



24 DE OCTUBRE
2025
REC 2.997

CÓRDOBA

- Presentación inusual de síndrome retroviral agudo, a propósito de un caso

- La enfermedad de Chagas persiste a causa de la transmisión vertical

ARGENTINA

- Situación epidemiológica del dengue
- Buenos Aires: Alerta epidemiológica por aumento de casos de tos convulsa

- Tierra del Fuego: Situación epidemiológica de la tos convulsa

AMÉRICA

- México: Los casos de sarampión ya son más de 5.000
- México: Chihuahua registra 89 casos de rickettsiosis y 43 muertes durante 2025
- Perú: Seis casos humanos de carbunco cutáneo en Cañete

EL MUNDO

- Afganistán: Se registró medio millón de intoxicaciones por agua o comida contaminada en 2024

- España: Las infecciones de transmisión sexual siguen al alza, creciendo un 20% anual

- Europa: Situación epidemiológica de las infecciones por el virus del Nilo Occidental

- Islandia: Por primera vez en la historia encuentran mosquitos en el país

- Pakistán: Nuevo caso de poliomielitis en Khyber Pakhtunkhwa

- República del Congo: Disminuyen los casos de cólera

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.



PRESENTACIÓN INUSUAL DE SÍNDROME RETROVIRAL AGUDO, A PROPÓSITO DE UN CASO

23/10/2025

En junio de 2025, una paciente femenina de 50 años de edad, sin antecedentes conocidos, se presentó en una institución de salud, refiriendo que en el mes previo había presentado mialgia proximal de miembros inferiores que no se relacionaban a desencadenantes, y debilidad progresiva ascendente. Al continuar con síntomas generales, realizó consultas en centros de atención primaria donde los estudios de laboratorio evidenciaron una elevación de transaminasas, por lo que se solicitó una colangiorrsonancia, la que no se realizó.

En este mismo período experimentó una pérdida de peso cercana a los 15 kilogramos y sudoración nocturna. Tras presentar parálisis facial y compromiso de la marcha, consultó en un centro de salud de mayor complejidad, donde le realizaron un test rápido de VIH, que resultó positivo; la prueba de carga viral indicó 2.530.000 copias/ml y el recuento de linfocitos CD4 218 células/mm³ (4%).

Al sospecharse una tuberculosis meníngea en contexto de VIH de reciente diagnóstico, se le realizó una punción lumbar con líquido cristal de roca, que mostró pleocitosis (180 células) a predominio linfocitario (90%), glucorraquia 37 mg/dl (S108 mg/dl) y proteinorraquia >250 mg/dl.

Se comenzó con tratamiento tuberculostático con cuatro drogas de primera línea. A los 5 días mostró elevación de las enzimas hepáticas, por lo que se decidió rotar a un esquema de segunda línea, con levofloxacina, amikacina, linezolid y etambutol. En ese momento es derivada al Hospital Misericordia Nuevo Siglo.

Se le realizó una tomografía computada de cerebro, que no mostró signos de isquemia ni focos hemorrágicos. Una tomografía computada toracoabdominopelviana evidenció adenomegalias axilares a predominio izquierdo y engrosamiento intersticial subpleural posicional.

La serología fue positiva para virus de Epstein-Barr, citomegalovirus y *Toxoplasma gondii*. El panel de meningoencefalitis FilmArray de líquido cefalorraquídeo (LCR) fue negativo, al igual que la baciloscopia. El sistema de biología molecular automatizado BD MAX™, utilizado para detectar el complejo *Mycobacterium tuberculosis* (Mtb) y mutaciones asociadas con la resistencia a fármacos, no detectó la bacteria en el LCR, al igual que el ensayo GeneXpert.

A su ingreso, presentó signos vitales dentro de los parámetros normales: El examen físico reveló paraparesia distal de miembros inferiores, parálisis facial periférica izquierda, hiporreflexia y marcha disbásica con aumento de base de sustentación. El electrocardiograma presentó trazado normal. La analítica mostro glutámico-oxalacética transaminasa (GOT) 87 unidades

por litro (U/L); glutámico-pirúvica transaminasa (GPT) 150 U/L; gamma-glutamilttransferasa (GGT) 1.025 U/L; y fosfatasa alcalina (FAL) 424 U/L.

Se llegó al diagnóstico de paraparesia en estudio en contexto de VIH de reciente diagnóstico, con hepatitis en resolución. Se decidió suspender el tratamiento tuberculostático.

Se realizó una nueva punción lumbar que informó líquido cristal de roca, leucocitos 48 células/mm³, mononucleares 70%, glucorraquia 53 mg/dl; se obtuvo resultado negativo para *Toxoplasma gondii*, virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, enterovirus y virus del herpes simple 1 y 2; también fue negativa la prueba de reacción en cadena de la polimerasa para *M. tuberculosis*. En suero, no fueron detectados el virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, los virus de la hepatitis B y C y el virus BK; fue negativa la detección de antígenos de *Cryptococcus*, *Histoplasma* y neumococo. La inmunodifusión para hongos también fue negativa, al igual que la prueba de lipoarabinomano en orina.

En una anamnesis dirigida, la paciente refirió conductas sexuales de riesgo en los últimos meses, por lo que, sumado a las manifestaciones clínicas y los estudios complementarios que hacían sospechar de una infección reciente, se solicitó un nuevo recuento de linfocitos T CD4, que dio como resultado 436 células/mm³ (9%), lo que confirmó el diagnóstico de síndrome retroviral agudo (SRVA). Se inició tratamiento antirretroviral y profilaxis para *Pneumocystis jirovecii* trisemanal. Se comenzó con rehabilitación motora y se otorgó el alta hospitalaria con diagnóstico de miopatía secundaria a SRVA. La paciente volvió a control con muy buena evolución clínica y recuperación de la marcha.

El síndrome retroviral agudo (SRVA) es un conjunto de manifestaciones clínicas que aparecen tras la infección primaria por el VIH, generalmente entre 2 y 4 semanas posteriores a la exposición, cuando ocurre una intensa replicación viral y diseminación sistémica. Corresponde a la fase de infección primaria, antes del establecimiento de la respuesta inmune adaptativa eficaz. La carga viral plasmática alcanza niveles extremadamente altos, lo que favorece la máxima transmisibilidad, al mismo tiempo que se produce una caída abrupta de linfocitos CD4 periféricos, seguida por una recuperación parcial mediada por la respuesta inmune.

El virus establece reservorios en compartimentos linfáticos y en otros tejidos, lo que condiciona la cronicidad de la infección. Respecto de las manifestaciones clínicas del SRVA, el 60% de las personas con infección primaria son asintomáticas, y pueden simular cuadros virales comunes, lo que dificulta el diagnóstico precoz. La duración de los síntomas suele ser de 1 a 2 semanas, autolimitados. Predominan: fiebre, linfadenopatía, faringitis no exudativa, exantema, sudoración, malestar general, mialgias, anorexia, náuseas y diarrea. Sin embargo, como se evidencia en este caso, es importante resaltar la importancia de no limitarse a la manifestación clásica del SRVA, obligando a los profesionales a mantener un alto índice de sospecha clínica ante presentaciones atípicas o sutiles, mejorando así la capacidad diagnóstica y el manejo individualizado del paciente.

El último caso de enfermedad de Chagas aguda transmitido por una vinchuca en Córdoba fue reportado en 2015, en un niño oriundo de una localidad del departamento Cruz del Eje. Desde ese momento, los nuevos casos que se detectan son en recién nacidos que adquieren el parásito *Trypanosoma cruzi* durante la gestación.

La vía de transmisión que genera el mayor número de casos de esta infección ya no es la vinchuca, sino la transmisión materno-infantil.

Esta tendencia se observa en todo el país y fue advertida en el [Boletín Epidemiológico Nacional](#), publicado por el Ministerio de Salud de Argentina.

