

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de la tos convulsa
- Brote de listeriosis con casos en cinco jurisdicciones
- Buenos Aires: Brote de fiebre tifoidea en Ciudadela

AMÉRICA

- Ampliar el acceso al diagnóstico y tratamiento de la malaria para acelerar su eliminación

- Situación epidemiológica del sarampión

- Bolivia: El 17% de la población padece la enfermedad de Chagas

- Ecuador: Aumentaron a cuatro los casos de fiebre amarilla, uno de ellos fatal

- Estados Unidos: La alergia a la carne transmitida por garrapatas podría estar relacionada con la urbanización

- Honduras: Registran 27 casos de miasis por gusano barrenador en humanos y tres muertes en 2025

- México: El país avanza hacia la eliminación de la malaria

- México: Suman 15 los casos de tétanos en lo que va de 2025

EL MUNDO

- África: El progreso de la vacunación ayuda a salvar millones de vidas

- Europa: Se registraron 35.212 casos de sarampión en 2024, el mayor número en dos décadas

- Israel: Detectaron el virus de la poliomielitis en una muestra ambiental en Jerusalén

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](http://recfot.com) - All Rights Reserved

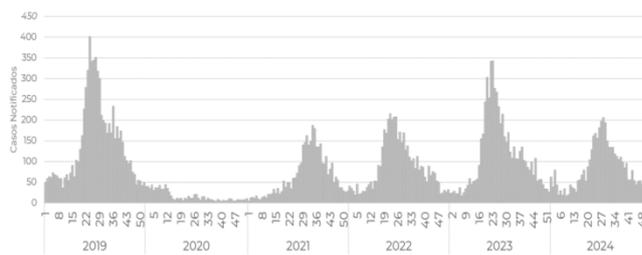
Nota de la Editorial: La Editorial no se responsabiliza por los conceptos u opiniones vertidos en entrevistas, artículos y documentos traducidos y/o reseñados en este Reporte, los cuales son de exclusiva responsabilidad de los respectivos entrevistados, traductores, autores o colaboradores.



Situación epidemiológica 2019-2024

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 de 2019 y la SE 52 de 2024, se notificó un total de 26.285 casos son sospecha de tos convulsa, de los cuales se confirmaron 2.352 y 4.205 fueron clasificados como casos probables. Entre los casos confirmados, 2.130 (90,6%) contaron con resultado de laboratorio registrado en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}). En 2.049 casos se identificó la especie, correspondiendo 91,4% (1.872 casos) a *Bordetella pertussis*, y 8,6% (177 casos) a *Bordetella parapertussis*. Los restantes 81 casos confirmados con resultado de laboratorio permanecen sin identificación de especie, como *Bordetella sp.*

El mayor registro de casos con sospecha de tos convulsa se observó en 2019, el año en que también se presentó el mayor número de casos confirmados. Posteriormente, durante la pandemia de covid, se observó un importante descenso, tanto de los casos notificados como confirmados, seguido de una recuperación paulatina de la notificación en 2021 y 2022. En el año 2023, se registró el mayor número de casos sospechosos y confirmados post pandemia, a expensas fundamentalmente de las notificaciones de la provincia de Salta, que aportó más de 85% de los



Casos notificados de tos convulsa, según semana epidemiológica. Argentina. Años 2019/2024. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

| Provincia/Región | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|---------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Ciudad Autónoma de Buenos Aires | 21 | 11 | — | 3 | 2 | 53 |
| Buenos Aires | 216 | 49 | 45 | 58 | 47 | 74 |
| Córdoba | 192 | 31 | 37 | 5 | 81 | 11 |
| Entre Ríos | 42 | 1 | 1 | — | 1 | 2 |
| Santa Fe | 14 | 5 | — | 7 | 43 | 5 |
| Centro | 485 | 97 | 83 | 73 | 174 | 145 |
| Mendoza | 241 | 12 | 17 | 13 | 25 | 1 |
| San Juan | 3 | 1 | — | — | — | — |
| San Luis | 8 | 5 | 1 | — | — | — |
| Cuyo | 252 | 18 | 18 | 13 | 25 | 1 |
| Chaco | 5 | 3 | — | 2 | — | — |
| Corrientes | 2 | — | — | 1 | — | — |
| Formosa | 2 | 2 | — | 1 | — | — |
| Misiones | 10 | 1 | 5 | 5 | 9 | 1 |
| Noreste Argentino | 19 | 6 | 5 | 9 | 9 | 1 |
| Catamarca | 6 | — | — | 11 | 2 | — |
| Jujuy | 2 | — | 3 | — | 2 | — |
| La Rioja | 1 | — | — | — | 25 | 1 |
| Salta | 146 | 23 | 68 | 93 | 423 | 43 |
| Santiago del Estero | 2 | — | — | — | — | — |
| Tucumán | 7 | 4 | 1 | — | 2 | — |
| Noroeste Argentino | 164 | 27 | 72 | 104 | 454 | 44 |
| Chubut | 12 | 6 | 3 | 1 | 2 | — |
| La Pampa | 8 | — | — | — | — | — |
| Neuquén | 1 | 1 | — | — | 2 | — |
| Río Negro | 5 | 1 | — | — | 1 | 1 |
| Santa Cruz | — | 1 | — | — | — | — |
| Tierra del Fuego | 7 | 2 | — | — | — | — |
| Sur | 33 | 11 | 3 | 1 | 5 | 1 |
| Total Argentina | 953 | 159 | 181 | 200 | 667 | 192 |

Casos confirmados de tos convulsa, según año y jurisdicción. Argentina. Años 2019/2024. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

casos confirmados de *B. pertussis*, sin registrarse el mismo patrón en el resto del país: otras provincias como Mendoza, Córdoba o Santa Fe registraron predominantemente casos de *B. parapertussis*. Durante 2024, se registró un número total de casos confirmados similar al de los años 2021 y 2022.

En el análisis por jurisdicción, se observa heterogeneidad en las tasas de notificación tanto entre provincias, como en los diferentes años analizados. En cuanto a los casos confirmados, en 2019 se registraron casos en 23 de las 24 provincias, mientras en los siguientes años, los casos confirmados se restringieron a un menor número de jurisdicciones. En este sentido, durante 2024, solo 10 jurisdicciones tuvieron casos confirmados, con 88,5% de los mismos concentrados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y las provincias de Buenos Aires y Salta. Particularmente, Salta presentó las mayores tasas de incidencia entre 2020 y 2024.

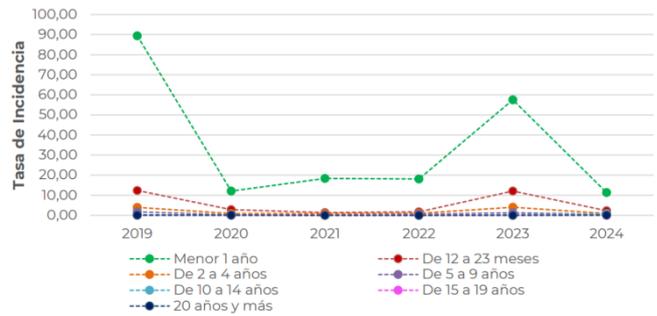
En relación a la distribución de los casos confirmados por grupos de edad, se identifica que el mayor número de casos fueron detectados en menores de 1 año para todos los años analizados, con una tasa de incidencia que alcanzó los 89,4 casos cada 100.000 habitantes en 2019.

Particularmente, en el subgrupo de menores de 6 meses se registró el mayor número de casos notificados (15.708 casos sospechosos) y confirmados (1.162 casos) entre 2019 y 2024.

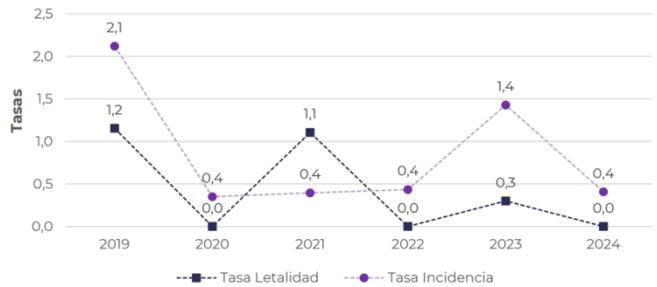
Con respecto a la evolución clínica de la enfermedad, se observa que el año con mayor número de fallecimientos fue 2019, con un total de 11 fallecidos entre los casos confirmados. Las tasas de letalidad en el periodo oscilaron entre el máximo de 1,2% en ese año y 0%.

Situación epidemiológica actual

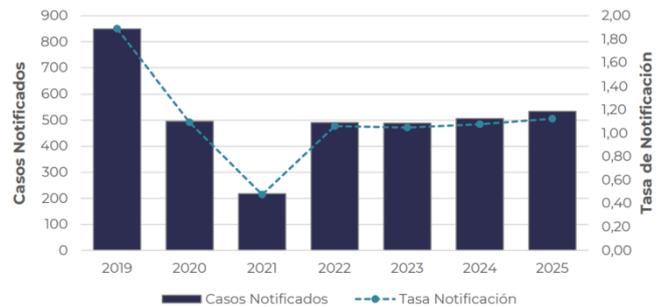
En 2025, hasta la SE 14, se registró un total de 534 casos con sospecha de tos convulsa, de los cuales se confirmaron 95. Además, 24 casos fueron identificados como probables. En 74 de los casos confirmados se registró la confirmación de laboratorio, con identificación de *B. pertussis* en 70 casos (94,6%). Los casos restantes no cuentan con identificación de especie y permanecen como *Bordetella* sp.



