

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de la fiebre hemorrágica argentina

AMÉRICA

- Brasil: Primer caso de mpox del clado Ib
- Brasil: Infección por hemoplasmas en comunidades indígenas
- Estados Unidos: Caso fatal de hantavirrosis en el condado de Santa Fe, New México

- Estados Unidos: Este año hubo siete brotes de norovirus en cruceros de Florida
- Panamá: Primera muerte por fiebre de Oropouche en el país
- Paraguay: Primeros casos en nueve años de dengue por el serotipo DENV-3

EL MUNDO

- Camerún: Un caso de infección por el poliovirus circulante tipo 2 derivado de la vacuna
- Europa: Casos de cólera en Alemania y Reino Unido vinculados a viajes a Etiopía

- Mozambique: Brote de conjuntivitis en Cabo Delgado, con 1.275 casos
- Países Bajos: Se registraron 63 casos de sarampión en lo que va del año
- Pakistán: Karachi registró la primera muerte causada por *Naegleria fowleri* en 2025
- Los recortes de la ayuda exterior de Estados Unidos están creando el escenario para los brotes de enfermedades

OPINIÓN

- La de covid es la última epidemia que demuestra que los avances biomédicos no son suficientes para eliminar una enfermedad

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 PRYLUKA // 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	

Patrocinadores	
 Sociedad Argentina de Infectología WWW.SADI.ORG.AR	 WWW.TAKEDAPRO.COM.AR/
Adherentes	
            	

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

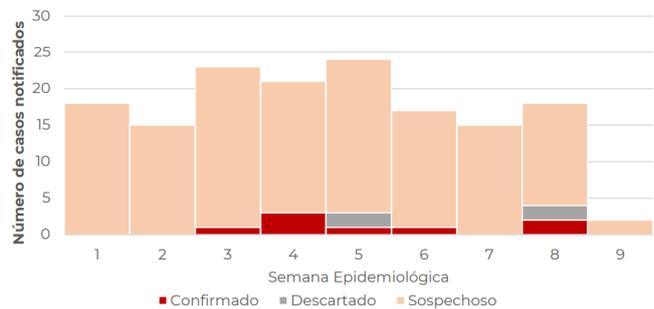
10/03/2025

En 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 9, se notificaron 153 casos sospechosos de fiebre hemorrágica argentina, de los cuales ocho fueron confirmados. Estos casos corresponden a residentes de las provincias de Buenos Aires (6 casos) y Santa Fe (2 casos), que, en los últimos cinco años, han concentrado 37% y 47% de los casos notificados, respectivamente, seguidas por Córdoba con 15%. Las localidades de procedencia en los casos confirmados en Buenos Aires son San Nicolás (5 casos) y Olavarría (1 caso), mientras que en Santa Fe, las localidades de procedencia son Villa Constitución (1 caso) y San Jorge (1 caso).

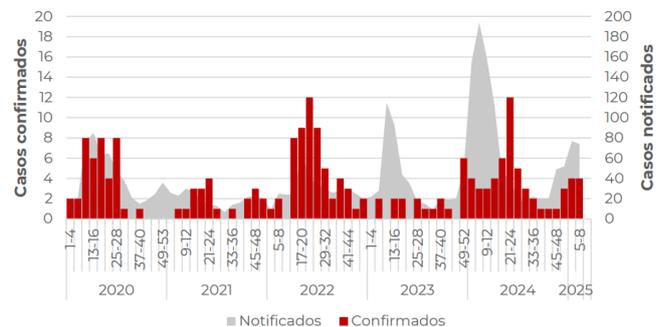
Se notificó un fallecimiento entre los casos confirmados durante el año en curso.

El número de casos confirmados en las primeras ocho SE del año 2025 (8 casos) fue similar al notificado en 2024 (7 casos) pero se observa una disminución en la notificación de casos sospechosos, lo cual puede ser atribuido a la epidemia de dengue de la temporada 2023/2024, que puede manifestarse con un cuadro clínico similar al considerado para la sospecha de fiebre hemorrágica argentina durante la primera semana de evolución de la enfermedad.

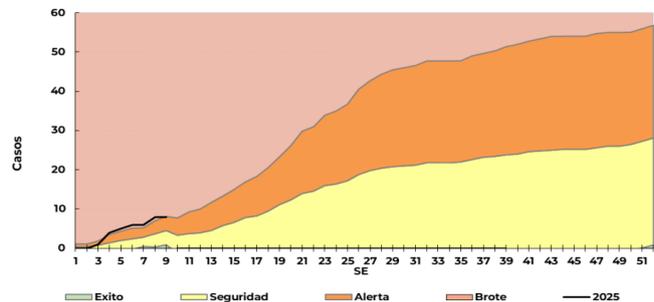
El número de casos notificados en las dos últimas temporadas es superior a los registrados en idéntico período de los años 2020 a 2023. Considerando la tendencia de los últimos cinco años, a la SE 9 de 2025, los casos acumulados de fiebre hemorrágica argentina se encuentran por encima de lo esperado.



Casos de fiebre hemorrágica argentina, según clasificación. Argentina. Año 2025, hasta semana epidemiológica 9. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

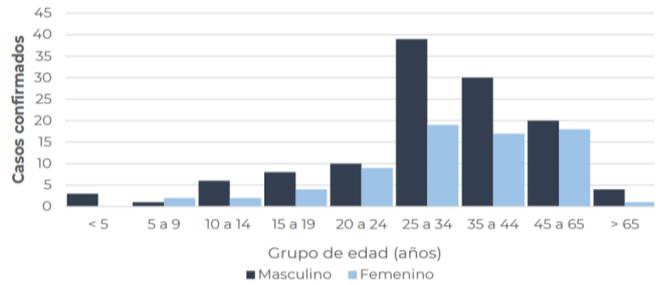


Casos notificados y confirmados de fiebre hemorrágica argentina, según cuatrimestre. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2020 a 8 de 2025. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



Corredor endémico acumulado semanal 2025, en base a datos de los años 2020/2024. Argentina. Año 2025, hasta semana epidemiológica 9. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

De los casos confirmados durante el año en curso, 63% son de sexo masculino (5 casos), un valor similar a lo registrado en los últimos años, con una mediana de 42 años de edad (rango de 19-57 años). Los casos notificados entre la SE 1 de 2020 y la SE 9 de 2025 se concentran mayoritariamente en los grupos de edad comprendidos entre los 25 y 44 años.



Casos confirmados de fiebre hemorrágica argentina, según sexo y grupo etario. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2020 a 8 de 2025. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

La fiebre hemorrágica argentina, también llamada “mal de los rastros”, es una zoonosis viral aguda grave producida por el virus Junín, cuyo reservorio son roedores silvestres de la especie *Calomys musculinus*, conocido vulgarmente como “ratón maicero”. El virus eliminado por los roedores infectados se transmite a las personas por inhalación a través de aerosoles o penetra a través de pequeñas heridas de la piel o mucosas.

La fiebre hemorrágica argentina se caracteriza por alteraciones vasculares, renales, hematológicas, neurológicas e inmunológicas con una letalidad que puede alcanzar el 30%, que disminuye a menos de 1% en pacientes tratados con plasma inmune de convaleciente cuando el tratamiento se aplica antes del octavo día de iniciados los síntomas.

Es una zoonosis endemo-epidémica que comprende la región de la pampa húmeda de las provincias de Buenos Aires, Córdoba, La Pampa y Santa Fe.

Desde la emergencia de la fiebre hemorrágica argentina en la década de 1950, el área endémica de la enfermedad se ha extendido progresivamente, la población en riesgo se ha incrementado, y los estudios en reservorios indican que podría haber nuevas extensiones, con la posibilidad de reemergencia de la enfermedad en áreas donde no se han registrado casos en los últimos años.

La fiebre hemorrágica argentina es una enfermedad prevenible por la vacuna CANDID #1, que se incorporó al Calendario Nacional de Vacunación en el año 2007 (Resolución 48/2007). Está indicada para la población que reside o transita el área endémica de la fiebre hemorrágica argentina y es producida en el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas (INEVH) ‘Dr. Julio Isidro Maiztegui’.

