

## ARGENTINA

- Situación epidemiológica de las arbovirosis (excepto dengue)

## AMÉRICA

- Brasil: Anunciaron una vacuna contra la fiebre chikungunya
- Chile: Cuarto caso de hantavirrosis en Los Ríos
- Ecuador: Ante nuevos casos, refuerzan la lucha contra la enfermedad de Chagas

- México: Murieron 45 bebés por tos convulsa en lo que va del año
- México: Los casos de sarampión en Chihuahua ya suman más de 500
- Puerto Rico: Reportaron más de 1.000 casos de dengue en los primeros tres meses de 2025

## EL MUNDO

- Angola: Refuerzan las acciones para erradicar el cólera
- España: Canarias notifica casi un cuarto de los casos de fiebre Q del país

- Malawi: La resistencia a los medicamentos agrava la crisis de infecciones urinarias
- Mozambique: Situación epidemiológica del cólera
- Reino Unido: En 2024, los casos de tuberculosis aumentaron 13% en Inglaterra
- Sudáfrica: Situación epidemiológica de la difteria
- El aumento de los brotes de enfermedades inmunoprevenibles amenaza años de progreso

### 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



# Argentina

BOLETÍN  
EPIDEMIOLÓGICO  
NACIONAL

DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

## SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ARBOVIROSIS (EXCEPTO DENGUE)

21/04/2025

Provincia/Región	Fiebre chikungunya		Fiebre zika		Fiebre de Oropouche		Encefalitis de Saint Louis		Fiebre amarilla	
	Posit.	Estud.	Posit.	Estud.	Posit.	Estud.	Posit.	Estud.	Posit.	Estud.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	—	5	—	2	—	1	—	3	—	3
Buenos Aires	—	142	—	48	—	101	3	32	—	7
Córdoba	—	169	—	54	—	125	5	253	—	—
Entre Ríos	6	67	—	1	—	16	4	34	—	1
Santa Fe	—	1.293	—	77	—	63	—	10	—	19
Centro	6	1.676	—	182	—	306	12	332	—	30
Mendoza	—	305	—	82	—	62	—	2	—	—
San Juan	—	1	—	1	—	2	—	2	—	1
San Luis	—	—	—	2	—	2	—	8	—	—
Cuyo	—	306	—	85	—	66	—	12	—	1
Chaco	17	784	—	398	—	24	—	2	—	1
Corrientes	—	31	—	10	—	10	—	1	—	—
Formosa	—	17	—	5	—	77	—	—	—	—
Misiones	—	50	—	26	—	29	—	—	—	19
Noreste Argentino	17	882	—	439	—	140	—	3	—	20
Catamarca	—	16	—	13	—	1	—	—	—	13
Jujuy	—	37	—	18	—	1	—	3	—	1
La Rioja	—	84	—	82	—	5	—	1	—	61
Salta	—	415	—	236	—	152	—	—	—	1
Santiago del Estero	—	37	—	19	—	6	—	3	—	4
Tucumán	1	11	—	12	—	100	—	—	—	1
Noroeste Argentino	1	600	—	380	—	265	—	7	—	81
Neuquén	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—
Río Negro	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—
Sur	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—
Total Argentina	24	3.464	—	1.086	—	785	12	354	—	132

Muestras estudiadas y positivas sin antecedente de viaje. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2024 a 15 de 2025. Fuente: Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de Argentina.

**Nota:** Posit.=Positivas; Estud.=Estudiadas.

La vigilancia de la fiebre de Oropouche se basa actualmente en el estudio por laboratorio de una proporción de casos negativos para dengue y estudios en personas con antecedentes de viaje a zonas donde se está registrando transmisión. Desde el inicio de la vigilancia de la fiebre de Oropouche, se han investigado hasta el momento 2.179 casos, sin resultados positivos.

Los 17 casos positivos de fiebre chikungunya de la provincia del Chaco corresponden a casos probables por IgM positiva; se trata de casos aislados registrados entre la semana epidemiológica (SE) 35 y la SE 48 de 2024, y cuatro casos en la SE 2 y la SE 8 de 2025, en los departamentos Quilipi y San Fernando.

Entre Ríos notificó seis casos probables de fiebre chikungunya en la localidad de Federal, con IgM positivas. Las muestras fueron enviadas al Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas (INEVH) 'Dr. Julio Isidro Maiztegui' para corroborar dicho diagnóstico.

Se ha detectado un caso positivo de fiebre chikungunya en Tucumán, con antecedente de viaje a Brasil.

## **Situación epidemiológica de la fiebre amarilla en Argentina**

En los últimos meses de 2024 y el comienzo de 2025 hubo un aumento de casos humanos de fiebre amarilla en los países de la Región de las Américas, por lo cual el 3 de febrero la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) emitió una [alerta epidemiológica](#). La evaluación rápida de riesgo determinó un alto riesgo de propagación, con un nivel de certeza igualmente alto. El registro de casos humanos y epizootias en primates no humanos en el Estado de São Paulo (Brasil) proyecta una posible propagación hacia el sur de Brasil, Paraguay y las provincias argentinas de Corrientes y Misiones.

En Argentina no se registran casos en viajeros desde 2018 y transmisión autóctona desde 2009. Se contempla una zona con riesgo de circulación viral de fiebre amarilla selvática que incluye a las provincias de Formosa, Misiones, Corrientes, Jujuy (departamentos Ledesma, Santa Bárbara, San Pedro, Valle Grande), Salta (departamentos General José de San Martín, Orán, Rivadavia, Anta) y Chaco (departamento Bermejo) donde se encuentra contemplada la vacunación para todas las personas residentes.

Entre la SE 31 de 2024 y la SE 15 de 2025 se han estudiado 132 casos con sospecha de fiebre amarilla en humanos, 20 de esos en las provincias con riesgo de circulación viral de fiebre amarilla (Misiones y Salta). Todos los casos presentaron pruebas de laboratorio negativas. Durante el mismo período se reportaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS<sup>2.0</sup>), dos epizootias en primates no humanos en la provincia de Misiones y una en la provincia de Corrientes, que fueron estudiadas para fiebre amarilla: un ejemplar de mono aullador negro (*Alouatta caraya*) en Paso de los Libres, Corrientes, y dos ejemplares de capuchino negro (*Sapajus nigritus*) en Puerto Iguazú, Misiones. Todos fueron descartados para fiebre amarilla por el laboratorio nacional de referencia del INEVH.

La Red Nacional de Vigilancia Entomológica es una iniciativa impulsada y coordinada desde la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores del Ministerio de Salud, en articulación con las jurisdicciones. Su propósito es sistematizar, centralizar y producir información sobre la vigilancia entomológica del mosquito *Aedes aegypti*, transmisor del dengue. Este trabajo conjunto, apoyado en capacitaciones previas y herramientas de gestión de datos, permite compartir y disponer de información actualizada y accesible para todas las jurisdicciones.



BRASIL

ANUNCIARON UNA VACUNA CONTRA  
LA FIEBRE CHIKUNGUNYA

23/04/2025

Tras la aprobación del registro definitivo de la vacuna contra la fiebre chikungunya por parte de la agencia reguladora sanitaria de Brasil, el 14 de abril, el gobierno del país solicitará la incorporación del inmunizante a su sistema público de salud, lo que podrá garantizar el acceso gratuito para la población mayor de 18 años.



