

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de dengue

AMÉRICA

- Bolivia: El brote de sarampión se extiende a siete departamentos y suma 115 casos
- Brasil: Aumentan en 90% los casos de hepatitis A en São Paulo en el primer semestre de 2025
- Canadá: Brote de legionelosis en Ontario

- Colombia: Situación epidemiológica de las leishmaniasis
- Estados Unidos: Record desde 2019 de visitas a servicios de emergencia por picaduras de garrapatas
- Perú: Brote de leptospirosis en Sullana

EL MUNDO

- España: Segundo caso de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo del año en Salamanca
- Etiopía: Situación epidemiológica del cólera

- Guinea: Dos casos de fiebre hemorrágica de Lassa en la región de Nzérékoré
- Namibia: Situación epidemiológica de la malaria
- Palestina: La ola de calor agrava la crisis de los desplazados y heridos de Gaza
- Senegal: El país eliminó el tracoma como problema de salud pública
- La vacunación en la respuesta a emergencias redujo en 60% las muertes por enfermedades infecciosas desde el año 2000

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

sadi Sociedad Argentina
de Infectología
WWW.SADI.ORG.AR

Takeda
WWW.TAKEDAPRO.COM.AR/

Adherentes



SLAMVI
Sociedad Latinoamericana
de Medicina del Viajero



GEMICOMED
seimc.org

**Comité Nacional
de Infectología
SAP**



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 histórica

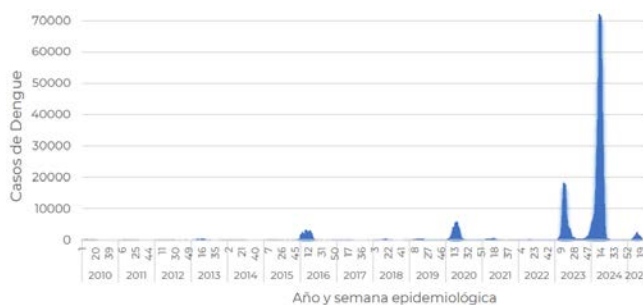
Un análisis histórico de la situación del dengue en Argentina muestra que desde el año 2010 se evidencia una notable disminución en los intervalos interepidémicos, tendencia que se ha acentuado en los últimos cinco años.

Desde la reemergencia del dengue en Argentina en 1997, se evidencia que los años 2023 y 2024 han sido escenario de dos epidemias de magnitud sin precedentes, concentrando 82% del total de casos históricos registrados en el país hasta el momento.

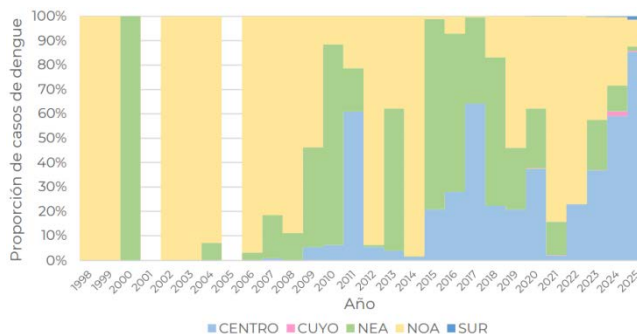
El aporte de casos de cada región al total nacional varió a lo largo de los años. Hasta el año 2008, la Región Noroeste Argentino (NOA) y, en menor medida, la Región Noreste Argentino (NEA), aportaron la mayor parte de los casos registrados. A partir de 2009, la Región Centro comenzó a registrar un incremento en su participación durante los años epidémicos; desde entonces, esta región concentró, en diversos periodos, una proporción considerable de los casos notificados, llegando representar más de 50% del total nacional durante la epidemia de 2024.

Por su parte, la Región Cuyo reportó casos desde 2021, con una participación más destacada en los últimos dos años epidémicos. En la Región Sur, durante los últimos dos años, se identificaron casos autóctonos en La Pampa, marcando un hito en la expansión territorial de la enfermedad.

En los últimos cinco años, Argentina experimentó un incremento sostenido en el número de casos de dengue, con la aparición de brotes en departamentos sin antecedentes de transmisión. A partir de 2023, se constató la persistencia de la circulación viral durante la temporada invernal en la región NEA y un adelantamiento de los casos, evidenciando un cambio en la temporalidad.



Casos de dengue por semana epidemiológica. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2010 a 27 de 2025. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N=862.792).



Distribución regional de los casos de dengue. Argentina. Años 1998/2025. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Aunque los casos reportados en la temporada actual se encuentran por debajo de los niveles observados en temporadas epidémicas, superan los valores correspondientes a las temporadas no epidémicas, prácticamente en todas las semanas epidemiológicas (SE) desde la SE 41. Hasta la SE 4, los casos de la temporada actual siguen una tendencia muy similar a los de la temporada 2020/2021 (4.157 casos), teniendo en cuenta que esta última fue la de mayor magnitud dentro de las no epidémicas. A partir de la SE 5, la temporada actual muestra un aumento progresivo, fundamentalmente a partir de la SE 8, ubicándose en un escenario intermedio, cercano a la temporada 2008/2009 (25.945 casos). A partir de la SE 15, se registra un descenso sostenido en el número de casos, manteniéndose por debajo del pico observado en la temporada 2008/2009, aunque aún por encima de los casos correspondientes a todas las temporadas no epidémicas.

En este contexto, si bien la situación epidemiológica actual no se asemeja a la elevada magnitud de casos registrada en las últimas dos temporadas epidémicas, el número de casos mayor al de las temporadas no epidémicas subraya la necesidad de monitorear su evolución en las próximas SE para determinar la tendencia definitiva de la temporada actual. Concomitantemente con esta descripción, es preciso tener en cuenta que se están comparando SE actuales con las de años cerrados, por lo que se hace necesario reforzar aún más la importancia del análisis y el monitoreo de la situación en el año 2025.

Por lo dicho, el Ministerio de Salud de Argentina instó a los equipos de salud a fortalecer las estrategias de vigilancia, incluyendo la sospecha clínica, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de los casos.

Temporada actual

En lo que va de la temporada 2024-2025 –desde la SE 31 de 2024 hasta la SE 27 de 2025–, se notificaron en Argentina 76.624 casos sospechosos de dengue en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2,0}), de los cuales 8.332 fueron confirmados por laboratorio y 8.687 por nexo clínico epidemiológico, con un total de 17.019 casos de dengue. Un total de 8.086 casos (97%) no contaron con antecedentes de viaje. Se confirmaron además cuatro casos asociados a trasplantes de órganos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y las provincias de Buenos Aires y Santa Fe. Se notificaron 157 casos con antecedente de vacunación contra el dengue dentro de los 30 días previos al inicio de los síntomas¹. Se confirmaron 246 casos importados de otros países con antecedentes de viaje a Brasil, China, Colombia, Cuba, India, México, Paraguay, Perú, República Dominicana, Tailandia y Venezuela.

Durante la SE 27 de 2025, se notificaron 232 casos sospechosos, de los cuales 12 se confirmaron y cuatro fueron clasificados como casos probables, de los que la totalidad se encuentra en investigación con respecto al antecedente epidemiológico. Estos casos pueden tener inicio de síntomas, consulta o toma de muestra en SE anteriores.

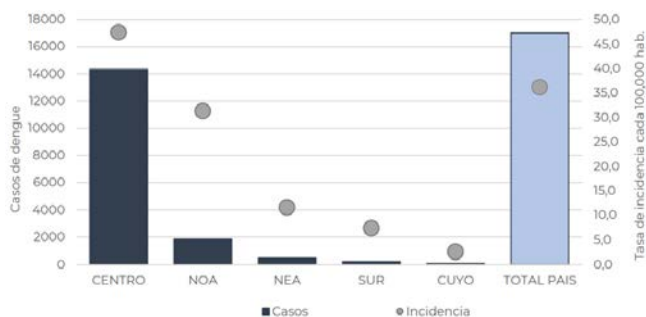
La incidencia acumulada a nivel nacional para la temporada actual es de 36 casos cada 100.000 habitantes. En cuanto a la afectación por región, la mayor incidencia acumulada fue la de la Región Centro (47 casos cada 100.000 habitantes), seguida por las regiones NOA (31), NEA (12), Sur (7) y Cuyo (3). En cuanto al aporte de casos absolutos, la Región Centro aportó

¹ En los casos que cuentan con antecedente de vacunación reciente, un resultado positivo por métodos confirmatorios puede deberse a una transmisión vectorial (infección aguda) o infección por virus salvaje o vacunal. Por lo tanto, aquellos casos vacunados de menos de 30 días, se deberán considerar como sospechosos a los efectos de la vigilancia epidemiológica, y por lo tanto desencadenar las medidas de prevención y control pertinentes, pero no se recomienda realizar en ellos pruebas para el estudio etiológico, excepto en casos graves y fatales. Para más información, puede consultarse la [*Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorio de Dengue y otros Arbovirus*](#), publicada por la Dirección de Epidemiología en noviembre de 2024.

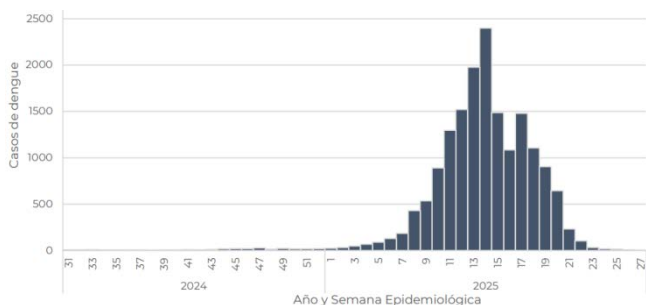
84,3% de todos los casos de dengue notificados, seguida por las regiones NOA (10,9%), NEA (2,9%), Sur (1,3%) y Cuyo (0,5%).

Del análisis de la curva epidémica de la temporada 2024-2025, se observa que:

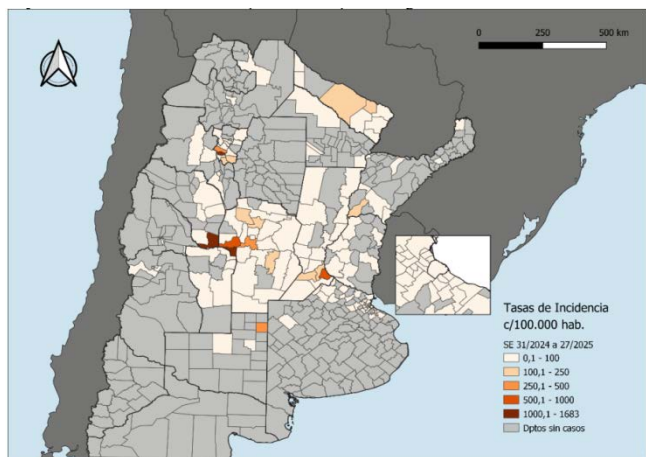
- Hasta la SE 52 se notificaron 13 casos en promedio por semana, cuyo rango oscila entre 5 y 28. Si bien se observan sutiles oscilaciones asociadas al aumento/descenso de casos, la curva mantiene una tendencia estable sin variaciones sustanciales en el comportamiento epidemiológico.
- A partir de la SE 1, y considerando la carga retrospectiva de casos al SNVS^{2.0}, se evidencia un aumento progresivo en la incidencia de casos, alcanzando su punto máximo en la SE 14. A partir de la SE 15 se evidencia un cambio en la tendencia, con un descenso progresivo en el número de casos notificados. El promedio de casos hasta la SE 27 es 620.
- Durante la última SE puede observarse un aparente descenso en el número de casos, lo cual podría estar relacionado con retrasos en la notificación. Esta variabilidad, causada por la carga retrospectiva, podría modificar la dinámica previamente observada. Sin embargo, este fenómeno se corregirá y reflejará adecuadamente en análisis posteriores, una vez que los registros sean actualizados.



Casos y tasas de incidencia acumulada cada 100.000 habitantes, según región. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2024 a 27 de 2025. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Casos confirmados de dengue, según semana epidemiológica. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2024 a 27 de 2025. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Tasas de incidencia acumulada de casos autóctonos de dengue cada 100.000 habitantes, según departamento. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2024 a 25 de 2025. Fuente: Área de Análisis de Información e Investigación, Ministerio de Salud de Argentina.