El Ministerio de Salud confirmó el primer caso de mpox en Brasil causado por el clado Ib. La paciente, una mujer de 29 años, residente en la región metropolitana de São Paulo, tuvo contacto con un familiar procedente de la República Democrática del Congo.

El caso en Brasil fue confirmado por laboratorio, mediante secuenciación del genoma completo. Hasta el momento no se han identificado casos secundarios y el equipo de vigilancia municipal continúa rastreando posibles contactos.

El Ministerio de Salud está acompañando el proceso de investigación y está en contacto con las secretarías de Salud estatales y municipales de São Paulo. Entre las medidas adoptadas destacan: la comunicación a la Organización Mundial de la Salud (OMS), el fortalecimiento de la red de vigilancia epidemiológica y el seguimiento de la búsqueda activa de personas que tuvieron contacto con el paciente.

El Ministerio de Salud monitorea y evalúa permanentemente la situación epidemiológica de la mpox en Brasil y en el mundo, así como la evidencia científica más actual sobre el tema a nivel internacional, con el fin de fundamentar las recomendaciones y acciones necesarias en el territorio brasileño. La prevención y la vigilancia son las principales formas de protección contra la mpox.

En respuesta a la Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional para la mpox, declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en agosto de 2024, el Ministerio de Salud estableció el Centro de Operaciones de Emergencia (COE) de mpox, que continúa funcionando con el objetivo de centralizar y coordinar acciones, asegurando una gestión integrada y eficiente.

En 2024, Brasil registró 2.052 casos de mpox y en 2025, hasta principios de febrero, se notificaron 115 casos. En los dos últimos años no se han producido muertes por esta enfermedad en el país. La mayoría de los casos presentan signos y síntomas leves o moderados.

La mpox se considera endémica en África central y occidental desde la década de 1970. En diciembre de 2022, la República Democrática del Congo declaró un brote a nivel nacional de mpox, resultado de la circulación del clado Ib. Desde julio de 2024, se han registrado casos de este clado en otros países, como Uganda, Rwanda, Kenya, Zambia, Reino Unido, Alemania, China, Tailandia, Estados Unidos, Bélgica, Angola, Zimbabwe, Canadá, Francia, India, Pakistán, Suecia, Emiratos Árabes Unidos, Omán, Qatar y Sudáfrica.

Aunque la infección por hemoplasmas (*Mycoplasma hemotrópico*) ha sido ampliamente descrita en animales, se han realizado escasos estudios que involucran poblaciones humanas, principalmente como informes de casos.

Un estudio epidemiológico transversal investigó la infección por hemoplasma en individuos y perros de 10 comunidades indígenas del sur y sureste de Brasil. Un total de 23/644 (3,6%) individuos de estas comunidades dieron positivo a hemoplasmas mediante reacción en cadena de la polimerasa cuantitativa (qPCR); en tres casos (0,5%) se detectó *Mycoplasma haemocanis*.

Además, 91/416 perros (21,9%) fueron positivos a hemoplasmas mediante qPCR, con 54 detecciones (59,3%) de *M. haemocanis*, 27 (29,7%) de *Mycoplasma haematoparvum*, y 10 (11,0%) para ambos.

El diagnóstico molecular de *M. haemocanis* en indígenas en este estudio puede ser consecuencia del contacto cercano diario con perros y diferentes vectores potenciales. Aunque los individuos aparentemente están sanos, la infección por hemoplasma debe considerarse como diagnóstico diferencial en poblaciones probablemente sobreexpuestas, como los indígenas.

La detección de hemoplasmas en humanos se ha informado principalmente en personas con contacto cercano con animales, incluidos pacientes inmunodeprimidos, veterinarios, investigadores, granjeros y viajeros.

Los estudios moleculares en muestras humanas han detectado previamente *M. haemofelis*, *M. suis*, *M. haemohominis*, *M. ovís* y *M. haematoparvum*. Los signos clínicos han variado desde la presentación clásica de pirexia, anemia, adenomegalia linfática, neutropenia, hemólisis aguda hasta hepatoesplenomegalia y síntomas neurológicos. En este estudio, se encontró anemia en menos de una cuarta parte de las muestras humanas positivas, lo que puede haber indicado una infección leve o crónica por *M. haemocanis*, como se observó en perros. Se deben realizar estudios futuros para establecer completamente la presentación clínica de *M. haemocanis* en comunidades indígenas.



El Departamento de Salud de New México (NMDOH) confirmó el 7 de marzo que una mujer de 65 años del condado de Santa Fe murió a causa del síndrome pulmonar por hantavirus, lo que marca el primer caso reportado en New México este año.

La hantavirosis causa una enfermedad respiratoria grave causada por el virus Sin Nombre, que se transmite a través del contacto con roedores infectados, o su orina, excrementos o saliva. El virus puede transmitirse por el aire cuando se lo toca, lo que presenta riesgo de inhalación. No hay evidencia de transmisión de persona a persona en New México.

“Esta trágica muerte nos recuerda que el hantavirus sigue siendo un problema grave de salud pública en nuestro estado”, dijo Erin Phipps, veterinaria de salud pública estatal de NMDOH. “Si bien los casos son relativamente raros, la tasa de mortalidad es significativa. Instamos a los habitantes de New México a que tomen en serio las medidas preventivas, en particular al limpiar áreas donde pueden haber estado presentes roedores”.

El hantavirus fue reconocido por primera vez en 1993 y desde entonces ha sido identificado en todo el país. Desde ese año, New México registró 137 casos de hantavirosis, incluido este. Es la cifra más alta registrada en cualquier estado de Estados Unidos.

Hubo siete casos confirmados de hantavirosis en New México en 2024, siete en 2023 y tres en 2022.

El ratón ciervo (*Peromyscus maniculatus*) es el principal portador del virus Sin Nombre, que es la cepa del hantavirus que se encuentra en New México.

Por segunda vez en 2025, el crucero de Holland America Line, Eurodam, informó de un brote de norovirus.

Un [informe](#) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos dijo que casi 150 de los 2.000 pasajeros informaron estar enfermos al regresar a Port Everglades el sábado.



Según el [Programa de Saneamiento de Buques](#) (VSP) de los CDC, es el noveno viaje que partió o atracó en Florida este año que resultó en un brote, y siete de ellos se confirmaron como norovirus. Dos de los cruceros comenzaron en 2024, pero finalizaron en enero de 2025.

A pesar de estar clasificada entre las cinco líneas de cruceros más seguras por el VSP, también es la cuarta vez este año que un viaje de Holland America reporta un brote de norovirus.

“El norovirus es sumamente contagioso”, afirmó Jill Roberts, profesora de salud pública de la Universidad del Sur de Florida. “Si toco un alimento contaminado con el norovirus y no me lavo las manos, puedo contaminar todas las demás áreas del crucero”.

El norovirus también se propaga a través de superficies, agua y alimentos contaminados.

Diez de los miembros de la tripulación del Eurodam informaron estar enfermos al regresar a Fort Lauderdale.

El virus se puede evitar lavándose las manos con agua y jabón, ya que es resistente a los desinfectantes y toallitas para manos a base de alcohol.

El segundo brote en el Eurodam fue reportado a los funcionarios aproximadamente a mitad de un viaje por el sur del Caribe el 23 de febrero.

Dos días después, el barco debía atracar en Willemstad, Curaçao, cuando el Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Naturaleza de Curaçao publicó una orden en Facebook que se traduce como “ningún pasajero o tripulación del crucero MS Eurodam podrá desembarcar en Curaçao”, debido a un aumento significativo de casos de enfermedad gastrointestinal a bordo.

Ocho horas después, el ministerio hizo otra publicación diciendo que la situación ya no representaba un peligro inminente para Curaçao.

El primer crucero Eurodam que tuvo un brote también fue un viaje de ida y vuelta desde Fort Lauderdale entre el 30 de diciembre y el 8 de enero.

El viaje de Año Nuevo tuvo 109 pasajeros y 13 tripulantes que reportaron estar enfermos al regresar.

Viajaron a la mayoría de los mismos lugares: Curaçao, Aruba, Bonaire y Half Moon Cay, la isla privada de Carnival en las Bahamas.

El Ministerio de Salud de Panamá, a través del Departamento de Epidemiología, informó que en la semana epidemiológica 9 se registraron 221 casos de fiebre de Oropouche en Darién, Panamá Este y Panamá Metro.