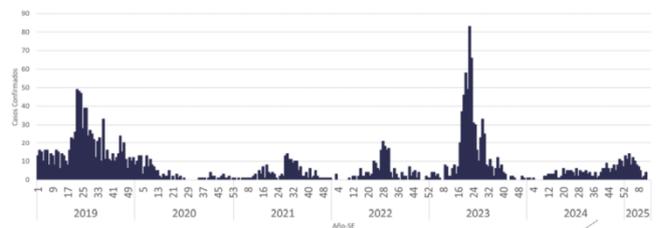
Tasas de incidencia de tos convulsa cada 100.000 habitantes, por año y grupo etario. Argentina. Años 2019/2024. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



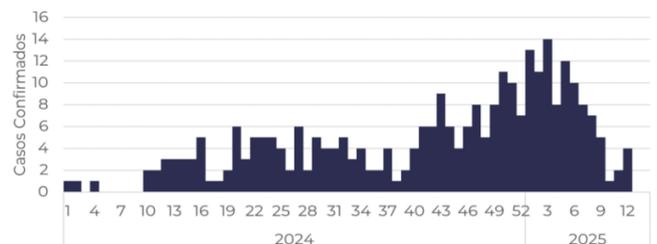
Tasas de incidencia cada 100.000 habitantes y de letalidad (%) de tos convulsa por año. Argentina. Años 2019/2024. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



Notificaciones y tasa de notificación cada 100.000 habitantes de casos sospechosos de tos convulsa, por año. Argentina. Años 2019-2025, hasta semana epidemiológica 14. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



Casos confirmados de tos convulsa, por semana epidemiológica. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2019 a 14 de 2025. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



Casos confirmados de tos convulsa, por semana epidemiológica. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2024 a 14 de 2025. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

En 2025, hasta la SE 14, se observa que las notificaciones de casos con sospecha de tos convulsa presentan una tasa ligeramente superior a la de los años 2020, 2022, 2023 y 2024 y solo es superada por las notificaciones registradas en el mismo periodo para el año 2019.

Las notificaciones de casos sospechosos durante 2025 corresponden principalmente a establecimientos de la CABA (169 casos) y Salta (123), seguidos de establecimientos de Córdoba (69), Buenos Aires (57), Santa Fe (54) y Mendoza (46). En otras provincias se registraron 5 o menos casos sospechosos, mientras que en 10 de las 24 jurisdicciones no se registró ninguna notificación hasta la SE 14 de 2025.

En cuanto a los casos confirmados, se identifica un ligero ascenso de los casos a partir de la SE 43 de 2024, que alcanzó su máximo en la SE 3 de 2025. Asimismo, los casos registrados entre la SE 1 y la SE 14 de 2025 superan las confirmaciones para el mismo periodo de los años 2021 a 2023, con una incidencia acumulada de 0,2 casos cada 100.000 habitantes en lo que va del año.

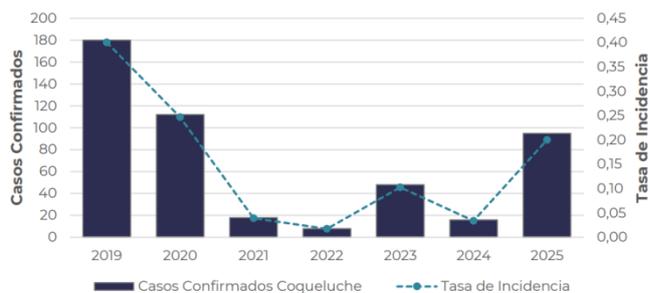
Los casos confirmados fueron registrados principalmente en jurisdicciones de la Región Centro del país, con la mayor tasa de incidencia en la CABA, mientras que el mayor número de casos corresponde a la provincia de Buenos Aires.

De manera similar a lo descripto para el periodo 2019-2024, las mayores incidencias acumuladas se observan en el grupo de 0 a 5 años, particularmente en los menores de 1 año. Este grupo concentra 40% de los casos confirmados (38 casos), predominantemente en el subgrupo de menores de 6 meses.

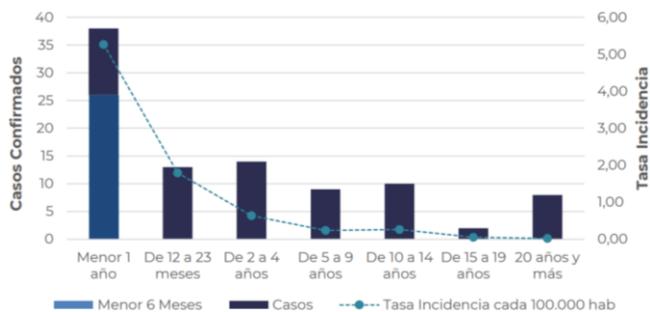
Coberturas de Vacunación

Entre 2012 y 2016, las coberturas de vacunación en lactantes de 6 meses y en niños de 15-18 meses se mantuvieron en niveles superiores a 90% y 80% respectivamente, mientras que las embarazadas mostraban coberturas más bajas, pero en ascenso, acercándose a 70%. Sin embargo, a partir de 2017 comienza a observarse una tendencia de descenso progresivo en todos los grupos, con un quiebre más abrupto en 2020, coincidiendo con el inicio de la pandemia de covid, probablemente asociado con las medidas de aislamiento físico.

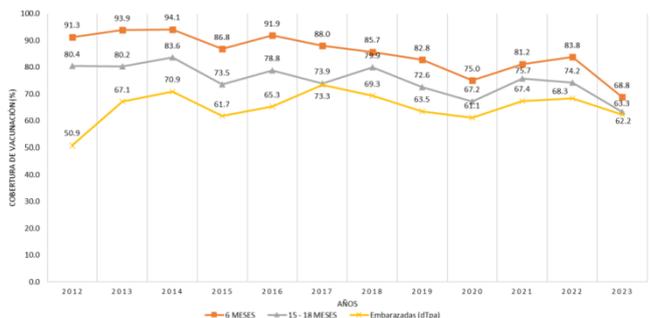
- **Lactantes de 6 meses:** Luego de 2020 se observó un aumento de 6,2 puntos porcentuales en 2021 y 2,6 puntos porcentuales en 2022 para la tercera dosis de la vacuna quintuple. Sin embargo, se registró una fuerte caída en 2023 alcanzando el valor más bajo de toda la serie



Casos confirmados y tasa de incidencia acumulada cada 100.000 habitantes de tos convulsa, por año. Argentina. Años 2019/2025, hasta semana epidemiológica 14. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



Casos confirmados e incidencia acumulada de casos de tos convulsa cada 100.000 habitantes, según grupos etarios. Argentina. Año 2025, hasta semana epidemiológica 14. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



Coberturas de vacunación con componente contra tos convulsa. Argentina. Años 2012/2023. Fuente: Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, Ministerio de Salud de Argentina.

(68,8%) implicando un descenso de más de 20 puntos porcentuales respecto de los valores de 2012.

- **Primer refuerzo de vacuna quíntuple:** Se presentó una caída de 5,4 puntos porcentuales en el primer año de la pandemia (2020), pero en 2021 se registró una franca recuperación que permitió alcanzar una cobertura de 75,7%, significando 3,1 puntos por encima de los valores de 2019. Sin embargo, esta tendencia en ascenso se detuvo y en 2023 la cobertura nacional mostró una caída de 12,4 puntos porcentuales respecto de 2021, alcanzando valores mínimos en los últimos 12 años (63,3%).
- **Embarazadas:** Nunca alcanzaron coberturas óptimas de vacunación. Muestran fuertes fluctuaciones a lo largo del período, con caídas importantes post-pandemia, llegando a 62,2% en el último año analizado.

Estas tendencias reflejan una disminución sostenida de las coberturas vacunales, alcanzando niveles de entre 60 y 70% en los grupos de mayor vulnerabilidad, con posibles implicancias en la pérdida de la inmunidad individual y colectiva y el aumento del riesgo de brotes de enfermedades prevenibles por vacunas.

Para realizar un análisis completo de la situación de las coberturas de vacunación, es necesario hacer referencia a que el descenso observado de coberturas es global y multicausal, y se acentuó con posterioridad a la pandemia de covid.

Entre las variables que es necesario evaluar se encuentran la complejidad del Calendario Nacional de Vacunación, la extensión territorial, la presencia de falsas contraindicaciones, las oportunidades perdidas de vacunación, la presencia de grupos antivacunas, la reticencia, las *fake news*, la falta de percepción de riesgo, las dificultades en producción y suministro, la rotación del personal de salud, la insuficiente estrategia de comunicación, etc.

Sin embargo, otro de los factores a tener en cuenta es el sistema de registro y las posibles diferencias entre la cobertura administrativa y la real. Por este motivo, se avanzó con un análisis sobre el cambio en la manera de registrar que se realizó en 2023: a diferencia de años anteriores, donde la fuente de información era netamente numérica y administrativa y se realizaba de manera agrupada, durante el año 2023 se comenzó a utilizar como única fuente de datos lo informado en el Registro Nominal de Vacunación electrónico (RNVe). De esta manera se sostuvo y fortaleció el cálculo de coberturas del calendario nacional, siendo la fuente de información los datos cargados de manera nominal únicamente.

La implementación del RNVe permite sistematizar las bases de datos y el circuito de información para el cálculo de las coberturas de vacunación, con la implementación de un modelo de gestión informatizada a través de un registro nominalizado que brinda a todos los niveles sanitarios la posibilidad de contar con datos actualizados, consistentes y confiables para la toma de decisiones. Esto implica un gran salto de calidad en la gestión de datos.

Sin embargo, cabe destacar que la adecuación de los sistemas de RNVe con la inclusión de todas las vacunas del calendario nacional, implicó cierto atraso en la carga y diferencias con algunos sistemas provinciales, por lo que es posible que existan registros de dosis aplicadas que aún no hubieran impactado en el sistema nacional para la publicación de las coberturas del año 2023.

Además, también existe un universo de personas vacunadas que no han sido registradas en ningún sistema (ya sea provincial, nacional, institucional, del subsector público o privado).

Estas dos últimas consideraciones implican que existe a la fecha subregistro de dosis aplicadas. Por este motivo, se trabaja diariamente en la mejora de los sistemas de registro tanto del

nivel jurisdiccional como desde el nivel nacional a través del apoyo a las jurisdicciones y de la implementación de nuevas y mejores tecnologías con el objetivo de contar con datos de mayor calidad para apoyar la toma de decisiones en materia de política de inmunizaciones.

La tos convulsa es una enfermedad respiratoria aguda prevenible por vacunación, que puede afectar a personas de todas las edades, aunque presenta mayores tasas de morbilidad y mortalidad en lactantes y niños pequeños. Los adolescentes y adultos jóvenes pueden presentar la enfermedad de forma leve, atípica e inclusive con las manifestaciones clásicas, y representan una fuente importante de transmisión hacia los menores. Dado su alto grado de contagiosidad –especialmente en contextos de contacto estrecho y prolongado, como el hogar, jardines maternos, jardines de infantes o escuelas–, resulta fundamental el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para evitar la propagación entre personas susceptibles.

