



7 DE NOVIEMBRE
2025
REC 3.003

ARGENTINA

- Situación epidemiológica de la mpox

AMÉRICA

- Bolivia: Caso fatal de rabia humana en Santa Cruz
- Cuba: Los casos de fiebre chikungunya ya superan los 20.000
- Estados Unidos: Brote multietatal de listeriosis vinculado a pastas precocidas

- Haití: El resurgimiento del cólera amenaza a las comunidades vulnerables

- Honduras: Cerca de 14.000 casos sospechosos de dengue en lo que va del año

EL MUNDO

- Europa: El envejecimiento de la población impulsará las infecciones resistentes a los antibióticos
- Francia: El país enfrenta una situación sin precedentes por las arbovirosis
- Israel: El brote de sarampión, que comenzó en mayo, está activo en todo el país

- Mauritania/Senegal: Situación epidemiológica de la fiebre del Valle del Rift

- Palestina: La campaña de vacunación es un “salvavidas” para los niños de Gaza

- Polinesia Francesa: Brote de salmonelosis en Rangiroa

- República Democrática del Congo: En Kwilu registraron 52 casos de tripanosomosis africana humana en el tercer trimestre de 2025

- Senegal: Se están perdiendo los logros alcanzados en la lucha contra la malaria

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

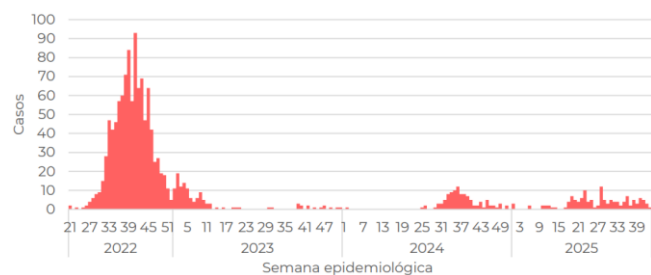


Distinguido por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

© 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.

Ante el recrudecimiento de la mpox asociado a la aparición de un nuevo clado del virus –clado Ib–, su rápida propagación en el este de República Democrática de Congo y la notificación de casos en varios países vecinos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo declaró como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (2005). A raíz de ello y en virtud de dar difusión a las medidas de prevención, vigilancia y respuesta, el Ministerio de Salud de Argentina emitió una [Alerta Epidemiológica](#) el 16 de agosto, incluyendo la descripción de la situación actual y las directrices vigentes para la vigilancia epidemiológica y las medidas ante casos y contactos, entre otros aspectos relacionados con este evento.



Casos confirmados de mpox, según semana epidemiológica. Argentina. De semana epidemiológica 21 de 2022 a 43 de 2025. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N=1.388).

Con el fin de dar una orientación general y una respuesta coordinada, el Ministerio de Salud de Argentina elaboró un [Plan estratégico de preparación y respuesta para Mpox 2024-2025](#). Este Plan es clave para guiar las actividades de preparación y respuesta de salud pública a nivel nacional, jurisdiccional y local, con el objetivo principal de detener los brotes de transmisión de mpox de persona a persona y mitigar su impacto en salud humana a través de medidas coordinadas a nivel nacional. Para facilitar el abordaje de este plan, se han estipulado tres escenarios epidemiológicos frente al ingreso y transmisión de casos de mpox en Argentina:

1. Sin transmisión autóctona, pero con casos importados del clado II.
2. Con casos esporádicos de transmisión autóctona del clado II y sin clado I.
3. Con introducción del clado I.

Si bien el 5 de septiembre de 2025 se dio por finalizada la ESPII, los distintos clados y subclados del virus siguen afectando a diversas regiones geográficas, con variadas dinámicas de transmisión.

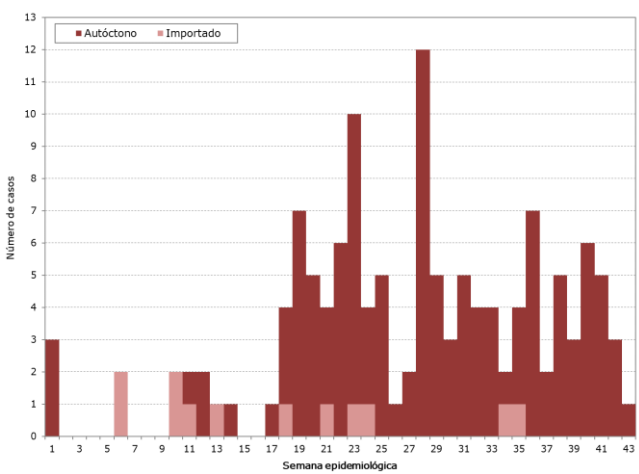
Situación en Argentina

Durante el año 2022 (año epidémico), a partir de la semana epidemiológica (SE) 21, fueron notificados 1.024 casos confirmados. En 2023 se notificaron 124 casos confirmados, principal-

mente en la primera mitad del año, mientras que en 2024 se confirmaron 107 casos, concentrados en la segunda mitad del año. Durante el año en curso, hasta la SE 43, se notificaron 319 casos, de los cuales 133 fueron confirmados.

En 2025, se observa un aumento de casos desde la SE 18, una disminución en la SE 26 y un nuevo aumento desde la SE 28, con un pico de 12 casos en dicha semana. En las últimas SE se confirmaron en promedio cuatro casos por SE. En la SE 41 se detectó un caso en Tucumán y en la SE 42 se detectaron dos casos en Santa Cruz (los primeros casos del año de cada provincia). Los tres casos registran antecedente de viaje a la ciudad de El Calafate (Santa Cruz).

El 92% de los casos confirmados reside en jurisdicciones de la región Centro, principalmente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (60%) y la provincia de Buenos Aires (28%).



Casos confirmados de mpox, según antecedentes de viaje y semana epidemiológica. Argentina. Año 2025, hasta semana epidemiológica 43. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N=133).

Provincia/Región	Casos confirmados			Total de notificaciones
	SE 1 a 43	SE 43	SE 40 a 43	
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	80	4	11	138
Buenos Aires	37	1	5	97
Córdoba	5	—	—	16
Entre Ríos	—	—	—	2
Santa Fe	—	—	—	4
Centro	122	5	16	257
Mendoza	5	—	—	28
Cuyo	5	—	—	28
Corrientes	1	—	—	3
Formosa	—	—	—	2
Misiones	—	—	—	1
Noreste Argentino	1	—	—	6
Jujuy	—	—	—	2
Salta	2	—	—	14
Tucumán	1	—	1	2
Noroeste Argentino	3	—	1	18
Chubut	—	—	—	1
Río Negro	—	—	—	2
Santa Cruz	2	—	2	6
Tierra del Fuego	—	—	—	1
Sur	2	—	2	10
Total Argentina	133	5	19	319

Casos notificados y confirmados de mpox según jurisdicción de residencia. Argentina. Año 2025, hasta semana epidemiológica 43. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N=319).

En las últimas cuatro SE se confirmaron 19 nuevos casos. Dichos casos corresponden a residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (11 casos), Buenos Aires (5), Santa Cruz (2) y Tucumán (1). Los 19 nuevos casos corresponden a personas de sexo masculino, con una mediana de edad de 32 años.

En aquellos casos que consignan información (7 casos), el principal antecedente epidemiológico son las relaciones sexuales con hombres (5 casos).



BOLIVIA

CASO FATAL DE RABIA HUMANA EN SANTA CRUZ

05/11/2025

El Servicio Departamental de Salud (SEDES) Santa Cruz informó el 5 de noviembre de un caso positivo de rabia humana identificado en una paciente interna de Medicina de 24 años, originaria de Melga, que realizaba su servicio rural en Chimoré. La joven falleció y una investigación se encuentra en curso.

Inicialmente, el caso fue reportado como sospechoso. No obstante, los exámenes laboratoriales confirmaron el contagio.

“El laboratorio del Instituto Nacional de Laboratorios de Salud (INLASA) de La Paz confirmó que el resultado fue positivo para rabia humana. La investigación detectó como antecedente el contacto con un cachorro de tres meses de edad que presentaba signos compatibles con rabia”, informó el jefe de Epidemiología del SEDES Santa Cruz, Carlos Alberto Hurtado Solares.

Según el funcionario, la paciente arribó desde el Territorio Indígena y Parque Nacional Isiboro-Sécure, localidad Varicuare de Ivirgazama, Cochabamba. Al ser evaluada por los médicos, se identificaron varios signos típicos de la rabia, por lo que se empezó una investigación.

“La paciente presentó fotofobia, hidrofobia, sialorrea y otras manifestaciones neurológicas. Por ello, el 31 de octubre, inmediatamente después de conocido el caso, se inició la investigación”, afirmó Hurtado Solares.

El especialista detalló que 48 horas después de ello, se requirió el alta médica de la joven, “debido a algunos factores económicos”. La familia decidió trasladarla al departamento de Cochabamba; sin embargo, la paciente no resistió y falleció al poco tiempo.

“Lamentablemente, 48 kilómetros antes de llegar a la ciudad de Cochabamba, esta persona falleció. Se le tomaron muestras y se coordinó con el Ministerio de Salud y Deportes y el SEDES Cochabamba la realización de pruebas que permitan confirmar o descartar algunas patologías”, añadió el profesional.

Las pruebas de laboratorio confirmaron las sospechas. La joven dio positivo para rabia humana, lo que encendió las alertas y se activaron los protocolos. Ahora, se busca identificar si no existen más personas que hayan tenido contacto con ella y hayan resultado contagiadas.

“Rápidamente hemos establecido todas las acciones instruidas por el director del SEDES, como la investigación del brote y la contención del brote de la enfermedad, y lo que viene ahora es una investigación de todas las personas que tuvieron contacto en la clínica sin haber cumplido las medidas de autocuidado y bioseguridad”, dijo.

