

ARGENTINA

- Situación epidemiológica de la hepatitis A

AMÉRICA

- Bolivia: Preocupa el aumento de casos de tuberculosis en Tarija
- Colombia; Caso humano de rabia en Antioquia
- Estados Unidos: Primer caso autóctono de dengue del año en Florida

- Estados Unidos: Cinco años después, las cifras reales de las muertes por covid siguen siendo difíciles de calcular por la falta de datos
- Perú: Cusco emitió una alerta epidemiológica tras la confirmación de casos de tos convulsa

EL MUNDO

- Australia: Decenas de surfistas enfermaron tras nadar en aguas con espuma marina
- El Líbano: Las cuatro potenciales epidemias que amenazan al país en 2025
- España: Un brote de tuberculosis en Barcelona afectó a 25 personas

- Filipinas: En Negros Occidental un brote de fiebre tifoidea ya provocó 344 casos y tres muertes
- India: Karnataka registró la primera muerte del año por enfermedad de la selva de Kyasanur
- Nigeria: Tres mil enfermos de lepra han pasado un año sin tratamiento
- República Democrática del Congo: Peligroso aumento de los casos de cólera y mpox tras los recortes de ayuda
- La OMS pide medidas urgentes para abordar las interrupciones mundiales en los servicios contra la tuberculosis

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



Adherentes



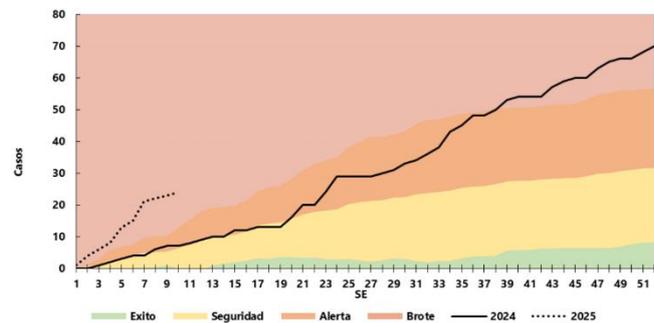
Distinguido por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

© 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.



En 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 10, se notificaron 59 casos de hepatitis A en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, de los cuales 24 cumplen con los criterios de laboratorio de caso confirmado. De los 24 casos, 12 se registran en la región Centro (Ciudad Autónoma de Buenos Aires y provincias de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe), y el resto en las provincias de Salta, Formosa, Chubut, Jujuy, Mendoza y Neuquén. Respecto de la edad, ocho corresponden al grupo etario de menores de 20 años, 11 al de 20 a 39 años y los cinco restantes al de mayores de 40 años. La distribución por sexo, al igual que años anteriores, presenta una mayor afectación masculina (16 casos).



Corredor endémico semanal acumulado de casos confirmados de hepatitis A, en base a datos de los años 2019/2024. Argentina. Años 2024 y 2025 (hasta semana epidemiológica 10). Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

En el contexto de la vigilancia epidemiológica, se observó una variación en la incidencia de hepatitis A en los últimos años. Durante el quinquenio 2019-2023, se notificó un promedio de 31 casos anuales, con un mínimo de 10 en 2021 y un máximo de 55 en 2022. En 2024, se confirmaron 70 casos, superando el umbral de alerta a partir de la SE 39. Desde el inicio de 2025, la cantidad de casos confirmados notificados se encuentra por encima del umbral de brote, ya que ha sido superior a los valores esperados.

Vigilancia molecular

En 2025, hasta el 20 de febrero, se derivaron al Laboratorio Nacional de Referencia para Hepatitis Virales del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas/Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán' (INEI-ANLIS) muestras de suero y/o materia fecal de 15 pacientes para su caracterización molecular. Se analizó la región VP1/2A (349 bases). Los productos de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) fueron secuenciados y analizados con programas filogenéticos.

De las 15 muestras, 14 correspondieron al subgenotipo IA, agrupadas en dos clados diferenciados:

- las muestras de las provincias de Salta (2), Formosa (2) y Santa Fe (1) –todas muestras de casos en un rango etario de 5 a 10 años– agruparon en un clado junto con la secuencia de referencia Wild type GBM de genotipo IA, con un porcentaje de identidad de 98%;

- las muestras de las provincias de Mendoza (3), Córdoba (3) y Ciudad Autónoma de Buenos Aires (3) –todas de pacientes masculinos mayores de edad de los cuales 6 refieren el antecedente de ser hombres que tienen sexo con hombres (HSH)– agruparon en un clado junto con la variante europea VRD521_16, asociada al brote de hepatitis A en HSH en el año 2016, con porcentaje de identidad entre ellas mayor a 99%. Una muestra de un paciente extranjero residente en Ciudad Autónoma de Buenos Aires con antecedente de viaje a India, que refiere antecedente de HSH resultó genotipo IIIA, primer hallazgo de este genotipo en muestras estudiadas en el Laboratorio Nacional de Referencia.

La hepatitis A es una inflamación hepática causada por el virus de la hepatitis A (VHA), cuya transmisión ocurre principalmente por vía fecal-oral. Esto sucede cuando una persona susceptible consume alimentos o agua contaminados con material fecal de una persona infectada. Su propagación está estrechamente vinculada a condiciones sanitarias deficientes, prácticas de higiene inadecuadas, consumo de agua y alimentos no seguros, así como al contacto oral-anal durante relaciones sexuales.

A diferencia de las hepatitis B y C, la hepatitis A no evoluciona hacia la enfermedad hepática crónica. Sin embargo, puede generar síntomas incapacitantes y, en casos raros, provocar hepatitis fulminante (insuficiencia hepática aguda), una condición potencialmente mortal.

En Argentina, antes de la introducción de la vacunación sistemática, la hepatitis A fue la principal causa de insuficiencia hepática fulminante en niños menores de 10 años, requiriendo en algunos casos trasplante hepático, el último de ellos registrado en 2007.

Desde 2005, con la incorporación de la vacuna contra la hepatitis A al año de vida en el Calendario Nacional de Vacunación, la incidencia y morbimortalidad de la enfermedad disminuyeron drásticamente. Gracias a esta estrategia, Argentina se convirtió en un país de endemicidad baja.

A pesar de la reducción general de casos, se registraron brotes esporádicos en los años 2009, 2012, 2014 y 2018. En los últimos años, estos brotes han afectado principalmente a adultos de entre 20 y 39 años de edad, con una distribución por sexo que muestra una tasa cuatro veces mayor en varones que en mujeres.

La hepatitis A en Argentina constituye un Evento de Notificación Obligatoria, según la Ley Nacional 15.465 y las Normas de Vigilancia y Control de Enfermedades (Resolución 1.715/2007), que obligan al personal médico y de laboratorios de efectores de cualquier subsector (público, de seguridad social o privado) a realizar la notificación de los casos. La notificación de la hepatitis A es de modalidad nominal.

El principal objetivo de la vigilancia es brindar información relevante y de calidad para la intervención de los diferentes actores del sistema de salud que tienen responsabilidad en la prevención, diagnóstico, atención y seguimiento de los casos, así como también contribuir en la evaluación de las acciones implementadas a fin de orientar la planificación de políticas sanitarias.

Con la actualización de las normas y procedimientos de vigilancia y control de Eventos de Notificación Obligatoria en el año 2022, cambió la modalidad de notificación de la hepatitis A. Previamente se notificaba ante el caso sospechoso de hepatitis viral. Actualmente la notificación se hace de forma inmediata ante un caso positivo con identificación del agente.



BOLIVIA

PREOCUPA EL AUMENTO DE CASOS
DE TUBERCULOSIS EN TARIJA

19/03/2025

El Servicio Departamental de Salud (SEDES) de Tarija mantiene las alarmas encendidas ante la persistencia de casos de tuberculosis en la región. En lo que va del año 2025, se han diagnosticado 92 casos de tuberculosis en todas sus formas.

La responsable del Programa Tuberculosis y Lepra del SEDES, Andrea Nakazone, confirmó que estos casos incluyen tanto formas pulmonares como extrapulmonares. Los municipios con mayor incidencia son Yacuiba, Cercado, Villa Montes y Bermejo.



Uno de los principales desafíos que enfrentan las autoridades de salud es el retraso en el diagnóstico de la enfermedad. Según Nakazone, aunque desde el SEDES se realizan constantes campañas para la detección oportuna, muchas personas no acuden a los establecimientos de salud a tiempo.

“La dificultad es que la población no busca atención médica temprana, sino que se automedica o espera a tener molestias severas, lo que retrasa el diagnóstico”, explicó.

“Lamentablemente tenemos personas fallecidas con tuberculosis, pero generalmente son casos que se diagnostican muy tarde, o tienen alguna otra enfermedad concomitante”, indicó, al tiempo de señalar que alrededor de 2% de los pacientes fallecen.

La gobernación de Antioquia confirmó el fallecimiento de una mujer a causa del virus de la rabia. Este caso, el primero en 29 años en el departamento, dio lugar a una alerta sanitaria.

La víctima manipuló un tigrillo (*Leopardus tigrinus*) silvestre en el municipio de Jericó, que estaba infectado con este virus. La mujer recogió al animal y lo llevó a su hogar, donde días después comenzó a presentar síntomas de la enfermedad.

La investigación de trazabilidad reveló que el tigrillo mostraba síntomas nerviosos, no furiosos, y presuntamente contagió al gato doméstico de la mujer. Este último también presentó los mismos signos y falleció la semana pasada.

Poco después, la mujer fue trasladada a Medellín con síntomas de encefalitis, donde falleció el 12 de marzo. Posteriormente, el 17 de marzo, las pruebas médicas confirmaron que la causa de su muerte fue el virus rábico.

