

ARGENTINA

- Situación epidemiológica de la difteria

AMÉRICA

- Cero muertes humanas por rabia para 2030: avances y desafíos en la región
- Bolivia: Alerta sanitaria en La Paz por más de 33.000 nuevos casos de diabetes tipo 2
- Brasil: Brote de enfermedad respiratoria de etiología desconocida en un hospital de Espírito Santo

- Brasil: El riesgo de malaria en la Amazonia es mayor en regiones de degradación forestal intermedia
- México: Reportan 32 brotes activos de enfermedad de manos, pies y boca en Hidalgo

- Perú: Grave contaminación por metales del lago Junín

EL MUNDO

- Chequia: La epidemia de hepatitis puede durar al menos uno o dos años más
- Europa: Las enfermedades respiratorias son la tercera causa de muerte; los hombres son los más afectados

- Indonesia: Brote de leptospirosis en Yogyakarta, con alta tasa de letalidad

- Malasia: Sarawak reportó la sexta muerte humana por rabia en lo que va de 2025

- Vietnam: Refuerzan la prevención y el control de la shigelosis en Điện Biên

- La inacción climática se cobra millones de vidas cada año

OPINIÓN

- El cólera no es esencialmente un desafío médico, sino político

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 vigilancia de los eventos de notificación obligatoria (ENO) inmunoprevenibles tiene como objetivo detectar, notificar, investigar y analizar los casos de enfermedades prevenibles mediante vacunación, a fin de orientar acciones de control, eliminación o erradicación. Estas enfermedades incluyen, entre otras, sarampión, rubéola, síndrome de rubéola congénita, tos convulsa, difteria, tétanos, poliomielitis y parotiditis. Se basa en la notificación inmediata de casos sospechosos por parte de los servicios de salud, seguida de la investigación epidemiológica correspondiente y la toma de muestras para su confirmación en laboratorio. Cada evento cuenta con definiciones de caso específicas que permiten su identificación oportuna y la clasificación final según criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio. Los datos generados se integran con la información sobre coberturas de vacunación, lo que permite detectar brechas de inmunización, orientar campañas de refuerzo, prevenir brotes e identificar áreas de riesgo.

Los casos de difteria son un evento de notificación obligatoria en Argentina, conforme a lo establecido por la Ley N° 15.465 y la Resolución N° 2827/2022 del Ministerio de Salud de la Nación.

El análisis de esta enfermedad, si bien de baja incidencia en la actualidad, resulta prioritario para garantizar una vigilancia sensible frente a posibles casos de difteria, una enfermedad prevenible mediante una vacunación sistemática y los refuerzos adecuados.

Situación epidemiológica 2019/2025

Antes de 2019, el último caso confirmado de difteria en el país se notificó en 2006, en la Región Centro.

En 2019 se notificaron cuatro casos sospechosos; tres fueron descartados y se confirmó un caso de difteria cutánea en una persona de sexo masculino residente de la Región Centro; la confirmación se realizó mediante la detección del gen de la toxina diftérica por reacción en cadena de la polimerasa (tox) y demostración de producción de toxina por prueba de Elek.

Entre 2020 y 2024 se notificaron cuatro casos sospechosos en las regiones Noreste Argentino, Noroeste Argentino y Centro; todos fueron descartados.

En 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 42, se confirmó un caso de difteria cutánea en la SE 25, en una persona de sexo femenino mayor de 65 años, residente de la Región Centro. La confirmación se obtuvo por prueba de Elek positiva. Presentaba antecedentes de úlceras crónicas, no registraba antecedente de vacunación y su evolución clínica fue favorable.

Coberturas de vacunación

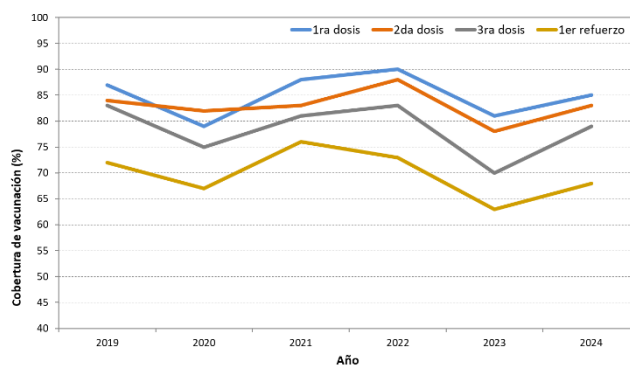
Entre los años 2019 y 2024, las coberturas nacionales de las vacunas que incluyen el componente diftérico en sus diferentes formulaciones (pentavalente, DPT, dTpa y dT)¹ se mantuvieron en valores constantes, con leves variaciones interanuales. Durante el período 2019/2022, la serie primaria (tres dosis de vacuna pentavalente en el primer año de vida) presentó niveles estables, cercanos a 80-85%, alcanzando su punto más alto en 2022.

A partir de 2023 se observó un descenso en los valores de las coberturas de los refuerzos aplicados a los 15-18 meses, al ingreso escolar y a los 11 años. Esta disminución coincidió con el cambio en la modalidad de registro, que pasó de la notificación agrupada a la nominal, proceso que pudo haber generado subregistros transitorios durante el primer año de implementación. En 2024 se evidenció una recuperación, en la mayoría de las series, aunque sin alcanzar los niveles previos.

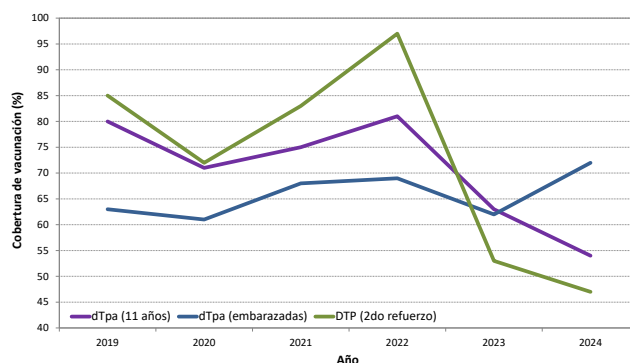
Por otra parte, las bajas coberturas de los refuerzos pueden aumentar la proporción de personas susceptibles en edad escolar y adolescentes, especialmente en contextos donde las coberturas históricas ya se encontraban por debajo del umbral recomendado para mantener la inmunidad comunitaria.

El mantenimiento de coberturas óptimas en los grupos de lactantes, garantiza la protección frente a las formas graves de la enfermedad, aunque, la inmunidad individual y colectiva depende de la aplicación sistemática de los refuerzos en edad escolar, adolescencia y adultez.

Hasta el 22 de octubre de 2025 (SE 43), las coberturas nacionales de las vacunas que incluyen el componente diftérico presentan valores parciales de 65,1% para la primera dosis de quintuple, 64,3% para la segunda dosis, 60,2% para la tercera dosis, 53,3% para el refuerzo de quintuple, 46,0% para el refuerzo de DPT, 46,3% para dTpa a los 11 años y 61,4% para dTpa en embarazadas. Estos datos deben considerarse provisorios, dado que corresponden a registros en proceso de carga y consolidación nominal, y permiten un seguimiento preliminar del comportamiento de las coberturas durante el año en curso.



Coberturas de vacunación con quintuple. Argentina. Años 2019/2024. Fuente: Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, Ministerio de Salud de Argentina.



Coberturas de vacunación con dTpa y DTP. Argentina. Años 2019/2024. Fuente: Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, Ministerio de Salud de Argentina.

¹ **Vacuna pentavalente:** formulación combinada que reúne en una sola dosis antígenos contra difteria, tétanos, tos convulsa, hepatitis B y enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* tipo b.

Vacuna DPT: vacuna combinada diseñada para inducir inmunidad simultánea frente a difteria, tétanos y tos convulsa. Es un biológico clásico en los calendarios infantiles, compuesto por toxoides de difteria y tétanos y un componente frente a *Bordetella pertussis*, de células enteras.

Vacuna dTpa: formulación combinada de refuerzo que protege contra difteria, tétanos y tos convulsa, en una presentación con dosis reducidas de los antígenos diftérico y pertúsico respecto de las vacunas usadas en lactantes. Está pensada para su aplicación en edades posteriores –generalmente niños mayores, adolescentes, adultos y embarazadas– con el objetivo de reactivar la memoria inmunológica sin incrementar el riesgo de reactogenicidad, que sería más probable si se repitieran dosis altas. Su componente contra la tos convulsa es acelular, lo que mejora el perfil de tolerancia.

Vacuna dT: vacuna combinada que contiene toxoides de difteria y tétanos en dosis reducidas del componente diftérico respecto de las formulaciones infantiles. Está diseñada como vacuna de refuerzo para adolescentes y adultos, una vez que ya han completado su esquema primario en la infancia. Su objetivo es reactivar la memoria inmunológica frente a estas dos enfermedades mediadas por toxinas bacterianas, prolongando la protección individual y contribuyendo a impedir la reemergencia de casos.

La difteria es una enfermedad infecciosa aguda potencialmente letal, causada por cepas toxigénicas de *Corynebacterium diphtheriae* y, en menor medida, por *C. ulcerans* y *C. pseudotuberculosis*. Su principal forma de presentación clínica es la faringoamigdalitis exudativa con pseudomembranas grisáceas adherentes, que pueden ocasionar obstrucción respiratoria, acompañada de síntomas sistémicos como fiebre y malestar general. En casos severos, la toxina diftérica puede producir complicaciones graves como miocarditis, neuropatías y parálisis respiratoria.