El ministro de Salud, Fernando Boyd Galindo, confirmó la primera muerte por fiebre de Oropouche en un hombre de 82 años, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus, quien recientemente viajó a la provincia de Darién.

Presentó síntomas de deterioro neurológico y fue hospitalizado con un diagnóstico inicial de neuroinfección. Durante su hospitalización, se realizaron estudios complementarios incluyendo análisis de líquido cefalorraquídeo, que confirmaron la infección por el virus de Oropouche, explicó Boyd Galindo.

Los casos de fiebre de Oropouche se encuentran distribuidos en Panamá las regiones de Darién (207 casos), Panamá Este (13 casos) y Panamá Metro (1 caso).

Los distritos y corregimientos que presentan casos por este virus son: Pinogana (146 casos), Santa Fe (42), Cémaco (12), Chepigana (7), Chepo (13) y Pacora (1).

El grupo etario más afectado es el de 35 a 49 años de edad. Por sexo, los casos se distribuyen en 106 hombres y 115 mujeres.

El Ministerio de Salud redobló la vigilancia epidemiológica y recomendó a la población usar repelente contra insectos; mosquiteros y ropa que cubra los brazos y piernas; eliminar la maleza y el agua estancada.

Los síntomas de la fiebre de Oropouche son similares a los del dengue y suelen manifestarse entre 3 y 8 días después de la picadura del insecto infectado. Incluyen fiebre alta, dolor de cabeza intenso, dolores musculares y articulares, náuseas, vómitos, escalofríos y malestar general.

Actualmente no existen vacunas ni tratamientos antivirales específicos contra la fiebre de Oropouche. El manejo de la enfermedad es sintomático, centrado en aliviar el dolor y rehidratar al paciente.

El Ministerio de Salud recomienda a las personas acudir a los centros de salud, de presentar fiebre y dolor de cabeza intenso.

El serotipo DENV-3 del virus Dengue reapareció en el escenario epidemiológico de Paraguay, luego de nueve años de ausencia. En la última semana se notificó el hallazgo de dos casos positivos de dengue por este serotipo en la ciudad de Areguá, departamento Central. Las personas afectadas pertenecen a la franja pediátrica.

Los síntomas registrados en ambos pacientes fueron: fiebre, dolores musculares, articulares y de cabeza. También pueden aparecer erupciones en piel, dolor ocular, vómitos, dolor abdominal, irritabilidad, somnolencia.

Tras la notificación de los casos, se llevaron a cabo intervenciones de vigilancia epidemiológica y bloqueos en la zona. En la oportunidad, el Equipo de Respuesta Rápida realizó la búsqueda de febriles y sintomáticos asociados a la enfermedad, mientras que brigadas del Servicio Nacional de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores efectuaron rastillaje y control vectorial alrededor de los casos.

Durante el operativo se visitaron 248 predios y fueron inactivados 1.298 criaderos. El 76% fueron inservibles (neumáticos usados, aparatos domésticos descartables, cubetas, latas y botellas).

El Ministerio de Salud, desde inicios de febrero, se encuentra reforzando mensajes a la población, ante un posible aumento de casos y garantizar el diagnóstico temprano, así como la atención oportuna de los casos de dengue, a efectos de prevenir casos graves y defunciones asociadas.

Situación epidemiológica

En las últimas tres semanas, se han reportado 91 casos con diagnóstico de dengue, procedentes de 13 regiones del país. El promedio de notificaciones de sospechas de la enfermedad es de 998 por semana. Actualmente, en el territorio nacional, se registra circulación de casos de tres serotipos: DENV-1 (48%), DENV-2 (45%) y DENV-3 (7%), serotipo detectado en los últimos días.

Los casos de dengue de las últimas semanas corresponden a 13 barrios de Asunción (Zeballos Cué, Loma Pytã, Jara, Obrero, Trinidad, Santa Ana, Ykuá Satí, Tablada, Los Laureles, San Vicente, Pinozá, Hipódromo y San Pablo) y 13 departamentos: Presidente Hayes, Central, Amambay, Alto Paraguay, Paraguari, Misiones, Itapúa, Guairá, Caaguazú, Boquerón, Canindeyú, Cordillera y Concepción.

En este periodo se hospitalizaron cinco personas por dengue, 60% perteneciente al grupo de 20 a 39 años de edad. No se reportaron fallecidos por dengue en estas semanas.

Brotos en curso

Siguen activos los brotes de dengue en Alto Paraguay, en el distrito de Puerto Casado, donde se identificó un caso nuevo de dengue en las últimas tres semanas. Así también, en el departamento de Concepción, en el municipio de San Lázaro, se confirmó un caso. Por otra parte, en

el departamento Presidente Hayes, en Benjamín Aceval, se contabilizaron 27 casos en las últimas tres semanas. En el brote en Amambay, en el distrito de Bella Vista, se reportaron nueve casos confirmados.

Actualmente, son 12 las regiones del país que presentan aumento de notificaciones, según los últimos datos: Central, Alto Paraná, Presidente Hayes, Paraguari, Cordillera, Amambay, Ñeembucú, Boquerón, Cordillera, Capital, San Pedro y Caazapá.

Serotipos

En los últimos 37 años, se registraron los cuatro serotipos del virus Dengue. El serotipo DENV-1 fue identificado en los años 1988/1989. Este serotipo se observó de vuelta en 1999 y persistió hasta el año 2000, para luego dar paso al DENV-2, que se confirmó en el 2001.

En la epidemia de 2002/2003 retornó el DENV-1, esta vez, con el acompañamiento de un nuevo serotipo, el DENV-3. La circulación del DENV-3 se extendió hasta el año 2004. La presencia de este serotipo se identificó nuevamente en las epidemias de 2006/2007, y su circulación persistió hasta 2010, y luego se registró por última vez en el año 2016.

En 2025, a pocos días del inicio del tercer mes del año, el serotipo DENV-3 reapareció en el escenario epidemiológico del país, luego de nueve años de ausencia. Los serotipos circulantes actualmente son el DENV-1, el DENV-2 y el DENV-3.

Paraguay es considerado un país endémico desde 2009, es decir, registra circulación del virus durante todo el año, con picos que se manifiestan por lo general entre los meses de marzo y abril, con descenso en el mes de mayo.

Año	DENV-1	DENV-2	DENV-3	DENV-4
1988	●			
1989	●			
1999	●			
2000	●			
2001		●		
2002	●		●	
2003	●		●	
2004			●	
2005		●		
2006			●	
2007			●	
2008			●	
2009	●		●	
2010	●	●	●	
2011	●	●		
2012		●		●
2013	●	●		●
2014	●	●		●
2015	●	●		●
2016	●		●	●
2017	●	●		
2018	●			●
2019	●	●		●
2020	●	●		●
2021	●	●		●
2022	●	●		
2023	●	●		
2024	●	●		
2025	●	●	●	

Serotipos del virus Dengue, registrados por año. Paraguay. Años 1988/1989 y 1999/2025. Fuente: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.



CAMERÚN

UN CASO DE INFECCIÓN POR EL POLIOVIRUS
CIRCULANTE TIPO 2 DERIVADO DE LA VACUNA

02/03/2025

Camerún notificó un caso de infección por el poliovirus circulante tipo 2 derivado de la vacuna (cVDPV2) a partir de aislamientos ambientales recolectados en el distrito sanitario de Kousseri en la región de Extrême-Nord el 27 de enero de 2025.

Este brote se produjo después de que el país registrara varios casos de cVDPV2 en 2024. El más reciente fue confirmado en un niño de 9 años que presentó parálisis flácida aguda el 12 de diciembre de 2024 en el distrito sanitario de Kousserie y un poliovirus derivado de la nueva vacuna oral contra el poliovirus tipo 2 (nVDPV2) en un niño de 5 años en el distrito sanitario de Vele en la región de Extrême-Nord, que presentó parálisis flácida aguda el 2 de diciembre de 2024.

A principios de 2024, Camerún notificó cuatro aislamientos de cVDPV2: dos en casos de parálisis flácida aguda en los distritos sanitarios de Ndelele y Batouri de la región Est, y dos aislamientos ambientales en el distrito urbano de Ngaoundere, región de Adamawa, y el distrito sanitario de Deido, región Littoral.