Distribución geográfica

Durante las últimas cuatro SE, se registraron principalmente casos de dengue en los departamentos Río Chico, Chicligasta, La Cocha y Graneros (provincia de Tucumán), y en los departamentos Patiño, Pilcomayo, Pilagás, Pirané y Capital (provincia de Formosa).

Serotipos circulantes

Se observa una mayor prevalencia del serotipo DENV-1 (64,68%). Los casos de DENV-2 alcanzan a 35,06% de los casos, sobre todo a expensas de la notificación de las provincias de Córdoba, Formosa y Santa Fe. Menos de 1% corresponde a los serotipos DENV-3 y DENV-4.

En la SE 4 se notificó el primer caso de dengue por el serotipo DENV-3, sin antecedente de viaje, en el departamento de Rosario, Santa Fe.

Los restantes casos de DENV-3 y un caso de DENV-4, corresponden a notificaciones de casos con antecedente de viaje fuera del país: Brasil, Cuba, México, Tailandia y Venezuela.

Provincia/Región	Sin antecedente de viaje		Con antecedente de viaje		Casos por crit. clínico epidemiológ.	Total de casos de dengue	Laboratorio negativo	Sospechoso (sin laborat.)	Total notificados
	Confirmado por laborat.	Probable	Confirmado por laborat.	Probable					
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	156	142	18	2	—	174	2.268	759	3.345
Buenos Aires	459	564	24	15	55	538	5.736	1.035	7.888
Córdoba	2.415	1.556	8	3	1.153	3.576	9.428	712	15.275
Entre Ríos	107	101	12	10	8	127	887	3	1.128
Santa Fe	2.895	615	125	11	6.910	9.930	3.866	1.289	15.711
Centro	6.032	2.978	187	41	8.126	14.345	22.185	3.798	43.347
Mendoza	11	35	7	3	—	18	1.668	97	1.821
San Juan	1	1	1	1	—	2	359	9	372
San Luis	59	22	8	5	—	67	290	33	417
Cuyo	71	58	16	9	—	87	2.317	139	2.610
Chaco	15	212	1	—	—	16	2.653	102	2.983
Corrientes	58	8	1	—	—	59	477	19	563
Formosa	422	5	—	—	—	422	7.476	67	7.970
Misiones	2	20	3	5	—	5	1.273	3	1.306
Noreste Argentino	497	245	5	5	—	502	11.879	191	12.822
Catamarca	10	12	8	6	1	19	885	4	926
Jujuy	—	—	—	—	—	—	1.201	2	1.203
La Rioja	117	49	—	—	—	117	1.346	6	1.518
Salta	18	62	6	12	2	26	2.213	84	2.397
Santiago del Estero	—	37	2	2	—	2	1.136	300	1.477
Tucumán	1.172	429	—	1	521	1.693	6.412	657	9.192
Noroeste Argentino	1.317	589	16	21	524	1.857	13.193	1.053	16.713
Chubut	—	—	6	3	—	6	30	2	41
La Pampa	169	34	9	2	37	215	640	56	947
Neuquén	—	2	4	1	—	4	40	3	50
Río Negro	—	—	—	1	—	—	5	—	6
Santa Cruz	—	—	1	1	—	1	57	4	63
Tierra del Fuego	—	—	2	2	—	2	17	4	25
Sur	169	36	22	10	37	228	789	69	1.132
Total Argentina	8.086	3.906	246	86	8.687	17.019	50.363	5.250	76.624

Casos de dengue según clasificación y jurisdicción. Argentina. Temporada 2024/2025, de semana epidemiológica 31 de 2024 a 25 de 2025. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Nota: Se excluyen los casos relacionados con la vacunación y trasplantados.

Dengue durante el embarazo

En Argentina, durante la temporada 2023/2024, se notificaron 2.380 casos de dengue en embarazadas, con una mediana de edad de 27 años; 21 casos se notificaron como dengue grave y cuatro casos fallecieron. Por esta razón, se creó en octubre de 2024 el evento “Dengue durante el embarazo” para garantizar la correcta notificación de los casos de dengue asociados a dicha condición clínica y poder registrar los mortinatos, las muertes fetales y los abortos, si correspondiera.

Desde su creación, se han notificado 434 casos sospechosos de dengue durante el embarazo, de los cuales, 115 fueron confirmados, 15 se clasificaron como probables, 267 cuentan con laboratorio negativo y 37 no cuentan con laboratorio.

El primer caso confirmado se registró en la jurisdicción de Tucumán (departamento Río Chico) y correspondió al serotipo DENV-1. Retrospectivamente, se notificaron un caso en Río Chico (SE 11) y otro en Chicligasta (SE 10).

En la provincia de Santa Fe se registraron 70 casos confirmados, de los cuales 34 correspondieron al serotipo DENV-1 y 25 al DENV-2, mientras que los restantes no cuentan con serotipificación. El 97% corresponde a la ciudad de Rosario.

En la provincia de Córdoba se registraron 33 casos confirmados, con residencia en los departamentos San Javier (DENV-1), Colón (DENV-2), Capital (DENV-1), General San Martín (DENV-1), Santa María (DENV-2), San Alberto, Marcos Juárez (DENV-1) y Villa Dolores (DENV-1).

En uno de los casos del departamento Colón, se arribó al diagnóstico a las pocas horas del nacimiento, dado que su madre se encontraba sintomática. Se detectó el serotipo DENV-2,

interpretándose como dengue asociado a transmisión vertical. Las manifestaciones clínicas registradas en el recién nacido fueron exantema y trombocitopenia. Permaneció internado en el Área de Neonatología, con buena evolución. Se encuentra de alta médica, sin complicaciones asociadas.

Además, se registraron un caso en Corrientes (departamento Esquina; DENV-2), un caso en la CABA (Comuna 14; DENV-1) y cuatro en la provincia de Buenos Aires.

Ninguna de las pacientes embarazadas presentaba antecedentes de viaje ni vacunación y todas mostraron una evolución clínica favorable.

Dengue grave y mortalidad

Entre la SE 31 de 2024 y la SE 27 de 2025 se registraron 35 casos confirmados de dengue grave, de los cuales 12 fallecieron. Las jurisdicciones que reportaron casos graves fueron CABA (Comuna 11 y 12) y las provincias de Buenos Aires (San Martín, Lanús, Moreno, Merlo), Córdoba (Capital, Ischilín, San Alberto y Santa María), La Rioja (Capital), Entre Ríos (Nogoyá), Mendoza (Las Heras) y Santa Fe (Rosario y San Lorenzo). Se registró en el SNVS^{2.0} la recuperación con alta médica en 16 casos con criterio de gravedad.

Con respecto a los casos fallecidos, entre la SE 31 de 2024 y la SE 27 de 2025 se han registrado 12 óbitos vinculados al evento. Diez de los casos correspondieron a residentes de la provincia de Santa Fe, de los departamentos Rosario (8), San Lorenzo (1) y Caseros (1). Los otros dos casos correspondieron a residentes de la CABA (Comuna 11) y Córdoba (San Alberto). Los fallecimientos ocurrieron entre las SE 11 y 20 (considerando la fecha de inicio de síntomas). La mediana de edad es de 65 años, con un rango de edades entre 14 meses y 79 años. Nueve de los 12 casos presentaban comorbilidades o condiciones clínicas preexistentes que contribuyeron al desarrollo de complicaciones asociadas a la infección por el virus Dengue y, por tanto, al fallecimiento: obesidad mórbida, diabetes, hipertensión, cardiopatía, enfermedad neurológicacrónica y/o inmunocompromiso. Dos de los casos fallecidos correspondieron a personas adultas jóvenes (25 y 47 años) sin comorbilidades identificadas al momento del análisis. Ambos eventos continúan en proceso de evaluación por parte de los comités de vigilancia de la gravedad y mortalidad por dengue, tanto a nivel jurisdiccional como nacional.

El sarampión sigue propagándose en Bolivia. La ministra de Salud, María Renée Castro Cusicanqui, confirmó el 12 de julio el primer caso de esta enfermedad en Pando, con lo cual ya son siete los departamentos del país que están afectados por el brote que empezó en junio.

“Hasta la fecha, Bolivia reporta 115 casos confirmados de sarampión: 94 en Santa Cruz; 10 en La Paz; cuatro en Potosí; tres en Beni; dos en Chuquisaca; uno en Oruro; y uno recientemente en Pando”, informó Castro Cusicanqui. “La mayoría ya se ha recuperado, y el resto se encuentra en fase de recuperación, con el seguimiento correspondiente”, agregó.

La ministra había informado 105 casos en el país el 11 de julio. Los incrementos se registraron en tres departamentos: Santa Cruz, que pasó de 87 a 94; La Paz, que subió de nueve a 10; y Chuquisaca que presentaba uno e incrementó a dos. A eso se suma el primer contagio en Pando, que hasta la fecha se había mantenido al margen del brote.

“Estos datos, que actualizamos todos los días, nos permiten actuar con rapidez y fortalecer la respuesta en todo el país”, destacó la autoridad.

Solo los departamentos de Tarija y Cochabamba, hasta el momento, mantienen en cero sus registros de sarampión. No obstante, ambas regiones han activado medidas como la vacunación masiva de los niños.

El brote de sarampión empezó en el país a principios de junio, en el departamento de Santa Cruz. Hasta abril, el país había registrado solo un caso, pero el 4 de junio se informó del segundo contagio, que resultó en el inicio de un brote que supera ya el centenar de positivos.

El Ministerio de Salud y Deportes activó la emergencia sanitaria nacional, debido a que el sarampión es considerado peligroso por su alto grado de transmisibilidad y riesgo de secuelas como encefalitis, ceguera y otros.

Las autoridades han llamado a la población a vacunarse. Cada región activó campañas en centros de salud, e incluso con brigadas casa por casa. También, para prevenir contagios, se ha pedido reforzar las medidas de bioseguridad, como el lavado frecuente de manos, el uso adecuado de barbijo y el respeto del distanciamiento físico en espacios con aglomeración, para reducir el riesgo de contagio.

Asimismo, la cartera de Estado informó que realiza gestiones para traer nuevos lotes de vacunas. El sarampión es una enfermedad que causa preocupación en la región. De hecho, en febrero la Organización Panamericana de la Salud (OPS) activó una alerta epidemiológica por el incremento de casos en varios países.

El Estado de São Paulo registró 949 casos de hepatitis A en el primer semestre de 2025, frente a 498 en el mismo período de 2024, según datos de la Secretaría de Salud del Estado (SES), que revelan un aumento de 90,6%.

Sólo en la capital paulista se registraron 476 casos de la enfermedad entre enero y el 2 de julio, según la Secretaría Municipal de Salud.

La vacunación es la principal medida de prevención contra la enfermedad. Disponible gratuitamente a través del Sistema Único de Salud (SUS), se recomienda una sola dosis de la vacuna para niños a los 15 meses de edad, pero puede administrarse hasta los 5 años.



El régimen de dos dosis se recomienda para personas con enfermedad hepática, portadores crónicos de hepatitis B, personas con VIH o que utilizan profilaxis pre exposición al VIH (PrEP), enfermedades inmunosupresoras y pacientes trasplantados.

En la capital, se administraron 4.543 dosis de la vacuna a adultos entre enero y junio del año pasado. La cifra aumentó a 9.487 en el mismo período de este año, lo que representa un incremento de 108,8%.

Sin embargo, la tasa de vacunación infantil en la ciudad de São Paulo disminuyó 9,7%: en el primer semestre de 2025, se administraron 55.160 dosis, en comparación con las 61.085 del año anterior.

En un comunicado, el SES informó que monitorea y da seguimiento continuo a los casos de hepatitis A registrados en el estado. El Ministerio, en colaboración con los 645 municipios de São Paulo, ha estado realizando capacitaciones para profesionales de la salud y llevando adelante pruebas a la población para detectar la enfermedad.

Datos del Ministerio de Salud muestran que, en 2024, se diagnosticaron 1,7 casos de hepatitis A cada 100.000 habitantes en Brasil. Esto representa un aumento de 54,5 % en comparación con 2023, cuando la tasa fue de 1,1 cada 100.000 habitantes.

En Brasil, entre 2000 y 2024, se registraron más de 174.000 casos. El aumento de la incidencia se debe al incremento de las relaciones sexuales sin protección, lo que provocó un cambio en el perfil de contagio. En cambio, en la infancia se registró una reducción de más de 90%.