La enfermedad se transmite de persona a persona a través de gotículas respiratorias, contacto directo con secreciones o lesiones cutáneas, y en ocasiones por objetos contaminados. Si bien es prevenible mediante vacunación, la disminución de las coberturas en algunas regiones y la reemergencia de casos en países con sistemas de salud debilitados refuerzan la necesidad de mantener una vigilancia activa y sensible, especialmente ante cuadros compatibles en contextos de alta vulnerabilidad social o migratoria.



CERO MUERTES HUMANAS POR RABIA PARA 2030: AVANCES Y DESAFÍOS EN LA REGIÓN

11/10/2025

La rabia es una de las zoonosis más antiguas y temidas, con una letalidad cercana al 100% una vez que aparecen los síntomas. Sin embargo, es totalmente prevenible mediante la vacunación de animales y la atención oportuna a las personas expuestas. En la región de las Américas, el impacto de la rabia va más allá de la salud pública: también tiene repercusiones sociales y económicas, afectando a las comunidades más vulnerables y poniendo en riesgo los medios de sustento.



En el marco del Día Mundial contra la Rabia 2025, conversamos con el Dr. Juan Antonio Montaña Hirose, experto del Laboratorio de Referencia de la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA) para la Rabia, quien comparte su visión sobre los avances, desafíos y prioridades regionales para lograr el objetivo global de cero muertes humanas por rabia transmitida por perros.

¿Por qué la rabia sigue siendo una enfermedad prioritaria en la región a pesar de ser prevenible?

La rabia sigue siendo prioritaria en la región porque, aunque es una enfermedad prevenible y contamos con vacunas eficaces y herramientas científicas avanzadas, los principales desafíos no son tecnológicos, sino sociales y culturales. La tenencia responsable de los animales, el acceso a campañas de vacunación y la adopción de medidas de prevención dependen en gran medida del comportamiento humano y de la realidad local.

Por ello, el enfoque debe ser integral: combinar la ciencia con estrategias de educación, sensibilización comunitaria y políticas públicas que se adapten a cada contexto. La respuesta no puede recaer solo en la ciencia: requiere la participación coordinada de distintos profesionales de la salud –médicos, veterinarios, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y autoridades locales– para avanzar en la educación, la prevención y el control sostenible de la enfermedad.

¿Cómo describe la situación actual de la rabia en las Américas, tanto en humanos como en animales, y cuáles son los principales avances logrados en los últimos años?

En las Américas, la situación de la rabia ha mejorado notablemente en las últimas décadas, especialmente la transmitida por perros, gracias a las campañas masivas de vacunación canina

y a la cooperación regional. México, por ejemplo, fue declarado libre de la rabia en humanos transmitida por perros en 2019, y otros países siguen avanzando hacia este mismo objetivo.

Hoy en día, los casos en humanos son muy poco frecuentes y se deben en su mayoría a variantes silvestres del virus, principalmente transmitidas por murciélagos y, en algunos casos, por zorrillos u otros animales. Sin embargo, esto nos recuerda que la rabia sigue siendo una prioridad, ya que no solo afecta a la salud pública, sino también a los animales domésticos, como perros y gatos, que pueden actuar como puente entre la fauna silvestre y las personas.

El gran avance es que la rabia canina está prácticamente controlada en la región, pero el desafío ahora está en la rabia silvestre y en mantener la conciencia pública para no bajar la guardia en la vacunación de mascotas y en la educación comunitaria.

¿Cuáles son los principales desafíos que enfrentan los países de América para alcanzar la meta de eliminar las muertes humanas por rabia transmitida por perros?

El principal desafío para eliminar las muertes humanas por rabia transmitida por perros en la región no es tanto la falta de normativas, que en general existen y son adecuadas, sino la dificultad de asegurar su cumplimiento en la práctica. Más allá de los aspectos técnicos, persisten retos culturales y de comportamiento vinculados al manejo responsable de los animales de compañía: la vacunación regular, el control de la población canina y la prevención de perros callejeros.

Superar estos desafíos requiere un enfoque integral que combine ciencia, políticas públicas y, sobre todo, educación y sensibilización comunitaria, promoviendo una cultura de tenencia responsable que refuerce los logros alcanzados.

¿Qué papel desempeña el Laboratorio de Referencia de la OMSA en la lucha contra la rabia?

El Laboratorio de Referencia de la OMSA desempeña un papel clave en la lucha contra la rabia al fortalecer las capacidades de diagnóstico en los países. Lo hace a través de la capacitación de profesionales, la organización de ensayos de aptitud y la provisión de materiales de referencia de calidad. Estas acciones permiten a los laboratorios nacionales evaluar y mejorar sus técnicas diagnósticas, asegurando resultados confiables que son fundamentales para la vigilancia y el control de la enfermedad.

En el marco del Día Mundial de la Rabia, ¿cuál considera que es el mensaje más importante que debemos transmitir a autoridades, profesionales de la salud y a la población en general?

El mensaje central es que no debemos bajar la guardia. Gracias a la vacunación masiva de perros y a la vigilancia constante, la región ha logrado grandes avances en la eliminación de la rabia canina, pero el virus sigue presente y aún representa un riesgo.

A las autoridades, el llamado es a mantener el compromiso político y presupuestario para sostener las campañas de vacunación y vigilancia. A los profesionales de la salud, recordar que no solo los perros, sino también los murciélagos y otros animales, pueden transmitir la rabia, por lo que es esencial mantener una capacitación continua.

Y a la población en general, el mensaje es claro: vacunar a sus animales de compañía y, en caso de exposición, acudir a los servicios oficiales de salud, donde los equipos están actualizados y preparados para brindar la atención adecuada. Solo con el esfuerzo conjunto de todos podremos alcanzar la meta de cero muertes humanas por rabia.

El Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz alertó sobre un preocupante incremento de casos de diabetes mellitus tipo 2 en el departamento. En lo que va del año 2025, se han registrado 33.416 diagnósticos nuevos, una cifra que supera los reportes de gestiones anteriores y refleja un aumento sostenido de esta enfermedad crónica no transmisible y que, además, supera los índices promedio de la región de las Américas.

El jefe de Epidemiología del SEDES, Javier Mamani Acarapi, aclaró que esta enfermedad crónica no es transmisible ni hereditaria, sino que se puede prevenir modificando los estilos de vida. Explicó que este incremento de casos está relacionado con malos hábitos alimenticios, el sedentarismo y la falta de controles médicos periódicos, especialmente en zonas urbanas, donde el consumo de alimentos procesados es mayor.

“Estamos observando un crecimiento acelerado de la diabetes tipo 2, particularmente en personas mayores de 35 años y en mujeres. Es urgente fortalecer las políticas de prevención, promover estilos de vida saludables y garantizar el acceso a tratamientos oportunos”, señaló.

La situación alcanzó niveles críticos. La tasa de incidencia en el departamento paceño pasó de 6,9 a 11 cada 1.000 habitantes. Este indicador supera el índice que se manejaba a nivel de las Américas, según confirmaron las autoridades sanitarias.

Estrategias de prevención y control

Frente a este escenario, el SEDES La Paz anunció el refuerzo de las campañas de detección temprana en centros de salud públicos y privados, así como jornadas informativas en mercados, unidades educativas y espacios laborales, con el objetivo de frenar el avance de esta enfermedad silenciosa que puede derivar en complicaciones cardíacas, renales y visuales si no se trata a tiempo.

El SEDES instruyó a su personal de salud intensificar el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Además, enfatizó en el trabajo de las unidades de Nutrición para recomendar dietas saludables personalizadas a los pacientes.

Entre las recomendaciones clave para la población están respetar los horarios de las comidas principales. También se sugiere evitar el tabaco, el alcohol, las frituras y la comida chatarra. La práctica de al menos una hora de ejercicio al día completa los hábitos preventivos esenciales contra esta enfermedad.

La diabetes mellitus tipo 2 constituye uno de los principales problemas de salud pública en Bolivia, con una prevalencia creciente en las últimas décadas. Este aumento se relaciona con el envejecimiento poblacional, los cambios en los patrones alimentarios, la urbanización acelerada y la disminución de la actividad física.

Según estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la prevalencia nacional de diabetes en adultos bolivianos se sitúa alrededor de 8%, aunque se presume que una proporción significativa de los casos permanece sin diagnóstico, especialmente en áreas rurales o de difícil acceso. La enfermedad afecta con mayor frecuencia a personas mayores de 40 años, pero en los últimos años se ha observado un incremento de casos en adultos jóvenes, asociado al aumento del sobrepeso y la obesidad.

Las complicaciones derivadas de la diabetes tipo 2 –como la enfermedad cardiovascular, la nefropatía diabética, la retinopatía y las amputaciones– representan una carga importante para el sistema sanitario boliviano. Los servicios de salud enfrentan dificultades para garantizar el diagnóstico temprano, el control glucémico adecuado y el acceso regular a medicamentos, particularmente en zonas con recursos limitados.

El control de la diabetes mellitus tipo 2 en Bolivia muestra una tendencia ascendente y un impacto creciente en la morbilidad y mortalidad del país. Su requiere fortalecer la atención primaria, garantizar la disponibilidad de tratamientos y consolidar políticas intersectoriales que aborden los determinantes sociales de la enfermedad.

Seis personas permanecen hospitalizadas, tres de ellas en la unidad de cuidados intensivos, debido a un brote de una enfermedad respiratoria de etiología desconocida registrado en el Hospital Santa Rita de Cássia, en Vitória. El Secretario de Salud del Estado, Tyago Ribeiro Hoffmann, y la coordinadora del Control de Infecciones Hospitalarias del Hospital Santa Rita de Cássia, la infectóloga Carolina Salume Xavier Subtil, actualizaron la información sobre la situación de los casos. La investigación sobre la causa del brote debería concluir a fines de esta semana.