El país llevó a cabo una campaña nacional de vacunación masiva contra la poliomielitis utilizando la nueva vacuna oral contra la poliomielitis tipo 2 (nOPV2) en 2024 y dos campañas de vacunación subnacionales con nOPV2. La última ronda se llevó a cabo en noviembre de 2024.

El cólera es una infección potencialmente mortal que provoca diarrea grave. La infección suele producirse al consumir alimentos o agua contaminados con la bacteria del cólera, *Vibrio cholerae*. El cólera ya no supone un riesgo en el Reino Unido, pero, en ocasiones, se ha detectado en viajeros que regresan al país. Las vacunas contra el cólera están disponibles en el Reino Unido, pero solo se recomiendan para determinados viajeros.

El 27 de agosto de 2022 se informó por primera vez de un brote de cólera en curso en Etiopia. En 2025, hasta el 3 de marzo, se ha notificado un total de 223 casos y cuatro muertes. Se ha notificado un total de 58.381 casos y 726 muertes en Etiopia desde el inicio de este brote en 2022.

El 7 de marzo de 2025, el Reino Unido notificó cuatro casos de cólera –por *Vibrio cholerae* toxigénico del serogrupo O1–, diagnosticados a mediados de febrero de 2025, relacionados con viajes a Etiopia. Tres viajeros del Reino Unido visitaron Etiopia recientemente; dos informaron haber viajado a Amhara, en el oeste de Etiopia, y uno de ellos visitó el pozo sagrado de Bermel Giorgis. Un cuarto caso de cólera del Reino Unido no viajó, pero informó haber consumido agua bendita (traída de Etiopia por uno de los viajeros que regresaron) antes de experimentar síntomas. Este viajero que regresó también enfermó después de consumir el agua bendita en el Reino Unido.

El 27 de febrero de 2025 también se notificaron en Alemania tres casos de cólera –por *V. cholerae* toxigénico del serogrupo O1, biovar El Tor), relacionados con viajes a Etiopia. Dos viajeros alemanes visitaron Etiopia en enero de 2025 y también trajeron una botella de agua bendita recogida del pozo sagrado Bermel Giorgis en Amhara. A su regreso a Alemania, consumieron esta agua, junto con una tercera persona (que no había viajado) el 30 de enero de 2025. Las tres personas desarrollaron síntomas de cólera en cuestión de días y fueron tratadas en el hospital. El cólera se confirmó en febrero de 2025.

Para la mayoría de los viajeros, el riesgo de cólera es muy bajo: se estima que se notifican entre dos y tres casos por cada millón de viajeros.

Para los viajeros con mayor riesgo, se puede considerar la vacuna contra el cólera (después de una evaluación de riesgo completa) y estos viajeros incluyen:

- trabajadores de ayuda humanitaria;
- personas que viajan a zonas con brotes de cólera y que tienen acceso limitado a agua potable y atención médica; y
- otros viajeros a zonas de riesgo de cólera, para quienes la vacunación contra el cólera se considera potencialmente beneficiosa; debido a su ocupación, actividades o problemas de salud subyacentes.



La provincia mozambiqueña de Cabo Delgado registró 1.275 casos de conjuntivitis bacteriana desde mediados de febrero, de los cuales 60% correspondieron a niños menores de cinco años, anunciaron las autoridades sanitarias.



“En 16 días reportamos un total de 1.275 casos de conjuntivitis bacteriana y en las últimas 24 horas tuvimos un registro de 15 casos. De este universo de 1.275 casos, cinco evolucionaron hacia complicaciones, que causaron úlceras corneales”, dijo el 6 de marzo el médico jefe de la provincia de Cabo Delgado, Edson Fernando.

Según el responsable, del total de casos, 60% fueron detectados en menores de cinco años.

“Los niños juegan entre ellos y esta proximidad crea un ambiente propicio para el contagio. Se movilizaron equipos técnicos liderados por especialistas en oftalmología para acudir a las comunidades a realizar el tamizaje y tratamiento”, explicó.

Casi 120 personas contrajeron ceguera irreversible en 2024 en Mozambique como resultado del brote de conjuntivitis, informó el 12 de agosto la jefa del Programa Nacional de Oftalmología del Ministerio de Salud, Lígia Munguambe.

“Un total de 195 personas sufrieron complicaciones oculares graves, principalmente por la automedicación y la aplicación de sustancias tóxicas en los ojos”, indicó el funcionario, al señalar que los pacientes recurrieron al uso de limón, orina, ungüentos corporales y diversas plantas para curar la conjuntivitis.

Munguambe agregó que del total de 119 personas que contrajeron ceguera irreversible, 41 quedaron ciegas de ambos ojos y 78 desarrollaron ceguera parcial.

Según la funcionaria, durante el período del brote de conjuntivitis, de febrero a mayo de 2024, se registraron 68.400 casos de la enfermedad.

Desde 1976, la vacunación contra el sarampión se ofrece en los Países Bajos a través del Programa Nacional de Vacunación. Desde entonces, el número de personas que contraen la enfermedad ha sido bajo.

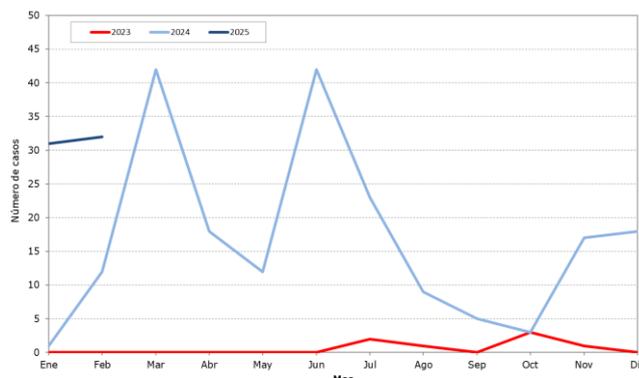
Sin embargo, los Países Bajos enfrentan un brote mayor cada 10-15 años. Esto se debe a que hay grupos que se niegan a vacunarse. El último brote importante ocurrió en 2013-2014. En Europa, el número de personas infectadas con el virus del sarampión está aumentando desde el año pasado.

En 2025, hasta el 5 de marzo, se han notificado 63 casos de sarampión en varios Servicios Municipales de Salud (GGD) de distintas regiones. Estos casos afectan principalmente a personas que contrajeron la enfermedad en el extranjero y a sus contactos (normalmente no vacunados). Desde el 19 de febrero, el Instituto Nacional de Salud Pública y Ambiente (RIVM) recibió 29 nuevos informes de sarampión. No hay un brote a nivel nacional. En los alrededores de una escuela en la región de Brabant-Zuidoost se detectó un conglomerado de niños con sarampión. También se han registrado algunos conglomerados familiares, en las regiones de West-Brabant y Rotterdam-Rijnmond. Los GGD involucrados realizan las investigaciones de fuentes y contactos.

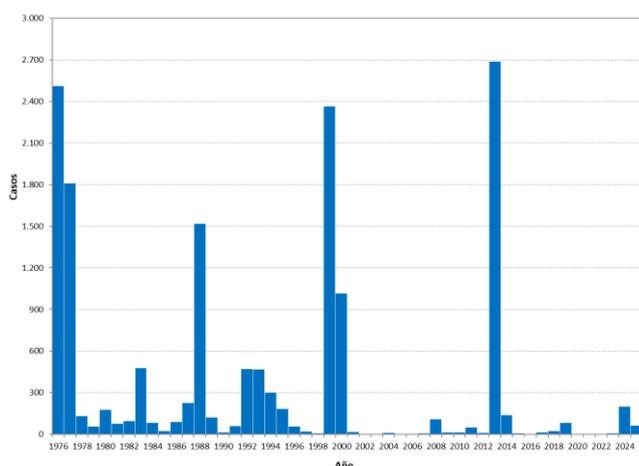
En 2025, se notificaron en los Países Bajos 16 pacientes que contrajeron sarampión en Marruecos y tres en Rumania. En esos países hay grandes epidemias de sarampión. También se han producido brotes de sarampión en varios otros países. La epidemia de sarampión en Marruecos ya lleva bastante tiempo produciéndose. Se han registrado decenas de miles de casos y más de 100 personas han muerto.

