

5 DE MAYO
2025
REC 2.931

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de sarampión

AMÉRICA

- Brasil: Emergencia sanitaria en Florianópolis tras el aumento de enfermedades respiratorias
- Ecuador: Brote mortal de leptospirosis en comunidades indígenas de Morona Santiago
- Ecuador: Alerta por brote de tos convulsa: más de 300 contagios y 10 muertos

- Estados Unidos: 216 muertes infantiles en esta temporada de influenza, la mayor cifra en 15 años

EL MUNDO

- Francia: Situación epidemiológica del sarampión
- India: Segunda muerte humana por la influenza aviar A(H5N1)
- La Réunion: Suspendieron la vacunación contra la fiebre chikungunya en mayores de 65 años
- Mali: Novedoso enfoque híbrido de administración de vacunas para combatir la malaria
- Palestina: El hambre y la desnutrición aumentan en Gaza mientras el bloqueo de Israel deja a las madres con pocas opciones
- República Democrática del Congo: Intensificación de la respuesta al brote de carbunco
- Rusia: Caso fatal de malaria en Ulyanovsk, en una persona que regresó de Tanzania
- Tailandia: Instan a evitar el consumo de carne cruda tras la muerte de un hombre por carbunco
- El cambio climático favorece la resistencia a los medicamentos en los países pobres

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 adjuntosRUTH BRITO
ENRIQUE FARÍAS**Editores Asociados**

ISSN 2796-7050

ADRIÁN MORALES // ÁNGELA GENTILE // NATALIA SPITALE
SUSANA LLOVERAS // TOMÁS ORDUNA // DANIEL STECHER
GUSTAVO LOPARDO // DOMINIQUE PEYRAMOND // EDUARDO SAVIO
CARLA VIZZOTTI // FANCH DUBOIS // GUILLERMO CUERVO
DANIEL PRYLKA // FERNANDO RIERA // CHARLOTTE RUSS
SALVADOR GARCÍA JIMÉNEZ // ALFONSO RODRÍGUEZ MORALES
PILAR AOKI // HUGUES AUMAITRE // MARÍA BELÉN BOUZAS
JORGE BENETUCCI // EDUARDO LÓPEZ // ISABEL CASSETTI
HORACIO SALOMÓN // JAVIER CASELLAS // SERGIO CIMERMAN

Patrocinadores



WWW.SADI.ORG.AR



WWW.TAKEDAPRO.COM.AR/

Adherentes



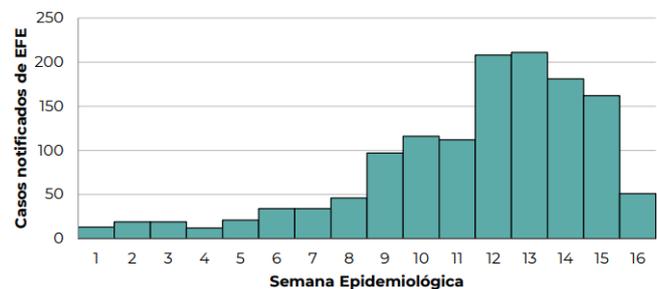
Distinguido por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

© 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.

Situación actual

En lo que va de 2025, se notificaron en Argentina 1.336 casos de enfermedad febril exantemática (EFE). A partir de la semana epidemiológica (SE) 6, coincidiendo con la emisión de la [alerta epidemiológica](#) del Ministerio de Salud de la Nación, se evidencia un aumento progresivo en la notificación de casos, alcanzando su punto máximo en las SE 12 y 13.



Casos notificados de enfermedad febril exantemática, según semana epidemiológica. Argentina. Año 2025, hasta la semana epidemiológica 16. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N=1.336).

En lo que va de 2025, se confirmaron 22 casos de sarampión en el país, de los cuales 12 corresponden a la provincia de Buenos Aires y 10 a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Del total, tres casos fueron importados y seis presentaron un vínculo estrecho con estos casos importados. En nueve casos, la investigación epidemiológica permitió reconstruir el nexo de transmisión, mientras que cuatro casos se encuentran en investigación para determinar su posible relación con las cadenas de transmisión vinculadas a casos importados.

En el informe final del [Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023](#) de la OMS figura como una de las líneas estratégicas de acción “fortalecer la capacidad de los sistemas de vigilancia epidemiológica del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita”. Dentro de esta línea figura el Objetivo 2.1, “monitorear la calidad y la sensibilidad de la vigilancia epidemiológica del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita”; para lograrlo, se debe alcanzar una tasa anual mínima de al menos dos casos sospechosos de sarampión/rubéola cada 100.000 habitantes por año, y al menos tres de los siguientes indicadores:

- Al menos 80% de los casos sospechosos reciben una investigación adecuada.
- Al menos en 80% de los casos sospechosos se obtienen muestras de suero adecuadas.
- Al menos 80% de las muestras llegan al laboratorio en un plazo máximo de cinco días.
- Al menos 80% de los resultados de laboratorio se notifican en un plazo máximo de cuatro días.
- Tasa anual de casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita de 1 cada 10.000 nacidos vivos.

Provincia/Región	Casos confirmados	Notificaciones totales actuales	Tasa cada 100.000 hab.	Notif. mínimas esperadas actuales	Notif. mínimas esperadas anuales
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	10	340	11,0	19	62
Buenos Aires	12	769	4,2	115	367
Córdoba	—	36	0,9	25	79
Entre Ríos	—	20	1,4	9	29
Santa Fe	—	21	0,6	23	73
Centro	22	1.186	—	191	610
Mendoza	—	35	1,7	13	42
San Juan	—	9	1,1	5	16
San Luis	—	4	0,7	3	11
Cuyo	—	48	—	21	69
Chaco	—	6	0,5	8	25
Corrientes	—	6	0,5	7	23
Formosa	—	1	0,2	4	13
Misiones	—	—	—	8	27
Noreste Argentino	—	13	—	27	88
Catamarca	—	11	2,5	3	9
Jujuy	—	23	2,8	5	16
La Rioja	—	1	0,2	3	8
Salta	—	7	0,5	9	30
Santiago del Estero	—	2	0,2	6	21
Tucumán	—	12	0,7	11	36
Noroeste Argentino	—	56	—	37	120
Chubut	—	14	2,1	4	13
La Pampa	—	8	2,1	2	7
Neuquén	—	2	0,3	4	14
Río Negro	—	4	0,5	5	16
Santa Cruz	—	4	1,0	3	8
Tierra del Fuego	—	1	0,5	1	4
Sur	—	33	—	19	62
Total Argentina	22	1.336	2,8	295	949

Casos notificados y confirmados, tasa cada 100.000 habitantes y notificaciones esperadas, según jurisdicción. Argentina. Año 2025, hasta semana epidemiológica 16. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

En cuanto a la distribución de las notificaciones por jurisdicciones, algunas presentan cifras por encima de las esperadas para la fecha, teniendo en cuenta las notificaciones esperadas al 19 de abril, a partir de una tasa anual de 2 notificaciones cada 100.000 habitantes. Así, la provincia de Buenos Aires, en todo el año debería alcanzar las 367 notificaciones y en la actualidad cumplir con al menos 115. Por este motivo, las 769 que se constatan en esta jurisdicción están por encima de lo esperado. De hecho, al igual que la CABA, ambas jurisdicciones superaron las notificaciones de todo el año. Por encima de lo esperado también se encuentran Catamarca, Chubut, Córdoba, Entre Ríos, Jujuy, La Pampa, Mendoza, San Juan, San Luis, Santa Cruz y Tucumán. La provincia de Tierra del Fuego presenta la misma cantidad de notificaciones que las esperadas.

También hay jurisdicciones que presentan menos notificaciones que las esperadas, pero al menos una: Chaco, Corrientes, Formosa, La Rioja, Neuquén, Río Negro, Salta, Santa Fe y Santiago del Estero.

Una sola jurisdicción, Misiones, no notificó casos sospechosos de EFE en lo que va del año.

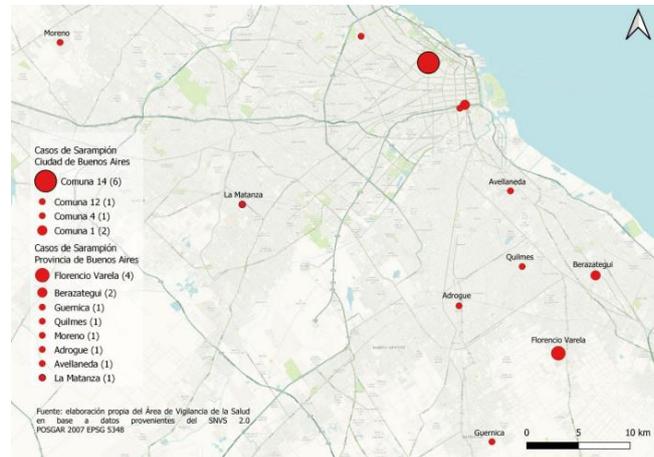
Casos confirmados

En Argentina, durante 2025, se confirmó un total de 22 casos de sarampión, distribuidos entre la CABA y la provincia de Buenos Aires. La mayoría de los casos se concentran en la comuna 14 de la CABA y en áreas específicas de la provincia de Buenos Aires.