La mayoría de los casos se registraron entre adultos de 20 a 39 años, y 69,2% de los infectados eran hombres.

En mayo de 2025, el Ministerio de Salud comenzó a reforzar la prestación de servicios de profilaxis pre exposición (PrEP) al VIH como parte de una estrategia ampliada para combatir las infecciones de transmisión sexual, incluida la hepatitis viral.

Las capitales con mayor incidencia de hepatitis A fueron Curitiba (Paraná; 31,3 casos cada 100.000 habitantes), Campo Grande (Mato Grosso do Sul; 17,2), Florianópolis (Santa Catarina; 13,5), Porto Alegre (Rio Grande do Sul; 8,6), Belo Horizonte (Minas Gerais; 7,2), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro; 5,6) y São Paulo (São Paulo; 5,2).

Brasil experimentó una disminución histórica en los casos de hepatitis A en niños durante los últimos diez años: la incidencia se redujo 99,9% en el grupo de edad de 0 a 9 años entre 2014 y 2024. La reducción se atribuye principalmente a la inclusión de la vacuna contra la hepatitis A en el calendario nacional de vacunación infantil, a partir de 2014. Desde entonces, el país garantizó la aplicación de la primera dosis a los niños de un año a través del Sistema Único de Salud (SUS), logrando altas coberturas de vacunación en la mayoría de los estados.

La Unidad Sanitaria de Middlesex-London declaró un brote de legionelosis en la ciudad de London.

En 2025, principalmente durante la última semana, se reportaron 43 casos a la Unidad Sanitaria, incluyendo una muerte. La mayoría de los casos residen o trabajan en un radio de 6 km en el sureste de la ciudad.

La legionelosis es una enfermedad respiratoria grave causada por la bacteria *Legionella*. Los síntomas suelen aparecer entre dos y diez días después de la exposición y pueden incluir fiebre alta, escalofríos, tos seca y dificultad para respirar. La infección puede provocar neumonía y, en casos graves, puede poner en peligro la vida.



La bacteria *Legionella* se encuentra de forma natural en fuentes de agua como jacuzzis, torres de refrigeración, calentadores de agua, grandes sistemas de plomería o partes de sistemas de aire acondicionado. Si la bacteria se dispersa en aerosol o nebulizada (a través del viento o ventiladores), las personas pueden inhalarla y enfermarse. La mayoría de las personas expuestas a *Legionella* no enferman, aunque algunas pueden experimentar una enfermedad más leve llamada fiebre de Pontiac, que se resuelve por sí sola. Las personas mayores, con problemas pulmonares o inmunodeprimidas tienen mayor riesgo de contraer una infección grave. La legionelosis no se transmite de persona a persona.

La Unidad Sanitaria está trabajando en estrecha colaboración con Salud Pública de Ontario y sus laboratorios para investigar e identificar el origen del brote. Se está realizando un muestreo ambiental de posibles fuentes de *Legionella*. Dado que la bacteria se puede encontrar en muchos tipos de sistemas de refrigeración, la investigación puede llevar tiempo. En ocasiones, en investigaciones como esta, nunca se encuentra definitivamente el origen de la bacteria, aunque el brote puede cesar de forma natural.

La Unidad Sanitaria solicitó a todos los propietarios de negocios y administradores de propiedades que se aseguren de que todos los equipos de refrigeración reciban mantenimiento y desinfección regulares según las instrucciones del fabricante. Esta es la mejor manera de reducir el riesgo de nuevos brotes de legionelosis.

La Unidad Sanitaria informó que si bien los barbijos pueden reducir el riesgo de contraer enfermedades respiratorias, incluida la legionelosis, el riesgo público relacionado con esta enfermedad es bajo. Por lo tanto, no recomienda el uso regular del barbijo en toda la comunidad específicamente para la prevención de la legionelosis.

Actualmente, se desconoce si este brote se está produciendo en la misma ubicación en que se produjo el brote de legionelosis del año pasado. Sin embargo, se está considerando esta posibilidad como parte de la investigación en curso.

Durante la última década la incidencia de leishmaniosis cutánea descendió 5,8% anual en Colombia; asimismo, el número de casos de leishmaniosis visceral disminuyó 16,9% cada año. En 2024 y hasta la cuatrisesmana epidemiológica 6 de 2025, no se registraron muertes por leishmaniosis visceral. Colombia avanza hacia la eliminación de la leishmaniosis visceral como problema de salud pública.

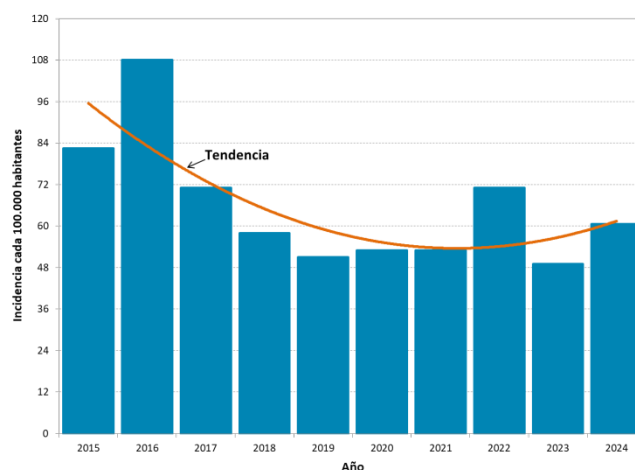
Las leishmaniosis son enfermedades de transmisión vectorial causadas por protozoos del género *Leishmania*, introducidos al organismo de humanos y de animales por la picadura de un insecto flebótomo hembra, que pertenece al género *Lutzomyia*. Las presentaciones clínicas varían de acuerdo con la especie parasitaria, la respuesta inmune del hospedero y el estado evolutivo de la enfermedad; la expresión clínica se relaciona con la presencia de *Leishmania* spp. en órganos y tejidos, pero los factores de virulencia, que definen cuán grave es la enfermedad, no están plenamente aclarados.

Las formas de presentación clínica de la enfermedad son: leishmaniosis cutánea, leishmaniosis mucosa y leishmaniosis visceral; esta última, es la forma más grave: sin tratamiento es mortal en más de 95% de los casos. En algunas infecciones por *Leishmania* spp. no se desarrollan signos clínicos (infección subclínica); sin embargo, las expresiones de la infección varían: algunas de las personas que desarrollan la enfermedad presentan pocas manifestaciones clínicas, pero otras tienen lesiones de mayor gravedad.

En América, la leishmaniosis cutánea es notificada principalmente por Brasil, Perú, Colombia, Bolivia, Venezuela y Nicaragua; leishmaniosis visceral ocurre especialmente en Brasil, Paraguay, Argentina, Venezuela, Colombia, Bolivia, México y Honduras. En Colombia, la leishmaniosis es una enfermedad endémica; en la estimación de la población en riesgo se excluyen las entidades territoriales del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina y Bogotá.

Leishmaniosis cutánea

Durante la última década, en Colombia, el promedio anual de reducción en la incidencia de leishmaniosis cutánea fue de 5,78%, aunque en el periodo 2015-2019 es notoria la disminución en la tasa de incidencia y en el de 2019-2024 se aprecia un incremento sin significación estadística. Esto sugiere una inflexión en la tendencia de leishmaniosis cutánea. Sin embargo, el corredor endémico acumulado indica que los casos notificados de leishmaniosis cutánea están entre el límite superior esperado y la media.



Tasa de incidencia cada 100.000 habitantes de leishmaniosis cutánea, y línea de tendencia. Colombia. Años 2015/2024. Fuente: Instituto Nacional de Salud.

En 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 24, se han notificado 2.903 casos de leishmaniosis cutánea. La incidencia nacional, sin incluir seis casos procedentes del exterior, es de 29,57 casos cada 100.000 habitantes en riesgo, según estimaciones del Ministerio de Salud y Protección Social.

Del total de casos de leishmaniosis cutánea, 587 (20,2%) corresponden a militares, 528 (18,2%) a agricultores y 145 (5,0%) a mineros. Los casos en militares ocurrieron en hombres de 18 a 44 años, con un promedio de edad de 24,2 años.

La incidencia de leishmaniosis cutánea en población general, sin incluir militares, es de 23,73 casos cada 100.000 habitantes en riesgo; 13 departamentos superan esta cifra: Boyacá (157,49), Cesar (97,30), Santander (93,17), Caldas (77,56), Caquetá (45,46), Bolívar (38,59), Antioquia (43,37), Putumayo (41,91), Guaviare (40,08), Risaralda (37,52), Tolima (28,94), Cundinamarca (27,87) y Chocó (26,52).

La leishmaniosis cutánea se presenta con mayor frecuencia en hombres (72,5% de casos), en personas afiliadas al régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) (63,5%) y en procedentes de área rural (82,7%). El promedio de edad es de 30,3 años.

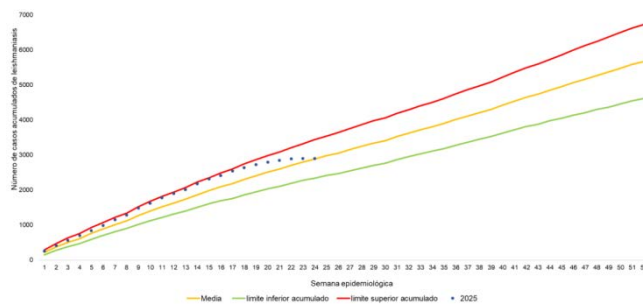
El 57,9% de los casos se registró en el grupo de 20 a 49 años; los menores de 10 años aportan 9,4% (271 casos). Pero este porcentaje en menores de 10 años, indicador de transmisión domiciliar y peridomiciliar, es superior en Risaralda (40,0%), Atlántico (33,3%), Caldas (21,0%), La Guajira (18,2%), Santander (16,6%), Boyacá (16,1%), Cesar (12,3%), Arauca (11,1%) y Tolima (10,3%).

Las lesiones de leishmaniosis cutánea se localizan en extremidades superiores e inferiores (47,1% y 37,3% de casos, respectivamente), cara (16,0%) y tronco (14,5%). El porcentaje de tratamiento en el país es de 93,1%; sin embargo, 55,6% de los departamentos y distritos que notifican tienen porcentajes inferiores: Barranquilla DE (25%), Vaupés (33,3%), Cartagena de Indias DT (50%), Huila (71,4%), Magdalena (71,4%), Casanare (75%), Santa Marta DT (83,3%), Cesar (83,7%), Bogotá DC (85,3%), Nariño (85,3%), Tolima (88,4%), Meta (88,6%), Valle del Cauca (90,0%), Caldas (90,4%), Putumayo (92,9%) y Sucre (92,9%).

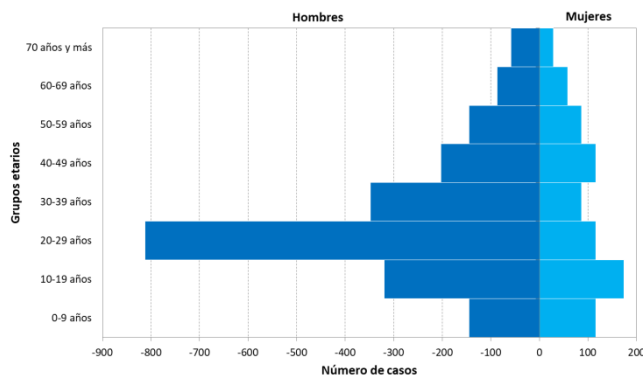
Leishmaniosis mucosa

En 2025, hasta la SE 24, se notificaron 38 casos de leishmaniosis mucosa. La incidencia nacional es de 0,39 casos cada 100.000 habitantes en riesgo, según estimaciones del Ministerio de Salud y Protección Social. El promedio de edad de las personas con leishmaniosis mucosa es de 38,1 años.

De los 29 casos que se presentaron en población general, sin incluir militares, el mayor porcentaje correspondió a hombres (62,1%), personas afiliadas al régimen subsidiado (69,0%) y procedentes del área rural (69,0%). En 16 departamentos se presentaron casos de leishmaniosis mucosa en población general.



Corredor endémico semanal acumulado de leishmaniosis cutánea. Colombia. Año 2025. Fuente: Instituto Nacional de Salud.



Casos de leishmaniosis cutánea, según grupos etarios y sexo. Colombia. Año 2025. Fuente: Instituto Nacional de Salud.