Se recomendó a la población vacunarse contra el sarampión si viajan a un país donde el sarampión es común. Esto se aplica a los adultos que aún no han sido vacunados y nacieron después de 1965. También es importante que los niños reciban a tiempo su vacuna triple viral –contra la parotiditis, el sarampión y la rubéola–, especialmente si viajan a un país donde el sarampión es común. Las personas pueden enfermarse de sarampión y traer la enfermedad a los Países Bajos y propagarla en su entorno.

Los niños en los Países Bajos reciben la primera dosis de la vacuna triple viral a los 14 meses. En situaciones especiales es posible recibir esta vacuna antes, por ejemplo, a causa de un viaje a un país donde hay brotes de sarampión.



Casos mensuales de sarampión. Países Bajos. De enero de 2023 a febrero de 2025. Fuente: Instituto Nacional de Salud Pública y Ambiente.



Casos anuales de sarampión. Países Bajos. Años 1976/2025. Fuente: Instituto Nacional de Salud Pública y Ambiente.

Karachi registró su primera muerte por *Naegleria fowleri* de este año: una mujer de 36 años de Gulshan-e-Iqbal fue quien sucumbió a la ameba.

Según el Departamento de Salud de Sindh, la mujer mostró sus primeros síntomas el 18 de febrero de 2025. Fue ingresada en un hospital privado el 19 de febrero y falleció el 23 de febrero.

Un informe de laboratorio del 24 de febrero confirmó la presencia de *N. fowleri*. Las investigaciones revelaron que la mujer no había realizado ninguna actividad relacionada con el agua. Su única exposición fue el uso regular del agua para realizar la ablución (*wuzu*) cinco veces al día en su casa.

La ameba *Naegleria fowleri* causa una infección cerebral poco frecuente, pero mortal, conocida como meningoencefalitis amebiana primaria (PAM). Nadar en ríos, lagos y fuentes termales de agua dulce templada puede propagar *N. fowleri* al organismo a través de la nariz, lo que provoca la infección o la enfermedad. Una vez en el cerebro, la ameba causa inflamación y destrucción del tejido cerebral al ascender por el nervio olfatorio.

La PAM afecta principalmente a niños y adultos jóvenes y es más prevalente en regiones tropicales y subtropicales. Un estudio determinó que, entre 2011 y 2020, se notificaron 39 casos de PAM en todo el mundo. Según el lugar de origen, Estados Unidos fue donde se produjeron más casos, seguido de Pakistán, México, Chequia e India. Solo unos pocos individuos han sobrevivido a la PAM, con una tasa de mortalidad superior a 98%. Aunque no existe una vacuna que proteja a los humanos contra la PAM, los investigadores están trabajando en varios enfoques de inmunización que algún día podrían utilizarse para detener esta enfermedad mortal.

N. fowleri, conocida comúnmente como la “ameba come cerebros”, es un organismo amebiano parásito que se encuentra en agua dulce, estanques y lagos. Pertenece a la familia Vahlkampfiidea, orden Schizopyrenida y filo Percolozoa. De las 47 especies del género *Naegleria*, *N. fowleri* es la única especie patógena. Este parásito presenta una distribución mundial en casi todos los continentes excepto la Antártida. Se desarrolla a temperaturas superiores a 45°C y puede soportar temperaturas que oscilan entre 4°C y más de 50°C.

N. fowleri se encuentra principalmente en forma de trofozoíto, se reproduce de manera rápida y se alimenta principalmente de bacterias gramnegativas. En circunstancias muy adversas, el trofozoíto se transforma en quiste, una estructura muy resistente capaz de soportar temperaturas de hasta 4°C. Por consiguiente, este parásito puede desarrollarse en diversos lugares del mundo, excluidas las regiones polares. Cuando se encuentra en condiciones desfavorables, la ameba pasa a una forma flagelar que conserva las características amebianas, pero no es reproductiva ni infecciosa. En condiciones normales, vuelve al estadio de trofozoíto, caracterizado por una estructura en forma de copa, para alimentarse de bacterias. Durante esta fase, el parásito se encuentra en su máximo estado reproductivo e infeccioso, volviéndose patógeno y entrando rápidamente en el cuerpo humano a través del conducto nasal.

N. fowleri inicia su curso fisiopatológico cuando los individuos se encuentran en agua dulce templada contaminada con las amebas, que obtienen acceso a través de las entradas nasales. Una vez en el cerebro, se dirigen predominantemente al bulbo olfatorio y los lóbulos frontales, principalmente en forma de trofozoíto, liberando compuestos citotóxicos como proteínas formadoras de poros, proteasas y fosfolipasas. Estos compuestos contribuyen al daño celular del huésped al formar poros en la membrana, descomponer las proteínas y alterar los fosfolípidos de las membranas celulares. El daño infligido implica varios mecanismos: las amebas secretan proteínas que pueden formar poros o agujeros en las membranas de las células huésped. Esto altera la integridad de las células huésped y permite la entrada de iones y moléculas, lo que conduce a la disfunción y muerte celular. Dentro de las células huésped, las proteasas pueden degradar las proteínas, desintegrando los componentes celulares y provocando finalmente la muerte celular. Además, las fosfolipasas son enzimas que degradan los fosfolípidos, que son componentes críticos de las membranas celulares, contribuyendo así a la muerte celular al alterar la estructura de las membranas celulares.

Además, la respuesta inmunitaria del organismo a *N. fowleri* libera moléculas inflamatorias y activa las células inmunitarias, lo que puede dañar aún más las células nerviosas. Los infectados experimentan graves manifestaciones neurológicas y una elevada tasa de mortalidad debido a las respuestas inflamatorias del sistema inmunitario que contribuyen a los daños. Diagnosticar y tratar precozmente la PAM mejora las posibilidades de supervivencia.

Tras la exposición a la ameba, las personas suelen desarrollar síntomas similares a los de la gripe, como dolores de cabeza, fiebre, náuseas y vómitos en el plazo de una semana. A medida que la enfermedad progresa, los síntomas pueden incluir pérdida de apetito, irritabilidad, rigidez de cuello, cansancio, sensibilidad a la luz y convulsiones. En casos extremos, los pacientes pueden caer en coma. El diagnóstico de la PAM es difícil debido a sus síntomas iniciales genéricos, y a veces la confirmación solo llega tras un examen *post mortem* que revela el impacto de la ameba en el cerebro.

Patógenos peligrosos abandonados sin protección en laboratorios de toda África. Inspecciones suspendidas para detectar mpox, el virus del Ébola y otras infecciones en aeropuertos y otros puestos de control. Millones de animales sin examinar enviados a través de las fronteras.

Los recortes de la administración Trump en la ayuda exterior ha obstaculizado los programas que previenen y eliminan brotes en todo el mundo, dicen los científicos, dejando a las personas en todas partes más vulnerables a bacterias y virus peligrosos.



Una paciente de mpox recibe atención en un centro de salud en Goma, República Democrática del Congo.

Eso incluye a los estadounidenses. Los brotes que comienzan en el extranjero pueden propagarse rápidamente: el SARS-CoV-2 puede haber aparecido primero en China, por ejemplo, pero pronto apareció en todas partes, incluido Estados Unidos. Cuando la poliomielitis o el dengue aparecen en este país, los casos suelen estar vinculados a viajes internacionales.

“En realidad, al pueblo estadounidense le interesa mantener a raya las enfermedades”, dijo el Dr. Githinji Gitahi, quien dirige Amref Health Africa, una gran organización sin fines de lucro que depende de Estados Unidos para aproximadamente 25% de su financiación.

“Las enfermedades llegan a Estados Unidos incluso cuando contamos con nuestra mejor gente, y ahora no estamos poniendo a nuestra mejor gente allí”, añadió.

En entrevistas, más de 30 funcionarios actuales y anteriores de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), miembros de organizaciones de salud y expertos en enfermedades infecciosas describieron un mundo que se volvió más peligroso que hace apenas unas semanas. Muchos hablaron bajo condición de anonimato por temor a represalias por parte del gobierno federal.

El momento es terrible: la República Democrática del Congo está sufriendo el brote de mpox más mortal de su historia, y los casos se están disparando en una docena de otros países africanos.