- **Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA):** Se confirmó un total de 10 casos. Siete de ellos están relacionados con los dos primeros casos importados detectados en febrero de este año, ya sea por vínculo directo o por transmisión comunitaria ocurrida en la zona o en una

sala de espera hospitalaria. Cinco de los casos residen en un mismo edificio ubicado en la Comuna 14, mientras que un sexto caso también reside en la misma comuna. De acuerdo con la investigación epidemiológica, los otros casos pertenecen a las comunas 1, 4 y 12.

- La transmisión ocurrió principalmente entre convivientes o contactos laborales en áreas de proximidad al caso importado.
- Cuatro de los casos se consideran de transmisión comunitaria debido a la ausencia de un contacto directo identificable con los casos confirmados.



Distribución espacial de los casos confirmados de sarampión. Área Metropolitana de Buenos Aires. Año 2025, hasta semana epidemiológica 16. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N=22).

- Uno de los casos no cuenta con vínculo comprobado con el resto de los casos. No se pudieron obtener secuencias genómicas para establecer algún vínculo con las cadenas de transmisión conocidas.
- **Provincia de Buenos Aires:** Se confirmaron 12 casos. De éstos, ocho presentan vínculos epidemiológicos claros con los casos de la CABA o entre sí.
 - Un caso presenta antecedente de viaje a Tailandia, con genotipificación que descarta relación epidemiológica con el resto de los casos y plantea una nueva cadena de transmisión.
 - De los casos confirmados identificados, se pudo establecer el vínculo epidemiológico en todos, excepto en tres, en los cuales aún no ha sido posible determinar el nexos con las cadenas de transmisión conocidas.
 - El último caso confirmado corresponde a un caso de Rafael Castillo en el cuál no es posible aún determinar nexos epidemiológico con la cadena de transmisión iniciada en enero de este año.

El análisis de la situación indica un brote activo con cadenas de transmisión bien definidas y algunos casos comunitarios aún sin nexos establecidos. La vigilancia epidemiológica se mantiene en curso para identificar contactos, intentar cortar las cadenas de transmisión y minimizar la dispersión del virus.

Dos de los casos requirieron internación por neumonía, los demás casos fueron manejados de manera ambulatoria y todos evolucionaron favorablemente.

Catorce 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 identificación del genotipo B3, mientras que en el caso con antecedente de viaje a Tailandia se confirmó la identificación del genotipo D8.

El sarampión es una enfermedad viral, altamente contagiosa, que puede presentarse en todas las edades, siendo de mayor gravedad en niños menores de 5 años o desnutridos, en los cuales puede causar graves complicaciones respiratorias como neumonía y del sistema nervioso central como convulsiones, meningoencefalitis, ceguera, encefalomielitis postinfecciosa con retraso mental grave y trastornos degenerativos tardíos que no tienen tratamiento o incluso causar la muerte.

Se transmite mediante gotas de aire de la nariz, boca, o garganta de una persona infectada. El virus puede persistir en el aire o sobre superficies, siendo activo y contagioso por dos horas.

No existe ningún tratamiento antiviral específico contra el virus del sarampión, solo existen medidas de sostén clínico y de sus complicaciones. Puede prevenirse con la vacunación.



BRASIL

EMERGENCIA SANITARIA EN FLORIANÓPOLIS TRAS
EL AUMENTO DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

01/05/2025

La prefectura de Florianópolis declaró la emergencia sanitaria el 1 de mayo debido al aumento de casos de síndrome respiratorio agudo severo (SRAG). La administración municipal justificó la medida por el aumento de hospitalizaciones de niños y adultos y el incremento de 260% en abril en los traslados de pacientes desde las unidades de pronta atención (UPAs) a los hospitales.



Solo en los primeros cuatro meses de 2025, el municipio registró 459 casos de SRAG y 20 muertes.

El decreto firmado por el alcalde Topázio Silveira Neto tiene validez por 180 días y autoriza medidas de emergencia. El gobierno municipal reforzó la importancia de la vacunación contra la influenza y de tomar precauciones durante el período de frío intenso, que favorece el aumento de enfermedades y hospitalizaciones.

El SRAG incluye casos de enfermedad tipo influenza que progresa con deterioro de la función respiratoria, lo que generalmente conduce a hospitalización, sin ninguna otra causa específica.

Es causada por agentes como virus respiratorios, entre los que predominan los virus de la Influenza A y B, el virus sincicial respiratorio, el SARS-CoV-2, bacterias, hongos y otros agentes.

Al declarar el estado de emergencia, el gobierno municipal enumeró los indicadores de propagación de síndromes respiratorios en la red pública municipal:

- se registraron 459 casos relacionados con el SRAG en los primeros cuatro meses de 2025;
- aumento en los ingresos hospitalarios y hacinamiento en las unidades de atención sanitaria;
- entre enero y abril, un aumento de 84,59% en la atención pediátrica y de 42,55% en la atención clínica de adultos relacionada con infecciones respiratorias;
- aumento de 260% en los traslados desde UPAs a hospitales entre marzo y abril.

“No es momento de entrar en pánico, pero debemos redoblar nuestros esfuerzos y, sobre todo, vacunarnos contra la influenza. También estamos intensificando el seguimiento del número de casos, la tasa de positividad de las pruebas, los tiempos de espera para la atención y la gravedad de los casos tratados, además de reforzar los equipos de atención”, destacó el secretario municipal de Salud, Almir Adir Gentil.

Con la formalización del estado de emergencia, la Secretaría Municipal de Salud queda autorizada a adoptar una serie de medidas, entre ellas:

- exención de licitación para la adquisición de suministros y servicios destinados a enfrentar la crisis;
- contratación temporal de profesionales de la salud, incluida la renovación inmediata de contratos a punto de vencer;
- ampliación de la jornada laboral para profesionales ya contratados.

Estas medidas requieren la autorización previa del Comité de Gestión del Gobierno. Además, los hospitales vinculados al Sistema Único de Salud (SUS) deben priorizar la provisión de camas clínicas con soporte ventilatorio y de unidades de cuidados intensivos para pacientes con SRAG.

El decreto también establece que los procesos administrativos relacionados con la emergencia se tramitarán de manera urgente, con prioridad en toda la administración pública municipal.

Según la prefectura, las acciones coordinadas por la Secretaría Municipal de Salud deben priorizar la protección de los grupos vulnerables, como niños y ancianos, y podrán extenderse si la situación de emergencia persiste.

El Ministerio de Salud Pública de Ecuador informó a la ciudadanía que, como resultado de la búsqueda activa en la comunidad de Taisha, provincia de Morona Santiago, el estudio epidemiológico de los casos y el análisis de las muestras tomadas en el Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (INSPI) se ha identificado que la causa de la muerte de ocho niños y 46 pacientes que presentaron síntomas relacionados es leptospirosis.



Los casos actualmente reciben tratamiento oportuno en establecimientos de salud y en sus comunidades, el cual consiste de un esquema mixto de antibióticos, para *Leptospira* y enterobacterias.

Desde el 26 de marzo, cuando el Ministerio de Salud Pública declaró la una alerta epidemiológica en varias comunidades del pueblo indígena achuar, en Taisha, 60 funcionarios de la Coordinación Zonal 6 de Salud se movilizaron por vía aérea y terrestre con 10 brigadas de atención médica, entre médicos, enfermeros, técnicos de atención primaria en salud, auxiliares de enfermería y personal de vigilancia de la salud, redes y promoción de la salud para atender estos casos.

Al 30 de abril se registraban en las brigadas de salud un total de 802 atenciones médicas, odontológicas, psicológicas, vacunación esquema regular, toma de muestras, entre otros, en las comunidades de Mashuim, Pampants, Surik Nuevo, Kuserua, Huasaga, Pampants, Tuutintsas, Karakam, Pumpuntsas, Wampuik, Saum y Saapapentsas.

En el segundo nivel de atención se realizaron 584 atenciones en consulta externa en el Hospital Básico 'San José' de Taisha y 423 en emergencias. En esta área reciben todo el tratamiento correspondiente, exámenes complementarios y medicación.

En el hospital, además, 11 pacientes reciben atención por leptospirosis, de los que seis recibieron el alta médica y dos, por pedido de sus padres, también abandonaron la casa de salud; los tres restantes están bajo monitoreo constante y sus diagnósticos son estables.

Además, un menor que estaba hospitalizado en el Hospital General de Macas fue trasladado al Hospital 'Vicente Corral Moscoso' de Cuenca, donde su estado es crítico y permanece en la unidad de cuidados intensivos pediátrica, recibiendo toda la atención médica requerida.

Visita del ministro

El 3 de mayo, Édgar José Lama von Buchwald, ministro de Salud Pública, junto a su equipo técnico nacional y la coordinadora zonal 6, María Andrea Durango Vintimilla, visitó varias localidades de la Amazonía ecuatoriana. Inició su recorrido en la comunidad de Taisha, provincia de Morona Santiago tras la alerta por casos de leptospirosis.

