

ARGENTINA

- Situación epidemiológica de la mpox
- Desarrollan un candidato a vacuna contra la tos convulsa de tercera generación

AMÉRICA

- Fiebre Q: más allá de los riesgos laborales a las poblaciones vulnerables y la transmisión ambiental
- Canadá: La región Nunavik enfrenta un dramático aumento en los casos de tuberculosis

- El Salvador: Advierten un aumento en los casos de fiebre tifoidea en las últimas semanas

- Perú: Doce niños indígenas mueren por tos convulsa en Datem del Marañón

- Perú: Confirmaron un caso de lepra en Piura tras varios años sin reportes

EL MUNDO

- España: Aumento en los casos de listeriosis en embarazadas con graves consecuencias fetales

- Filipinas: Confirmaron casos humanos de melioidosis en Siquijor

- India: El país adelantó su plazo para eliminar la tuberculosis, pero ¿podrá cumplirse?

- Irak: El número de muertos por fiebre hemorrágica de Crimea-Congo asciende a 19 en el año

- Reino Unido: Misterioso brote de hepatitis vinculado a un producto de supermercado contaminado

- Sudán: Un brote de sarampión se propaga en Darfur

- Tailandia: Más de 100 muertes en un mes por un brote de covid

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 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
MARIANA MONTAMAT

Patrocinadores



Adherentes

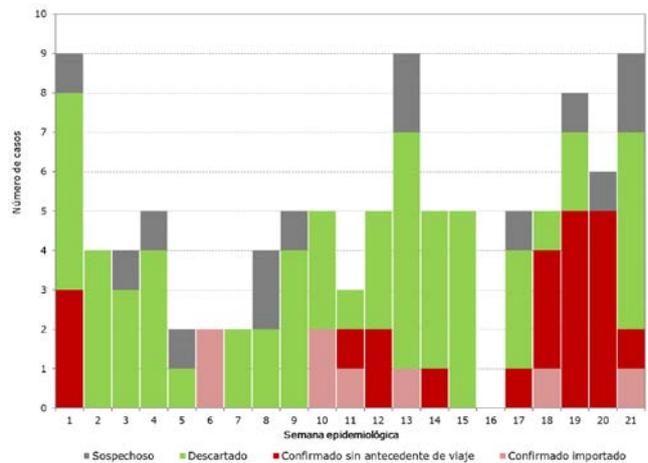


Distinguido por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

© Copyright 2020 - ISSN 2796-7050 - recfot - All Rights Reserved

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

Ante el recrudecimiento de la mpox asociado a la aparición de un nuevo clado del virus –clado Ib–, su rápida propagación en el este de República Democrática de Congo y la notificación de casos en varios países vecinos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo declaró como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (2005). A raíz de ello y en virtud de dar difusión a las medidas de prevención, vigilancia y respuesta, el Ministerio de Salud de Argentina emitió una [Alerta Epidemiológica](#) el 16 de agosto, incluyendo la descripción de la situación actual y las directrices vigentes para la vigilancia epidemiológica y las medidas ante casos y contactos, entre otros aspectos relacionados con este evento.



Casos notificados de mpox según clasificación y semana epidemiológica. Argentina. Año 2025, hasta semana epidemiológica 21. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N= 102).

Nota: Seis de los casos notificados en 2025 corresponden a 2024, según fecha mínima del caso.

La OMS emitió “recomendaciones permanentes”, en las cuales instó a los Estados Miembros a elaborar un [Plan estratégico de preparación y respuesta para Mpox 2024-2025](#), a fin de dar una orientación general y una respuesta coordinada. Este Plan, llevado a cabo por el Ministerio de Salud de Argentina, es clave para guiar las actividades de preparación y respuesta de salud pública a nivel nacional, jurisdiccional y local, con el objetivo principal de detener los brotes de transmisión de mpox de persona a persona y mitigar su impacto en salud humana a través de medidas coordinadas a nivel nacional. Para facilitar el abordaje de este plan, se han estipulado tres escenarios epidemiológicos frente al ingreso y transmisión de casos de mpox en Argentina:

1. Sin transmisión autóctona, pero con casos importados del clado II.
2. Con casos esporádicos de transmisión autóctona del clado II y sin clado I.
3. Con introducción del clado I.

Situación en Argentina

En 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 22, se notificaron 108 casos de mpox, de los cuales 30 fueron confirmados. Desde la SE 15 de 2025, se detectaron 18 casos nuevos, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en la provincia de Buenos Aires.

Se observa un aumento de casos desde la SE 18, con un promedio de 4 casos semanales.

De los 30 casos de 2025, 29 corresponden a personas de sexo masculino, con una mediana de edad de 38 años, y 8 casos consignaron antecedente de viaje al exterior (Brasil y Chile). Tienen residencia en la CABA y en las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Corrientes.

Provincia/Región	Casos confirmados			Total de notificaciones
	SE 1 a 22	SE 22	SE 19 a 22	
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	21	1	13	50
Buenos Aires	6	–	2	37
Córdoba	2	–	–	5
Entre Ríos	–	–	–	2
Santa Fe	–	–	–	4
Centro	29	1	15	98
Mendoza	–	–	–	1
Cuyo	–	–	–	1
Corrientes	1	–	–	2
Formosa	–	–	–	2
Misiones	–	–	–	1
Noreste Argentino	1	–	–	5
Tucumán	–	–	–	1
Noroeste Argentino	–	–	–	1
Chubut	–	–	–	1
Neuquén	–	–	–	1
Río Negro	–	–	–	1
Sur	–	–	–	3
Total Argentina	30	1	15	108

Casos notificados y confirmados de mpox según jurisdicción de residencia. Argentina. Año 2025, hasta semana epidemiológica 22. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N= 108).

Hasta el momento, se realizaron estudios para la identificación de clado 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) en 17 de los casos confirmados, identificándose en todos ellos el clado II.

A pesar de que existen dos vacunas seguras y eficaces contra la tos convulsa, en las últimas dos décadas se evidenció un resurgimiento de la patología que va más allá de la disminución en las tasas de vacunación. Según los expertos, tiene que ver con que la inmunidad conferida por la infección natural o la vacunación no dura toda la vida y que las vacunas actuales no protegen contra la transmisión de persona a persona.

Guiado por la necesidad de desarrollar formulaciones que resuelvan estas debilidades, un grupo del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas en la Universidad Nacional de La Plata presentó un nuevo prototipo de vacuna, que alcanzó de manera satisfactoria la prueba de concepto en las fases preclínicas y aguarda ser probada en personas.

Después de ensayar muchas estrategias, el equipo de investigación logró un gran avance cuando basó la formulación en ciertas estructuras pequeñas que liberan naturalmente las bacterias y que generan una fuerte respuesta inmune en el receptor: las vesículas de membrana externa.

La vacuna que se ha logrado formular y aplicar por la vía nasal no solamente lleva a una protección contra la enfermedad severa en un modelo animal, sino que también permite reducir la colonización en las vías respiratorias superiores y, así, disminuir la transmisión de la enfermedad.

Para el [estudio](#), el grupo científico realizó inmunizaciones sistémicas en animales a través de distintas vías. En todos los casos, y de manera muy robusta, obtuvimos resultados que muestran a las vesículas de membrana externa como un excelente candidato vacunal de tercera generación, que superan las debilidades de las vacunas actuales. Tras patentar la plataforma en Estados Unidos y Brasil, los científicos ahora están trabajando junto a científicos de Brasil e Inglaterra para escalar la producción de estas vesículas con vistas a la realización de ensayos clínicos.

Amenaza para los más chicos

La tos convulsa es una enfermedad respiratoria causada por la bacteria *Bordetella pertussis*, que se caracteriza por ataques de tos muy violentos, acompañados de apneas e incluso vómitos después de toser. Es muy contagiosa y puede presentar complicaciones como neumonía y convulsiones. En los niños más chicos puede llegar a provocarles la muerte.