Los signos y síntomas de leishmaniosis mucosa más frecuentes son: ulceración mucosa (55,2%), rinorrea (20,7%) y obstrucción nasal (17,2%). Las mucosas con mayores porcentajes de afectación son: nasal (65,5%), cavidad oral (17,2%) y labios (10,3%).

Nueve casos en militares ocurrieron en hombres. Las mucosas afectadas fueron nasal (4 casos), genitales (4 casos) y labios (un caso).

Leishmaniosis visceral

En 2025, hasta la SE 24, se han confirmado dos casos de leishmaniosis visceral, procedentes de Ovejas (Sucre) y Chalán (Sucre), respectivamente. Los casos corresponden a un niño de cinco años y una niña de seis meses. Ambos son afiliados al régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en salud; en la escala de seis estratos, el estrato socioeconómico de la vivienda se registró como 1 o bajo-bajo. Los dos casos se confirmaron mediante inmunofluorescencia indirecta, recibieron tratamiento en Sincelejo y no se produjeron muertes.

Las visitas a salas de emergencia por picaduras de garrapatas este año están en los niveles más altos desde 2019, según datos de los [Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades \(CDC\)](#).

El aumento es especialmente prevalente en el Noreste, donde las cifras de junio muestran 229 picaduras de garrapatas cada 100.000 visitas a salas de emergencia, frente a 167 cada 100.000 visitas en junio de 2024. Asimismo, en el Noreste las picaduras de garrapatas representaron 283 visitas a urgencias cada 100.000 habitantes durante el pico de mayo, frente a las 209 de la misma época en 2024.



Garrapata estrella solitaria (*Amblyomma americanum*)

Los niños de 0 a 9 años y las personas mayores de 70 años fueron los visitantes más frecuentes a urgencias.

Las picaduras de garrapatas pueden causar una hospitalización debido a diversas enfermedades transmitidas por ellas. La borreliosis de Lyme, por ejemplo, puede causar síntomas graves en personas picadas por garrapatas portadoras de la bacteria *Borrelia*. Diferentes tipos de garrapatas infectadas pueden propagar otras bacterias, virus y parásitos que enferman a las personas. Por ejemplo, las garrapatas patas negras también pueden propagar la babesiosis, la anaplasmosis y la enfermedad por el virus Powassan.

La borreliosis de Lyme es, con diferencia, la enfermedad transmitida por garrapatas más común y frecuente. En sus primeras etapas, no es especialmente peligrosa y puede causar síntomas similares a los de una gripe: dolores corporales, fiebre, escalofríos, dolor de cabeza y fatiga. Sin embargo, si no se trata durante varias semanas o meses, puede provocar complicaciones graves, como daños cardíacos y neurológicos. Los casos de borreliosis de Lyme han ido aumentando en las últimas tres décadas, de 3,2 casos cada 100.000 habitantes en 1993 a 18,8 cada 100.000 habitantes en 2022, según los CDC.

Una preocupación emergente relacionada con las garrapatas es el síndrome alfa-gal, una alergia a las carnes rojas que puede desarrollarse tras la picadura de la garrapata estrella solitaria (*Amblyomma americanum*). La afección suele manifestarse con problemas gastrointestinales unas horas después de consumir carne roja, pero podría agravarse hasta llegar a la anafilaxia, incluyendo un edema de glotis.

Pero ¿a qué se debe el aumento repentino de visitas a urgencias? Un factor clave es la población récord de garrapatas en varios estados este año, según declaró el Dr. Dennis Bente, profesor de microbiología e inmunología de la [Facultad de Medicina de la Universidad de Texas](#).

”También estamos observando una temporada de garrapatas más larga en todo el país, lo que históricamente ha sido una amenaza estacional relativamente predecible”, dijo Bente. “Si bien las picaduras de garrapatas son más comunes en verano debido al aumento de la actividad al aire libre, la evidencia demuestra que las personas deben mantenerse alerta todo el año ahora que las garrapatas también están activas en invierno debido al calentamiento impulsado por el cambio climático”.



Garrapata patas negras (*Ixodes scapularis*)

La Dra. Céline Gounder, colaboradora médica de CBS News y editora general de salud pública en KFF Health News, dijo que este fenómeno demuestra cómo la salud del planeta impacta en la salud humana.

“Estamos teniendo inviernos más suaves y primaveras más húmedas, lo que significa temporadas de reproducción de garrapatas más largas”, explicó. “También estamos viendo que las garrapatas se desplazan a zonas geográficas donde antes no las habíamos visto, y todo esto se traduce en una mayor exposición a las garrapatas y a más picaduras”.

Los expertos en salud dicen que las personas deben ser conscientes de las enfermedades que pueden transmitir las garrapatas y seguir estrategias de prevención para ayudar a protegerse.

“La mayoría de la gente no sabe que las garrapatas transmiten más virus y enfermedades que cualquier otro animal del mundo, por lo que este rápido aumento de la población es una grave preocupación para la salud pública”, dijo Bente.

Él llama a estos artrópodos “oportunistas furtivos”, que “merodean entre los arbustos o en la hierba y esperan que las mascotas o la gente pasen por allí”.

Los expertos recomiendan protegerse contra las garrapatas usando ropa de manga larga y repelente de insectos cuando esté al aire libre, además de realizar una revisión para ver si tiene garrapatas y ducharse al regresar a casa.

Bente dice que los controles de garrapatas son la “medida de prevención más importante” y sugiere usar espejos para mirar en cualquier área cálida donde las garrapatas puedan estar escondidas, como la ingle, las axilas, el cuero cabelludo, detrás de las orejas, las rodillas y la cintura.

Siguen presentándose casos de leptospirosis en la Subregión de Salud ‘Luciano Castillo Colonna’, y el distrito de Sullana, continúa siendo la zona donde hay más casos.

Según la sala epidemiológica de la subregión de Salud, hasta la semana epidemiológica 27 se han notificado 197 casos de leptospirosis, de los cuales 79 han sido confirmados y 118 figuran como probables.

El mayor número de casos corresponde al distrito de Sullana, con 115 casos (58,4% del total). Le sigue Bellavista con 38 casos (19,3%), una cantidad que preocupa a las autoridades del sector Salud.

De esta cantidad de casos, 115 (58,4%) son pacientes de sexo femenino y 82 (41,6%) de sexo masculino. Asimismo, se informó que 17 personas (8,6%) fueron hospitalizadas. Hasta la semana epidemiológica 27, todos han sido dados de alta, sin reportarse muertes por esta enfermedad.

Según las autoridades de salud, uno de los principales factores que estarían favoreciendo la propagación de esta enfermedad es el constante afloramiento de aguas residuales, producto del colapso del sistema de alcantarillado en diversos sectores del distrito. Esta situación ha generado condiciones insalubres que favorecen la proliferación de roedores, principales portadores de la bacteria *Leptospira*.

Los sectores más afectados en Sullana con el colapso de los desagües son los asentamientos Santa Teresita, 9 de Octubre, El Obrero, Juan Velasco Alvarado, Barrio Buenos Aires, Sánchez Cerro, entre otros, donde los vecinos han denunciado constantes anegamientos con aguas de desagüe y escasa intervención de las autoridades.



EFE:

ESPAÑA

SEGUNDO CASO DE FIEBRE HEMORRÁGICA
DE CRIMEA-CONGO DEL AÑO EN SALAMANCA

11/07/2025

La Junta de Castilla y León, a través de Salud Pública, confirmó un segundo caso de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en la provincia de Salamanca. Se trata de un hombre de 63 años que el 11 de julio fue trasladado al Hospital Central de la Defensa 'Dr. Mariano Gómez Ulla' de Madrid, de referencia para estos casos.

El afectado fue atendido en un primer momento en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA) con un cuadro

clínico compatible con la mencionada enfermedad. Presenta una picadura de garrapata y permanece en estado estable, aunque con la gravedad clínica que implica esta patología, con las medidas de aislamiento y protección de los profesionales sanitarios previstas para estas situaciones, informó el 11 de julio la Consejería de Sanidad en un comunicado.

El pasado 28 de mayo, la Junta confirmó otro caso de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo de otro hombre de 70 años también en la provincia de Salamanca. La Sección de Epidemiología del Servicio Territorial de Sanidad de la Junta de Castilla y León en la provincia salmantina, en colaboración con los profesionales sanitarios del CAUSA, identificaron los contactos de la persona afectada para indicarles el seguimiento a realizar.

El protocolo consiste en vigilar periódicamente su temperatura corporal y comunicar a su epidemiólogo de referencia cualquier cambio en su estado de salud. Desde Salud Pública, y en coordinación con el ámbito asistencial, tan pronto como se estableció la sospecha de este posible caso, se puso en marcha el protocolo de actuación y coordinación entre las autoridades sanitarias del Ministerio de Sanidad y de la Comunidad de Castilla y León.

Además, se han remitido muestras de sangre del afectado al Centro Nacional de Microbiología en Majadahonda (Madrid), del Instituto de Salud 'Carlos III', que confirmó que se trata de una infección por el virus de la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo.

La Consejería explicó que en el portal sanitario de la Junta de Castilla y León está disponible para la ciudadanía y para los profesionales sanitarios información tanto sobre la prevención de picaduras de garrapatas como de las enfermedades de las que son potenciales vectores y, más concretamente, de la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo.



Contagio por picaduras y fluidos

La fiebre hemorrágica de Crimea-Congo es causada por un virus cuyo mecanismo de transmisión principal es la picadura de garrapatas del género *Hyalomma*, aunque también puede transmitirse de persona a persona por contacto con sangre o fluidos del enfermo, lo que puede ocurrir especialmente en personal sanitario cuando no está debidamente protegido.

En cuanto a la prevención de las picaduras por estos artrópodos, las autoridades sanitarias recordaron la importancia de usar ropa y calzado adecuados durante las salidas al campo, así como transitar por caminos y utilizar repelentes tanto para las personas como para los animales de compañía.

Asimismo, insistieron en que las garrapatas que se puedan haber fijado deben retirarse lo antes posible y de forma adecuada, preferentemente por profesionales sanitarios.

La fiebre hemorrágica de Crimea-Congo (FHCC) es una enfermedad muy extendida causada por un virus (*Nairovirus*) de la familia *Bunyaviridae*, transmitido por garrapatas. Este virus causa graves brotes de fiebre hemorrágica viral, con una tasa de letalidad de 10%-40%. La enfermedad es endémica en África, los Balcanes, Medio Oriente y Asia en los países situados por debajo de los 50° de latitud norte, que es el límite geográfico de la garrapata que constituye su vector principal.

Entre los huéspedes del virus de la FHCC figuran una amplia variedad de animales salvajes y domésticos como vacas, ovejas y cabras. Muchas aves son resistentes a la infección, pero los avestruces son vulnerables y pueden mostrar una alta prevalencia de la infección en las zonas endémicas, donde han sido identificados como el origen de casos humanos. Por ejemplo, un brote anterior se produjo en un matadero de avestruces en Sudáfrica. Estos animales no parecen sufrir la enfermedad.

Los animales se infectan por la picadura de garrapatas infectadas y el virus permanece en el torrente circulatorio durante aproximadamente una semana tras la infección, de modo que, cuando otra garrapata pica al animal, se perpetúa el ciclo garrapata-animal-garrapata. Aunque hay varios géneros de garrapata que pueden verse infectados por el virus de la FHCC, *Hyalomma* constituye el vector principal.

El virus de la FHCC se transmite a las personas ya sea por la picadura de garrapatas o por contacto con la sangre o tejidos de animales infectados durante o inmediatamente después de la matanza. La mayoría de los casos se han dado en personas relacionadas con la industria ganadera, como trabajadores agrícolas, trabajadores de mataderos y veterinarios.

Puede haber transmisión entre seres humanos en casos de contacto estrecho con sangre, secreciones, órganos u otros líquidos corporales de personas infectadas. También se producen infecciones nosocomiales como consecuencia de la mala esterilización del equipo médico, la reutilización de agujas y la contaminación de los suministros médicos.

La duración del periodo de incubación depende del modo de contagio del virus. Después de la picadura de la garrapata, la fase de incubación es generalmente de uno a tres días, con un máximo de nueve días. El periodo de incubación tras el contacto con sangre o tejidos infectados es normalmente de cinco o seis días, con un máximo documentado de 13 días.