El principal agente etiológico es *Bordetella pertussis*, y en menor grado, *Bordetella parapertussis*. Existen vacunas disponibles actualmente, que solo protegen contra *B. pertussis*.

En Argentina, además de la vacunación a los 2, 4, 6, 15-18 meses y al ingreso escolar con componente pertussis, desde 2009 se inició la vacunación en adolescentes (11 años) con el objetivo de disminuir los reservorios. En el año 2012 se recomendó la vacunación contra tos convulsa para todas las personas gestantes a partir de la semana 20 de gestación y se incorporó al Calendario Nacional de Vacunación en el año 2013. El propósito de la vacunación es lograr el pasaje transplacentario de anticuerpos que protege al lactante durante los primeros meses de vida contra la tos convulsa, con el objetivo de disminuir la morbi-mortalidad por esta enfermedad en lactantes pequeños. Las recomendaciones actuales de vacunación contra la tos convulsa durante el embarazo es vacunar con triple bacteriana acelular (dTpa) luego de la semana 20 de gestación, en cada embarazo, independientemente de la edad, antecedente de vacunación con dTpa u otras vacunas con componente antitetánico y del tiempo transcurrido desde el embarazo anterior.

La introducción de las vacunas contra la tos convulsa ha contribuido a la disminución de la incidencia global de la enfermedad. En este contexto, la vigilancia epidemiológica de esta enfermedad cumple un rol clave al permitir evaluar el impacto de la vacunación, monitorear tendencias nacionales, identificar poblaciones en riesgo y orientar estrategias de prevención y control.

Desde el punto de vista clínico, la tos convulsa se desarrolla en tres fases –catarral, paroxística y de convalecencia–, con formas clínicas que pueden variar desde leves hasta graves, especialmente en lactantes menores de seis meses. La enfermedad presenta un patrón cíclico con picos epidémicos cada 3 a 5 años.



BROTE DE LISTERIOSIS CON CASOS EN CINCO JURISDICCIONES

24/04/2025

En 2025, hasta la semana epidemiológica 16, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}) once casos de listeriosis, con residencia en cinco jurisdicciones del país: la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Jujuy y Tucumán.

Respecto de los antecedentes clínicos de los casos, cinco eran adultos mayores de 65 años (de los cuales tres contaban con registro de inmunocompromiso), tres embarazadas y tres adultos de 30 a 65 años inmunocomprometidos.

El 31 de marzo, el Laboratorio Nacional de Referencia, el Servicio de Bacteriología Especial, del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas/Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán' (INEI-ANLIS), informó la detección de dos aislamientos clínicos de *Listeria monocytogenes* con alta relación genómica. Ambos pertenecen al complejo clonal hipervirulento 1 (CC1).

El análisis de comparación con la base de datos del Laboratorio Nacional de Referencia evidenció una alta relación genómica con otros dos aislamientos del mismo complejo clonal (CC1) que ya habían sido reportados previamente.

Esto indica que las cepas de *L. monocytogenes* detectadas en las muestras de los casos están estrechamente relacionadas desde el punto de vista genético, lo cual sugiere una fuente común de exposición, posiblemente vinculada al consumo del mismo alimento contaminado o diferentes alimentos contaminados desde una fuente común o por contaminación cruzada.

La listeriosis es una enfermedad infecciosa de transmisión alimentaria causada por la bacteria *Listeria monocytogenes*, que se encuentra en el agua y el suelo, y puede contaminar diversos alimentos, especialmente aquellos que no se cocinan antes de ser consumidos, como fiambres, quesos de pasta blanda y vegetales crudos.

Si bien la listeriosis suele ser leve en personas sanas, puede causar enfermedades graves y potencialmente mortales en embarazadas, recién nacidos, personas mayores y aquellas con sistemas inmunitarios debilitados.

Es una de las enfermedades de transmisión alimentaria de mayor importancia, pero relativamente rara (0,1 a 10 casos anuales cada millón de habitantes, dependiendo del país y la región, según datos de la Organización Panamericana de la Salud). A pesar del bajo número de casos reportados anualmente, esta enfermedad presenta una alta tasa de mortalidad, lo que la convierte en un importante problema de salud pública.

Puede consultar el informe completo haciendo clic [aquí](#).

La Gerencia de Epidemiología de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) notificó la ocurrencia de un brote de cuadros invasivos febriles y gastrointestinales en un conglomerado de pacientes atendidos en diferentes hospitales de la CABA, residentes en una misma zona en dos edificios vecinos, en la localidad de Ciudadela, del partido de Tres de Febrero de la provincia de Buenos Aires.

En dos casos el Laboratorio Nacional de Referencia confirmó el aislamiento de *Salmonella enterica enterica* serovariedad Typhi y en tres nuevos casos los aislamientos estudiados resultaron confirmados fenogenotípicamente como *Salmonella* Typhi.

Hasta la fecha, se identificaron 10 personas atendidas entre el 9 de marzo y el 22 de abril en dos establecimientos de la CABA, todos residentes en la provincia de Buenos Aires. La presentación clínica ha sido muy variada entre los casos, requiriendo algunos pacientes internación por compromiso sistémico y otros, atención médica ambulatoria. Además, se está investigando un caso asistido en un establecimiento privado de la provincia, fallecido el 17 de abril, familiar de dos casos afectados. El rango de edad es de entre 6 y 53 años; la mediana de edad es de 22 años, siendo siete casos pacientes de sexo masculino.

La investigación se encuentra en curso y se están realizando entrevistas dirigidas a convivientes y familiares de los casos. Por otro lado, se planifican búsquedas activas para identificar posibles casos entre los vecinos de la zona afectada y realizar las acciones para identificar la fuente de infección y realizar el control del brote.

El primer caso consultó el 9 de marzo con los siguientes síntomas: fiebre, dolor abdominal, diarrea persistente, deshidratación que hizo necesaria su internación. Se descartó dengue (antígeno NS1 negativo) y se aisló en dos hemocultivos *Salmonella* Typhi sensible a ceftriaxona.

El último caso notificado inició síntomas el 20 de abril, y consultó 48 horas después en un establecimiento público de la CABA. Se presentó con fiebre, hepatoesplenomegalia, dolor abdominal, diarrea, náuseas y vómitos.

Hasta la fecha, cuatro de los pacientes afectados permanecen internados, aunque con evolución clínica favorable. A los que no fue necesario hospitalizar, se les indicó tratamiento antibiótico con ciprofloxacina.

El día 22 de abril, Epidemiología de Tres de Febrero realizó una visita domiciliar a los casos con el fin de llevar a cabo la correspondiente investigación epidemiológica. A partir de la información recabada se constató que en el edificio entre fines de enero y principios de febrero, se produjo un corte en la provisión de agua durante dos semanas aproximadamente, por lo que se sospecha como posible fuente de contaminación, el agua de consumo de los edificios, ya que ambos se abastecen de un mismo tanque, el cual es provisto con agua de pozo. Con el fin de ampliar la investigación sobre posibles fuentes de exposición, concurren al barrio técnicos de Bromatología y Epidemiología del municipio en conjunto con el Instituto Biológico 'Dr. Tomás Liberato Perón Hughes' de La Plata y la Región Sanitaria VII para recolectar muestras de agua y de alimentos sospechados el día 24 de abril por la mañana. También

se realizaron búsquedas activas de casos sospechosos y se dieron pautas de alarma y recomendaciones para la manipulación de alimentos y uso de agua segura a los vecinos de los edificios.

La fiebre tifoidea es una enfermedad bacteriana sistémica, potencialmente mortal causada por la bacteria *Salmonella enterica enterica* serovariedad Typhi, la cual suele transmitirse a través del agua o alimentos contaminados. Una vez ingerida, la bacteria se multiplica y pasa al torrente circulatorio. El cuadro clínico se caracteriza en la fase inicial por la aparición insidiosa de fiebre continua, cefalea intensa, malestar general, anorexia, bradicardia relativa, esplenomegalia, manchas rosadas en el tronco en 25% de los enfermos de piel blanca y estreñimiento o diarrea. En los casos graves y sin tratamiento adecuado, la enfermedad se puede complicar y causar la muerte. La fiebre tifoidea puede confirmarse mediante estudios de hemocultivo y/o de otros sitios de infección invasiva.

La urbanización y el cambio climático podrían incrementar la carga mundial de fiebre tifoidea. Además, las crecientes resistencias a los antibióticos están facilitando la propagación de esta enfermedad en los grupos humanos sin acceso a agua potable o a sistemas adecuados de saneamiento.

En Argentina se detectan casos esporádicos de fiebre tifoidea por *Salmonella* Typhi y en baja frecuencia en el marco de la vigilancia nacional del laboratorio, a partir de aislamientos obtenidos de hemocultivos positivos para *Salmonella* spp. El último brote confirmado registrado en el país ocurrió en el año 2004.

Puede consultarse el informe completo haciendo clic [aquí](#).



AMPLIAR EL ACCESO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA MALARIA PARA ACELERAR SU ELIMINACIÓN

25/04/2025

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) hizo un llamado a replantear estrategias y a revitalizar los esfuerzos colectivos para acelerar el progreso hacia la eliminación de la malaria en la Región de las Américas.

Si bien los países de la región han avanzado significativamente en la lucha contra la malaria, los datos más recientes muestran un estancamiento en la reducción de casos. En 2023 se registraron 505.600 casos de malaria en las Américas, de los cuales 92% ocurrieron en Sudamérica.



Brasil, Venezuela y Colombia concentraron 80% de todos los casos, siendo este último el país con el mayor número de infecciones por *Plasmodium falciparum*.

En algunas de las zonas con una alta carga –como los territorios amazónicos en Sudamérica y comunidades en Haití– la población afectada enfrenta barreras para acceder al diagnóstico y tratamiento adecuados. Comunidades indígenas dispersas, la alta movilidad de poblaciones dedicadas a actividades extractivas como la minería de oro y situaciones de inseguridad son parte de los desafíos para la eliminación de la malaria.

Los pueblos indígenas continúan siendo desproporcionadamente afectados. En 2023, representaron 31% de todos los casos de malaria y 41% de las muertes relacionadas con esta enfermedad en la región. Este dato subraya la urgencia de abordar las causas estructurales que impiden el acceso al diagnóstico y tratamiento.