Hurtado Solares recordó que existe la probabilidad de contagio mediante el contacto con la saliva de la paciente. Por ello es que se siguen los protocolos y se realiza el seguimiento.

El Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia anunció una campaña masiva de vacunación contra la rabia en noviembre. La inmunización de las mascotas es una estrategia para evitar el contagio a los humanos. En tanto, en caso de tener contacto con animales sin acreditación de inoculación, se recomienda a la población acudir a su centro de salud más cercano para una aplicación preventiva de dosis.

El gobierno cubano confirmó que los casos de fiebre chikungunya ya superan los 20.000 en la isla, al tiempo que anunció medidas como la prueba de un medicamento nacional en hospitales de La Habana y Matanzas.

Las autoridades del Ministerio de Salud Pública de Cuba informaron el 3 de noviembre, que en los próximos días comenzará el primer estudio clínico sobre esta arbovirosis.

Asimismo, precisaron que el ensayo se desarrollará en cuatro hospitales de las provincias mencionadas, dos de las más afectadas por la propagación de la enfermedad.



La viceministra de Salud Pública, Carilda Peña García, afirmó que el sistema de salud pública de Cuba atendió 20.062 casos de fiebre chikungunya y que las provincias más afectadas son La Habana, Matanzas, Camagüey, Cienfuegos, Artemisa y Villa Clara.

La fiebre chikungunya se extiende hoy por el territorio cubano junto con el dengue, en medio de una crisis sin precedentes marcada por constantes apagones y una escasez generalizada. Según fuentes oficiales, la tasa de pacientes sospechosos de dengue en la última semana fue de 20,66 cada 100.000 habitantes, con las cifras más elevadas en Cienfuegos, Guantánamo, Matanzas, Ciego de Ávila, Sancti Spíritus, Mayabeque, Villa Clara y Pinar del Río.

También aseguraron que 62% de los focos del mosquito *Aedes aegypti* del país se concentran en La Habana, Santiago de Cuba, Camagüey y Villa Clara.

María Guadalupe Guzmán Tirado, directora de Investigación, Diagnóstico y Referencia del Instituto de Medicina Tropical 'Prof. Pedro Kourí Esmeja', explicó que el aumento de contagios de fiebre chikungunya se debe, principalmente, a que el virus no había circulado antes en la isla con la actual intensidad, mientras que los bajos niveles de inmunidad en la población son otro factor determinante.

Pruebas en hospitales

El objetivo del ensayo en los hospitales es evaluar la eficacia del medicamento cubano Jusvinza en el tratamiento de las manifestaciones inflamatorias articulares que afectan a muchos pacientes una vez superada la infección por el virus Chikungunya.

“Este estudio forma parte del sistema nacional de innovación en salud, que busca ofrecer respuestas rápidas, seguras y sostenibles a los principales desafíos epidemiológicos del país”, indicaron las fuentes gubernamentales.

El gobierno cubano negó un presunto colapso del sistema sanitario ante la oleada de casos de arbovirosis. A principios de octubre, el Ministerio de Salud Pública reportaba la presencia del virus en solo cinco provincias del país.

La fiebre chikungunya no se confirmaba en Cuba desde 2015, pero este año las autoridades identificaron un nuevo brote en la provincia de Matanzas.

La crisis sanitaria puede agravarse después del paso del huracán Melissa la semana pasada por el este del archipiélago. En un reporte anterior, el gobierno cubano informaba de más de 13.000 “casos febriles” en el país.



Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), funcionarios de salud pública y reguladores de varios estados, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de Estados Unidos y el Servicio de Inspección y Seguridad Alimentaria del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA-FSIS) están recopilando diferentes tipos de datos para investigar un brote multiestatal de infecciones por *Listeria monocytogenes*.

Los datos epidemiológicos, de laboratorio y de rastreo muestran que comidas preparadas que contienen pasta están contaminadas con *L. monocytogenes* y están causando enfermedades.

Desde el 25 de septiembre de 2025, se ha reportado un total de siete nuevos casos de listeriosis y tres nuevos estados se han visto afectados, con dos muertes adicionales reportadas, una en Hawai'i y otra en Oregon.

Se ha notificado un total de 27 personas infectadas con la cepa de *L. monocytogenes* causante del brote en 18 estados: California (3 casos), Oregon (3), Texas (3), Hawai'i (2), Louisiana (2), Michigan (2), Florida (1), Illinois (1), Indiana (1), Minnesota (1), Missouri (1), North Carolina (1), Nevada (1), Ohio (1), South Carolina (1), Utah (1), Virginia (1) y Washington (1).

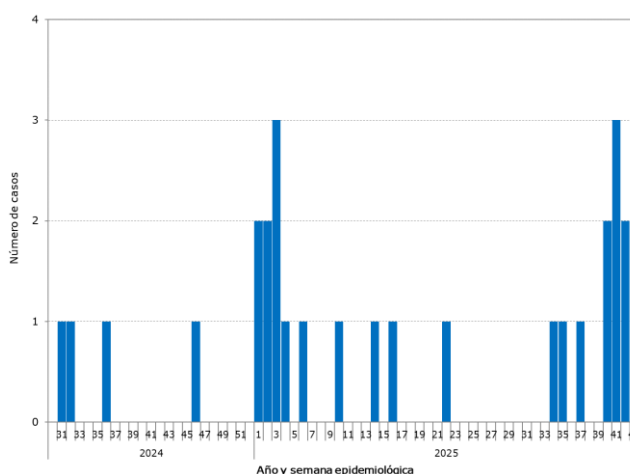
Las muestras de los pacientes se recolectaron entre el 1 de agosto de 2024 y el 16 de octubre de 2025. De las 26 personas con información disponible, 25 fueron hospitalizadas y se notificaron seis fallecimientos. Un fallecimiento se registró en cada uno de los siguientes estados: Hawai'i, Illinois, Michigan, Oregon, Texas y Utah. Un caso de enfermedad asociada al embarazo resultó en la pérdida de un feto.

Es probable que el número real de personas enfermas en este brote sea mayor que el reportado, y que este brote no se haya limitado a los estados con casos conocidos. Esto se debe a que algunas personas se recuperan sin atención médica y no se les realizan pruebas para detectar *L. monocytogenes*. Además, es posible que los casos recientes aún no se hayan reportado, ya que generalmente se requieren de 3 a 4 semanas para determinar si una persona enferma forma parte de un brote.

Los funcionarios de salud pública recopilan diversos tipos de información de las personas enfermas, como su edad, raza, etnia, otros datos demográficos y los alimentos que consumieron durante el mes anterior a enfermarse. Esta información proporciona pistas que ayudan a los investigadores a identificar el origen del brote.

La información obtenida de los casos incluidos en este brote es la siguiente:

- Edad (de 27 casos): rango de 4 a 92 años; edad media de 74 años.



Casos de listeriosis vinculados al brote causado por comidas preparadas que contienen pasta. Estados Unidos. De semana epidemiológica 30 de 2024 a 43 de 2025. Fuente: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos. (N=27).

- Sexo (de 27 casos): 67% mujeres - 33% hombres.
- Raza (de 24 casos): 75% blanco; 13% afroamericanos/negros; 13% asiáticos.
- Etnicidad (de 22 casos): 91% no hispanos; 9% hispanos.

Funcionarios de salud pública estatales y locales están entrevistando a personas sobre los alimentos que consumieron durante el mes previo a enfermarse. De 13 personas entrevistadas, siete (54%) reportaron haber consumido comidas preparadas, y cuatro (57%) específicamente fettuccine Alfredo con pollo. Las personas enfermas compraron estos productos en la sección de refrigerados de Walmart y Kroger. Dos personas también reportaron haber consumido ensaladas preparadas, que contenían pasta, de otras tiendas. Los investigadores de salud pública continúan recabando información sobre la alimentación de las personas enfermas antes del inicio de los síntomas para determinar si otros productos están relacionados con el brote.

El resurgimiento del cólera en el departamento Ouest de Haití pone de relieve la necesidad urgente de una acción sostenida y coordinada para restablecer los sistemas básicos de agua y saneamiento. El brote, parte de un aumento estacional durante el período de lluvias, se está propagando en Port-au-Prince y sus alrededores en medio del colapso casi total de la infraestructura sanitaria de la capital y el empeoramiento de la inseguridad.

Entre el 1 de enero y el 30 de octubre, las autoridades sanitarias haitianas registraron 2.852 casos sospechosos de cólera, 186 casos confirmados y 48 muertes. Más de un tercio de los casos sospechosos corresponden a niños menores de 9 años, según datos del gobierno. Tras un periodo de 11 semanas sin nuevos casos reportados, las autoridades de salud pública están observando ahora un resurgimiento del cólera.

“El cólera vuelve a amenazar miles de vidas en Haití porque la población carece de acceso a los servicios más básicos: agua potable, saneamiento y atención médica”, afirmó Nathalye Co-trino, investigadora sénior de la División de las Américas de Human Rights Watch. “Los haitianos necesitan que el gobierno y la comunidad internacional realicen esfuerzos serios para hacer frente al brote y evitar más muertes prevenibles”.

Tras más de tres años sin casos confirmados de cólera, las infecciones reaparecieron en el país a fines de septiembre de 2022. El resurgimiento marca una dolorosa continuación de la lucha del país contra el cólera.

En 2010, el primer brote de cólera en Haití se rastreó hasta aguas residuales vertidas de manera negligente desde una base de mantenimiento de las fuerzas de paz de la Organización de Naciones Unidas (ONU) a un río. El brote causó alrededor de 9.800 muertes y más de 820.000 infecciones. En 2016, la ONU reconoció su papel en el origen de la epidemia y aceptó la responsabilidad moral, pero no legal, para hacerle frente. Actualmente, las persistentes deficiencias en saneamiento, acceso al agua potable y preparación ante emergencias siguen dejando a la población peligrosamente expuesta a nuevos brotes.