Los síntomas comienzan de forma súbita, en forma de fiebre, mialgia, mareo, dolor y rigidez de cuello, lumbago, cefalea, irritación de los ojos y fotofobia. Puede haber náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal y dolor de garganta al principio, seguidos de bruscos cambios de humor y confusión. Al cabo de dos a cuatro días, la agitación puede dar paso a somnolencia, depresión y debilidad, y puede aparecer dolor abdominal en el cuadrante superior derecho, con hepatomegalia detectable. Otros signos clínicos posibles son taquicardia, adenopatías, y erupción petequeal en mucosas internas, por ejemplo en la boca y la garganta, y en la piel. Las petequias pueden dar paso a equimosis, así como a otros fenómenos hemorrágicos. Normalmente hay signos de hepatitis, y los pacientes muy graves pueden sufrir un rápido deterioro renal, o insuficiencia hepática o pulmonar repentina después del quinto día de enfermedad. La tasa de mortalidad asociada a la FHCC es de aproximadamente 30%, y la muerte sobreviene durante la segunda semana. Entre los pacientes que se recuperan, la mejoría comienza generalmente al noveno o décimo día tras la aparición de la enfermedad.

El tratamiento general de sostén contra los síntomas es la principal opción ante esos casos. Se ha utilizado el antiviral ribavirina para tratar la infección, con efectos claramente beneficiosos. Tanto la preparación oral como la intravenosa parecen eficaces.

Es difícil prevenir o controlar la infección en los animales y las garrapatas, debido a que tanto el ciclo garrapata-animal-garrapata como la infección de los animales domésticos suelen pasar desapercibidos. Además, las garrapatas que pueden actuar como vector son numerosas y están muy extendidas, de modo que combatir las con acaricidas solo es una opción viable en las instalaciones ganaderas bien gestionadas.

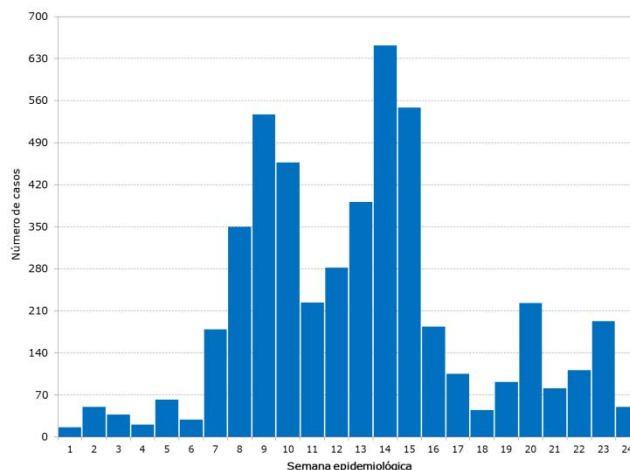
Por ejemplo, después de un brote registrado en un matadero de avestruces de Sudáfrica, se tomaron medidas para garantizar que las aves no tuvieran garrapatas confinándolas durante 14 días en un centro de cuarentena antes de la matanza. Durante el sacrificio el riesgo de infección de los animales se vio así reducido, de modo que se logró prevenir la infección entre quienes estuvieron en contacto con el ganado. No se dispone de vacunas para los animales.

Aunque se ha desarrollado una vacuna inactivada derivada de cerebro de ratón contra la FHCC, utilizada a pequeña escala en Europa oriental, actualmente no hay ninguna vacuna segura y eficaz ampliamente disponible para uso humano. A falta de vacuna, la única manera de reducir la infección humana es la sensibilización sobre los factores de riesgo y la educación de la población acerca de las medidas que pueden adoptarse para reducir la exposición al virus.

Los trabajadores sanitarios que atienden a los pacientes con FHCC presunta o confirmada o que manipulan sus muestras deben aplicar las precauciones estándar de control de las infecciones, lo que comprende la higiene básica de las manos, el uso de equipo de protección personal, las prácticas de inyección seguras y las prácticas de enterramiento seguras. Como medida de precaución, el personal sanitario que atiende a los pacientes en las inmediaciones de la zona del brote de FHCC también debe aplicar las precauciones estándar de control de las infecciones. Las muestras obtenidas de las personas con presunta FHCC deben ser manejadas por personal debidamente preparado en laboratorios que dispongan del equipo idóneo.

El brote de cólera en curso en Etiopía casi llegó a la marca de cuatro años desde que se reportaron los casos índice en la *woreda*² de Harena Buluk, en la zona de Bale, región de Oromia, el 27 de agosto de 2022. Desde entonces, el brote se ha extendido a 550 *woredas* en todo el país, con un total de 63.306 casos y 790 muertes (tasa de letalidad de 1,3%) reportadas hasta el 11 de junio de 2025.

En 2025, se produjeron dos incidentes separados de enfermedades diarreicas en las regiones de Amhara y Gambella: el primero ocurrió el 3 de enero de 2025, cuando se reportó un grupo de casos con diarrea acuosa aguda y vómitos en el pozo de agua bendita Bermil Georgis de Quara, en la región de Amhara. Con la llegada de la población móvil a los pozos de agua bendita, el brote se expandió a los *woredas* vecinos. El segundo incidente se reportó el 10 de febrero de 2025, cuando se reportaron 11 casos de diarrea acuosa aguda y vómitos, y dos fallecimientos (tasa de letalidad de 18,2%) en el *woreda* de Akobo, en la región de Gambela.



Casos notificados de cólera, según semana epidemiológica. Etiopía. Año 2025, hasta semana epidemiológica 24. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Todos los pacientes habían viajado al condado de Akobo, en Sudán del Sur, donde se está produciendo otro brote de cólera a gran escala.

En 2025, hasta el 11 de junio, se reportaron 4.919 casos y 46 fallecimientos (tasa de letalidad de 0,9%) en cuatro regiones: Afar, Amhara, Gambela y Oromia. La mayoría de los casos (95,2%) y fallecimientos (96,0%) se reportaron en las regiones de Gambela y Amhara, con 2.379 casos y 33 fallecimientos (tasa de letalidad de 1,4%) en Gambela y 2.305 casos y 11 fallecimientos (tasa de letalidad de 0,5%) en Amhara. Las regiones de Oromia (205 casos y dos fallecimientos) y Afar (30 casos, sin fallecimientos) reportaron hasta la fecha 5,0% de los casos (235 casos) y 4,3% de los fallecimientos (dos muertes) este año.

Actualmente, el brote está activo en 21 *woredas* de las cuatro regiones: 10 *woredas* de Gambela (que incluyen campos de refugiados), cinco de Amhara, cinco de Oromia y una de Afar. Los hombres son los más afectados este año, con 53,0% de los casos, mientras que las mujeres representan 47,0%. El grupo de edad más afectado es el de 35 a 59 años, con 1.273 casos (26,0% del total) y 15 fallecimientos (33,0%).

La curva epidémica de este año muestra dos olas con dos picos cada una, lo que indica una transmisión continua de la enfermedad. La primera ola, más alta y prolongada, se observa de la semana epidemiológica (SE) 6 a la SE 18, y la segunda, más corta, de la SE 18 a la SE 24. La

² *Woreda* es el nombre que reciben las circunscripciones administrativas, o gobiernos locales, en que se dividen las regiones de Etiopía; son equivalentes a un distrito. Los *woredas* se componen de una serie de *kebele*, o asociaciones de vecinos, equivalentes a una municipalidad, y constituyen la unidad más pequeña del gobierno local en Etiopía. Los *woredas* suelen ser agrupados en zonas, que forman un *kilil* (administración regional); algunos *woredas* no forman parte de ninguna zona, y se llaman *woredas* Especiales, que funcionan como entidades autónomas.

tendencia actual del brote parece estar disminuyendo, pero se requiere vigilancia dados los factores de riesgo existentes. El informe del brote en un campamento de refugiados en la región de Gambela es preocupante, ya que el hacinamiento, la promiscuidad y las malas condiciones de vida en el campamento podrían desencadenar el brote, por lo que se requiere reforzar las medidas de control.

Acciones de salud pública

- Se mantiene la coordinación y colaboración entre agencias gubernamentales, agencias de la Organización de Naciones Unidas (ONU) –incluida la Organización Mundial de la Salud (OMS)–, ONGs y otros socios humanitarios para garantizar una respuesta unificada y eficaz. Se realizó un mapeo exhaustivo de los socios de salud para facilitar la movilización de recursos para la respuesta al brote.
- Se llevó a cabo una campaña de vacunación oral contra el cólera del 29 de marzo al 6 de abril de 2025 en 15 woredas y siete campamentos de refugiados. La cobertura administrativa se estima en 94,0%.
- Continúa el desarrollo de capacidades del personal sanitario para mejorar la gestión de casos, el suministro de kits para el cólera, el tratamiento del agua y el apoyo logístico para la respuesta a través de los socios existentes sobre el terreno.
- Se fortalecieron las actividades de vigilancia para mejorar la búsqueda activa de casos, el rastreo de contactos y la confirmación de laboratorio de casos sospechosos en todas las regiones afectadas. Se ha mejorado la recopilación y el análisis de datos para comprender la evolución epidemiológica de los brotes.
- También se están llevando a cabo actividades de comunicación de riesgos y participación comunitaria, incluyendo la movilización social comunitaria masiva y la educación sanitaria en lugares públicos religiosos y de otro tipo, así como actividades de higiene comunitaria y de concienciación.

Interpretación de la situación

Desde 2019, Etiopía se ve afectada anualmente por brotes de cólera. El brote actual parece ser el más prolongado que ha experimentado el país. Los esfuerzos de respuesta se enfrentan a varios desafíos, como la accesibilidad limitada a las zonas afectadas debido a las deficientes infraestructuras viales, la escasez de suministros de agua, saneamiento e higiene, la logística y el compromiso insuficiente de algunos actores locales con las actividades de respuesta. Si bien la tendencia actual de la epidemia para este año parece ser menor en comparación con años anteriores para el mismo período, es importante mantenerse alerta y redoblar los esfuerzos para controlar definitivamente este brote y reducir su impacto en las poblaciones afectadas. Los esfuerzos de control deben coordinarse con los países vecinos mediante una sólida colaboración transfronteriza para la respuesta, ya que el cólera es actualmente un brote multinacional que requiere un esfuerzo colectivo y bien coordinado de todos los países afectados.

En 2025, hasta el 1 de junio, se notificaron en Guinea dos casos confirmados de fiebre hemorrágica de Lassa, una de ellos fatal.

El 14 de junio de 2025, la Organización Mundial de la Salud fue informada de la confirmación por laboratorio de un caso en la prefectura de Guéckédou, región de Nzérékoré. Se trata de un hombre de 45 años, biólogo, que viajó a la prefectura de Guéckédou el 13 de mayo de 2025. El 16 de mayo de 2025, comenzó a presentar síntomas de fiebre, dolor de cabeza, dificultad para respirar, palpitaciones, tos y anorexia, y se automedicó contra la malaria durante tres días sin mejoría clínica. Ingresó en el hospital prefectural de Guéckédou el 22 de mayo y dio positivo en la prueba para fiebre hemorrágica de Lassa mediante la prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa ese mismo día. Posteriormente, fue trasladado al centro de tratamiento epidémico de Nongo, en Conakry.

El otro caso confirmado, que falleció, se produjo en la prefectura de Macenta, región de Nzérékoré.

Continúan las tareas de investigación y rastreo de contactos.

La fiebre hemorrágica de Lassa es una enfermedad viral aguda causada por el virus de Lassa, identificado por primera vez en 1969 en Nigeria. El virus pertenece a la familia *Arenaviridae*.

Se trata de una enfermedad zoonótica, cuyos reservorios animales son roedores del género *Mastomys*. Estas ratas infectadas por el virus de Lassa no enferman, pero pueden transmitir el virus a través de la orina y las heces.

Aproximadamente 80% de las personas infectadas son asintomáticas o presentan síntomas leves. Una de cada cinco infecciones desemboca en una forma grave de la enfermedad, con afectación de varios órganos, como el hígado, el bazo y los riñones. Como el curso clínico de la enfermedad es muy variable, la detección de los pacientes afectados es difícil. Cuando se confirma la presencia de la enfermedad en una comunidad, la detección precoz y el aislamiento y atención rápidos de los pacientes, unas buenas prácticas de prevención y control de infecciones en los entornos de atención de la salud y el fomento de la higiene y la prevención de la presencia de roedores en la comunidad pueden evitar que la enfermedad siga propagándose.