“Los nuevos casos que actualmente se registran en Argentina y en la provincia de Córdoba son por transmisión vertical: de la madre al hijo. Gracias al trabajo sostenido durante muchos años, se pudo reducir el riesgo de infección a través de la vinchuca”, explicó Ana Patricia Willington, jefa del Departamento de Enfermedades Transmisibles y no Transmisibles del Ministerio de Salud provincial y referente de vigilancia clínica del Programa Provincial de la Enfermedad de Chagas.

Con la progresiva sustitución de las viviendas rancho y el control de las vinchucas, los casos de la enfermedad de Chagas transmitida por este vector fueron eliminados en la provincia. Sin embargo, las autoridades sanitarias buscan sensibilizar a los equipos de salud para que se testeen a todas las personas gestantes y se realice el seguimiento de los bebés que nacen de madres positivas.



Los números en Córdoba

Los casos de transmisión vertical vienen descendiendo a nivel nacional. Sin embargo, el foco sigue puesto en mejorar la detección de la infección en personas gestantes, el seguimiento de los recién nacidos y el sostenimiento de la vigilancia vectorial para evitar la reintroducción de la vinchuca en los domicilios.

Según datos del Boletín Epidemiológico Nacional, el 0,61% de las embarazadas que fueron testeadas en 2025 resultaron positivas en Córdoba. La proporción se encuentra por debajo de la media nacional, que se ubicó en 0,98%. Los valores más elevados del país se reportaron en Chaco (6,38%) y Formosa (3,14%).

La cantidad de embarazadas con diagnóstico positivo viene descendiendo. Hasta la primera semana de septiembre del año pasado, se habían detectado 90 personas gestantes infectadas en la provincia de Córdoba. En el mismo período de este año se hallaron 77 (14% menos). En la provincia se detectan dos embarazadas positivas cada mil nacidos vivos.

Según datos del Área de Epidemiología de la Municipalidad de Córdoba, el sector público de la ciudad notifica por año alrededor de 60 recién nacidos expuestos a la enfermedad de Chagas.

Detección oportuna

“Las personas que tienen la infección por *T. cruzi* no necesariamente desarrollan la enfermedad. Esto sucede entre 20% y 30% de los casos. Algunos pacientes enfermaron después de 20 o 30 años de haber adquirido la infección. Cuando antes se llega al diagnóstico, mayor éxito tendrá el tratamiento”, indicó Willington.

En las embarazadas se investiga la presencia de anticuerpos contra el parásito mediante dos métodos serológicos sobre la misma muestra de sangre. “A partir de 2023, el Laboratorio Central de la provincia incorporó métodos de biología molecular (reacción en cadena de la polimerasa), lo que mejoró la sensibilidad diagnóstica en los recién nacidos”, explicó Willington.

Si la madre resulta positiva, se debe realizar el seguimiento del recién nacido. Cuando el niño cumple un mes, se le realizan pruebas parasitológicas para confirmar o descartar la infección. Si no se llegara a confirmar en ese momento, el bebé debe permanecer bajo seguimiento.

Entre los 10 y 18 meses, se realizan pruebas serológicas que miden anticuerpos. Si estos resultados dan negativo, recién entonces se descarta el caso. Cuando la infección se confirma, se inicia el tratamiento antiparasitario, que es gratuito y está accesible en todos los centros de salud.

“A medida que nos alejamos del momento de la adquisición de la infección, que en el caso de la transmisión vertical es al nacimiento, el tratamiento va perdiendo efectividad. Cuanto antes se llegue al diagnóstico, mayores serán las chances de éxito”, destacó la referente.

Testeo integrado durante el embarazo

La Organización Panamericana de la Salud impulsa una vigilancia integrada de transmisión materno infantil. Además de la enfermedad de Chagas, la estrategia recomendada es testear a todas las personas gestantes para VIH, sífilis y hepatitis B.

En el caso de la enfermedad de Chagas se deben realizar según norma, dos técnicas serológicas en paralelo. Las muestras del sector público se derivan al Laboratorio Central de la provincia.

Las autoridades sanitarias buscan sensibilizar a todos los equipos de salud, para que realicen la notificación al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}), incluidos los establecimientos del sector privado.

Otras estrategias de vigilancia

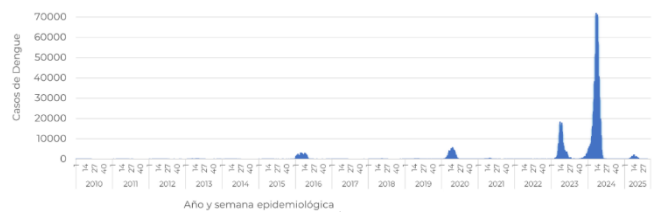
La búsqueda retrospectiva de casos y los estudios poblacionales son otras dos estrategias de control que permiten pesquisar pacientes que pueden haber pasado desapercibidos. La primera consiste en estudiar al grupo familiar del recién nacido, hijo de madre positiva, para descartar que existan hermanos con la infección. Los segundos son pesquisas en áreas endémicas para tratar de encontrar la infección en niños, incluso en los últimos años del secundario.

En Córdoba existen 11 departamentos considerados endémicos por tener presencia del vector. Actualmente se trabaja en tres de ellos (Río Primero, Tulumba y Totoral) para certificar la interrupción de la transmisión vectorial.

Otra estrategia que puso en marcha la Municipalidad de Córdoba es testear a las mujeres en edad fértil. La idea es detectar la infección en centros de atención primaria, cuando los adolescentes se acercan para solicitar los métodos anticonceptivos.

“Con estas estrategias se pretende completar el seguimiento de los niños y alcanzar los diagnósticos de manera oportuna para que el tratamiento sea efectivo.”, finalizó Willington.

El análisis temporal de los casos de dengue notificados para el período comprendido entre los años 2022 y 2025, evidencia que, para la semana epidemiológica (SE) 40 de 2025, se observa un descenso sostenido en el número de casos en comparación con los máximos alcanzados durante las epidemias de 2023 y 2024.



Casos de dengue según semana epidemiológica. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2010 a 41 de 2025. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Esta tendencia sugiere una interrupción de la transmisión viral autóctona sostenida en el territorio argentino; no obstante, persiste la necesidad de mantener una vigilancia intensificada ante la posibilidad de circulación en áreas con condiciones sociodemográficas, ambientales y epidemiológicas favorables para la transmisión como ingreso de nuevos serotipos a partir de casos importados.

Provincia/Región	Sin antecedente de viaje		Con antecedente de viaje		Laboratorio negativo	Sospechoso (sin laborat.)	Total notificados
	Confirmado por laborat.	Probable	Confirmado por laborat.	Probable			
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	—	2	2	—	33	11	48
Buenos Aires	1	2	1	2	94	24	124
Córdoba	—	8	—	—	162	7	177
Entre Ríos	—	—	—	1	9	—	10
Santa Fe	—	—	—	—	105	13	118
Centro	1	12	3	3	403	55	477
Mendoza	—	—	—	—	8	—	8
San Juan	—	—	—	—	6	—	6
San Luis	—	—	—	—	6	1	7
Cuyo	—	—	—	—	20	1	21
Chaco	—	1	—	—	131	—	132
Corrientes	—	2	—	—	4	3	9
Formosa	2	3	—	—	1.004	—	1.009
Misiones	—	—	—	—	53	—	53
Noreste Argentino	2	6	—	—	1.192	3	1.203
Catamarca	—	—	—	—	24	—	24
Jujuy	—	—	—	—	39	3	42
La Rioja	—	1	—	—	15	—	16
Salta	—	—	—	—	69	9	78
Santiago del Estero	—	—	—	—	24	2	26
Tucumán	—	5	—	1	123	8	137
Noroeste Argentino	—	6	—	1	294	22	323
Chubut	—	—	—	—	4	—	4
La Pampa	—	—	—	—	10	—	10
Neuquén	—	—	—	—	3	—	3
Rio Negro	—	—	—	—	—	—	—
Santa Cruz	—	—	—	—	5	—	5
Tierra del Fuego	—	—	—	—	2	—	2
Sur	—	—	—	—	24	—	24
Total Argentina	3	24	3	4	1.933	81	2.048

Casos de dengue, según clasificación y jurisdicción. Argentina. De semana 31 a 41 de 2025. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Desde el inicio de la nueva temporada, hasta la SE 41 de 2025, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}) 2.048 casos sospechosos de dengue, de los cuales seis fueron confirmados por laboratorio: dos casos autóctonos en Formosa, un caso con residencia en el departamento Pilagás (SE 31) y un caso en el departamento Patiño (SE 32); un caso que aún se encuentra en investigación en la provincia de Buenos Aires (Tres de Febrero); dos casos con antecedentes de viaje a Brasil y Sri Lanka notificados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), y un caso con antecedente de viaje a Paraguay notificado por la provincia de Buenos Aires (Escobar).