“El agua estancada, las tuberías de alcantarillado rotas y la acumulación de basura en toda la ciudad crean las condiciones ideales para que los brotes se propaguen cada vez que llegan las lluvias”, dijo Diana Manilla Arroyo, jefa de misión de Médicos Sin Fronteras (MSF) Países Bajos en Haití. “A esto se suma que gran parte de la infraestructura del país fue destruida tras el terremoto de 2010”.

La falta de acceso a agua potable, el saneamiento deficiente y la higiene inadecuada son factores que contribuyen en gran medida a la propagación del cólera. En Haití, solo 25% de los hogares tiene acceso a instalaciones adecuadas para lavarse las manos con jabón, y 70% de la po-



Pacientes con cólera reciben tratamiento en un centro médico en Port-au-Prince, Haití, el 16 de octubre de 2025.

blación no tiene acceso a un sistema de saneamiento mejorado, según la ONU. Las fuertes lluvias provocadas por el huracán Melissa también aumentan el riesgo de que la bacteria se propague a más fuentes de agua no cloradas.

El resurgimiento del cólera se ve agravado por la extrema inseguridad. Los grupos criminales han expandido su control a gran parte del país, bloqueando carreteras, restringiendo el acceso humanitario y aislando a las comunidades necesitadas. La violencia desplazó a más de 1,4 millones de personas este año, la cifra más alta jamás registrada en Haití, lo que obligó a muchas de ellas a vivir en asentamientos informales superpoblados con poco o ningún acceso a agua potable o saneamiento. Estas condiciones ponen a las personas desplazadas en grave peligro.

Para quienes enferman, acceder a atención médica es difícil. Según la ONU, solo 11% de los centros de salud con capacidad de hospitalización en la capital siguen funcionando a plena capacidad. Mientras que las personas en barrios con mayores recursos y seguros pueden acudir a hospitales privados y centros de tratamiento, quienes viven en zonas controladas por los grupos criminales, como Cité Soleil y la parte baja de Delmas, se enfrentan a severas restricciones de movimiento y no tienen medios para pagar atención médica privada.

El último brote llegó a Pétion-Ville, un barrio más acomodado de Port-au-Prince donde se ubican la mayoría de las oficinas de la ONU y de las misiones diplomáticas, y que en los últimos años había evitado en gran medida una transmisión significativa del cólera.

Con la asistencia de la Organización Panamericana de la Salud y otros socios humanitarios, el Ministerio de Salud y Población de Haití intensificó sus esfuerzos en las zonas más afectadas, incluyendo campañas de desinfección, iniciativas de sensibilización pública y el suministro de cloro, agua potable y productos de higiene.

El gobierno de transición haitiano, con el apoyo de socios internacionales, debería reparar urgentemente la red nacional de agua y alcantarillado, garantizar acceso humanitario seguro a las zonas de alto riesgo y restablecer la capacidad operativa de las instituciones de salud pública. Los esfuerzos para clorar las fuentes de agua y llevar a cabo campañas de sensibilización pública sobre la prevención del cólera y el uso de agua clorada, también son claves, especialmente durante las temporadas de alto riesgo.

A pesar del agravamiento de las condiciones humanitarias y de seguridad, varios países continúan devolviendo a Haití a un gran número de personas, en particular República Dominicana, Estados Unidos y Bahamas, así como el territorio británico de ultramar de las Islas Turcas y Caicos. Estos y otros países deportaron a más de 225.000 personas a Haití entre enero y fines de octubre de 2025, según la Organización Internacional para las Migraciones.

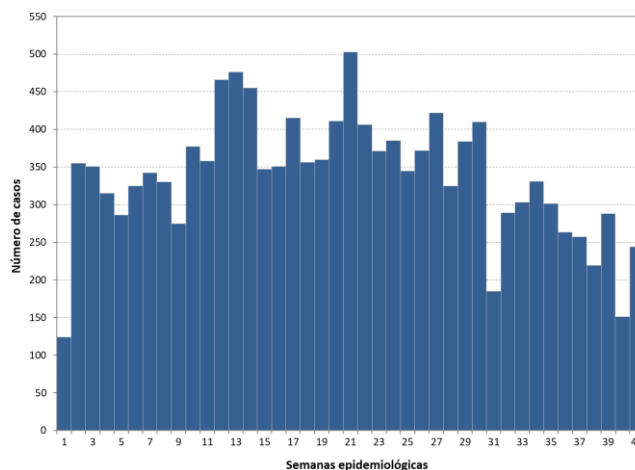
Nadie debería ser deportado ni devuelto a Haití, donde las crisis humanitarias, de seguridad y de salud pública se superponen y ponen en peligro vidas, y donde hay un alto riesgo de violencia sin acceso efectivo a protección o justicia.

“Este brote de cólera se ve agravado por años de negligencia institucional y el casi colapso de los servicios esenciales”, afirmó Cotrino. “Los gobiernos extranjeros deberían hacer todo lo posible para ayudar a Haití a poner fin al cólera”.

Los casos de dengue en Honduras aumentaron en las últimas semanas debido a las lluvias que se registraron en varias regiones del territorio.

De acuerdo a los datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) Honduras reporta un total de 13.888 casos sospechosos de esta enfermedad transmitida por el mosquito *Aedes aegypti*.

Durante la semana epidemiológica 41, la última de la que se tiene registro de casos, se reportaron 244 nuevos casos sospechosos de la enfermedad.



Casos sospechosos de dengue, según semana epidemiológica. Honduras. Año 2025, hasta semana epidemiológica 41. Fuente: Organización Panamericana de la Salud. (N=13.888).

Las autoridades de la Secretaría de Salud no dieron a conocer los datos actuales de la incidencia del dengue en el territorio; no obstante, los médicos indican que a la fecha se podrían registrar casi 15.000 casos sospechosos acumulados, lo que indica un incremento respecto de la semana anterior, cuando se reportaron 151 casos nuevos.

El análisis establece que entre la semana epidemiológica 33 y la 35 se reportó la mayor cantidad de casos: en esas tres semanas se diagnosticó a 933 personas con sospecha de dengue; 301; 331 y 301, respectivamente.

Del total de casos sospechosos, las autoridades de la Secretaría de Salud lograron confirmar mediante pruebas de laboratorio a un total de 292 casos, de los cuales 185 fueron considerados dengue grave.

El resto de los casos acumulados son considerados como sospechosos debido a los síntomas que presentan los enfermos cuando llegan en busca de atención médica a los hospitales y centros de salud.

Los menores de 16 años de edad son los más vulnerables a enfermarse gravemente: cerca de 70% de los pacientes están en ese rango, según las autoridades sanitarias.

Para proteger a ese grupo poblacional la Secretaría de Salud adquirió un nuevo lote de vacunas contra el dengue; son 160.380 dosis destinadas a inmunizar a niños y adolescentes de 6 a 16 años en diferentes regiones del territorio nacional.

Los casos de dengue se reportan en Francisco Morazán, el Distrito Central, Cortés, Atlántida, Comayagua, Valle y Yoro.

Ante esta situación, las autoridades de Salud priorizaron los municipios de Tela, La Ceiba, Comayagua, Siguatepeque, San Lorenzo, El Progreso, Olanchito y Yoro.

El viceministro de Salud Brian Martín Erazo Muñoz, instó a los padres de familia para autorizar la vacunación de sus hijos.

“Hacemos un llamado a los padres y madres de familia para que vacunen a sus hijos y los protejan contra esta enfermedad, especialmente ahora que la proliferación del mosquito transmisor aumenta”, subrayó.

Alertan por rebrote

Expertos indicaron que las lluvias que cayeron en el territorio hace algunas semanas podrían causar un rebrote de la enfermedad, por lo que alertaron a la población a implementar las medidas de prevención.

Los médicos pidieron a la población eliminar objetos que acumulan agua y que sirvan como criaderos del mosquito, como llantas, basureros y canaletas, botellas, entre otros.

Asimismo, mantener limpios objetos como pilas, barriles, baldes, entre otros.

“Con las lluvias inicia un nuevo ciclo de incubación, porque el vector se multiplica. Aunque la circulación del virus es baja, esperamos un aumento discreto más allá de lo normal”, señaló el doctor del Instituto Hondureño de Seguridad Social, Carlos Umaña.

Las diferentes acciones que se realizan en el territorio por parte de distintos sectores han logrado que los casos de dengue disminuyan este año en relación a 2024, cuando se registraron más de 170.000 pacientes y cerca de 200 muertes.

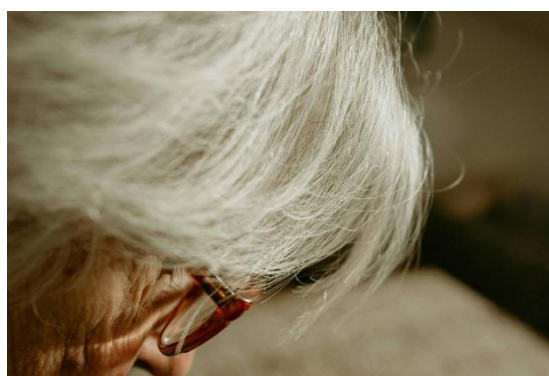
A la fecha la Secretaría de Salud reportó el deceso de cuatro personas por la enfermedad, la mayoría menores de edad.

Los datos de la OPS indican que hasta el momento en el territorio circulan los serotipos DENV-1 y DENV-3.



Las infecciones del torrente sanguíneo causadas por bacterias resistentes a los antibióticos aumentarán de forma sustancial en Europa durante los próximos años, impulsadas principalmente por el envejecimiento de la población, según un reciente [estudio](#).