En Estados Unidos se está produciendo una crisis de influenza aviar que se está agravando. Hay varios virus de fiebre hemorrágica latentes: de [enfermedad por el virus del Ébola en Uganda](#), de [enfermedad por el virus de Marburg en Tanzania](#) y de [fiebre hemorrágica de Lassa en Nigeria y Sierra Leona](#).

En 2023, la USAID invirtió alrededor de 900 millones de dólares para financiar laboratorios y preparación para emergencias en más de 30 países. La pausa en la ayuda exterior congeló esos programas. Incluso los pagos a los beneficiarios por trabajos ya completados se están resolviendo en los tribunales.

Las exenciones emitidas por el Departamento de Estado tenían como objetivo permitir que se continuara con algunos trabajos para contener los virus del Ébola, de Marburgo y el de la mpox, así como para la preparación para la influenza aviar.

Pero los funcionarios designados por la administración Trump obstaculizaron los sistemas de pago y crearon obstáculos para implementar las exenciones, según un [memorando de la USAID escrito por Nicholas Enrich](#), quien fue administrador adjunto interino de la agencia para salud global hasta el 2 de marzo.

Luego, el mes pasado, la administración Trump canceló alrededor de 5.800 contratos, cerrando efectivamente la mayoría de las iniciativas financiadas por la USAID, incluidas muchas que habían recibido permiso para continuar.

“Finalmente quedó claro que no íbamos a implementar ni siquiera los programas que tenían exenciones”, recordó Enrich.

Es probable que la decisión resulte en más de 28.000 nuevos casos de enfermedades infecciosas como la enfermedad por el virus del Ébola y la enfermedad por el virus de Marburg, y 200.000 casos de poliomielitis parálitica cada año, [según una estimación](#).

El Secretario de Estado Marco Antonio Rubio “ha estado trabajando diligentemente desde que asumió el cargo para revisar cada dólar gastado”, dijo el Departamento de Estado en un comunicado.

“Podremos decir que cada programa que estamos implementando sirve al interés nacional, porque nos hace más seguros, más fuertes o más prósperos”, dijo Rubio.

La mayoría de los empleados de la USAID [fueron despedidos](#) o puestos en licencia administrativa sin previo aviso. Más de 50 de ellos estaban dedicados a responder a los brotes, como resultado de una iniciativa del Congreso para reforzar la preparación ante una pandemia.

Ahora tiene seis. Entre los despedidos se encuentran el principal experto de la organización en diagnóstico de laboratorio y el encargado de la respuesta a la enfermedad por el virus del Ébola. “No tengo idea de cómo seis personas van a dirigir cuatro respuestas a brotes”, dijo un funcionario que fue despedido.

También fueron enviados a casa cientos de miles de trabajadores sanitarios comunitarios de África que eran centinelas de las enfermedades.

A principios de enero, [el gobierno de Tanzania negó](#) que hubiera nuevos casos de enfermedad por el virus de Marburg. Fue un trabajador de salud comunitario formado en un programa de lucha contra la enfermedad por el virus del Ébola financiado por Estados Unidos quien informó de la enfermedad una semana después.

El brote finalmente creció hasta incluir 10 casos y ahora está bajo control, dijo el gobierno.

Incluso en épocas más tranquilas, la ayuda exterior ayuda a prevenir, detectar y tratar enfermedades que pueden poner en peligro a los estadounidenses, incluido el VIH, la tuberculosis y la malaria resistentes a los medicamentos, y las bacterias que no responden a los antibióticos disponibles.



En la República Democrática del Congo, los trabajadores del Instituto Nacional de Salud Pública llevaron a cabo las actividades de vacunación contra la mpox. El instituto incluye a la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades como socios.

Gran parte de ese trabajo se ha detenido y otras organizaciones o países no pueden llenar el vacío. A la pérdida se suma la retirada de Estados Unidos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que ha instituido sus propias medidas de reducción de costos.

“Es una situación en la que todos pierden”, dijo el Dr. Keiji Fukuda, quien dirigió los esfuerzos de prevención de pandemias en la OMS y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).



Centro de aislamiento del Hospital de Referencia Mulago en Kampala, Uganda.

El recorte de la ayuda exterior priva al mundo del liderazgo y la experiencia estadounidenses, pero también excluye a Estados Unidos de las discusiones globales, dijo Fukuda: “No logro encontrar la justificación ni la razón para este enfoque tan calculado y sistemático para destruir la salud pública”.

Tratando de adaptarse

El intenso enfoque de la USAID en la seguridad sanitaria mundial tiene apenas una década de existencia, pero ha recibido en su mayoría apoyo bipartidista. La primera administración Trump amplió el programa a 50 países.

Gran parte de la ayuda tenía como objetivo ayudarlos a resolver los problemas por sí solos, y hasta cierto punto eso estaba sucediendo.

Pero ante un nuevo virus o brote, “hay muchas cosas que uno tiene que hacer y aprender, y muchos países no pueden hacerlo por sí solos”, dijo la Dra. Lucille Blumberg, médica especializada en enfermedades infecciosas y experta en enfermedades emergentes.

La USAID y sus socios ayudaron a los países a identificar la experiencia, la capacitación y la maquinaria que necesitaban, reunieron a funcionarios de diversos ministerios e involucraron a agricultores, empresas y familias.

“En realidad, no le cuesta tanto al gobierno de Estados Unidos”, dijo un funcionario de una importante organización de desarrollo. “Pero ese tipo de creación de confianza, comunicación y compartición de evidencias es una verdadera fortaleza que Estados Unidos aporta a la seguridad sanitaria, y eso ya no existe”.

En África, algunos países han reaccionado con alarma ante la desaparición de la ayuda, otros con resignación. “Estamos haciendo todo lo posible para adaptarnos a esta evolución”, afirmó el Dr. Muhammad Ali Pate, ministro de Salud de Nigeria.

“El gobierno de Estados Unidos no es responsable, en última instancia, de la salud y la seguridad del pueblo nigeriano”, afirmó. “Al fin y al cabo, la responsabilidad es nuestra”.

Para que una respuesta a un brote sea exitosa es necesaria la coordinación de una gran variedad de elementos: investigadores para confirmar el informe inicial; trabajadores capacitados para realizar pruebas; acceso a kits de prueba; transporte de muestras; un laboratorio con suficientes trabajadores, agua corriente, electricidad y suministros químicos para los diagnósticos; y expertos para interpretar los resultados y actuar en consecuencia.

A grandes rasgos, los CDC aportaron su experiencia sobre enfermedades, la USAID financió la logística y la OMS convocó a las partes interesadas, incluidos los ministerios de salud.

Antes de la congelación de la ayuda, los empleados de cada organización solían hablar todos los días, intercambiando información y debatiendo estrategias. Juntos, redujeron el tiempo de respuesta ante un brote de dos semanas en 2014 a cinco días en 2022 y, más recientemente, a solo 48 horas.

Pero ahora, a los expertos de los CDC que han perfeccionado su experiencia durante décadas ni siquiera se les permite hablar con sus colegas de la OMS.

La financiación de la USAID para el transporte de muestras, suministros de laboratorio, combustible para generadores y planes telefónicos para rastreadores de contactos ha terminado. Gran parte de su inversión en soluciones simples para problemas aparentemente insolubles también se ha detenido.

En África occidental, por ejemplo, los roedores que propagan la fiebre hemorrágica de Lassa invaden las casas en busca de alimento. Un programa del proyecto Stop Spillover de la USAID introdujo contenedores de alimentos a prueba de roedores para limitar el problema, pero ahora ha cerrado.

En República Democrática del Congo, donde la corrupción, los conflictos y los brotes interminables hacen que la vigilancia “parezca un queso suizo incluso en los mejores momentos”, la respuesta a la mpox se desaceleró porque no había trabajadores de la salud para transportar las muestras, dijo un funcionario de la USAID familiarizado con la respuesta.

Más de 400 pacientes con mpox quedaron abandonados tras huir de clínicas desbordadas. Antes de que una exención reiniciara algunos trabajos, Estados Unidos identificó dos nuevos casos de mpox, ambos en personas que habían viajado a África oriental.