Durante la SE 41 de 2025 se notificaron 260 casos sospechosos de dengue. Estos eventos pueden corresponder a SE previas en relación con la fecha de inicio de síntomas, de consulta o de toma de muestra.

En Argentina, la vigilancia epidemiológica del dengue se analiza en función de temporadas, en lugar de años calendario, debido al carácter estacional de la transmisión viral. Si bien existe una alta heterogeneidad en el territorio nacional, esta estacionalidad está determinada por las condiciones climáticas que favorecen la proliferación del mosquito *Aedes aegypti*, vector responsable de la transmisión del virus. Durante los meses más cálidos y húmedos del año, que comprenden principalmente la primavera, el verano y parte del otoño, se registra un aumento en la abundancia poblacional del vector y, consecuentemente, se generan condiciones que permiten la ocurrencia de brotes. Por el contrario, durante el invierno la actividad reproductiva del vector disminuye considerablemente, interrumpiéndose en gran parte del territorio nacional.

La definición operativa de temporada permite estructurar la vigilancia en un marco temporal en consonancia con la dinámica de transmisión, facilitando el análisis comparativo entre períodos y la planificación de las acciones de prevención y control. En este sentido, la temporada de dengue en Argentina se delimita entre la semana epidemiológica (SE) 31 de un año y la SE 30 del año siguiente, abarcando el período de mayor riesgo para la circulación viral.

Desde la reemergencia del dengue en Argentina en 1997, los años 2023 y 2024 se han constituido como las temporadas epidémicas de mayor magnitud registradas hasta la fecha, concentrando en conjunto aproximadamente 82% del total de casos acumulados en la serie histórica.

El Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires emitió una alerta epidemiológica ante el aumento de casos de tos convulsa durante 2025 en relación a los registros de 2024, en un contexto regional de aumento de casos. Frente a este escenario se convocó a los equipos de salud a intensificar la vacunación, la vigilancia epidemiológica, ante casos sospechosos implementar tratamientos oportunos junto a las acciones de control, y a difundir las medidas de prevención y control de esta enfermedad a la población.

Situación epidemiológica actual

En el transcurso de 2025 se registra un incremento en los casos confirmados de tos convulsa en el territorio provincial, que supera más de 3 veces lo registrado en 2024. Hasta la semana epidemiológica (SE) 40 de 2025 se notificaron 772 casos sospechosos, de los cuales 63 fueron confirmados y 252 son probables.

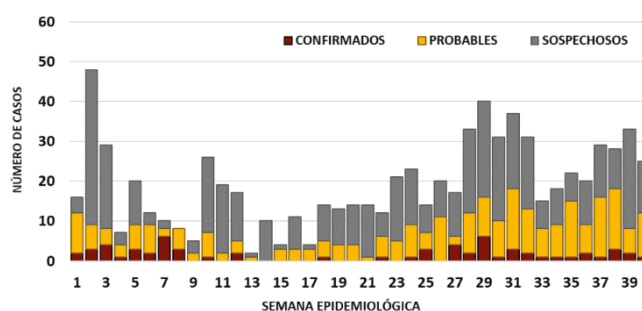
Entre los casos confirmados se registraron cuatro casos fallecidos cuyas edades van de 1 mes hasta 2 años de edad. Respecto de su situación vacunal, tres de los cuatro casos estaban en edad de recibir la inmunización, pero no contaban con vacunas registradas, mientras que el cuarto caso, un neonato, carecía de inmunidad específica al no constar vacunación en su gestación.

En 2024, para este mismo período, se habían registrado 500 casos sospechosos de los cuales 15 fueron confirmados y 15 se clasificaron como probables. Entre los casos confirmados, se registró un fallecimiento.

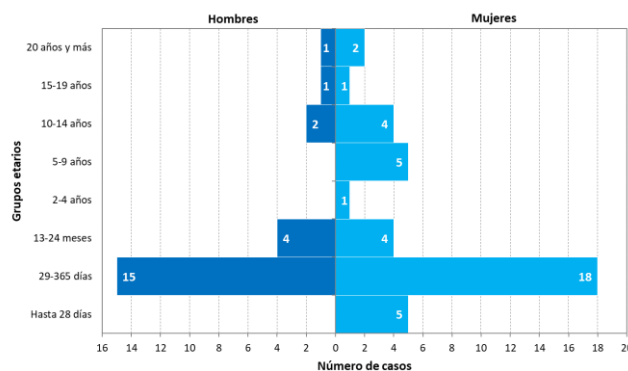
En el primer semestre de 2025 se registró una mediana de 5 casos positivos (confirmados y probables) semanales. A partir del segundo semestre del año y hasta la SE 40 se registra un incremento, con una mediana de 12 casos positivos semanales.

Se identificaron casos confirmados en niños, adolescentes y adultos, con edades entre 15 días hasta 38 años. Los casos detectados se concentran en el grupo de hasta un año de edad, que agrupa el 55% (38 de 63 casos). Se registra un predominio del sexo femenino.

En cuanto a la distribución de los casos positivos, en su amplia mayoría residen en las regiones sanitarias (RS) de la Región Metropolitana de Buenos Aires (RMBA). Al igual que en 2024, las mayores tasas de incidencia se registran en las RS V, XI y II.



Casos notificados por semana epidemiológica, según clasificación. Provincia de Buenos Aires. Año 2025, hasta semana epidemiológica 40. Fuente: Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. (N=772).



Casos confirmados de tos convulsa, según grupos etarios y sexo. Provincia de Buenos Aires. Año 2025, hasta semana epidemiológica 40. Fuente: Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. (N=63).

La tos convulsa es una enfermedad bacteriana altamente contagiosa e inmunoprevenible que afecta el tracto respiratorio. Su principal causante es *Bordetella pertussis*, aunque otras especies del género, como *B. parapertussis*, *B. bronchiseptica* y *B. holmesii*, pueden producir síntomas similares, siendo *B. pertussis* la que tiene mayor impacto epidemiológico. Aunque la letalidad general de la tos convulsa es baja (0,2%-0,3%), se concentra casi exclusivamente en lactantes menores de 1 año, llegando a 1-3% en menores de 2 meses.

El único reservorio conocido de *B. pertussis* es el ser humano. Las manifestaciones clínicas de la enfermedad dependen de la edad del paciente, de su estado inmune, del uso de antibióticos, de coinfecciones y de su estado sanitario en general. El cuadro clínico típico se observa más comúnmente en pacientes pediátricos sin inmunidad previa.

Los síntomas suelen aparecer entre 7 y 10 días después de la infección, pero también hasta 21 días después. Se distinguen tres etapas sintomáticas secuenciales. La fase catarral, que suele extenderse hasta 14 días, se caracteriza por una sintomatología similar a un resfriado común con rinitis y tos. La siguiente etapa es denominada paroxística por los ataques de tos o paroxismos que van aumentando en frecuencia e intensidad, que terminan generalmente en una inspiración profunda que produce el silbido característico llamado estridor inspiratorio. También es frecuente el vómito postusivo. Los ataques se dan con mayor frecuencia durante la noche, llegando a promediar los 15 por día. Entre los ataques, el paciente se presenta normal, sin aparentar estar cursando una enfermedad respiratoria. En los recién nacidos y lactantes menores de 6 meses son frecuentes la cianosis y apneas. La fase paroxística es la más larga, durando en promedio entre 1 y 6 semanas, y puede extenderse hasta 10 semanas.