Si bien puede afectar a todas las edades, los menores de un año sin el esquema de vacunación completo para la enfermedad son los más susceptibles. En general, el 50% de los bebés menores de un año que se infecta necesita atención médica, uno de cada cuatro tiene neumonía, uno de cada 100 convulsiones, tres de cada cinco apnea, uno de cada 300 encefalopatía y uno de cada 100, muere. Afortunadamente, existen vacunas que, aunque pueden mejorarse, son seguras y eficaces. Antes de que existieran, la tos convulsa era la primera causa de muerte en los niños.

La primera vacuna que se desarrolló fue a base de células enteras inactivadas (posee la bacteria, pero sin vida ni capacidad de infectar o replicarse) y cambió la epidemiología de la en-

fermedad, al haber sido aplicada en forma masiva en la población pediátrica. Con el tiempo, empezaron a surgir reportes de ciertas reacciones adversas más graves, lo que hizo que mientras la Organización Mundial de la Salud (OMS) revisaba la evidencia, se comenzara a desarrollar una vacuna de segunda generación. Así surgió la llamada “de componentes” o acelular que, en lugar de contener la bacteria entera, sólo incorpora sus inmunógenos.

En 2015, después de haber analizado toda la información disponible sobre las vacunas, la OMS estableció que ambas formulaciones (tanto las inactivadas como la de componentes o acelular) se pueden emplear en la población pediátrica sin ningún problema. Pero se detectó que a medida que se incorporan refuerzos existe un mayor riesgo de reacciones adversas. Entonces, se desaconseja la vacuna de células inactivadas para la población de más de 7 años.

Hoy en Argentina el esquema de vacunación consiste en tres dosis primarias (a los 2, 4 y 6 meses), un refuerzo a los 18 meses, otro a los 5 años y otro a los 11. También un refuerzo en las embarazadas y el personal de salud que trabaja con niños pequeños. En los niños más grandes y en adultos se aplica la de componentes.

Más allá de que la investigación busca aumentar la eficacia y efectividad con vacunas más novedosas e innovadoras, es importante resaltar que las que se emplean hoy para controlar la tos convulsa son buenas y deben ser utilizadas. Si no existieran, la situación epidemiológica estaría completamente alterada, con muchos más casos de los que se registran hoy, por lo que es preocupante la caída en las tasas de inmunización en general que se evidenció después de la pandemia de covid. Es necesario reforzar la idea de que las vacunas son clave para salvar vidas.

La fiebre Q es una enfermedad globalmente desatendida que se ha reportado en todos los continentes. Su presentación clínica inespecífica tanto en humanos como en animales, combinada con su epidemiología compleja y dispersa, hace que la sospecha clínica y el diagnóstico sean particularmente desafiantes. El agente etiológico, *Coxiella burnetii*, tiene muchos posibles huéspedes domésticos y silvestres, múltiples vías de transmisión y la capacidad de sobrevivir durante años en el ambiente. Su principal vía de transmisión es aérea, y una sola célula bacteriana es capaz de infectar tanto a humanos como a rebaños enteros, lo que subraya la dificultad de predecir, controlar y mitigar el impacto de esta bacteria.

Los brotes de la enfermedad en los Países Bajos y Australia sirvieron como una señal de alerta mundial, impulsando investigaciones en Latinoamérica. Allí, la producción de ganado vacuno, ovino y caprino es un sustento económico, lo que ha impulsado a varios países a investigar la presencia de la enfermedad en sus territorios. La mitad de los estudios se publicaron en los últimos cuatro años, lo que demuestra los recientes avances en la investigación en todo el continente. Sin embargo, los datos siguen siendo escasos e incompletos, y países como Belice, Costa Rica, Guatemala, Guyana, Honduras y Surinam aún no han reportado casos ni evidencia de circulación bacteriana.

Los trabajadores rurales y veterinarios que manipulan placentas y fluidos de parto han mostrado altas tasas de infección en América Latina, que van de 1,7 a 61%, según estudios realizados en países como Brasil (1,7-29%), Colombia (23,6-61%), Ecuador (43%) y Trinidad and Tobago (4,4-4,6%). En rumiantes, la infección ha sido ampliamente documentada, con prevalencias que varían de 0,22% a 60,6%, según estudios realizados en países como Argentina (0,22-7%), Brasil (1-55%), Chile (1,4-2%), Colombia (0,46-27%), Costa Rica (1,8-7,7%), Ecuador (14,5-53%), El Salvador (26%), Guayana Francesa (1,7-14%), Guatemala (9%), México (10-28%), Paraguay (45%), Trinidad and Tobago (4-9,4%), Uruguay (10-11,5%) y Venezuela (60,6%). Estas cifras se han asociado con abortos y reducción de la productividad, especialmente en bovinos, ovinos y caprinos, lo que refleja el impacto significativo de la enfermedad en la economía regional. Se han reportado brotes febriles y neumónicos en mataderos de Barbosa (Brasil), y Entre Ríos (Argentina), lo que pone de relieve el riesgo ocupacional y las complicaciones clínicas de la fiebre Q en estos entornos. Además, también se describieron pacientes con endocarditis provenientes de Brasil.

Aunque esto es una realidad, la fiebre Q parece trascender su carácter ocupacional y síntomas febriles característicos, y América Latina desempeñó un papel importante en el avance de su comprensión. La fiebre Q aguda se diagnosticó mediante ensayo de inmunofluorescencia.

cia indirecta (IFA) en 21% (129/604) de pacientes sospechosos de dengue en el estado de São Paulo (Brasil), que vivían en grandes ciudades lejos de granjas de animales. Estos datos sugieren la posibilidad de otras fuentes de infección o una dispersión mucho más amplia de las esporas por el viento. Los estudios indican que los perros y los gatos no juegan un papel significativo en esta prevalencia; sin embargo, la vida silvestre se ha asociado cada vez más. Varios informes describen animales salvajes recientemente infectados y una prevalencia inusual entre los trabajadores de parques forestales y zoológicos. En el Reino Unido, se informó de un brote en trabajadores de una fábrica de cartón, y la infección se produjo por manipular tablas de paja contaminadas, lo que también sugiere que la contaminación ambiental es suficiente para que se produzca la enfermedad, sin la necesidad de animales activos. La incidencia de la fiebre Q en las cárceles de la Guayana Francesa y Brasil también ha suscitado dudas sobre su epidemiología, ya que estas poblaciones no tenían contacto con animales y estaban ubicadas lejos de las zonas de producción ganadera. Debido a su resiliencia similar a la de las esporas, *C. burnetii* puede seguir siendo infecciosa durante más de 40 meses, incluso en condiciones ambientales desfavorables, lo que sugiere que la contaminación dentro o alrededor de las instalaciones penitenciarias puede haber ocurrido mucho antes del encarcelamiento de los individuos diagnosticados. Los estudios citados destacan que los animales salvajes, los perros o incluso las ratas pueden servir como posibles reservorios dentro del entorno carcelario. La transmisión aérea también es plausible, dado que las cárceles están expuestas a los vientos que provienen de las selvas tropicales circundantes. Otra posibilidad es la transmisión a través de alimentos derivados de animales (como leche y productos lácteos no pasteurizados) incluidos en la dieta de los reclusos. Por otro lado, no se puede descartar que los reclusos ya estuvieran en la fase de incubación de la enfermedad al ingresar al sistema penitenciario; sin embargo, esta hipótesis es poco probable ya que estos no fueron casos aislados. La transmisión venérea de persona a persona también sigue siendo poco comprendida en la epidemiología de la fiebre Q y debería tenerse en cuenta, especialmente en las cárceles de mujeres.