La autoridad sanitaria compartió avances y detalles sobre la situación epidemiológica, el análisis de muestras tomadas para estudio, la búsqueda activa de casos sospechosos y las acciones que esta cartera de Estado ejecuta para prevenir esta enfermedad.

La comitiva más tarde se trasladó a la comunidad de Mashuim para participar de una reunión con el líder comunitario y los habitantes de la zona. Este acercamiento permitió al ministro escuchar las peticiones de la población, entre ellas la necesidad de acceder a servicios básicos y atención integral en salud. Se entregó medicación tanto para leptospirosis como para gastroenteritis, además de insumos como sales de hidratación oral, paracetamol y otros medicamentos esenciales.

Lama von Buchwald se comprometió a construir, a largo plazo, un puesto de salud en la comunidad de Mashuim a través del convenio con un fondo internacional para agilizar su ejecución.

Se verificó que el Hospital de Taisha cuenta con el abastecimiento de medicamentos e insumos necesarios, mientras que, el Hospital de Macas debido a la redistribución de fármacos que se priorizó hacia las comunidades más alejadas, agiliza la adquisición emergente.

El Hospital de Macas cuenta con un laboratorio de mediana complejidad 2 con prestaciones de química e inmunología, biometría, coagulación y microbiología que facilita exámenes de cultivo de heces para determinar bacterias gastroentéricas.

El Ministerio de Salud trabajará en los compromisos acordados con la comunidad, entre ellos fortalecer el abastecimiento de medicamentos, activar más brigadas médicas en el marco de la alerta por leptospirosis para llegar a más comunidades amazónicas y, sobre todo, acercar los servicios de salud a toda la población para garantizar su bienestar integral.

La leptospirosis es una infección causada por la bacteria *Leptospira interrogans* que suele encontrarse en las heces y orina de animales infectados y se transmite a los humanos por el contacto con agua o suelo contaminado o el contacto directo con estos animales. Puede manifestarse con síntomas leves (dolor de cabeza, fiebre, vómitos, diarrea) hasta graves (ictericia, fallo renal).

La tos convulsa se ha cobrado la vida de diez personas en Ecuador en lo que va de 2025. Seis de las víctimas eran niños, mientras que los otros cuatro eran adultos con edades comprendidas entre los 20 y 65 años.

Según datos del Ministerio de Salud Pública, el país registra más de 300 contagios, siendo Guayas la provincia más afectada con 106 casos, seguida de Manabí (52), Pichincha (45) y Santo Domingo (30).



Tras la confirmación de un caso en la Unidad Educativa Municipal ‘Francisco Javier Eugenio de Santa Cruz y Espejo’, en Quito, el ministerio activó un protocolo inmediato de intervención, que incluyó visitas domiciliarias, seguimiento de contactos y monitoreo rápido de vacunación.

Por su parte, la Secretaría de Salud del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito también desplegó acciones, implementando medidas de aislamiento preventivo y profilaxis para los contactos cercanos.

En esa misma unidad educativa, más de 500 estudiantes ya han sido tamizados mediante pruebas rápidas, priorizando los cursos donde se confirmó el caso positivo y otro que permanece en aislamiento.

En el año 2024 se registraron 138 casos de tos convulsa; la provincia de Santo Domingo fue la más afectada, con 35 casos, y el grupo de edad en que se detectó la mayor incidencia fue el de menores de un año.

Vacunación contra la tos convulsa

Como parte del plan de contención, las autoridades sanitarias continuaron el 1 de mayo con la vacunación regular dirigida a niños de cinco años. La prioridad será para aquellos menores que no tienen completo el esquema de inmunización.

La vacunación se realiza previa verificación del carné y con consentimiento informado, y está dirigida a niños de hasta cinco años y once meses de edad.

La vacuna triple bacteriana –contra la difteria, el tétanos y la tos convulsa– es la principal medida preventiva y forma parte del esquema nacional de inmunización infantil.

El Ministerio de Salud Pública exhortó a madres, padres, tutores, instituciones educativas y entidades públicas y privadas a vigilar y garantizar el cumplimiento del esquema regular de vacunación establecido por el ministerio.

Esta temporada de influenza en Estados Unidos han muerto más niños que en cualquier otra desde la pandemia de influenza porcina de hace 15 años, según un informe federal publicado el 2 de mayo.

Las 216 muertes pediátricas registradas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) superan las 207 del año pasado. Es la mayor cifra desde la pandemia de influenza A(H1N1) de 2009-2010.

Es una cifra sorprendentemente alta, teniendo en cuenta que la temporada de influenza aún no ha terminado. El recuento final de muertes pediátricas para la temporada de influenza 2023-2024 no se contabilizó hasta el otoño.

“La cifra que tenemos ahora es inferior a la real y, cuando se declare finalizada la temporada y se recopilen todos los datos, es casi seguro que aumentará”, dijo el Dr. Sean O’Leary, de la Academia Estadounidense de Pediatría.

“Es probable que haya varios factores que contribuyan a la gravedad de esta temporada, pero uno de los principales es que menos niños se vacunan contra la influenza”, añadió O’Leary, especialista en enfermedades infecciosas pediátricas de la Universidad de Colorado.

La tasa de vacunación contra la influenza de los niños estadounidenses se ha desplomado de cerca de 64% hace cinco años a 49% esta temporada.

“Puede que las vacunas antigripales no impidan que las personas contraigan los síntomas, pero las investigaciones demuestran que son muy eficaces para evitar hospitalizaciones y muertes”, señaló O’Leary.

La temporada no solo ha sido complicada para los niños. Los funcionarios de los CDC la han descrito como “muy grave” y estiman que hasta ahora se han producido al menos 47 millones de enfermedades, 610.000 hospitalizaciones y 26.000 muertes esta temporada.

Los CDC disponen de información sobre las enfermedades subyacentes de casi 5.200 adultos hospitalizados por influenza esta temporada, y 95% tenía al menos un problema de salud. Sin embargo, entre los 2.000 niños hospitalizados con información sanitaria más detallada, solo 53% padecía alguna enfermedad subyacente, como asma y obesidad.

El informe de los CDC no indica cuántos de los niños fallecidos estaban vacunados. La agencia no puso a disposición a ningún experto para hablar sobre la temporada de influenza.

La buena noticia es que los indicadores de influenza han ido disminuyendo desde febrero, y la semana pasada los 50 estados informaban de una actividad gripal baja o mínima.

En esta temporada circuló una mayor mezcla de cepas de influenza que en muchos otros años, con dos cepas de tipo A diferentes –A(H1N1) y A(H3N2)– causantes de muchos contagios. Pero los datos de los CDC publicados anteriormente este año sugerían que las vacunas contra la influenza estaban haciendo un trabajo bastante bueno en la prevención de muertes y hospitalizaciones.

Los CDC siguen recomendando que todas las personas a partir de los 6 meses de edad se vacunen anualmente contra la influenza.

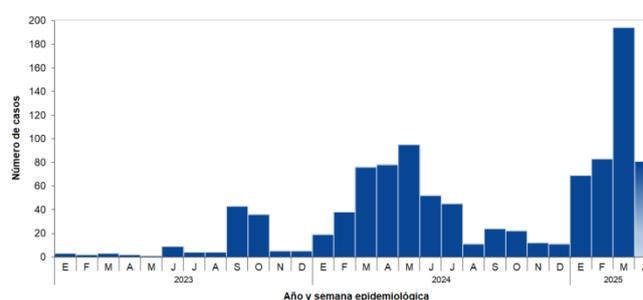
La vacunación infantil en general ha ido disminuyendo, algo impulsado por la desinformación en internet y el conflicto político surgido en torno a las vacunas contra la covid. Robert Francis Kennedy Jr. también retomó parte de la retórica de los activistas antivacunas desde que asumió el cargo de secretario de Salud del país.

“Pero puede haber otras razones por las que menos niños se hayan vacunado contra la influenza este año”, dijo O’Leary.

Muchos consultorios pediátricos carecen de personal suficiente y no ofrecen tantas clínicas de vacunación fuera del horario laboral como en el pasado. Además, cada vez más estadounidenses se vacunan en las farmacias, pero algunas de ellas no vacunan a los niños.

“Espero que esta temporada sirva para que la gente se dé cuenta de que hay que vacunar a los niños contra la influenza”, comentó O’Leary.

En 2025, hasta el 13 de abril, se notificaron a las Agencias Regionales de Salud de Francia 427 casos de sarampión, un número algo inferior al de los casos notificados en todo 2024 (483). Los cuatro grupos de edad más afectados, que representan casi la mitad de los casos, son el de 1 a 4 años (17%), de 15 a 19 años (10%), de 30 a 39 años (11%) y de 40 años o más (14%). La tasa de notificación de casos más alta se observa en niños menores de un año (6,6 casos cada 100.000 habitantes).



Número de casos mensuales notificados de sarampión. Francia. De enero de 2023 a abril de 2025. Fuente: Salud Pública Francia.

En 143 casos (33,5%) se informó una visita a la sala de emergencias o una hospitalización (incluidos nueve en unidades de cuidados intensivos) y en 58 (13,6%) casos, una complicación (incluidas 36 neumonías y una encefalitis). Se ha informado de una muerte en un paciente adulto inmunodeprimido. Las hospitalizaciones y complicaciones afectaron principalmente a bebés y niños pequeños, pero también a adultos jóvenes.