“Para hacer frente a esta situación, es necesario un cambio transformador que garantice el acceso al diagnóstico y el tratamiento de la malaria en todos los territorios donde existe transmisión, sin barreras geográficas, culturales, legales ni financieras”, dijo el Dr. Sylvain Aldighieri, Director del Departamento de Prevención, Control y Eliminación de Enfermedades Transmisibles de la OPS.

La participación de las comunidades es indispensable para lograr la eliminación de la malaria en las Américas. Esto incluye la integración activa de líderes comunitarios y trabajadores de salud capacitados para realizar pruebas de diagnóstico rápido, proporcionar tratamiento y garantizar su oferta continua en áreas de difícil acceso.

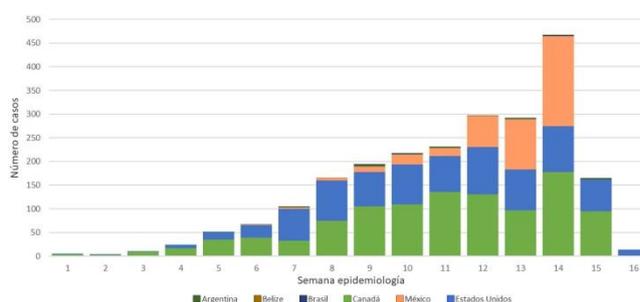
“Estas acciones implican una firme voluntad política, gobernanza multinivel, cambios regulatorios y el establecimiento de nuevas alianzas, especialmente con las comunidades afectadas”, añadió Aldighieri.

A pesar de los desafíos, hay importantes logros en la región. Desde 2018, cuatro países de las Américas han sido certificados como libres de malaria: Argentina, Belize, El Salvador y Paraguay. En 2024, Surinam completó tres años sin transmisión autóctona, y países como Costa Rica, Ecuador y México reportaron avances significativos hacia la interrupción de la transmisión.

Bajo el marco de la [Iniciativa de Eliminación de Enfermedades](#), la OPS continúa apoyando a los países de las Américas para asegurar los logros alcanzados y promover alianzas con las comunidades afectadas, sectores y socios en cada país para eliminar la malaria. La eliminación de la malaria es posible con un mejor uso de las herramientas disponibles y promoviendo los cambios necesarios en las estrategias.

La malaria es una enfermedad febril aguda causada por el parásito *Plasmodium*, que se transmite por la picadura de un mosquito *Anopheles* hembra infectado. Los síntomas, que incluyen fiebre, dolor de cabeza y escalofríos, pueden ser leves. Si no se trata, la malaria puede evolucionar a formas graves e incluso causar la muerte.

En 2025, hasta el 18 de abril, se confirmó un total de 2.318 casos de sarampión, incluidas tres muertes, en la Región de las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), un aumento de 11 veces en comparación con los 205 casos notificados en el mismo período en 2024. Los casos se han notificado en seis países: Canadá (1.069 casos), Estados Unidos (800 casos, incluidas dos muertes), México (421 casos, incluida una muerte), Argentina (21), Brasil (5) y Belize (2).



Casos confirmados de sarampión, según país y semana epidemiológica. Región de las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Año 2025, hasta el 18 de abril. Fuente: Organización Mundial de la Salud (n = 2.318).

Panorama por países

- **Canadá:** En 2025, hasta el 12 de abril, se notificaron 1.069 casos confirmados y probables en siete provincias: Alberta, British Columbia, Manitoba, Ontario, Prince Edward Island, Quebec y Saskatchewan. Estos casos superan con creces los 177 casos confirmados y probables notificados en 2024, lo que representa el mayor número anual de casos desde que el país logró la eliminación del sarampión en 1998.

La mayoría de los casos notificados en 2025 (83%) está relacionada con un gran brote multijurisdiccional que se produjo entre personas no vacunadas en comunidades con bajo nivel de vacunación que, en ocasiones, interactúan entre sí. Entre el 27 de octubre de 2024 y el 12 de abril de 2025, se notificaron 971 casos en siete provincias. El brote se inició por un caso importado internacionalmente que asistió a una gran reunión en New Brunswick en octubre de 2024, a la que asistieron asistentes de varias provincias. La mayoría de los casos asociados a este brote son personas no vacunadas (84%) o cuyo estado de vacunación se desconoce (12%). Hasta la fecha, solo se ha producido un pequeño número de casos asociados al brote fuera de las comunidades inicialmente afectadas con bajo nivel de vacunación, sin que se haya observado una propagación significativa más allá de estas comunidades.

Además, en 2025, hasta el 12 de abril, se notificaron pequeños brotes localizados, consistentes en dos o más casos con vínculo epidemiológico o virológico. Estos brotes son distintos del brote multijurisdiccional descrito anteriormente y se han relacionado directamente con casos importados internacionalmente. Durante este mismo período, 16 casos de sarampión en Canadá se atribuyeron a viajes internacionales.

- **Estados Unidos:** En 2025, hasta el 17 de abril, se había notificado un total de 800 casos confirmados en 25 jurisdicciones: Alaska, Arkansas, California, Colorado, Florida, Georgia, Hawaii, Indiana, Kansas, Kentucky, Maryland, Michigan, Minnesota, New Jersey, New México, New York State, Ciudad de New York, Ohio, Oklahoma, Pennsylvania, Rhode Island, Tennessee, Texas (incluidas dos muertes confirmadas), Vermont y Washington. Del total de casos, 751 (93%) están asociados a brotes (definidos como tres o más casos), con diez brotes identificados en lo que va de año. El brote en Texas, New México y Oklahoma representa 82% de los casos notificados.

Los niños menores de cinco años representaron 31% (249 casos) del total, las personas de 5 a 19 años 38% (304 casos), los adultos mayores de 20 años 29% (231 casos) y se desconocía la edad en 2% (16 casos). La gran mayoría de los casos (96%) no estaba vacunada o tenía un estado de vacunación desconocido, el 1% tenía una sola dosis de la vacuna triple viral y 2% había recibido dos dosis. Se requirió hospitalización en 85 casos (11% del total). Entre los niños menores de cinco años, 47 (19%) requirieron hospitalización. La cobertura de vacunación con triple viral en niños ha disminuido en los últimos años de 95,2% en 2019-2020 a 92,7% en 2023-2024.

- **México:** En 2025, hasta el 16 de abril, se confirmaron 421 casos: dos importados, 35 relacionados con la importación y 384 en investigación. Se notificaron casos en Chihuahua (403 casos, incluyendo una defunción), Sonora (5 casos), Campeche (4), Oaxaca (4), Tamaulipas (2), Querétaro (1), Sinaloa (1) y Zacatecas (1).

El primer caso confirmado fue el de un niño no vacunado en Oaxaca con antecedentes de viajes internacionales entre octubre de 2024 y enero de 2025. El niño llegó a México el 29 de enero y presentó síntomas el 10 de febrero. El 14 de febrero, el Laboratorio de Salud Pública del Estado de Oaxaca reportó resultados positivos mediante RT-PCR e IgM para sarampión, con genotipo B3 identificado. Posteriormente se confirmaron tres casos relacionados.

El 20 de febrero, se reportó el segundo caso confirmado en el estado de Chihuahua en un niño no vacunado. El inicio de los síntomas se produjo el 11 de febrero, y el Laboratorio de Salud Pública del Estado de Chihuahua confirmó sarampión con resultados positivos en las pruebas de RT-PCR e IgM. El genotipo identificado fue el D8. Tras el rastreo de contactos y la búsqueda activa de casos, se identificaron 419 casos adicionales.

La mayoría de los casos se dieron en personas de 25 a 44 años (145 casos; 34,4%), seguidas de los niños de 5 a 9 años (57 casos; 13,5%). En cuanto al historial de vacunación, 92,4% (389 casos) no tenía antecedentes de vacunación, mientras que 3,8% (16 casos) había recibido una dosis de la vacuna triple viral y otro 3,8% (16 casos) había recibido dos dosis.

- **Argentina:** En 2025, hasta el 16 de abril, se notificaron 21 casos confirmados; 10 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y 11 en la provincia de Buenos Aires. De estos, tres casos fueron importados, 13 se identificaron como contactos de los casos importados y cinco casos aún se encuentran en investigación para determinar su vínculo epidemiológico con la cadena de transmisión.

El caso índice se notificó el 31 de enero de 2025 en un niño con antecedentes de viaje internacional. El segundo caso, otro niño y contacto del caso índice, se notificó el 3 de febrero. Ninguno de los dos casos tenía antecedentes de vacunación contra el sarampión, y ambos fueron confirmados mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR). Tras estos casos iniciales, se confirmaron 19 casos adicionales hasta el 16 de abril, con edades comprendidas entre los 5 meses y los 40 años. Dos de estos casos tenían antecedentes documentados de viaje internacional. Solo dos casos requirieron hospitalización por neumonía; los casos restantes fueron tratados de forma ambulatoria y se encuentran en buena recuperación. Doce de los casos fueron confirmados en el Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas/Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán' (INEI-ANLIS), con genotipo B3 identificado. Uno de los casos importados, asociado a un viaje internacional reciente a Tailandia, fue identificado como genotipo D8.

- **Brasil:** En 2025, hasta el 18 de abril, se notificaron cinco casos confirmados en cuatro jurisdicciones: Rio de Janeiro (2), Distrito Federal (1), Rio Grande do Sul (1) y São Paulo (1). Los dos casos en Rio de Janeiro son niños menores de un año, ambos sin antecedentes de vacunación. El inicio de los síntomas fue el 28 de febrero y el 2 de marzo. Los casos en el Distrito Federal (inicio de síntomas el 1 de marzo) y Rio Grande do Sul (inicio de síntomas el 6 de abril) son adultos con antecedentes de viajes internacionales. Además, se notificó un caso de un adulto en São Paulo que tiene antecedentes de vacunación y no tiene antecedentes de viajes internacionales, con inicio de los síntomas el 4 de abril. La fuente de infección de este caso está actualmente bajo investigación.
- **Belize:** El 12 de abril de 2025, el Ministerio de Salud y Bienestar confirmó dos casos positivos, los primeros en Belize desde 1991. Los casos involucraban a hombres de 17 años de los distritos de Corozal y Cayo sin antecedentes de vacunación, que viajaron a Chihuahua, México, del 5 de enero al 31 de marzo de 2025 para asistir a una reunión religiosa. El inicio de los síntomas ocurrió el 2 y el 3 de abril de 2025. Se recolectaron muestras de sangre e hisopos nasofaríngeos para ambos casos y se confirmó que eran positivos para sarampión el 12 de abril. El equipo del Ministerio de Salud y Bienestar entrevistó a 13 contactos cercanos que asistieron a la reunión religiosa en Chihuahua y los monitoreó diariamente para detectar signos y síntomas. A pesar de los esfuerzos significativos para aumentar la cobertura de vacunación, Belize permanece por debajo del rango objetivo de 92-95%. En 2024, Belize reportó un porcentaje nacional de 83,9% para la segunda dosis de la vacuna triple viral.