Un total de 33 trabajadores de un ala de internación oncológica presentaron síntomas respiratorios similares a los de una neumonía. La mayoría recibió tratamiento y ya han sido dados de alta. De ellos, seis permanecen hospitalizados, principalmente en hospitales de la región de Vitória, en aislamiento.

Otros 12 contactos de empleados que circularon por el ala en los últimos días, y que presentaron síntomas similares, están hospitalizados y bajo observación.

“Ya hemos investigado varios virus, como el coronavirus y los de la influenza A y B, que fueron descartados. Ahora estamos investigando bacterias y hongos. Las pruebas se están realizando en el Laboratorio Central de Salud Pública de Espírito Santo y en la Fundación Instituto ‘Dr. Oswaldo Gonçalves Cruz’, donde se analizan cerca de 300 patógenos. También estamos trabajando en la hipótesis de una causa ambiental, por lo que se han recogido muestras de superficies, agua, muebles y del sistema de aire acondicionado”, declaró el secretario.

Toda la red sanitaria de Espírito Santo –incluyendo establecimientos públicos y privados– está movilizada para seguir el protocolo establecido por la Secretaría de Salud del Estado (SESA) en casos de síntomas similares a los registrados en el Hospital Santa Rita de Cássia.

“No se han registrado nuevos casos relacionados con el brote desde el 22 de octubre. Publicamos una nota técnica en la que se instruye a todos los centros sanitarios para que notifiquen a la SESA cuando identifiquen pacientes con síntomas respiratorios compatibles”, añadió Ribeiro Hoffmann.

La coordinadora del Control de Infecciones Hospitalarias del hospital, Carolina Salume Xavier Subtil, recalcó que no hay recomendación de usar barbijo en el hospital.

“Los contagios no fueron de persona a persona. No existe riesgo alguno al visitar el hospital, ni es necesario usar barbijo en este momento. El problema se limitó al ala de internación donde se identificó el brote, la cual, por precaución, ha sido cerrada, al igual que un centro quirúrgico”, explicó.

Todos los servicios del hospital, incluidas las cirugías, los exámenes y los tratamientos oncológicos, funcionan con normalidad.

El secretario Ribeiro Hoffmann informó que se creó un Centro de Información dentro del hospital, integrado por personal del establecimiento, de Vigilancia Epidemiológica Estatal y el Ministerio de Salud.

“Los representantes del Ministerio de Salud están actuando según el protocolo, brindando apoyo técnico, de acuerdo con las normas nacionales para brotes en unidades hospitalarias. Toda la investigación y la gestión del caso han sido realizadas por la SESA en colaboración con el Hospital Santa Rita de Cássia”, explicó Ribeiro Hoffmann.

La SESA reiteró que no existen directrices sobre el uso de barbijo en lugares públicos cercanos al hospital. “Circula información falsa en las redes sociales sobre la supuesta obligatoriedad del uso de barbijo en los autobuses que pasan cerca del Hospital Santa Rita de Cássia, lo cual es falso”, aclaró el secretario.

Los mensajes que vinculan el brote con la bacteria *Legionella* también son falsos . “Todavía no hay confirmación del agente causal”, enfatizó la infectóloga Carolina Salume Xavier Subtil.

En medio de las discusiones preparatorias para la trigésima Conferencia de las Partes de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (COP30), que incluyen incluso temas relacionados con la salud, una investigación contribuye a entender la relación entre la destrucción del bosque y el avance de la malaria en la llamada Amazonia Legal, área que abarca a los nueve estados donde está presente el bioma amazónico en Brasil, creada por el gobierno federal con fines de desarrollo regional.

El [estudio](#) muestra que la cobertura forestal intermedia, con 50% de deforestación, aumenta los casos de la enfermedad en humanos y las tasas de infección por mosquitos *Anopheles*, con abundancia del subgénero *Nyssorhynchus*.

Según el trabajo, la asociación persistente entre deforestación y enfermedad refuerza la necesidad de intervenciones dirigidas, integrando el control de vectores con la conservación forestal. La malaria se transmite mediante la picadura de la hembra del mosquito del género *Anopheles* infectada por una o más especies del protozooario *Plasmodium*. El mosquito anofelino es conocido en Brasil como carapanã, muriçoca, sovela y bicuda.

Los investigadores realizaron recolecciones de campo en 40 puntos de Cruzeiro do Sul, municipio del estado de Acre situado en una frontera de deforestación. Junto con otras ciudades del Vale do Juruá, el municipio es considerado un punto crítico persistente de incidencia de malaria: las intervenciones de la última década no han sido capaces de interrumpir los ciclos endémicos. Las áreas seleccionadas representan un gradiente de cobertura forestal y niveles de deforestación.

En la investigación se detectó que el mayor riesgo de transmisión de malaria ocurre cuando existe una proporción de 50% de bosque nativo cercano a viviendas, asentamientos o núcleos poblacionales. El riesgo también es alto cuando la vegetación está fragmentada, permitiendo un mayor contacto de los vectores que están en el bosque con los humanos. Por otro lado, disminuye si la deforestación es completa, porque el ambiente se vuelve inhóspito para el vector, o cuando el bosque se restaura a niveles por encima de 70%, lo que muestra la importancia de la conservación y la restauración.

Para evaluar cómo la estructura del paisaje influye en la transmisión, se usaron datos de mosquitos vectores –abundancia y tasas de infección– y casos de malaria en humanos. Se consideró importante recolectar no solo los vectores, sino también muestras de sangre de los residentes, para probar la infectividad en el grupo de los vectores y en el de los hospedadores. Ese patrón de riesgo de transmisión en medio del gradiente de cobertura forestal apareció en ambos conjuntos.



Trampa luminosa para mosquitos en el borde del bosque: la investigación recolectó vectores *Anopheles* y muestras de sangre de residentes de Cruzeiro do Sul, en el estado brasileño de Acre.

Esta investigación forma parte de un proyecto científico que intenta comprender los ciclos persistentes de transmisión de malaria, de enfermedad de Chagas y de leishmaniosis cutánea ante un escenario de deforestación. Para ello, se trabaja con la integración de modelado de geoprocusamiento y tecnologías de teledetección, aliadas a información sobre la incidencia de parásitos humanos y niveles de infección de mosquitos por *Plasmodium vivax* y *P. falciparum*, *Trypanosoma* spp. y *Leishmania* spp. En total, serán cinco años de seguimiento, con finalización prevista para 2027.



El riesgo de transmisión disminuye si la deforestación es completa, porque el ambiente se vuelve inhóspito para el vector, o cuando el bosque se restaura a niveles por encima de 70%.

Paso a paso de la ciencia

En 2021, un [artículo](#) con los hallazgos de un estudio longitudinal espacio-temporal basado en datos recolectados en asentamientos rurales de la Amazonia, ya mostraba un mayor riesgo de malaria asociado a la deforestación.

Se detectaron dos picos para la ocurrencia de vectores: el primero por *Plasmodium vivax*, *Nyssorhynchus darlingi* y vectores locales, registrado entre 10 y 12 años después del inicio de los asentamientos. En el segundo, entre 36 y 38 años más tarde, los vectores locales no aparecieron, con prevalencia de los otros dos tipos.

Además, otra [investigación](#) demostró que los cambios en los paisajes de la Amazonia disminuyeron la diversidad general de mosquitos, permitiendo que *Nyssorhynchus darlingi* se volviera dominante.

Combate constante

Además de la deforestación, entre las principales causas del avance de la malaria en países endémicos, como Brasil, se encuentran los cambios en los tipos de mosquitos predominantes, la pérdida de biodiversidad y el avance de grandes proyectos de infraestructura que modifican los paisajes naturales, como represas hidroeléctricas, actividades mineras y urbanización.

El cambio climático ha agravado la situación, ya que el aumento de las temperaturas, junto con lluvias y sequías intensas, crea condiciones más favorables para la proliferación de mosquitos. Los sistemas de vigilancia en salud, la atención a las poblaciones más vulnerables y las respuestas rápidas a desastres naturales se encuentran entre las medidas que pueden adoptarse para enfrentar estos casos.

Reconociendo que la crisis climática impacta directamente la salud de las poblaciones y la necesidad de integrar ambas agendas, la presidencia de la COP30, que se celebrará en noviembre en Belém, capital del estado de Pará, incluyó la salud entre los temas de sus días temáticos.

“Las cuestiones ambientales y de salud pública parecen distantes, pero están muy conectadas. Una de las formas de intervención en áreas como las que estudiamos sería promover iniciativas sostenibles que generen ingresos para los residentes. El bosque conservado ofrece productos con valor, pero tienden a ser menos rentables que abrir tierras para pastos o uso agrícola. El pago por servicios ecosistémicos, a través del mercado de carbono, por ejemplo, puede ser una alternativa. Una conferencia como la COP30, que reúne a gobernantes y responsables de la toma de decisiones, puede ser una oportunidad para discutir cómo sustituiremos el modus operandi actual”, comentó el biólogo Gabriel Zorello Laporta, profesor del Centro Universitario Facultad de Medicina de ABC (FMABC), y autor de la investigación.

Considerada un problema de salud pública global, la malaria es endémica en los nueve estados de la Amazonia Legal, que concentraron 138.000 de los 142.000 casos registrados en el país en 2024, según el [Ministerio de Salud](#).

Brasil, mediante el [Plan Nacional de Eliminación de la Malaria](#), se comprometió a llegar al año 2030 con menos de 14.000 casos y alcanzar el objetivo final para 2035.