La vacuna es fruto de una colaboración entre el Instituto Butantan de Brasil y la empresa farmacéutica franco-austríaca Valneva.

“La expectativa es que una vez aprobada y con capacidad de producción, la vacuna se incorpore al calendario nacional de vacunación, fortaleciendo las acciones para combatir la enfermedad en Brasil”, informó el Ministerio de Salud.

Una versión de la vacuna producida íntegramente en Brasil viene siendo evaluada por la agencia reguladora del país. Gustavo Mendes Lima Santos, director de Asuntos Regulatorios, Control de Calidad y Estudios Clínicos de la Fundación Butantan, explicó que, para su aprobación, es necesario fabricar tres lotes que cumplan con los requisitos de calidad exigidos por la agencia.

La tecnología utilizada en la vacuna es la del virus atenuado, es decir, una versión modificada del virus Chikungunya que mantiene sus características para ser reconocido por el sistema inmunológico del cuerpo, pero sin capacidad de causar la enfermedad.

Para su aprobación se presentaron los resultados de un [estudio](#) realizado en Estados Unidos con 4.000 voluntarios de entre 18 a 65 años. El ensayo clínico mostró que 98,9% de los participantes produjeron anticuerpos neutralizantes –que impiden el ingreso del virus a las células– manteniendo buenos niveles durante seis meses.

La vacuna contra la fiebre chikungunya también fue [aprobada](#) por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de Estados Unidos, y por la Agencia Europea de Medicamentos de la Unión Europea.

El Chikungunya es un arbovirus transmitido por la picadura del [mosquito \*Aedes aegypti\*](#), el mismo vector del dengue y la fiebre zika.

Una de las características de la enfermedad son los dolores articulares intensos, que pueden volverse crónicos.

En 2024 se [registraron](#) 620.000 casos de fiebre chikungunya en el mundo, con 213 muertes. Brasil es considerado el [epicentro de la enfermedad en las Américas](#). Paraguay, Argentina y Bolivia son otros países de la región que registran altas tasas de la enfermedad.

## **Rendimiento en el mundo real**

Por lo general, para ser aprobada una vacuna se requiere presentar datos sobre su eficacia, comparando el número de casos de la enfermedad entre un grupo vacunado y otro que recibió un placebo.

Sin embargo, la vacuna contra la fiebre chikungunya es la primera en el mundo aprobada en base a la inmunogenicidad, es decir, su capacidad de producir anticuerpos neutralizantes.

Según Mendes Lima Santos, la aprobación por inmunogenicidad fue necesaria debido a la incidencia localizada de la fiebre chikungunya, que se presenta sin un patrón específico.

“Lo que se acordó, como un compromiso entre el Instituto Butantan, Valneva y las agencias reguladoras tanto de Estados Unidos como de Brasil, es que recolectaríamos datos del desempeño de esta vacuna en el mundo real, es decir, con la vacunación en personas, para observar esta tendencia que ya está proyectada con los anticuerpos neutralizantes”, detalló.

William Marciel de Souza, profesor del Departamento de Microbiología, Inmunología y Genética Molecular de la Universidad de Kentucky, Estados Unidos, señaló que la fiebre chikungunya provoca brotes y epidemias explosivos.

Generalmente el virus infecta a una población muy grande en áreas pequeñas “como si fueran focos epidémicos”, comentó el investigador. “Por lo tanto, es difícil prevenir la aparición de la enfermedad y realizar pruebas de eficacia”, explicó.

Souza recordó que otra vacuna contra la fiebre chikungunya, desarrollada por la empresa danesa Bavarian Nordic, ya fue aprobada en Europa y Estados Unidos.

La ventaja, en opinión del especialista, es que esa vacuna es del tipo partícula pseudoviral, lo que significa que no contiene material genético del virus. Por eso es más segura, y puede aplicarse incluso en adolescentes mayores de 12 años.

De Souza enfatizó que, sin embargo, la vacuna es solo una de las estrategias para combatir la enfermedad. Afirmó que el gobierno brasileño tendrá ahora el desafío de elaborar un plan de producción y distribución de la vacuna, tomando en cuenta el carácter episódico de la enfermedad.

## **Expansión global de los arbovirus**

Por otro lado, un reciente [estudio](#) reveló una superposición significativa en la distribución mundial de las enfermedades transmitidas por *Aedes aegypti*, como el dengue, la fiebre chikungunya, la fiebre zika y la fiebre amarilla.

Los investigadores analizaron 21.000 puntos de ocurrencia y elaboraron nuevos mapas globales con áreas con condiciones consideradas adecuadas para la transmisión de estos arbovirus.

Según el estudio, se estima que 5.660 millones de personas viven en áreas propicias para la transmisión del dengue, la fiebre chikungunya y la fiebre zika, y 1.540 millones en áreas propicias para la [fiebre amarilla](#).

El estudio tomó en cuenta los sesgos de vigilancia que pueden distorsionar los mapas de riesgo existentes. Según los investigadores, las áreas con mayores ingresos tienden a tener una

mayor capacidad para detectar, diagnosticar y reportar enfermedades virales, lo que puede haber llevado a una sobreestimación del riesgo en regiones como Estados Unidos y Europa.

“Los mapas muestran que la reciente propagación de la fiebre chikungunya y la fiebre zika se ha producido exclusivamente en zonas ya propicias para el dengue. Esto indica que cualquier zona con dengue está en riesgo, o podría estar experimentando transmisión de fiebre zika y fiebre chikungunya”, afirman los autores del artículo.

La secretaria regional ministerial de Salud de Los Ríos, Ivone Judit Arre Yáñez, confirmó durante el 23 de abril un nuevo caso de hantavirosis en la región. Se trata de una mujer de 36 años, habitante de la comuna de Máfil, quien permanece internada en condición grave en el Hospital Clínico Regional 'Dr. Guillermo Grant Benavente' de Concepción, centro de referencia para estos casos en el sur del país.



La autoridad sanitaria explicó que el diagnóstico fue confirmado durante el fin de semana, lo que permitió activar de inmediato los protocolos correspondientes. “Se activaron los procedimientos de investigación epidemiológica y ambiental para identificar el lugar más probable de contagio”, señaló Arre Yáñez.

La funcionaria aprovechó la ocasión para insistir en la importancia de la prevención, recordando que esta es una enfermedad que puede evitarse. “Es importante reforzar en la comunidad el autocuidado. La hantavirosis es una enfermedad que se puede evitar, así que los invitamos a tomar las medidas preventivas necesarias para evitar el contagio”, subrayó.

Con este nuevo caso, la región acumula cuatro contagios confirmados en lo que va del año 2025, registrados en las comunas de Corral, Panguipulli, Paillaco y ahora Máfil.

La enfermedad de Chagas, una afección parasitaria que históricamente ha afectado a comunidades rurales y vulnerables del país, sigue presente en Ecuador. En lo que va de 2025, ya se han registrado 16 casos confirmados, según datos del Ministerio de Salud Pública: diez de ellos corresponden a la fase crónica de la enfermedad y seis a la fase aguda.