Los seres humanos se infectan con el virus de Lassa principalmente por exposición a alimentos o enseres domésticos contaminados con orina o heces de ratas *Mastomys* infectadas, o directamente por contacto con ratas infectadas. Las ratas *Mastomys* están presentes en toda África occidental. Pueden habitar en el interior o en los alrededores de los hogares, colonizar zonas donde se almacena comida o vivir en campos y zonas deforestadas. Aunque las ratas *Mastomys* son el reservorio principal, también se ha aislado el virus de Lassa en otras especies de roedores, que también podrían ser fuentes de infección.

Aunque en mucho menor medida, el virus también puede transmitirse entre los humanos por contacto directo con la sangre, la orina, las heces u otras secreciones corporales de personas con fiebre de Lassa. La transmisión de persona a persona puede producirse principalmente en entornos de atención de salud, donde el virus también puede transmitirse a través de material contaminado, como agujas utilizadas. Los trabajadores de la salud están en situación de riesgo cuando tratan a pacientes con fiebre de Lassa si no existen unas prácticas adecuadas de prevención y control de infecciones.

El virus de Lassa puede persistir varios meses en el semen de algunos varones que se han recuperado de la enfermedad. Con todo, hasta la fecha no se ha documentado ninguna transmisión por exposición al semen de una persona infectada.

No hay pruebas epidemiológicas de transmisión por vía aérea entre personas.

El periodo de incubación de la fiebre de Lassa va de 2 a 21 días. Cuando es sintomática, la enfermedad suele comenzar de manera gradual, con fiebre, debilidad corporal, dolor de cabeza y malestar general. A los pocos días puede aparecer dolor muscular, torácico, abdominal y de garganta, así como náuseas, vómitos, diarrea y tos. A medida que la enfermedad avanza, en los casos graves, puede aparecer tumefacción facial, derrames pulmonares, hemorragias bucales, nasales, vaginales o gastrointestinales e hipotensión. En fases más tardías pueden producirse convulsiones, choque, temblor, desorientación y coma. Aproximadamente 15% de los pacientes hospitalizados por fiebre de Lassa fallece como consecuencia de la enfermedad. En los casos mortales, la defunción suele producirse en los 14 días posteriores a la aparición de los síntomas.

Durante el embarazo, la fiebre de Lassa puede provocar una mortalidad materna y fetal elevada, especialmente al final de la gestación. En el tercer trimestre, las tasas de mortalidad fetal y materna pueden superar el 80% y el 30%, respectivamente.

La recuperación puede llevar mucho tiempo (convalecencia prolongada) y a veces da lugar a secuelas. Entre los pacientes recuperados se han registrado tasas variables de hasta 25% de pérdida de audición repentina, producida tanto en el periodo agudo de la enfermedad como tras la recuperación. En la mayoría de los casos, la pérdida de audición es permanente. Se han registrado en menor medida otras secuelas, como signos neurológicos, discapacidad visual, dolor articular, pérdida transitoria del cabello y trastornos psicológicos. Así pues, los pacientes que se han recuperado de la enfermedad deberían recibir atención para las posibles secuelas que pudieran experimentar.

Namibia continúa lidiando con un brote generalizado de malaria, con 89.959 casos confirmados y 146 muertes reportadas por las autoridades sanitarias desde el inicio del brote a fines de 2024. Las últimas cifras, que abarcan la semana del 2 al 8 de junio de 2025, indican 2.475 nuevas infecciones, un aumento de 5,0% respecto de la semana anterior, lo que indica que persisten los problemas de transmisión a pesar de las intervenciones sostenidas.

Cinco distritos –Nkurenkuru, Katima Mulilo, Andara, Outapi y Nyangana– representaron 74,0% de los nuevos casos notificados en la primera semana de junio. Nkurenkuru por sí solo contribuyó con un tercio de estos casos (con 598 nuevos), seguido de Katima Mulilo (413).

El número acumulado de muertes ha sido particularmente grave en Katima Mulilo (23.959 casos, 19 fallecimientos) y Nkurenkuru (17.381 casos, 13 fallecimientos). Si bien las tasas de ingresos y mortalidad se mantienen relativamente bajas a nivel nacional (una tasa de letalidad de 0,16%), la carga de la enfermedad sigue representando un importante esfuerzo para los servicios de salud pública.

En la semana epidemiológica 23 se registraron 169 nuevos ingresos hospitalarios y un fallecimiento (en el distrito de Opuwo), lo que eleva el número total de ingresos relacionados con la malaria a 8.431 desde el inicio del brote. Los ingresos disminuyeron 29,0% en comparación con la semana anterior, lo que sugiere un posible cambio en la gravedad o una mejor atención ambulatoria.

El brote sigue siendo predominantemente local: 2.015 de los nuevos casos (81%) se transmitieron dentro de Namibia. Solo 460 (19,0%) fueron importados. Desde diciembre de 2024, los casos locales han ascendido a 74.005, lo que evidencia una transmisión comunitaria sostenida, especialmente en las regiones endémicas del norte y noreste.

Los hombres representan una mayor proporción de casos de malaria (58,0%) en comparación con las mujeres (42,0%), y las mujeres embarazadas representan 3,0% del total de casos femeninos. Los niños menores de 5 años representan casi 12,0% de los casos notificados, lo que subraya la necesidad de una protección específica para este grupo vulnerable.

Acciones de salud pública

- Se están realizando informes semanales nacionales de casos confirmados, ingresos y fallecimientos en todos los distritos. Esto se complementa con un análisis epidemiológico continuo, que incluye tasas de letalidad, desgloses por edad y sexo, y el seguimiento de casos locales e importados para orientar las intervenciones específicas a nivel geográfico.
- Los datos de distribución de casos a nivel de distrito se están utilizando para identificar y monitorear los focos de la enfermedad. Las actualizaciones semanales de las curvas epidemiológicas ayudan a detectar fluctuaciones en el número de casos e informan sobre el cronograma de las iniciativas de respuesta.
- Los ingresos hospitalarios relacionados con la malaria se monitorean e informan en todos los distritos. Estos datos se utilizan para evaluar la gravedad de la enfermedad y la carga sobre el sistema de salud.

- Se mantiene la comunicación de riesgos y la participación comunitaria en los distritos afectados mediante diversos medios.
- Las iniciativas ambientales incluyen la evaluación y el tratamiento de los criaderos de mosquitos para reducir las poblaciones de vectores y limitar la transmisión de la enfermedad.

Interpretación de la situación

El Ministerio de Salud de Namibia continúa coordinando las actividades de respuesta mediante la vigilancia, la gestión de casos y las operaciones de control de vectores. Sin embargo, el aumento constante de casos resalta la necesidad de intensificar los mensajes de salud pública, el acceso temprano al tratamiento y las intervenciones comunitarias contra los vectores. Con el pico de transmisión aún en curso, el ministerio advierte que, sin una vigilancia sostenida y la cooperación de la comunidad, Namibia podría experimentar aumentos continuos en la morbilidad por malaria hasta bien entrada la segunda mitad del año.

Una fuerte ola de calor se apoderó de Gaza, agravando la crisis humanitaria de más de 1,7 millones de palestinos desplazados que ya sufren una grave escasez de atención médica, alimentos y suministros básicos tras meses de guerra entre Israel y Hamás.

Los trabajadores médicos afirman que el aumento de las temperaturas está empeorando el estado de los pacientes que se refugian en los hacinados campamentos de tiendas de campaña, donde el acceso al tratamiento es limitado y muchos carecen de alivio contra el calor.



La situación es especialmente grave para miles de personas que necesitan atención continuada por quemaduras y otras lesiones graves. Mohammed Al Mamlouka, que resultó herido a principios del conflicto, afirma que cada sesión de tratamiento se convierte en un calvario doloroso, ya que los equipos médicos se enfrentan a la escasez de analgésicos y suministros médicos.

“El dolor del calor del verano es insoportable. Si fuera invierno no sentiría el dolor, simplemente podría dormir después de tomar mi medicación. Ahora necesito una dosis mayor, pero los hospitales no la tienen”, dijo. “Es una situación muy dura. Ni siquiera tenemos ventilador. Sufrimos la falta de cuidados en esta tienda, no es lugar para un paciente”.

Ahmad Awad, otro desplazado que se recupera de la operación de una grave lesión en el pie, dijo que la curación parece imposible. “Siento un calor extremo en los pies, a veces me los rasco hasta desgarrarme la piel sólo para aliviar el dolor”, dijo. “La tienda es increíblemente calurosa, y apenas cabemos mis hijos y yo”.

El personal médico afirma que el calor está dificultando la recuperación de muchos pacientes, sobre todo los que sufren quemaduras, que requerirían meses de cuidados en condiciones clínicas adecuadas. “El calor del verano retrasa la curación de las quemaduras, ya que la temperatura empeora las lesiones. Aconsejamos a los pacientes que eviten las fuentes de calor, pero dentro de las tiendas eso es imposible”, explica la Dra. Haya Salman.

“El calor y la humedad provocan sudor, que acelera el crecimiento bacteriano, lo que retrasa la recuperación. Hacemos lo que podemos con lo que tenemos, pero con el cierre de las fronteras, muchas herramientas esenciales simplemente no están disponibles”.

Los médicos afirman que las tasas de supervivencia de los pacientes con quemaduras que cubren el 70% del cuerpo pueden superar el 50%, pero que esta cifra ha descendido aún más durante la guerra. Citan la falta de quirófanos especializados, el acceso limitado a los injertos de piel y la necesidad de racionar la atención en medio del aumento de víctimas.

El abrasador verano coincide con la falta de agua potable para la mayoría de la población de Gaza, que vive desplazada en comunidades de tiendas de campaña. Muchos palestinos del enclave deben caminar largas distancias para recoger agua y racionar cada gota.

Israel había bloqueado la entrada en Gaza de alimentos, combustible, medicinas y todos los demás suministros durante casi tres meses, antes de que en mayo empezara a permitir la entrada en la Franja de una ayuda limitada, en lo que dijo que era un intento de impedir que los militantes de Hamás se aprovecharan de la guerra y fortalecieran al grupo.



Palestinos pasan tiempo en el paseo marítimo durante una ola de calor en la ciudad de Gaza, el 2 de julio de 2025.

Crece el mercado negro de medicamentos

La Franja de Gaza, que ya sufre difíciles condiciones humanitarias, está siendo testigo de una grave crisis del sistema sanitario, con la venta generalizada de medicamentos en puestos de los mercados populares. Este fenómeno, que ha surgido rápidamente desde el estallido de la guerra, se ha convertido en motivo de gran preocupación tanto para los ciudadanos como para los expertos, ya que los medicamentos se venden en condiciones insalubres y sin ningún tipo de supervisión, exponiendo la vida de los consumidores a graves riesgos sanitarios.

El colapso de la infraestructura sanitaria y la falta de suministros médicos vitales llevó a muchas personas a recurrir a estos mercados ilegales en un intento desesperado por satisfacer sus necesidades farmacéuticas básicas, abriendo la puerta a una explotación generalizada de su desesperada necesidad.

La actual crisis del sector farmacéutico en Gaza es un reflejo directo del colapso total de todo el sistema sanitario. El Dr. Munir Al Borsh, director general del Ministerio de Salud en Gaza, anunció que 37% de los medicamentos esenciales y 59% de los suministros médicos están agotados. Esta grave escasez se debe principalmente al cierre de los pasos fronterizos y a la imposibilidad de que entren en la Franja de Gaza suministros médicos vitales.

Los medicamentos oncológicos y hematológicos encabezan la lista de escasez, con 54%, seguidos de los medicamentos para la salud materno infantil, con 51%, y las vacunas, con 42%. La escasez de medicamentos de atención primaria alcanzó el 40%, la de medicamentos para riñón y diálisis 25%, la de salud mental 24% y la de cirugía y cuidados intensivos 23%.

En un contexto relacionado, Al Borsh reveló una escasez sin precedentes de consumibles médicos vitales, con una falta de suministros para cateterismo cardíaco y corazón abierto que alcanzó a 99%, ortopedia a 87% y oftalmología a 73%. Además, han desaparecido 45% de los suministros de diálisis y 27% de los quirúrgicos.