La resistencia a los antimicrobianos es una de las principales amenazas para la salud pública global. Para diseñar políticas eficaces e implementar estrategias de prevención, resulta esencial anticipar cómo evolucionará esta carga en las próximas décadas.



Un equipo de investigadores analizó más de 12 millones de pruebas rutinarias de sangre realizadas en 29 países europeos entre 2010 y 2019 para determinar la susceptibilidad bacteriana. A partir de estos datos, generaron modelos que predicen la evolución de las infecciones resistentes hasta el año 2050, teniendo en cuenta las proyecciones demográficas.

Los resultados muestran que las tasas de infecciones del torrente sanguíneo aumentarán, con variaciones significativas entre países y combinaciones de bacterias y antibióticos. El incremento será más pronunciado entre los hombres y en personas mayores de 74 años, mientras que podría estabilizarse o disminuir entre los grupos más jóvenes.

La carga no será uniforme

Según los autores, los modelos que no incorporan edad y sexo podrían subestimar en gran medida la carga futura de la resistencia antimicrobiana. Incluso bajo escenarios optimistas con fuertes intervenciones sanitarias, solo dos tercios de las combinaciones estudiadas alcanzarían una reducción de 10% en las infecciones resistentes para 2030, el objetivo marcado por la Organización de Naciones Unidas.

La carga futura de las infecciones resistentes no será uniforme: variará entre países, grupos de edad y entre hombres y mujeres. Los mayores incrementos se producirán en los grupos de mayor edad, especialmente en mayores de 65 años, lo que indica que evitar un aumento adicional ya sería un logro considerable de salud pública.

Estos hallazgos ayudarán a diseñar intervenciones centradas en las poblaciones más vulnerables, reduciendo la mortalidad y la morbilidad asociadas a las infecciones resistentes en Europa.



El aumento exponencial de las infecciones por virus transmitidos por mosquitos en 2025 convierte este año en uno verdaderamente excepcional. Este alarmante récord se debe principalmente a la intensa circulación del virus Chikungunya, pero Francia también enfrenta una circulación más limitada, aunque no por ello menos significativa, de los virus Dengue y del Nilo Occidental.

El país enfrenta, por primera vez, la triple circulación de estos arbovirus. Este doble problema –un aumento significativo en el número de infecciones y una diversidad de virus circulantes– crea una situación particularmente compleja.

Si bien la temporada 2025 puede describirse como excepcional, o sin precedentes, no es inesperada, ya que los especialistas en la materia llevan varios años advirtiendo sobre el riesgo previsible, incluso inevitable, del establecimiento permanente en estas latitudes de estos virus, antes confinados a las regiones tropicales.

Francia no es el único país afectado: Italia, España y otros países europeos también están registrando un resurgimiento de casos, lo que demuestra una tendencia global, aunque Francia sigue siendo uno de los más afectados de Europa.

El virus chikungunya se lleva la mayor parte

En Francia, el virus Chikungunya por sí solo está implicado en casi 800 casos repartidos en 80 conglomerados diferentes.

Este virus es transmitido por el mosquito *Aedes albopictus*, tristemente célebre por su presencia. Introducido en Francia en 2004, este insecto es actualmente el principal vector de enfermedades virales en Europa. Si bien el sur de Francia, en particular la región de Provence-Alpes-Côte d'Azur, sigue siendo la zona más afectada, también se han detectado casos de infección más al norte, especialmente en Alsace e Île-de-France, donde el mosquito está ya bien establecido.

La principal explicación del aumento de casos de fiebre chikungunya observado en Francia continental radica en la alta circulación del virus este año en La Réunion y Mayotte, que se enfrentan a la mayor epidemia de fiebre chikungunya en más de 20 años.

Los viajes aéreos regulares entre estos territorios de ultramar y la Francia continental, así como, en términos más generales, con otras zonas de alta circulación viral, han facilitado la introducción del virus en el continente.

Prueba de ello es que este año, casi 80% de los casos importados registrados en Francia continental provienen de La Réunion.

Son estos casos importados los que originan los casos locales, ya que el mosquito *Ae. albopictus* puede picar a estas personas infectadas y transmitir la enfermedad a otras que no han viajado. Numerosos casos importados y una distribución cada vez más extendida del mosquito en Francia: las explicaciones del aumento de este año son claras.

Los síntomas de la fiebre chikungunya suelen ser similares a los de la gripe, con fiebre, dolor de cabeza y dolores musculares. Si bien la mayoría de los pacientes se recuperan por completo en pocos días, en algunos casos puede desarrollarse una forma crónica de la enfermedad, que causa un dolor articular debilitante que puede durar varios años después de la infección.

Aunque es, con mucho, el virus más frecuente, el Chikungunya no es el único que circula en Francia continental este año.

Numerosos casos de dengue y fiebre del Nilo Occidental

Otros dos virus han acaparado los titulares este año. El primero es el dengue, también transmitido por *Ae. albopictus*. Se han detectado alrededor de 30 casos autóctonos en Francia continental. Hace tan solo unos años, esta cifra se habría considerado excepcional.

Además de estos, hay casi 1.000 casos importados, principalmente de Guadeloupe, Polinesia Francesa y Martinique, pero también de muchas otras regiones del mundo.

Es probable que el número real de casos sea una subestimación significativa, ya que el dengue es principalmente asintomático y, en aquellos que sí desarrollan síntomas, estos pueden confundirse fácilmente con los de otras enfermedades, ya que incluyen fiebre, dolores de cabeza y dolores musculares.

Afortunadamente, en la gran mayoría de los casos, el dengue causa una infección leve. Sin embargo, en aproximadamente 1% de las personas infectadas, la enfermedad puede tomar una forma mucho más grave y hemorrágica que puede ser mortal.

El último miembro de este trío sin precedentes que ha disparado las cifras este año es el virus del Nilo Occidental, con casi 60 casos registrados, principalmente en el sur de Francia.

A diferencia de los dos virus anteriores, este se transmite por el mosquito común, una especie autóctona presente en Europa desde hace milenios y ampliamente distribuida por todo el país.

Además, todos los casos identificados son infecciones locales, ya que el virus no puede transmitirse de un humano a otro a través de los mosquitos. Son las aves infectadas, a menudo migratorias procedentes de países lejanos, las que transmiten el virus del Nilo Occidental a otras aves locales a través del mosquito común. Este mosquito puede, a su vez, transmitir el virus a los humanos. Se trata, por tanto, de un caso típico de zoonosis: la transmisión de una enfermedad de animales a humanos.

Esta situación, más difícil de prever, se complica aún más por el hecho de que el virus del Nilo Occidental también puede transmitirse a través de donaciones de sangre o trasplantes de órganos.

Este año en Francia, dos personas se infectaron tras un trasplante de riñón debido a una infección en el injerto del donante. Estas vías de transmisión alternativas hacen necesaria una revisión de las estrategias de donación de sangre y órganos durante los periodos en que este virus esté circulando.

Un hecho significativo: el virus del Nilo Occidental, confinado principalmente al sur de Europa, se está propagando hacia el norte. La región de Île-de-France se ha visto afectada por primera vez, con alrededor de 20 casos identificados, lo que ilustra la expansión de la amenaza.

Este virus, inofensivo para la mayoría de las personas infectadas, puede, sin embargo, en algunos casos, especialmente en ancianos, afectar al cerebro y causar encefalitis o meningitis, enfermedades que pueden ser mortales. Por lo tanto, es el arbovirus que causa más muertes en

Europa, con más de 60 fallecimientos identificados en el continente para 2025, incluyendo, lamentablemente, los dos primeros en Francia este año.

El cambio climático como telón de fondo

El actual aumento de casos es probablemente el preludio de lo que nos espera en los próximos años. Este incremento, que comenzó tímidamente a principios de la década de 2020, es inevitable para muchos especialistas.

Las explicaciones son numerosas, como el aumento de los viajes aéreos que facilita la importación de casos en un mundo cada vez más interconectado. Pero uno de los factores más importantes es, sin duda, el cambio climático. De hecho, insectos como los mosquitos, incapaces de regular su temperatura corporal, son extremadamente sensibles a las variaciones climáticas.

En algunas regiones, el cambio climático en curso está aumentando su período de actividad. Los mosquitos aparecen cada vez más temprano en el año y su desaparición se produce cada vez más tarde.

Además, hasta cierta temperatura, la esperanza de vida de los mosquitos aumenta con el calor, y su metabolismo acelerado favorece la multiplicación de virus en su interior. Sin duda, una combinación peligrosa.

Para abordar esta nueva situación, es imperativo fortalecer las redes de vigilancia de estos virus emergentes. Además, la eliminación del agua estancada, junto con las medidas de protección personal contra las picaduras, sigue siendo la mejor estrategia actual para combatir estas nuevas amenazas. Estas amenazas son difíciles de prever, pero sabemos que se convertirán en algo cotidiano en los próximos años.

El Ministerio de Salud de Israel advirtió el 4 de noviembre a la población que dos personas infectadas con sarampión habían utilizado el transporte público la semana anterior e instó a cualquiera que pudiera haberse cruzado con ellas a comprobar si están vacunadas en medio de un brote mortal de la enfermedad.

El ministerio publicó los movimientos de dos personas, señalando que tomaron un autobús desde Petah Tikva a Bnei Brak a las 07:16 horas y luego regresaron de Bnei Brak a Petah Tikva a las 14:45 horas los días 28 y 29 de octubre.

Asimismo, el 29 de octubre, uno de los pacientes se encontraba en un salón de eventos en Jerusalén, en la calle Dover Shalom N° 6, a partir de las 19:00 horas.