En el estudio, los investigadores advierten que la eliminación de la malaria requiere no solo tratamientos eficaces, sino también estrategias integrales de control de vectores. Señalan que una solución potencial consiste en hacer que el ambiente sea menos favorable a los vectores anofelinos, manteniendo la biodiversidad en áreas forestales conservadas. La combinación de estos factores ecológicos con protocolos de tratamiento mejorados puede potenciar los esfuerzos para eliminar la malaria.

En el mundo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que hubo 263 millones de casos y 597.000 muertes por la enfermedad en 2023, de las cuales alrededor de 95% ocurrieron en países del continente africano, donde aún hay poco acceso a servicios de prevención, detección y tratamiento.

La prevención individual se realiza mediante el uso de mosquiteros y mallas que protegen de los mosquitos, además de repelentes. Las medidas colectivas incluyen obras de saneamiento y el relleno de criaderos del vector, junto con la mejora de las condiciones de vivienda de las poblaciones vulnerables.

La enfermedad provoca fiebre, escalofríos, temblores, sudoración y dolor de cabeza, y en los casos graves puede causar convulsiones, hemorragias y alteración de la conciencia. En Brasil, normalmente el paciente recibe tratamiento de forma ambulatoria, provisto por el Sistema Único de Salud, la red nacional de salud pública.

La Secretaría de Salud de Hidalgo (SSH) hizo un llamado a la población a reforzar las medidas preventivas ante los casos registrados de enfermedad de manos, pies y boca en distintos municipios, como parte del seguimiento epidemiológico habitual que se realiza en la entidad.

Las autoridades sanitarias precisaron que, si bien no se trata de una situación de alarma, es necesario mantenerse vigilantes para evitar la propagación de esta infección viral, la cual provoca fiebre, dolor de garganta y erupciones con llagas o ampollas en manos, pies y boca.

Entre los planteles verificados recientemente se encuentran dos instituciones educativas de Pachuca, donde se identificaron tres casos en cada una. Personal de Epidemiología acudió a los centros, emitió recomendaciones y confirmó que los pacientes se encuentran aislados y bajo tratamiento.

Actualmente, la SSH mantiene la vigilancia epidemiológica hasta que se otorgue el alta sanitaria. En total, se reportan 32 brotes activos con 144 casos, distribuidos de la siguiente manera: Tula (38 casos), Mineral de la Reforma (23), Pachuca (20), Tizayuca (20), Jacala (12), Tolcayuca (11), La Misión (5), Tlahuiltepa (5), Actopan (2), Cuautepéc (2), Eloxochitlán (2), Huejutla (2) y Tlahuelilpan (2).

La dependencia recordó que las cifras pueden variar conforme avanza la notificación de casos. Asimismo, destacó que de enero a octubre de 2025 se han registrado 464 casos, mientras que en el mismo periodo de 2024 se reportaron 540, lo que representa una disminución del 14%, confirmando que no hay incremento ni situación de alarma.

Finalmente, se solicitó la colaboración de madres, padres y personal educativo para fortalecer las acciones preventivas, entre ellas:

- Acudir a valoración médica y evitar la automedicación.
- Lavar las manos frecuentemente con agua y jabón.
- No compartir alimentos ni utensilios.
- Mantener limpios los espacios escolares y del hogar.
- No enviar a niños enfermos a la escuela hasta que lo indique un médico.

Estas medidas son esenciales para cortar las cadenas de transmisión y proteger la salud de la comunidad escolar, reiteró la SSH.

La enfermedad de manos, pies y boca es un padecimiento viral que afecta con mayor frecuencia a niños pequeños. Los agentes etiológicos más comunes son los Coxsackievirus A16 y Enterovirus A71, quienes típicamente provocan brotes en la población infantil, predominantemente en niños menores de cinco años, con un pico de incidencia alrededor de los dos años de vida.

Aunque la mayoría de los casos cursan de forma leve y autolimitada en 7 a 10 días, la ausencia de una notificación sistemática impide conocer con precisión la magnitud del problema en México.

Los contagios se producen sobre todo en ambientes donde hay contacto cercano entre niños, como guarderías, escuelas y ludotecas; el virus se transmite por secreciones respiratorias, contacto con superficies contaminadas, líquido de las ampollas y heces. Tradicionalmente los brotes se presentaban en época de calor o principios de otoño. Sin embargo, en México se ha observado un desplazamiento hacia otras estaciones, con notificaciones de más casos en invierno y otoño en 2025.

La enfermedad, aunque es considerada de baja prioridad, tiene un impacto real en comunidades infantiles y requiere atención. Las complicaciones son poco frecuentes, pero el virus A71 puede estar asociado con meningitis, encefalitis o parálisis flácida aguda. Dado que no existe tratamiento específico ni vacuna universal para esta enfermedad en México, las estrategias de control se centran en medidas de higiene, aislamiento de casos y educación a padres y cuidadores. El seguimiento y prevención de esta enfermedad merecen mayor visibilidad en México, sobre todo para garantizar intervenciones oportunas y evitar complicaciones graves en niños.

Uno de los ecosistemas más emblemáticos del altiplano peruano, la cuenca del lago Junín, en el centro del país, sufre niveles inaceptables de contaminación de arsénico, plomo y cadmio, lo que conlleva peligros para la salud humana, sobre todo cáncer, y para el resto de la vida de la región.

Según un reciente estudio, 99% del área muestra de muy alto a ultra-alto niveles de riesgo ecológico, así como 100% de riesgo carcinogénico para adultos, y exposición de niños al arsénico.



Traslado de bloques de concreto para instalar una estación flotante tipo boya en el lago Junín para monitorear la calidad del agua.

Los niveles de arsénico, plomo y cadmio están muy por encima de los umbrales aceptables, con un riesgo cancerígeno inadmisibles. También resalta la cantidad de cromo hallado, grave para la salud humana.

La investigación evaluó la distribución espacial, el riesgo ecológico y las implicaciones para la salud humana de 14 metales pesados, metaloides y oligoelementos en los suelos superficiales que rodean el lago Junín (o Chinchaycocha), en 211 muestras de suelo.

Los resultados revelan una contaminación extrema, con concentraciones de arsénico, plomo, cadmio y zinc que superan los umbrales ecológicos en más de 100 veces en las zonas agrícolas.

Las evaluaciones de riesgo ecológico utilizando el grado de contaminación, el índice de carga de contaminación y el índice de riesgo mostraron que más de 99% del área de estudio exhibe niveles de contaminación muy altos a ultra altos.

En la zona viven unas 50.000 personas, contando áreas urbanas y rurales, y es parte de la Reserva Nacional de Junín.

Pero el impacto llega a 1,3 millones de personas porque parte de las aguas luego son usadas en los valles y en represas aguas abajo. El cálculo acerca del tamaño de esa incidencia, así como la afectación a niños y embarazadas de la zona es parte de un trabajo futuro.

Un emblema

La zona del lago Junín es uno de los ecosistemas más emblemáticos del altiplano peruano. Ubicado a 4.100 metros sobre el nivel del mar, es la segunda masa más grande del país y fuente del río Mantaro, que alimenta áreas agrícolas en el valle.

Este importante ecosistema se convirtió en un sumidero de metales y metaloides, arsénico, plomo, cadmio, que se acumulan en agua y sedimentos y suelos de pastoreos. Lo que afecta a los alimentos y expone a las comunidades locales que usan el suelo y el agua.

Son pasivos ambientales de minas abandonadas desde hace casi un siglo, o incluso más, dado que la zona alto-andina tiene una tradición minera de más de 300 años, a lo que se suma la ganadería y la urbanización actuales.

Existe un proceso de bioacumulación porque los animales alrededor del lago consumen forraje contaminado.

Este estudio logró obtener datos de una robustez inédita. Una de las razones es que se ha hecho un muestreo sistemático de la zona con grillas de extracción de muestras alrededor del lago. Son muestras compuestas, que representan un píxel de satélite. Esta concentración se compara con variables ambientales a lo que se suma el cálculo de cuántos días está inundada el área.

Para eso se ha usado un modelo del llamado *machine learning* (una de las bases de la [IA](#)) con validación cruzada, para saber si el modelo es robusto y se pueden extrapolar los datos; el sistema podría usarse en otras zonas similares.

Los resultados coinciden con los hallazgos de una investigación previa en la cuenca del río Mantaro, así como en la región de Huaraz: la contaminación relacionada con la minería en los altos Andes de Perú representa un grave riesgo ecológico, socioeconómico y para la salud de la población local.

Los investigadores esperan que las autoridades peruanas consideren seriamente este estudio para proteger el bienestar de la población local, los animales y el ambiente.



El lago Junín o Chinchaycocha, en idioma quechua, es uno de los más emblemáticos e importantes del altiplano peruano.



CHEQUIA

LA EPIDEMIA DE HEPATITIS PUEDE
DURAR AL MENOS UNO O DOS AÑOS MÁS

22/10/2025

Chequia enfrenta la que probablemente sea la mayor epidemia de hepatitis A de los últimos 46 años. Comenzó el pasado abril en zonas aisladas de Ostrava, adonde llegó el virus procedente de Eslovaquia. Su propagación aún no se ha detenido.

Si bien el año pasado 676 personas enfermaron en Chequia y dos fallecieron, este año los médicos informaron 2.141 casos y 26 muertes, diez de ellas en Praha. El fallecido más joven tenía 35 años. Por este motivo, el interés por las vacunas de pago va en aumento, aunque no lo suficiente. Los expertos, por lo tanto, abogan por que las aseguradoras las cubran para determinados grupos.