Debido a este acontecimiento, la Secretaría de Salud e Inclusión Social de Antioquia puso en marcha acciones preventivas para el control de la rabia en el departamento. En coordinación con el Instituto Nacional de Salud, se activó el Consejo Departamental de Zoonosis y una sala de análisis del riesgo departamental para articular estrategias de contención.

Como parte de estas medidas, se intensificó la campaña de vacunación antirrábica en perros y gatos, que se aplica cada año para garantizar la protección de la comunidad. En Antioquia, en 2024 se vacunaron 312.858 perros y 218.797 gatos, para un total de 531.655 animales inmunizados. Este año la proyección es vacunar más de 800.000 animales. Hasta el 28 de febrero, ya se han vacunado 122.691 perros y 12.326 gatos en el departamento.

En el caso del municipio de Jericó, donde se presentó el fallecimiento de la persona por rabia, se realizó la activación del equipo de respuesta inmediata, para realizar una búsqueda activa comunitaria con el fin de identificar y contener la rabia en personas y animales.

En este municipio, durante 2024, se vacunaron 1.384 perros y 810 gatos, tanto en zonas urbanas como rurales. Además, se reforzó la coordinación con la Secretaría de Salud local, así como con las autoridades ambientales y agropecuarias, para intensificar las acciones en campo y asegurar el cumplimiento de las medidas preventivas.

Asimismo, se emitió orientación a las entidades territoriales y a los actores del sistema de salud sobre la importancia de la vigilancia, la notificación oportuna de agresiones como mordeduras o rasguños, por animales potencialmente transmisores de rabia.

La prevención sigue siendo la principal herramienta para evitar el virus de la rabia.

La Secretaría de Salud e Inclusión Social de Antioquia reiteró su llamado a la comunidad para que acuda a los servicios médicos ante cualquier contacto con animales potencialmente transmisores y mantenga al día los esquemas de vacunación de sus mascotas.



Los funcionarios de salud del estado de Florida informaron sobre el primer caso autóctono de dengue de 2025 en el condado de Miami-Dade, detectado la semana pasada.

El caso corresponde al serotipo DENV-3 del virus.

En 2024, se informaron 91 casos autóctonos de dengue en diez condados de Florida: Miami-Dade (50 casos), Pasco (13), Manatee (9), Hillsborough (7), Monroe (3), Palm Beach (3), Broward (2), Orange (2), Polk (1) y Sarasota (1).

Además, las autoridades informaron dos casos adicionales de dengue asociado a viajes, lo que eleva el total a 44 en lo que va del año. Más de la mitad de los casos tienen antecedentes de viajes a/desde Cuba. Los serotipos del virus más detectados en lo que va del año son DENV-4 y DENV-3.

En 2024 se notificaron 1.016 casos relacionados con viajes en Florida.

El 18 de marzo, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) emitieron una [actualización de salud](#) sobre el riesgo actual de infecciones por el virus del dengue.

En Estados Unidos, las autoridades de salud pública de Puerto Rico y las Islas Vírgenes Estadounidenses declararon brotes de dengue. También se reportó transmisión local de dengue en 2024 en California, Florida y Texas.

En Puerto Rico, los casos de dengue reportados se han mantenido por encima del umbral de brote desde febrero de 2024. En marzo de 2024 se declaró una emergencia de salud pública que continúa vigente. En 2024, se reportaron 6.291 casos, de los que 3.292 (52,3%) requirieron hospitalización y se registraron 13 fallecimientos. En 2025, hasta el 7 de marzo, se habían reportado 936 casos, lo que representa un aumento de 113% en comparación con el mismo período de 2024.

En las Islas Vírgenes Estadounidenses, se declaró un brote de dengue en agosto de 2024, que continúa vigente. En 2025, hasta el 7 de marzo, se habían identificado 208 casos autóctonos en 2024 y 30 en 2025.

Los viajes de primavera y verano coinciden con la temporada alta de dengue en muchos países, lo que aumenta el riesgo de casos asociados a viajes y adquiridos localmente en Estados Unidos.

Los cuatro serotipos del virus Dengue han sido notificados entre viajeros que regresaron a Estados Unidos en 2024. DENV-3 fue el serotipo más común identificado en 2024, pero la proporción de casos causados por DENV-4 ha ido aumentando en los últimos meses.

En los primeros días de la pandemia de covid, los investigadores tuvieron dificultades para comprender la tasa de propagación del virus y el número de muertes relacionadas. Si bien los hospitales registraban los casos y las muertes dentro de sus instalaciones, el panorama general de la mortalidad en las comunidades seguía siendo frustrantemente incompleto.

Los responsables políticos y los investigadores descubrieron rápidamente un patrón preocupante: muchas muertes relacionadas con el virus nunca se contabilizaron oficialmente. Un estudio que analizó datos de más de 3.000 condados de Estados Unidos entre marzo de 2020 y agosto de 2022 reveló un exceso de casi 163.000 muertes por causas naturales que no figuraban en los registros oficiales de mortalidad.

El exceso de muertes, es decir, aquellas que superan la cifra prevista según las tendencias históricas, sirve como indicador clave de muertes subregistradas durante las crisis sanitarias. Muchas de estas muertes no contabilizadas se vincularon posteriormente con la covid mediante la revisión de historiales médicos, certificados de defunción y modelos estadísticos.

Además, la falta de seguimiento en tiempo real de las intervenciones médicas durante esos primeros días ralentizó el desarrollo de la vacuna al retrasar el conocimiento sobre qué tratamientos funcionaban y cómo respondían las personas a las nuevas variantes circulantes.

Cinco años después del inicio de la pandemia de covid, están surgiendo nuevas epidemias como la influenza aviar en todo el mundo y los investigadores aún tienen dificultades para acceder a los datos sobre las muertes de personas que necesitan para desarrollar intervenciones que salven vidas.

¿Cómo se puede mejorar el sistema de datos de mortalidad de Estados Unidos? Diseñando políticas y sistemas técnicos para reducir la ineficiencia en la atención médica y las organizaciones gubernamentales. Al analizar el flujo de los datos de mortalidad en Estados Unidos, se pueden identificar varias áreas del sistema que podrían actualizarse.

Necesidad crítica de datos en tiempo real

Un registro de defunción incluye detalles clave más allá del simple hecho del fallecimiento, como la causa, las afecciones que contribuyeron, los datos demográficos, el lugar del fallecimiento y, en ocasiones, el historial médico. Esta información es crucial para que los investigadores puedan analizar tendencias, identificar disparidades e impulsar avances médicos.

Cada año se añaden aproximadamente 2,8 millones de registros de defunción al sistema de datos de mortalidad de Estados Unidos. Sin embargo, en 2022 –el recuento oficial más reciente



Muro conmemorativo nacional de la pandemia de covid con motivo del quinto aniversario, el 11 de marzo de 2025, en Londres, Inglaterra.

disponible—, cuando el mundo aún se encontraba en plena pandemia, se registraron 3.279.857 muertes en el sistema federal. Aun así, se considera ampliamente que esta cifra representa un subregistro significativo del exceso real de muertes por covid.

Además, el seguimiento en tiempo real de los datos de mortalidad por covid era muy deficiente. Este proceso implica la recopilación, el análisis y la notificación continua de fallecimientos de hospitales, organismos de salud y bases de datos gubernamentales mediante



Dos trabajadores de la salud con equipamiento de protección personal completo atienden a un paciente acostado en una cama de hospital.

la integración de historiales médicos electrónicos, informes de laboratorio y sistemas de vigilancia de la salud pública. Idealmente, proporciona información actualizada para la toma de decisiones, pero durante la pandemia de covid, estos sistemas de seguimiento se retrasaron y no lograron generar datos exhaustivos.

Sin datos exhaustivos sobre infecciones previas de covid, respuestas de anticuerpos y eventos adversos, los investigadores enfrentaron desafíos para diseñar ensayos clínicos para predecir cuánto duraría la inmunidad y optimizar los esquemas de refuerzo.

Estos datos son esenciales para el desarrollo de vacunas, ya que ayudan a identificar quiénes corren mayor riesgo, qué variantes y tratamientos afectan las tasas de supervivencia, y cómo deben diseñarse y distribuirse las vacunas. Además, como parte del sistema general de registros vitales de Estados Unidos, los datos de mortalidad son esenciales para la investigación médica, incluyendo la evaluación de programas de salud pública, la identificación de disparidades en la salud y el seguimiento de enfermedades.

La raíz del problema reside en la ineficiencia de las políticas gubernamentales, en particular los sistemas obsoletos de información sanitaria pública y la lentitud de la modernización de datos, que dificultan la toma de decisiones oportuna. Estas políticas arraigadas, como la dependencia de los certificados de defunción en papel y la falta de conexión de los informes estatales, no han logrado adaptarse a las necesidades de datos en tiempo real durante crisis como la de la covid.

Estas deficiencias de las políticas dan lugar a demoras en la presentación de informes y a una falta de coordinación entre las organizaciones hospitalarias, las oficinas de registros vitales de los gobiernos estatales y las agencias del gobierno federal a la hora de recopilar, estandarizar y compartir los registros de defunción.

Historial de los datos de mortalidad en Estados Unidos

El sistema de datos de mortalidad de Estados Unidos se ha construido mediante una combinación heterogénea de gobiernos estatales y locales, agencias federales y organizaciones de salud pública a lo largo de más de un siglo y medio. Se ha visto moldeado por los avances en salud pública, registros médicos y tecnología. Desde su creación hasta la actualidad, el sistema de datos de mortalidad se ha visto plagado de inconsistencias, ineficiencias y tensiones entre los profesionales médicos, los gobiernos estatales y el gobierno federal.