Entre los sujetos destinatarios de la vacunación (mayores de un año y nacidos después de 1980), de los que se conocía el estado de vacunación (304 casos), 208 (68,4%) afectaron a sujetos no vacunados o vacunados de forma incompleta.

Sesenta departamentos de Francia metropolitana han notificado al menos un caso, es decir más de la mitad de los departamentos (59,4%). No se han reportado casos en los departamentos de Ultramar. Más de la mitad de los casos notificados afectaron a nueve departamentos: Nord (76 casos), Isère (30), Haute-Savoie (23), Bouches du Rhône (20), Val d'Oise (19), Hérault (17), Paris (15), Alpes Maritimes (13) y Pas de Calais (12).

Durante este período se notificaron a las Agencias Regionales de Salud 56 conglomerados (agrupación de casos vinculados epidemiológicamente) para un total de 245 casos. Entre ellos, 14 conglomerados contaban con 5 o más casos.

De los 427 casos notificados, 65 (15%) fueron casos importados (reportan una estancia en el extranjero durante los siete a 18 días previos a la erupción).

La notificación rápida de casos a las Agencias Regionales de Salud y el envío de muestras biológicas al Centro Nacional de Referencia del Sarampión son esenciales para la identificación temprana de conglomerados y la implementación de medidas de prevención y profilaxis posteriores a la exposición en torno a los casos, en particular dentro de las comunidades.

El análisis de una muestra recogida del reciente caso humano mortal de influenza aviar en el distrito de Palnadu, estado de Andhra Pradesh, realizado por el Instituto Nacional de Virología (NIV) de Pune, reveló que una niña de dos años falleció a causa de una infección por el clado 2.3.2.1a del virus A(H5N1).

La investigación agrupó el caso con uno relacionado con un viaje de 2024 desde West Bengal. La muerte de la niña de dos años de Narasaraopet fue la segunda muerte humana por influenza aviar A(H5N1) en India.

Cabe destacar que la primera muerte por influenza aviar en India, en Haryana, en 2021, también estuvo relacionada con el mismo clado del gen de la hemaglutinina, 2.3.2.1a, cuando un niño pequeño contrajo la enfermedad. La agrupación observada en el caso de Palnadu indica que las aves silvestres migratorias u otras rutas de transmisión transfronteriza podrían estar facilitando la propagación de este linaje, lo que pone de relieve una intrincada red de evolución viral en la región.

El NIV de Pune compartió detalles del caso de Palnadu con la Iniciativa Global para Compartir Todos los Datos sobre Influenza (GISAID), que monitorea la evolución, los patrones de transmisión y hace la vigilancia genómica de los virus de la influenza.

Incluyendo el caso de Palnadu, India notificó hasta la fecha un total de cinco casos humanos de influenza aviar, relacionados con los virus A(H5N1) y A(H9N2). Estos incluyen un caso en Maharashtra en junio de 2019, uno en Haryana en julio de 2021 y dos en West Bengal en abril y mayo de 2024. En Andhra Pradesh, la reciente infección marca el primer caso y fallecimiento de influenza aviar en humanos en el estado.

Según el conjunto de datos del árbol filogenético disponible en GISAID –que recopila registros de secuencias genéticas de muestras de los virus de la influenza recogidas en diversos países y hospedadores–, la agrupación observada en el caso de Palnadu sugiere firmemente una transmisión transfronteriza o por aves migratorias. El conjunto de datos incluye secuencias de diversas ubicaciones geográficas, como Bangladesh, Camboya, Vietnam y Australia, lo que refuerza la preocupación por la propagación global del virus.

Por ejemplo, varias entradas en el conjunto de datos procedentes de hospedadores aviares domésticos, como patos y pollos, aparecen junto con aislados de aves silvestres, cuervos e incluso hospedadores no aviares, como tigres. Esta variedad en las especies hospedadoras no solo indica la adaptabilidad del virus, sino que también eleva su potencial de transmisión interespecífica, lo que representa un mayor riesgo zoonótico no solo en Andhra Pradesh, sino en todo el país.

Según la GISAID, la vigilancia limitada de este linaje en India subraya la necesidad urgente de ampliar el monitoreo en aves de corral y aves silvestres para evaluar su propagación, evolución y riesgo zoonótico. Andhra Pradesh ha registrado ocho brotes de influenza aviar en todo el estado en 2025, afectando a más de 540.000 aves y dejando a 602.000 aves susceptibles. Estos brotes, que ocurrieron en regiones que van desde West Godavari, East Godavari y

Krishna en la costa de Andhra Pradesh hasta Kurnool en Rayalaseema, se produjeron tanto en granjas comerciales a gran escala como en pequeños entornos de traspatio.

Si bien algunos brotes comenzaron a mediados de enero, otros no se detectaron hasta mediados de febrero. Según los expertos, esta cronología escalonada sugiere que el virus posiblemente se propagó desde un foco inicial antes de propagarse a nuevas áreas a través del movimiento de aves o fallas en la bioseguridad, lo que pone de relieve desafíos significativos en el control de los brotes de influenza aviar.

La epidemia de fiebre chikungunya se mantiene activa en toda La Réunion. A pesar de una ligera tendencia a la baja en ciertos indicadores, en particular las visitas a urgencias, la actividad de la fiebre chikungunya se mantiene en un nivel muy alto.

Desde principios de 2025, se han notificado más de 44.000 casos autóctonos confirmados en La Réunion.

La dinámica de la epidemia varía según la región, con una disminución de las visitas a urgencias en el sur (aunque aún en niveles altos), en el oeste y el este, y una tendencia a la estabilización en el norte. Desde principios de 2025, la proporción de visitas pediátricas entre todas las visitas a urgencias por fiebre chikungunya fue de 40%. Sin embargo, la proporción de hospitalizaciones es de 15% en la semana epidemiológica (SE) 17. En el caso de los recién nacidos, estas suelen ser estancias cortas para el control y la monitorización del dolor. En el caso de los adultos, 27% de las visitas a urgencias fueron seguidas de hospitalización en la SE 17.

Desde principios de año se registraron 2.139 visitas a urgencias, 302 hospitalizaciones y nueve fallecimientos.

Entre las hospitalizaciones, la fiebre chikungunya fue el motivo de ingreso en 270 casos (89%). En el resto de los casos, el diagnóstico se confirmó incidentalmente durante la hospitalización.

Una cuarta parte de ellos tenía menos de 6 meses y casi la mitad (42%) tenía más de 65 años. Estas dos poblaciones representan la mayoría de los casos hospitalizados por fiebre chikungunya.

Los casos graves se presentan principalmente en personas mayores de 65 años y en bebés menores de 3 meses.

Hasta la fecha se han notificado 57 casos graves. Entre ellos se encontraban 33 adultos mayores de 65 años con comorbilidades, tres personas menores de 65 años con comorbilidades y 21 bebés menores de 3 meses de edad.

Un comité de investigación clasificó nueve muertes ocurridas entre la SE 11 y la SE 14 en personas mayores de 70 años con comorbilidades como vinculadas a la fiebre chikungunya (siete con vinculación directa y dos indirectas).

Vacunas

El Ministerio de Salud y Acceso a la Atención Médica fue informado el 23 de abril por la Agencia Nacional de Seguridad de Medicamentos (ANSM) de la aparición de dos eventos adversos graves tras la vacunación contra la fiebre chikungunya con la vacuna IXCHIQ en La Réunion, incluido un fallecimiento, y luego un tercero el 25 de abril.

Los tres eventos adversos graves confirmados ocurrieron en La Réunion tras la aplicación de la vacuna IXCHIQ de VALNEVA en personas mayores de 80 años con comorbilidades. Dos personas experimentaron síntomas similares a los de una forma grave de fiebre chikungunya

pocos días después de la vacunación; una de ellas falleció. La tercera recibió el alta hospitalaria.

La Alta Autoridad Sanitaria (HAS) de Francia considera necesario reevaluar la relación beneficio/riesgo de la vacuna IXCHIQ en sujetos de 65 años o más, dadas las incertidumbres actuales sobre la seguridad de esta vacuna en esta población y a pesar de la persistencia de una grave epidemia en La Réunion.

La HAS recomendó suspender la inmunización con la vacuna IXCHIQ en personas de 65 años o más en toda Francia, a la espera de más datos de farmacovigilancia nacionales o internacionales.

Por lo tanto, y de acuerdo con la HAS, las autoridades sanitarias retiraron inmediatamente del objetivo de vacunación a las personas mayores de 65 años, tengan o no comorbilidades. La vacunación continúa abierta para las personas de 18 a 64 años con comorbilidades. En este contexto, los viajeros mayores de 65 años tampoco deben vacunarse con la vacuna IXCHIQ.

El Ministerio de Salud de Mali, con el apoyo de la Alianza para las Vacunas (GAVI), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), lanzó una iniciativa pionera en la distribución de vacunas contra la malaria, dirigida a niños de entre 5 y 36 meses.