Estas cifras indican que los medicamentos y consumibles restantes, sólo 9% y 8% respectivamente, son suficientes para períodos muy limitados, lo que amenaza con un cese completo de los servicios médicos críticos, incluidos el tratamiento del cáncer, las cirugías y la gestión de emergencias, poniendo en peligro la vida de miles de pacientes.

El mercado farmacéutico paralelo en Gaza

Ante la grave escasez de medicamentos en las farmacias oficiales como consecuencia del cierre de los pasos fronterizos por el Ejército israelí, en los mercados de Gaza se ha extendido el fenómeno de la venta ilegal de medicamentos en puestos.

Uno de los vendedores reveló que su grupo roba medicamentos de centros médicos, refiriéndose a un reciente robo en el Hospital Americano de Deir al-Balah hace dos meses, y confirmó que se centran en analgésicos fuertes, que se venden al doble de precio.

Por otra parte, un ciudadano relató su sufrimiento y el tener que comprar pomadas en puestos de venta para tratar las infecciones de su hija, después de no poder encontrarlas en las farmacias, expresando su voluntad de viajar al extranjero para recibir tratamiento con su hija.

En una situación similar, Mahmoud Al Masri busca medicamentos para el asma después de que se le acabara la cantidad que estaba usando. Admite que compra estos medicamentos a vendedores que no tienen formación médica y dan consejos al azar que pueden poner en peligro a los pacientes.

Al Masri señala que las difíciles condiciones de vida en Gaza, como la contaminación del agua y el aire y el deterioro de los alimentos, han convertido la cuestión del almacenamiento inadecuado de los medicamentos en un asunto secundario para los ciudadanos, a pesar de los graves riesgos que puede entrañar el uso de medicamentos desconocidos o caducados.



El peligro de los vendedores ambulantes

Los farmacéuticos de la Franja de Gaza están lanzando enérgicas advertencias sobre el creciente fenómeno de la venta de medicamentos en puestos ambulantes, subrayando que supone una grave amenaza para la salud de los ciudadanos. El farmacéutico Khaled Al Azaiza explica que este fenómeno comenzó con la guerra y empeoró durante la primera tregua de enero. La falta de almacenes de medicamentos debido a los ataques o los robos ha llevado incluso a los farmacéuticos a recurrir a este mercado ilegal para cubrir la escasez dentro de las farmacias, afirma.

Al Azaiza señala que los pacientes crónicos se ven relativamente menos afectados porque conocen bien sus medicamentos, mientras que los pacientes de urgencias sufren por la falta de orientación médica adecuada.

Por su parte, el farmacéutico Mohammed Al Munifi revela su lucha diaria al intentar dirigir a los pacientes lejos de estos puestos, y señala que son frecuentes los casos de compra de medicamentos inadecuados o caducados. Al Munifi atribuye la popularidad de estos mercados a la disponibilidad de algunos medicamentos poco comunes y a sus precios relativamente bajos, advirtiendo del peligro de seguir el sistema de “tratamiento estandarizado”, que ignora la especificidad del estado de cada paciente.

Al Munifi subraya que la mayoría de los medicamentos se han agotado en las farmacias de Gaza, y ya no es posible satisfacer las necesidades de los pacientes, especialmente los que padecen enfermedades crónicas y graves complicaciones de salud. Explica que los medicamentos para la diabetes han quedado inutilizables debido a la escasez de electricidad, ya que deben conservarse a bajas temperaturas, mientras que las inyecciones de insulina son muy escasas, lo que obliga a algunos pacientes a utilizar la misma jeringa más de una vez a pesar del peligro que ello entraña.

El farmacéutico Mohammed Shukri revela un lado oscuro de este comercio, subrayando que muchos de estos puestos venden en realidad estupefacientes y utilizan el mercado farmacéu-

tico como pantalla. Subrayó que la mayoría de estos medicamentos son robados de almacenes médicos o de camiones de socorro pertenecientes al Ministerio de Salud, por lo que pidió la actuación urgente de las autoridades competentes para poner fin a este peligroso fenómeno que amenaza la vida de los ciudadanos y socava el ya sobrecargado sistema sanitario.

Advierten contra la compra en puestos no autorizados

En una medida destinada a proteger la salud de los ciudadanos, el Ministerio de Salud palestino en Gaza advirtió contra la compra de medicamentos en puestos no autorizados en mercados y carreteras, subrayando que esto supone un peligro real para la salud y la vida de los ciudadanos. En un comunicado de prensa, el Ministerio explicó que la mayoría de los vendedores de estos lugares no tienen licencias de las autoridades competentes, lo que conduce a la circulación de medicamentos con recetas erróneas que pueden causar graves complicaciones de salud que pueden conducir a la muerte.

El Ministerio señaló que los medicamentos disponibles en estos puntos se exponen y almacenan en condiciones inadecuadas y bajo la luz directa del sol, lo que hace que pierdan su eficacia y se expongan a daños, así como a la posibilidad de convertirse en sustancias nocivas para la salud.

El Ministerio hizo un llamamiento a los ciudadanos para que se abstengan de comprar medicamentos en estos sitios y acudan a las farmacias oficiales autorizadas para garantizar la seguridad de los medicamentos y la cualificación de los trabajadores. Según las estadísticas de la oficina de medios de comunicación del Gobierno, el número de personas con enfermedades crónicas en la Franja de Gaza es de unas 350.000.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) validó la eliminación del tracoma como problema de salud pública en Senegal. Senegal se convirtió así en el noveno país de la Región Africana de la OMS en lograr esta hazaña.

“Felicitó a Senegal por liberar a su población de esta enfermedad”, declaró el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS. “Este hito es una muestra más del notable progreso que se está logrando contra las enfermedades tropicales desatendidas a nivel mundial y ofrece esperanza a otros países que aún trabajan para eliminar el tracoma”.



El tracoma se conoce en Senegal desde principios del siglo XX y se confirmó como una de las principales causas de ceguera mediante encuestas realizadas en las décadas de 1980 y 1990. Senegal se unió a la Alianza de la OMS para la Eliminación Mundial del Tracoma en 1998, realizó su primera encuesta nacional en el año 2000 y completó el mapeo completo de la enfermedad en 2017 con el apoyo del Proyecto Mundial de Mapeo del Tracoma y Data Tropical. El control del tracoma se integró sistemáticamente en los programas nacionales de salud ocular, primero en el marco del Programa Nacional para la Prevención de la Ceguera y posteriormente a través del Programa Nacional para la Promoción de la Salud Ocular, manteniendo así su compromiso con la eliminación del tracoma.

“Hoy celebramos nuestra victoria contra el tracoma, 21 años después de la victoria contra la dracunculosis”, declaró el Dr. Ibrahima Sy, Ministro de Salud y Acción Social de Senegal. “Este nuevo hito nos recuerda que nuestro objetivo principal sigue siendo un Senegal libre de enfermedades tropicales desatendidas. Estamos plenamente comprometidos con ello y estamos logrando avances significativos, en particular contra la tripanosomosis africana humana (enfermedad del sueño) y la oncocercosis”.

Senegal implementó la estrategia SAFE recomendada por la OMS para eliminar el tracoma con el apoyo de sus socios, llegando a 2,8 millones de personas que la necesitaban en 24 distritos. Estas actividades incluyeron la provisión de cirugía para tratar la ceguera tardía de la enfermedad, la administración masiva de azitromicina, un antibiótico donado por Pfizer a través de la Iniciativa Internacional contra el Tracoma, la realización de campañas de concienciación pública para promover la higiene facial y la mejora del acceso al agua y al saneamiento.

El tracoma es la segunda enfermedad tropical desatendida en ser eliminada en Senegal. En 2004, el país fue certificado libre de transmisión de la dracunculosis. A nivel mundial, Senegal se une a otros 24 países que han sido validados por la OMS por haber eliminado el tracoma como un problema de salud pública. Estos son Arabia Saudí, Benín, Burundi, Camboya, China, Gambia, Ghana, India, Irak, Irán, Laos, Malawi, Malí, Marruecos, Mauritania, México, Myan-

mar, Nepal, Omán, Pakistán, Papúa Nueva Guinea, Togo, Vanuatu y Vietnam. Estos países forman parte de un grupo más amplio de 57 países que han eliminado una o más enfermedades tropicales desatendidas.

La OMS está ayudando a las autoridades sanitarias de Senegal a vigilar de cerca las comunidades donde anteriormente el tracoma era endémico a fin de garantizar que no se produzca un resurgimiento de la enfermedad.

“El tracoma ha afectado a las comunidades de Senegal durante más de un siglo. Esta tan esperada validación no solo es un hito para la salud pública, sino un poderoso homenaje a la incansable dedicación de los trabajadores sanitarios de primera línea, las comunidades, los líderes gubernamentales y los socios que nunca se rindieron. Hoy cerramos un capítulo que comenzó hace más de cien años, unidos por el orgullo, la gratitud y la determinación. La OMS mantiene su compromiso de apoyar a Senegal mientras el país continúa liderando la preservación de este logro tan difícil de alcanzar”, dijo el Dr. Jean-Marie Vianny Yameogo, representante de la OMS en Senegal.

Prevalencia de la enfermedad

El tracoma sigue siendo un problema de salud pública en 32 países, con aproximadamente 103 millones de personas viviendo en zonas que requieren intervenciones contra la enfermedad. El tracoma se encuentra principalmente en las zonas más pobres y rurales de África, América Central y del Sur, Asia, el Pacífico Occidental y Medio Oriente. La Región de África de la OMS se ve desproporcionadamente afectada por el tracoma: en abril de 2024, 93 millones de personas vivían en zonas de riesgo, lo que representa 90% de la carga mundial de tracoma.

En los últimos años se han logrado avances importantes en la lucha contra el tracoma y el número de personas que necesitan tratamiento con antibióticos para el tracoma en la Región de África se redujo en 96 millones, de 189 millones en 2014 a 93 millones en abril de 2024, lo que representa una reducción de 51%.

Actualmente, 20 países (Angola, Argelia, Burkina Faso, Camerún, Chad, Côte d'Ivoire, Eritrea, Etiopía, Guinea, Kenia, Mozambique, Níger, Nigeria, República Centroafricana, República Democrática del Congo, Sudán del Sur, Tanzania, Uganda, Zambia y Zimbabwe) de la Región de África de la OMS requieren intervención para la eliminación del tracoma. Otros tres países de la Región (Botswana, Guinea-Bissau y Namibia) afirman haber alcanzado las metas de prevalencia para la eliminación.

El tracoma es una enfermedad tropical desatendida. Es causada por la infección con la bacteria *Chlamydia trachomatis*, que se transmite de persona a persona a través de superficies contaminadas, fómites y moscas que han entrado en contacto con secreciones oculares o nasales de una persona infectada.

Los factores de riesgo ambientales para la transmisión del tracoma incluyen la mala higiene, el hacinamiento en los hogares y el acceso inadecuado al agua y al saneamiento.

Para eliminar el tracoma como problema de salud pública, la Organización Mundial de la Salud recomienda la estrategia SAFE: un enfoque integral para reducir la transmisión del microorganismo causante, eliminar las infecciones existentes y abordar sus efectos. La estrategia SAFE consiste en cirugía para tratar la complicación que causa ceguera (triquiasis tracomatosa); antibióticos para eliminar la infección, en particular la administración masiva de azitromicina (que ha sido donada por el fabricante, Pfizer, a programas de erradicación a través de la Iniciativa Internacional contra el Tracoma); higiene facial; y mejora del ambiente, en particular la mejora del acceso al agua y al saneamiento.

La hoja de ruta para las enfermedades tropicales desatendidas 2021-2030 tiene como objetivo la prevención, el control, la eliminación y la erradicación de 20 enfermedades y grupos de enfermedades para 2030. Los avances contra el tracoma y otras enfermedades tropicales desatendidas alivian la carga humana y económica que imponen a las comunidades más desfavorecidas del mundo.

Un reciente [estudio](#) proporciona la primera mirada del mundo al impacto histórico de los esfuerzos de vacunación de emergencia en la salud pública y la seguridad sanitaria mundial, con un estudio exhaustivo de 210 brotes de cinco enfermedades infecciosas – cólera, enfermedad por el virus del Ébola, sarampión, meningitis y fiebre amarilla– en 49 países de bajos ingresos entre 2000 y 2023.