Los primeros esfuerzos nacionales para rastrear información sobre defunciones comenzaron en la década de 1850, cuando la Oficina del Censo de Estados Unidos empezó a recopilar datos de mortalidad como parte del censo decenal. Sin embargo, estos primeros esfuerzos fueron

inconsistentes, ya que el registro de defunciones era en gran medida voluntario y variaba considerablemente entre estados.

A principios del siglo XX, la creación del Sistema Nacional de Estadísticas Vitales propició una mayor estandarización de los datos de mortalidad. Por ejemplo, el sistema exigió que todos los estados y territorios de Estados Unidos estandarizaran el formato de sus certificados de defunción. También consolidó los datos de mortalidad a nivel federal, mientras que anteriormente se almacenaban a nivel estatal.



Formulario en blanco del certificado de defunción.

Sin embargo, los informes estatales y federales siguieron estando fragmentados. Por ejemplo, los estados no contaban con un plazo uniforme para la presentación de los datos de mortalidad, lo que provocó que algunos tardaran meses o incluso años en finalizar y publicar los registros de defunción. Las prácticas de tramitación de documentos a nivel local o estatal también siguieron siendo diversas y, en ocasiones, contradictorias.

Para empezar a reducir las lagunas en los plazos de presentación de informes y ayudar a los investigadores médicos, en 1981 el Centro Nacional de Estadísticas de Salud, una división de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), introdujo el Índice Nacional de Defunciones. Se trata de una base de datos centralizada de registros de defunción recopilados por las oficinas estatales de estadísticas vitales, lo que facilita el acceso a los datos de defunción para la investigación médica y sanitaria. El sistema se basaba inicialmente en papel, con el objetivo de permitir a los investigadores rastrear las muertes de los participantes en los estudios sin tener que lidiar con complejas burocracias.

Con el paso del tiempo, el Índice Nacional de Defunciones y las bases de datos estatales se digitalizaron cada vez más. El auge de los sistemas electrónicos de registro de defunciones en las últimas décadas mejoró la velocidad de procesamiento para que los investigadores accedan a los datos de mortalidad del Índice Nacional de Defunciones. Sin embargo, si bien el índice solucionó algunos problemas relacionados con las brechas entre los datos estatales y federales, otros, como las altas tarifas y la inconsistencia en los plazos de presentación de informes estatales, aún persisten.

Acceder a los datos que más importan

Con la creciente eliminación de las conjuntos de datos de salud pública de los CDC por parte de la administración Trump, no está claro si la reforma de políticas para los datos de mortalidad se abordará pronto.

Los expertos temen que la eliminación de los conjuntos de datos de los CDC haya sentado un precedente para que la administración Trump cruce los límites en su intento de influenciar la investigación y los datos publicados por los CDC. El impacto a largo plazo de la política de salud pública de la administración actual en los datos de mortalidad y la respuesta a las enfermedades aún no está claro.

Lo que está claro es que, a cinco años de la covid, el sistema de seguimiento de la mortalidad de Estados Unidos sigue sin estar preparado para afrontar las nuevas crisis de salud pública. Si no se abordan estos desafíos, es posible que el país no pueda responder con la suficiente rapidez a las crisis de salud pública que amenazan la vida de los estadounidenses.



La Gerencia Regional de Salud (GERESA) de Cusco emitió una alerta epidemiológica tras la confirmación de tres casos de tos convulsa en el distrito de Santiago.

La medida busca reforzar la vigilancia sanitaria y fortalecer las acciones de prevención y control en toda la región. Ambos afectados, jóvenes que habrían contraído la enfermedad en su centro de labores, reciben seguimiento activo por parte de las autoridades sanitarias.

La GERESA de Cusco informó que también monitorea el entorno de los pacientes para evitar nuevos contagios y contener la propagación del brote.

La entidad instó a la población a acudir a los centros de salud ante la presencia de síntomas como estornudos, secreción nasal, fiebre leve y tos persistente que se agrava en un periodo de dos semanas.

Asimismo, recomendó evitar la automedicación y solicitar atención oportuna para reducir complicaciones.

La tos convulsa es una enfermedad bacteriana altamente contagiosa que afecta a personas de todas las edades, aunque los menores de cinco años, adultos mayores y mujeres gestantes presentan mayor riesgo. La principal estrategia de prevención es la vacunación con el esquema completo.

Las autoridades regionales exhortaron a la ciudadanía a extremar medidas de prevención, evitar espacios públicos y someterse al tamizaje correspondiente en caso de presentar síntomas.

En el caso de los menores, recomendaron no enviarlos a escuelas o jardines si muestran signos de la enfermedad para evitar brotes en espacios cerrados.

Los establecimientos de salud en Cusco cuentan con el stock necesario para tamizajes y vacunación de la población vulnerable. Las autoridades reiteraron el llamado a la responsabilidad ciudadana para frenar la propagación de la enfermedad.

Por su parte, la directora de la Red de Servicios de Salud Cusco Norte, Sami Emperatriz Venero Salas, refirió que, a nivel nacional, el Ministerio de Salud reportó un incremento de casos en diversas regiones del país, registrando solo en lo que va del año un total de 274 contagios, de los cuales tres fueron fatales. Esto representa una alerta para el sistema sanitario de Cusco debido a la afluencia turística en la ciudad.

Dos playas azotadas por el viento, a 80 km al sur de Adelaide, capital del estado de South Australia, han sido [cerradas al público](#) después de que los residentes locales informaran que [más de 100 surfistas](#) enfermaron el fin de semana. Sus síntomas incluían dolor de garganta, tos seca e irritación ocular o visión borrosa. También han aparecido dragones de mar, peces y pulpos muertos en las playas.



Se han tomado muestras de agua para analizarlas y las autoridades sanitarias sospechan que las toxinas de [una floración de algas pueden ser las culpables](#).

Pero la “[espuma misteriosa](#)” en el agua es en sí misma un peligro para la salud.

Una [investigación](#) de 2021 demostró que no se debe nadar en el mar cuando hay espuma. Estos licuados bacterianos pueden contener más patógenos dañinos que una planta de tratamiento de aguas residuales, y nadie se bañaría en aguas residuales.

Cuidado con la espuma marina

La espuma marina no parece peligrosa. Pero las apariencias engañan. Es probable que contenga una mezcla de diversos tipos de microbios y contaminantes.

En playas con mucha espuma marina se debe evitar todo contacto con el agua y, definitivamente, evitar surfear o respirar las gotas de agua contaminada en el aire.

La investigación mencionada descubrió microbios causantes de enfermedades infecciosas en las espumas marinas de Sunshine Coast en Queensland.

Estos microbios, son bacterias filamentosas del género *Nocardia*, que pueden causar espuma en las [plantas de tratamiento de aguas residuales](#), especialmente cuando hay una alta carga de grasas y aceites. Se sabe que estas bacterias también pueden provocar espuma en el mar.

El estudio detectó 32 cepas de *Nocardia* en muestras de espuma de mar de las playas de Noosa y del sur de Caloundra. Algunas de estas especies eran [nuevas para la ciencia](#), por lo que fueron denominadas *Nocardia australiensis* y *Nocardia spumea*.

Se sabe que las bacterias *Nocardia* causan infecciones en la piel, los pulmones y el sistema nervioso central, tanto en humanos como en animales. Sin embargo, la infección suele manifestarse solo en personas con sistemas inmunitarios debilitados. La bacteria puede causar abscesos en el cerebro, los pulmones y el hígado.

El tiempo de incubación puede variar entre uno y seis meses, dependiendo de la cepa de bacterias y del estado de salud de la persona involucrada.



En 2013, la espuma del mar cubrió la arena de Burleigh Heads, en Gold Coast, Queensland, tras el paso del ciclón tropical Oswald.

Esto significa que las personas tardarán un tiempo en infectarse y presentar síntomas. Se requiere un seguimiento médico a largo plazo para detectar la afección, ya que puede estar enmascarada por otros patógenos, como *Mycobacterium tuberculosis*, el agente infeccioso que causa la tuberculosis.

¿De dónde viene la espuma marina?

Durante vientos fuertes, las esporas microbianas del suelo pueden terminar en la superficie del océano.

Si el agua está contaminada con grasas y aceites flotantes, así como con asfaltenos, aceite de motor e hidrocarburos, estas esporas pronto forman colonias bacterianas o biopelículas que prosperan y se multiplican.

Esto se debe a que estos microbios utilizan la contaminación como fuente de alimento. El agua de mar se contamina cada vez más por la escorrentía de tierras de cultivo o superficies duras como las carreteras. Todo lo que se vierte en los desagües pluviales termina en el mar. Durante fuertes tormentas, también pueden producirse desbordamientos accidentales de los sistemas de alcantarillado, como ocurrió en Rockhampton en el pasado.

Las algas son otra fuente de alimento para estos microbios, ya que pueden romper las células de las algas para acceder a los aceites nutritivos que contienen. Se han observado espumas marinas en el norte de Francia durante las floraciones de algas.

El agua cálida empeora la situación, ya que aumenta la tasa de supervivencia de *Nocardia*. En un experimento realizado en el laboratorio de Sunshine Coast, se pudo replicar un evento de formación de espuma, y se descubrió que la formación de espuma se originó a temperaturas del agua de 24°C o superiores.

Qué se puede hacer al respecto

Reducir la contaminación de las aguas pluviales reducirá la formación de espuma marina. La posible infección de estos surfistas puede concienciar sobre el problema.