El país se convierte en el vigésimo de África en introducir la vacuna contra la malaria en su programa de inmunización sistemática con el apoyo de la GAVI. Es el primero a nivel mundial en implementar un enfoque híbrido para la administración de vacunas: administrar las tres primeras dosis mensualmente durante todo el año según la edad, seguidas de la cuarta y la quinta dosis estacionalmente en mayo o junio de los años siguientes, antes del inicio de la temporada alta de transmisión de malaria. Administrar dosis de la vacuna contra la malaria estacionalmente es un enfoque estratégico, ya que alinea el período de mayor protección de la vacuna con el período de mayor riesgo de malaria, y la evidencia, incluida la investigación en Mali, demuestra que maximiza el impacto.

La vacuna R21/Matrix-M se distribuirá inicialmente en 19 distritos prioritarios de cinco regiones: Kayes, Koulikoro, Mopti, Ségou y Sikasso. El país cuenta actualmente con 927.800 vacunas R21/Matrix-M para su distribución.

El Informe Mundial sobre la Malaria de 2024 de la OMS muestra que Mali tuvo 3,1% (8,15 millones) de los casos de malaria a nivel mundial y 2,4% (14.328) de las muertes por malaria a nivel mundial en 2023, y fue uno de los 11 países con la mayor carga de malaria a nivel mundial.

Mali se encontraba entre los ocho países con aumentos sustanciales en el número de casos de malaria entre 2019 y 2023, con un incremento de 1,4 millones de casos, según datos de la OMS. La región africana soporta la mayor carga de malaria a nivel mundial, representando aproximadamente 94% de todos los casos y 95% de las muertes.

“El proceso de introducción de la vacuna contra la malaria en el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) se caracterizó por el inmenso esfuerzo de todos los actores involucrados. Quiero rendir homenaje a nuestros investigadores por su importantísimo papel durante los ensayos clínicos, cuya destreza contribuyó a la recomendación de las vacunas RTS,S y R21 por parte de la OMS. La introducción exitosa de la vacuna contra la malaria en el PAI es un reto que cada actor debe asumir hasta que la hayamos ampliado. Estamos plenamente preparados para implementar la vacuna, para gran satisfacción del pueblo de Mali, y así redoblar nuestros esfuerzos para reducir la carga de esta enfermedad”, declaró el Coronel Assa Badiallo Touré, Ministro de Salud de Mali.

La GAVI lidera el programa mundial de vacunación contra la malaria, colaborando con países y socios, y financiando a países y socios como el UNICEF y la OMS para la adquisición, el transporte y la distribución de las dosis. Gracias al singular modelo de cofinanciación de la GAVI, los países también contribuyen al costo de los programas de vacunación, incluida la

malaria, aumentando gradualmente sus contribuciones financieras. El futuro del programa mundial de vacunación contra la malaria se encuentra en un momento crucial, ya que la GAVI busca recaudar fondos para su próximo período estratégico quinquenal, de 2026 a 2030.

La Dra. Sania Nishtar, directora ejecutiva de la GAVI, declaró: “La GAVI celebra el compromiso del Gobierno de Mali de salvar vidas y reducir significativamente el impacto devastador de la malaria en familias, comunidades y hospitales. Con la vacuna contra la malaria ya distribuida en 20 países y más de 24 millones de dosis, la financiación y la inversión constantes son cruciales para garantizar que esta nueva herramienta vital llegue por igual a todos los que la necesitan. Mientras haya recursos disponibles, la GAVI se compromete a seguir apoyando la lucha contra una de las enfermedades más mortales de África. Nos enorgullece formar parte de este avance crucial”.

El UNICEF desempeña un papel fundamental en la distribución y entrega de vacunas, garantizando un suministro constante de vacunas de buena calidad para los niños necesitados en las regiones donde la malaria es endémica y apoya a los gobiernos y las comunidades locales en la generación de una demanda basada en la evidencia para el control de la malaria, incluida la vacunación.

“La introducción de la vacuna contra la malaria marca un hito crucial para los niños y el pueblo de Mali”, declaró el Dr. Pierre Ngom, representante del UNICEF en Mali. “Llevábamos mucho tiempo esperando este momento. Tras 35 años de investigación y desarrollo dedicados, la vacuna contra la malaria finalmente ofrece una nueva y poderosa herramienta para proteger a nuestros niños de esta enfermedad potencialmente mortal. El UNICEF apoya las iniciativas de participación comunitaria del gobierno en Mali para garantizar que la inmunización complemente las medidas existentes de prevención de la malaria. Los jóvenes voluntarios que utilizan U-Report son clave en este esfuerzo, utilizando herramientas digitales como chatbots para conectar con las comunidades, promover la vacunación y combatir la desinformación”.

La OMS coordinó la evaluación piloto de la vacuna contra la malaria RTS,S/AS01 en Ghana, Kenya y Malawi a través del Programa de Implementación de la Vacuna contra la Malaria, cofinanciado por la GAVI, el Fondo Mundial y UNITAID. Entre 2019 y 2023, más de 2 millones de niños recibieron la vacuna, lo que condujo a una reducción de 13% en la mortalidad en niños en edad elegible para la vacunación. Esta evidencia respaldó la recomendación y precalificación de la OMS de las dos vacunas contra la malaria disponibles actualmente.

“La vacuna contra la malaria es uno de los avances más importantes en salud pública en los últimos tiempos: una adición crucial a las herramientas de control de la malaria para proteger a los niños de esta enfermedad mortal y reforzar nuestros esfuerzos para reducir la carga de la malaria”, dijo el Dr. Patrick Kabore, Representante de la OMS en Mali.

La vacuna complementa las medidas de prevención de la malaria ya implementadas por el Gobierno de Mali, incluido el uso de mosquiteros tratados con insecticidas, la quimioprevención de la malaria estacional, el tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo y la fumigación de insecticidas en interiores.

Vacunación contra la malaria en África

La introducción de la vacuna en Mali se produjo unas semanas después de que Uganda llevara a cabo la mayor campaña de vacunación contra la malaria hasta la fecha en términos de dosis y población objetivo.

Desde 2023, se han distribuido más de 24 millones de dosis de vacunas contra la malaria en el continente africano, a medida que los países amplían progresivamente sus programas. El rit-

mo de distribución en todo el continente subraya la gran demanda de una nueva herramienta en la lucha contra una de las enfermedades más mortales de África. La carga total de malaria en los 20 países africanos que actualmente vacunan a niños representa más de 70% de la carga mundial de malaria, según datos del Informe Mundial sobre la Malaria 2024.

Además de los datos del Programa de Implementación de la Vacuna contra la Malaria en Ghana, Kenya y Malawi, [los primeros resultados de países como Camerún muestran la promesa de la introducción de la vacuna contra la malaria y su impacto en las familias y comunidades](#). Se espera que otros países la introduzcan este año, y para fines de 2025, se prevé que 13 millones de niños más en África estén protegidos con la vacuna contra la malaria. En su próximo período estratégico, de 2026 a 2030, la GAVI se propone ayudar a los países a ampliar estos programas, protegiendo plenamente a otros 50 millones de niños con cuatro dosis de la vacuna contra la malaria, siempre que se disponga de fondos suficientes.

La transmisión de la malaria en Mali es altamente estacional, y la mayoría de los casos se presentan entre julio y diciembre. Mediante el enfoque de vacunación híbrida, los niños reciben las tres primeras dosis a lo largo del año según su edad y las dosis 4 y 5 en los años siguientes de forma estacional, justo antes del inicio de la temporada de alta transmisión. La evidencia demuestra que la administración estacional de la vacuna contra la malaria puede aumentar su impacto, ya que el período de mayor eficacia de la vacuna coincide con el período de mayor riesgo de malaria.

Los niños menores de 5 años corren el mayor riesgo de morir de malaria y representan más de 75% de las muertes mundiales por esta enfermedad. A diferencia de los adultos, los niños pequeños no han tenido la oportunidad de desarrollar inmunidad parcial tras años de exposición, lo que los pone en mayor riesgo.

Tanto la vacuna RTS,S/AS01 como la R21/Matrix-M están precalificadas y recomendadas por la OMS para prevenir la malaria en niños y son seguras y eficaces. En ensayos clínicos de fase 3, ambas vacunas redujeron los casos de malaria a más de la mitad durante el primer año tras la vacunación, un período en el que los niños presentan un alto riesgo de enfermedad y muerte. Una cuarta dosis administrada en el segundo año de vida prolongó la protección.

Ambas vacunas reducen los casos de malaria en aproximadamente 75% cuando se administran estacionalmente en áreas de alta transmisión estacional, donde ocurre la mitad de las muertes por malaria infantil.

Las vacunas están dirigidas contra *P. falciparum*, el parásito de la malaria más mortal a nivel mundial y el más prevalente en África.