Las poblaciones vulnerables son más susceptibles a las infecciones, principalmente debido a la falta de saneamiento básico y prácticas de higiene inadecuadas. Aunque la fiebre Q es una enfermedad transmitida por el aire, se han reportado tasas de prevalencia significativamente más altas entre estas poblaciones en América Latina. Por ejemplo, las comunidades indígenas en Colombia, las poblaciones sin hogar y las comunidades afrodescendientes (quilombolas) en Brasil han mostrado prevalencias de fiebre Q de 35% (53/150), 23% (44/200) y 15% (30/203), respectivamente, lo que representa las tasas de infección humana más altas jamás reportadas en el continente. Fue en una población carcelaria en la Guayana Francesa donde se reportó la incidencia más alta de fiebre Q del mundo.

En Brasil, pacientes con trombocitosis y artritis de Rio de Janeiro se infectaron con *C. burnetii*, lo que demuestra su amplitud clínica más allá de la neumonía y la endocarditis ya conocidas. También se ha detectado infección por *C. burnetii* en usuarios de drogas inyectables, bomberos militares durante el entrenamiento de cadetes y policías y sus perros de trabajo en Brasil, lo que sugiere nuevas fuentes de exposición.

Aunque la urbanización, el turismo y la expansión humana en áreas naturales podrían, en teoría, aumentar la exposición a *C. burnetii*, los datos actuales sobre reservorios silvestres y su presencia ambiental en Latinoamérica son limitados. Por lo tanto, la asociación entre estos cambios antropogénicos y las tasas de infección observadas sigue siendo especulativa. Esta hipótesis justifica mayor investigación, en particular mediante estudios centrados en la interacción entre la vida silvestre, los cambios ambientales y la exposición humana a la fiebre Q. Se han descrito asociaciones similares para otros patógenos zoonóticos bajo presión ambiental, y explorar esta posibilidad para *C. burnetii* podría proporcionar información valiosa.

Cabe destacar que se observan tasas elevadas no solo entre trabajadores rurales, sino también en poblaciones urbanas, privadas de libertad y otras poblaciones vulnerables. Esto cuestiona la suposición tradicional de que la fiebre Q se limita a entornos rurales o laborales y respalda la hipótesis de vías de exposición ambientales o alimentarias, además de las vías zoonóticas clásicas.

Es crucial implementar estrategias específicas para avanzar en la comprensión de la fiebre Q en Latinoamérica. Esto incluye aumentar el muestreo y las pruebas sistemáticas en poblaciones humanas y animales, especialmente en zonas de alto riesgo, como las rurales y periurbanas. Se debe priorizar la secuenciación genómica completa y la genotipificación de muestras positivas para permitir análisis filogenéticos que permitan dilucidar las vías de transmisión y las fuentes de infección. Estos análisis permiten identificar similitudes genéticas entre cepas aisladas de diferentes hospedadores y ubicaciones, lo que ayuda a determinar si los casos están vinculados por transmisión directa, exposición ambiental común o introducciones independientes. Además, pueden revelar patrones de propagación geográfica y la aparición de genotipos específicos asociados con mayor virulencia o adaptabilidad a ciertos hospedadores. Esta información es esencial para comprender la dinámica epidemiológica local y diseñar estrategias de control más efectivas. Asimismo, el mapeo de riesgos mediante variables predictivas como el uso del suelo, datos climáticos, densidad poblacional y factores socioeconómicos puede ayudar a identificar áreas de mayor vulnerabilidad y orientar intervenciones específicas. La integración de estos enfoques con sistemas de vigilancia epidemiológica fortalecidos puede proporcionar información valiosa para la prevención y el control de la fiebre Q, reduciendo su impacto en la salud pública y la economía regional.

La fiebre Q existe mucho más allá de los rumiantes como fuente de infección y signos clínicos ya conocidos. Es fundamental redoblar esfuerzos para comprender esta enfermedad en toda su complejidad y sospechar su aparición en contextos clínicos y epidemiológicos inesperados. Investigadores latinoamericanos han desempeñado un papel clave en el avance del conocimiento sobre la fiebre Q en los últimos años. Sin embargo, ampliar estos hallazgos representa un desafío para las organizaciones de salud y los gobiernos regionales. Es necesario no solo fomentar nuevas investigaciones, sino también capacitar a los profesionales de la salud locales para que reconozcan la enfermedad e invertir en el desarrollo y la difusión de herramientas de diagnóstico accesibles. Además, es recomendable priorizar las colaboraciones de Una Sola Salud para integrar la vigilancia de la fauna silvestre y el ambiente con el monitoreo de la salud humana y veterinaria, y establecer sistemas regionales de notificación de la fiebre Q que faciliten el intercambio de datos y la detección temprana de brotes.

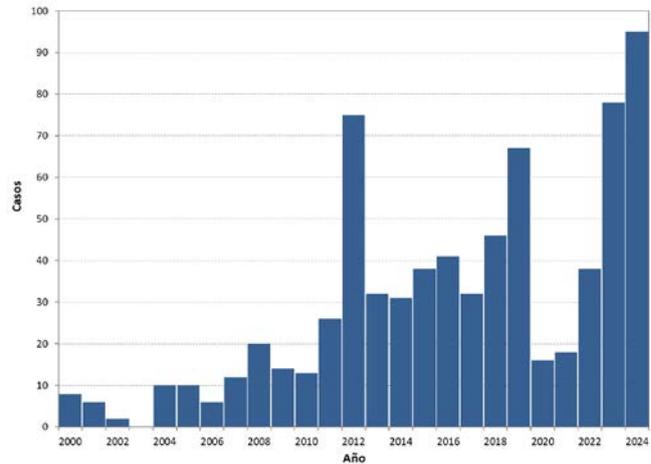


LA REGIÓN NUNAVIK ENFRENTA UN DRAMÁTICO AUMENTO EN LOS CASOS DE TUBERCULOSIS

09/06/2025

Los alcaldes de 14 comunidades inuit del norte de Quebec exigen al gobierno provincial que declare una emergencia de salud pública mientras los casos de tuberculosis en Nunavik alcanzan el nivel más alto reportado en la historia reciente.

En una carta enviada el lunes al ministro de Salud de Quebec, Christian Dubé, los alcaldes escribieron que dos factores precipitaron la demanda: un aumento sin precedentes de casos de tuberculosis y lo que, según ellos, es un plan de la provincia para recortar los recursos destinados a enfermedades infecciosas en Nunavik.



Casos activos de tuberculosis, según año. Nunavik (Canadá). Años 2000/2024. Fuente: Junta Regional de Salud y Servicios Sociales de Nunavik.

El año pasado, la junta de salud de la región reportó 95 casos de tuberculosis. Hasta la fecha, en 2025, según escribieron los alcaldes, se han reportado 40 casos.

“Estas estadísticas son un reflejo directo del racismo sistémico colonial que sigue dictando las políticas sanitarias y la asignación de recursos en Quebec”, escribieron los alcaldes. “Los inuit de Nunavik no reciben el mismo trato que los ciudadanos en el sistema de salud de Quebec”.

La tuberculosis es una enfermedad curable que afecta con mayor frecuencia a los pulmones. En marzo, la Junta Regional de Salud y Servicios Sociales de Nunavik informó en un comunicado de prensa que seis de las 14 comunidades presentaban brotes activos. Además de ser el número más alto de casos, también representaba el mayor número de brotes simultáneos registrado.

“La situación está fuera de control”, dijo Adamie Kalingo, alcalde de Ivujivik, un pueblo de Nunavik con unos 400 residentes.

“Ahora tenemos una tasa muy alta de casos de tuberculosis, que creemos que podrían haberse evitado si el sistema de salud hubiera trabajado con nosotros más rápidamente”, dijo Kalingo.