Pero la espuma marina también se puede encontrar en entornos prístinos como los parques nacionales, donde se debe principalmente a los aceites lixiviados de los árboles. Esto fue comprobado en el Parque Nacional de Noosa.

El ayuntamiento en Sunshine Coast y otras autoridades locales fueron muy receptivos a los consejos sobre cómo solucionar el problema, y han realizado importantes mejoras en las plantas de tratamiento de aguas residuales durante los últimos 20 años.

Una vez que se produce un brote en el ambiente, es muy difícil controlarlo. Esto se debe a que el océano es un sistema abierto, a diferencia del sistema cerrado de una planta de tratamiento de aguas residuales, donde los operadores pueden usar productos químicos especiales o equipos mecánicos para descomponer la espuma. En mar abierto es imposible. Así que solo resta esperar a que desaparezca.



Perturbadora imagen de jóvenes jugando en la espuma marina levantada por el ciclón Alfred en Coolangatta en Gold Coast, el 7 de marzo de 2025.

En este caso, equipos de investigadores de diferentes disciplinas deberían unirse para explorar el problema. Microbiólogos, científicos marinos, meteorólogos y químicos deberían colaborar para averiguar qué está sucediendo. Se deberían seguir las corrientes oceánicas para determinar dónde acaban los contaminantes.

La espuma del mar es un problema mundial

A principios de este mes, el ciclón tropical Alfred levantó espuma marina a lo largo de la costa, desde el sureste de Queensland hasta el norte de New South Wales, y se pudieron ver imágenes de gente jugando en la espesa y pegajosa espuma marina, completamente inconsciente de los peligros.

Pero el problema no se limita a Australia; se puede encontrar espuma marina en playas contaminadas de todo el mundo. Algunos ejemplos son [India](#) y [Turquía](#).

Cada vez que hay un evento importante de espuma marina, los medios de comunicación se interesan. Pero también se necesita apoyo para la investigación en los intervalos entre eventos. Los científicos necesitan monitorear las costas continuamente.

Mientras la humanidad siga contaminando, el problema aumentará. También empeorará con el calentamiento global, porque la espuma del mar se siente a gusto con el calor.

Los indicadores del colapso del sistema de salud libanés están empeorando, con una amplia y acelerada propagación de enfermedades prevenibles. El Líbano está presenciando un aumento en los casos de cólera, hepatitis A, sarampión y meningitis, enfermedades exacerbadas por la agresión israelí en El Líbano y el colapso económico continuo desde 2019. Décadas de austeridad y un sistema sanitario basado en la privatización excesiva han debilitado los servicios de sanidad pública, volviéndolos incapaces de contener estos brotes y provocando una aceleración sin precedentes de la crisis sanitaria.



En 2025, de no darse prioridad urgente a estos riesgos, El Líbano se enfrentará a la amenaza del deterioro de la salud pública. Una combinación de factores interrelacionados –la guerra, el deterioro de la calidad de vida, la inflación continua y el deterioro de las infraestructuras– ha creado las condiciones ideales para la proliferación de las epidemias, agravadas por una malnutrición desenfrenada y un acceso limitado a los servicios sanitarios.

El informe *La crisis de El Líbano. Análisis de Riesgo 2025*, elaborado por Save the Children en colaboración con Data Friendly Space en diciembre de 2024, evalúa la probabilidad y el impacto de los riesgos previstos en El Líbano para 2025. Los resultados indican una alta probabilidad de brotes de cólera, hepatitis A, sarampión y meningitis, con signos de contagio ya evidentes, agravados por el desplazamiento masivo durante la guerra y el colapso casi total de los servicios esenciales. El potencial de estas epidemias supone un grave peligro, ya que más de 1,2 millones de personas necesitan asistencia alimentaria urgente debido a que la malnutrición aumenta aún más la vulnerabilidad de la población a las enfermedades. Mientras tanto, el sistema de sanidad de El Líbano, ya afectado por el conflicto y las políticas de austeridad, se debilita bajo el peso de las crisis sanitarias acumuladas, la escasez crónica de fondos y la ausencia de una visión clara para la salud pública.

Estos riesgos reflejan una profunda deficiencia estructural en el sistema libanés, donde se han priorizado los intereses de las élites financieras y comerciales por encima de la salud pública. Esta política se ha intensificado desde la crisis económica de 2019. La pregunta hoy ya no es si El Líbano se enfrentará a crisis sanitarias, sino cuán devastadoras serán y si se convertirán en herramientas para imponer más violencia estructural a las poblaciones más vulnerables.

El cólera: un símbolo de fracaso estructural

El resurgimiento del cólera, una enfermedad relacionada con el agua potable contaminada y el saneamiento deficiente, sacudió a El Líbano con una fuerza alarmante. En el brote de 2022, se registraron 8.007 casos sospechosos, incluidos 671 casos confirmados y 23 muertes. Se espera que la situación empeore, ya que más de 36 instalaciones hidráulicas resultaron dañadas por

los ataques israelíes, dejando a más de 400.000 personas sin acceso a una fuente de agua potable. Esta potencial crisis no es sólo el resultado del colapso de la infraestructura, sino que también refleja factores políticos más profundos. Los servicios de agua y saneamiento se han deteriorado debido a décadas de negligencia y escasa inversión. La incapacidad –o la falta de voluntad– del Estado para proporcionar servicios básicos a los residentes o comprometerse seriamente con los esfuerzos de reconstrucción ha obligado a millones de personas a depender de una asistencia humanitaria fragmentada e insuficiente, que enfrenta una escasez de fondos que puede empeorar con la interrupción de la asistencia estadounidense.

Lo preocupante no es sólo la posibilidad de un nuevo brote de cólera, sobre todo teniendo en cuenta que el de 2022 se contuvo con éxito, sino la sostenibilidad del riesgo, lo que sugiere que el cólera podría convertirse en endémico en la sociedad libanesa tras haber sido erradicado en la década de 1990.

La hepatitis A: una crisis de saneamiento

La hepatitis A, una infección viral del hígado, tuvo un fuerte aumento en los casos, con 2.086 reportados a principios de 2024 en comparación con solo 609 en 2022. El virus se propaga a través de alimentos y agua contaminados y prospera en medio del deterioro de las condiciones sanitarias de El Líbano. A diferencia del sarampión o la meningitis, en El Líbano no existe un programa nacional de vacunación contra la hepatitis A, lo que expone a las poblaciones desplazadas en zonas vulnerables especialmente susceptibles a la infección grave.

Se espera un brote similar o mayor en 2025, especialmente en las regiones del sur, donde los ataques israelíes contra la infraestructura sanitaria han reducido severamente el acceso a los servicios médicos.

El sarampión: un sistema de vacunación colapsado

El sarampión, una de las enfermedades más infecciosas de la historia de la humanidad, resurgió como un problema de salud este año. Las tasas de vacunación en El Líbano se han desplomado debido al colapso del sistema sanitario. Según la Organización Mundial de la Salud, las tasas de vacunación disminuyeron en 40%. Solamente 73% de la población recibió una dosis de la vacuna contra el sarampión y 53% recibió dos. El año pasado solo se registraron 84 casos confirmados. Puesto que el sarampión tiene un número básico de reproducción de 12 a 18, lo que significa que cada infección puede afectar como mínimo a 12 personas, se prevé que el brote empeore a menos que se reanuden las campañas de vacunación a gran escala.

El sarampión afecta de manera desproporcionada a los niños, especialmente a los menores de cinco años o que sufren malnutrición. El colapso económico de El Líbano redujo el acceso a alimentos: más de un millón de personas necesitan asistencia alimentaria. Los niños malnutridos corren un riesgo mucho mayor de sufrir complicaciones graves por el sarampión, como neumonía y encefalitis, un fenómeno ampliamente documentado en Gaza. El virus también puede borrar la memoria inmunitaria, dejando a los niños vulnerables a las enfermedades infecciosas contra las que fueron vacunados previamente.

Meningitis: la asesina silenciosa

El Líbano registró 295 casos de meningitis en 2024, y la enfermedad se propagó rápidamente en los albergues colectivos. La meningitis puede ser mortal si no se trata a tiempo. Los factores clave detrás de su propagación incluyen el hacinamiento, el saneamiento deficiente y el acceso

limitado a la atención médica, condiciones que han empeorado significativamente como resultado de la guerra y el colapso económico.

Los recién nacidos y los ancianos son los que corren mayor peligro, y su vulnerabilidad aumenta debido a la interrupción de las campañas de vacunación.

La erosión del sistema de salud de El Líbano

El colapso del sistema de salud de El Líbano no se limita a los brotes de enfermedades, sino que también incluye el quiebre inminente de la infraestructura sanitaria. Más de 40 hospitales han sido gravemente interrumpidos y 98 centros de atención primaria han cerrado debido a la agresión israelí. Mientras tanto, el Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en Cercano Oriente (UNRWA), el principal proveedor de servicios de salud a los refugiados palestinos, se enfrenta a importantes recortes de financiación, lo que limita aún más el acceso a la atención para uno de los grupos más marginados de El Líbano. También se estima que la reciente decisión de Estados Unidos de congelar la ayuda conducirá a fuertes reducciones en los presupuestos de las agencias de la Organización de Naciones Unidas y las ONG que brindan asistencia humanitaria de salud en El Líbano.