Aunque las cifras pueden parecer moderadas, la enfermedad de Chagas es silenciosa y peligrosa. Si no se detecta y trata a tiempo, puede provocar daños graves al corazón, al sistema digestivo y al sistema nervioso. El parásito *Trypanosoma cruzi*, responsable de la infección, es transmitido principalmente por insectos conocidos como triatominos, más populares por su nombre coloquial: chinchorros o vinchucas.

El panorama no es nuevo. Entre 2013 y 2022, Ecuador reportó 817 casos. Solo en 2024 se identificaron 120 personas infectadas. Las provincias con mayor incidencia en los últimos años han sido El Oro, Guayas, Manabí, Pichincha, Loja, Sucumbíos y Orellana.

Frente a esta realidad, el Ministerio de Salud Pública desplegó acciones enfocadas tanto en la prevención como en el control. Entre las medidas más importantes están el abastecimiento de pruebas diagnósticas y medicamentos, campañas de detección en mujeres embarazadas, brigadas en comunidades en riesgo y la fumigación con el insecticida deltametrina en las viviendas.

El Ministerio de Salud Pública también hizo énfasis en la prevención comunitaria. Recomendó a la población mantener sus casas libres de insectos, usar protección personal (como mosquiteros o repelentes), revisar los techos y paredes de las viviendas rurales, y realizarse chequeos periódicos, especialmente en bancos de sangre y durante el embarazo.

El tratamiento existe y es gratuito, pero el diagnóstico oportuno sigue siendo el mayor desafío. Por eso, la colaboración entre autoridades, comunidades y organizaciones sociales es clave para frenar el avance de una enfermedad que, aunque poco visible, aún representa una amenaza en varias zonas del país.



En México, la tos convulsa ha cobrado la vida de 45 bebés en lo que va de 2025, todos ellos sin haber recibido la vacuna contra esta enfermedad altamente contagiosa, confirmó la Secretaría de Salud federal, a cargo de David Kershenobich Stalnikowitz.

“Se han registrado 45 defunciones por tos convulsa; todas corresponden a menores de 1 año de edad, sin antecedentes de vacunación; 91% corresponde a menores de 6 meses. En cuanto al sexo, el 57,8% se presentó en mujeres”, detalló la dependencia.



Además, si se compara con el mismo periodo de 2024, el Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de Síndrome Coqueluchoide y Tos Convulsa no reportó ninguna muerte de bebés.

De acuerdo con los datos oficiales, las muertes de los pequeños, hasta la semana epidemiológica 15, se distribuyeron en 15 estados del país. Puebla destaca como el estado con mayor letalidad, seguido de Campeche, Chiapas, Jalisco y San Luis Potosí.

Además del saldo mortal, la Secretaría de Salud reconoció que también se han reportado 2.772 casos probables de tos convulsa en todo el territorio nacional, de los cuales 749 ya están confirmados, lo que implica una incidencia de 0,56 casos cada 100.000 habitantes. Las entidades con mayor número de casos confirmados son Ciudad de México (79 casos), Chihuahua (77), Aguascalientes (73), Nuevo León (62) y Coahuila (46).

Al cierre preliminar de 2024, se documentaron 32 defunciones por tos convulsa, considerando tanto a menores como adultos.

Con los 45 bebés muertos en lo que va de 2025, la letalidad ya superó al año anterior.

El resurgimiento de la enfermedad coincide con una cobertura de vacunación aún inferior a los niveles previos a la pandemia de covid, lo cual incrementa la vulnerabilidad en los menores de un año, particularmente en zonas urbanas densamente pobladas. El ministerio de Salud admitió la necesidad de reforzar la vacunación, especialmente en las zonas vulnerables.

El repunte de casos llevó a las autoridades sanitarias a emitir recomendaciones específicas para municipios con alta afluencia turística, corredores migratorios y regiones fronterizas. Entre las medidas preventivas se incluyen:

- Refuerzo de campañas de vacunación casa por casa en zonas priorizadas.
- Vigilancia epidemiológica activa y rastreo de contactos.
- Capacitación al personal de salud para el diagnóstico temprano y manejo clínico oportuno.
- Coordinación con instituciones educativas para identificación de síntomas en menores.



El estado de Chihuahua alcanzó el 21 de abril los 514 casos de sarampión. De acuerdo con datos de la Secretaría de Salud, 34 casos fueron confirmados en las últimas 24 horas.

El informe técnico de la dependencia estatal señala que 254 casos (49,4% del total) se registraron en el municipio de Cuauhtémoc, la región más afectada de todo el país por esta enfermedad.

Le siguen Chihuahua capital (84 casos) y el municipio de Riva Palacio (40). Ciudad Juárez registraba, hasta el 21 de abril, 11 casos confirmados.

Gumaro Barrios Gallegos, epidemiólogo de la Secretaría de Salud, explicó que se están aplicando todos los protocolos pertinentes en relación a la enfermedad, como vacunar a la población y también seguir los procesos para detectar los casos de manera oportuna a través de muestras de laboratorio.

En recorridos realizados en algunos centros de salud de la frontera, se constató el 21 de abril que había vacunas para aplicar a los ciudadanos que llegaban a solicitar el biológico; sin embargo, debido a las vacaciones, eran pocas las personas que llegaban en busca de la vacuna.

En Cuauhtémoc, donde se inició el brote de sarampión, el gobierno local colaboró con la Secretaría de Salud para instalar módulos de vacunación y evitar que los contagios sigan incrementándose. Además, en este municipio las brigadas de vacunación hacen recorridos casa por casa en las zonas de mayor contagio.

Hasta el 14 de abril, la Secretaría de Salud de Chihuahua registraba en la entidad 43.694 vacunas contra el sarampión aplicadas, de las cuales 23.725 dosis eran triple viral y 19.369 dosis de doble viral.

### **Vigilancia de casos de tos convulsa**

A la par del sarampión, en Chihuahua se vigilan también los casos de tos convulsa. En lo que va del año, hasta el 21 de abril, la Secretaría de Salud registró 85 casos de tos convulsa en la entidad.

Los casos se distribuyen en Ciudad Juárez (35 casos), Aldama (16), Chihuahua (8), Jiménez (7), Allende (3), Ascensión (3), Cuauhtémoc (2), Delicias (2), Parral (2), Guachochi (1), Guadalupe (1), Guadalupe y Calvo (1), Janos (1), Nuevo Casas Grandes (1), Bocoyna (1) y Carichi (1).

Los grupos de edad más afectados son el de los menores de un año (51 casos), los de 1 a 4 años (18) y los de 5 a 14 años (9).

De los casos confirmados, 65 se reportaron en unidades de Salud estatal, 17 en unidades del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y tres en hospitales privados.

Se documentaron cinco defunciones por tos convulsa: cuatro en Chihuahua y uno en Nuevo Casas Grandes.

Según el Departamento de Salud de Puerto Rico, entre el 1 de enero y el 1 de abril se reportaron 1.016 casos confirmados de dengue y otros 253 casos probables, para un total de 1.269 casos.

De ese total, 617 casos (48,62%) fueron hospitalizados. Se notificaron tres fallecimientos asociados al dengue durante este período, además de un fallecimiento en investigación.