Los alcaldes enumeraron nueve llamados a la acción para el gobierno de Quebec, incluyendo el envío de recursos médicos de emergencia a la región. También solicitan inversiones urgentes en infraestructura de agua, vivienda y servicios públicos, ya que la tuberculosis se propaga con mayor facilidad en hogares con hacinamiento.

“Es difícil determinar quién lo tiene y quién no. Es una situación muy difícil, y es mucho más peligrosa para los niños y los ancianos, que reciben muchas visitas de amigos y familiares”, dijo Kalingo.

“Entonces, está el problema de difundirlo libremente entre amigos y familiares. Es muy difícil intentar detenerlo”.

Los alcaldes describieron colectivamente el estado de los servicios de salud de Nunavik como “aborrecible”, alegando que no hay suficiente personal calificado, hay altos niveles de agotamiento y rotación, y los recursos básicos de salud para la tuberculosis, como kits de prueba y servicios de laboratorio, no están fácilmente disponibles, si es que lo están.

“Los recursos médicos disponibles actualmente son insuficientes para mantener las pruebas de detección regulares a gran escala necesarias para frenar la propagación”, escribieron los alcaldes. Señalaron la rápida respuesta del sistema de salud ante los recientes brotes en Montreal como un ejemplo de lo que Nunavik necesita.

“Los inuit de Nunavik han muerto de tuberculosis en los últimos años y, según los médicos que trabajan en la región, veremos casos más graves y más muertes a menos que se aborde la crisis con los recursos necesarios”, escribieron.

Médicos del sector privado advirtieron el 11 de junio sobre un incremento de los casos de fiebre tifoidea en El Salvador, registrando al menos dos casos de la enfermedad por semana.

Según el infectólogo salvadoreño, Jorge Alberto Panameño Pineda, la fiebre tifoidea es una de las enfermedades endémicas del país, producida por la bacteria *Salmonella enterica enterica* serovariedad Typhi, que causa fiebre y otras afectaciones. Según el experto, la enfermedad tiene como característica específica ser de larga duración, que inicia como una fiebre y que puede extenderse hasta meses.

Entre los síntomas se identifican fiebre alta prolongada, cansancio, cefaleas, náuseas, dolor abdominal, estreñimiento o diarrea. Algunos pacientes presentan erupciones cutáneas.

Panameño Pineda destacó que la transmisión ocurre por la ingesta de alimentos o líquidos contaminados con heces humanas, en cantidades tan pequeñas como tres gramos, lo cual sucede comúnmente por la falta de higiene en la manipulación de alimentos.

Asimismo, señaló que otra de las causas que producen el brote de dicha enfermedad es el consumo de agua de grifo, la cual no siempre es potable.

Por su parte, el infectólogo Iván Ernesto Solano Leiva advirtió que las zonas sin acceso a agua potable y con deficiente recolección de basura presentan mayor riesgo de contagio, factores que continúan siendo una constante problemática en el país.

Los especialistas aseguraron que las pruebas de cultivo son esenciales para confirmar el diagnóstico de la enfermedad.

Se registran 151 casos en 2025

Las cifras más recientes del Ministerio de Salud indican que en 2025, hasta el 31 de mayo, se confirmó un total de 151 casos de fiebre tifoidea, con un promedio semanal que oscila entre siete y nueve casos.

Tanto Panameño Pineda como Solano Leiva coincidieron en que la fiebre tifoidea puede ser mortal si no se trata adecuadamente. Las complicaciones más graves incluyen inflamación cerebral, perforación intestinal, hemorragias digestivas y problemas de coagulación sanguínea.

En ese sentido, hicieron un llamado a las autoridades del Gobierno de El Salvador para que garanticen una educación básica de hábitos higiénicos, donde enseñen las razones y la forma adecuada de lavarse las manos, así como el cuidado que debe haber desde la industria de alimentación.

Con respecto a las enfermedades diarreicas y gastroenteritis, el Ministerio de Salud registra 117.432 casos, donde el promedio semanal ronda los 4.000. Los adultos entre los 20 y 29 años de edad son el grupo etario más afectado con 22.074, seguido de los niños de entre 1 y 4 años con 19.729 casos. Además, se reportaron 4.617 egresos hospitalarios.

Doce niños indígenas menores de cinco años han fallecido por tos convulsa en la provincia de Datem del Marañón, región Loreto, una de las más aisladas del país. La provincia concentra 579 de los casos reportados, lo que representa más de 60 % del total nacional, según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Solo en el distrito de Pastaza, donde habita el pueblo indígena Kandozi, se han registrado 243 casos.

Ante esta alarmante situación, líderes indígenas solicitaron la inmediata declaratoria de emergencia sanitaria. El pedido se formalizó el 9 de junio en una conferencia de prensa en el Colegio Médico del Perú, en Lima, donde el líder indígena y enfermero Guillermo Sundi hizo un llamado al Estado: “Frente a los casos de tos convulsa y fallecidos solicito a nombre de los pueblos indígenas la declaratoria de emergencia sanitaria por la situación que vivimos”.

En esta provincia amazónica, que se extiende por más de 46.000 kilómetros cuadrados, el acceso sólo es posible por vía fluvial, con viajes que pueden durar hasta cuatro días. Los 67 centros de salud existentes enfrentan enormes limitaciones para atender a una población dispersa y vulnerable. Zoila Chi, enfermera de la Red de Salud del Datem del Marañón, indicó que se requieren al menos 137.000 dólares para afrontar la emergencia, principalmente para combustible, transporte fluvial y contratación de personal médico.

Además, en otras regiones del país se mantiene la alerta por fiebre amarilla y sarampión. La fiebre amarilla es una enfermedad viral aguda transmitida por mosquitos infectados y puede ser mortal. El sarampión, por su parte, se contagia por gotas de secreciones respiratorias y también representa una amenaza si no se cuenta con esquemas de vacunación adecuados.



El Ministerio de Salud de Perú confirmó un caso de lepra en la región Piura, el primer caso reportado en varios años en el país. A pesar del impacto de la noticia, las autoridades llamaron a la calma, ya que el paciente está estable y no representa riesgo de contagio.

El Dr. César Augusto Guerrero Ramírez, infectólogo de la Dirección Regional de Salud (DIRESA), indicó que se activaron los protocolos de vigilancia epidemiológica.

Se trata de un varón de aproximadamente 60 años, residente del distrito Veintiséis de Octubre, asegurado de EsSalud, quien recibió el diagnóstico y se encuentra estable, no ha sido hospitalizado y está recibiendo tratamiento ambulatorio bajo estricta supervisión del personal de salud de la DIRESA Piura. Se realizará un seguimiento médico durante al menos cinco años para asegurar la recuperación completa.

El hallazgo fue reportado por el área de Infectología del Hospital Nacional 'Dr. José Cayetano Heredia Sánchez', ubicado en el distrito de Castilla, donde se realizó el diagnóstico clínico, en una etapa controlable de la enfermedad. El paciente se encuentra estable y respondió bien al tratamiento inicial. Las autoridades sanitarias descartaron nuevos contagios y mantienen una vigilancia activa.

Guerrero Ramírez precisó que la enfermedad no está catalogada como altamente contagiosa. "Desde el primer día que toma tratamiento pierde la capacidad de contagiar a otras personas. Este paciente ya tiene 11 días con tratamiento, por lo cual, en este momento se podría decir que esta capacidad de contagiar es casi nula", dijo.

El Ministerio de Salud aseguró que la lepra es hoy una enfermedad completamente curable si se detecta a tiempo.

Además, se están tomando medidas preventivas en el entorno del paciente y en los centros de salud de la región. El personal médico y los familiares han sido informados y están bajo observación rutinaria.