El 30 de octubre, la pareja infectada viajó en autobús desde Jerusalén a Bnei Brak a medianoche, y luego a Petah Tikva. A las 09:00 horas, tomaron otro autobús a Tel Aviv, seguido de un tren a las 13:15 horas a Herzliya.

Se pidió a los pasajeros que habían estado en esos lugares que se aseguraran de estar vacunados de acuerdo con las recomendaciones del ministerio.

El ministerio señaló que las personas pueden actualizar su estado de vacunación personal a través del registro digital de vacunación del gobierno.

Los médicos han instado a intensificar las campañas de vacunación en respuesta al brote actual.

El brote actual, que comenzó en mayo, está activo en todo el país.

Al menos ocho niños han fallecido desde el inicio del brote. Todos eran niños sanos, menores de dos años y medio, sin enfermedades preexistentes y que no habían recibido la vacuna contra el sarampión.

Fueron las primeras muertes por sarampión en Israel desde que un brote anterior azotó el país en 2018-2019. Las muertes en ese brote de sarampión fueron las primeras que Israel había visto desde 2003.

Las áreas actualmente definidas como zonas con brote son Jerusalén, Beit Shemesh, Bnei Brak, Harish, Modiin Illit, Nof Hagalil, Kiryat Gat, Ashdod, Safed, Netivot y el Consejo Regional de Mateh Binyamin.

Desde el inicio del brote, se han registrado más de 1.600 casos de sarampión y más de 570 hospitalizaciones. Gracias a los esfuerzos del ministerio por aumentar la cobertura de vacunación, se ha producido un incremento de 500% en las vacunaciones en Jerusalén y un aumento aún mayor, de 630%, en Beit Shemesh desde septiembre, en comparación con el mismo período del año anterior, según cifras previas del ministerio.

Mauritania

- **Casos humanos:** Entre el 27 de septiembre y el 30 de octubre de 2025, se notificó un total de 46 casos humanos confirmados de fiebre del Valle del Rift, incluyendo 14 defunciones asociadas (tasa de letalidad de 30%), en 11 distritos de 13 regiones (wilayas), tres de las cuales comparten frontera internacional: Assaba (limita con Malí al sur), Brakna y Trarza (limitan con Senegal a lo largo del río Senegal). De un total de 190 muestras analizadas, 46 resultaron positivas, lo que representa una tasa de positividad de 24,2%.
- **Casos en animales:** El 30 de octubre de 2025, el Ministerio de Recursos Animales de Mauritania informó un total de 62 brotes en animales, con 235 muestras positivas de las 1.106 recolectadas y analizadas. Los primeros casos, que afectaron a cabras y dromedarios, se notificaron en agosto de 2025. Se registró un total de 235 casos, incluyendo 71 muertes (dos en dromedarios y 14 en cabras), en Aioun (región de Hodh El Gharbi) y Timbedra (región de Hodh Ech Chargui), ambas ubicadas en el sureste, cerca de la frontera con Malí, así como en Maghta Lahjar (región de Brakna), en el centro del país. En la región de Brakna, se notificaron a la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA) 46 casos y 55 muertes. Las especies afectadas incluyen ovejas, cabras, dromedarios y ganado vacuno.

La fiebre del Valle del Rift es endémica en Mauritania. El último brote importante se produjo en 2022, con 47 casos humanos confirmados, incluyendo 23 fallecimientos (tasa de letalidad de 49%), que afectó principalmente a pastores en nueve de las 15 regiones. Durante este brote, también se vieron afectados bovinos, dromedarios y pequeños rumiantes, con tasas de positividad en animales cercanas a 21,2%.

Senegal

- **Casos en humanos:** Entre el 20 de septiembre y el 30 de octubre de 2025, Senegal notificó un total de 358 casos confirmados en humanos, incluyendo 28 fallecimientos (tasa de letalidad de 7,8%). Los casos se registraron en 22 distritos sanitarios de ocho regiones administrativas, concentrándose la gran mayoría (78%) en la región de Saint-Louis. Se notificaron casos adicionales en Matam (23 casos), Louga (18), Kaolack (13), Fatick (12), Dakar (9), Thiès (2) y Tambacounda (2). Los distritos afectados en la región de Saint-Louis –Richard-Toll (133 casos) y Saint-Louis (73), Dagana (32 casos), Podor (32) y Pete (9)– se ubican a lo largo de la frontera norte con Mauritania, cerca del río Senegal.
- **Casos en animales:** Se han detectado infecciones en animales en las mismas zonas que los casos en humanos. El 23 de septiembre de 2025, las autoridades recogieron 1.122 muestras de sangre y cuatro muestras de abortos de pequeños rumiantes en las aldeas afectadas. Los análisis de laboratorio confirmaron 36 muestras positivas de seis rebaños. Al 29 de octubre de 2025, se habían notificado un total de 160 casos confirmados en ovejas, cabras y vacas en siete regiones de Senegal: Dakar, Fatick, Louga, Matam, Saint-Louis, Tambacounda y Thiès. Además, se notificaron 640 abortos en animales en tres regiones. Al 22 de octubre de 2025, el país había notificado a la Agencia de Salud Pública de Senegal 26 brotes, que afectaron a un total de 59 animales, incluyendo dos muertes.

La fiebre del Valle del Rift es endémica en Senegal, con brotes anteriores que afectaron tanto a humanos como a animales. El último caso humano confirmado antes de este brote se notificó en enero de 2025 en Touba, región de Diourbel, mientras que el último caso humano en la región de Saint-Louis se registró en 2022.

Respuesta de salud pública

En ambos países se han desplegado equipos multidisciplinarios de respuesta rápida, integrados por personal de los ministerios de salud y servicios veterinarios a nivel nacional y subnacional, para llevar a cabo investigaciones exhaustivas e implementar medidas de respuesta al brote. Estas iniciativas se realizan en coordinación con las autoridades locales, los ministerios de agricultura y ganadería, y socios como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la OMSA.

En Senegal, como parte de la respuesta al brote, se han establecido equipos regionales de coordinación en cada región afectada, utilizando un enfoque de Una Salud, con la designación de gestores regionales de incidentes. Una unidad nacional de coordinación de la respuesta también estableció un sistema nacional de gestión de incidentes, basado en el mismo marco de Una Salud.

La OMS está brindando apoyo a Mauritania y Senegal, y está llevando a cabo las siguientes acciones:

- Apoyo a los países en la aceleración del despliegue de intervenciones prioritarias clave de acuerdo con sus planes nacionales: comunicación de riesgos y participación comunitaria (RCCE), despliegue de equipos SURGE¹ y de respuesta rápida, capacitación de médicos, adquisición y distribución de suministros, y mejor comprensión de la dinámica de transmisión.
- Apoyo a las actividades de vigilancia y ampliación de las capacidades de diagnóstico a nivel distrital (incluidas las capacitaciones) en los sectores de salud humana y animal, para minimizar la detección tardía, la subnotificación y la dependencia de la confirmación centralizada mediante PCR.
- Organización de la capacitación específica para trabajadores de la salud, agentes de salud comunitarios y trabajadores de salud animal comunitarios sobre concientización y medidas preventivas contra la fiebre del Valle del Rift, riesgos zoonóticos y vectoriales, reconocimiento y manejo de casos, así como mejores prácticas de participación comunitaria.
- Mejora de las capacidades de atención clínica para pacientes graves mediante capacitación, suministro de insumos y capacidad de respuesta ante situaciones de emergencia, según sea necesario.
- Ampliación relevante de los esfuerzos de RCCE para centrarse en una participación significativa con los grupos más afectados (por ejemplo, pastores, trabajadores de mataderos) para

¹ Los equipos SURGE de la Organización Mundial de la Salud (OMS) son unidades especializadas creadas para fortalecer la capacidad de respuesta rápida ante emergencias sanitarias en los países. El término SURGE proviene del inglés *Strengthening and Utilizing Response Groups for Emergencies* (Fortalecimiento y utilización de grupos de respuesta para emergencias).

Estos equipos forman parte de la estrategia de la OMS para garantizar que los países y las oficinas regionales puedan movilizar personal capacitado en cuestión de horas frente a brotes epidémicos, desastres naturales u otras crisis que amenacen la salud pública. Su enfoque es multisectorial e incluye expertos en epidemiología, vigilancia, logística, comunicación de riesgos, laboratorio, coordinación operativa y manejo clínico.

La iniciativa SURGE busca no solo disponer de equipos listos para desplegarse, sino también consolidar sistemas nacionales resilientes, capaces de detectar, evaluar y responder eficazmente a emergencias de salud. Para ello, la OMS trabaja junto a los ministerios de salud nacionales en la formación y entrenamiento continuo de los miembros, así como en el establecimiento de mecanismos de coordinación y despliegue rápido.

aumentar la concienciación sobre los riesgos de transmisión, las medidas preventivas, las vías de atención y el acceso a información fiable.

- Adquisición y distribución de suministros médicos, de prevención y control de infecciones y de laboratorio en función de las necesidades de cada país.
- Continuación de la investigación de los patrones de transmisión, incluyendo el examen de la circulación de la malaria, así como el mapeo dual de los brotes en humanos y animales.
- Apoyo a la gestión de datos digitales y a la producción de informes de situación actualizados y de alta calidad.
- Ampliación de las actividades de control de vectores, para la fiebre del Valle del Rift, pero también, y de forma importante, contra la malaria y el dengue.
- Continuación de los esfuerzos de coordinación con la FAO, la OMSA y otros socios y sectores operativos clave.

La FAO y la OMSA están llevando a cabo las siguientes acciones en apoyo de las autoridades nacionales:

- Suministro de equipos de protección individual para laboratorios veterinarios.
- Apoyo operativo sobre el terreno para reforzar las actividades de respuesta en las zonas afectadas.
- Apoyo a los países con conocimientos técnicos y monitoreo de la situación animal en Senegal, Mauritania y en los países vecinos.
- Apoyo a la participación comunitaria mediante la difusión de mensajes específicos a las comunidades expuestas al ganado.