Respuesta de salud pública

Las autoridades regionales y nacionales de salud pública de la Región de las Américas están implementando medidas de salud pública para controlar el brote, y la OMS está brindando apoyo mediante:

- La emisión de alertas y actualizaciones epidemiológicas debido al aumento de casos de sarampión en varios países de la Región de las Américas de la OMS a partir de 2024.
- La Evaluación de Riesgos de Salud Pública relacionada con el sarampión en la región de las Américas, clasificó el riesgo como “Alto”, especialmente en países con baja cobertura de vacunación.
- Monitoreo de la situación y trabajo estrecho con los países de la Región de las Américas para apoyar sus esfuerzos de vacunación, vigilancia y respuesta rápida a brotes para prevenir la propagación y reintroducción del sarampión y proteger la salud de toda la población.
- Asistencia técnica y seguimiento a los laboratorios de los países que han presentado casos/brotes.
- Fortalecimiento de las capacidades de respuesta rápida de los países mediante:
 - Capacitación de los trabajadores de la salud en respuesta rápida a los brotes, utilizando talleres híbridos y cursos virtuales.
 - Entrega de fondos financieros para el despliegue de consultores internacionales en las zonas más afectadas de Latinoamérica y el Caribe.
 - Realización de reuniones virtuales de seguimiento con los países.
- Promoción de campañas masivas de vacunación de seguimiento en países con poblaciones altamente susceptibles para reducir rápidamente el riesgo de reintroducción del sarampión y la rubéola endémicos en los países de la Región.

- Fortalecimiento de la comunicación de riesgos y la participación comunitaria en los países donde se han producido brotes, para reforzar su compromiso con la inmunización y las acciones recomendadas.

Evaluación de riesgos de la OMS

En la Región de las Américas de la OMS, en 2025, el número de casos se multiplicó por 11 en comparación con el mismo período de 2024. Si bien se ha logrado una mejora en los indicadores de vigilancia del sarampión y la rubéola, aún hay países que no cumplen de forma homogénea la tasa mínima de notificación de dos casos sospechosos cada 100.000 habitantes, además de otros indicadores. Esto podría retrasar la detección, la notificación, la confirmación y las acciones de respuesta rápida.

La dificultad para mantener niveles adecuados de vacunación en la población migrante, los grupos reticentes a las vacunas y otras poblaciones en riesgo dentro de la Región representa un gran desafío. Dado que varios países de Europa, Asia Central y África tienen áreas con circulación del virus, se espera la identificación de casos importados de estas áreas. La intensa migración desde áreas donde la enfermedad es endémica a áreas donde no lo es podría aumentar el riesgo de nuevos brotes y casos. Considerando el movimiento de población, los viajes internacionales y los eventos de concentración masiva, no se puede descartar el riesgo de propagación internacional. Los viajeros de regiones con brotes en curso pueden introducir el virus en países con mayor cobertura de vacunación, donde aún hay poblaciones vulnerables, en particular bebés que aún no han recibido su primera dosis de la vacuna contra el sarampión.

El riesgo general de sarampión en la Región de las Américas se considera “Alto” debido a varios factores:

- La circulación continua del virus a partir de casos importados ha provocado brotes con cadenas de transmisión extendidas, casos secundarios y propagación del virus a nuevas áreas y países en 2025.
- La cobertura de vacunación subóptima persiste en toda la región. En 2023, solo 28,6% de los países alcanzó una cobertura superior a 95% para la primera dosis de la vacuna triple viral y tan solo 16,7% para la segunda dosis. La cobertura regional fue de 87% para la primera dosis y de 76% para la segunda dosis. Los datos de 2024 aún se están consolidando.
- Un número cada vez mayor de personas susceptibles debido a la baja cobertura continua, impulsada por factores como la pandemia de covid, la reticencia a las vacunas y el acceso limitado a la atención médica, especialmente entre grupos vulnerables como migrantes, personas desplazadas y poblaciones indígenas.

El riesgo general de este evento en la Región de las Américas de la OMS, especialmente en países con baja cobertura de vacunación, se clasifica como “Alto” con un alto nivel de confianza basado en la información disponible.

El riesgo global se evalúa como “Moderado” debido a la transmisión continua en todas las demás regiones de la OMS, donde los programas de inmunización en varios países no se encuentran en un nivel óptimo debido a diversos factores, como la limitación de recursos, la reticencia a vacunarse, la inestabilidad política y las deficiencias del sistema de salud. Estos desafíos han generado brechas en la cobertura de vacunación, lo que ha generado un aumento de la población no vacunada y ha creado una vía para la propagación del sarampión. Esto no solo representa un problema de salud pública para los países afectados, sino que también representa un riesgo potencial para otras regiones debido a los viajes internacionales y los

movimientos de población. El riesgo global de transmisión sigue siendo una amenaza, especialmente en zonas con cobertura de vacunación moderada o baja, y podría provocar nuevos brotes en una población no vacunada. Este riesgo, sumado a las deficiencias en los sistemas de laboratorio y la vigilancia, la detección de brotes y la capacidad de respuesta rápida, impide el progreso hacia los objetivos mundiales de eliminación del sarampión y agrava aún más la amenaza de propagación.

Consejos de la OMS

La OMS recomienda mantener una cobertura homogénea sostenida de al menos 95% con la primera y la segunda dosis de la vacuna con componente antisarampionoso y fortalecer la vigilancia epidemiológica integrada del sarampión y la rubéola para lograr la detección oportuna de todos los casos sospechosos en los establecimientos de salud públicos y privados.

También recomienda fortalecer la vigilancia epidemiológica, la preparación y la capacidad de respuesta rápida en zonas fronterizas con alto tráfico para detectar y responder rápidamente a los casos sospechosos de sarampión. Proporcionar una respuesta rápida a los casos importados de sarampión para evitar el restablecimiento de la transmisión endémica mediante la activación de equipos de respuesta rápida capacitados para este propósito e implementar protocolos de respuesta rápida cuando haya casos importados. Una vez activado un equipo de respuesta rápida, debe garantizarse la coordinación continua entre los niveles nacional, subnacional y local, con canales de comunicación continuos y efectivos en todos los niveles. Durante los brotes, se recomienda establecer una gestión de casos hospitalarios adecuada y una capacidad de prevención y control de infecciones para evitar la transmisión de infecciones asociadas a la atención médica, con la derivación apropiada de pacientes a salas de aislamiento de infecciones transmitidas por el aire (para cualquier nivel de atención) y evitando el contacto con otros pacientes en salas de espera y/u otras habitaciones del hospital.

La OMS recomienda brindar un amplio acceso a la vacuna triple viral (contra sarampión, parotiditis y rubéola) o la doble viral (contra sarampión y rubéola) para mantener altas tasas de vacunación en la población general y asegurar que las personas con alto riesgo de exposición estén al día con esta vacunación, como el personal sanitario y los viajeros internacionales. Las personas que viven en zonas con brotes deben seguir las directrices locales de salud pública. A nivel mundial, entre 2000 y 2023, la vacunación logró prevenir aproximadamente 60 millones de muertes (6 millones en las Américas) y redujo la mortalidad estimada por sarampión de 800.062 en 2000 a 107.500 en 2023, lo que representa una disminución de 87%.

La OMS recomienda mantener un stock de vacunas doble viral y/o triple viral, así como jeringas y suministros para responder a los casos importados. También recomienda facilitar el acceso a los servicios de vacunación, según el esquema nacional, a los viajeros internacionales entrantes y salientes, incluidas las personas que deben realizar actividades, dentro o fuera del país, en zonas con brotes de sarampión en curso, poblaciones desplazadas, poblaciones indígenas u otras poblaciones vulnerables.

La OMS recomienda a los viajeros internacionales verificar y actualizar su estado de vacunación contra el sarampión antes de partir. Las personas no vacunadas procedentes de zonas con brotes de sarampión, que tengan conocimiento de haber estado expuestas a casos de sarampión o presenten signos y síntomas compatibles con la infección por el virus del sarampión, deben consultar a las autoridades sanitarias locales antes de emprender un viaje internacional. Actualmente, no se justifica la adopción de medidas adicionales que interfieran significativamente con el tráfico internacional.

El sarampión es una enfermedad viral aguda altamente contagiosa que afecta a personas de todas las edades y sigue siendo una de las principales causas de muerte en niños pequeños en todo el mundo. La enfermedad se transmite por el aire o a través de gotitas expulsadas por la nariz, la boca o la garganta de personas infectadas.

Los síntomas iniciales, que suelen aparecer entre 10 y 14 días después de la infección, incluyen fiebre alta, sarpullido generalmente acompañado de goteo nasal, conjuntivitis, tos y pequeñas manchas blancas en la boca. El sarpullido aparece entre 2 y 4 días después del inicio de la fiebre y se extiende desde la cabeza hasta el tronco y las extremidades inferiores. La persona es contagiosa aproximadamente cuatro días antes y hasta cuatro días después de la aparición del sarpullido. Si bien no existe un tratamiento antiviral específico para el sarampión, la mayoría de las personas se recuperan en un plazo de 2 a 3 semanas.

El sarampión suele ser una enfermedad leve o moderadamente grave. Sin embargo, puede causar complicaciones como neumonía, diarrea, otitis secundaria, encefalitis, ceguera y la muerte. La encefalitis postinfecciosa puede presentarse aproximadamente en una de cada 1.000 personas infectadas. El sarampión también produce amnesia inmunitaria, un proceso patológico que hace que el sistema inmunitario olvide cómo protegerse contra las infecciones y deja a la persona infectada más vulnerable a otras infecciones.