Los municipios con mayor número de casos acumulados reportados para este período son San Juan (158 casos; 12,45%), Caguas (73 casos; 5,75%), Carolina (70 casos; 5,52%), Toa Baja (62 casos; 4,89%) y Guaynabo (58 casos; 4,57%).

Los municipios con mayores tasas de incidencia en lo que va de 2025 son Guayama (122,90 cada 100.000 habitantes), Cataño (116,61), Maricao (105,15), Sabana Grande (101,19) y Canovanas (89,76).

Un total de 665 casos (52,40%) corresponden a varones. El grupo de edad con mayor número de casos es el de 10 a 14 años (224 casos; 17,65%), el de 40 a 59 años (219 casos; 17,26%) y el de 15 a 19 años (206 casos; 16,23%).

El dengue es una infección viral causada por cualquiera de cuatro virus relacionados: DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4. Por lo tanto, una persona puede infectarse con el virus Dengue hasta cuatro veces a lo largo de su vida. Afecta a personas de todas las edades, con síntomas que van desde fiebre leve hasta fiebre debilitante, acompañada de cefalea intensa, dolor detrás de los ojos, dolor muscular y articular, y eritema. La enfermedad puede progresar a formas graves, caracterizadas principalmente por shock, dificultad respiratoria o daño orgánico grave.

Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, hasta 400 millones de personas contraen dengue cada año. Aproximadamente 100 millones contraen la infección y 40.000 mueren a causa de dengue grave. Datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) indican que, durante 2024, la región de las Américas enfrentará la mayor epidemia de dengue desde que se iniciaron los registros en 1980. A principios de diciembre de 2024, se habían notificado más de 12,6 millones de casos, casi tres veces más que en 2023. Más de 21.000 de estos casos han sido graves y se han notificado más de 7.700 muertes.

El dengue se ha reportado en Puerto Rico desde principios de la década de 1960 y se considera una enfermedad endémica, ya que se reportan casos durante todo el año. En marzo de 2024, el Departamento de Salud declaró una emergencia de salud pública por dengue en Puerto Rico, convirtiéndose en la epidemia más reciente identificada mediante datos de vigilancia epidemiológica.

En una reunión celebrada el 21 de abril, la ministra de Salud de Angola, Dra. Sílvia Paula Valentim Lutucuta, dio la bienvenida formal al recién nombrado Representante de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Angola, Dr. Indrajit Hazarika. La reunión marcó el inicio de una colaboración renovada y reforzada entre el gobierno de Angola y la OMS, centrada en intensificar la respuesta nacional al brote de cólera en curso.



Hazarika transmitió el firme compromiso de la OMS de apoyar al gobierno de Angola mediante intervenciones integrales y estratégicas. Estas incluyen una mejor coordinación multisectorial, una mejor gestión de casos, el fortalecimiento de la vigilancia y la detección de casos, así como una sólida comunicación de riesgos y la participación comunitaria. Esta colaboración llega en un momento crítico, ya que Angola se enfrenta a un complejo panorama de salud pública caracterizado por enfermedades endémicas, transmisibles y no transmisibles, enfermedades tropicales desatendidas y un brote de cólera que ya ha afectado a 17 de las 21 provincias del país.

Desde el inicio del brote en enero de 2025, se han reportado más de 14.000 casos de cólera y 505 muertes asociadas, de los cuales 50% corresponden a menores de 20 años. El Ministerio de Salud, en estrecha coordinación con la OMS y otros socios para el desarrollo, implementó una serie de medidas de respuesta urgente. Estas incluyen el despliegue de equipos de respuesta rápida, la capacitación del personal sanitario, el establecimiento de centros y unidades de tratamiento del cólera, el suministro de agua potable, una intensa participación comunitaria y el lanzamiento de campañas de vacunación específicas.

La ministra Lutucuta expresó su profunda preocupación por el creciente número de casos y la trágica pérdida de vidas. “Durante este período difícil, la OMS nos ha apoyado como un socio firme y valioso, brindándonos un apoyo inquebrantable en todos los niveles. Sin embargo, nos entristece profundamente observar un aumento continuo tanto de casos como de muertes, especialmente entre niños y jóvenes”, declaró. La ministra enfatizó la urgente necesidad de fortalecer la colaboración multisectorial y de tomar medidas coordinadas para frenar el brote y salvaguardar la salud pública.

Hazarika reafirmó el compromiso permanente de la OMS de apoyar a Angola en sus esfuerzos por controlar el cólera y fortalecer el sistema de salud para lograr una mayor resiliencia. “Agradecemos la transparencia y el liderazgo del ministerio en esta respuesta. Si bien el brote es motivo de gran preocupación, también representa una oportunidad crucial para que colaboremos en el fortalecimiento de los sistemas de salud y la preparación para emergencias a largo plazo. Nuestro objetivo común sigue siendo una Angola más saludable y resiliente”, afirmó.

La reunión concluyó con un consenso sobre la necesidad de intensificar la respuesta y mantener el impulso para controlar el brote. Angola contuvo con éxito brotes de cólera anteriores y, mediante un liderazgo decidido, la coordinación multisectorial y las alianzas estratégicas, el país está bien posicionado para superar este desafío nuevamente.

De cara al futuro, los esfuerzos nacionales se centrarán en estrategias integradas para fortalecer los sistemas de salud y prevenir futuros brotes. Estas incluyen un mejor acceso a atención médica de calidad, garantizar el acceso a agua potable, promover prácticas de higiene y saneamiento, y continuar las inversiones en salud. Los esfuerzos conjuntos del gobierno de Angola, la OMS, otros organismos de la Organización de Naciones Unidas, la sociedad civil y el sector privado serán cruciales para salvaguardar la salud y el bienestar de todos los angoleños.

España es el país de Europa que más casos de fiebre Q notifica desde 2017, y Canarias es una de las regiones con mayor incidencia. Se trata de una enfermedad que se transmite de animales a humanos con una infectividad muy alta y que puede producir fiebres prolongadas, dolores y erupciones cutáneas, entre otros síntomas.



En los dos últimos años el Archipiélago notificó 190 casos –119 en 2023 y 71 en 2024–, según la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de Salud. Precisamente, el dato de 2023 es el mayor a nivel autonómico desde que hay registros y también el peor por comunidades en ese año. Así, de los 519 casos notificados en toda España, cerca de 23% fueron en las Islas.

A priori, parecen unas cifras que podrían hacer saltar las alarmas. Sin embargo, el responsable de la unidad de vigilancia epidemiológica de Salud Pública, Álvaro Luis Torres Lana, consideró que la tendencia de Canarias es elevada pero no creciente. “Desde 2014, primer año con datos, hemos observado que no hay un aumento de casos, sino un fenómeno que se conoce como dientes de sierra, porque hay años con una incidencia bastante alta y otros en los que cae de manera notable”, argumentó.

Sin ir más lejos, en 2024, se notificaron 48 casos menos que el año anterior. Además del pico registrado en 2023, el Archipiélago pasó la barrera de los cien contagios en otras dos ocasiones: 2017 y 2019. En el resto de cursos, las cifras oscilan entre los 50 y los 94 afectados. Aunque en los últimos años no haya fallecidos por esta causa, sí se han contabilizado bastantes ingresos.