El colapso del sistema de sanidad no solo fue un resultado directo de la reciente guerra, sino también de décadas de políticas económicas que drenaron los recursos de los servicios públicos y aumentaron su precariedad. Movilizar al sector sanitario privado para responder a las crisis de sanidad pública sin los incentivos para los beneficios que hoy no están disponibles es un desafío. La dependencia del Estado de las organizaciones humanitarias para asumir la responsabilidad de la prestación de asistencia sanitaria ha sido criticada durante mucho tiempo, ya que expone al sistema sanitario libanés a los riesgos de la fluctuación de la financiación extranjera, una situación que se evidencia actualmente con la disminución de la asistencia internacional.

Salud mental: La crisis descuidada

En medio de las crisis de salud física, El Líbano enfrenta una epidemia silenciosa de trastornos de salud mental. El trauma de la guerra, el desplazamiento y la privación económica han llevado a un aumento de las tasas de ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático, especialmente en niños y mujeres. Las perspectivas de violencia continua y desplazamientos prolongados agudizan aún más la depresión y la ansiedad. Con la disminución de los servicios de salud humanitarios, el apoyo psicológico es casi inexistente para quienes más lo necesitan. Al mismo tiempo, el estigma social asociado a los trastornos de salud mental impide a muchas personas buscar ayuda, intensificando la crisis.

El rol de la malnutrición y la inseguridad alimentaria

La creciente crisis alimentaria empeora la crisis de salud pública de El Líbano. Más de un millón de personas necesitan asistencia alimentaria urgente, mientras que las tasas de malnutrición infantil alcanzan niveles alarmantes, con un 16,5% de niños menores de cinco años que sufren retraso en el crecimiento y un 6,6% de emaciación. En los campos de refugiados sirios, las tasas de malnutrición entre niños menores de cinco años ascienden a 25,8%, y se registran tasas aún más altas en el norte de El Líbano y el valle de Bekaa. Las consecuencias de la malnutrición van más allá del aumento del riesgo de enfermedades infecciosas, lo que provoca discapacidades a largo plazo, como retrasos en el desarrollo y debilitamiento del sistema inmunitario.

Agua y saneamiento

La crisis hídrica en El Líbano es una fuente de desastres de sanidad pública en aumento. La destrucción de la infraestructura, la falta de inversión y el colapso de los servicios municipales han privado a comunidades enteras del acceso al agua potable. Con la destrucción de 36 importantes instalaciones de agua por parte de Israel, hoy más de 400.000 personas dependen de los programas de distribución urgente de agua, los cuales sufren una grave escasez de fondos y corren el riesgo de ser interrumpidos en cualquier momento.

Evitar un mayor deterioro

Es probable que el año 2025 marque una nueva fase en el deterioro del sistema de sanidad libanés a un nivel más primitivo. Las respuestas del gobierno libanés al colapso de los servicios de salud tras la crisis de 2019, la pandemia de covid en 2020 y 2021, el brote de cólera en 2022 y el descuido de la salud de los refugiados sirios solo han ganado tiempo y mitigado temporalmente los efectos del deterioro del sistema sanitario. Sin embargo, no han abordado las causas estructurales que continúan empeorando progresivamente la salud de la sociedad libanesa. La política de negar las crisis y atribuir la responsabilidad de la respuesta a las organizaciones humanitarias es lo que ha llevado al país a este punto. Negarse a abordar los factores estructurales que impulsan estas crisis no solo resucita las amenazas históricas para la salud, como los brotes de enfermedades infecciosas prevenibles, sino que también afianza el impacto de las crisis superpuestas. El deterioro del acceso a la atención médica, la malnutrición y el colapso de la infraestructura crean un entorno propicio para brotes repetidos que se vuelven cada vez más difíciles de controlar con el tiempo.

El Líbano está descendiendo rápidamente al nivel de los sistemas de salud de los países de bajos ingresos. Revertir esta trayectoria requiere reformas radicales en todo el sistema de sanidad y una reestructuración integral de las políticas de salud pública.

La Agència de la Salut Pública de Catalunya está investigando un brote de tuberculosis que ya afecta a más de 25 personas en Barcelona y L'Hospitalet de Llobregat principalmente.

El origen del brote es una persona de 33 años con una complejidad social extrema, que completó un primer tratamiento de tuberculosis en el año 2021 mientras se encontraba en prisión, pero que en diciembre de 2022 fue diagnosticado nuevamente después de estar en contacto en un piso “okupa” con una compañera enferma. Este segundo tratamiento fue abandonado múltiples veces por el paciente, que protagonizó varias huidas durante el ingreso hospitalario. En 2024, cuando volvió a ingresar en prisión, había contagiado ya al menos a 25 personas. El cumplimiento del tratamiento de la tuberculosis es difícil en un pequeño porcentaje de casos socialmente complicados, incluso con apoyo judicial.

Los epidemiólogos apuntan que se trataría de uno de los mayores brotes de esta enfermedad de los últimos años en Catalunya. De hecho, el caso no se considera definitivamente cerrado, al desconocerse si podría haber más afectados.

El jefe de Salud Penitenciaria del Institut Català de la Salut (ICS) de Barcelona, Andrés Marco Mouriño, explicó que el origen del brote es un paciente que no tiene residencia fija y que pasó varias estancias breves en prisión, donde podría haberse contagiado. “Fue entrando y saliendo del hospital durante un año y medio y contagiando a la gente”. La situación llegó a tal punto que la Agència de Salut solicitó ante un juez que la persona fuese ingresada forzosamente para evitar que siguiese siendo “un problema de salud pública”. Sin embargo, no fue fácil localizarle y cuando lo hicieron se fugó de la unidad clínica hasta que volvió a entrar en prisión.

La tuberculosis es una enfermedad muy contagiosa, cuyo tratamiento consiste en un aislamiento de mínimo dos semanas que debe ir acompañado de medicamentos durante seis meses.

La Sociedad Española de Epidemiología (SEE) y la Fundación de la Unidad de Investigación en Tuberculosis (fuiTB) llamaron a reconsiderar las estrategias puestas en marcha hasta ahora para el control de la tuberculosis y actuar de manera decidida para revertir el aumento de casos que ha experimentado esta enfermedad en los últimos años.

Así lo recogen las estimaciones del último informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que muestran la tendencia al alza de la tuberculosis, pues en 2023 se diagnosticaron 10,8 millones de casos en todo el mundo, frente a los 10,7 millones de 2022.

En el caso de España, la incidencia de casos notificados de tuberculosis descendió entre 2015 y 2019, pero a partir de la pandemia de covid la tendencia aumentó. La Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica y el Plan para la Prevención y Control de la Tuberculosis en España muestran que en 2023 la tasa de notificación fue de 8,2 casos cada 100.000 habitantes, 11,4% superior a la de 2021.

Esta incidencia varía entre las comunidades autónomas. Catalunya (12,3 casos cada 100.000 habitantes), Galicia (11,2) y Euskadi (10,9) presentaron las mayores tasas en 2023. “Si se mantiene la tendencia actual, los esfuerzos realizados serán insuficientes para alcanzar los objetivos de la OMS”, reiteraron los profesionales.

Aún no se dispone de datos publicados en España correspondientes a 2024, pero los informes preliminares en Barcelona, Madrid y Sevilla apuntan a que en 2024 continuó el aumento de la incidencia iniciado en 2022, con un cambio de tendencia de la complejidad social de los casos. En este sentido, tanto la SEE como fuiTB consideran que es importante contar con esos datos definitivos “lo antes posible” para completar y profundizar en el análisis de la situación.

“Las muertes relacionadas con la fiebre tifoidea en Negros Occidental aumentaron este año a tres”, dijo el gobernador Eugenio José Villarreal Lacson el 19 de marzo.

Se han reportado 344 casos de fiebre tifoidea hasta el 15 de marzo, lo que significa un aumento de 91,11% en comparación con el mismo período del año pasado, según un informe de la Oficina Provincial de Salud.



El grupo etario de 11 a 20 años es el más afectado por la enfermedad.

La ciudad de Kabankalan registra el mayor número de casos, con 78.

“Se cree que el agua es la fuente de los casos de fiebre tifoidea”, dijo Villarreal Lacson.

Se sigue aconsejando a la población, especialmente en las zonas afectadas, que hierva el agua potable para evitar la propagación de la enfermedad.

“Las comunidades deben tener mucho cuidado con las fuentes de agua”, dijo Villarreal Lacson.

La fiebre tifoidea es una enfermedad grave causada por la bacteria *Salmonella enterica enterica* serovariedad Typhi. Se propaga a través de alimentos y agua contaminados y del contacto directo entre personas.

Los síntomas de la fiebre tifoidea incluyen fiebre alta, debilidad, dolor de estómago, dolor de cabeza, estreñimiento o diarrea, tos y pérdida de apetito. Puede ser mortal sin un tratamiento antibiótico adecuado.

El riesgo de contraer la enfermedad es mayor en las poblaciones que carecen de acceso a agua potable y saneamiento adecuado, y los niños son los que corren mayor riesgo.

La fiebre tifoidea es común en lugares con saneamiento deficiente y escasez de agua potable. El acceso a agua potable y saneamiento adecuado, la higiene entre quienes manipulan alimentos y la vacunación contra la fiebre tifoidea son medidas eficaces para prevenirla.

Karnataka informó su primera muerte por la enfermedad de la selva de Kyasanur de este año, con 95 casos positivos contabilizados en el estado hasta el momento.

Una mujer de 60 años del taluk de Narasimharajapura, distrito de Chikkamagaluru, dio positivo el 13 de marzo y sucumbió a un paro cardíaco el 15 de marzo. Si bien la infección viral transmitida por garrapatas continúa propagándose, los funcionarios de salud están tratando de prevenir más muertes.

El Departamento de Salud del estado intensificó los esfuerzos de vigilancia y tratamiento. De los 95 casos reportados este año, Chikkamagaluru contabiliza 51 infecciones, seguido de Shivamogga (43) y Uttara Kannada (1), según los datos oficiales.