La vacuna contra el sarampión es una de las más eficaces disponibles. Un esquema de dos dosis tiene una eficacia de 97% en la prevención del sarampión de por vida.

Tras la declaración de la eliminación del sarampión en la Región de las Américas en 2016, se observó un aumento inusual y constante de los casos confirmados de la enfermedad entre 2017 y 2019. En 2019, la región registró su tasa de incidencia más alta, con 21,5 casos cada millón de habitantes. Este aumento se debió en gran medida a grandes brotes en Venezuela y Brasil, que llevaron al restablecimiento de la transmisión endémica del sarampión y a la pérdida del estatus de eliminación en estos países. Entre 2018 y 2023, la Región de las Américas notificó 49.187 casos confirmados en 18 países, como resultado de la importación de virus de otras regiones del mundo y del resurgimiento de la transmisión endémica en Venezuela y Brasil. El último caso endémico de sarampión en la Región de las Américas fue notificado por Brasil en junio de 2022. Para 2024, se registraron 465 casos confirmados, todos importados o relacionados con la importación. Ese mismo año, se volvió a verificar la eliminación de la enfermedad endémica en la Región de las Américas.

Alrededor de 17% de la población de Bolivia, especialmente en regiones rurales y en condiciones de alta vulnerabilidad social, padece la enfermedad de Chagas, según reveló la jefa de la Unidad de Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud, Roxana Elizabeth Encarnación Salamanca Kacic.



“El 70% de las personas infectadas no sabe que tiene la enfermedad de Chagas, debido a la ausencia de síntomas clínicos”, advirtió la autoridad. Sin embargo, uno de cada tres pacientes en la etapa crónica de la enfermedad desarrolla problemas cardíacos que pueden llevar a la muerte súbita, y uno de cada 10 sufre complicaciones digestivas.

Avances

Pese a su prevalencia, Bolivia ha logrado notables avances. Comparando los datos desde 1999, la prevalencia ha caído drásticamente en niños menores de un año de 20% a 0,9%, y en adultos mayores de 15 años de 80,5% a 19,1%, reflejando un impacto positivo en la calidad de vida.

Según el Ministerio de Salud y Deportes, las regiones con mayor incidencia de la enfermedad incluyen los Valles Interandinos, el Chaco y la Amazonía, concentrándose especialmente en los departamentos de Chuquisaca, Tarija, Santa Cruz y Cochabamba.

Prevención

La cartera de estado reforzó sus esfuerzos en las tareas de prevención y atención a los pacientes.

Se han implementado acciones como la vigilancia entomológica domiciliaria, el rociado residual en viviendas infestadas y el control comunitario en zonas certificadas sin transmisión.

Además, la misma fuente informó que se ha destinado un presupuesto superior a los 300.000 dólares en medicamentos y reactivos distribuidos en los nueve servicios departamentales de salud y laboratorios especializados como el Instituto Nacional de Laboratorios de Salud y el Centro Nacional de Enfermedades Tropicales.

Chuquisaca

En el departamento de Chuquisaca, una de las zonas más afectadas, a pesar de los desafíos, la lucha contra la enfermedad de Chagas continúa, ahora también con un enfoque urbano, ya que la migración del campo a la ciudad ha modificado la dinámica de la transmisión.

“El combate a la enfermedad de Chagas es también un combate a la pobreza y a las condiciones precarias de vida”, concluyó Salamanca Kacic, antes de hacer un llamado a sostener los esfuerzos y no bajar la guardia frente a esta enfermedad olvidada.

En Chuquisaca, la tasa de infección por la enfermedad de Chagas alcanza a 20%, lo que significa que dos de cada 10 personas son portadoras de la enfermedad. La falta de recursos en los municipios representa un serio riesgo de reinfección, ya que limita las acciones de prevención y control necesarias para contener el avance del parásito.

“La situación de la enfermedad de Chagas es preocupante porque existe el riesgo de reinfección en aquellos municipios donde se trabajó con la comunidad internacional. Lamentablemente, el Estado ha descentralizado la lucha contra la vinchuca a los municipios; pero, por ejemplo, para Poroma es imposible atender este mal, porque no tiene recursos”, expresó Hernán Cesar Ríos Escalier, director de Epidemiología del Servicio Departamental de Salud.

Según explicó Ríos Escalier, la cooperación internacional dejó de trabajar en esta área en 2009, y desde entonces el Estado dispuso que todas las tareas de prevención queden bajo responsabilidad de los municipios. Esto incluye la lucha contra la vinchuca, así como el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

Sin embargo, la realidad económica de los municipios está llevando al abandono de estas tareas, ya que no cuentan con presupuesto suficiente para contratar personal, como fumigadores, ni tampoco para cubrir los costos del mejoramiento de viviendas o de los tratamientos médicos. En Chuquisaca, la presencia de la enfermedad de Chagas se concentra principalmente en la región del Chaco, en los municipios de Monteagudo, Macharetí y Huacareta. En la zona central del departamento, también se registran casos en Zudáñez, Tomina, Villa Serrano, Tarvita y parte del municipio de Azurduy.

Además, la enfermedad está presente en el Distrito 7 de Sucre (rural) y en Poroma, considerado el municipio más pobre del departamento.

El ministro de Salud, Édgar José Lama von Buchwald, indicó que Ecuador registra cuatro casos de fiebre amarilla, uno de ellos fallecido a causa de esta enfermedad viral.

“Los casos no son importados, sino que contrajeron la enfermedad en la Amazonía ecuatoriana”, precisó Lama von Buchwald, por lo que recomendó a la ciudadanía acudir a los centros de salud para aplicarse la vacuna. “Es una sola dosis y los dota de inmunidad para toda la vida”, expresó.

Respecto de la persona fallecida por fiebre amarilla en Zamora Chinchipe, detalló que se trata de un hombre que acostumbraba cruzar la frontera entre Ecuador y Colombia, e indicó que se implementó un cerco epidemiológico con amigos y familiares, quienes de manera preliminar no estarían contagiados.

Los datos epidemiológicos detallan que en Ecuador se registraron dos casos de fiebre amarilla en el año 2000, un caso en 2012, tres casos en 2017, y un caso importado de Colombia en 2024.



¿QUÉ ES LA FIEBRE AMARILLA?

Es una enfermedad viral transmitida por mosquitos. Puede causar fiebre y complicaciones **si no se previene a tiempo.**

SÍNTOMAS

- Fiebre y escalofríos.
- Dolor de cabeza y muscular (espalda).
- Náuseas y vómitos.

SI TIENES SÍNTOMAS, ¡NO TE AUTOMEDIQUES!

SI AÚN NO TE HAS VACUNADO

- Acude al centro de salud más cercano y hazlo.
- La vacuna es **gratuita.**
- Desde los 12 meses de edad.

¿CÓMO PREVENIR?

- Vacúnate una vez en la vida.
- Usa repelente y ropa que cubra la piel.
- Elimina criaderos de mosquitos, llantas viejas, macetas y botellas.

MANTENEMOS

- Vigilancia epidemiológica activa.
- Control en fronteras.
- Diagnósticos de laboratorios

EL NUEVO ECUADOR Ministerio de Salud Pública

Un reciente [estudio](#) sugiere que la alteración del hábitat silvestre puede estar contribuyendo a la creciente prevalencia en Estados Unidos del síndrome alfa-gal, una alergia a la carne animal transmitida por garrapatas.

Se utilizaron un conjunto de datos de 462 casos confirmados de síndrome alfa-gal de Salud de la Universidad de North Carolina y modelos basados en factores ambientales, como la cobertura del suelo y la topografía, para evaluar si el riesgo de contraer este síndrome está relacionado con la fragmentación del hábitat que a menudo se observa en espacios abiertos y áreas de desarrollo de baja densidad en North Carolina, South Carolina y Virginia.



En Estados Unidos, el síndrome de alfa-gal se asocia con mayor frecuencia a la garrapata estrella solitaria (*Amblyomma americanum*), pero también puede transmitirlo la garrapata patas negras (*Ixodes scapularis*). Su incidencia es especialmente alta en la región del Atlántico Medio. El número de casos sospechosos aumentó de 24 en 2009 a más de 34.000 en 2019.

El síndrome alfa-gal, que recibe su nombre de la molécula de galactosa- α -1,3-galactosa presente en la mayoría de los mamíferos, generalmente causa síntomas entre 2 y 6 horas después del consumo de carne u otros productos animales.

Los síntomas pueden variar de leves a potencialmente mortales e incluir urticaria o sarpullido, náuseas/vómitos, calambres estomacales, acidez, diarrea, presión arterial baja, hinchazón, mareos/desmayos y tos o dificultad para respirar. La mayoría de las personas con síndrome alfa-gal deben abstenerse de comer carnes como las de res, cerdo, cordero, venado y conejo.

La invasión humana y el cambio climático

Los modelos identificaron el desarrollo de espacios abiertos y la baja densidad de población como factores de riesgo para el síndrome alfa-gal. Dos modelos predijeron un fuerte gradiente de riesgo de este a oeste en la región del Atlántico Medio, lo cual refleja en gran medida la transición ambiental de montañas a llanuras costeras, mientras que un tercer modelo predijo una distribución mucho más desigual.

A medida que el desarrollo de baja intensidad ha continuado en todo Estados Unidos, los humanos han invadido el hábitat de las garrapatas, mientras que sus áreas de distribución se han expandido debido al cambio climático.

Estos resultados proporcionan evidencia de que el síndrome alfa-gal está asociado con usos del suelo asociados con la fragmentación del hábitat, el hábitat preferido de *Am. americanum*.

Esta información puede utilizarse para fundamentar futuros programas educativos destinados a reducir la incidencia del síndrome alfa-gal en la región.

La distribución de casos del síndrome en Estados Unidos no coincide exactamente con la distribución conocida de la garrapata estrella solitaria, lo que sugiere posibles factores de confusión ambientales o sesgos de verificación. Sin embargo, estimar la incidencia y la distribución geográfica de los casos se complica por la escasa notificación (el síndrome alfa-gal no suele notificarse a nivel federal) y el escaso conocimiento de la enfermedad por parte de los profesionales sanitarios.