La fase de convalecencia se caracteriza por la disminución gradual y progresiva de los ataques de tos (presentándose tan solo durante el sueño o cuando hay una gran excitación física) con desaparición del estridor inspiratorio. Esta fase dura de 2 a 3 semanas, pudiendo aparecer la sintomatología con otras infecciones respiratorias durante los meses siguientes.

Las complicaciones más importantes en los menores de 6 meses son bronconeumonía, convulsiones, encefalopatía aguda y daño cerebral permanente.

Los adultos y adolescentes con inmunidad adquirida por vacunación o por infecciones previas con el patógeno, pueden presentar síntomas leves o la típica tos paroxística prolongada. En todos los grupos etarios la tos puede persistir durante meses.

La vacunación es la estrategia más importante de prevención. El Calendario Nacional de Vacunación incluye un esquema primario de tres dosis durante el primer año de vida con vacuna quintuple (2, 4 y 6 meses), y refuerzos a los 15-18 meses (vacuna quintuple) y a los 5 años (triple bacteriana celular). Luego se continúa el esquema con vacuna triple bacteriana acelular (DTPa) a los 11 años. Además, la vacuna DTPa, está incluida para gestantes a partir de la semana 20 y el personal de salud que esté en contacto con menores de 12 meses, cada 5 años.

En las últimas semanas epidemiológicas (SE) se presentó un aumento de los casos confirmados de tos convulsa en la provincia de Tierra del Fuego, superando la tasa de incidencia de los últimos seis años. Esta situación se debe a un brote identificado en la localidad de Ushuaia.

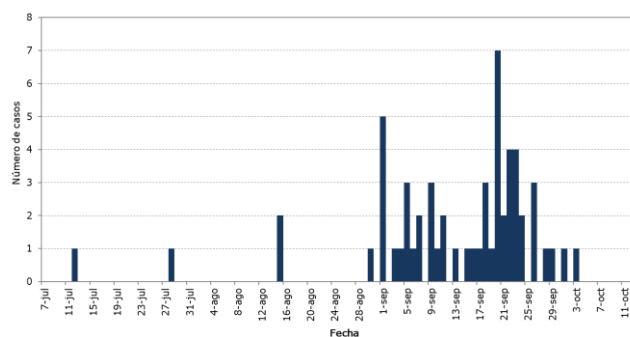
En Ushuaia se notificaron 135 casos sospechosos desde el 7 de julio de 2025, de los cuales 58 fueron confirmados, lo que corresponde a una incidencia de 29,8 casos cada 100.000 habitantes. El 91,4% de los casos inició síntomas a partir de la SE 36.

Del total de casos, 28 (48,3%) presentaron laboratorio confirmatorio. En cuanto a la distribución por edad, los casos se presentaron con mayor frecuencia en adultos de 20 años y más (33 casos; 56,9%) y en niños de 5 a 9 años (15 casos; 25,9%). No se registraron casos confirmados en menores de 2 años.

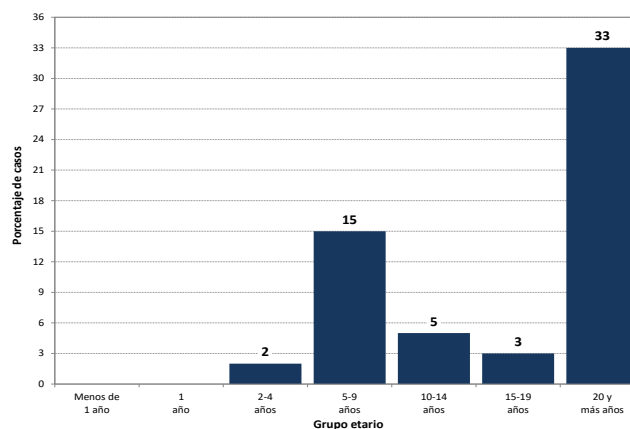
Con respecto a la evolución clínica, un caso confirmado requirió hospitalización, con buena evolución clínica. No se registraron defunciones.

Se remitieron nueve muestras de aspirado nasofaríngeo al Laboratorio Nacional de Referencia, el Servicio de Bacteriología Clínica del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas/Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán' (INEI-ANLIS), para la confirmación de los resultados positivos. Se obtuvo resultado concordante en ocho de las muestras (89,0%) de los casos. Dos de los casos (25%) fueron clasificados como *Bordetella pertussis*, y seis (75%) como *Bordetella* sp. Algunas posibles causas por las que no se haya detectado ADN de *Bordetella* sp. en una de las muestras remitidas pueden ser la baja carga del patógeno en ese caso, factores tales como la conservación y/o el transporte de la muestra que podrían haber afectado la calidad del ADN bacteriano, entre otras. Se está evaluando la posibilidad de remitir sueros de casos de adolescentes y/o adultos para estudio de IgG anti toxina pertussis.

Frente a la situación de brote en la provincia de Tierra del Fuego, el Ministerio de Salud de la Nación trabaja junto a las autoridades y equipos sanitarios de la provincia. Como parte del trabajo coordinado, se elaboró una definición de caso adaptada al brote en curso y el contexto geográfico y social. Este enfoque busca facilitar la detección oportuna de casos y la implementación de medidas de control adecuadas.



Casos confirmados de tos convulsa. Ushuaia. Del 7 de julio al 13 de octubre de 2025. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



Casos confirmados de tos convulsa, según grupos etarios. Ushuaia. Del 7 de julio al 13 de octubre de 2025. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

Paralelamente se están implementando acciones de acompañamiento y recomendaciones de prevención, rastreo de contactos y administración de profilaxis post-exposición.

Asimismo, se reforzaron las acciones de vacunación específicas para la contención y prevención de nuevos casos. Se implementó un esquema acelerado en lactantes, iniciando la vacunación a las seis semanas de vida, con la aplicación de la 2ª y 3ª dosis en intervalos de 30 días, con un primer refuerzo a los seis meses posteriores (no antes de los 12 meses de edad) y el segundo refuerzo a los cinco años.

Además, se dispuso la vacunación con triple bacteriana acelular del adulto (dTpa) del personal de salud que no cuentan con refuerzo en los últimos diez años, o cinco en quienes atienden lactantes menores de 12 meses, y de los docentes del nivel inicial sin antecedentes de refuerzo con componente pertussis en los últimos diez años. Todas las dosis aplicadas se registran en el sistema nominal electrónico, con el fin de garantizar la trazabilidad y el seguimiento de las coberturas.

Los equipos provinciales de epidemiología, inmunizaciones y laboratorio, junto con la red de atención primaria de la salud, trabajan de manera coordinada para garantizar la atención oportuna de las personas con síntomas y de sus contactos estrechos, con el objetivo de limitar la propagación de la enfermedad en la comunidad.

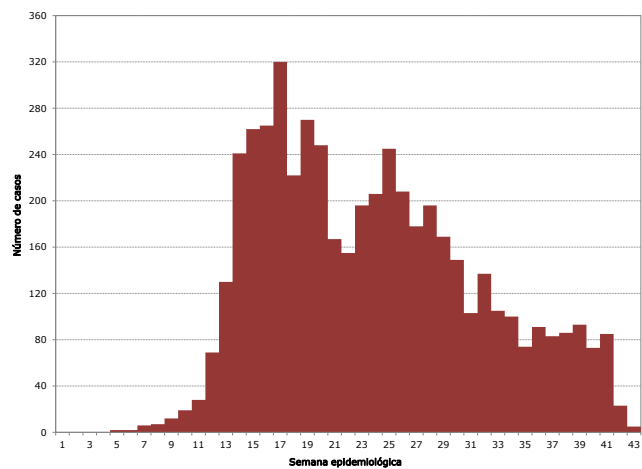
Hasta el 21 de octubre de 2025, se han reportado 5.023 casos confirmados de sarampión en México. En las últimas 24 horas se reportaron cuatro casos confirmados y cinco probables.

El primer caso confirmado se notificó en la semana epidemiológica (SE) 5; en la SE 42 se notificaron 246 casos probables y 23 confirmados.

Se han registrado 23 defunciones, en Chihuahua (21 defunciones), Durango (1) y Sonora (1).