Administrar 4 o 5 dosis de la vacuna implica encontrar maneras de llegar de forma sistemática a las personas con mayor riesgo en cada país. La mayoría de los países están ampliando la vacunación con un enfoque gradual, implementando estrategias a medida que se adaptan mejor a sus contextos y desafíos específicos. Por ejemplo:

- En diciembre de 2024, con el apoyo de la GAVI y sus socios, Nigeria, país con la mayor carga de malaria a nivel mundial, inició un despliegue gradual en los estados de Kebbi y Bayelsa, donde la prevalencia de la malaria es particularmente alta. Se prevé distribuir más de [800.000 dosis de la vacuna en esta primera fase](#), un paso crucial para reducir el devastador impacto de la enfermedad.
- En Chad, la GAVI apoyó la integración de la vacuna contra la malaria como parte de un [ambicioso y pionero programa de triple vacunación](#) contra tres enfermedades infantiles mortales: malaria, neumonía y diarrea, maximizando el impacto y la eficiencia en entornos de menores recursos.
- En contextos frágiles en [Sudán](#) y la [República Democrática del Congo](#), la implementación se ha incorporado a otros planes de respuesta.

El pequeño llora y, comprensiblemente, está irritable. La diarrea lo ha aquejado durante la mitad de su breve vida. Está deshidratado y muy débil. Lleva conectado a su diminuta mano izquierda un tubo amarillo que lleva alimento líquido a su frágil organismo.

A sus 9 meses, Khaled apenas pesa 5 kilos, la mitad de lo que debería pesar un bebé sano de su edad. Y en la principal sala del hospital pediátrico de Gaza, mientras los médicos intentan salvar a su hijo, Wedad Abdelaal solo puede observar.



Wedad Abdelaal, a la derecha, y su esposo Ammar cuidando a su hijo Khaled, de 9 meses de edad, en la clínica de desnutrición del hospital Nasser, en Khan Younis, Franja de Gaza, el 1 de mayo de 2025.

Tras varias visitas de urgencia consecutivas, los médicos decidieron ingresar a Khaled el fin de semana pasado. Durante casi una semana, lo alimentaron por sonda y luego le dieron suplementos y leche embotellada, que se distribuye cada tres horas o más. Su madre, nerviosa e impotente, dice que eso no es suficiente.

“Ojalá nos lo dieran a cada hora. Lo espera con impaciencia... pero ellos también andan escasos de provisiones”, dice Abdelaal. “Este cierre de fronteras nos está destruyendo”.

Cuanto más tiempo permanezcan en el hospital, mejor se sentirá Khaled. Pero Abdelaal sufre por sus otros hijos, de vuelta en su tienda de campaña, con ollas vacías y sin nada que comer, mientras el bloqueo israelí de Gaza entra en su tercer mes, el más largo desde que comenzó la guerra.

Gaza, encerrada, sellada y devastada por los bombardeos israelíes, se enfrenta a la hambruna. Miles de niños ya han recibido tratamiento por desnutrición. Agotados, desplazados y sobreviviendo con lo básico durante más de un año y medio de guerra, padres como Abdelaal ven cómo sus hijos se consumen y descubren que poco pueden hacer.

Se han quedado sin opciones.

La desnutrición aguda infantil está aumentando

Los hospitales penden de un hilo, lidiando con los ataques que causan numerosas víctimas, y priorizando las emergencias mortales. Las reservas de alimentos en los almacenes de la Organización de Naciones Unidas (ONU) se han agotado. Los mercados se están vaciando. Lo que aún queda disponible se vende a precios exorbitantes, inasequibles para la mayoría en Gaza, donde más de 80% de la población depende de la ayuda humanitaria, según la ONU.

Los comedores comunitarios que distribuyen comidas a miles de personas están cerrando. Las tierras de cultivo son prácticamente inaccesibles. Las panaderías han cerrado. El suministro de agua se está paralizando, en gran parte por la falta de combustible. En escenas desesperadas, miles de personas, muchos de ellos niños, se agolpan frente a los comedores comunitarios, peleándose por la comida. Almacenes con escasos suministros han sido saqueados.

El bloqueo más prolongado de Gaza ha provocado una creciente indignación internacional, pero no ha logrado persuadir a Israel para que abra las fronteras. Cada vez más grupos acusan a Israel de usar la hambruna como arma de guerra. Residentes y trabajadores humanitarios advierten que la desnutrición aguda infantil está en aumento.

“Estamos destrozando el cuerpo y la mente de los niños de Gaza”, declaró Michael Joseph Ryan, director ejecutivo de emergencias de la Organización Mundial de la Salud, a la prensa en Genève. “Porque si no hacemos algo al respecto, seremos cómplices de lo que está sucediendo ante nuestros propios ojos. Los niños no deberían tener que pagar las consecuencias”.



Palestinos luchando por conseguir alimentos donados en un comedor comunitario en Beit Lahia, al norte de la Franja de Gaza, el 3 de mayo de 2025.

Israel impuso el bloqueo el 2 de marzo y puso fin a un alto el fuego de dos meses al reanudar las operaciones militares el 18 de marzo, alegando que ambas medidas eran necesarias para presionar a Hamás a liberar a los rehenes. Antes del colapso del alto el fuego, Israel creía que 59 rehenes seguían en Gaza, 24 de ellos vivos y aún en cautiverio.

No ha respondido a las acusaciones de que utiliza la hambruna como táctica de guerra. Sin embargo, funcionarios israelíes afirmaron previamente que Gaza contaba con suficiente ayuda tras un aumento repentino en la distribución durante el alto el fuego, y acusaron a Hamás de desviar la ayuda para sus propios fines. Los trabajadores humanitarios niegan que haya un desvío significativo, afirmando que la ONU supervisa estrictamente la distribución.

Una madre quiere ayudar a su hijo, pero no puede

Khaled sufre desnutrición desde los dos meses. Su madre lo controló mediante visitas ambulatorias y suplementos distribuidos en centros de alimentación. Pero durante los últimos siete meses, Abdelaal, de 31 años, lo ha visto marchitarse lentamente. Ella también está desnutrida y apenas ha consumido proteínas en los últimos meses.

Tras un embarazo agotador y dos días de parto, nació Khaled, un bebé de bajo peso (2 kilos), pero por lo demás sano. Abdelaal comenzó a amamantarlo. Pero, debido a la falta de calcio, está perdiendo los dientes y produciendo muy poca leche.

“La lactancia materna necesita alimento y no puedo darle suficiente”, afirma.

Khaled tiene otros cuatro hermanos, de entre 9 y 4 años. La familia ha sido desplazada de Rafah y ahora vive en una tienda de campaña más al norte, en Mawasi Khan Younis.

A medida que la comida se agotaba debido al bloqueo, la familia empezó a depender de los comedores comunitarios que sirven arroz, pasta y frijoles cocidos. Cocinar en la tienda es una lucha: no hay gas, y encontrar leña o plástico para quemar es agotador y arriesgado.

Ahmed, de 7 años, y Maria, de 4, ya presentan síntomas de desnutrición. Ahmed, de 7 años, pesa 8 kilos; sus huesos le perforan la piel. No recibe suplementos en los centros de alimentación, que solo atienden a niños menores de 6 años. Maria, de 4 años, también ha perdido peso, pero no hay báscula para pesarla.

“Mis hijos se han vuelto muy frágiles”, se lamenta Abdelaal. “Son como pollitos”.

Los centros de nutrición están cerrando

Desde el 2 de marzo, las agencias de la ONU han documentado un aumento de la desnutrición aguda infantil. Se observan casos de baja inmunidad, enfermedades frecuentes, pérdida de peso y masa muscular, huesos o vientres prominentes y cabello quebradizo. Desde principios de año, más de 9.000 niños han sido ingresados o tratados por desnutrición aguda, según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

El aumento fue dramático en marzo, con 3.600 casos o un aumento de 80% en comparación con los 2.000 niños tratados en febrero.

Desde entonces, las condiciones no han hecho más que empeorar. Según el UNICEF, los suministros utilizados para prevenir la desnutrición, como suplementos y galletas, se han agotado. Los alimentos terapéuticos utilizados para tratar la desnutrición aguda se están agotando.

Padres y cuidadores comparten tratamientos contra la desnutrición para compensar la escasez, lo que dificulta el acceso al tratamiento. Casi la mitad de los 200 centros de nutrición en los alrededores de Gaza cerraron debido a los desplazamientos y los bombardeos.

Mientras tanto, los suministros languidecen en las fronteras, porque Israel no permite su ingreso en Gaza.

“Es absolutamente evidente que tendremos más casos de emaciación, que es la forma más peligrosa de desnutrición. También es evidente que tendremos más niños muriendo por estas causas prevenibles”, afirmó el portavoz del UNICEF, Jonathan Crickx.

Suad Obaid, nutricionista de Gaza, afirma que los padres acuden cada vez más a los centros de alimentación porque no tienen con qué alimentar a sus hijos. “Nadie puede depender de comida enlatada ni de alimentos de emergencia durante casi dos años”.

En el Hospital Nasser, cuatro casos críticos recibieron tratamiento por desnutrición aguda la semana pasada, incluido Khaled. Solo se ingresan casos críticos, y solo por períodos cortos, para poder tratar a más niños.

“Si admitimos a todos los que padecen desnutrición aguda, necesitaremos cientos de camas”, afirma el Dr. Yasser Abu Ghaly, reconociendo: “De todas formas, no podemos ayudar a muchos: no tenemos nada a nuestro alcance”.

