakar (1) y Kaolack (1).

De ese total, 193 pacientes se han recuperado y 21 han fallecido.

Como parte de la lucha contra el brote, el Centro Hospitalario Regional de Saint-Louis recibió modernos equipos de reanimación. Enviado por el Departamento de Equipos y Mantenimiento, este equipo aumenta significativamente la capacidad de recepción y tratamiento, especialmente en casos graves.



El Ministro de Salud e Higiene Pública, Dr. Ibrahima Sy, reafirmó que la prioridad es fortalecer la infraestructura de salud para garantizar un tratamiento rápido y efectivo de los pacientes, particularmente los casos críticos, con el fin de salvar vidas y contener esta epidemia.

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

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

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