Con base en la distribución de casos por entidad federativa y municipios, 25 estados y 125 municipios registran casos confirmados de sarampión.

Los estados que más casos confirmados registran son Chihuahua (4.402 casos), Jalisco (113), Michoacán (105), Sonora (101) y Guerrero (91). Estos cinco estados engloban el 95,8% del total de casos del país, y sólo el estado de Chihuahua el 87,6%.



Casos confirmados de sarampión. México. Año 2025, hasta semana epidemiológica 43. Fuente: Secretaría de Salud de México.

En 2025, hasta el 20 de octubre, la Secretaría de Salud del Estado de Chihuahua registra 89 casos confirmados de rickettsiosis, con un saldo de 43 defunciones en diversos municipios.

La capital concentra 45 casos y 26 fallecimientos, seguida de Ciudad Juárez (35 casos y 14 muertes), Meoqui (5 casos y 1 muerte), Delicias (3 casos y 2 muertes) y Ascensión (1 caso).

La mayoría de los contagios se presenta en el grupo de menores de 5 a 14 años (31 casos), seguido por el de 25 a 44 años (18 casos) y el de 45 a 64 años (16 casos), mientras que los decesos predominan en adultos de 45 a 64 años. En comparación con 2024, los casos aumentaron 4,7%.

De acuerdo con la dependencia estatal, los decesos se han registrado en su mayoría en hospitales del Estado, con 28 muertes; 10 en el Instituto Mexicano del Seguro Social y tres en instituciones privadas. Aunque el número de casos se ha incrementado ligeramente en comparación con 2024 –cuando se reportaron 82 contagios y 43 defunciones–, la letalidad muestra una leve reducción del 6,1%.

El infectólogo pediatra Moisés Ramírez López explicó que la clave para reducir los decesos está en la detección temprana. “Si se hace detección y tratamiento oportuno, la mortalidad prácticamente sería cero”, señaló.

Sobre las causas del repunte en los casos, el especialista precisó que el calor favorece la proliferación de garrapatas. “En esta temporada se aparean, por eso aumenta la exposición. El problema no son las garrapatas en sí, sino las que están infectadas, y no podemos distinguirlas a simple vista”, explicó.

Recordó que Chihuahua es una zona endémica junto con Sonora, Coahuila, Nuevo León y Baja California, donde el ecosistema resulta propicio para la supervivencia del parásito. “Desde 2015 vemos un incremento sostenido, y aunque se ha mejorado la detección, aún hay casos que llegan demasiado tarde”, apuntó.

El infectólogo insistió en que las acciones de prevención deben centrarse en la eliminación de garrapatas en el entorno urbano y el cuidado de las mascotas. “Existen collares y tabletas que evitan la infestación, y lo más importante es fumigar los hogares. Si hay garrapatas cerca, hay riesgo”, afirmó.

Añadió que la educación médica sigue siendo un desafío. “A muchos médicos generales no les llegan los casos evidentes. Les llegan cuadros ambiguos, por eso hay que reforzar la capacitación y enseñarles a sospechar. Si no lo piensas, no lo diagnosticas”, enfatizó.

Las autoridades recordaron que esta enfermedad puede prevenirse con higiene en mascotas y limpieza en patios y corrales.



El Ministerio de Salud de Perú, a través del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, informó que se han confirmado seis casos humanos de carbunco cutáneo en la provincia de Cañete, en personas que habrían tenido contacto con animales enfermos. Los pacientes afectados fueron debidamente atendidos por los servicios de salud.

Ante esta situación, el Ministerio de Salud en coordinación con el Servicio Nacional de Sanidad Agraria (SENASA), iniciaron acciones conjuntas de investigación, control y prevención.

Se están realizando acciones en personas y animales, tales como la identificación y búsqueda de casos de carbunco y vacunación a todos los animales susceptibles; así como la evaluación clínica de las personas que trabajan en los establos afectados, con la finalidad de identificar y administrar tratamiento oportuno a las personas afectadas.

El carbunco es una enfermedad infecciosa que afecta a animales, aunque los humanos pueden contraerla al tener contacto con animales enfermos o a través de productos elaborados con animales infectados. Las personas con mayor riesgo son aquellas que trabajan en establos y se exponen a animales enfermos durante el beneficio o manipulación.

Por ello, es importante aclarar que no hay riesgo de transmisión de carbunco por consumo de carne proveniente de mataderos o mercados autorizados, ni se transmite de persona a persona.

El Ministerio de Salud recomienda a la población que, si han estado en contacto con animales enfermos por carbunco y presenta lesiones en la piel, acuda de inmediato al establecimiento de salud más cercano. El tratamiento es gratuito y debe iniciarse lo antes posible, ya que la falta de atención oportuna puede generar complicaciones.

Asimismo, se recuerda que los animales que mueran a causa del carbunco deben ser enterrados a una profundidad de dos metros y cubiertos con cal, y que se debe informar de inmediato al SENASA o al establecimiento de salud más cercano. También se recomienda no remover los suelos donde hayan sido enterrados animales afectados.

De esta manera, el Ministerio de Salud reafirma su compromiso para estar vigilante ante enfermedades transmisibles de animales a personas y de mantener esa estrecha coordinación con el sector encargado de la sanidad animal, para la implementación de una respuesta integrada orientada a controlar y evitar la diseminación de estos problemas de salud pública en el país.

EFE:

AFGANISTÁN

SE REGISTRÓ MEDIO MILLÓN DE INTOXICACIONES
POR AGUA O COMIDA CONTAMINADA EN 2024

22/10/2025

El Ministerio de Salud Pública de Afganistán registró casi medio millón de casos de intoxicación alimentaria y 306 muertes relacionadas en 2024 en el país, vinculadas a la contaminación de alimentos y agua, en un escenario de creciente inseguridad alimentaria.

“Las estadísticas de intoxicación en Afganistán, registradas en los centros de salud durante 2024, alcanzaron los 439.968 casos”, dijo el Dr. Sharfat Zaman Amar, portavoz del Ministerio de Salud Pública afgano.

Más de 97.000 casos requirieron hospitalización y 306 personas fallecieron a causa de la contaminación alimentaria.

Amar señaló que este problema refleja un desafío de salud global más amplio, citando cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que estiman que 600 millones de personas en el mundo sufren cada año por la contaminación de alimentos y de agua, lo que provoca 420.000 muertes, de las cuales 30% son de niños y 70% de adultos.

Estas cifras surgen mientras el Programa Mundial de Alimentos (PMA) advierte sobre el empeoramiento del hambre en Afganistán. En un comunicado del 15 de octubre de 2025, el PMA informó que 9,5 millones de afganos sigue en situación de inseguridad alimentaria, una cifra que se espera aumente en los próximos meses.

La organización destacó un déficit de financiación de 622 millones de dólares estadounidenses para los próximos seis meses, advirtiendo de que, sin ayuda urgente, “millones sufrirán durante los meses de invierno”.

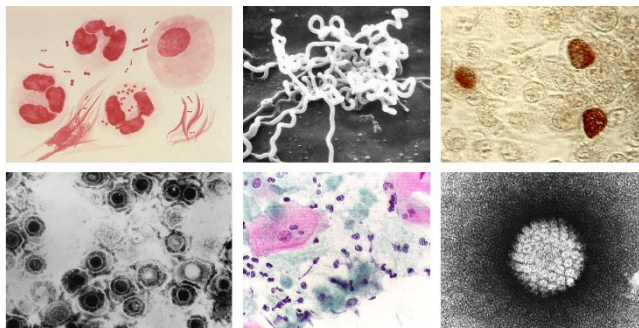
El PMA también señaló que podrían producirse importantes “interrupciones en el suministro” de asistencia alimentaria a partir de noviembre, lo que dejaría a la agencia con capacidad para atender sólo a 8% de su objetivo de respuesta humanitaria invernal.

Expertos en salud advierten que la combinación de inseguridad alimentaria, mala higiene y agua contaminada podría agravar aún más los casos de intoxicación y malnutrición en todo el país.