La DIRESA Piura enfatizó que existen campañas de tamizaje en la región, destinadas a facilitar el diagnóstico y tratamiento oportuno de la lepra para quienes lo requieran. Estas campañas buscan identificar casos de manera temprana y evitar complicaciones asociadas a la enfermedad. Según consignó la autoridad sanitaria, el acceso al tratamiento no tiene costo para los pacientes, lo que permite un abordaje integral y sin barreras económicas.

Una investigación de la Universidad Internacional de La Rioja detectó un aumento en los casos de listeriosis en mujeres embarazadas y recién nacidos en España durante las dos últimas décadas.

El estudio encontró que casi uno de cada cinco embarazos (19%) en mujeres hospitalizadas con listeriosis resultaron en un desenlace adverso para el feto o el recién nacido.

Las embarazadas son especialmente vulnerables a esta infección, que se transmite por la ingesta de alimentos como productos lácteos no pasteurizados, embutidos, carnes frías o frutas y verduras crudas no lavadas adecuadamente.

El estudio examinó datos de hospitalizaciones entre 2000 y 2021 de la Base de Datos Nacional de Altas Hospitalarias de España (SNHDD). Los resultados revelan un significativo incremento en la listeriosis obstétrica y neonatal, así como un impacto devastador en la salud del feto y el recién nacido, con un riesgo considerablemente mayor de aborto espontáneo, muerte intrauterina y mortinato.

Las mujeres embarazadas son más susceptibles a contraer la infección por *Listeria* en comparación con la población general, debido a la supresión fisiológica del sistema inmunitario durante la gestación.

La investigación muestra que existe un riesgo cuatro veces mayor de resultados adversos fetales o del recién nacido en comparación con la población general. Esto incluye un riesgo 1,75 veces mayor de aborto espontáneo, 17 veces mayor de muerte intrauterina y 23 veces mayor de mortinato.

La listeriosis, una infección zoonótica causada por la bacteria *Listeria monocytogenes*, es un patógeno transmitido por los alimentos. Se encuentra especialmente en productos que no se cocinan bien o se procesan de forma inadecuada, así como en aquellos listos para consumir que no requieren calentamiento previo.

La investigación identificó 540 casos de listeriosis obstétrica y 450 de listeriosis neonatal que requirieron hospitalización en España entre 2000 y 2021. Estos casos culminaron en 146 re-



sultados fetales-neonatales adversos, que incluyen abortos espontáneos, muertes intrauterinas, mortinatos y muertes perinatales.

La incidencia de ingresos hospitalarios por listeriosis obstétrica fue de 5,7 cada 100.000 partos, mientras que la neonatal se situó en 4,7 cada 100.000 partos. La incidencia de resultados adversos fetales-neonatales relacionados con la listeriosis alcanzó 1,5 cada 100.000 partos.

Estas cifras muestran un aumento estadísticamente significativo a lo largo de los años, con picos notables en 2013-2014 y 2019.

A pesar de que la listeriosis se declaró enfermedad de declaración obligatoria en España en 2015, tanto la incidencia como el pronóstico han empeorado en las últimas dos décadas, especialmente en grupos de alto riesgo como las mujeres embarazadas.

Los investigadores atribuyen el aumento en la incidencia de listeriosis obstétrica después de 2009 a una mayor conciencia y a un aumento de las pruebas diagnósticas tras varios brotes.

Aunque el pronóstico para la madre con listeriosis suele ser favorable, los resultados fetales y neonatales son una preocupación importante. La presencia de la bacteria en la sangre de la madre se asoció fuertemente con un mayor riesgo de aborto espontáneo. Además, la corioamnionitis, una infección de las membranas que rodean al feto, se identificó en más de tres cuartas partes de las mujeres embarazadas infectadas y es un factor crucial vinculado a la muerte intrauterina y el mortinato.

En los recién nacidos, la listeriosis se manifestó con complicaciones graves. El 58,9% de los neonatos infectados nacieron prematuramente, y el 9,8% de los recién nacidos con listeriosis fallecieron durante la hospitalización. La prematuridad y el síndrome de dificultad respiratoria aguda neonatal fueron factores de riesgo significativos para la muerte perinatal.

En su conjunto, la listeriosis materna se asoció con un riesgo 3,76 veces mayor de resultados adversos fetales-neonatales.

Estos datos subrayan la necesidad de implementar políticas nacionales de prevención activas contra la listeriosis en el embarazo, así como programas de vigilancia y prevención específicos para las futuras madres.

El impacto de la listeriosis en los resultados del embarazo y neonatales en España es profundo y está en aumento. Es imperativo implementar políticas de prevención y vigilancia más robustas a nivel nacional para proteger a esta población vulnerable. La educación resulta clave para asegurar que las mujeres embarazadas dispongan de toda la información necesaria para reducir su riesgo de exposición a *Listeria*.

La vigilancia continua, los esfuerzos de prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno para las mujeres embarazadas con listeriosis y los recién nacidos infectados deben ser prioridades. Además, resulta imperativo un control más estricto contra la transmisión alimentaria y los brotes procedentes de reservorios animales.



El Departamento de Agricultura (DA), a través de la Oficina de Industria Animal (BAI) y la Oficina de Campo Regional del DA de la Región de Pulo ng Negros (DARFO-NIR), está coordinando activamente con el Departamento de Salud (DOH) luego de la confirmación de casos de melioidosis en humanos en la provincia de Siquijor.

Los casos, inicialmente sospechosos de ser muermo, se confirmaron como melioidosis, después de una investigación de laboratorio más exhaustiva del DOH.



La melioidosis, una zoonosis rara pero potencialmente mortal causada por la bacteria ambiental *Burkholderia pseudomallei*, plantea importantes problemas de salud pública en regiones tropicales como el sudeste asiático. Se contrae principalmente a través de heridas abiertas, inhalación o ingestión de agua contaminada o contacto con el suelo. Actualmente no existe una vacuna contra la melioidosis, por lo que la prevención y la detección temprana son cruciales.

En respuesta a los casos confirmados, DA-BAI y DARFO-NIR desplegaron rápidamente equipos de vigilancia e implementaron protocolos de control de enfermedades en las zonas afectadas de Siquijor. El BAI está enviando muestras a un laboratorio de referencia para realizar pruebas de confirmación y continúa monitoreando la situación sobre el terreno.

Por orden del presidente Ferdinand Marcos y Romuáldez, para garantizar la salud pública y proteger el ganado local, la DA instó a los criadores y manipuladores de animales a reforzar las medidas de bioseguridad en las granjas y a adherirse a estrictos protocolos sanitarios para prevenir la propagación de la melioidosis y otras enfermedades transmitidas por los animales. El transporte de animales vivos y productos animales debe cumplir con los requisitos reglamentarios para garantizar que solo se distribuyan y comercialicen animales sanos y libres de enfermedades.

En consonancia con las normas de seguridad alimentaria, la DA reiteró su prohibición del sacrificio, la venta y el consumo de animales enfermos o sospechosos. Solo los animales certificados por veterinarios acreditados y que superen los protocolos de inspección se autorizan para la venta en el mercado. Se recomienda encarecidamente al público adquirir carne con certificados de inspección válidos y observar las prácticas adecuadas de manipulación y cocción de alimentos. También se desaconseja el consumo de leche cruda o no pasteurizada.

El DA también recordó a los trabajadores ganaderos, especialmente a aquellos expuestos a ambientes fangosos o inundados, que usen ropa protectora como botas y guantes para reducir el riesgo de exposición a fuentes contaminadas.

El DA continúa colaborando estrechamente con las oficinas veterinarias y agrícolas locales y fomenta la notificación inmediata de cualquier signo inusual de enfermedad en los animales.

El 28 de mayo de 2025, el Departamento de Salud de la Región de Pulo ng Negros (DOH-NIR) había informado sobre la confirmación de la muerte de dos personas por muermo en la provincia de Siquijor. Ambos fallecidos eran varones y se encontraban hospitalizados en Silangang Negros, y presentaban comorbilidades como hipertensión y diabetes.