Funcionarios del Departamento de Salud informaron que la mujer fallecida fue hospitalizada el 13 de marzo y dio positivo para el virus de la enfermedad de la selva de Kyasanur al día siguiente. Sin embargo, los médicos no pudieron evitar su fallecimiento.

El Dr. Ansar Ahmed, director de proyecto del Programa Integrado de Vigilancia de Enfermedades (IDSP), declaró: “El año pasado, registramos 13 muertes y temíamos que las cifras pudieran aumentar. Por lo tanto, decidimos no arriesgarnos”.

“Realizamos revisiones diarias con los responsables de los centros de atención, epidemiólogos y funcionarios de salud del distrito. Los casos graves se monitorean de cerca y, si el recuento de plaquetas de un paciente desciende por debajo de 110.000, se lo traslada inmediatamente a la unidad de cuidados intensivos. El tratamiento también es gratuito para los pacientes con leucemia promielocítica aguda para garantizar que nadie quede desamparado”, añadió.

“La gente sigue dependiendo de los bosques para su sustento, lo que aumenta el riesgo de infección. Si bien no podemos detenerlo, solo podemos evitar que los casos se vuelvan mortales. También estamos trabajando activamente para concienciar a la población para combatir el aumento de casos”, explicó Ahmed. “Gracias a la detección temprana, el tratamiento y las campañas de concienciación, logramos salvar a ocho pacientes críticos”.

Se espera una nueva vacuna para 2026

El estado también está buscando soluciones a largo plazo. El ministro de Salud, Dinesh Gundu Rao, anunció recientemente que es probable que una nueva vacuna contra la enfermedad de la selva de Kyasanur esté disponible para 2026. La vacuna utilizada anteriormente, desarrollada en 1979, se suspendió en julio de 2022 debido a su menor eficacia. En respuesta a la solicitud de Karnataka, el Consejo Indio de Investigación Médica (ICMR) encargó a Indian Immunologicals, con sede en Hyderabad, el desarrollo de una nueva vacuna. “Los primeros resultados han sido prometedores y, de tener éxito, podría marcar la diferencia en el control de la enfermedad”, señaló el ministro.

“Hasta entonces, la única manera de prevenir casos y muertes es mediante esfuerzos coordinados entre varios departamentos, centrados en la prevención y la concienciación”, declaró el funcionario.

La enfermedad de la selva de Kyasanur, comúnmente conocida como “fiebre del mono”, es una infección viral grave, transmitida por garrapatas y endémica de los Ghats occidentales, cadena montañosa situada en el sur de India.

Entre otros síntomas, los pacientes sufren dolor de cabeza frontal, postración severa, escalofríos, fiebre alta, conjuntivitis, sangrado de nariz, boca y tracto gastrointestinal. También pueden experimentar presión arterial anormalmente baja y recuentos bajos de plaquetas, glóbulos rojos y glóbulos blancos.

El período de incubación del virus se prolonga de tres a ocho días. Después de entre una y dos semanas de síntomas, algunos afectados se recuperan sin complicaciones. Sin embargo, en un subconjunto de personas (entre 10 y 20%), la enfermedad es bifásica, es decir, produce una segunda ola de síntomas al comienzo de la tercera semana. Incluyen fiebre y signos de alteraciones neurológicas como dolor de cabeza intenso, trastornos mentales, temblores y déficit de visión.

El virus de la enfermedad de la selva de Kyasanur está clasificado como patógeno de nivel de bioseguridad 4 (BSL4), el más alto que existe. La tasa de mortalidad oscila entre 3% y 15%.

La transmisión a humanos puede ocurrir por contacto con un animal infectado, principalmente un mono enfermo o recién muerto. No obstante, los principales vectores del virus son las garrapatas *Haemaphysalis spinigera* y *Haemaphysalis turturis*, que son endémicas del sur de India y transmiten el virus a monos y a humanos.

Estos parásitos ingieren sangre de vertebrados durante distintas etapas de desarrollo, adquiriendo y transmitiendo el patógeno a diferentes hospedadores aviares y mamíferos. También pasa de garrapata a garrapata a través de la alimentación conjunta. Hay constancia de replicación asintomática del virus en la mayoría de los huéspedes aviares y mamíferos, incluidos aves, ganado vacuno y murciélagos, pero no se ha descrito transmisión de persona a persona.

Los animales grandes, como cabras, vacas y ovejas, pueden infectarse con el virus, pero desempeñan un papel limitado en la propagación de la enfermedad. Aunque estas especies proporcionan sangre a las garrapatas que actúan como vector del virus, la transmisión directa del patógeno desde los animales grandes a los humanos es extremadamente rara. Además, no hay evidencia de transmisión de enfermedades a través de la leche no pasteurizada de ninguno de estos animales.

La dolencia lleva el nombre de un área forestal ubicada en el distrito de Shimoga, en el estado indio de Karnataka, donde fue identificada por primera vez. En 1957, esta región informó de una avalancha de muertes del langur de cara negra (*Presbytus entellus*) y del mono capirote de cara roja (*Macaca radiata*). Esto coincidió con informes de afecciones febriles en humanos, lo que dio lugar a los términos coloquiales de “enfermedad de los monos” o “fiebre del mono”.

Uno de los primeros casos de enfermedad de la selva de Kyasanur fue descrito en un joven que trepó a un árbol para recolectar lo que él pensaba que era miel de una colmena de abejas. Sin embargo, resultó ser un mono muerto, colgado de una rama y con moscas por todas partes. Es muy probable que el cadáver tuviera garrapatas infectadas.

Entre 2003 y 2012 fue notificado un total de 3.263 casos humanos en Karnataka, con 823 casos y 28 muertes confirmadas. Desde 2012, la enfermedad de la selva de Kyasanur se ha extendido a nuevos distritos y estados de India, y la incidencia en personas ha aumentado hasta alrededor de 500 casos anuales.

Los brotes humanos más importantes de la enfermedad se produjeron en los años 1957-1958 (681 casos), 1983-1984 (2.589 casos), 2002-2003 (1.562 casos) y 2016-2017 (809 casos). La migración de monos podría ampliar la distribución geográfica del virus, pues las garrapatas infectadas cruzan las fronteras estatales a través de áreas naturales conectadas.

La vacuna discontinuada en 2022 era una vacuna de virus completo inactivado con la que, incluso con múltiples dosis de refuerzo, los vacunados aún desarrollaban viremia y enfermedad clínica después de la infección por el virus de la enfermedad de la selva de Kyasanur, lo que demostraba una eficacia limitada.

La prevención, la detección temprana, la atención de apoyo y el manejo de los síntomas son las respuestas principales para reducir los efectos de esta enfermedad. Sin embargo, los factores de riesgo asociados como la conciencia limitada sobre la enfermedad, la degradación y uso humano de los bosques y los diagnósticos y vigilancia deficientes son obstáculos importantes.

Al parecer, la deforestación es una de las principales razones de la transmisión de la enfermedad de la selva de Kyasanur. Por desgracia, se ha producido una inmensa pérdida de cubierta forestal en las cadenas montañosas de los Ghats occidentales, donde el virus está distribuido geográficamente, debido a la intensificación agrícola y al aumento de las actividades humanas. Esto ha incrementado el riesgo de aparición de enfermedades en nuevas zonas.

La enfermedad de la selva de Kyasanur es un ejemplo evidente de la creciente amenaza que suponen las zoonosis emergentes transmitidas por garrapatas. Los expertos esperan que aumenten a nivel global y que afecten desproporcionadamente a los grupos sociales pobres y marginados.

”No sabemos realmente qué pasó. En el pasado, los medicamentos sufrieron algunos retrasos, pero es la primera vez que ocurre durante tanto tiempo y cada día que pasa significa más sufrimiento”. El rostro de Peter Iorkighir, presidente de IDEA-Nigeria, asociación de personas afectadas por la lepra en el país africano, muestra una mezcla de preocupación y alivio al hablar con [Beatriz Miranda-Galarza](#), relatora especial de la Organización de Naciones Unidas (ONU) sobre las personas afectadas por esta dolencia.



Una paciente con deformidades en la mano causadas por la enfermedad, en el leprosario del pueblo nigeriano de Alushi, el 26 de febrero de 2025.

Alrededor de 3.000 enfermos diagnosticados con lepra, entre ellos 800 niños, han pasado un año sin recibir su tratamiento en Nigeria, el país más poblado de África. Es la llamada terapia multidroga (MDT), una combinación de tres medicamentos que tomados diariamente durante seis o 12 meses, dependiendo de la severidad de la dolencia, eliminan la infección e [impiden que se produzcan úlceras, deformidades y discapacidad](#). Finalmente, los fármacos llegaron el 9 de marzo al país africano, que reporta unos 1.000 nuevos casos de lepra al año.

“Los responsables del Ministerio de Salud nos informaron que habrá algunas pruebas y controles que llevarán algunos días y en breve comenzarán a ser distribuidos”, explicó Iorkighir, en esta reunión con la relatora, a fines de la semana pasada.

Miranda-Galarza intentó entender qué ha ocurrido para que los enfermos no reciban su tratamiento durante tantos meses. “No lo sabemos bien. Al parecer, la institución nigeriana de control de los medicamentos exigió algunos certificados que bloquearon la entrada de los tratamientos. Otros dicen que la petición de los medicamentos a la Organización Mundial de la Salud (OMS) no se hizo a tiempo por parte de Nigeria”, respondió Iorkighir. “Y al no tener claro qué pasó, no tenemos certeza de que no se vuelva a repetir”, agregó.