Los expertos debaten actualmente quiénes deberían ser elegibles para recibir vacunas gratuitas. Se espera que retomen el tema hoy en una reunión del Instituto Nacional de Gestión de Pandemias, un órgano asesor del Ministerio de Salud. Sin embargo, existen opiniones divergentes sobre si vacunarse gratuitamente y quiénes deberían hacerlo, y no todos están a favor.

“El Instituto Estatal de Salud propone vacunar a los niños en edad preescolar. Sin embargo, supongo que también hablaremos del grupo de personas con mayor riesgo: los pacientes con enfermedades hepáticas crónicas. Son quienes fallecen con mayor frecuencia por hepatitis A, por lo que deberían tener derecho a la vacunación cubierta por el seguro médico público”, afirma Matyáš Fošum, subdirector de higiene y director del Departamento de Protección de la Salud Pública del Ministerio de Salud.

Según él, no se descarta que ambos grupos, es decir, los niños pequeños y los adultos con enfermedades hepáticas, puedan recibir las vacunas. “Hay más propuestas; veremos a qué llegan los grupos de expertos”.

“Si decidiéramos incluir la vacuna contra la hepatitis A en el calendario de vacunación infantil, el ministerio tendría que emitir un nuevo decreto y acordar con los fabricantes de vacunas mayores suministros”, mencionó Fošum.

Durante la epidemia actual, los médicos recomiendan protegerse sobre todo vacunándose. Los anticuerpos adquiridos tras la vacunación protegen contra la enfermedad durante al menos veinte años, y generalmente de por vida, al igual que una infección ya superada.

El interés por las vacunas está creciendo. “Más de 112.000 personas se han vacunado este año, lo que supone más del doble que el año pasado”, afirmó Fošum.

En algunos lugares, incluso hay escasez de vacunas, sobre todo para niños. Pero el ministerio está abordando este problema y existen tres tipos de monovacunas contra la hepatitis A en el mercado.

Aun así, la cobertura de vacunación sigue siendo muy baja. “La mayoría de los pacientes hospitalizados en estado grave o que fallecieron no estaban vacunados. Solo dos recibieron la primera dosis, pero únicamente después de la exposición, es decir, durante el período de incubación, que puede durar hasta cincuenta días”, afirmó Kateřina Fabiánová, epidemióloga del Instituto Estatal de Salud.

Según los expertos, la hepatitis A se ha propagado con tanta facilidad en Chequia porque la mayoría de la población no tiene anticuerpos. No han tenido dónde contagiarse, ya que han transcurrido casi cincuenta años desde la última gran epidemia, asociada a la importación de fresas polacas contaminadas en 1979. En aquella ocasión, enfermaron unas 30.000 personas. En 1989, se registraron más de 2.600 contagios, pero este año probablemente habrá más. El año anterior, solo enfermaron 65 personas.

Una cuarta parte de los infectados son niños.

“Al menos una cuarta parte de los infectados este año son niños. Aunque suelen presentar síntomas leves o incluso ser asintomáticos, contagian el virus. Por eso estoy a favor de la vacunación generalizada, especialmente en niños”, afirmó la epidemióloga Kateřina Fabiánová.

El epidemiólogo Roman Prymula también apoya la vacunación de niños en edad preescolar por las mismas razones. “Esto, con el tiempo, reduciría los problemas derivados de la necesidad de aplicar repetidamente medidas de cuarentena en las escuelas. Pero es necesario evaluar los costos económicos de la vacunación y sus beneficios”, señaló Prymula.

Pavel Dlouhý, jefe del Departamento de Enfermedades Infecciosas de Ústí nad Labem y presidente de la Sociedad Checa de Medicina Infecciosa, también está a favor de la vacunación infantil. Según él, se necesitan dos dosis de la vacuna, con un intervalo aproximado de un año, para lograr una protección a largo plazo contra la hepatitis. Sin embargo, cada dosis cuesta alrededor de 70 dólares para los niños y alrededor de 80 dólares para los adultos. Los precios varían según el tipo de vacuna y el lugar de vacunación.

Sin embargo, los más afectados son las personas en situación de vulnerabilidad social que viven en barrios marginales con condiciones higiénicas precarias. A menudo se trata de personas sin hogar, alcohólicas o drogadictas. No tienen recursos para costear la vacuna. “Las aseguradoras contribuyen a la vacunación con fondos para la prevención. Sin embargo, a muchos adultos mayores o familias numerosas el precio de las vacunas les impide acceder a ellas. Por eso apoyo la vacunación gratuita para determinados grupos de personas”, afirmó Dlouhý.

Y estimó que, si el estado decide vacunar, por ejemplo, a los niños pequeños en edad escolar o preescolar y revacunarlos después de un año, costará aproximadamente 12 millones de dólares al año.

Actualmente, solo las personas que viven en zonas con alta incidencia de epidemias, donde los higienistas ordenan vacunaciones de emergencia, tienen derecho a recibir vacunas gratuitas. En cambio, algunos profesionales sanitarios, como los de los departamentos de enfermedades infecciosas, reciben un reembolso por parte de sus empleadores.

Rotavirus en lugar de hepatitis A

Sin embargo, el presidente de la Sociedad Checa de Vacunología, Roman Chlábek, se opone a la vacunación generalizada de los niños.

“No estoy en contra de la vacunación. En la situación actual, la recomendamos enfáticamente a varios grupos objetivo. Pero no de manera gratuita. No puedo apoyar la propuesta de vacunación gratuita de niños contra la hepatitis A en una situación en la que el presupuesto para

vacunas es limitado y llevamos mucho tiempo promoviendo en vano, por ejemplo, la vacunación infantil contra las infecciones por rotavirus”, explicó Chlábek.

Si bien la epidemia de hepatitis pronto remitirá y habrá paz durante un período de tiempo más prolongado, los rotavirus, que también causan infecciones intestinales graves, siguen presentes, sobre todo en los meses de invierno.

Decenas de miles de niños se infectan cada año, y miles más acaban hospitalizados. Debido a la diarrea y los vómitos severos, muchos se deshidratan tanto que colapsan y algunos incluso mueren. “Si estamos considerando qué vacunas pagar para los niños, se debería dar prioridad a la del rotavirus”, dijo Chlábek.

El jefe del departamento de pediatría de Ostrava-Vítkovice, Jan Boženský, opinó de forma similar. “Definitivamente se debe dar prioridad a la vacuna contra el rotavirus”, afirmó el pediatra.

La epidemia aún no ha terminado

Según Kateřina Fabiánová, la epidemia de hepatitis A aún no ha terminado. “La experiencia pasada demuestra que puede durar al menos uno o dos años más”, afirmó la epidemióloga.

Será importante el consenso final de los expertos, pero solo pueden hacer recomendaciones. El Ministerio de Salud tendrá la última palabra. Probablemente, se encargará del asunto el nuevo ministro, Adam Vojtěch, quien aseguró que ya se está preparando para su nuevo cargo y que está monitoreando la situación epidemiológica.

“Sin duda abordaré las posibilidades de vacunación contra la hepatitis A. Estoy a favor de que sea gratuita lo antes posible para los grupos de adultos en riesgo, para quienes la infección puede ser una sentencia de muerte”, afirmó Vojtěch.

“En el caso de los niños, será necesario evaluar si resulta conveniente en términos de costos y beneficios. Todavía no estoy seguro de ello, sobre todo teniendo en cuenta que las epidemias de hepatitis A no son frecuentes. Pero también dependerá de la opinión de los expertos”, añadió Vojtěch.

Aumenta el interés por las pruebas de anticuerpos de pago

Los laboratorios están analizando un número récord de muestras de sangre para detectar la hepatitis A. A petición de médicos o pacientes que pagan de su propio bolsillo, determinan si un paciente se está recuperando de la infección o si posee anticuerpos protectores a largo plazo. En la mayoría de los casos, determinan ambas cosas.

Este año, solo los laboratorios Synlab de Praha han analizado más de 9.500 muestras para detectar anticuerpos IgM activos, que confirman la enfermedad, y la mayoría de ellas para detectar anticuerpos protectores (IgG). Se trata del mayor número de análisis en los últimos años.

El año pasado, se realizaron 25% menos de estas pruebas, y el año anterior, 59% menos. El interés de los pacientes que pagan de su propio bolsillo por detectar anticuerpos protectores se ha multiplicado por siete en comparación con octubre del año pasado.

Los laboratorios Spadia analizaron 5.375 muestras hasta mediados de octubre de este año, en comparación con las 3.021 analizadas durante todo el año anterior. El número de pacientes que pagan de su propio bolsillo se ha duplicado.

Las enfermedades del sistema respiratorio fueron responsables de 7% de todos los fallecimientos registrados en la Unión Europea (UE) en 2022, según los últimos datos publicados por Eurostat. En total, se contabilizaron alrededor de 363.500 muertes por este tipo de patologías entre los residentes comunitarios, lo que las sitúa entre las principales causas de mortalidad junto con las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

La incidencia, sin embargo, varió significativamente entre países. Malta, Irlanda y Dinamarca registraron las mayores proporciones de muertes atribuibles a enfermedades respiratorias, con 12,2%, 10,8% y 10,6% respectivamente, cifras que duplican la media europea. En el extremo opuesto, Finlandia, Eslovenia y los países bálticos presentaron los porcentajes más bajos, todos por debajo de 4%.

En cuanto a las diferencias por sexo, en toda la UE, las muertes por enfermedades respiratorias afectaron más a los hombres (7,6%) que a las mujeres (6,5%). Esta diferencia se repitió en la mayoría de los Estados miembros, siendo especialmente marcada en Rumania (2,4 puntos porcentuales de diferencia), Malta (2,1 pp), Estonia (2,0 pp) y España (1,9 pp). Solo en un reducido grupo de países –como Dinamarca, Irlanda, Suecia o los Países Bajos– la proporción de muertes fue ligeramente mayor entre las mujeres.