El muermo es una enfermedad causada por la bacteria *Burkholderia mallei*. Se presenta principalmente en caballos, mulas y burros. En Filipinas, también se puede encontrar en el carabao (*Bubalus bubalis carabanesis*). Los humanos pueden contraer la enfermedad, pero es poco frecuente.

Atul Kumar¹ caminaba ansiosamente por el pasillo de un hospital público en la capital de India, Delhi.

Mecánico de pequeños electrodomésticos, luchaba por conseguir medicamentos para su hija de 26 años, que padece tuberculosis resistente a los medicamentos. Kumar dijo que su hija necesitaba 22 comprimidos de Monopas, un antibiótico utilizado para tratar la tuberculosis, todos los días.



“En los últimos 18 meses, no he recibido medicamentos suministrados por el gobierno ni siquiera durante dos meses completos”, dijo en enero, meses antes de la fecha límite declarada por India para eliminar la enfermedad infecciosa.

Obligado a comprar medicamentos costosos en farmacias privadas, Kumar estaba sumido en deudas. Un suministro semanal costaba 16 dólares, más de la mitad de sus ingresos semanales.

Tras la denuncia periodística, las autoridades suministraron los medicamentos que necesitaba la hija de Kumar. La secretaria federal de salud, Punya Salila Srivastava, afirmó que el gobierno suele actuar con rapidez para solucionar los problemas de acceso a medicamentos cuando se le avisa.

La hija de Kumar es una de los millones de indios que padecen tuberculosis, una enfermedad bacteriana que infecta los pulmones y se propaga cuando la persona infectada tose o estornuda.

India, donde se concentra 27% de los casos de tuberculosis a nivel mundial, registra dos muertes relacionadas con la tuberculosis cada tres minutos. La carga de tuberculosis en India se ha vinculado desde hace tiempo a la detección deficiente de casos, la falta de financiación y el suministro irregular de medicamentos.

A pesar de esta dura realidad, el país se ha fijado un objetivo ambicioso: eliminar la tuberculosis para fines de 2025, cinco años antes de la meta mundial establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Estados miembros de la Organización de Naciones Unidas.

La eliminación, según la define la OMS, significa reducir los casos nuevos de tuberculosis en 80% y las muertes en 90% en comparación con los niveles de 2015.

Pero las visitas a los centros de tuberculosis en Delhi y en el estado oriental de Odisha revelaron lagunas preocupantes en el programa gubernamental contra la tuberculosis.

¹ Nombre cambiado.

En el distrito Khordha de Odisha, a unos 30 kilómetros de la capital del estado, Bhubaneswar, Kanhucharan Sahu, un jornalero de 32 años, está luchando por continuar el tratamiento contra la tuberculosis de su hija de dos años, ya que los medicamentos del gobierno no están disponibles desde hace tres meses y los privados cuestan 18 dólares al mes, una carga insostenible.



La hija de dos años de Kanhucharan Sahu está luchando contra la tuberculosis.

“No podemos verla sufrir más”, dice con la voz entrecortada. “Incluso pensamos en abandonarla”.

En la oficina local de tuberculosis de Odisha, los funcionarios prometieron revisar el caso de Sahu, pero un miembro del personal admitió: “Rara vez conseguimos los medicamentos que necesitamos, así que los racionamos”.

Sahu dijo que no ha recibido el apoyo mensual de 12 dólares prometido por el gobierno federal y en la oficina local de tuberculosis los funcionarios admiten que hay escasez crónica, dejando a familias como la suya a la deriva en un sistema fallido.

Vijayalakshmi Routray, quien dirige el grupo de apoyo a pacientes Sahyog, afirmó que la escasez de medicamentos es ahora habitual, y los suministros gubernamentales a menudo se agotan. “¿Cómo podemos hablar de acabar con la tuberculosis con semejante escasez?”, preguntó.

También existen otros obstáculos; por ejemplo, cambiar de centro de tratamiento implica sortear una compleja burocracia, una barrera que a menudo provoca la omisión de dosis y una atención incompleta. Esto supone un importante obstáculo para la vasta población de trabajadores migrantes de India.

En un hospital cerca de Khordha, Babu Nayak, un barrendero de 50 años diagnosticado con tuberculosis en 2023, lucha por continuar su tratamiento. Se veía obligado a viajar 100 km a su aldea para conseguir medicamentos, ya que las autoridades insistían en que los recogiera en el centro donde le diagnosticaron y se lo trató inicialmente.

“Se volvió demasiado difícil”, dijo.

Al no poder viajar con tanta frecuencia, Nayak dejó de tomar la medicación por completo. “Fue un error”, admitió, después de contraer tuberculosis nuevamente el año pasado y ser hospitalizado.

En su hospital no había ningún especialista en tuberculosis disponible, lo que pone de relieve otra laguna crítica en la lucha de India: la escasez de trabajadores sanitarios de primera línea.

Un informe parlamentario de 2023 mostró que había muchos puestos vacantes en todos los niveles del programa de tuberculosis, lo que afectaba el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento, especialmente en zonas rurales y marginadas.

En 2018, cuando el primer ministro Narendra Damodardas Modi adelantó el objetivo de eliminación de la tuberculosis en India hasta 2025, citó los esfuerzos intensificados del gobierno como motivo de optimismo.

Dos años después, la pandemia de covid interrumpió los esfuerzos globales para eliminar la tuberculosis, retrasando el diagnóstico, desviando recursos y paralizando los servicios ruti-

narios. La escasez de medicamentos, las limitaciones de personal y el debilitamiento del seguimiento de los pacientes han ampliado aún más la brecha entre la ambición y la realidad.

A pesar de estos desafíos, India ha logrado algunos avances. Durante la última década, el país redujo la mortalidad relacionada con la tuberculosis. Entre 2015 y 2023, las muertes por tuberculosis disminuyeron de 28 a 22 cada 100.000 personas. Sin embargo, esta cifra sigue siendo elevada en comparación con el promedio mundial, que se sitúa en 15,5.



El número de casos reportados aumentó, lo cual el gobierno atribuye a sus programas específicos de divulgación y detección. En 2024, India registró 2,6 millones de casos de tuberculosis, frente a los 2,5 millones de 2023.

El ministro federal de Salud, Jagat Prakash Nadda, promocionó recientemente innovaciones como los dispositivos portátiles de rayos X como un factor decisivo para ampliar las pruebas. Sin embargo, en la práctica, el panorama es menos optimista.

“Aún veo a algunos pacientes que acuden a mí con informes de microscopía de frotis de esputo para tuberculosis, una prueba que tiene una tasa de detección mucho más baja en comparación con las pruebas genéticas”, dijo el Dr. Lancelot Pinto, un epidemiólogo radicado en Mumbai.

Las pruebas genéticas, que incluyen las máquinas de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) —ampliamente utilizadas para diagnosticar VIH, influenza y, más recientemente, covid— y las pruebas de amplificación de ácidos nucleicos, también examinan la muestra de esputo pero con mayor sensibilidad y en un período de tiempo más corto.

“Además, las pruebas pueden revelar si la cepa de tuberculosis es resistente o sensible a los medicamentos, algo que las pruebas microscópicas no pueden hacer”, dijo Pinto.

“La brecha no se debe sólo a la falta de concienciación, sino también al acceso limitado a pruebas modernas”, añadió.

Las pruebas genéticas son gratuitas en los hospitales públicos, pero su disponibilidad no es uniforme; solo unos pocos estados pueden ofrecerlas.

En mayo, Modi dirigió una revisión de alto nivel del programa de eliminación de la tuberculosis de India, reafirmando el compromiso del país de derrotar la enfermedad.