“En general, la seguridad alimentaria, la nutrición y el saneamiento del agua –incluido el suministro– representan un serio desafío para la salud, la desnutrición y otros problemas sanitarios relacionados en Afganistán, tanto ahora como en el futuro, y deben abordarse con preparación adecuada”, explicó el Dr. Shirzad, un experto en salud.

Los resultados del informe *Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en España, 2024* confirman la tendencia observada en *anteriores informes*: continúan aumentando las tasas con un repunte sostenido de casos.

Los resultados del informe confirman también más infecciones en hombres que en mujeres, y mayor afectación en personas menores de 25 años, especialmente en la infección gonocócica y por *Chlamydia trachomatis*.



Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un conjunto de patologías de origen infeccioso en las que la principal vía de adquisición son las relaciones sexuales, aunque puedan tener otros modos de transmisión. Están causadas por diferentes microorganismos, que pueden ser virus, bacterias, protozoos o ectoparásitos. Hay descritas más de 20 ITS y algunas de las más conocidas son la sífilis, la clamidiosis, la gonorrea, el VIH, el virus del papiloma humano (VPH), el virus del herpes genital, la tricomonosis, la pediculosis púbica o la sarna.

Concretamente, el informe señala que el año pasado se diagnosticaron 41.918 infecciones por *C. trachomatis*, lo que supone 10,2% más casos que en 2023. De infección gonocócica, 37.257 casos, 7,2% más que el año previo; de sífilis, 11.930 casos, 6,7% más que en 2023; y de linfogranuloma venéreo, un total de 1.996 casos notificados, es decir, 10,2% más que el año anterior.

El informe señala que el ritmo de crecimiento de las tasas de infección gonocócica es de 28,9% anual entre 2020 y 2024, y que las tasas de sífilis han crecido entre 2021 y 2024 cerca de 20% anual. Además, estos aumentos también se observan en la infección por *C. trachomatis*, con un aumento en las tasas cercano al 20% anual entre los años 2016 y 2024.

Como en informes previos, la comparación de las tasas de incidencia de ITS por comunidad autónoma se puede ver afectada por algunas diferencias en los sistemas de vigilancia autonómicos. Según recuerdan, en 2024 todas las autonomías disponían de sistema de vigilancia con declaración individualizada para la infección gonocócica, sífilis, sífilis congénita e infección por *C. trachomatis*, pero aún es posible mejorar la cumplimentación de algunas variables en el proceso de notificación, especialmente las relacionadas con el modo de transmisión.

La información generada por los sistemas de vigilancia epidemiológica constituye un elemento esencial para acompañar las medidas y acciones contempladas en el *Plan estratégico para la prevención y control de la infección por el VIH y las ITS en España 2021-2030*. Este plan tiene como objetivo eliminar estas infecciones como problema de salud pública para el año 2030. La estrategia se basa en un enfoque integral que incluye la prevención, el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la atención a la cronicidad y la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas. Además, el plan pone especial énfasis en combatir el estigma y la discriminación asociados al VIH y las ITS, promoviendo así una respuesta más inclusiva y efectiva.

En 2025, hasta el 3 de octubre, 13 países europeos notificaron 989 casos humanos autóctonos de infección por el virus del Nilo Occidental (VNO). La fecha de inicio de los síntomas más temprana fue el 2 de junio y la más tardía el 26 de septiembre de 2025. Se han notificado casos autóctonos en Italia (714), Grecia (91), Serbia (60), Francia (42), Rumania (36), España (23), Hungría (11), Croacia (4), Albania (3), Macedonia del Norte (2), Bulgaria (1), Kosovo (1) y Turquía (1). En Europa, se notificaron 63 fallecimientos.

El número de casos notificados en lo que va del año supera la media de la última década en el mismo período (687). Sin embargo, estas cifras siguen siendo inferiores a las observadas en 2018, 2022 y 2024, años en los que la circulación del virus fue especialmente intensa, con más de 1.200 casos notificados a esta altura del año. Dado que estas últimas cifras se basan en datos consolidados, y que los datos del año en curso siguen retrasados e incompletos, las comparaciones directas deben realizarse con cautela.

Italia está experimentando actualmente un brote importante, con 714 infecciones humanas confirmadas, incluidas 48 muertes (tasa de letalidad de 6,7%, dentro del rango esperado). Este es el mayor número de infecciones humanas por el VNO notificadas por Italia en esta época del año. Los casos se han notificado principalmente en la región del Lazio (Latina, Roma y Frosinone), con un total de 252 casos, y en la región de Campania (Napoli, Caserta, Salerno y Avellino), con un total de 124 casos. Otras regiones están notificando cifras similares a las de años anteriores.

En 2025, hasta el 3 de octubre, se habían notificado casos humanos autóctonos de infección por VNO en 139 regiones de 13 países. Esto se compara con 179 regiones (18 países) durante el mismo período en 2024. Los 13 países ya habían notificado casos humanos de infección por el VNO.

Durante la actual temporada de transmisión, 35 regiones notificaron casos humanos de infección por VNO por primera vez en la historia:

- Italia: Genova, Sondrio, Avellino, Brindisi, Catanzaro, Reggio di Calabria, Palermo, Messina, Siracusa, Nuoro, Sud Sardegna, Grosseto, Massa-Carrara, Arezzo, Siena, Latina y Frosinone.
- Francia: París, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne, Val-d'Oise, Lot-et-Garonne, Haute-Garonne, Puy-de-Dôme, Ardèche y Vaucluse.
- Grecia: Irakleio y Laconia, Messenia.
- España: Alicante y Almería.
- Croacia: Splitsko-dalmatinska.
- Kosovo: Pejë.
- Rumania: Sălaj.
- Türkiye: Çanakkale.

Como se observó en años anteriores, la mayoría de los casos se presentan en hombres de 65 años o más. La tasa de hospitalización es similar a la de años anteriores, con 88% de casos hospitalizados este año, en comparación con 91% en la década anterior. Esta elevada tasa de hospitalización se debe a la naturaleza de la vigilancia del VNO, que tiende a detectar predominantemente los casos más graves. La tasa de letalidad en lo que va de año es de 7%, inferior, pero

comparable, al 10% observado en la década anterior. Se notificaron manifestaciones neurológicas en 56% de los casos de este año, en comparación con el 67% en la década anterior. En general, se espera un predominio de casos neurológicos, ya que los casos con síntomas más graves tienen mayor probabilidad de ser diagnosticados.

Desde el punto de vista veterinario, en 2025 se notificaron en Europa 127 brotes de infección por VNO en équidos y 217 en aves. El inicio más temprano de un brote en équidos fue el 15 de enero en Alemania, y el más tardío el 23 de septiembre en Hungría; el inicio más temprano en aves fue el 16 de febrero en Italia, y el inicio más tardío el 26 de septiembre en Alemania. Se notificaron brotes en équidos en Italia (59), Francia (37), Croacia (10), Hungría (7), Alemania (5), Grecia (4), España (4) y Austria (1). Se notificaron brotes en aves en Italia (192), Alemania (15), Bélgica (3), España (3), Austria (2), Croacia (1) y Hungría (1).

La base de datos del Sistema de Información sobre Enfermedades Animales (ADIS) no proporcionó información sobre la especie exacta de équido notificada, mientras que sí disponía de detalles sobre las especies de aves. Las asociadas con el mayor número de brotes reportados en 2025 fueron la corneja negra (47), la urraca común (40), la paloma torcaz común (16), el cernícalo vulgar (15), la gaviota argénteo (9), accipítridos no identificados (9), la corneja cenicienta (8), el mochuelo común (6) y el azor común (6). Además, varias otras especies de aves estuvieron involucradas en entre uno y cuatro brotes.

En junio, julio y agosto de 2025, el número de brotes en équidos superó la media de los últimos diez años (2015-2024) para esos meses, mientras que el número de brotes en aves se mantuvo por debajo de la media mensual trienal (2022-2024) durante la mayoría de los meses, con la excepción de agosto de 2025. Sin embargo, estas cifras fueron, en general, inferiores a las observadas durante el mismo período de 2024, un año marcado por una circulación particularmente intensa del VNO.