La incidencia del síndrome alfa-gal, como todas las enfermedades transmitidas por garrapatas, se debe en gran medida a comportamientos humanos que incrementan las interacciones entre humanos y garrapatas, por ejemplo, el cambio de uso del suelo, a diferencia de la dinámica poblacional de garrapatas. El cambio antropogénico en el uso del suelo, como la fragmentación forestal y la urbanización en particular, se ha vinculado a un mayor riesgo de enfermedades transmitidas por garrapatas.

La Secretaría de Salud de Honduras informó el 28 de abril que, en lo que va de 2025, el país reporta 27 casos confirmados de miasis por gusano barrenador en humanos y tres personas fallecidas a causa de esta enfermedad.

La jefa del Programa de Zoonosis de la Secretaría de Salud, Reina Teresa Velásquez, declaró que los 27 casos han sido confirmados mediante pruebas de laboratorio y que la mayoría de los afectados son hombres.



Velásquez indicó además que se han registrado tres muertes relacionadas con la miasis por gusano barrenador; dos de las personas fallecidas padecían enfermedades preexistentes.

La miasis por gusano barrenador es una enfermedad parasitaria provocada por la fase de larva o gusano de la mosca *Cochliomyia hominivorax*, que deposita sus huevos en heridas abiertas de animales de sangre caliente, incluidos los humanos.

Horas después de la puesta, nacen las larvas que se alimentan de tejido vivo, causando lesiones graves, pérdida de la función de órganos e incluso la muerte en casos severos.

La presencia del gusano barrenador en animales fue detectada en Honduras en septiembre de 2024, lo que llevó a las autoridades a declarar una emergencia sanitaria. No obstante, el primer caso en humanos se reportó el 6 de febrero de 2025, en un hombre residente en Catacamas, departamento de Olancho, en el este del país.

Velásquez señaló que los departamentos más afectados son Francisco Morazán –donde se ubica Tegucigalpa, la capital–, Olancho y Yoro, en el este y norte del país.

También hizo un llamado a la población, especialmente a quienes presentan heridas o úlceras, para que mantengan una adecuada higiene y cuidados médicos, con el fin de evitar que las moscas depositen sus larvas y provoquen miasis.

Hasta la fecha, el país centroamericano ha confirmado más de 1.200 casos de miasis por gusano barrenador en animales desde la declaratoria de la alerta sanitaria.

La Secretaría de Agricultura y Ganadería implementó un plan de prevención que incluye la instalación de cuarentenas en puntos de ingreso, vigilancia epidemiológica en zonas de riesgo, campañas de educación sanitaria masiva y un refuerzo en los controles de inspección y movimiento de animales.

La Secretaría de Salud informó que México se encuentra en proceso de alcanzar la eliminación de la malaria autóctona, con la meta de lograr el estatus de Malaria Autóctona Cero para el año 2026, gracias a las acciones de vigilancia, diagnóstico y tratamiento oportuno.

La malaria autóctona se refiere a los casos que se originan dentro del territorio nacional, es decir, aquellos en los que la transmisión ocurre de forma local por mosquitos infectados en México. En contraste, los casos importados de malaria son aquellos adquiridos en otro país y detectados en personas que ingresan posteriormente a México. La eliminación de la malaria autóctona significa que ya no hay transmisión local sostenida de la enfermedad.

Al respecto, el responsable de la División de Malaria del Centro Nacional de Prevención y Control de Enfermedades (CENAPRECE), Gerardo Reyes Cabrera, señaló que, de lograrse, México estaría en condiciones de ser certificado como libre de transmisión autóctona de malaria por la Organización Mundial de la Salud en el año 2029, lo que representaría un hito histórico para la salud pública en México.

Actualmente, 30 entidades federativas ya se encuentran libres de malaria, también conocido como paludismo, enfermedad causada por parásitos del género *Plasmodium*, transmitidos por mosquitos del género *Anopheles*. Este avance es resultado de una estrategia integral basada en la prevención, el saneamiento básico y la participación activa de la población.

Reyes Cabrera hizo un llamado a continuar con las medidas de protección personal y del entorno, como evitar el contacto con mosquitos vectores, especialmente durante la noche y al amanecer, así como mantener limpios los alrededores del hogar, usar ropa de manga larga, y colocar mosquiteros para dormir.

Además, recordó que el tratamiento para la malaria es gratuito y está disponible en las unidades de salud, el cual se administra únicamente tras la confirmación diagnóstica y la identificación del tipo de parásito presente, ya que existen distintas especies que requieren tratamientos específicos.

La Secretaría de Salud reconoció el compromiso de todos los profesionales del sector salud y de las comunidades que han hecho posible estos avances, e invitó a la población a continuar sumándose a las acciones de prevención, con el fin de lograr un México libre de malaria.

En 2025, hasta el 12 de abril, México reportaba 47 casos de malaria por *Plasmodium vivax*; de estos, 20 eran casos importados confirmados por laboratorio, de acuerdo con el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SNVE). Casi la totalidad de dichos casos (46) se encuentran en Chiapas, y solo uno en Oaxaca.

A pesar de que la vacuna contra el tétanos forma parte del esquema básico de vacunación, en México 10 estados han detectado casos, como Oaxaca que recién reportó el primero de este año.

Se trata de un hombre de 44 años de edad de la población de San Antonino Monteverde, que fue atendido en el Hospital General “Dr. Aurelio Valdivieso Silva”, en Oaxaca de Juárez. El paciente llevaba más de 10 años sin el respectivo refuerzo de vacunación contra esta enfermedad.

Oaxaca cerró 2024 con un sólo caso detectado de tétanos, cuando en 2023 sumaron tres.

Son 15 casos los detectados en México en 2025, uno de ellos tétanos neonatal. De estos, 12 se registraron en hombres y sólo tres en mujeres.

En 2025, Chiapas es el estado que ocupa el primer lugar nacional, con tres casos, dos en mujeres y el restante en un hombre. Otros estados que han reportado casos son Guanajuato (2 casos), Hidalgo (2), Jalisco (2 casos, uno de ellos neonatal), Michoacán (1), Nayarit (1), Oaxaca (1), Tabasco (1), Tamaulipas (1) y Veracruz (1).

En comparación con 2024, cuando sólo se habían detectado cinco casos para esta fecha, el tétanos se ha incrementado en un 200%. Ese año, el país concluyó con un total de 28 casos reportados, de los cuales, 22 fueron en hombres y seis en mujeres.

Como otras enfermedades prevenibles, para el tétanos existe una vacuna que forma parte del esquema básico en México.

Para la Organización Mundial de la Salud, esta enfermedad aún es un problema de salud pública, sobre todo en los países con ingresos bajos y baja cobertura de vacunación.

La causan las esporas de la bacteria *Clostridium tetani*, que se encuentran en el ambiente, particularmente en el suelo, las cenizas, los intestinos y heces de animales y humanos, pero también en la superficie de la piel y en metales oxidados como clavos, agujas y alambres de púas.

Debido a que las esporas de la bacteria son muy resistentes al calor, y a la mayoría de los anti-sépticos, pueden sobrevivir durante años.

Entre los síntomas del tétanos están calambres en la mandíbula o la imposibilidad de abrir la boca, espasmos musculares súbitos y dolorosos, a menudo provocados por ruidos repentinos, dificultad al tragar y convulsiones.

Un aumento en la cobertura de vacunación en África está ayudando a proteger a millones de personas de enfermedades potencialmente mortales como el sarampión, la poliomielitis y el cáncer de cuello uterino.

En 2023, la vacunación salvó al menos 1,8 millones de vidas en la Región Africana, casi la mitad de la cifra mundial de 4,2 millones. Estos avances han sido posibles gracias a los esfuerzos gubernamentales y al apoyo de socios como la Alianza para las Vacunas (GAVI), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros.



Más de 5 millones de niños “dosis cero” (niños que no han recibido ni una sola dosis de una vacuna rutinaria esencial) en la Región Africana han sido vacunados desde 2024 a través de la iniciativa “Big Catch-Up”, lanzada en 2023 en 24 países prioritarios para proteger a las comunidades de brotes prevenibles mediante vacunas, salvar vidas infantiles y fortalecer los sistemas nacionales de salud.

A pesar del crecimiento de la cohorte de nacimientos entre 2022 y 2023, la región registró un aumento de dos puntos porcentuales en la cobertura de vacunación contra la difteria, el tétanos y la tos convulsa en niños de 1 año, de 72% a 74%, lo que representa una importante señal de recuperación de los servicios de inmunización sistemática tras la pandemia de covid. Este progreso significa que, en medio del aumento del número de nacimientos, los gobiernos están vacunando a más niños cada año que nunca. Se observaron avances notables en Camerún, Chad, Côte d’Ivoire, Etiopía, Madagascar, Malawi, Mozambique y Uganda.

Además, más niñas que nunca están protegidas contra el cáncer de cuello uterino, una enfermedad que mata a una mujer cada dos minutos en todo el mundo. La cobertura de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) (una dosis) aumentó a 40% en 2023, frente al 28% del año anterior, lo que convierte a África en la segunda región con mayor tasa de cobertura a nivel mundial, empoderando a millones de niñas para que alcancen su máximo potencial.

África también logró enormes avances en la lucha contra la poliomielitis, registrando una disminución de 93% en los casos de poliovirus variante tipo 1 circulantes entre 2023 y 2024 y una disminución de 65% en los casos de poliovirus variante tipo 1 tan solo en el último año.

Este año, la Semana Mundial de la Inmunización/Semana Africana de la Vacunación, que se celebra bajo el lema “La inmunización para todos es humanamente posible”, tiene como objetivo promover el poder salvador de la inmunización para proteger a las personas de todas las edades contra enfermedades prevenibles mediante vacunación.

“Hemos logrado grandes avances en la expansión de la vacunación y en salvar vidas, gracias a la dedicación de los gobiernos y los socios. Pero aún nos queda mucho camino por recorrer. Debemos mantener y ampliar estos esfuerzos vitales para construir un futuro más fuerte y saludable para todos”, declaró el Dr. Chikwe Ihekweazu, Director Regional Interino de la OMS para África.