Torres Lana señaló que la fiebre Q siempre ha sido muy prevalente en Canarias. Además, subrayó que los médicos de las Islas están más sensibilizados a la hora de detectarla. Esta última cuestión, añadió, “podría explicar que seamos una de las regiones con más casos notificados del país”. También resaltó que la tasa de hospitalización es inferior a la de la península, “lo que significa que estamos diagnosticando los casos leves”.

La enfermedad, causada por la bacteria *Coxiella burnetii*, se hospeda con mayor frecuencia en el ganado caprino y ovino y se contagia más a hombres que a mujeres. La gravedad con la que afecta también es muy variable, pues hay quienes la pasan sin enterarse y otros que requieren hospitalización.

### **Fiebre, neumonía y hepatitis**

No es sencillo detectarla porque tiene una sintomatología muy poco definida que se puede presentar como fiebre, neumonía e incluso, a veces, hepatitis. “Cuando la fiebre dura más de diez días y no sé detecta la causa, el médico sospecha que podría tratarse de fiebre Q y pide las pruebas, que son muy específicas”, subrayó el epidemiólogo.

Al ser de especial importancia para la salud pública, la fiebre Q es una enfermedad de declaración obligatoria. Esta denominación impone a todos los médicos que ejerzan en cualquiera de los niveles de atención sanitaria de las Islas –primaria, especializada u hospitalaria– el deber de comunicar a Salud Pública cada caso que se detecte.

Así, en 2019, tuvo lugar uno de los casos más sonados del Archipiélago. Un bombero contrajo fiebre Q en Gran Canaria tras participar en la extinción de un incendio en una zona en la que había excrementos de animales y basuras. Por ese entonces, el Instituto Nacional de la Seguridad Social lo reconoció como víctima de un accidente laboral, al estar expuesto a riesgos biológicos.

Pese a que no se considera un problema de salud pública, la fiebre Q es una de las afecciones importantes en lo que a vigilancia se refiere. Canarias cuenta con muchas zonas rurales, una particularidad a la que se suma que esta bacteria es muy resistente en el aire. “Para contagiarse no es necesario el contacto con animales, se puede coger, por ejemplo, en un guachinche”, advirtió.

---

Un “guachinche” es un establecimiento de comida tradicional en Tenerife, Islas Canarias, que se caracteriza por ofrecer comida casera y vino de cosecha propia a precios accesibles. Tradicionalmente, eran casas particulares en zonas vinícolas del norte de Tenerife que vendían vino y ofrecían comidas a los visitantes.

Una creciente resistencia a los antibióticos está complicando el tratamiento de las infecciones del tracto urinario (ITU) en Malawi. Una reciente [investigación](#) reveló que casi la mitad de las mujeres que presentaron síntomas en un importante hospital de referencia tenían infecciones resistentes a múltiples medicamentos.

El estudio encontró una prevalencia de infecciones urinarias de 48,5% entre las mujeres evaluadas en el Hospital Central Zomba de Malawi.



Los datos señalan un problema de salud pública que se extiende más allá de la susceptibilidad fisiológica esperada en el embarazo, sino que apunta a problemas sociales, conductuales o sistémicos más amplios, como la mala higiene, el acceso limitado a la atención médica o el uso excesivo de antibióticos sin pruebas diagnósticas adecuadas.

La prevalencia encontrada es mucho más alta que el promedio mundial y regional de 14 a 30% que se suele registrar entre las mujeres embarazadas.

Las infecciones urinarias se encuentran entre las infecciones más comunes en mujeres a nivel mundial, con aproximadamente 150 millones de casos ocurridos cada año. Pero en Malawi y otros países del África subsahariana, el tratamiento es cada vez más difícil debido a la resistencia generalizada a los antimicrobianos.

Según el estudio, los antibióticos de primera línea, como la ampicilina y la ceftriaxona, mostraron tasas de resistencia alarmantes: 87% y 77% respectivamente.

Particularmente preocupante fue la aparición de cepas resistentes a múltiples fármacos, como *Serratia marcescens*, que exhibió una resistencia completa a varios antibióticos y mostró sólo una susceptibilidad moderada a medicamentos de último recurso como meropenem y amikacina. Pero incluso estos dos antibióticos mostraron solo una eficacia moderada, lo que es una señal de advertencia de futuras dificultades terapéuticas.

### **Amenaza grave**

Estos hallazgos revelan una amenaza grave para los resultados del tratamiento, especialmente si incluso los antibióticos de reserva se vuelven ineficaces.

El estudio retrospectivo revisó 340 registros de pacientes, centrándose en mujeres de entre 15 y 45 años, que representaban más de la mitad de los casos de ITU.

La alta carga en este grupo en edad reproductiva, sumada a tasas de resistencia elevadas, requiere pautas de diagnóstico y tratamiento más específicas, lo que hace necesario repensar cómo se gestionan las infecciones urinarias en este grupo demográfico.



Esto incluye incorporar educación sobre higiene y salud sexual, revisar el uso de anticonceptivos y fortalecer las pruebas de detección durante las visitas prenatales y de salud reproductiva.

Malawi ya está lidiando con una crisis más amplia de resistencia antimicrobiana. El Programa Wellcome de Malawi-Liverpool estimó que 27,3 muertes cada 100.000 habitantes de la región son atribuibles a la resistencia a los antibióticos. Datos nacionales sugieren que hasta 15.700 muertes en Malawi se relacionaron con infecciones farmacorresistentes.

El país ha iniciado esfuerzos de vigilancia en laboratorios de salud humana y animal, pero los expertos dicen que se necesita más.

Muchos investigadores consideran que la autoprescripción es un factor clave de resistencia en el país, debido a que la mayoría de los pacientes en Malawi simplemente van a una farmacia y compran antibióticos sin receta. Por ello, es más probable que se automediquen de forma insuficiente, lo que da lugar al desarrollo de una creciente carga de resistencia a los antimicrobianos.

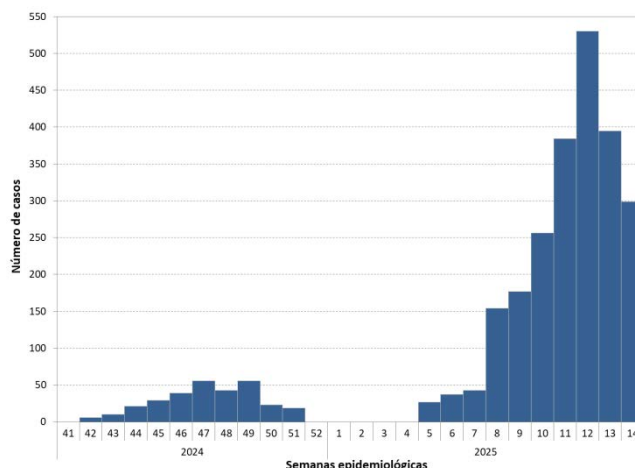
Las infecciones urinarias no tratadas o mal controladas pueden derivar en complicaciones potencialmente mortales como la sepsis, especialmente en mujeres jóvenes. Por lo que, para abordar este problema, es necesario garantizar la venta de antibióticos solo con receta.

A nivel de políticas, se debe reforzar la exigencia de que las personas tengan una receta médica antes de acudir a cualquier tipo de farmacia y adquirir medicamentos recetados.