En 2025, hasta el 3 de octubre, se habían notificado brotes en aves y/o équidos en 95 regiones de nueve países. De los nueve países que presentaron datos en 2025, ocho ya habían notificado brotes de VNO en aves y/o équidos en años anteriores, lo que refleja la actividad endémica del VNO en estos territorios. Por el contrario, Bélgica notificó brotes de VNO por primera vez a ADIS en 2025, con tres brotes en aves silvestres. Dos brotes afectaron a grajillas y uno a cornejas negras, todos registrados en agosto de 2025. Estos brotes se produjeron en las unidades administrativas de Malinas y Halle-Vilvoorde. Además, se notificaron por primera vez al ADIS brotes en aves y/o équidos en 23 regiones:

- Italia: Arezzo, Caltanissetta, Florencia, Foggia, Frosinone, L'Aquila, Lecco, Reggio Calabria, Siracusa y Sondrio.
- Francia: Haute-Garonne, Loiret, Oise, París, Val-de-Marne, Vaucluse e Yvelines (FR103).
- Croacia: Koprivničko-križevačka y Bjelovarsko-bilogorska.
- España: Almería y Menorca.
- Austria: Innsbruck.
- Alemania: Rhein-Neckar-Kreis.

Además, en 2025, se notificaron brotes en équidos en la región griega de Thasos-Kavala, lo que supone el primer informe de este tipo en animales desde el último brote registrado 12 años antes.

Los informes de brotes de VNO durante el invierno, cuando la actividad de los mosquitos es mínima, deben evaluarse cuidadosamente, ya que plantean dudas sobre el momento de la infección. Dos de estos informes –un brote en équidos notificado por Alemania en enero y otro

en aves notificado por Italia en febrero– requieren una interpretación cautelosa, ya que podrían reflejar una detección residual (p. ej., anticuerpos persistentes o ARN viral de infecciones adquiridas el año anterior) en lugar de una transmisión activa en 2025.

Seis países –Italia, Croacia, Francia, Grecia, Hungría y España– notificaron casos humanos y brotes de VNO en équidos y aves. En 2025, hasta el 3 de octubre, Italia por sí sola representaba 72% de todos los casos humanos notificados y 73% de todos los brotes notificados en équidos y aves, lo que subraya la importante actividad del VNO en algunas zonas del país. Esto probablemente se deba a las condiciones climáticas favorables y a los focos ecológicos (p. ej., humedales y zonas agrícolas) que influyen en las poblaciones de mosquitos vectores y en la distribución y el comportamiento de los animales hospedadores. La vigilancia intensiva en Italia también podría contribuir a las altas tasas de detección de casos humanos y brotes en aves y équidos.

La notificación de brotes de VNO en aves marca la primera detección del virus en Bélgica. Cabe destacar que el país nunca ha registrado casos humanos de transmisión local. Este avance representa un paso significativo en la emergencia local del VNO y apunta a una probable introducción reciente del virus en el ecosistema nacional. Estos hallazgos subrayan la necesidad de reforzar la vigilancia y la preparación de la salud pública.

La identificación de casos de VNO en humanos y animales en zonas previamente no afectadas pone de relieve la continua expansión geográfica del virus, probablemente debida a cambios ambientales, climáticos y ecológicos. Además, una mayor sensibilidad en la vigilancia o el monitoreo, así como una mayor concienciación en estas zonas, podrían contribuir a la detección de los casos.

Debido a los retrasos en el diagnóstico y la notificación, así como al hecho de que la mayoría de las infecciones por VNO son asintomáticas o subclínicas, es probable que las cifras de casos proporcionadas en este informe subestimen el número real de casos. Cabe destacar que la vigilancia estacional en humanos se centra principalmente en la captura de casos confirmados por laboratorio, lo que contribuye al retraso en el diagnóstico.

Dado que las condiciones meteorológicas se están volviendo menos favorables para la transmisión del VNO en Europa, se espera que el número de casos humanos y brotes en équidos y aves disminuya en las próximas semanas. En años anteriores, el pico de transmisión se observó en agosto-septiembre.

Por primera vez se encontraron mosquitos en Islandia, que durante mucho tiempo fue uno de los pocos lugares en la Tierra libres de ellos.

El descubrimiento fue anunciado en el grupo de Facebook “Insectos en Islandia” por el aficionado Björn Hjaltason, que divisó el 16 de octubre en la granja Kiðafelli, en el municipio de Kjósarhreppur –a unos 30 kilómetros al norte de la capital, Reykjavík–, lo que parecía a primera vista “una mosca de un aspecto extraño”.



Culiseta annulata

Después de este ejemplar, Hjaltason encontró otros dos, que entregó para ser analizados al Instituto de Historia Natural de Islandia, que confirmó su sospecha inicial de que se trataba de mosquitos.

Matthias Alfredsson, entomólogo del instituto, dijo que se trataba de dos hembras y un macho de la especie *Culiseta annulata*, muy resistente al frío, por lo que es probable que el mosquito haya llegado a Islandia para quedarse.

“Se trata de un mosquito de gran tamaño, ampliamente distribuido por toda Europa, incluyendo los países nórdicos y el Reino Unido. Se ha adaptado a un clima bastante frío, sobreviviendo al invierno como adulto y luego alojándose en refugios, como cobertizos y sótanos. Pica, pero no se considera peligroso para los humanos, ya que no transmite ninguna infección conocida en estas zonas”, informó el instituto.

“Los ejemplares fueron recolectados de cuerdas de vino destinadas a atraer polillas”, indicó el investigador, refiriéndose a un método que consiste en añadir azúcar a vino caliente y sumergir cuerdas o tiras de tela en la solución, que luego se cuelgan al aire libre para atraer a los insectos.

Historia libre de mosquitos

Islandia, en el borde del círculo polar ártico, era hasta ahora, junto con la Antártida, uno de los pocos lugares habitables de la tierra sin mosquitos, en parte debido a su aislamiento geográfico. Además, el clima –en concreto, la rápida sucesión de congelación y deshielo del agua que los mosquitos necesitan para poner sus huevos y desarrollarse como larvas– también dificultaba su supervivencia.

“Es el primer registro de mosquitos que ocurre en el entorno natural en Islandia. Hace muchos años se recolectó un único ejemplar de *Aedes nigripes* (especie de mosquito ártico) de un avión en el aeropuerto de Keflavík”, precisó Alfredsson, agregando que “por desgracia, ese ejemplar se perdió”.

Los científicos habían previsto la posible llegada de mosquitos a Islandia, ya que su clima, que se calienta cuatro veces más rápido que el promedio del hemisferio norte, ofrece cada vez más hábitats propicios como marismas y estanques.

Aunque muchas especies aún no soportan el frío extremo, el cambio climático está permitiendo la expansión de insectos tropicales: en el Reino Unido ya se han detectado huevos del mosquito *Aedes aegypti* y ejemplares de *Aedes albopictus*, ambos capaces de transmitir enfermedades como el dengue, la fiebre chikungunya y la fiebre zika.

En Groenlandia, situada a una latitud parecida a la de Islandia, los mosquitos están asentados desde el final de la última glaciación.

Posible introducción por transporte comercial

Aunque la presencia de mosquitos coincide con el rápido calentamiento del clima islandés, Alfredsson considera que el clima más cálido probablemente no sea la razón de la aparición de mosquitos en Islandia.

Según el investigador, la presencia de los mosquitos podría “indicar una introducción reciente al país, posiblemente a través de barcos o contenedores”. Agregó que sus sospechas apuntan al puerto de la cercana localidad de Grundartangi, donde a menudo llegan barcos cargados de contenedores.

Añadió que los mosquitos podrían potencialmente expandirse por la isla, pero que sería necesario un monitoreo adicional en primavera para determinar si “realmente se establecieron en Islandia”.

“Esta especie parece estar bien adaptada a climas fríos, principalmente por su capacidad de hibernar como adulto en lugares resguardados. Esto les permite resistir inviernos largos y duros cuando las temperaturas caen por debajo de 0°C”, explicó.