Las tasas de mortalidad estandarizadas confirman esta desigualdad: la media europea se situó en 72,9 muertes cada 100.000 habitantes, pero entre los hombres ascendió a 101,5 cada 100.000, casi el doble que entre las mujeres (54,6). En este sentido, influyen factores como el tabaquismo y la exposición laboral a contaminantes. En los países bálticos, la tasa masculina fue hasta 3,4 veces superior a la femenina, mientras que en Suecia y los Países Bajos la diferencia se redujo a 1,3.

En cuanto a las diferencias por edad, entre los mayores de 65 años, la tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias fue de 336,1 muertes cada 100.000 habitantes, una cifra 37 veces superior a la de los menores de 65 años (9,2 cada 100.000). Este patrón refleja la especial vulnerabilidad de la población de edad avanzada frente a patologías como la neumonía o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Bronquitis crónica, EPOC y neumonía, principales causas de fallecimiento

Por tipo de enfermedad, las patologías de las vías respiratorias inferiores –como la bronquitis crónica o la EPOC– y la neumonía fueron las principales causas de fallecimiento. En 2022, Hungría (75,1 muertes cada 100.000 habitantes) y Dinamarca (60,2) encabezaron la lista de países con mayores tasas por enfermedades crónicas respiratorias, mientras que Eslovenia y Lituania registraron las más bajas.

Las tasas de mortalidad por neumonía fueron especialmente altas en Eslovaquia y Rumania, donde superaron las 90 muertes cada 100.000 hombres, frente a las mínimas cifras observadas en Finlandia, con menos de 2 cada 100.000. En cuanto a la gripe, Austria presentó la tasa más elevada en hombres (4,0 cada 100.000) y los Países Bajos en mujeres (3,6).

Por su parte, el asma fue la única enfermedad respiratoria con mayor mortalidad femenina. En la UE, la tasa de mortalidad estandarizada por asma y estado asmático fue de 1,3 muertes cada 100.000 mujeres, frente a 0,9 en hombres. Las diferencias más notables se observaron en Chipre, donde la mortalidad femenina fue 3,5 veces mayor, y en España, Portugal y Malta, donde duplicó la tasa masculina.

La vacunación es clave para la prevención. En 2023, más de 75% de las personas mayores de 65 años en Dinamarca e Irlanda estaban vacunadas contra la gripe, frente a menos de 10% en Polonia. Según Eurostat, en 19 de los países de la UE la cobertura vacunal en mayores aumentó respecto de 2013, con incrementos significativos en Portugal, Estonia y Finlandia, mientras que Malta registró la mayor caída, de 10,6 puntos porcentuales.

La Oficina de Salud del Distrito de Sleman destacó el aumento cada vez más preocupante de los casos de leptospirosis. En lo que va de 2025, la oficina registró 82 casos de la enfermedad, que se transmite a través de la orina de rata, nueve de los cuales terminaron en muerte.

Estos datos arrojan una tasa de letalidad de 11%, una cifra considerada más alta y más mortal que la del dengue hemorrágico.

El director del Servicio de Salud de Sleman, Cahya Purnama, reveló que la leptospirosis es motivo de grave preocupación. “Hasta la fecha, se han registrado nueve muertes. Sí, esto es más grave que el dengue, porque la intervención es muy difícil y la fuente son las ratas”, dijo el 28 de octubre.

De los arrozales a las fábricas de muebles

Cahya Purnama explicó que existe un cambio en la tendencia de los sitios de transmisión, lo que dificulta cada vez más el control de la leptospirosis. Inicialmente, los casos se encontraban principalmente en zonas agrícolas como Minggir. Sin embargo, ahora también se han detectado casos en el distrito de Ngemplak, donde la transmisión se produce fuera de los arrozales.

“En Ngemplak, la infección no se produjo en un arrozal, sino en una mueblería. Quizás alguien estaba fumando, apoyó el cigarrillo sobre una mesa con orina de rata, y probablemente así contrajo la enfermedad”, dijo, recordando al público que la exposición puede ocurrir a través de actividades cotidianas en entornos laborales antihigiénicos.

El Dr. Yuli, de la División de Servicios de Salud de la Oficina de Salud de Sleman, agregó que los cinco principales casos de leptospirosis actualmente se concentran en los subdistritos de Ngemplak, Depok, Prambanan, Minggir y Ngaglik.

No subestimar los síntomas

La Oficina de Salud de Sleman determinó que la mayoría de los casos fatales se debieron a un retraso en el tratamiento. Los pacientes fueron llevados a un centro de salud, en promedio, cinco días después de la aparición de los primeros síntomas, a pesar de que el tratamiento temprano con antibióticos es crucial.

Se aconseja al público estar atento a los primeros síntomas de la leptospirosis, que a menudo se confunden con los de la gripe: fiebre alta repentina, dolor intenso en las pantorrillas y ojos rojos o ictericia.

“Ante cualquier síntoma, se debe buscar atención médica de inmediato. La muerte se produce por un tratamiento tardío. Si se administran antibióticos con prontitud, no habrá fallecimiento”, recalcó Cahya.

La mayoría de las víctimas eran hombres mayores de 50 años que realizaban actividades de alto riesgo, como la agricultura, el deshierbe o la limpieza de canaletas sin equipo de protección personal.

Por lo tanto, controlar la población de ratas y mantener limpio el ambiente, incluyendo una gestión adecuada de los residuos, es fundamental. La Oficina de Salud también solicitó la participación activa de la Oficina de Agricultura y de todas las organizaciones regionales para intensificar los esfuerzos simultáneos de erradicación de ratas en aras de la seguridad pública.

El Departamento de Salud del Estado de Sarawak informó el 28 de octubre la sexta muerte humana por rabia del año, un hombre de 51 años.

Según las autoridades, el caso comenzó a mostrar síntomas de fiebre y entumecimiento en las manos el 8 de octubre. Al día siguiente acudió a una clínica privada para recibir tratamiento ambulatorio, pero el 11 de octubre sus síntomas empeoraron, incluyendo dolor muscular y articular y dolor de garganta.

Para el 18 de octubre, su estado había empeorado y fue ingresado en un hospital privado tras sufrir debilidad y deshidratación. Posteriormente, las pruebas de laboratorio confirmaron que era positivo en la prueba para rabia.

La investigación no reveló mordeduras ni arañazos de animales; sin embargo, manipuló el cadáver de su perro mascota en junio de este año.

Según los informes, tenía siete perros sin vacunar que vagaban libremente, de los cuales algunos murieron y otros desaparecieron.

Las autoridades sanitarias afirmaron que las seis muertes por rabia equivalen a la misma cifra registrada durante el mismo período en 2024.

Cuatro de las seis víctimas de este año nunca buscaron tratamiento médico después de una mordedura o arañazo, una decisión grave ya que la rabia es casi 100% mortal sin la profilaxis adecuada (vacuna antirrábica e inmunoglobulina antirrábica humana).

La rabia en Malasia presenta actualmente una situación epidemiológica desafiante. Tradicionalmente, el país había sido considerado libre de rabia, pero desde el año 2017 se ha registrado un brote persistente en el estado de Sarawak, en la isla de Borneo, lo cual ha revertido parte del avance previo. En Sarawak, los casos humanos comenzaron a reportarse en julio de 2017, con dos niños como primeras víctimas mortales. Desde entonces, la difusión del virus en perros y gatos ha continuado, y hasta 2023 Malasia acumulaba 72 muertes humanas por rabia, todas en Sarawak. En el periodo 2015/2023, el 89,35% de los casos animales confirmados correspondía a perros.

Un aspecto crítico del escenario es la vacuna para animales domésticos: se calcula que la cobertura de vacunación en perros en la zona epidémica es apenas de 16,66%, muy inferior al 59% estimado para lograr inmunidad de rebaño. Esto favorece la persistencia de la transmisión de la enfermedad desde animales a humanos. Los principales vectores siguen siendo los perros –tanto de propiedad como callejeros–, lo que señala la urgencia de reforzar la vacunación canina, el control de animales vagabundos y la educación pública.

La expansión del brote en Sarawak implicó respuestas multisectoriales: control del movimiento de perros, campañas de esterilización y vacunación masiva de canes, vigilancia de zonas de riesgo, y concienciación a la población sobre el peligro de las mordeduras y la importancia de la consulta médica inmediata.

Aunque Malasia logró en el pasado declarar zonas libres de rabia, la reintroducción del virus en Sarawak evidencia que persisten vulnerabilidades. Se requieren esfuerzos focalizados en la vacunación masiva de perros, fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y educación comunitaria para detener la transmisión zoonótica y avanzar hacia la eliminación de la rabia.

El Departamento de Salud de la provincia de Điện Biên informó que, hasta el mediodía del 27 de octubre, la provincia había registrado 155 casos de shigelosis en la zona del brote en la comuna de Nậm Kè, de los cuales 57 fueron dados de alta, 97 están bajo tratamiento y uno falleció.

Recientemente, en dos comunas, Quảng Lâm y Mường Nhé, se detectaron, monitorearon y trataron rápidamente 11 casos más de la enfermedad, sin complicaciones graves.