Evaluación de riesgos de la OMS

El brote actual de fiebre del Valle del Rift en Senegal y Mauritania es inusual por su magnitud y gravedad, si bien ambos países son endémicos de la enfermedad. Afecta a varios distritos en zonas fronterizas internacionales, en particular a lo largo del río Senegal, lo que aumenta el riesgo de transmisión interregional debido al movimiento de animales. En Mauritania, se ha confirmado la presencia de la fiebre del Valle del Rift en regiones orientales fronterizas con Mali, lo que genera preocupación por una posible propagación regional más allá de la cuenca del río Senegal a través del movimiento de ganado.

Se notificó una alta proporción de casos graves en humanos, lo que podría reflejar deficiencias en la detección de casos y limitaciones en el manejo clínico óptimo. En Senegal, aproximadamente 11% de los casos humanos confirmados presentaron síntomas hemorrágicos, de los cuales 20 resultaron en fallecimiento. La situación es particularmente preocupante en Mauritania, donde la tasa de letalidad alcanzó el 30%, lo que indica una mayor gravedad.

En consecuencia, el riesgo para la salud pública se evalúa como alto a nivel nacional, moderado a nivel regional y bajo a nivel mundial. El riesgo para la salud animal se considera alto a nivel nacional, moderado a nivel regional y bajo a nivel mundial.

La OMS, en colaboración con la FAO y la OMSA, llevó a cabo una evaluación rápida conjunta de riesgos, que se revisará a medida que se disponga de nueva información.

Consejos de la OMS

La fiebre del Valle del Rift es una zoonosis viral transmitida principalmente por mosquitos, cuya dinámica de transmisión se ve influenciada por factores ambientales (lluvias e inundaciones), y que afecta sobre todo a animales domésticos como el ganado vacuno, ovino, los dromedarios y las cabras. Los casos en humanos suelen presentarse cerca de brotes en animales, en

zonas con condiciones favorables para la transmisión por mosquitos. La mayoría de las infecciones humanas se producen por contacto directo o indirecto con la sangre u órganos de animales infectados. Se debe tener precaución al manipular animales enfermos o muertos, pacientes o material biológico. Se recomienda aplicar un enfoque de Una Salud, integrando los esfuerzos de salud animal, humana y ambiental en todas las actividades de prevención y control de la enfermedad.

Durante los brotes epidémicos, los países deben fortalecer su capacidad para detectar precozmente los casos en humanos y garantizar una atención adecuada a los pacientes. Las campañas de sensibilización pública sobre los riesgos de transmisión de la fiebre del Valle del Rift y las medidas de protección son esenciales para reducir las tasas de infección y mortalidad.

Las medidas preventivas para el público deben centrarse en:

- Reducir el riesgo de transmisión de enfermedades de animales a humanos mediante prácticas seguras de manejo y sacrificio de ganado. Mantener una buena higiene de manos, incluyendo el uso de guantes y equipo de protección al manipular animales enfermos o tejidos infectados, o durante el sacrificio.
- Se debe evitar el consumo de sangre fresca, leche cruda o tejidos animales que puedan resultar peligrosos. En las regiones donde se hayan notificado epizootias, todos los productos de origen animal (sangre, carne, leche) deben cocinarse completamente antes de su consumo.
- Prevenir las picaduras de mosquitos mediante medidas de control de vectores, incluyendo la eliminación de criaderos, el uso de mosquiteros tratados con insecticida y repelentes cuando sea posible, el uso de ropa larga de colores claros y evitar las actividades al aire libre durante las horas de mayor actividad de los mosquitos.

Las medidas preventivas en los centros sanitarios deben centrarse en:

- Aunque nunca se ha documentado la transmisión de la fiebre del Valle del Rift de persona a persona, los trabajadores sanitarios que atienden casos sospechosos o confirmados deben seguir las precauciones estándar al prestar atención o manipular muestras biológicas.

Las medidas a nivel animal deberían incluir:

- Consideraciones para restringir o prohibir el movimiento de ganado para ayudar a mitigar el riesgo de propagación del virus entre áreas infectadas y no infectadas.
- Se recomienda la vacunación rutinaria del ganado antes de los brotes para prevenir epizootias. No se debe iniciar la vacunación una vez que haya comenzado un brote, ya que el uso de viales multidosis y agujas/jeringas reutilizadas podría contribuir inadvertidamente a la propagación del virus.

La OMS no recomienda ninguna restricción de viajes o comercio hacia o desde Mauritania y Senegal o las regiones afectadas, según la información actual.

La fiebre del Valle del Rift es una zoonosis viral que afecta principalmente a los animales domésticos del África subsahariana, como el ganado vacuno, ovino, caprino y los dromedarios. La infección en humanos puede producirse por la picadura de mosquitos infectados; sin embargo, la mayoría de los casos se deben al contacto directo con la sangre, los tejidos o los órganos de animales infectados. Los grupos ocupacionales con mayor riesgo son los ganaderos, los agricultores, los trabajadores de mataderos y los veterinarios. Los humanos pueden infectarse al consumir leche no pasteurizada o poco cocida de animales infectados. Hasta la fecha, no se ha documentado ningún caso de transmisión de la fiebre del Valle del Rift entre humanos.

Si bien suele provocar enfermedades graves en animales, su impacto en humanos varía, desde síntomas leves similares a los de la gripe hasta fiebre hemorrágica grave que puede ser mortal. La mayoría de las personas infectadas no presentan síntomas o solo una enfermedad leve, caracterizada por fiebre, debilidad general, dolor lumbar y mareos. Sin embargo, un pequeño porcentaje de pacientes (alrededor de 2%) desarrolla una forma grave de la enfermedad, que puede manifestarse en una o más de las siguientes tres presentaciones clínicas: forma ocular, meningoencefalitis y forma hemorrágica.



Esta semana se pondrá en marcha en la Franja de Gaza una campaña sistemática de vacunación, nutrición y seguimiento del crecimiento con el objetivo de llegar a 44.000 niños que se han visto privados de servicios esenciales para la vida debido al devastador conflicto.



Una niña recibe la vacuna contra la poliomielitis durante una campaña de inmunización en Gaza en octubre de 2024.

Las estimaciones indican que uno de cada cinco niños menores de tres años no ha recibido ninguna dosis o ha dejado de recibir las vacunas debido a la guerra, lo que los pone en riesgo de sufrir brotes de enfermedades que se pueden prevenir con vacunas.

La campaña será llevada a cabo por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en Cercano Oriente (UNRWA), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros socios, en colaboración con el Ministerio de Salud de Gaza, y tiene como objetivo vacunar a estos niños contra el sarampión, la parotiditis, la rubéola, la difteria, el tétanos, la tos convulsa, la hepatitis B, la tuberculosis, la poliomielitis, el rotavirus y la neumonía.

“Un imperativo moral”

Para ayudar a paliar los devastadores efectos del conflicto en la salud y la nutrición de los niños, el UNICEF examinará a los niños para detectar casos de malnutrición y asegurará que los que la padezcan reciban tratamiento y seguimiento continuo.

“Después de dos años de violencia implacable que se cobró la vida de más de 20.000 niños en la Franja de Gaza, por fin tenemos la oportunidad de proteger a los que sobrevivieron”, dijo Jonathan Veitch, representante especial del UNICEF.

“Vacunar a todos los niños y apoyar su salud y nutrición no es solo una intervención humanitaria, es un imperativo moral. Es una forma de salvaguardar el futuro de los niños nacidos en medio de la catástrofe y comenzar a reconstruir la esperanza en medio de la devastación”.

Cientos de trabajadores capacitados

La campaña se llevará a cabo en tres rondas, a partir del 9 al 18 de noviembre. Más de 450 trabajadores sanitarios y personal de apoyo han sido capacitados para apoyar los esfuerzos de vacunación.

Además, se ha formado a 149 médicos para que reconozcan, notifiquen e investiguen cualquier problema de salud tras la inmunización, aunque estos casos son extremadamente raros.

“Se necesita mucho más”

“Esta campaña de inmunización es un salvavidas que protege la salud de los niños y restaura la esperanza en el futuro”, afirmó el Dr. Richard Peeperkorn, representante de la OMS en el

territorio palestino ocupado. Sin embargo, subrayó que “se necesita mucho más”. Antes del conflicto, Gaza contaba con 54 centros de inmunización. También se encontraba entre los líderes mundiales en cobertura de vacunación infantil, con una tasa de 98%.

En la actualidad, 31 centros de inmunización han dejado de funcionar tras haber sido destruidos en ataques israelíes indiscriminados, mientras que la cobertura de vacunación sistemática se sitúa ahora por debajo de 70%.

Las dos últimas fases de la campaña, cuyo objetivo es administrar a los niños la segunda y tercera dosis de las vacunas, están previstas para diciembre y enero.

En 2024, la Organización de Naciones Unidas y sus socios pusieron en marcha una campaña masiva en toda la Franja de Gaza para vacunar a los niños contra la poliomielitis.

La situación sanitaria de la niñez en la Franja de Gaza es actualmente una de las más alarmantes a nivel mundial. La prolongada violencia, la destrucción masiva de infraestructura, los cortes de acceso a la ayuda humanitaria y el bloqueo de recursos básicos han generado un entorno en el que los niños enfrentan riesgos extremos para su salud, desarrollo y vida.

En materia de nutrición, los datos son estremecedores. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los niveles de malnutrición en niños menores de cinco años han alcanzado tasas sin precedentes: las proyecciones más recientes estiman que más de 320.000 niños menores de cinco años están en riesgo de malnutrición aguda grave.