Pero la declaración oficial omitió notablemente mencionar la fecha límite de 2025. En cambio, destacó las estrategias impulsadas por la comunidad (mejor saneamiento, nutrición y apoyo social para las familias afectadas por la tuberculosis) como claves para la lucha.

El gobierno también priorizó un mejor diagnóstico, tratamiento y prevención como eje central de su estrategia de eliminación.

Este enfoque refleja la visión de la OMS de la tuberculosis como una “enfermedad de la pobreza”. En su informe de 2024, el director de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, la calificó como “la enfermedad definitiva de la privación”, señalando cómo la pobreza, la desnutrición y los costos del tratamiento atrapan a los pacientes en un círculo vicioso. Mientras India

avanza hacia su objetivo de eliminar la enfermedad, persisten profundas desigualdades sanitarias y sociales.

A solo seis meses de que se cumpla el plazo autoimpuesto por la India, han surgido nuevas complicaciones.

Las consecuencias del retiro del presidente estadounidense Donald John Trump de la OMS y la suspensión de las operaciones de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) han suscitado inquietud sobre la futura financiación de las iniciativas mundiales contra la tuberculosis. Desde 1998, la USAID invirtió más de 140 millones de dólares para ayudar a diagnosticar y tratar a pacientes con tuberculosis en India.

Sin embargo, el secretario federal de salud de la India insiste en que no se prevé “ningún problema presupuestario”.

Mientras tanto, la esperanza se vislumbra en el horizonte. Dieciséis vacunas candidatas contra la tuberculosis se encuentran actualmente en desarrollo en todo el mundo, y la OMS proyecta su posible disponibilidad en cinco años, a la espera de ensayos clínicos exitosos.

El número de muertos por fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en Irak aumentó a 19 desde principios de este año, anunció el 12 de junio el Ministerio de Salud iraquí.

Se han registrado un total de 123 casos de esta enfermedad en todo el país, con 19 muertes, dijo el portavoz del ministerio, Saif al-Badr.

El portavoz señaló que la sureña provincia de Dhi Qar registró el mayor número de infecciones, con 36 casos y una muerte, seguida de Bagdad con 18 casos y cinco muertes.

Esta última actualización marca un aumento respecto a las cifras anunciadas por las autoridades sanitarias iraquíes el 5 de junio, que eran de 107 casos y 16 muertes.

En su declaración, al-Badr instó a las autoridades de seguridad a tomar las medidas necesarias para frenar el pastoreo ilegal y el tráfico de ganado, ya que representan un riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas.

La fiebre hemorrágica de Crimea-Congo, que se caracteriza por fiebre, dolores musculares, dolor de cabeza y sangrado, tiene una alta tasa de letalidad, que varía entre 10% y 40%.

Desde fines de la década de 1970, esta enfermedad ha sido la fiebre hemorrágica viral más común en Irak. Se transmite a los humanos principalmente por picaduras de garrapatas o por contacto con sangre y tejidos de animales infectados, especialmente ganado.

Desde entonces, el país ha experimentado brotes recurrentes de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo. El más grande se produjo en 2023, cuando se notificaron más de 587 casos y 83 muertes, afectando principalmente a las provincias del sur.

La fiebre hemorrágica de Crimea-Congo es causada por la infección por el virus de la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo, un nairovirus transmitido por garrapatas.

El virus se transmite por el contacto con garrapatas o sangre de animales infectados (p. ej., ganado vacuno). El virus puede transmitirse de persona a persona a través del contacto con sangre o fluidos corporales infectados.

Los síntomas iniciales incluyen dolor de cabeza, fiebre alta, dolor de espalda, dolor articular, dolor de estómago y vómitos. A medida que la enfermedad progresa, pueden observarse extensas zonas con hematomas, hemorragias nasales graves y sangrado en los puntos de inyección.

En los brotes documentados de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo, las tasas de mortalidad en pacientes hospitalizados han oscilado entre 9% y hasta 50%.

La Organización Mundial de la Salud advierte que los brotes de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en la región suelen alcanzar su punto máximo durante la primavera y el verano debido al aumento de las actividades agrícolas y el movimiento de animales.

Las autoridades sanitarias del Reino Unido están investigando un aumento en los casos de hepatitis A que han vinculado con un alimento contaminado de un supermercado.

La Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKHSA) identificó una ola de infecciones de hepatitis A después de que 95 personas desarrollaran una infección hepática grave, de las que 58 requirieron hospitalización.

La hepatitis A, causada por un virus que se propaga a través de heces contaminadas que llegan a los alimentos y bebidas, puede ser mortal, pero normalmente no es común en el Reino Unido.



Las autoridades confirmaron dos conglomerados separados del virus en Gran Bretaña, con 53 casos reportados solo desde diciembre de 2024 en la última ola.

El análisis de entrevistas a pacientes vinculó el brote a un alimento específico comprado en un supermercado no identificado, que la mayoría de los pacientes informaron haber consumido antes de enfermarse.

Los funcionarios, que aún no han identificado el producto, afirmaron que “ha surgido como un posible vehículo de transmisión”.

En el primer conglomerado hubo 19 personas hospitalizadas con la infección, la mayoría de los cuales tenían entre 50 y 69 años de edad.

El segundo conglomerado incluyó 39 casos que necesitaron atención hospitalaria debido a la enfermedad.

En total, se han notificado 95 casos en ambas olas de la infección.

Los casos relacionados con el primer conglomerado de infecciones van desde enero de 2021 hasta marzo de 2025, y se han notificado 23 casos desde agosto de 2024 en la primera ola.

La última ola se produjo en enero de 2023 y hasta marzo de este año se siguieron notificando casos.

Aún no se han reportado muertes relacionadas con el brote.

Salud Pública de Escocia lidera la investigación en curso junto con la UKHSA y dijo que la ausencia de viajes internacionales entre los pacientes y la mención repetida de ciertos alimentos está ayudando a orientar su investigación.

Esto ocurre mientras los jefes de salud del Reino Unido informaron un aumento en el número de casos de hepatitis aguda en niños de 10 años y menores. Entre enero y mayo de 2022, casi 180 niños enfermaron de una forma inusual de enfermedad hepática.

Por lo general, sólo alrededor de 20 niños contraen un caso inexplicable de hepatitis cada año.

Un brote en una escuela de Huddersfield en 2023 provocó una advertencia de salud pública, después de que dos niños contrajeran hepatitis A.

A los alumnos y al personal se les ofrecieron vacunas contra la hepatitis A como medida de precaución, a pesar de que la vacuna no se ofrece de forma rutinaria en el Reino Unido porque el riesgo de infección es muy bajo.

Desde hace un año, equipos de Médicos Sin Fronteras (MSF) en Darfur han sido testigos de brotes de sarampión en los cuatro estados de Darfur donde actualmente trabajamos. Mientras que las campañas de vacunación masivas están finalmente en curso en varios lugares de toda la región, la ONG insistió en la necesidad de aumentar los esfuerzos para ponerse al día con la inmunización de los niños que nunca han sido vacunados.



Una de las tres extensiones donde los equipos de Médicos Sin Fronteras atienden casos graves de sarampión. Ese día, 11 pacientes compartían las 10 camas disponibles.

El primer aumento de casos de sarampión que la organización observó y trató ocurrió en junio de 2024 en Rokero, una ciudad en el norte de las montañas Marra en Wasat Darfur, donde sus equipos gestionaron sin interrupciones el hospital local del Ministerio de Salud desde 2020. A principios de 2025, también se reportaron casos en Jebel Marra, Janub Darfur, y en Forbrengea, Gharb Darfur. Más recientemente, se han estado registrando nuevos brotes en Zalengei, Sortony y en Tine, en el este de Chad, todos lugares donde MSF lleva a cabo actividades.