El Dr. Vừ A Sứ, especialista de nivel 2 y subdirector del Departamento de Salud de Điện Biên, informó que, inmediatamente después de detectarse un brote de shigelosis en la comuna de Nậm Kè, el grupo de trabajo del Departamento de Salud realizó una inspección, supervisó y coordinó las medidas para controlar y prevenir el brote. Hasta el momento, la comuna de Nậm Kè habilitó dos áreas de cuarentena y tratamiento centralizado: una en la Escuela Secundaria de Nậm Kè (con 10 habitaciones y 50 camas) y otra en la Estación de Guardabosques de Mường Nhé (con tres habitaciones y 30 camas). Las áreas de cuarentena están totalmente equipadas con camas, colchonetas, mantas, gel antibacterial, equipo médico, medicamentos y desinfectantes proporcionados por el Centro Provincial para el Control de Enfermedades, el Centro de Salud de Mường Nhé y el Centro de Salud Comunal. Además, dos vehículos policiales están disponibles para el traslado de pacientes y equipo médico cuando sea necesario.

En lo que respecta a los recursos humanos, el Departamento de Salud de Điện Biên decidió aumentar el número de oficiales epidemiológicos del Centro Provincial para el Control de Enfermedades en cinco y de médicos y enfermeras de los centros médicos de Nậm Pồ y Thanh An en 13 para apoyar a Nậm Kè en la prevención y el control de enfermedades.

Para centrarse en la zonificación y el manejo exhaustivo del brote, evitando que la enfermedad se propague a la comunidad, el Departamento de Salud de Điện Biên ordenó al Centro Médico de Mường Nhé y al Grupo de Trabajo del Centro Provincial para el Control de Enfermedades que reforzaran la supervisión en las escuelas de la comuna de Nậm Kè; y que continuaran examinando y detectando nuevos casos para trasladarlos a zonas de cuarentena para su tratamiento.

En las zonas de cuarentena de Nậm Kè, es necesario mantener la vigilancia en las 21 aldeas de la comuna, en las comunas limítrofes con casos y en las comunas sin casos. Se debe investigar y verificar la presencia de casos sospechosos en las comunas fuera de la zona epidémica, y monitorear regularmente los casos fuera de la comuna de Nậm Kè (en las comunas de Mường Nhé y Quảng Lâm). Asimismo, se debe asesorar a las autoridades locales para que elaboren planes de prevención y control de la epidemia en cada nivel (tanto para cuando no haya casos como cuando sí los haya). Se debe rociar desinfectante dos veces al día en dos puntos de la comuna de Nậm Kè, y aplicar insecticida en la Escuela Primaria N° 1, la Escuela Primaria N° 2,

el Jardín de Niños y la zona de cuarentena y tratamiento de la Estación de Guardabosques de Nậm Kè.

Se debe continuar la coordinación con las autoridades locales para organizar la comunicación en las aldeas de la comuna de Nậm Kè y las comunas limítrofes –Quảng Lâm, Mường Tong y Mường Nhé– sobre los síntomas de la shigelosis, las vías de transmisión, las fuentes de infección y las medidas de prevención de la enfermedad.

El Dr. Vũ A Sử, informó que la shigelosis es una infección intestinal aguda causada por la bacteria *Shigella*. La enfermedad se transmite principalmente por vía fecal-oral, de personas enfermas a personas sanas por contacto directo, o indirectamente a través de alimentos y agua contaminados. Insectos como moscas, mosquitos y cucarachas, entre otros, propagan el patógeno a los alimentos.

Los pacientes presentan síntomas como fiebre alta (38-39°C), escalofríos, dolor de cabeza, fatiga y, en niños, convulsiones, pérdida del apetito, sed, sabor amargo en la boca, náuseas o vómitos. Además, pueden presentar síndrome disentérico, que incluye cólicos abdominales y urgencia defecatoria. Los casos graves pueden provocar desequilibrios electrolíticos, insuficiencia circulatoria e incluso la muerte.

Para prevenir y combatir de forma proactiva la shigelosis, el sector de salud de Điện Biên ha reforzado las recomendaciones a la población y a la comunidad para que adopten las siguientes medidas: higiene alimentaria, consumir alimentos cocinados y agua hervida; higiene personal, lavarse las manos con jabón antes de comer y beber, y después de ir al baño; usar agua limpia y mantener limpias las fuentes públicas de agua; usar inodoros higiénicos, no defecar indiscriminadamente, tratar las heces y, bajo ninguna circunstancia, utilizar heces frescas como fertilizante para las hortalizas; ante la presencia de signos de infección (dolor abdominal, fiebre), acudir inmediatamente a un centro médico para su examen y tratamiento oportunos.

En las escuelas, los maestros deben monitorear y gestionar la salud de los estudiantes, notificar inmediatamente a los centros médicos cuando detecten estudiantes que muestren signos de shigelosis para un tratamiento oportuno; instruir a los estudiantes y a las familias sobre medidas preventivas para prevenir proactivamente la enfermedad.

La shigelosis es una infección entérica causada por bacterias del género *Shigella*, que se transmite principalmente por vía fecal-oral, a través del consumo de agua o alimentos contaminados, o por contacto directo entre personas. En Vietnam, esta enfermedad continúa siendo un importante problema de salud pública, especialmente en áreas rurales y periurbanas donde las condiciones de saneamiento y el acceso a agua potable son limitados.

El agente predominante en el país ha variado con el tiempo. Históricamente, *Shigella flexneri* fue la especie más común en infecciones endémicas, asociada a comunidades con bajo nivel socioeconómico. Sin embargo, en los últimos años se ha observado un incremento de *Shigella sonnei*, vinculada a la urbanización y a mejores condiciones de higiene relativa, fenómeno similar al ocurrido en otros países del sudeste asiático. Los brotes suelen concentrarse durante la estación lluviosa, cuando las inundaciones y el deterioro del sistema de alcantarillado favorecen la contaminación del agua.

La enfermedad afecta principalmente a niños menores de cinco años, en quienes puede causar diarrea aguda, fiebre y disentería con presencia de sangre y moco en heces. La deshidratación y la malnutrición asociadas incrementan la morbilidad infantil. En estudios realizados en hospitales pediátricos de Hà Nội y Thành phố Hồ Chí Minh, *Shigella* ha sido identificada como uno de los patógenos bacterianos más frecuentes en cuadros de diarrea grave, junto con *Escherichia coli* enteropatógena y *Salmonella*.

Un aspecto de creciente preocupación es la resistencia antimicrobiana. En Vietnam se han documentado cepas multirresistentes de *Shigella* con altos niveles de resistencia a ampicilina, trimetoprima-sulfametoxazol y, más recientemente, a fluoroquinolonas, lo que complica el tratamiento empírico y obliga a la vigilancia continua de la sensibilidad bacteriana.

Desde el punto de vista epidemiológico, la shigelosis en Vietnam refleja la interacción entre factores ambientales, sociales y microbiológicos. Los programas nacionales de control de enfermedades diarreicas, junto con la mejora del agua y el saneamiento, han reducido su incidencia general, pero los brotes persisten en comunidades vulnerables, escuelas y guarderías. La notificación obligatoria y la vigilancia microbiológica son esenciales para detectar cambios en los patrones de resistencia y orientar las medidas de prevención.

En síntesis, la shigelosis sigue siendo una enfermedad endémica de relevancia epidemiológica en Vietnam, con impacto particular en la salud infantil y con desafíos crecientes por la resistencia antimicrobiana, lo que exige una respuesta sostenida desde la salud pública y la investigación clínica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus socios mundiales pidieron que se reconozca la protección de la salud de las personas como el principal motor de la acción climática, ya que un nuevo informe mundial publicado el 28 de octubre advirtió que la continua dependencia de los combustibles fósiles y la falta de adaptación a un mundo que se calienta ya están teniendo un impacto devastador en la salud humana.



El Informe de 2025 de Lancet Countdown sobre Salud y Cambio Climático, elaborado en colaboración con la OMS, constató que 12 de los 20 indicadores clave que monitorizan las amenazas para la salud han alcanzado niveles récord, lo que demuestra cómo la inacción climática está costando vidas, sobrecargando los sistemas sanitarios y debilitando las economías.

“La crisis climática es una crisis de salud. Cada fracción de grado de calentamiento cuesta vidas y medios de subsistencia”, afirmó el Dr. Jeremy Farrar, Subdirector General de Promoción de la Salud y Prevención y Atención de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud. “Este informe, elaborado con la OMS como socio estratégico, deja claro que la inacción climática está causando muertes en todos los países. Sin embargo, la acción climática también representa la mayor oportunidad para la salud de nuestro tiempo. Un aire más limpio, dietas más saludables y sistemas de salud resilientes pueden salvar millones de vidas ahora y proteger a las generaciones presentes y futuras”.

Principales conclusiones

- **Aumento de las muertes relacionadas con el calor:** La tasa de mortalidad relacionada con el calor aumentó 23% desde la década de 1990, elevando el total de muertes por calor a un promedio de 546.000 al año. En 2024, una persona promedio estuvo expuesta a 16 días de calor extremo que no se habrían previsto sin el cambio climático. Los bebés y los adultos mayores sufrieron un total de más de 20 días de olas de calor por persona, lo que representa un aumento de cuatro veces en los últimos veinte años.
- **Impactos de incendios forestales y sequías:** Las sequías y las olas de calor se asociaron con que 124 millones de personas adicionales enfrentaran inseguridad alimentaria moderada o grave en 2023.
- **Impacto económico:** La exposición al calor provocó la pérdida de 640.000 millones de horas laborales potenciales en 2024, con pérdidas de productividad equivalentes a 1,09 billones de dólares. Los costos de las muertes relacionadas con el calor entre los adultos mayores alcanzaron los 261.000 millones de dólares.
- **Las subvenciones a los combustibles fósiles superan con creces la financiación climática:** En 2023, los gobiernos destinaron 956.000 millones de dólares a subvenciones

netas a los combustibles fósiles, más del triple de la cantidad anual prometida para apoyar a los países vulnerables al cambio climático. Quince países gastaron más en subvenciones a los combustibles fósiles que en la totalidad de sus presupuestos nacionales de salud.