Este deterioro nutricional no ocurre en el vacío: las condiciones sanitarias generales también han colapsado. Más de 150 centros de salud han sido dañados o han dejado de funcionar, ambulancias inutilizadas, hospitales cerrados por los bombardeos o por falta de recursos básicos.

El resultado es que enfermedades evitables –como diarrea, neumonía, sarampión– están proliferando entre la población infantil. Según la OMS, al menos 90% de los niños menores de cinco años padecía al menos una enfermedad infecciosa, y 70% había tenido diarrea en las dos semanas anteriores al estudio.

El cierre o el bloqueo de los pasos de ayuda humanitaria han sido determinantes en esta crisis. Desde el 2 de marzo de 2025, se registró una detención prolongada del ingreso de alimentos, agua potable, medicinas y suministros vitales. Durante ese tiempo, más de un millón de niños quedaron sin cobertura de servicios básicos esenciales.

La consecuencia ha sido la rápida escalada hacia escenarios de hambruna o cercanos a ella. En julio de 2025, la OMS confirmó que la Franja enfrentaba una fase de hambre grave para miles de niños.

El impacto psicosocial es otro aspecto crítico: el desplazamiento masivo, la pérdida de familiares, la exposición constante a violencia y destrucción han afectado profundamente la salud mental de los menores. En el último informe del UNICEF (septiembre de 2025) se reporta que más de 450.000 niños en la Ciudad de Gaza padecen graves consecuencias por las operaciones militares, incluyendo insomnio, ansiedad y angustia emocional en al menos 70% de los casos.

La niñez en la Franja de Gaza vive inmersa en una crisis sanitaria multifacética: una combinación letal de malnutrición creciente, infraestructuras de salud colapsadas, propagación de enfermedades, servicios de agua/saneamiento gravemente deteriorados y trauma psicológico masivo. A menos que se libere de forma inmediata y sostenida el acceso humanitario, incluyendo alimentos, tratamientos terapéuticos, agua segura y atención psicológica, los efectos a largo plazo –en mortalidad infantil, desarrollo físico, e impacto psíquico– podrían marcar generaciones.



En la semana epidemiológica 43, se notificó un brote de intoxicación alimentaria a gran escala en Rangiroa, vinculado al consumo de comidas preparadas localmente que consistían en pollo ahumado y ensalada rusa, elaborada con mayonesa casera.

Más de 80 personas presentaron síntomas digestivos, tres de las cuales requirieron evacuación médica al Centro Hospitalario de Polinesia Francesa, en Pirae. Se registró un fallecimiento en una persona con comorbilidades.

Los síntomas y el momento de aparición apuntaban a una infección por *Salmonella*, confirmada mediante pruebas realizadas a varios pacientes.

Los hallazgos iniciales de la investigación sobre seguridad alimentaria revelaron varias infracciones de las normas de higiene: descongelación a temperatura ambiente, interrupción de la cadena de frío y calor, y ausencia de instalaciones adecuadas para el lavado de manos. Además, los análisis de los restos de alimentos mostraron la presencia de *Salmonella enterica enterica* serovariedad Enteritidis, así como de varias bacterias patógenas de origen ambiental y fecal.

Se han implementado medidas de concientización sobre seguridad alimentaria para prevenir la repetición de incidentes similares.

En el tercer trimestre de 2025 se registraron 52 casos de tripanosomosis africana humana, también conocida como enfermedad del sueño, en comparación con los 40 casos del segundo trimestre de 2025 en la provincia de Kwilu, en el suroeste de la República Democrática del Congo, según informó el 3 de noviembre el coordinador provincial del Programa Nacional para el Control de la Tripanosomosis Africana Humana (PNLTHA).

“De los 52 casos registrados, 46 fueron detectados activamente en la comunidad por unidades móviles y otros seis fueron detectados pasivamente en hospitales y centros de salud de esta provincia. Estas cifras muestran una preocupante persistencia de la enfermedad”, declaró el Dr. Pathou Nganzobo, coordinador provincial de la PNLTHA en Bandundu Nord.

“Se ha registrado un aumento significativo de casos en el cribado activo en la comunidad y una disminución de casos en el cribado pasivo en los centros de salud”, dijo, señalando que esta enfermedad sigue prevaleciendo en la comunidad y que todos están expuestos a la misma.

“La tripanosomosis africana humana representa un grave problema de salud en la República Democrática del Congo, donde la provincia de Kwilu sigue siendo el epicentro. Las cinco zonas sanitarias más afectadas son Kimpuku, Bulungu, Ipamu, Kikongo y Mokala”, añadió.

Nganzobo instó a la población de Kwilu a seguir las instrucciones y prestar atención a los diversos mensajes de concientización. Solicitó la participación y el apoyo de las autoridades provinciales en la lucha contra esta enfermedad mediante la optimización del fondo de promoción de la salud, con el objetivo de eliminarla para 2030 en la provincia de Kwilu.

También hizo un llamado a sus socios para que continúen apoyando a su organización en esta lucha, que es crucial dado el riesgo de un resurgimiento de la enfermedad.

La tripanosomosis humana africana, también conocida como enfermedad del sueño, es una zoonosis parasitaria causada por protozoos del género *Trypanosoma*, transmitidos al ser humano por la picadura de moscas tsetse del género *Glossina*. Existen dos subespecies patógenas: *Trypanosoma brucei gambiense*, responsable de la forma crónica en África occidental y central, y *Trypanosoma brucei rhodesiense*, causante de la forma aguda en África oriental y meridional. Ambas producen una enfermedad progresiva y potencialmente mortal si no se trata.

El ciclo de transmisión involucra al vector, que adquiere el parásito al alimentarse de la sangre de una persona o un animal infectado, y lo transmite luego a otro huésped durante la siguiente picadura. En el caso de *T. b. gambiense*, el ser humano es el principal reservorio, lo que favorece la transmisión en comunidades rurales; mientras que *T. b. rhodesiense* tiene un importante reservorio animal, especialmente en ganado y fauna silvestre, lo que dificulta su control.

La enfermedad presenta dos fases clínicas. La primera, o hemolinfática, se caracteriza por fiebre, adenopatías y malestar general, reflejando la diseminación del parásito en sangre y linfa. La segunda, o meningoencefálica, ocurre cuando el parásito invade el sistema nervioso central, provocando alteraciones del sueño, confusión, trastornos neurológicos y, finalmente, la muerte si no se administra tratamiento.

Desde el punto de vista epidemiológico, la tripanosomosis humana africana ha sido históricamente una de las enfermedades más devastadoras del África subsahariana, afectando sobre todo a poblaciones rurales dedicadas a la agricultura o ganadería. Sin embargo, los programas de control impulsados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en colaboración con gobiernos locales y organizaciones internacionales, han logrado una reducción drástica de los casos. Mientras que a principios de la década de 2000 se notificaban más de 25.000 casos anuales, en los últimos años las cifras han descendido a menos de 1.000.

El control se basa en la detección activa de casos, tratamiento temprano y control del vector. La meta de la Organización Mundial de la Salud es eliminar *T. b. gambiense* como problema de salud pública para 2030. No obstante, la vigilancia epidemiológica sigue siendo esencial para evitar rebrotes, especialmente en zonas endémicas con limitada infraestructura sanitaria. Así, la tripanosomosis humana africana representa un ejemplo emblemático de cómo la combinación de intervención sanitaria sostenida, vigilancia activa y cooperación internacional puede acercar a la eliminación de una enfermedad tropical históricamente desatendida.

En la República Democrática del Congo la tripanosomosis humana africana es causada por *T. b. gambiense*. Este país ha sido históricamente el país más afectado del mundo por esta forma de la enfermedad: durante las últimas décadas ha concentrado más de 70% de los casos notificados globalmente. La transmisión ocurre principalmente en zonas rurales húmedas y boscosas, donde abundan las moscas tsetse y el contacto humano con el vector es frecuente.

Un niño cruza un camino convertido en un río en la ciudad senegalesa de Diourbel. En época seca, ese lugar suele ser una vía sin pavimentar, pero el terreno, de varios centenares de metros, está inundado desde agosto. Durante el día, se ven algunos mosquitos revoloteando sobre el agua estancada. Por la noche, el número se multiplica y, entre la nube de insectos, se esconden los del género *Anopheles*, que propagan [la malaria, la enfermedad más mortal del mundo transmitida por un mosquito](#).



La trabajadora comunitaria Khardiata Ba visita en Diourbel a Falou, de 11 años, que está terminando su tratamiento por una malaria que contrajo a fines de septiembre.

El pequeño se sujeta a una cuerda atada a una hilera de palos y avanza con los pies sumergidos en el agua. Se dirige hacia la orilla donde está la *daara* Cheikh Gueye Roukhou Kocci, una de las más grandes de la ciudad, en la que un millar de niños varones estudian el Corán. En esta escuela religiosa, los alumnos, llamados *talibes*, son senegaleses que viven en condiciones de pobreza, migrantes de países vecinos como Gambia o huérfanos. Algunos pasan la noche allí, en unas enormes habitaciones oscuras en las que se extiende una alfombra en la que duermen unos 20 o 30 menores. Sobre ellos, se extiende una enorme mosquitero impregnada con insecticida de larga duración que evita que entre junio y octubre, en [época de lluvias en Senegal](#), los pequeños queden a merced de los mosquitos y de la malaria.

La región de Diourbel está entre los cinco territorios con mayor incidencia de malaria en Senegal: la media nacional es de 22,8 casos cada 1.000 habitantes y Diourbel tiene 43,3, según [datos del Programa Nacional de la Lucha contra la Malaria](#). En sus tres departamentos, Diourbel, Bambey y Mbacke, hubo 91.502 casos en 2024 y 68 muertes. Durante años, la dirección sanitaria ha hecho alianzas con socios internacionales para contener la propagación de la enfermedad. Pero, ahora, hay inquietud en Diourbel por los recortes a la ayuda de países como Estados Unidos.