Las autoridades sanitarias deberían aplicar normas estrictas de prescripción, promover los cultivos y las pruebas de sensibilidad antes de iniciar el tratamiento con antibióticos y prohibir la venta de antibióticos sin receta.

En medio de la recuperación en curso tras los recientes ciclones y los persistentes problemas en los sistemas de agua y saneamiento, Mozambique continúa luchando contra un brote de cólera en dos provincias. En la semana epidemiológica (SE) 14 se notificaron 299 nuevos casos en las provincias de Nampula (288 casos) y Zambezia (11). Se reportó una muerte en la provincia de Nampula.

Del 28 de octubre de 2024 al 6 de abril de 2025, se ha notificado un total acumulado de 2.792 casos, con 50 fallecimientos (tasa de letalidad de 1,8%) en las provincias de Nampula (2.476 casos, 38 fallecimientos) y Zambezia (316 casos, 12 fallecimientos). Cuarenta muertes (80,0%) se produjeron en la comunidad. Los casos en hombres suman 1.424 (51,0%), ligeramente superior a los de las mujeres. El grupo de edad de 15 años o más suma 1.675 casos (60,0%). Los menores de cinco años representan 13,0% de los casos. El brote permanece activo en siete distritos de las dos provincias afectadas.



Casos notificados de cólera, según semana epidemiológica. Mozambique, provincias de Nampula y Zambezia. Del 28 de octubre de 2024 al 6 de abril de 2025. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

El brote de cólera en curso en Mozambique se desarrolla en un contexto de repetidos desastres naturales, el más reciente de los cuales fue el ciclón Jude, que azotó el país el 10 de marzo de 2025. El ciclón afectó a cinco provincias, siendo Nampula la más grave, afectando a más de un millón de personas, causando 49 muertes, 138 heridos y daños a 87 centros de salud. Nampula, la provincia más poblada de Mozambique, con aproximadamente 7 millones de habitantes (15,1% de la población nacional), fue la más gravemente afectada. Los ciclones recurrentes han comprometido gravemente la infraestructura de agua, saneamiento e higiene tanto en Nampula como en Zambezia, agravando problemas de larga data como el saneamiento deficiente y el acceso limitado al agua potable.

En Nampula, las autoridades sanitarias señalaron la cobertura inadecuada del suministro de agua y el incumplimiento de las prácticas de higiene como factores clave de la transmisión. La desconfianza de la comunidad complica aún más las iniciativas de respuesta y ha generado resistencia a las intervenciones. En el distrito de Mogovolas, en la provincia de Nampula, esto ha escalado hasta el vandalismo de centros de tratamiento del cólera y la interrupción de las campañas de vacunación, lo que ha obstaculizado los esfuerzos de control del brote.

### Acciones de salud pública

- Bajo el liderazgo del Ministerio de Salud de Mozambique, los Grupos de Tareas provinciales han estado coordinando una respuesta multisectorial al brote de cólera, reuniendo a sectores gubernamentales clave, como salud, educación e infraestructura, así como a autoridades municipales, líderes comunitarios y religiosos, con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y socios sanitarios.

- Se está reforzando la vigilancia en las provincias afectadas. El mapeo y la elaboración de listas de casos están en curso. Se están distribuyendo un total de 3.940 pruebas de diagnóstico rápido a los distritos afectados para mejorar la capacidad de realización de pruebas.
- El personal sanitario de tres distritos de la provincia de Nampula recibió capacitación en el puesto de trabajo sobre la gestión de casos de cólera. Se han distribuido purificadores de agua a las familias, lo que ha ido acompañado de actividades de sensibilización comunitaria.
- También se ha brindado apoyo para la preparación de soluciones de cloro en los centros de tratamiento del cólera.
- Se han reunido líderes de comunicación de riesgos y participación comunitaria. Se han empleado diversas estrategias para involucrar a las comunidades, como la radiodifusión y el uso de la televisión. Existe un problema constante de desinformación y falta de confianza en las autoridades.
- Se han proporcionado medicamentos y otros suministros médicos a la provincia de Zambezia desde Maputo y Pemba.

### **Interpretación de la situación**

El brote de cólera en curso en Mozambique pone de relieve la crucial intersección entre la vulnerabilidad climática, la frágil infraestructura de agua, saneamiento e higiene y la confianza de la comunidad en los sistemas de salud. La persistencia de la transmisión, especialmente en los distritos afectados por ciclones, señala deficiencias sistémicas profundamente arraigadas que requieren atención urgente. Los repetidos desastres naturales, incluido el ciclón Jude, han perturbado gravemente los sistemas de agua y la infraestructura sanitaria, dejando a grandes poblaciones sin acceso fiable a agua potable y saneamiento. El elevado número de muertes en la comunidad refleja las barreras para la búsqueda de atención médica, probablemente agravadas por la desconfianza, la desinformación y las limitaciones logísticas. Si bien se están llevando a cabo iniciativas de respuesta multisectoriales, que incluyen vigilancia, gestión de casos y comunicación de riesgos, estas deben ampliarse y mantenerse. Fortalecer la participación comunitaria, restaurar la infraestructura dañada, abordar las deficiencias críticas de existencias y financiación, y ampliar la atención descentralizada, incluyendo los puntos de rehidratación oral, son esenciales para frenar la transmisión y prevenir más pérdidas de vidas.

A menudo se piensa en la tuberculosis como una reliquia del siglo XIX, cuando se creía que la “tisis” era responsable de una cuarta parte de todas las muertes en el Reino Unido.

Pero sigue siendo la enfermedad infecciosa más mortífera del mundo, y se calcula que mató a 1,25 millones de personas en 2023. La tuberculosis afecta sobre todo a países del Sudeste Asiático, África y el Pacífico Occidental, y a menudo se la denomina “enfermedad social” por su estrecha relación con la pobreza.



Después de un declive durante la pandemia de covid, los países ricos como el Reino Unido están viendo ahora un resurgimiento de la tuberculosis que, según los expertos, es el canario en la mina de carbón para otros problemas de salud relacionados con la privación social, desde otras enfermedades infecciosas hasta afecciones crónicas como la diabetes.

“Dado que la tuberculosis es la enfermedad arquetípica de la pobreza, es realmente un centinela de otras afecciones”, declaró el Dr. Thomas Wingfield, médico especialista en enfermedades infecciosas y subdirector del Centro de Investigación de la Tuberculosis de la Escuela de Medicina Tropical de Liverpool.

### **Aumentan los casos en el Reino Unido**

Inglaterra registró 5.480 casos de tuberculosis en 2024, un 13% más que en 2023, además de un aumento de 11% el año anterior, el mayor incremento anual desde al menos 1971. España, por su parte, tiene una tasa de incidencia de la tuberculosis que ha ido evolucionando desde 9,39 casos cada 100.000 habitantes en 2019 a 7,83 en 2022.

Ahora es tan común que una clínica del East End de Londres, donde se registran más casos nuevos de tuberculosis que en cualquier otro lugar de Europa Occidental, abrirá un centro con un costo de 5,55 millones de euros para pacientes con la enfermedad. El año pasado trató a 294 pacientes.