- **Beneficios de la acción climática:** Se estima que entre 2010 y 2022 se evitaron 160.000 muertes prematuras al año solo gracias a la reducción de la contaminación atmosférica exterior derivada del carbón. La generación de energía renovable alcanzó un récord de 12% de la electricidad mundial, creando 16 millones de empleos en todo el mundo. Dos tercios de los estudiantes de medicina recibieron formación en clima y salud en 2024.

“Ya contamos con las soluciones para evitar una catástrofe climática, y comunidades y gobiernos locales de todo el mundo están demostrando que el progreso es posible. Desde el desarrollo de energías limpias hasta la adaptación urbana, se están tomando medidas que generan beneficios reales para la salud; pero debemos mantener este impulso”, afirmó la Dra. Marina Romanello, Directora Ejecutiva de Lancet Countdown en el University College de Londres. “La rápida eliminación gradual de los combustibles fósiles en favor de las energías renovables limpias y el uso eficiente de la energía sigue siendo la herramienta más eficaz para frenar el cambio climático y proteger vidas. Asimismo, la transición hacia dietas más saludables y respetuosas con el clima, y sistemas agrícolas más sostenibles, reduciría drásticamente la contaminación, los gases de efecto invernadero y la deforestación, lo que podría salvar más de diez millones de vidas al año”.

Acción climática que promueve la salud

Si bien algunos gobiernos han ralentizado sus compromisos climáticos, el informe muestra que las ciudades, las comunidades y el sector de la salud están liderando el camino. Casi todas las ciudades que presentaron informes (834 de 858) han completado o planean completar evaluaciones de riesgo climático. La transición energética está generando un aire más limpio, empleos más saludables, un crecimiento económico tangible e inversión extranjera.

El propio sector sanitario ha demostrado un liderazgo climático impresionante, con una reducción de 16% en las emisiones de gases de efecto invernadero relacionadas con la salud a nivel mundial entre 2021 y 2022, al tiempo que mejoraba la calidad de la atención.

Los datos presentados por la OMS muestran que un número creciente de sistemas de salud están evaluando los riesgos y preparándose para el peligroso futuro que se avecina. El 58% de los Estados Miembros han completado una evaluación de vulnerabilidad y adaptación en materia de salud, y 60% ha completado un Plan Nacional de Adaptación en Salud.

De cara a la COP30: la salud en el centro de la acción climática

Mientras el mundo se prepara para la trigésima Conferencia de las Partes de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (COP30) en Belém, Brasil, las conclusiones del *Informe de 2025 de Lancet Countdown sobre Salud y Cambio Climático* proporcionan una base de evidencia fundamental para acelerar la acción climática centrada en la salud.



La OMS aprovechará este impulso mediante el próximo Informe Especial de la COP30 sobre Cambio Climático y Salud, un esfuerzo conjunto que destaca las políticas e inversiones necesarias para proteger la salud y la equidad, e implementar el Plan de Acción de Belém, que se espera sea el resultado clave de la COP30.

El Informe de 2025 de Lancet Countdown sobre Salud y Cambio Climático se creó en colaboración con Wellcome, que sigue proporcionando financiación fundamental. Lancet Countdown está dirigido por el University College London, en colaboración con la OMS y 71 instituciones académicas y agencias de la Organización de Naciones Unidas de todo el mundo. En su novena edición, el informe ofrece la evaluación más completa de los impactos del cambio climático en la salud y los beneficios colaterales de la acción urgente, de cara a la COP30 en Brasil.

El último brote de cólera en el Reino Unido fue en 1866; en los Estados Unidos no se ha registrado un brote desde 1911.

Sin embargo, todavía hoy, los brotes de cólera azotan a 32 países, con más de 6.800 muertes notificadas en lo que va del año, cifra que supera ya las 6.000 víctimas mortales del año pasado, que a su vez supuso un incremento de 50% con respecto a 2023.

Los brotes más graves se registran en África, donde en la mayoría de los casos los conflictos aceleran la propagación de la enfermedad y obstaculizan los esfuerzos para controlarla.

El cólera persiste no por falta de conocimientos científicos o soluciones, sino porque los mandatarios no han tomado medidas con la urgencia y el compromiso que la crisis exige.

Un consorcio de más de 50 asociados, encabezados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), responde a esos brotes a través del Grupo Especial Mundial de Lucha contra el Cólera. Es una alianza establecida en 1992 que permite el acceso a suministros esenciales, así como la detección, prevención y tratamiento del cólera, orienta a las comunidades sobre cómo protegerse y establece prioridades mundiales para controlar el cólera de manera sostenible.

Como complemento de la labor del Grupo Especial, en agosto la OMS y los Centros Africanos para el Control y la Prevención de Enfermedades pusieron en marcha un plan continental de preparación y respuesta frente a emergencias por cólera.

El cólera es por antonomasia la enfermedad de la pobreza. Está causado por una bacteria que se ingiere en alimentos o agua contaminados con heces de una persona infectada.

La mejor forma, y la única sostenible, de prevenir la enfermedad es garantizando el acceso a agua potable y saneamiento. El cólera es actualmente una enfermedad prácticamente desconocida en los países que cuentan con esos servicios, pero medra en las comunidades aquejadas por la desigualdad, la pobreza, los conflictos, los desplazamientos y los desastres climáticos.



Una paciente de cólera siendo atendida en un centro médico en Port-au-Prince (Haití) el 16 de octubre de 2025.

² Tedros Adhanom Ghebreyesus es Director General de la Organización Mundial de la Salud.

Hakainde Hichilema es presidente de Zambia y defensor mundial del control del cólera del Grupo de Trabajo Mundial para el Control del Cólera.

En las comunidades sin acceso a agua potable y saneamiento, el cólera también puede prevenirse con vacunas seguras y eficaces. Las primeras vacunas inyectables se desarrollaron a fines del siglo XIX y han sido sustituidas por vacunas orales, que llegaron en la década de 1980.

Ahora bien, puesto que el cólera se ensaña casi exclusivamente con los países y comunidades más pobres, no atrae la inversión de las empresas que desarrollan las vacunas, para las que ofrece pocas oportunidades de mercado. En estos momentos solamente hay un fabricante que produce vacunas anticoléricas a la escala necesaria para poder realizar campañas de vacunación masiva: EUBiologics, con sede en Corea del Sur.

Para gestionar la respuesta a los brotes de cólera, la OMS y otros asociados establecieron en 2013 una reserva mundial de vacuna anticolérica en el marco del Grupo Internacional de Coordinación del Suministro de Vacunas (GIC) con objeto de garantizar un acceso rápido, equitativo y eficaz a las vacunas en emergencias, especialmente en entornos de bajos recursos. Desde entonces, la reserva ha distribuido casi 250 millones de dosis de vacunas a 34 países.

Casi 75% de esas dosis se ha distribuido desde el inicio de 2021 en respuesta a la reaparición mundial del cólera. En lo que va del año, la reserva ha sufragado más de 49 millones de dosis, cifra que eclipsa el récord anterior para un solo año.

Dada la creciente frecuencia y gravedad de los brotes, las vacunas de la reserva solo pueden utilizarse para controlarlos, más que para campañas preventivas en zonas con riesgo de cólera.

Aunque la reserva se repone cada semana, la producción no puede atender la demanda, por lo que la reserva se sitúa periódicamente por debajo del umbral recomendado de cinco millones de dosis, las necesarias para responder a brotes en un momento dado.

En respuesta, el GIC suspendió en 2022 el régimen de vacunación ordinario de dos dosis a favor de una sola dosis, para estirar los suministros.

Esta decisión se tomó partiendo de la evidencia que muestra que una sola dosis protege contra el cólera, pero que la protección disminuye más deprisa que con el régimen de dos dosis. Por tanto, la vacunación de una dosis es solo una solución temporal para aprovechar al máximo los efectos de los escasos suministros de respuesta a brotes.

La demanda no da señales de menguar, lo que significa que la oferta debe aumentar.

En octubre de 2024, Zambia firmó un memorando de entendimiento con la empresa china JIJIA Medical Technology Company para establecer una planta de producción de vacunas anticoléricas en Lusaka, lo que podría hacer de Zambia el primer país africano que fabrica la vacuna anticolérica.

La producción prevista de vacunas aún requerirá un proceso riguroso de garantía de calidad y ensayos clínicos para confirmar su seguridad y eficacia antes de que las dosis fabricadas a nivel local puedan recibir la aprobación de la OMS y utilizarse en campañas de vacunación masiva.

Si bien incrementar la producción de vacunas en África es esencial para la prevención y respuesta frente a los brotes de esta vieja enfermedad, la única solución a largo plazo es la inversión gubernamental en infraestructuras de agua potable y saneamiento.

Algunas enfermedades no pueden prevenirse por completo, como la enfermedad de Alzheimer y la mayoría de los cánceres.

El cólera no es una de ellas. Puede frenarse. La enfermedad persiste porque persisten la pobreza, la desigualdad, los conflictos y los desplazamientos.

Por tanto, frenar esta enfermedad no es esencialmente un desafío científico, médico o técnico; es un desafío político.

INFECTOLOGÍA

Curso virtual

Infecciones en el paciente inmunocomprometido

Una realidad en continua evolución

30% OFF
TIEMPO LIMITADO

Inicio
INMEDIATO

Dirección:
Dra. Claudia Salgueira

mednet

sadi Sociedad Argentina de Infectología

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

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

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