En Kenya, la USAID apoyó ocho laboratorios y la vigilancia comunitaria en 12 condados de alto riesgo. Los laboratorios de los condados de Marsabit, Mandera y Garissa, que limitan con Etiopía y Somalia, se han quedado sin equipos de prueba y reactivos para enfermedades como la fiebre del Valle del Rift, la fiebre amarilla y la poliomielitis, y han perdido casi la mitad de su personal.

Kenya también limita con Uganda y Tanzania y está cerca de la República Democrática del Congo (todos ellos enfrentan brotes peligrosos) y ha perdido más de 35.000 trabajadores.

“Estas órdenes de suspensión de actividades implicarían que aumenta el riesgo de que un caso índice pase desapercibido”, dijo Gitahi, refiriéndose al primer caso conocido de un brote. Su organización ha despedido a casi 400 de sus 2.400 empleados.

Muchos laboratorios de África almacenan muestras de patógenos que se encuentran de forma natural en el ambiente, incluidos varios que pueden utilizarse como armas. Si se suspenden los programas de vigilancia, los patógenos podrían ser robados y un ataque bioterrorista podría pasar desapercibido hasta que fuera demasiado tarde para contrarrestarlo.

Algunos expertos se preocupaban por la posibilidad de que agentes maliciosos pudieran liberar una amenaza como el cólera en el agua o utilizar como arma el carbunco o la brucelosis, enfermedades comunes en los animales africanos. Otros dijeron que les preocupaba que incluso un manejo inexperto de estas amenazas pudiera ser suficiente para desencadenar un desastre.



Muestras de casos sospechosos de fiebre hemorrágica de Lassa en la sala de aislamiento del Hospital Gubernamental de Kenema en Sierra Leona.

La financiación del gobierno de Estados Unidos ayudó a contratar y capacitar a trabajadores de laboratorio para mantener y eliminar virus y bacterias peligrosos de forma segura.

Pero ahora, los patógenos pueden entrar y salir de los laboratorios sin que nadie se dé cuenta. “Hemos perdido la capacidad de conocer dónde se encuentran los patógenos”, dijo Kaitlin Sandhaus, fundadora y directora ejecutiva de Global Implementation Solutions.



Un comerciante somalí escolta cabras para la venta en el mercado de ganado de Dayniile.

Su empresa ayudó a 17 laboratorios africanos a obtener la acreditación en procedimientos de bioseguridad y apoyó a cinco países en la redacción de leyes para garantizar el cumplimiento. Ahora la empresa está cerrando.

En el futuro, otros países, incluida China, sabrán más sobre dónde se almacenan los patógenos riesgosos, dijo Sandhaus: “Me parece muy peligroso”.

China ya ha invertido en la construcción de laboratorios en África, donde es más barato y más fácil “trabajar en lo que uno quiera sin que nadie le preste atención”, dijo un funcionario de la USAID.

Rusia también está proporcionando laboratorios móviles a los ugandeses en Mbale, en la frontera con Kenya, dijo otro funcionario.

“Algunos países africanos como Somalia tienen sistemas de salud frágiles y amenazas persistentes a la seguridad, pero una capacidad mínima para rastrear infecciones que enferman a los animales y a las personas”, dijo Abdinasir Yusuf Osman, epidemiólogo veterinario y presidente de un grupo de trabajo en el Ministerio de Salud de Somalia.

“Somalia exporta cada año millones de camellos, vacas y otros animales, principalmente a Medio Oriente. El país ha dependido en gran medida de la ayuda extranjera para detectar enfermedades en los animales”, afirmó.

“Las consecuencias de este déficit de financiación, en mi opinión, serán catastróficas y aumentarán la probabilidad de brotes incontrolados”, agregó Osman.

En los países con economías más grandes, la ayuda extranjera ha permitido construir relaciones. Tailandia es pionera en materia de enfermedades infecciosas y la USAID estaba financiando un modesto proyecto de eliminación de la malaria que refuerza sus capacidades de vigilancia.

“El final abrupto de ese compromiso corre el riesgo de perder la buena voluntad”, dijo Jui Shah, quien ayudó a administrar el programa.

“En Asia, las relaciones son cruciales para cualquier tipo de trabajo, pero especialmente para los puestos que implican vigilancia y datos de pacientes”, afirmó. “Los estadounidenses sufrirán si otros países dudan en comunicarse con nosotros sobre los brotes”.

En los últimos cinco años, la pandemia de covid pasó de ser una amenaza catastrófica que mató a más de 7 millones de personas a lo que la mayoría de la gente considera hoy una molestia tolerable que no requiere de precauciones. No obstante, la covid sigue matando a más de 2.000 personas al mes en todo el mundo y provocando enfermedades graves en personas enfermas o mayores.



La evolución de la pandemia de covid –de la devastación al optimismo por la erradicación y a la propagación persistente y desigual de la enfermedad– puede parecer inédita. Sin embargo, como médico especialista en enfermedades infecciosas e historiador médico, veo similitudes con otras epidemias, como la de sífilis, de sida y de tuberculosis.

Las vacunas, los medicamentos y otros avances biomédicos son necesarios para eliminar las enfermedades epidémicas, pero, como exploro en mi libro *Persisting Pandemics*, los factores sociales, económicos y políticos son igualmente importantes. La ciencia médica por sí sola no es suficiente.

La sífilis, el sida y la tuberculosis siguen existiendo

La sífilis es una infección de transmisión sexual identificada por primera vez en 1495. Provoca erupciones cutáneas y puede progresar hasta causar parálisis, ceguera o ambas. Durante siglos, la sífilis debilitó a las naciones al incapacitar a padres, trabajadores y soldados en la flor de la vida. Medicamentos innovadores –primero el Salvarsan (1909), luego la penicilina (1943)– ofrecieron un camino hacia la erradicación cuando se utilizaron junto con pruebas generalizadas.

Sin embargo, los programas de salud pública aplicados entre los años 1930 y 2000 fracasaron, no por la eficacia de los tratamientos sino por las condiciones socioeconómicas.

Un problema ha sido el estigma persistente en torno a la realización de pruebas de detección de la enfermedad y la búsqueda de parejas sexuales. Otro es la pobreza, que puede obligar a las mujeres a participar en actividades sexuales comerciales e impedir que las personas aprendan

¹ Powel Harold Kazanjian es profesor de Enfermedades Infecciosas y de Historia en la Universidad de Michigan.

a protegerse de las infecciones de transmisión sexual. La migración de la población debido al comercio o la guerra puede provocar conductas de alto riesgo, como la promiscuidad sexual. En algunas culturas, las mujeres carecen de autoridad para negociar el uso del preservativo y los gobiernos no han priorizado sistemáticamente la financiación sostenida necesaria para apoyar los esfuerzos por eliminar la enfermedad.

A pesar de la indiferencia social hacia la sífilis, en la década de 2020 se producen más de 8 millones de casos nuevos cada año en todo el mundo, particularmente entre minorías raciales y poblaciones de bajos ingresos.

La historia del VIH/sida es más corta que la de la sífilis, pero su trayectoria tiene similitudes. Los médicos describieron por primera vez el VIH/sida en 1981, cuando era una infección de transmisión sexual casi uniformemente mortal. Los nuevos medicamentos antirretrovirales introducidos en 1996 ofrecieron a los científicos médicos la esperanza de eliminar la enfermedad mediante campañas de salud pública, centradas en pruebas y tratamientos generalizados, implementadas en 2013.