El sistema de gestión de enfermedades se ha derrumbado

Antes de la guerra, cientos de familias en Gaza estaban registradas y recibían tratamiento por defectos congénitos, trastornos genéticos o autoinmunes, un sistema que ha colapsado principalmente porque los alimentos, las fórmulas o las pastillas que ayudaban a controlar las enfermedades se agotaron rápidamente.

El Dr. Ahmed al-Farrah, jefe del servicio de pediatría y obstetricia del Hospital Nasser, dice que cientos de niños con trastornos genéticos también podrían sufrir trastornos cognitivos, o incluso peores.

“Están condenados a muerte”, afirma.



Ahmed El-Sheikh Eid, de 7 años, con síntomas de desnutrición, en la tienda de campaña de su familia en un campamento para palestinos desplazados en Mawasi Khan Younis, Franja de Gaza, el 2 de mayo de 2025.

La fibrosis quística de Osama al-Raqab ha empeorado desde el comienzo de la guerra. La falta de carne, pescado y enzimas digestivas para ayudarlo a digerir los alimentos le ha obligado a tener que acudir al hospital repetidamente y a sufrir largos episodios de infecciones respiratorias y diarrea aguda, según cuenta su madre, Mona. Los huesos le sobresalen de la piel. Osama, de 5 años, pesa 9 kilos y apenas puede moverse ni hablar. La comida enlatada no le aporta ningún valor nutritivo.



Osama al-Raqab, de 5 años, cuya madre afirma que su fibrosis quística ha empeorado desde el comienzo de la guerra debido a la falta de carne, pescado y enzimas para digerir los alimentos, recibe tratamiento en la clínica de desnutrición del hospital Nasser, en Khan Younis, Gaza, el 1 de mayo de 2025.

“Con la hambruna en Gaza, solo comemos lentejas enlatadas”, dice su madre. “Si las fronteras siguen cerradas, también las perderemos”.

El bebé de Rahma al-Qadi nació con síndrome de Down hace siete meses. Desde entonces, Sama ha engordado poco más de 300 gramos y ha sido hospitalizada varias veces con fiebre. Su madre, también desnutrida y con una infección en la herida tras el parto, continúa amamantándola. Una vez más, no es suficiente.

Sama está inquieta, no duerme y siempre pide más comida. Los médicos le piden a su madre que coma mejor para producir más leche.

Mientras levanta las flacuchas piernas de Sama, su madre dice: “No puedo creer que esta sea la pierna de un bebé de siete meses”.

El lamento de un padre: ‘Esperando la muerte’

Los hijos de Abdelaal van a buscar agua y hacen fila en los comedores sociales porque ella no puede. Para llegar, deben subir una pequeña colina. Cuando puede, los espera abajo, por miedo a que se caigan o que se les caiga la comida.

Cuando traen comida, la familia la divide en varias comidas y días. Si no reciben nada, comen frijoles de una lata. Abdelaal a menudo cede su parte. “Mis hijos lo necesitan más”, dice.

Su esposo, Ammar, tiene una afección cardíaca que limita sus movimientos, por lo que tampoco puede ayudar. “Debido a la falta de alimentos saludables, incluso de adultos, no tenemos energía para movernos ni hacer ningún esfuerzo”, dice Ammar. “Estamos sentados en nuestras tiendas, esperando la muerte”.

Los niños piden tomates fritos o papas cocidas. Pero no hay productos frescos o son demasiado caros. Un kilo de cada uno cuesta 21 dólares. Una barra de galletas 2 dólares. Las sardinas enlatadas cuestan casi 10 dólares: una fortuna.

“En dos años, mi hijo no podrá caminar por falta de comida”, dice Abdelaal.

Sonriendo a pesar de su impotencia, Abdelaal sacó a Khaled del hospital por unas horas para visitar a su familia el 2 de mayo. Se reunieron alrededor de una lata de frijoles fríos. Ella deseaba que los médicos de Khaled pudieran darle el tratamiento para que regresara a la tienda de campaña y pudiera estar con su familia.

“Estoy agotada antes y después del parto por la falta de comida”, dice. “No podemos vivir”.

Las autoridades sanitarias de la República Democrática del Congo, con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), están intensificando los esfuerzos de respuesta de emergencia para controlar un brote de carbunco en el que se han notificado 16 casos humanos sospechosos y uno confirmado en la provincia de Nord-Kivu, en el este del país.



Se ha registrado una muerte entre los casos. El brote afectó cuatro zonas sanitarias alrededor del lago Edward, en la frontera entre la República Democrática del Congo y Uganda. Está vinculado al brote que se está desarrollando en la orilla ugandesa del lago, donde se han reportado siete casos sospechosos en humanos en el distrito occidental de Kabale. Continúan las labores de respuesta, incluyendo la vacunación del ganado.

En la República Democrática del Congo, la OMS está realizando una evaluación para determinar el riesgo de propagación de la infección y apoya a las autoridades sanitarias para fortalecer la respuesta, incluyendo la vigilancia e investigación de la enfermedad para identificar el origen del brote y las cadenas de transmisión, así como la provisión de suministros médicos y tratamiento. La OMS también facilita la coordinación transfronteriza entre la República Democrática del Congo y Uganda para mejorar la respuesta al brote.

“Nuestros esfuerzos se centran en frenar rápidamente la transmisión de animales a humanos. Trabajamos en estrecha colaboración con el gobierno, las comunidades y los socios para fortalecer las medidas de respuesta y proteger la salud pública ahora y en el futuro”, declaró el Dr. Boureima Sambo, Representante de la OMS en la República Democrática del Congo.

Para responder eficazmente al brote, la OMS y sus asociados están trabajando bajo el lema Una Sola Salud, un enfoque unificado para salvaguardar la salud humana, ambiental y animal, reconociendo la interconexión de los tres aspectos y la necesidad de medidas integrales.

Las primeras alertas sobre el brote en la República Democrática del Congo se lanzaron el 22 de marzo de 2025 en el Parque Nacional de Virunga, donde murieron decenas de búfalos e hipopótamos.

Se están realizando esfuerzos para vacunar al ganado en las comunidades que viven cerca de los ríos, mientras los equipos veterinarios eliminan de forma segura los cadáveres de los animales para evitar una posible infección, al tiempo que se están intensificando las campañas de concienciación pública para mejorar las medidas preventivas.

Prevenir enfermedades en animales protege la salud humana. La respuesta a través de Una Sola Salud es vital para abordar todo el espectro del control de enfermedades: desde la prevención hasta la detección, la preparación, la respuesta y la gestión, contribuyendo así a la seguridad sanitaria mundial.

El carbunco es una infección causada por la bacteria *Bacillus anthracis*, que afecta principalmente a los animales. Las personas pueden contraer la enfermedad directa o indirectamente a través de animales infectados o por exposición a productos animales infectados o contaminados. El carbunco en humanos generalmente no se considera contagioso, aunque existen escasos registros de transmisión de persona a persona.

La enfermedad se presenta en tres formas en humanos, todas las cuales requieren atención médica inmediata. La más común es el carbunco cutáneo, que se produce cuando las esporas entran en contacto con la piel lesionada, causando una protuberancia con picazón que se transforma en una llaga negra. Esta forma también puede causar dolores de cabeza, dolores musculares, fiebre y vómitos. El carbunco gastrointestinal se produce por el consumo de carne infectada, causando síntomas similares a los de una intoxicación alimentaria que pueden agravarse con dolor de estómago intenso, vómitos con sangre y diarrea. La forma más rara y grave es el carbunco por inhalación, que se produce al inhalar las esporas y comienza con síntomas similares a los de un resfriado antes de derivar rápidamente en problemas respiratorios graves y shock. Todos los casos de carbunco en humanos requieren hospitalización.

La enfermedad se trata con antibióticos, que deben ser recetados por un profesional médico. Existen vacunas para el ganado y los seres humanos. Sin embargo, las vacunas para humanos son limitadas y se utilizan principalmente para proteger a ciertas personas con posible exposición ocupacional al carbunco.



Un residente de Ulyanovsk murió de malaria, que contrajo en Tanzania mientras estaba de vacaciones, según la oficina local del Servicio Federal para la Supervisión y la Protección de los Consumidores (Rospotrebnadzor). Este es el primer caso mortal de malaria en la región en lo que va de 2025.

El fallecido, de 35 años, contrajo malaria mientras estaba de vacaciones en la isla tanzana de Zanzíbar. No tomó medicamentos para prevenir la enfermedad y no notó picaduras de mosquitos, por lo que su infección se conoció solo después de que aparecieron los síntomas.

Dos semanas después de regresar a su hogar, a mediados de febrero, su salud se deterioró drásticamente: desarrolló fiebre alta, escalofríos intensos y debilidad severa. Inicialmente, los síntomas se confundieron con un resfrío común, lo que llevó a un diagnóstico tardío de la enfermedad. El estado del paciente empeoró rápidamente. Los médicos lucharon por su vida durante más de un mes, pero su cuerpo no soportó las consecuencias de la infección, cayó en coma y luego murió sin recuperar el conocimiento.