A pesar del progreso, persisten los desafíos para llegar a los niños de la región. Uno de cada cuatro niños permanece subvacunado (ha perdido dosis de las vacunas rutinarias esenciales) y uno de cada cinco no está vacunado. Muchos países enfrentan brotes recurrentes, en particular de sarampión, una enfermedad altamente contagiosa y potencialmente mortal. Estas brechas, que dejan a la región vulnerable, pueden atribuirse a barreras persistentes, como el acceso limitado a la atención médica en zonas remotas, a menudo debido a conflictos e inestabilidad; las limitaciones logísticas y de la cadena de frío; la reticencia a vacunarse debido a la desinformación; y la financiación insuficiente para los programas de inmunización. Estos desafíos se ven agravados por las interrupciones causadas por emergencias de salud pública.

“El progreso observado en los países africanos, impulsado por un récord sin precedentes de cofinanciación para programas de vacunación en 2024 por parte de los gobiernos africanos, demuestra el impacto tangible de un compromiso sostenido”, afirmó Thabani Maphosa, Director de Implementación en los Países, de la GAVI. “Sin embargo, este impulso no debe estancarse. Los conflictos, el crecimiento demográfico, los desplazamientos y los desastres naturales están creando las condiciones ideales para la aparición y propagación de brotes. Invertir en inmunización y asegurar la financiación suficiente para que la GAVI lleve a cabo su misión durante los próximos cinco años es esencial para proteger nuestro futuro colectivo”.

Basándose en los avances en África, la GAVI lanzó una [ambiciosa estrategia quinquenal](#) –GAVI 6.0– que se basa en tres pilares fundamentales: proteger al mundo contra pandemias y brotes de enfermedades; proteger a las personas vacunando a más niños contra más enfermedades que nunca (lo que incluye llegar a 50 millones de niños con la vacuna contra la malaria en 2030); y proteger a las comunidades reduciendo el número de niños que reciben la dosis cero.

Una [reposición exitosa de fondos](#) para la GAVI permitirá a la Alianza para las Vacunas –una coalición de socios que incluye a 39 gobiernos africanos– implementar esta impactante estrategia 6.0 y permitirá a los países proteger e impulsar el progreso alcanzado hasta la fecha. La plena participación de toda la Alianza para obtener la financiación necesaria en los próximos meses será crucial. 2025 también marca el punto medio de la Agenda de Inmunización 2030, cuyo objetivo es prevenir enfermedades, promover la equidad y desarrollar programas de inmunización sólidos.

Para alcanzar estos objetivos, la OMS instó a los gobiernos y socios africanos a acelerar el progreso hacia la reducción de la población infantil “cero dosis”, aumentar la cobertura de la inmunización sistemática, acelerar la introducción de la vacuna contra la malaria y ampliar el

acceso a las vacunas contra el VPH. Mantener los avances logrados en inmunización a lo largo de los años también requerirá el compromiso regional para implementar estrategias clave.

Estas medidas incluyen aumentar la inversión en los sistemas de salud y la infraestructura para una distribución eficaz de las vacunas; mejorar los sistemas de vigilancia para responder rápidamente a los brotes; abordar la reticencia a las vacunas y la desinformación; reforzar la financiación nacional para los programas de inmunización; aumentar el uso de la innovación y la tecnología para una mejor distribución de las vacunas; e invertir en investigación y desarrollo para el impulso de las vacunas.

En 2024, la GAVI y sus socios lanzaron el Acelerador Africano de Fabricación de Vacunas, un mecanismo de financiación creado para proporcionar hasta 1.200 millones de dólares durante diez años con el fin de acelerar la expansión de la fabricación de vacunas comercialmente viables en África. A principios de este año se firmaron dos nuevas colaboraciones en el marco de esta iniciativa, lo que supone un paso positivo hacia una mayor seguridad sanitaria regional.

Los países de la Unión Europea y el Espacio Económico Europeo (UE/EEE) notificaron 35.212 casos de sarampión en 2024, lo que supone la mayor cifra registrada en las últimas dos décadas y un aumento de infecciones de hasta 10 veces respecto a los 3.973 casos registrados el año anterior, según los datos del [Informe Epidemiológico Anual](#) sobre sarampión publicado el 28 de abril por el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC).



El total de casos notificados en 2024 supone que la tasa de infecciones ha sido de 77,4 casos cada millón de habitantes, una cifra notablemente superior a los 9,1 casos cada millón de habitantes de 2023 y que incluso supera los datos prepandemia, con una tasa de 27,2 casos en 2019. El ECDC advirtió que la actividad del sarampión comenzó a aumentar en 2023 después de un período de actividad inusualmente baja durante 2020-2022, coincidiendo con la pandemia de covid.

Los casos notificados han seguido un patrón estacional, después de que entre 2021 y 2023 no se observara el patrón típico. Así, el mayor número de casos notificados se ha producido entre febrero y julio, con un aumento particularmente pronunciado, mientras que en la segunda mitad del año los casos descendieron de forma gradual.

Por países, cabe destacar que todos los miembros de la UE/EEE han notificado casos durante el pasado año, a excepción de Letonia y Liechtenstein. Rumania registró la tasa de infecciones más alta, con 1.610,7 casos cada millón de habitantes y 30.692 casos totales, lo que representa en torno a 87% de todos los casos detectados. Austria, con una tasa de 59,5 casos cada millón de habitantes, Bélgica (44,9) e Irlanda (39,6) completan la lista de países con más afectados por número de habitantes.

Además, la enfermedad se ha dado en todos los grupos de edad, sobre todo entre los lactantes menores de 1 año, en los que se ha registrado una tasa de 1.175,4 casos cada millón de habitantes, y en los niños de entre 1 y 4 años, con una tasa de 688,7 casos cada millón. Los mayores de 14 años representaron 26% del total de casos notificados, mientras que en ciertos países la mayoría de las infecciones se ha producido en adultos mayores de 30 años, como sucedió en Francia, donde este grupo etario representó 28,4% de los casos, Polonia (34,4%), España (38,5%) e Italia (52,4%).

El 79% requirió hospitalización

El 79% de los casos notificados el año pasado requirieron hospitalización, en línea con el 80% de los que la necesitaron en 2023, pero superando de forma significativa al 33% de quienes la requirieron en 2022 y al 55% de los de 2019. La mayoría de las personas hospitalizadas, en torno a 85%, no estaban vacunadas. Respecto a las complicaciones derivadas del sarampión,

estas también afectaron en mayor medida a personas no vacunadas y las más comunes fueron neumonía, otitis media y encefalitis.

Asimismo, se han registrado 23 muertes relacionadas con el sarampión, de las cuales 22 se notificaron en Rumania, un aumento significativo en comparación con las tres muertes notificadas en 2023. Del total de fallecimientos, 14 fueron notificados en menores de cinco años.

Aunque la mayoría de los casos de sarampión notificados en 2024 se originaron por transmisión local dentro de los países de la UE/EEE, entre los casos con estatus de importación conocido, 18% fueron importados y 7% relacionados con la importación, lo que suma un total de 764 casos, una cifra significativamente mayor en comparación con 2023 (6,4%).

La mayoría de las infecciones importadas se adquirieron en otros países europeos, ya sea dentro de la UE/EEE (26%) o fuera de la UE/EEE (39%), seguidas de Asia (22%) y África (4%). Las importaciones procedentes de Austria, Alemania, España, Francia, Italia y Rumania representaron en conjunto el 65% de estos casos.

Tomando esto en consideración, el ECDC instó a los países a colaborar entre sí e intercambiar la información oportuna para prevenir una mayor transmisión transfronteriza y brotes dentro de la región de la UE/EEE. Además, pidió que se realicen chequeos médicos antes de realizar cualquier viaje, incluso si este es dentro de la UE/EEE, y que los especialistas comprueben y actualicen en estos casos la vacunación contra el sarampión.

El 87% no estaba vacunado

En cuanto a si los pacientes notificados contaban o no con vacunación frente a la infección, el informe señala que 87% (27.692 personas) no estaba vacunado. En este punto, destaca que tampoco estaba vacunado 90% de los niños de entre 1 y 4 años contagiados; la franja de edad para la que está recomendado recibir la primera dosis de la vacuna en los países de la UE/EEE, y en ocasiones la segunda dosis.

A este respecto, el informe del ECDC apunta que la cobertura vacunal en niños se mantiene por debajo del nivel recomendado para lograr y mantener la eliminación del sarampión. La cobertura vacunal ponderada promedio para la primera dosis de la vacuna contra el sarampión en la UE/EEE disminuyó ligeramente en 2024 (93,9%) en comparación con 2023 (94,2%). Solo cuatro países de la UE/EEE alcanzaron el porcentaje de vacunación recomendado de 95%.

En el estudio se precisa que solo en dos países de la UE/EEE se observó entre 2020 y 2023 un incremento de 3% o superior en las estimaciones de la primera dosis de vacunación contra el sarampión, así como un ascenso en cuatro países respecto de la segunda dosis. En contraposición, se observó un descenso en las tasas de vacunación, tanto en la primera como en la segunda dosis, en un total de ocho países.



DETECTARON EL VIRUS DE LA POLIOMIELITIS
EN UNA MUESTRA AMBIENTAL EN JERUSALÉN

24/04/2025

El Ministerio de Salud de Israel informó que, como parte de las pruebas de monitoreo de rutina realizadas en aguas residuales en el país por parte del Laboratorio Viral Central del Ministerio de Salud, se detectó el virus de la poliomielitis en una muestra ambiental en el área de Jerusalén. Resultados adicionales de muestreos en el área de Jerusalén y sus alrededores indican la transmisión de este virus en la población local; sin embargo, cabe señalar que, hasta el día de hoy, no hay nuevos casos del virus.

Para proteger a la población de la parálisis causada por el virus de la poliomielitis, el Ministerio de Salud pidió que se complete la vacunación contra esta enfermedad en las personas no vacunadas y que tengan cuidado de recibir las vacunas a tiempo de acuerdo con el programa de vacunación recomendado por el Estado de Israel.

Las personas pueden vacunarse en los puntos de vacunación distribuidos en todo el país.

En marzo de 2023, se confirmaron varios niños con poliomielitis en Israel.

En los últimos años, Israel ha ofrecido servicios de vacunación contra la poliomielitis en todo el país. Sin embargo, a partir de marzo de 2025, se suspendió la administración de la vacuna antipoliomielítica oral con virus atenuados. En su lugar, ahora se ofrece la vacuna antipoliomielítica inactivada.

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 aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.