La tuberculosis está causada por una bacteria que puede permanecer latente en los pulmones durante décadas antes de atacar el resto del cuerpo, especialmente la columna vertebral y el cerebro. La única vacuna disponible actualmente ayuda a prevenir la enfermedad entre los niños pequeños, pero no es eficaz para los adultos. La mayoría de los nuevos casos en Inglaterra se han dado entre inmigrantes que pueden haberse infectado años antes de su llegada.

Pero por segundo año consecutivo, los casos de tuberculosis también están aumentando en Inglaterra entre los nacidos en el Reino Unido, después de haber disminuido cada año desde 2012. Las infecciones también han aumentado en Escocia, Gales e Irlanda del Norte.

Es probable que el aumento de los casos se deba en parte a las interrupciones de la atención médica durante la pandemia de covid, lo que significa que solo ahora se está detectando una

acumulación de infecciones de tuberculosis. Es un aumento lo suficientemente grande como para que estos retrasos sean probablemente sólo una parte de la historia.

El riesgo de contraer tuberculosis es mayor entre las personas sin hogar, que viven hacinadas, que están o han estado en prisión, que han consumido drogas o alcohol o que sufren desnutrición. A fines de 2024, solo 13,1% de los pacientes de tuberculosis de Inglaterra de 15 años o más informaron al menos un factor de riesgo social, pero con la falta de datos, es probable que sea un recuento insuficiente.

“Sabemos bastante bien por las cifras de dónde vienen los aumentos. La razón sigue siendo un misterio”, explicó Paul Sommerfield, administrador ejecutivo de TB Alert, una organización sin ánimo de lucro dedicada a la tuberculosis en el Reino Unido e India.

## **Cómo combatir la tuberculosis**

A principios de este mes, la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKHSA) pidió la opinión de expertos sobre un plan de acción quinquenal actualizado para prevenir, detectar y controlar mejor la tuberculosis en Inglaterra.

El plan actual pretendía frenar los retrasos en el diagnóstico, conseguir que la mayoría de los pacientes terminaran su tratamiento, realizar más pruebas de detección de la tuberculosis y garantizar que los trabajadores sanitarios pudieran detectar los signos de la enfermedad. “Pero aún no está claro si se destinará suficiente dinero al nuevo plan, sobre todo para concienciar a las comunidades de alto riesgo sobre los síntomas y cómo acceder a la atención médica”, dijo Sommerfield.

La Dra. Esther Robinson, jefa de la unidad de tuberculosis de la UKHSA, calificó la enfermedad de “grave problema de salud pública” e instó a la población a someterse a pruebas si presenta síntomas, entre ellos una tos persistente y con mucosidad.

Wingfield tiene algunas ideas para el plan. Quiere que se realicen más pruebas de detección a los nuevos inmigrantes con riesgo de contraer tuberculosis, dado que son pocos los que realmente se someten a ellas, y sugirió que las empresas que contratan a extranjeros ayuden a financiar el programa. También quiere que el Gobierno recopile más información sobre los problemas sociales y económicos de los enfermos de tuberculosis, para ponerlos en contacto con viviendas, bancos de alimentos y otros servicios.

En el Reino Unido, muchos médicos especializados en tuberculosis “han dado dinero de su bolsillo a alguien a quien han atendido para conseguir comida, pagar un autobús, o simplemente porque se encuentran en una situación desesperada”, explicó Wingfield.

## **Identificar pronto la tuberculosis para facilitar el tratamiento**

Un aspecto positivo es que pocos pacientes británicos tienen formas de tuberculosis resistentes a los fármacos, lo que puede dificultar y encarecer el tratamiento. La farmacorresistencia plantea un problema mayor en los países donde la gente tiene dificultades para acceder a la atención médica o para interrumpir el tratamiento en una fase temprana. Los fármacos causan a veces dolorosos efectos secundarios, y las personas deben tomarlos todos los días durante cuatro a nueve meses.

“Tenemos un sistema bastante bueno para tratar la tuberculosis, pero es cuestión de encontrar a la gente lo bastante pronto para tratarla adecuadamente”, afirmó Sommerfield. Algunas personas infectadas nunca desarrollan la enfermedad. Pero erradicar las infecciones en una fase temprana es fundamental.

El Centro de Enfermedades Respiratorias y Meningitis del Instituto Nacional de Enfermedades Transmisibles de Sudáfrica informó tres nuevos casos confirmados por laboratorio de difteria respiratoria toxigénica, uno en Limpopo, uno en Mpumalanga y uno en Western Cape.

Entre el 1 de enero de 2024 y el 13 de abril de 2025, se identificaron en Sudáfrica 43 casos confirmados de difteria respiratoria, un caso probable de difteria respiratoria y 40 portadores asintomáticos de *Corynebacterium diphtheriae* toxigénica, detectados durante el rastreo de contactos.

La provincia de Western Cape representa la mayor parte de los casos, con 31 (72,1% del total).

La mediana de edad de los casos de difteria respiratoria confirmada fue de 28 años (rango: 2-55 años), y 32 casos (74,4%) tenían 18 años o más. La tasa de letalidad entre los casos probables y confirmados de difteria respiratoria fue de 20,4%, al contabilizarse nueve muertes.

De los 43 casos de difteria respiratoria, 10 se dieron en niños de 12 años o menos. Se dispone del historial de vacunación de tres de ellos. Un caso sintomático (de 9 años) solo había recibido tres dosis de la vacuna infantil, pero ninguna dosis de refuerzo, y los otros dos se reportaron como no vacunados.

Los esfuerzos de inmunización están bajo una amenaza creciente debido a que la desinformación, el crecimiento demográfico, las crisis humanitarias y los recortes de financiación ponen en peligro el progreso y dejan a millones de niños, adolescentes y adultos en riesgo, advirtieron la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Alianza para las Vacunas (GAVI) durante la Semana Mundial de la Inmunización, del 24 al 30 de abril.



Los brotes de enfermedades prevenibles mediante vacunación, como el sarampión, la meningitis y la fiebre amarilla, están aumentando a nivel mundial, y enfermedades como la difteria, que se han mantenido a raya durante mucho tiempo o prácticamente han desaparecido en muchos países, corren el riesgo de resurgir. En respuesta, los organismos piden atención política urgente y sostenida, así como inversión para fortalecer los programas de inmunización y proteger los importantes avances logrados en la reducción de la mortalidad infantil en los últimos 50 años.

“Las vacunas han salvado más de 150 millones de vidas en las últimas cinco décadas”, declaró el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS. “Los recortes en la financiación de la salud mundial han puesto en peligro estos logros, alcanzados con tanto esfuerzo. Los brotes de enfermedades prevenibles mediante vacunación están aumentando en todo el mundo, poniendo vidas en riesgo y exponiendo a los países a mayores costos en el tratamiento de enfermedades y la respuesta a los brotes. Los países con recursos limitados deben invertir en las intervenciones de mayor impacto, incluidas las vacunas”.

### **Aumento de brotes y sistemas de salud sobrecargados**

El sarampión está resurgiendo de forma especialmente peligrosa. El número de casos ha aumentado año tras año desde 2021, en consonancia con las reducciones en la cobertura de vacunación ocurridas durante y desde la pandemia de covid en muchas comunidades. Se estima que los casos de sarampión alcanzaron los 10,3 millones en 2023, un aumento de 20% en comparación con 2022.