La compañía farmacéutica suiza [Novartis suministra gratuitamente](#) a la OMS los medicamentos contra la lepra y ésta certifica que cumplen todas las normas de fabricación de la entidad. El [Programa Mundial contra la Lepra](#) supervisa la asignación de este tratamiento, en función de la demanda y los informes de casos de los países afectados, que presentan solicitudes oficiales a la OMS. Todos los envíos se realizan con varios meses de antelación y las autoridades sanitarias nacionales son las encargadas de almacenar y distribuir gratuitamente estos medicamentos.

Parece un sistema bien organizado, pero “en la práctica hay retrasos burocráticos en aduanas, condiciones de almacenamiento inadecuadas, problemas de distribución en zonas remotas, dificultades en los inventarios que provocan escasez o desperdicio”, citó Miranda-Galarza.

La directora de la Agencia Nacional para la Administración y el Control de Alimentos y Medicamentos en Nigeria (NAFDAC), Mojisola Adeyeye, aclaró en estos días en un comunicado que el retraso se debió al empeño de la entidad en “garantizar que los productos procedentes de

países de alto riesgo como China e India cumplen los requisitos de calidad antes de ser exportados a Nigeria”. Novartis produce sus medicamentos contra la lepra en una fábrica en India.

Alto costo social

Las consecuencias de este retraso para los enfermos de Nigeria, especialmente concentrados en la zona norte del país, serán importantes. “Cuando te diagnostican lepra y empiezas a tomar los medicamentos, las consecuencias son prácticamente invisibles. No hay signos externos y no hay discapacidad y así se evita el estigma y la discriminación. Pero cuando no los recibes, el costo es alto, porque habrá gente que ya tenga señales físicas”, explicó Iorkighir. “Yo llegué tarde a los medicamentos hace años, por otras razones, y mira”, dijo, mostrando su mano, en la que varios dedos han perdido ya algunas falanges debido a la dolencia.

“Finalmente, todo esto es política y que nadie asume su responsabilidad”, lamentó la relatora. “Cuando ves niños afectados por la lepra, te das cuenta de que las cosas no van a mejorar en los próximos años. En este año, los enfermos sin diagnosticar y sin tratamiento en Nigeria han podido contagiar a otras personas”, agregó.

Cada día, se diagnostican 500 nuevos casos de lepra en el mundo, según la OMS. La mayoría de ellos en África y en el sureste de Asia. En 2023 (últimas cifras anuales disponibles) se registraron 182.815 nuevos casos de lepra, 5% más que en 2022, en 184 países. La dolencia, llamada también enfermedad de Hansen, en honor al científico noruego que la descubrió en el siglo XIX, forma parte de la lista de enfermedades tropicales desatendidas (ETD) de la OMS y la ONU quiere considerarla erradicada de aquí a 2030. La lepra se transmite por microscópicas gotas de la nariz y la boca y se necesita convivir mucho tiempo con un enfermo en ambientes insalubres para contagiarse, de ahí que sea una enfermedad vinculada a la extrema pobreza.

Sedoo Toryem, abogada y encargada de cuestiones de género en IDEA-Nigeria, quiere subrayar, durante el encuentro con la relatora de la ONU el trauma que sufren los pacientes que se ven privados de medicamentos. “Imagínate: tienes una enfermedad rodeada de estigma, pero hay medicamentos para curarla, pero resulta que no llegan. Es traumático”, recalcó.

La letrada explicó que durante los meses en que los medicamentos no entraban a su país ha habido peticiones públicas, artículos en los medios locales y acciones de las asociaciones de afectados. En enero, la comisión parlamentaria dedicada a la malaria y a las enfermedades tropicales desatendidas en Nigeria exigió públicamente la entrada inmediata de los fármacos.

Nigeria no es un caso único

Miranda-Galarza teme que ahora, debido a los cortes en los fondos destinados a cooperación internacional, principalmente de Estados Unidos, pero también de algunos países europeos, se paralicen proyectos de investigación o de apoyo a los pacientes. “Esto significa que en unos años más vamos a ver más casos de lepra y más personas con discapacidad debido a la dolencia, con una bacteria que se está volviendo resistente. La situación se va haciendo más grave y la lepra sigue estando invisibilizada”, denunció.



Una trabajadora sanitaria y un paciente, en el leproscario de Alushi, en Nigeria, el 26 de febrero de 2025.

Para la relatora, Nigeria es el ejemplo de cómo estos problemas, que “violan los derechos humanos más básicos, son silenciados”. La responsable pidió por ello explicaciones al Gobierno del país y a la OMS sobre por qué la situación no se gestionó a tiempo y consideró que tiene que haber medidas de compensación para los enfermos.

Miranda-Galarza afirmó que estas interrupciones en el suministro de medicamentos también se han vivido en otros países como India, el país con la mayor carga de lepra, donde en 2018 varios Estados denunciaron escasez debido a fallas en la distribución, y en 2022 se publicaron informes de desabastecimientos intermitentes en algunas zonas rurales. También ha tenido noticias de que en Brasil, segundo país con mayor incidencia, ha habido retrasos en la distribución de los fármacos en Amazonia y en otras regiones remotas, como también ha ocurrido en Indonesia, Nepal o Madagascar. Además, en países como Sudán y Sudán del Sur, la República Democrática del Congo, Myanmar y Etiopía los conflictos y la inestabilidad política también son un riesgo para los enfermos de lepra, cuyas medicinas podrían verse bloqueadas por los enfrentamientos.



Las enfermedades prevenibles están arrasando la República Democrática del Congo. Solo en Nord-Kivu, durante la última semana de febrero, los casos de cólera aumentaron en 326, los de mpox en 269 y los de sarampión en 95, según los socios de Oxfam sobre el terreno.

En enero, los nuevos casos de cólera en el país aumentaron más del doble hasta superar los 3.850, y 67 personas murieron, lo que supone tres veces más muertes que el mes anterior, según calculó Oxfam basándose en datos de la Organización Mundial de la Salud.

La violencia constante y la suspensión de la financiación de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) están acelerando el colapso del frágil sistema de salud de la República Democrática del Congo, dejando a millones de personas indefensas ante enfermedades prevenibles como el cólera.

Desde el inicio del conflicto este año, el país ha enfrentado importantes reveses en el control del cólera y la mpox. El país carece de centros de diagnóstico y hospitales funcionales. La destrucción de los campamentos de desplazados durante la violencia, incluyendo infraestructura vital de agua y saneamiento, está agravando la situación.

Esto se está convirtiendo en una catástrofe humanitaria descomunal. La gente bebe agua directamente de ríos y manantiales contaminados porque los tanques de agua y las instalaciones sanitarias han sido destruidos. Si a esto se le suma un sistema de salud colapsado, el cólera se propaga rápidamente, declaró el Dr. Manenji Mangundu, director de país de Oxfam en la República Democrática del Congo.

“Imaginen un hospital sin suministros, con gente bebiendo agua sin tratar y pacientes sin mucho dinero a los que se les sigue exigiendo que paguen por su atención. Es un desastre”, añadió.

La suspensión de los programas financiados por la USAID en el país ya está teniendo consecuencias devastadoras para las comunidades vulnerables. Estos recortes abruptos representan una amenaza inmediata para la vida de 7,8 millones de desplazados internos, quienes ya luchan por obtener alimento, agua y refugio. Las zonas más afectadas incluyen Kirotshe y la ciudad de Goma, donde las familias desplazadas, en condiciones de hacinamiento, tienen poco o ningún acceso a agua potable. Más de 70 centros de salud y centros de pruebas en Nord-Kivu han quedado completamente destruidos. Los que siguen funcionando no pueden hacer frente a los múltiples brotes de enfermedades prevenibles.

“Nuestro hospital dependía al 100% de la ayuda humanitaria”, declaró Kamara Wabomundu, miembro del personal de la Oficina Central de la Zona de Salud de CCLK/Bulimba, una de las organizaciones socias de Oxfam. “Cuando nos recortaron la financiación, todo se vino abajo; no teníamos un plan B. Ni los hospitales ni las comunidades estaban preparados. Estamos pidiendo a la gente que pague por la atención médica cuando ni siquiera pueden permitirse su próxima comida”, añadió Kamara.

“La USAID fue el principal donante en la República Democrática del Congo y la mayoría de las agencias de ayuda dependían de su financiación para brindar asistencia vital. La comunidad internacional debe comprender que los sistemas en este país están colapsando rápidamente.

Cada momento de inacción significa que se pierden más vidas que podrían salvarse”, añadió Mangundu.

El cierre de bancos e instituciones de microfinanzas agravó la situación, paralizando la distribución de ayuda de emergencia mediante transferencias de efectivo. El cierre de los aeropuertos de Goma y Kavumu también disparó los precios de los alimentos, haciéndolos demasiado caros para millones de personas.

Según la [Organización Mundial de la Salud](#), del 1 al 26 de enero de 2025, se confirmaron 3.853 casos de cólera y 67 fallecimientos, lo que representa un aumento de 112% en las tasas de infección con respecto al mes anterior, así como un aumento de 235% en las muertes en la República Democrática del Congo. Los datos sobre infecciones y fallecimientos de febrero provienen de los socios de Oxfam que trabajan en República Democrática del Congo.

La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional es el principal donante humanitario en la República Democrática del Congo. El [informe del año pasado](#) indica que proporcionó más de 838 millones de dólares solo en 2024, incluidos 414 millones destinados específicamente a las necesidades humanitarias derivadas del conflicto y el desplazamiento en curso.