De junio de 2024 a fines de mayo de 2025, más de 9.950 pacientes fueron tratados por sarampión en centros de salud gestionados o apoyados por MSF en la región. Alrededor de 2.700 fueron casos complicados que requirieron hospitalización, y fueron registradas 35 muertes. Para poder atender el aumento de pacientes, la ONG debió ampliar la capacidad de camas pediátricas en tres hospitales.

Una de las causas principales de esta situación es la ya baja cobertura de inmunización en la región. “En Forbrengea, 30% de los pacientes con sarampión que estamos recibiendo tiene más de cinco años y solo 5% de ellos está vacunado. Esto sugiere que la falta de vacunación se remonta a mucho antes del conflicto reciente”, explicó Sue Bucknell, subdirectora de misión de MSF en Gharb Darfur.

“El conflicto en curso también está contribuyendo a este brote de sarampión, pues limita la capacidad de los equipos médicos tanto para prevenir como para responder a los brotes de enfermedades contagiosas”, añadió la Dra. Cecilia Greco, coordinadora médica de MSF en Wasat Darfur. “El desplazamiento masivo de la población ha hecho que la enfermedad se propague más rápido por la región, complicando aún más la situación”.

Desde que estalló la guerra, los constantes impedimentos administrativos y los bloqueos regulares de las principales rutas de suministro han provocado una escasez de vacunas en todo Darfur. Esto ha interrumpido los programas de inmunización rutinaria en varios lugares, a veces durante meses. En Sortony, por ejemplo, un campo de personas desplazadas internamente en Shamal Darfur que alberga a más de 55.000 personas, la vacunación se detuvo por completo desde mayo de 2024 hasta febrero de 2025.

Estas limitaciones y escasez también han reducido la capacidad de varios actores médicos para implementar campañas de respuesta adecuadas. El año pasado, MSF realizó varias campañas de vacunación como la de noviembre de 2024 en Jebel Marra, donde 9.600 menores fueron vacunados.

Sin embargo, debido al suministro limitado de vacunas, equipos de MSF se vieron obligados a reducir el objetivo y a excluir a los niños mayores de cinco años, a pesar de las



Salah Aldeen, enfermero de Médicos Sin Fronteras, coloca una vacuna a Marwa, de 3 años. Marwa ingresó el día anterior debido a los síntomas comunes del sarampión.

claras necesidades. Esto inevitablemente redujo el impacto a largo plazo de estas campañas. En Jebel Marra, aunque la campaña de vacunación inicialmente frenó el brote, los casos comenzaron a aumentar drásticamente de nuevo a partir de febrero.

Aunque actualmente se están llevando a cabo campañas de vacunación masiva en distintas partes de Darfur, las negociaciones y los procedimientos han sido largos. Después de que MSF alertara sobre los múltiples brotes de sarampión que estaban presenciando, pasaron meses antes de que el Ministerio Federal de Salud en Port Sudan y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) liberaran las vacunas necesarias de sus reservas, permitiendo iniciar campañas de vacunación masiva en diferentes zonas de Darfur.

La semana pasada, 55.800 niños de entre nueve meses y 15 años de edad fueron vacunados en Forbrengea como parte de una campaña liderada por el Ministerio de Salud y apoyada por MSF. Se prevé que 93.000 niños más reciban la vacuna en Jebel Marra y Sortony para el final de esta semana, en una campaña similar.

“Incluso si representan un cierto logro, estas campañas deberían haberse realizado mucho antes. La mayoría de los casos de sarampión y sus consecuencias podrían haberse prevenido”, afirmó Greco. “Y por muy necesarias que sean, este tipo de campañas reactivas son solo un curita sobre una herida abierta a menos que se realicen esfuerzos masivos en inmunización y prevención en todo Darfur, incluyendo sus áreas más remotas”.

Bucknell advirtió sobre la amenaza de nuevos brotes de enfermedades si no se inician estos esfuerzos. “El sarampión no es la única enfermedad contagiosa actualmente presente en Darfur con potencial de convertirse en brote. En los últimos 10 días, alrededor de 200 casos sospechosos de cólera fueron llevados a centros de salud apoyados por MSF en dos estados diferentes de Darfur. Esto se produce tras un brote significativo de cólera en el estado de Jartum y otras partes de Sudán”, señaló.

“Es esencial que las autoridades sanitarias federales y locales, las agencias de la Organización de Naciones Unidas y todos los equipos médicos en terreno colaboren no solo para ponerse al día con la vacunación de todos los niños que han quedado rezagados por los programas de inmunización a lo largo de los años, sino también para fortalecer su capacidad de responder de manera rápida y eficaz en caso de que surjan otros brotes, como el cólera, que comienza a extenderse por Darfur. Esto incluye la capacidad de suministrar vacunas dentro y a través de Sudán, sin volver a enfrentar los mismos impedimentos”, concluyó Greco.

Las autoridades sanitarias de Tailandia contabilizaron 102 muertes debido a la covid entre el 11 de mayo y el 11 de junio, tiempo en el que el país ha registrado un brote de la enfermedad que el Gobierno atribuye a causas estacionales y una caída en la inmunización, según explicó el Ministerio de Salud tailandés.

El repunte de la enfermedad en Tailandia, con más de 350.000 contagios en un mes, activó las alarmas en Asia y Oceanía, donde se documentó un ligero aumento de casos mientras los gobiernos llaman a la prevención, si bien aseguran que la situación está bajo control.



“El reciente aumento en el número de casos de covid podría deberse a varios factores combinados. Uno de ellos es la temporada de lluvias, que influye en el incremento de los contagios”, indicó la fuente sanitaria.

Asimismo, el Gobierno aseguró que el brote está vinculado con las mutaciones del virus, “especialmente en las subvariantes de Omicron –como JN.1, KP.2, KP.3–, que presentan una mayor capacidad de transmisión y una mejor evasión del sistema inmunológico en comparación con variantes anteriores”.

Las autoridades no explican aún cómo ha impactado este aumento repentino en el número de casos –365.527 en los últimos 31 días– en la capacidad de respuesta de los hospitales públicos y privados y, en cambio, insiste en llamar a los ciudadanos a retomar las medidas de prevención.

“Esto provocó un aumento en los casos de reinfección, incluso en personas que ya han sido infectadas o vacunadas anteriormente”, remarcó la fuente.

A esto se suma “la disminución de la inmunidad con el tiempo, especialmente entre quienes no han recibido una dosis de refuerzo o la dosis más reciente en los últimos 6 a 12 meses”.

Además, el Ministerio de Salud tailandés advirtió que han disminuido las medidas preventivas entre la población –como el uso de barbijo y el distanciamiento físico–, lo que ayuda en alguna medida a la propagación del SARS-CoV-2, sobre todo en actividades que suponen concentración de personas.

En el caso de Tailandia, que recibe a cientos de miles de turistas extranjeros cada semana, se añade el inicio del nuevo ciclo escolar, algo que “incrementa las oportunidades de contagio” entre los estudiantes y de estos a sus padres.

El Gobierno no explica aún cómo ha impactado este aumento repentino en el número de casos –365.527 en los últimos 31 días– en la capacidad de respuesta de los hospitales públicos y privados y, en cambio, insiste en llamar a los ciudadanos a retomar las medidas de prevención.

Además de Tailandia, las autoridades de Indonesia, Vietnam, Camboya y Myanmar instaron a fortalecer la prevención en el sudeste asiático tras registrar leves aumentos de casos en esos países, mientras que Nueva Zelanda y Australia hicieron lo propio en Oceanía.

En India, donde ha habido un repunte –con 7.121 infecciones activas actualmente–, el Gobierno decidió someter desde hoy a pruebas de reacción en cadena de la polimerasa a cualquier funcionario que necesite una reunión con el primer ministro, Narendra Damodardas Modi.

<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>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.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------