Una de las estrategias cuyo futuro preocupa a las autoridades son, de hecho, los enormes mosquiteros para las *daaras*. En 2017, comenzó el proyecto MEGA MILDA que, con el apoyo de la agencia de cooperación de USAID/OWOD², contrataba a sastres locales para confeccionar enormes mosquiteros impregnadas de insecticida de un tamaño lo suficientemente grande como para cubrir a todos los pequeños que duermen en las *daaras*, ya que, en el mercado, solo se conseguían para camas y no para las enormes esterillas. Además, se estableció una alianza

² USAID/OWOD es una iniciativa o dependencia específica dentro de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), y sus siglas corresponden a Office of Workforce and Organizational Development, es decir, Oficina de Desarrollo de la Fuerza Laboral y Organizacional. Esta oficina forma parte de la estructura interna de USAID y se encarga de fortalecer las capacidades institucionales y el desarrollo del personal tanto en la sede central como en las misiones que la agencia mantiene en distintos países. Su función principal es promover una gestión más eficiente del talento humano, mejorar los sistemas de formación, liderazgo y desempeño, y asegurar que las misiones de USAID cuenten con equipos bien preparados para ejecutar los programas de cooperación y asistencia técnica.

con los líderes religiosos para que permitieran al personal de salud entrar a hacer pedagogía y testeos.

Mbacké Gueye, persona de referencia de Pecadom de Diourbel, un programa de salud comunitaria que busca diagnosticar y tratar la malaria en los domicilios, celebró que el proyecto MEGA MILDA fuera una forma de enfrentarse a la malaria con una solución que entendía el contexto particular de la región.

“En los centros de salud recibíamos muchos casos de malaria graves y muertes procedentes de las *daaras*”, recordó, y sostiene que la estrategia permitió disminuir la morbilidad y mortalidad en menores de edad. Pero el proyecto concluyó en 2024.

“Los MILDA de rutina que distribuye el distrito sanitario siguen disponibles. Pero para movilizar a los sastres ya no hay financiación”, reconoció Gueye.

En algunas *daaras* aún quedan mosquiteros del último lote pagado por el distrito. “Quizás haya habido una buena gestión, por lo que todavía están allí, pero dentro de unas semanas se deteriorarán y no quedarán más si no hay piezas de repuesto procedentes de MEGA MILDA”, confirmó Gueye.

Esta es apenas una de las señales de la inquietud en Diourbel. No solo los casos de malaria están aumentando por la alta densidad poblacional y las plagas de mosquitos en época de lluvias –en las que la incidencia se eleva hasta en 30%–, sino que la batalla contra la enfermedad se libra con menos dinero. En Diourbel, la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo Mundial para la lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria eran los tres socios que aportaban recursos para prevención, diagnóstico y tratamiento de la malaria. Ahora, con la suspensión de USAID y la reducción del 10% del presupuesto del Fondo Mundial previsto para Senegal, el panorama se complica.

Desde 2004, el Fondo Mundial ha invertido 166 millones de dólares en la lucha contra la malaria con programas de trabajadores comunitarios, formación a profesionales sanitarios y tratamientos preventivos intermitentes. En 2022, distribuyó 7,6 millones de mosquiteros tratados con insecticida en ocho de las 14 regiones del país y llevó a cabo otra campaña reciente en 2025. Pero, ahora, evalúa sus próximos pasos. Mark Taylor, jefe del equipo para Senegal, es prudente en las proyecciones. “Esperamos que la reposición de fondos de noviembre –en la que se espera recaudar 18.000 millones de dólares para el ciclo 2027-2029– salga bien. Pensamos mantener, al menos, las ocho regiones donde ya distribuyen mosquiteros y comprar medicamentos”, explicó. Antes de la crisis de financiación exterior a la salud global, el objetivo del fondo era cubrir las 14 regiones.

No hay datos concretos que cuantifiquen el impacto económico y humano de la malaria en Senegal pero, recientemente, la organización Malaria No More lo calculó para África subsahariana. Según un informe publicado la semana pasada, si el Fondo Mundial no consigue en noviembre los 18.000 millones de dólares para el ciclo 2027-2029 y sufre una reducción de donaciones de 20%, para el año 2030, podrían morir 82.071 personas más de las proyectadas en un



Un niño cruza una inundación en Diourbel el 8 de octubre. Al otro lado, se encuentra una de las *daaras* en las que la dirección sanitaria local implementa un programa de mosquiteros impregnados con insecticida.

escenario en el que la financiación se mantiene. En el plano económico, significaría una pérdida 5.140 millones de dólares en el producto interno bruto de la región para 2030 y de 30.000 millones para 2040.

El Dr. Mamadou Dieng, director regional de sanidad de Diourbel, explicó que “la financiación ha disminuido considerablemente”. “No hemos conseguido nuevos socios, sino que hemos trabajado para movilizar la financiación nacional, pero es precaria e inconsistente, por lo que no puede cubrir todas nuestras necesidades”, detalló.

Esto, aseguró, provocó una gran reducción de las actividades comunitarias que permitían hacer pedagogía sobre los síntomas de la enfermedad: cómo prevenirla, acceder a un diagnóstico y tratarla para que no derivara en una malaria grave.

Una pieza clave de esta estrategia son las redes de trabajadores comunitarios, que hacen visitas domiciliarias de detección temprana de malaria en áreas de Diourbel que están lejos de un centro de salud.

Una de estas redes, por ejemplo, permitió encontrar a tiempo a Falou, un niño de 11 años. Khardiata Ba, una trabajadora comunitaria de 25 años, dio con la casa del pequeño en una de sus rondas por un suburbio de Diourbel. “Vine a hacer pruebas y detecté un niño con fiebre. Le hice una prueba rápida y salió positivo. Le di tratamiento domiciliario y se encuentra mucho mejor”, relató la mujer, tras una segunda visita a Falou y sus padres a principios de octubre. Ba no tiene salario, solo algunas bonificaciones económicas y apoyo, cuando se puede, con el transporte. “Si alguien enferma aquí, especialmente por la noche, es muy difícil. Está muy oscuro y no es seguro, ni siquiera para un hombre”, explicó, sosteniendo, sin embargo, que la detección temprana de la malaria en los niños evita casos graves.

Otra de las preocupaciones de las autoridades sanitarias es la disponibilidad de medicamentos, ya que los tratamientos contra la malaria eran financiados por los socios extranjeros y no por el Gobierno.

Serigne Diaye, supervisor de atención primaria y persona de referencia para malaria en Diourbel, agregó que también hay dificultades para acceder a suficientes pruebas de diagnóstico rápido. La suspensión de la USAID, agregó, profundiza problemas que ya venían de tiempo atrás. “Desde hace tres años, se constata un recrudecimiento de casos, especialmente en Touba, capital de Mbacké, a 40 kilómetros de Diourbel”, dijo. “Estamos perdiendo los logros alcanzados, la malaria está ganando terreno”, lamentó.

Malaria en la ciudad sagrada

Touba, la segunda ciudad más poblada de Senegal después de Dakar, también está asediada por las inundaciones, los mosquitos y la malaria. Es el lugar de la región de Diourbel donde más ha crecido la incidencia. En 2023, era de 27,7 casos cada 1.000 habitantes; en 2024, fue de 64,5. Más de 90% de las muertes registradas el año pasado en esta región ocurrieron allí.

En la ciudad santa del mouridismo, una cofradía sufí, no solo hay una alta densidad poblacional. Esta urbe atrae también unos tres millones de personas cada año en la gran peregrinación del Magal de Touba. Esta masiva celebración religiosa llevó a reforzar la supervisión de los programas de malaria, explicaron desde la dirección regional sanitaria. Aunque es un factor



Varios *talibes* de una *daara* en Diourbeel descansan bajo una enorme mosquitera impregnada con insecticida. Esta es una estrategia para reducir la morbilidad y mortalidad por malaria en niños.

de riesgo por el aumento de densidad poblacional y por la posible llegada de enfermedades, hasta la fecha no ha habido una epidemia de malaria asociada a la peregrinación.

A unos cuatro kilómetros de la Gran Mezquita de Touba, el Dr. Ibrahima Alpha Touré termina sus consultas del día en el centro de salud de Daroul Manane. Touré confirmó que el caso de Touba es preocupante. “El aumento de casos se debe a las fuertes precipitaciones y las inundaciones. El suelo no absorbe el agua, por lo que hay muchas larvas”, explicó. “También influye que no todas las *daaras* están censadas. Y, dadas las condiciones de vida allí, hay contaminación y proliferación de mosquitos”, añadió.

Pero, para Touré, un factor de riesgo en ascenso es la falta de medios de diagnóstico. “Aquí tenemos el TDR –prueba de diagnóstico rápido de malaria– y la gota gruesa, que permite detectar los parásitos en la sangre. El TDR es gratuito, pero a menudo nos quedamos sin él. La gota gruesa es más sensible, pero requiere muchos más medios –como material de laboratorio, microscopios y personal capacitado– y debe ser pagada por el paciente”, describió el doctor. La falta de TDR y de medios para facilitar la detección por gota gruesa conllevan a retrasos en el diagnóstico y, a su vez, en el tratamiento y control.

La dirección regional de sanidad de Diourbel advirtió que contener la malaria es también una lucha contra la pobreza en una región de alta vulnerabilidad. “La temporada de lluvias es el periodo en que la población se dedica a las labores del campo. La economía de Diourbel se basa en la agricultura y la ganadería. Pero, lamentablemente, es cuando surgen también los casos de malaria. Si el cabeza de familia enferma, se produce una disminución de ingresos para el hogar”, explicó el director regional.

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.