Según el [Plan de Respuesta Humanitaria 2025](#) de la Organización de Naciones Unidas, hay 7,8 millones de personas desplazadas internamente en la República Democrática del Congo, una de las cifras de desplazamiento más altas del mundo.

Con motivo del Día Mundial de la Tuberculosis, que se conmemora el 24 de marzo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) instó a una inversión urgente de recursos para proteger y mantener los servicios de atención y apoyo a la tuberculosis para las personas necesitadas en todas las regiones y países. La tuberculosis sigue siendo la enfermedad infecciosa más mortal del mundo, responsable de más de un millón de muertes al año, con consecuencias devastadoras para las familias y las comunidades.



Se estima que los esfuerzos mundiales para combatir esta enfermedad han salvado 79 millones de vidas desde el año 2000. Sin embargo, los drásticos y abruptos recortes en la financiación mundial para la salud que se están produciendo amenazan con revertir estos avances. La creciente resistencia a los medicamentos, especialmente en Europa, y los conflictos en curso en Medio Oriente, África y Europa del Este, agravan aún más la situación de los más vulnerables.

Bajo el lema *¡Sí! Podemos acabar con la tuberculosis: Comprometerse, invertir, cumplir*, la campaña del [Día Mundial de la Tuberculosis 2025](#) destaca un llamado a la acción que exige urgencia, responsabilidad y esperanza. “Los enormes avances que el mundo ha logrado contra la tuberculosis en los últimos 20 años están ahora en riesgo a medida que los recortes en la financiación comienzan a interrumpir el acceso a los servicios de prevención, detección y tratamiento para las personas con la enfermedad”, declaró el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS. “Pero no podemos renunciar a los compromisos concretos que los líderes mundiales asumieron en la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas hace apenas 18 meses para acelerar el trabajo para acabar con la tuberculosis. La OMS se compromete a trabajar con todos los donantes, socios y países afectados para mitigar el impacto de los recortes de financiación y encontrar soluciones innovadoras”.

Financiación: una amenaza para los esfuerzos mundiales

Los primeros informes a la OMS revelan graves interrupciones en la respuesta a la tuberculosis en varios de los países más afectados tras los recortes de financiación. Los países de la Región de África de la OMS están experimentando el mayor impacto, seguidos de los países de las Regiones de Asia Sudoriental y del Pacífico Occidental. Veintisiete países se enfrentan a graves problemas en su respuesta a la tuberculosis, con consecuencias devastadoras, como:

- La escasez de recursos humanos, que socava la prestación de servicios;
- La grave interrupción de los servicios de diagnóstico, que retrasa la detección y el tratamiento;
- El colapso de los sistemas de datos y vigilancia, que compromete el seguimiento y la gestión de las enfermedades;

- El deterioro de los esfuerzos de participación comunitaria, incluida la búsqueda activa de casos, la detección y el rastreo de contactos, que conduce a diagnósticos tardíos y mayores riesgos de transmisión.

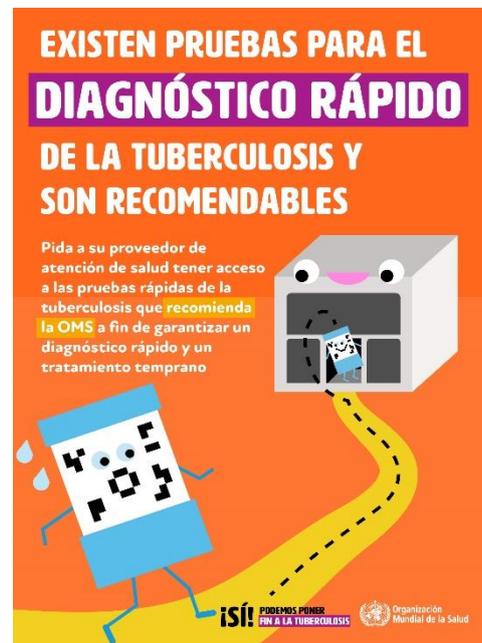
Nueve países informaron fallas en la adquisición y suministro de medicamentos contra la tuberculosis, lo que pone en peligro la continuidad del tratamiento y los resultados para los pacientes.

Los recortes de financiación para 2025 agravan aún más la ya existente falta de financiación para la respuesta mundial a la tuberculosis. En 2023, solo estaba disponible 26% de los 22.000 millones de dólares anuales necesarios para la prevención y el tratamiento de la tuberculosis, lo que supone un déficit enorme. La investigación sobre la tuberculosis está en crisis, recibiendo solo una quinta parte del objetivo anual de 5.000 millones de dólares en 2022, lo que retrasa gravemente los avances en diagnóstico, tratamiento y vacunas. La OMS lidera los esfuerzos para acelerar el desarrollo de vacunas contra la tuberculosis a través del Consejo Acelerador de Vacunas contra la Tuberculosis, pero el progreso sigue en riesgo si no se alcanzan compromisos financieros urgentes.

Declaración conjunta con la sociedad civil

En respuesta a los urgentes desafíos que amenazan los servicios de tuberculosis en todo el mundo, el Director General de la OMS y el Grupo de Trabajo de la Sociedad Civil sobre Tuberculosis emitieron esta semana una [declaración conjunta](#), que exige esfuerzos inmediatos y coordinados de gobiernos, líderes mundiales en salud, donantes y responsables políticos para prevenir nuevas interrupciones. La declaración describe cinco prioridades cruciales:

- Abordar con urgencia las interrupciones de los servicios de tuberculosis y garantizar que las respuestas estén a la altura de la crisis;
- Garantizar una financiación interna sostenible y garantizar un acceso ininterrumpido y equitativo a la prevención y atención de la tuberculosis;
- Salvaguardar los servicios esenciales contra la tuberculosis, incluido el acceso a medicamentos vitales, diagnósticos, tratamientos y protección social, junto con la colaboración intersectorial;
- Establecer o revitalizar plataformas nacionales de colaboración, fomentando alianzas entre la sociedad civil, las ONG, los donantes y las sociedades profesionales para abordar los desafíos;



- Mejorar los sistemas de seguimiento y alerta temprana para evaluar el impacto en tiempo real y detectar perturbaciones de forma temprana.

”Este llamamiento urgente es oportuno y subraya la necesidad de actuar con rapidez y decisión para sostener el progreso mundial en la lucha contra la tuberculosis y evitar retrocesos que podrían costar vidas”, declaró la Dra. Tereza Kasaeva, Directora del Programa Mundial de la OMS sobre Tuberculosis y Salud Pulmonar. “Invertir en la erradicación de la tuberculosis no solo es un imperativo moral, sino también una necesidad económica: cada dólar invertido en prevención y tratamiento genera un rendimiento económico estimado de 43 dólares”.

Nuevas directrices sobre tuberculosis y salud pulmonar

Como una de las soluciones para combatir la creciente escasez de recursos, la OMS impulsa la integración de la tuberculosis y la salud pulmonar en la atención primaria como una solución sostenible. Las nuevas directrices técnicas publicadas por la OMS describen acciones cruciales en todo el proceso asistencial, centrándose en la prevención, la detección temprana de la tuberculosis y las comorbilidades, la optimización del tratamiento en el primer contacto y un mejor seguimiento de los pacientes. Las directrices también promueven un mejor uso de los sistemas de salud existentes, abordando factores de riesgo comunes como el hacinamiento, el tabaco, la desnutrición y los contaminantes ambientales.

Al abordar los determinantes de la tuberculosis junto con las enfermedades transmisibles y no transmisibles, las enfermedades pulmonares y las discapacidades mediante una estrategia unificada, la OMS pretende reforzar la respuesta mundial e impulsar mejoras duraderas en los resultados de salud.

En el Día Mundial de la Tuberculosis, la OMS hace un llamamiento a todos: individuos, comunidades, sociedades, donantes y gobiernos, para que contribuyan a erradicar la tuberculosis. Sin una acción concertada de todas las partes interesadas, la respuesta a la tuberculosis se verá diezmada, lo que revertirá décadas de progreso, pondrá en riesgo millones de vidas y amenazará la seguridad sanitaria.

EL TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LA TUBERCULOSIS PUEDE DETENER EL AVANCE DE LA ENFERMEDAD

Si es contacto directo de un paciente con tuberculosis, o pertenece a un grupo de alto riesgo

- ✓ realícese la prueba de la infección por tuberculosis
- ✓ si le han recetado un tratamiento preventivo contra la tuberculosis, complete la pauta para evitar enfermar de tuberculosis

¡SÍ! PODEMOS PONER FIN A LA TUBERCULOSIS Organización Mundial de la Salud

EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS FARMACORRESISTENTE ES MÁS BREVE Y SE ADMINISTRA EXCLUSIVAMENTE POR VÍA ORAL

Consulte con su médico para acceder al tratamiento más breve recomendado por la OMS y que se administra exclusivamente por vía oral: 6 meses de duración, menos pastillas y 0 inyecciones

¡SÍ! PODEMOS PONER FIN A LA TUBERCULOSIS Organización Mundial de la Salud

TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

3 cosas que debe saber:

- #1 La tuberculosis se trata con antibióticos
- #2 Los medicamentos deben tomarse a diario durante 4 a 6 meses para que sean efectivos
- #3 Interrumpir el tratamiento antes de tiempo puede provocar tuberculosis farmacorresistente

¡SÍ! PODEMOS PONER FIN A LA TUBERCULOSIS Organización Mundial de la Salud

Curso virtual

100% online

Otorga créditos SADI
Inicio: marzo

sadi
Sociedad Argentina
de Infectología

ASOCIACIÓN PANAMERICANA
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 reportee-epidemiologicocoba@gmail.com aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.