Las agencias advierten que esta tendencia al alza probablemente continuará en 2024 y 2025, a medida que los brotes se han ido intensificado en todo el mundo. En los últimos 12 meses, 138 países han notificado casos de sarampión, y 61 han experimentado brotes extensos o disruptivos, la cifra más alta observada en un período de 12 meses desde 2019.

Los casos de meningitis en África también aumentaron drásticamente en 2024, y la tendencia al alza se ha mantenido en 2025. Solo en el primer trimestre de este año, se notificaron más

de 5.500 casos sospechosos y casi 300 muertes en 22 países. Esto se suma a los aproximadamente 26.000 casos y casi 1.400 muertes del año pasado en 24 países.

Los casos de fiebre amarilla en la región africana también están aumentando, con 124 casos confirmados notificados en 12 países en 2024. Esto se produce tras una drástica disminución de la enfermedad durante la última década, gracias a las reservas mundiales de vacunas y al uso de la vacuna contra la fiebre amarilla en los programas de inmunización sistemática. En la Región de las Américas de la OMS, se han confirmado brotes de fiebre amarilla desde principios de este año, con un total de 131 casos en 4 países.

Estos brotes se producen en medio de recortes de financiación mundial. Un reciente [balance rápido de la OMS](#), realizado en 108 oficinas nacionales –principalmente en países de ingresos bajos y medios bajos–, muestra que casi la mitad de estos países se enfrentan a interrupciones moderadas o graves en las campañas de vacunación, la inmunización sistemática y el acceso a suministros debido a la reducción de la financiación de los donantes. La vigilancia de enfermedades, incluidas las prevenibles mediante vacunación, también se ve afectada en más de la mitad de los países encuestados.

Al mismo tiempo, el número de niños que no reciben sus vacunas rutinarias aumentó en los últimos años, incluso mientras los países se esfuerzan por recuperar a los niños que no recibieron sus vacunas durante la pandemia. En 2023, se estima que 14,5 millones de niños no recibieron ninguna de sus dosis de vacunas rutinarias, frente a los 13,9 millones de 2022 y los 12,9 millones de 2019. Más de la mitad de estos niños viven en países que enfrentan conflictos, fragilidad o inestabilidad, donde el acceso a los servicios básicos de salud suele verse interrumpido.

“La crisis mundial de financiación está limitando gravemente nuestra capacidad para vacunar contra el sarampión a más de 15 millones de niños vulnerables en países frágiles y afectados por conflictos”, declaró Catherine Mary Russell, Directora Ejecutiva del UNICEF. “Los servicios de inmunización, la vigilancia de enfermedades y la respuesta al brote en casi 50 países ya se están viendo interrumpidos, con retrocesos similares a los que vimos durante la pandemia de covid. No podemos permitirnos perder terreno en la lucha contra las enfermedades prevenibles”.

Será fundamental seguir invirtiendo en la iniciativa “Big Catch-Up”, lanzada en 2023 para llegar a los niños que no recibieron vacunas durante la pandemia de covid, y en otros programas de inmunización de rutina.

## **Cómo la inmunización aborda estos desafíos**

Los esfuerzos conjuntos de la OMS, el UNICEF, la GAVI y sus socios han ayudado a los países a ampliar el acceso a las vacunas y fortalecer los sistemas de inmunización mediante la atención primaria de salud, incluso ante los crecientes desafíos. Cada año, las vacunas contra 14 enfermedades salvan casi 4,2 millones de vidas, y casi la mitad de estas vidas se salvan en la región de África.

Las campañas de vacunación han llevado a la eliminación de la meningitis por meningococo A en el cinturón de la meningitis de África, mientras que una nueva vacuna que protege contra cinco cepas de meningitis meningocócica promete ofrecer una protección más amplia y se están realizando esfuerzos para ampliar su uso en la respuesta a brotes y su prevención.

También se han logrado avances en la reducción de casos y muertes por fiebre amarilla mediante el aumento de la cobertura de vacunación sistemática y las reservas de vacunas de emergencia, pero los brotes recientes en África y en la Región de las Américas ponen de re-



lieve los riesgos en zonas donde no se habían notificado casos en el pasado, la baja cobertura de vacunación sistemática y las deficiencias en las campañas preventivas.

Además, en los últimos dos años se han observado avances sustanciales en otras áreas de la inmunización. En la Región de África, que presenta la mayor carga de cáncer cervicouterino del mundo, la cobertura de la vacuna contra el virus del papiloma humano casi se duplicó entre 2020 y 2023, pasando de 21% a 40%, lo que refleja un esfuerzo mundial concertado para [eliminar el cáncer cervicouterino](#). El progreso en inmunización también incluye aumentos en la cobertura mundial de las vacunas conjugadas antineumocócicas, en particular en la región del Sudeste Asiático, junto con la introducción de vacunas en Chad y Somalia, países con una alta carga de enfermedad.

Otro hito es la introducción subnacional de vacunas contra la malaria en casi 20 países africanos, sentando las bases para salvar medio millón de vidas adicionales para 2035 a medida que más países adopten las vacunas y se acelere la ampliación como parte de las herramientas para combatir la malaria.

### **Llamada a la acción**

El UNICEF, la OMS y la GAVI hacen un llamado urgente a padres, público y políticos para que refuercen el apoyo a la inmunización. Los organismos enfatizan la necesidad de una inversión sostenida en vacunas y programas de inmunización e instan a los países a cumplir sus compromisos con la Agenda de Inmunización 2030 (AI2030).

Como parte de los sistemas integrados de atención primaria de salud, la vacunación puede proteger contra enfermedades y conectar a las familias con otros cuidados esenciales, como la atención prenatal, la nutrición o la detección de la malaria. La inmunización es una inversión clave en salud, con un retorno de la inversión de 54 dólares por cada dólar invertido, y sienta las bases para la prosperidad y la seguridad sanitaria futuras.

“El aumento de los brotes de enfermedades altamente infecciosas preocupa a todo el mundo. La buena noticia es que podemos combatirlos, y el próximo período estratégico de la GAVI cuenta con un plan claro para reforzar nuestras defensas mediante la ampliación de las inversiones en las reservas mundiales de vacunas y el despliegue de la vacunación preventiva dirigida a los países más afectados por la meningitis, la fiebre amarilla y el sarampión”, declaró la Dra. Sania Nishtar, directora ejecutiva de la GAVI. “Sin embargo, estas actividades vitales estarán en riesgo si la GAVI no recibe la financiación completa durante los próximos cinco años, y hacemos un llamamiento a nuestros donantes para que apoyen nuestra misión con el fin de mantener a todos, en todas partes, más seguros frente a enfermedades prevenibles”.

La próxima cumbre de alto nivel de la GAVI sobre promesas de contribuciones que tendrá lugar el 25 de junio de 2025 busca recaudar al menos 9.000 millones de dólares de los donantes para financiar la ambiciosa estrategia de proteger a 500 millones de niños y salvar al menos 8 millones de vidas entre 2026 y 2030.

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

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

Toda persona interesada en recibir el Reporte Epidemiológico de Córdoba en formato electrónico, por favor solicitarlo por correo electrónico a [reporteepidemiologicocba@gmail.com](mailto:reporteepidemiologicocba@gmail.com) aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.