Sin un tratamiento oportuno, la malaria provoca complicaciones que, en pocos días, pueden provocar procesos irreversibles en el organismo del paciente, llegando incluso a la muerte.

Según la oficina regional del Rospotrebnadzor en Ulyanovsk, en 2024 se registraron dos casos de malaria en la región, ambos en viajeros que regresaban de África.



El Departamento de Control de Enfermedades, del Ministerio de Salud Pública de Tailandia, advirtió a la población que evite consumir carne poco cocida, y diseccionar o tocar animales que mueren por causas desconocidas, especialmente vacas, búfalos, cabras u ovejas, si se encuentran dichos animales. Si alguien nota algún síntoma inusual de enfermedad o muerte, debe notificar inmediatamente al funcionario encargado del ganado. Los funcionarios de salud pública o los jefes de aldea deben prevenir inmediatamente la propagación del carbunco. También se hace hincapié en que la población no debe entrar en pánico. Dado que el caso está bajo control, los oficiales de Epidemiología deben realizar prevención e investigación.

El 1 de mayo de 2025, el Dr. Phanumas Yanawetsakul, Director General del Departamento de Control de Enfermedades, habló sobre el caso de una muerte por carbunco en la provincia de Mukdahan. El paciente era un obrero de la construcción, de 53 años, con diabetes. La llaga comenzó a aparecer en la mano derecha el 24 de abril de 2025 y fue ingresado en el hospital el 27 de abril, debido a que la llaga empezó a oscurecerse. Presentaba ganglios linfáticos inflamados debajo de la axila derecha y síntomas de mareos y convulsiones antes de morir más tarde.

Durante el tratamiento los médicos sospecharon que se trataba de carbunco, por lo que se recogieron muestras y se enviaron para su análisis en el laboratorio del Departamento de Ciencias Médicas. El Instituto Bamrasnaradura encontró *Bacillus anthracis* en la investigación inicial de la enfermedad.

Se supone que la contaminación provino del sacrificio de ganado durante una feria y la distribución de su para ser consumida dentro del pueblo. Actualmente, el Equipo de Operaciones de Investigación de Control de Enfermedades, Departamento de Control de Enfermedades, junto con la Oficina de Control de Enfermedades, la Oficina de Salud Pública Provincial de la provincia de Ubon Ratchathani fue enviado al área para investigar la enfermedad, y encontraron 247 personas que habían estado en contacto con el enfermo: 28 personas habían sacrificado el ganado y 219 personas habían consumido la carne cruda. Se administraron medicamentos al grupo de alto riesgo de personas que habían estado en contacto con el caso. Actualmente se están implementando medidas de control de enfermedad en la zona.

En el año 2000, hubo 15 casos en Tailandia, sin muertes, 14 casos en Phichit y uno en Phitsanulok. Es probable que el brote en Phichit se haya debido a que los animales se infectaron antes de llegar a la provincia. En la provincia de Phitsanulok, se encontró que el carnicero sufría heridas al momento de llevar cadáveres de cabras al matadero y comer él mismo su carne. Más recientemente, en 2017, hubo dos casos en el distrito de Mae Sot, provincia de Tak. Ambos desollaron cadáveres de cabras traídas de Myanmar con las manos desnudas. En cuanto a la situación en los países fronterizos con Tailandia, en 2024, Laos encontró 129 personas infectadas con carbunco y una murió. En mayo de 2023, Vietnam registró tres brotes, que provocaron un total de 13 pacientes y 132 contactos, también por consumo de carne de res y de búfalo.

Es bien sabido que los países más pobres soportan la mayor carga de resistencia a los medicamentos antimicrobianos y que estos países también son los más vulnerables al cambio climático. Pero se han realizado pocas investigaciones sobre el vínculo entre estos dos fenómenos.

Ahora, un reciente [análisis](#) proyecta la escala de la carga de la resistencia a los antimicrobianos (RAM) en los países de ingresos bajos y medios bajo las trayectorias actuales del cambio climático, si no se adoptan con urgencia estrategias de desarrollo sostenible.

Se concluyó que los esfuerzos de desarrollo sostenible –como reducir los gastos de bolsillo en materia de salud, ampliar la cobertura de vacunación, aumentar las inversiones en salud y garantizar el acceso universal a los servicios de agua, saneamiento e higiene– eran más eficaces para combatir la resistencia que simplemente reducir el uso de antibióticos.

Los efectos del cambio climático, como el aumento de las temperaturas y los fenómenos meteorológicos extremos, pueden afectar a todos los países. Sin embargo, este estudio proyectó que la RAM –cuando las bacterias y los virus que causan enfermedades ya no responden a los medicamentos diseñados para tratarlos– podría aumentar hasta 2,4% a nivel mundial para 2050, mientras que en los países de ingresos bajos y medios, la cifra fue superior a 4%.

Esto se debe, en gran medida, a que estos países enfrentan mayores desafíos en el acceso a la atención médica, la infraestructura de salud pública y la salud general de la población.

La RAM bacteriana se relacionó con 4,71 millones de muertes en 2021, según un [estudio](#) previo. Se descubrió que es directamente responsable de aproximadamente 1,14 millones de muertes, una cifra que se espera aumente a casi 2 millones para 2050. Sin embargo, gran parte de la respuesta a la RAM se ha centrado en el uso excesivo de antibióticos y se ha prestado menos atención al contexto del cambio climático y las condiciones socioeconómicas.

Al explorar las conexiones entre ellos, los investigadores esperan impulsar estrategias más específicas y eficientes que aborden ambos desafíos a la vez, especialmente para los países de ingresos bajos y medios.

Cuando se producen tensiones relacionadas con el clima en lugares con agua potable, saneamiento y servicios médicos limitados, aumenta el riesgo de infecciones, al igual que la dependencia de los antibióticos, lo que puede acelerar la resistencia.

En resumen, el cambio climático actúa como un multiplicador de las vulnerabilidades existentes, agravando el problema de la RAM en zonas del mundo que ya tienen dificultades para acceder a protecciones básicas de salud y ambientales.

Los investigadores analizaron más de 4.500 registros que abarcan 32 millones de aislamientos de seis patógenos bacterianos clave (bacterias, virus u otros microorganismos) resistentes a los antimicrobianos, obtenidos de 101 países entre 1999 y 2022.



Luego utilizaron modelos de pronóstico para investigar cómo los factores socioeconómicos y ambientales y las políticas influirían en las tendencias mundiales de RAM.

Descubrieron que, en el peor escenario climático, en el que las temperaturas globales aumentarían entre 4 y 5°C para fines de siglo con respecto a los niveles preindustriales, la RAM podría aumentar 2,4% para 2050, en comparación con un escenario de bajas emisiones.

Esta cifra varió entre el 0,9% en los países de ingresos altos y el 4,1% en los países de ingresos bajos y medios.

Los países de ingresos bajos y medios en partes de África subsahariana, el sur de Asia y el sudeste asiático, que están económicamente menos desarrollados y altamente expuestos a los impactos del cambio climático, serán más vulnerables.

Tormenta perfecta

Estas regiones a menudo enfrentan una combinación de desafíos: acceso limitado a agua potable y saneamiento, sistemas de atención médica con recursos insuficientes y altos niveles de enfermedades infecciosas.

Cuando estas vulnerabilidades se combinan con los efectos del cambio climático –como el aumento de las temperaturas, las inundaciones y los fenómenos meteorológicos extremos–, crean las condiciones ideales para la propagación de las infecciones resistentes a los medicamentos.

Abordar estos desafíos es una responsabilidad global, no sólo local. Estos países necesitan urgentemente mayor atención y apoyo para la prevención y el control de la RAM, ya que están en la primera línea de esta creciente amenaza para la salud mundial.

Los investigadores instaron a tomar medidas urgentes para abordar factores socioeconómicos y ambientales más amplios, más allá de simplemente reducir el uso de antibióticos para mitigar la carga mundial de RAM.

Las estrategias de desarrollo sostenible podrían reducir la prevalencia futura de RAM en 5,1% y superar el efecto de la reducción del consumo de antimicrobianos, que se estima que reducirá la prevalencia de RAM en 2,1%.

Clima extremo

Es muy probable que los cambios climáticos, especialmente el calentamiento, y las sequías e inundaciones más extremas y esporádicas, aumenten la transmisión y propagación de la RAM. A medida que aumentan las temperaturas, los patógenos intestinales que prefieren temperaturas más cálidas, incluidas las cepas RAM, crecerán más rápidamente en el ambiente y prevalecerán durante más tiempo, lo que aumenta la probabilidad de RAM en todas partes.

El problema se verá agravado por fenómenos meteorológicos más extremos, como lluvias más intensas e inundaciones, que incrementarán la propagación incontrolada de contaminantes del agua y enfermedades.

Sin embargo, este análisis no tiene en cuenta algunos factores importantes relacionados con la expansión o reducción de la RAM, como la educación, el uso de antimicrobianos en la producción de alimentos y la cría de animales.

Podría mejorarse mediante el uso de una inteligencia artificial cada vez mayor y otros métodos de búsqueda inteligentes, que pueden ampliar la escala de análisis al examinar bases de datos más grandes y complejas.

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