La especie, que se encuentra en toda Europa, “también utiliza hábitats de reproducción diversos, lo que refuerza aún más su capacidad de persistir en el desafiante entorno de Islandia”.

En definitiva, encontrar algunos ejemplares no significa que la especie haya logrado establecerse, y es posible que se trate de una introducción aislada. Aun así, el hecho de que estos insectos aparezcan en un entorno natural sugiere que las condiciones del país podrían estar volviéndose más propicias para su supervivencia.

El Laboratorio Regional de Referencia para la Erradicación de la Poliomielitis del Instituto Nacional de Salud (NIH) de Islamabad confirmó un nuevo caso de infección por el poliovirus salvaje tipo 1 en el distrito de Torghar, Khyber Pakhtunkhwa. Este es el segundo caso en el distrito de Torghar este año.

El poliovirus se detectó en un niño de 12 meses del Concejo Comunal de Ghari, en Torghar. Con esta detección, el número total de casos de poliomielitis en Pakistán en 2025 ascendió a 30, incluyendo 19 en Khyber Pakhtunkhwa, nueve en Sindh, uno en Punjab y uno en Gilgit-Baltistán.



Además, en septiembre de 2025, el Programa de Poliomielitis de Pakistán recopiló 127 muestras de aguas residuales de 87 distritos del país a través de su red de vigilancia ambiental. De estas, 81 dieron negativo sin detectar poliovirus, mientras que 44 dieron positivo. Dos muestras se encuentran actualmente en proceso en el laboratorio. A continuación, se detallan los datos por provincia:

- Baluchistán: 21 negativos, 2 positivos.
- Punjab: 22 negativos, 8 positivos, 1 en proceso.
- Khyber Pakhtunkhwa: 24 negativos, 10 positivos.
- Sindh: 7 negativos, 21 positivos, 1 en proceso.
- Islamabad: 4 negativos, 1 positivo.
- Azad Jammu y Cachemira: 3 negativos.
- Gilgit-Baltistán: 1 negativo, 1 positivo.

Si bien la tendencia general indica una disminución en las detecciones positivas, lo que refleja el impacto de las recientes campañas de vacunación de alta calidad, la circulación del virus persiste en ciertas zonas de alto riesgo. Estas detecciones resaltan la necesidad continua de realizar esfuerzos contundentes y específicos para interrumpir la transmisión.

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

La Iniciativa para la Erradicación de la Poliomielitis está intensificando sus esfuerzos para mantener una cobertura de vacunación integral y garantizar campañas de la más alta calidad en zonas vulnerables. El Grupo de Trabajo Nacional respaldó la hoja de ruta 2025-26 para detener la transmisión de la poliomielitis mediante múltiples actividades complementarias de inmunización y esfuerzos para fortalecer la inmunización de rutina. La cuarta campaña nacional de vacunación contra la poliomielitis de 2025 se llevó a cabo la semana pasada, vacunando

a más de 44 millones de niños. La campaña en el sur de Khyber Pakhtunkhwa está actualmente en curso (del 20 al 23 de octubre).

La erradicación de la poliomielitis es una responsabilidad compartida. Mientras más de 400.000 dedicados trabajadores de primera línea continúan con su valiente e incansable esfuerzo para llevar las vacunas a cada hogar, los padres y cuidadores también deben asegurarse de que sus hijos reciban todas las dosis recomendadas, incluidas las vacunas de rutina.

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

El brote de cólera está disminuyendo significativamente en República del Congo. No se reportaron casos confirmados entre el 15 y el 16 de octubre de 2025. Este progreso es el resultado de la intensificación de las iniciativas de respuesta lideradas por el Ministerio de Salud y Población, con el apoyo de socios como la Organización Mundial de la Salud (OMS).

“Antes de la creación del centro de tratamiento del cólera, registrábamos fallecimientos a causa de la enfermedad. Sin embargo, desde su apertura a principios de agosto, no se han reportado fallecimientos relacionados con el cólera en nuestra área sanitaria”, declaró el Dr. Juicael Bokoba, coordinador de atención del Centro Integrado de Salud de Loukoléla.



Mossaka-Loukoléla es uno de los cuatro distritos afectados por el brote de cólera en República del Congo, y representa 52% de los 808 casos notificados a nivel nacional hasta el 16 de octubre de 2025, incluidos 66 casos confirmados y 742 sospechosos. Para reforzar la atención a los pacientes, la OMS, a través del Fondo de Contingencia para Emergencias, estableció cuatro centros de tratamiento del cólera (CTC) en los distritos afectados, incluido uno en el Centro Integrado de Salud de Loukoléla.

Además de equipar los centros y desplegar equipos de respuesta rápida y de laboratorio móviles, la OMS capacitó a 88 trabajadores de primera línea en gestión de casos, prevención y control de infecciones. La organización también entregó más de 14 toneladas de suministros médicos, incluyendo medicamentos, productos para el tratamiento del agua y kits de laboratorio.

Con estos kits disponibles, Ghislain Dzeret Indolo, uno de los técnicos de laboratorio desplegados sobre el terreno, garantiza una detección exhaustiva mediante el laboratorio móvil. “En los alrededores del río Congo, los casos de diarrea son comunes, pero no todos son de cólera. Por eso es importante realizar pruebas de antígenos y otras causas”, explicó. “Rastreamos las causas y analizamos si hay coinfecciones”.

Gracias a la mejora del equipo y al fortalecimiento de la capacidad del personal sanitario, la atención al paciente ha mejorado significativamente y las muertes hospitalarias han disminuido. De las 67 muertes registradas desde el inicio del brote, 56 (83,6%) ocurrieron en la comunidad y 11 (16,4%) en centros de salud.

Dado que la mayoría de las muertes ocurrieron en la comunidad, las autoridades sanitarias han intensificado la comunicación de riesgos y la participación comunitaria. Se ha capacitado a un total de 173 trabajadores de salud comunitarios. Su función es concienciar sobre la importancia de buscar atención médica ante los primeros síntomas y promover medidas preventivas.

“Recibimos capacitación del equipo de la OMS sobre cómo concientizar, tratar el agua potable para prevenir el cólera y adoptar medidas de higiene”, dijo David Akini Maya, trabajador de salud comunitario en Mossaka. “La comunidad nos consulta con frecuencia. Nuestras sesiones de concientización tienen un gran impacto porque compartimos información útil y distribuimos pastillas de cloro para purificar el agua. También les enseñamos cómo tratar el agua para prevenir la enfermedad”.

Para mejorar el acceso al agua potable, la higiene y el saneamiento, con el apoyo de la OMS, se capacitó a unos 100 profesionales de la salud en el tratamiento del agua y el monitoreo de la calidad en centros de salud y comunidades. El tratamiento del agua potable con cloro es una medida clave para romper la cadena de transmisión.

“Al añadir cloro al agua, se eliminan los microbios y se previenen las enfermedades diarreicas. Beber agua clorada nos protege”, explicó Mamadou Zongo, logista sanitario de la Oficina Regional de la OMS para África. “Si no hay cloro disponible, recomendamos hervir el agua y dejarla enfriar al menos 10 minutos antes de beberla”.

Françoise Komboli, residente de Mossaka de 36 años, está poniendo en práctica estas y otras medidas. Casi pierde a su hija de dos años a causa del cólera. “Alrededor de las 16:00 horas, mi hija empezó a vomitar y tuvo diarrea. A las 19:00 horas, su estado empeoró. Tuve que llevarla al hospital”, recordó. “En el hospital la atendieron de maravilla. Sin esa rápida intervención, mi hija podría no estar viva hoy. Las enfermeras hicieron un trabajo excelente. Agradezco al equipo del hospital por salvarla”.

Cada paciente recuperado está un paso más cerca de poner fin al brote de cólera en República del Congo. “Esperamos acabar con este brote rápidamente y continuar nuestra labor conjunta para fortalecer el sistema de salud del país”, concluyó el Dr. Vincent Dossou Sodjinou, representante de la OMS en República del Congo.

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.
--	--	---