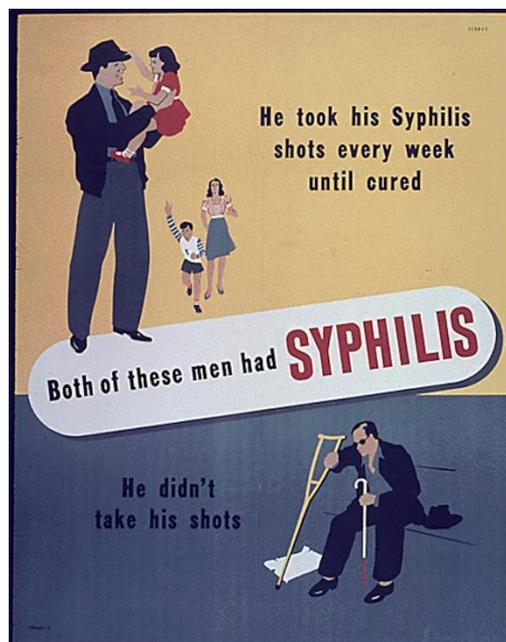
Pero, por razones similares a las de la sífilis, estos programas no están cumpliendo sus objetivos de tratamiento en todos los países, especialmente entre las poblaciones de bajos ingresos y las minorías raciales. Mantener la financiación de la infraestructura de atención sanitaria y los regímenes de múltiples fármacos para 39 millones de personas que viven con el VIH plantea un desafío adicional. Hoy, a pesar de la actitud desdeñosa del público hacia la enfermedad, el sida causa más de 630.000 muertes en todo el mundo. Esa cifra probablemente aumentará sustancialmente dada la decisión de la administración de Donald John Trump de recortar la financiación de los programas de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

La tuberculosis es una tercera enfermedad que también agotó la fuerza laboral y debilitó a las naciones, en particular en las ciudades del siglo XIX posteriores a la revolución industrial. La enfermedad se propagó ampliamente porque la pobreza obligaba a las personas a vivir en condiciones de trabajo con poca ventilación y en viviendas de vecindad abarrotadas. El desarrollo de nuevos regímenes de combinación de fármacos antimicrobianos ofreció una vía para erradicar la enfermedad en la década de 1960.

Sin embargo, la incapacidad de mantener la financiación para completar los complejos tratamientos, los problemas de aislamiento de las personas que no pueden permitirse una vivienda adecuada y la escasa adherencia al tratamiento debido a la falta de vivienda, el encarcelamiento o la migración durante la guerra o el comercio han puesto en peligro las campañas de salud pública. A pesar de la indiferencia de la sociedad, la tuberculosis mata hoy en día a 1,6 millones de personas al año en todo el mundo.

El caso de estudio de la covid

Las trayectorias de estas epidemias muestran cómo las campañas basadas únicamente en enfoques biomédicos dirigidos a los patógenos no son suficientes para eliminar la enfermedad.



Este cartel de la década de 1940 se centra en la cura médica de la sífilis. Dice: "Ambos hombres tenían SÍFILIS" y muestra a uno sano con una familia que recibió sus vacunas y a un hombre solo con muletas y ciego que no recibió ninguna vacuna. Fuente: National Archives, CC BY.

La covid es el último ejemplo. En Estados Unidos, la pandemia y las medidas de confinamiento afectaron desproporcionadamente a las personas de bajos ingresos y a las minorías raciales, especialmente a quienes desempeñaban trabajos de primera línea que no permitían trabajar a distancia desde casa. Estos grupos tenían más probabilidades de vivir en residencias abarrotadas, con mala ventilación o sin espacio para aislarse.



Dos técnicos de emergencias médicas con equipo de protección personal sacan rápidamente a un paciente en una camilla de la ambulancia. Los recuerdos de la fase inicial y de emergencia de la pandemia de covid se han desvanecido.

A pesar del rápido desarrollo de una innovadora vacuna de ARNm que ofrecía esperanza de lo que el presidente Joseph Robinette Biden Jr. denominó eufóricamente “independencia del virus“, la promesa nunca se materializó por completo.

Muy pocas personas recibieron las vacunas, en gran parte debido a factores socioeconómicos.

Los países ricos adquirieron vacunas que los países de ingresos más bajos no podían permitirse. Las dificultades de asignación impidieron que las vacunas llegaran a regiones remotas del mundo.

La reticencia a vacunarse debido a la desconfianza en la ciencia, junto con la sensación de que las vacunas obligatorias violaban las libertades individuales, también impidió que las personas se vacunaran. Actitudes similares redujeron las tasas de uso de barbijos y aislamiento.

En consecuencia, sobretensiones que podrían haberse evitado se cobraron más vidas.

Los medicamentos y las vacunas no pueden hacerlo solos

La ciencia médica moderna no tiene rivales en el tratamiento de los patógenos y los síntomas de las enfermedades, pero para detenerlas también es fundamental abordar las condiciones sociales, económicas y políticas que permiten su propagación.

Los funcionarios de salud pública comenzaron a implementar una variedad de soluciones estructurales:

- Programas de reducción del estigma para reducir la vergüenza de tener una enfermedad y aumentar el número de personas examinadas.
- Transferencias de efectivo para proporcionar a las trabajadoras sexuales capital para invertir en negocios alternativos menos riesgosos.
- Educación entre pares para empoderar a los trabajadores sexuales con la autoridad para negociar condones y prácticas sexuales más seguras.
- Ampliación de la infraestructura de salud para permitir el acceso a instalaciones de pruebas y tratamiento.
- Reformas en las viviendas para garantizar una adecuada filtración del aire e instalaciones de aislamiento apropiadas.
- Resistencia a nombramientos anticientíficos en cargos gubernamentales para impedir la implementación de medidas regresivas de salud pública.
- Financiamiento sostenido de los esfuerzos de salud pública en todas las administraciones políticas que pueden tener diferentes prioridades.

Los funcionarios de salud pública de principios del siglo XX esperaban que las soluciones científicas eficientes pudieran reemplazar por sí solas las iniciativas de saneamiento ambiental del siglo XIX, previas a la teoría de los gérmenes. La covid, la sífilis, el VIH/sida y la tuberculosis demuestran que, si bien los avances biomédicos son necesarios para eliminar las enfermedades epidémicas, es esencial dedicar un enfoque sostenido y recursos a ayudar a los más vulnerables social y económicamente.



Un educador de pares habla sobre el VIH/sida con sus colegas en un taller de mantenimiento en Kenya.

Curso virtual

100% online

Otorga créditos SADI
Inicio: marzo

sadi
Sociedad Argentina
de Infectología



Curso virtual

Presente y futuro de las infecciones en trasplante de órgano sólido Una mirada latinoamericana



Otorga 53 horas cátedra y créditos para el programa de recertificación de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI).

Destinado a: Infectólogos/as especialistas en trasplante; Infectólogos/as generales y en formación interesados en profundizar estos temas. Trasplantólogos/as; Internistas que asisten a estos pacientes.

Módulo 1 | Generalidades que aplican a todos los TOS

- ✓ Línea de tiempo de las infecciones: ¿todo sigue igual? *Dra. Laura Barcán, Argentina.*
- ✓ Inmunosupresión: nuevas drogas, nuevos riesgos de toxicidad. *Dra. Natalia Pujato, Argentina.*
- ✓ Infecciones derivadas del donante. *Dra. Patricia Giorgio, Argentina.*

Módulo 2 | Infecciones específicas en TOS (I)

- ✓ Organismos multirresistentes: un enemigo muy actual. *Dra. Jimena Prieto, Uruguay.*
- ✓ Enfermedad de Chagas. *Dra. Laura Barcán, Argentina.*
- ✓ Micobacterias y TOS. *Dr. Jackes Simkins, Estados Unidos / Venezuela.*

- Clase en vivo integradora al finalizar el Módulo

Módulo 3 | Infecciones específicas en TOS (II)

- ✓ CMV: ¿hemos avanzado en algo? *Dra. Elena Temporiti, Argentina.*
- ✓ Infecciones Fúngicas Invasivas y TOS: Anfotericinas, Azólicos, Equinocandinas: estrategias de tratamiento. ¿Algo nuevo? *Dr. Daniel Zapata, México.*
- ✓ ITU en Trasplante renal: una puesta al día. *Dra. Melisa Martínez, Argentina.*

Módulo 4 | Prevención de enfermedades y multirresistencia en TOS

- ✓ Arbovirosis: una epidemia que golpea a América latina. *Dra. Ligia Pierotti, Brasil.*
- ✓ Vacunas y TOS: ¿cuál es el calendario? *Dra. Astrid Smud, Argentina.*
- ✓ Stewardship en TOS. Tratamientos orales en infecciones severas y Tratamientos acortados: ¿es eso posible? *Dra. Laila Woc Colburn, Atlanta / Guatemala.*

- Clase en vivo integradora al finalizar el Módulo

Completando el curso obtendrás un certificado con **créditos SADI**

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 reporteepidemiologicocoba@gmail.com aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.