El análisis revela que, durante este período, se estima que la vacunación de emergencia redujo los casos y las muertes en casi 60% en promedio en estas cinco enfermedades. En el caso de algunas enfermedades como la fiebre amarilla y el ébola, se estima que las iniciativas de vacunación en respuesta a brotes redujeron las muertes en 99% y 76% respectivamente. Este impacto de la respuesta a brotes se suma a los millones de muertes y casos evitados mediante la vacunación preventiva o rutinaria contra las cinco enfermedades. En todos los casos, el estudio concluyó que la vacunación de emergencia redujo significativamente la amenaza de expansión de los brotes. Los hallazgos también subrayan la importancia de una respuesta rápida a los brotes y de mantener una sólida cobertura de inmunización rutinaria, especialmente en entornos de alto riesgo, para prevenir y minimizar los casos y las muertes.

Muchas de las respuestas a brotes estudiadas fueron financiadas por la Alianza para las Vacunas (GAVI). Las [reservas mundiales de vacunas contra el cólera, el ébola, la meningitis y la fiebre amarilla](#), financiadas por la GAVI, son accesibles para todos los países del mundo, y su uso para la respuesta a brotes está gestionado por el Grupo Internacional de Coordinación para el Suministro de Vacunas, liderado por la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (FICR), Médicos Sin Fronteras (MSF), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). En los países de bajos ingresos que pueden recibir apoyo de la GAVI –donde es más probable que ocurran estos brotes–, la GAVI financia íntegramente el costo de las dosis, su distribución a las comunidades afectadas y las campañas de vacunación en respuesta a brotes. La Alianza también proporciona este apoyo para la respuesta a brotes de sarampión en países de bajos ingresos a través de la Alianza contra el Sarampión y la Rubéola.

En total, el estudio concluyó que la vacunación en respuesta a estos 210 brotes generó casi 32.000 millones de dólares en beneficios económicos al evitar muertes y años de vida perdidos por discapacidad. Señaló que esta cifra subestima considerablemente el ahorro total, ya que no considera los costos de respuesta a los brotes ni los impactos sociales y macroeconómicos de las perturbaciones generadas por grandes brotes. Por ejemplo, se estima que el brote de ébola de 2014, que se produjo antes de que existiera una vacuna aprobada y provocó la importación de casos a todo el mundo, tuvo un costo de más de 53.000 millones de dólares solo para los países de África occidental.



“Por primera vez, podemos cuantificar exhaustivamente el beneficio, en términos humanos y económicos, de implementar vacunas contra brotes de algunas de las enfermedades infecciosas más mortales”, afirmó la Dra. Sania Nishtar, directora ejecutiva de la GAVI. “Este estudio demuestra claramente el poder de las vacunas como contramedida rentable ante el creciente riesgo que enfrenta el mundo debido a los brotes. También subraya la importancia de financiar completamente a la GAVI para que pueda seguir protegiendo a las comunidades durante los próximos cinco años”.

Los resultados por enfermedad

Para cada enfermedad, los investigadores estudiaron los brotes en países de bajos ingresos con datos suficientes para simular un rango de referencia de casos y muertes observados y estimados, y dónde se había aplicado la vacunación de emergencia. A partir de ahí, modelaron un escenario contrafactual sin vacunación en respuesta al brote y calcularon el número de casos, muertes y años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) que se habían evitado gracias a la respuesta vacunal. El estudio también estimó los beneficios económicos generados al evitar dichas muertes y AVAD, y examinó cómo la respuesta vacunal había impactado el riesgo de grandes brotes. A continuación, se presenta un análisis de lo que esto significa en términos de reducción porcentual de casos y muertes.

Enfermedad	Período de tiempo	N° de brotes con suficientes datos para analizar el impacto	Reducción promedio estimada de los casos	Reducción promedio estimada de las muertes	Riesgo de brotes mayores
Cólera	2011–2023	40	26%	36%	Disminución 18% a 10%
Enfermedad por el virus del Ébola	2018–2022	7	77%	76%	Disminución 71% a 43%
Sarampión	2003–2023	51	59%	52%	Disminución 41% a 8%
Meningitis	2012–2023	24	27%	28%	Disminución 42% a 29%
Fiebre amarilla	2001–2023	88	98%	99%	Disminución 20% a 7%
Totales	—	210	57%	58%	—

- **Enfermedad por el virus del Ébola:** Esta es una enfermedad rara pero grave que presenta un alto riesgo de seguridad sanitaria, como lo demostró el brote en África occidental de 2014, que resultó en más de 11.000 muertes en la región y casos importados a países de todo el mundo. Si bien no existían vacunas aprobadas en 2014, ahora las vacunas están disponibles para todos los países del mundo gracias al trabajo de la GAVI para incentivar su desarrollo y establecer una reserva mundial. Las vacunas demostraron ser muy eficaces para reducir los casos y las muertes en brotes posteriores, y los países de alto riesgo ahora protegen de antemano a los trabajadores de la salud y otros trabajadores de primera línea a través de los esfuerzos de vacunación preventiva. El estudio analizó siete brotes en los que había vacunas disponibles como herramienta de respuesta y descubrió que estos esfuerzos habían reducido los casos y las muertes en 77% y 76% en promedio, respectivamente, y habían disminuido significativamente la amenaza de grandes emergencias como la epidemia de África occidental de 2014.

En su próximo período estratégico, 2026-2030, la GAVI busca mantener la reserva mundial de vacunas contra el ébola para su uso en todos los países, a la vez que apoya a los países de mayor riesgo con la vacunación preventiva del personal de primera línea.

- **Fiebre amarilla:** Si bien esta es una enfermedad altamente mortal transmitida por mosquitos que no se puede eliminar, el riesgo de brotes se puede reducir sustancialmente inmunizando al menos a 60-80% de la población en riesgo. Con este objetivo en mente, la GAVI ayudó a reducir drásticamente la ocurrencia de grandes brotes al apoyar a los países para introducir la vacuna en la inmunización sistemática y realizar campañas preventivas masivas, protegiendo a cientos de millones de niños y adultos en los países con mayor riesgo. Desde 2001, la GAVI también apoyó la reserva mundial de fiebre amarilla para ayudar a los países a responder a los brotes. En los 88 brotes estudiados, los investigadores descubrieron que la vacunación en respuesta a brotes había ayudado a reducir los casos y las muertes en 98% y 99% respectivamente, en promedio. El estudio encontró que los mayores impactos ocurrieron cuando las campañas se implementaron con tiempos de respuesta más rápidos y cuando se llevaron a cabo en entornos con alta transmisión de fiebre amarilla y menor inmunidad de base. Esto subraya la importancia tanto de la respuesta oportuna a los brotes como de la vacunación sistemática y preventiva para prevenir casos y muertes. De hecho, los actuales brotes de fiebre amarilla en África se deben en gran medida a países con bajas tasas de cobertura sistemática y donde la última vacunación preventiva masiva se produjo hace 10 o 15 años.

En su próximo período estratégico, la GAVI busca apoyar a los países en riesgo con la vacunación preventiva dirigida para prevenir la aparición de futuros brotes y ayudar a controlar firmemente los brotes actuales. Al mismo tiempo, mantiene el apoyo a la inmunización sistemática en países de alto riesgo y garantiza que todos los países del mundo tengan acceso a dosis de emergencia para la respuesta a brotes a través de la reserva mundial. Por ejemplo, los países de Sudamérica que actualmente enfrentan grandes brotes pueden acceder a dosis de la reserva mundial y reembolsar a la GAVI los costos.

- **Cólera:** Los brotes de cólera ocurren principalmente porque las personas no pueden acceder a servicios de agua potable, saneamiento e higiene (WASH) ni a un tratamiento oportuno. La mayoría de los casos de cólera pueden tratarse con éxito con sales de rehidratación oral, pero el acceso rápido es fundamental, lo que suele ser una dificultad cuando la enfermedad se presenta entre algunas de las poblaciones más vulnerables, donde el acceso a la infraestructura de WASH se ha visto afectado por factores como la falta de servicios básicos, conflictos, desastres naturales o desplazamientos. Cuando ocurren brotes de cólera, la vacunación de emergencia de las poblaciones afectadas desempeña un papel clave para controlarlos. El estudio encontró que, en 40 brotes entre 2011 y 2023, en promedio, la vacunación ayudó a reducir los casos y las muertes en 28% y 36% respectivamente. Históricamente, las vacunas orales contra el cólera se han utilizado principalmente como una herramienta de respuesta a emergencias y no se han administrado de forma rutinaria. El estudio también encontró que, en ausencia de la base de inmunidad que proporcionaría dicha vacunación rutinaria, una respuesta muy rápida es fundamental para salvar vidas.

A largo plazo, garantizar el acceso a la infraestructura WASH debe ser fundamental para controlar el cólera endémico. Con el mundo experimentando un agudo repunte de brotes desde 2021, la demanda de vacunas contra el cólera es ahora mayor que nunca. Sin embargo, la respuesta rápida suele ser difícil en los entornos frágiles donde suelen producirse brotes de cólera. Esto hace que la vacunación preventiva sea crucial para el control del cólera y, gracias a los esfuerzos a largo plazo para aumentar el suministro mundial de vacunas, finalmente hay dosis suficientes para que esto sea una realidad. De 2026 a 2030, además de mantener su apoyo a la respuesta a brotes, la GAVI tiene como objetivo ayudar a los países donde el cólera es endémico a implementar la vacunación preventiva dirigida.

- **Sarampión:** Esta es una enfermedad altamente contagiosa y se necesitan tasas de cobertura de 95% para prevenir brotes, lo que hace esencial la vacunación sistemática y preventiva. Lograr este alto nivel de cobertura puede ser difícil en muchos entornos. El estudio reveló que, en los últimos 20 años, la vacunación en respuesta a brotes en países de bajos ingresos redujo los casos en 59% y las muertes en 52%. Cabe destacar que también ayudó a reducir drásticamente el riesgo de grandes brotes, algo crucial en entornos donde la población tiene menor inmunidad de base debido a tasas de cobertura más bajas.

Al igual que con otras vacunas, las tasas de cobertura de la vacunación contra el sarampión en los países de bajos ingresos disminuyeron durante la pandemia de covid, lo que provocó un aumento de los brotes de sarampión. La GAVI lideró los esfuerzos para ayudar a los países a retomar la senda correcta, incluyendo campañas preventivas que han llegado a cientos de millones de niños desde 2021. Las iniciativas de respuesta a brotes han protegido a más de 35 millones de niños desde 2021. Estos esfuerzos continuarán en 2025 y durante el próximo período estratégico de la GAVI, cuyo objetivo es seguir aumentando las tasas de cobertura de la vacunación contra el sarampión para prevenir la aparición de brotes.

- **Meningitis:** Dado que la vacunación rutinaria y preventiva apoyada por la GAVI ayudó a eliminar los brotes de meningitis A en el cinturón de la meningitis de África, el estudio se centró en los brotes causados por otras cepas, que representaron la mayoría durante el período estudiado. Durante este período, la vacunación rutinaria y preventiva contra estas otras cepas no fue la norma. El estudio encontró que a lo largo de 10 años, la vacunación en respuesta a estos brotes redujo, en promedio, los casos y las muertes en 27% y 28% respectivamente. De manera similar al cólera, en un escenario en el que la población general no está protegida mediante la inmunización rutinaria, la velocidad de respuesta es un factor determinante clave del impacto general de los esfuerzos de vacunación de emergencia.

La reciente disponibilidad de una nueva vacuna conjugada multivalente, que protege contra las cinco cepas de meningitis más prevalentes y ofrece una protección más duradera, ha mejorado la capacidad de la GAVI para apoyar a los países. La vacuna forma parte de la reserva mundial y ya se utiliza para responder a los brotes de meningitis C. También amplía la capacidad de la Alianza para apoyar campañas preventivas específicas en países de alto riesgo, lo que reducirá la carga general e incluso ofrece la posibilidad de eliminar brotes de otras cepas de meningitis en África. A fines de este año, Níger, que ha experimentado brotes durante los últimos cinco años, se convertirá en el primer país en llevar a cabo una campaña preventiva nacional con la vacuna multivalente contra la meningitis.

Protegiendo la seguridad sanitaria mundial hasta 2030

La GAVI busca financiar completamente su próximo período estratégico 2026/2030, GAVI 6.0. Ante el aumento de la amenaza de las enfermedades infecciosas, la Alianza aspira a realizar la mayor inversión de su historia en seguridad sanitaria. Esto incluye mantener las actuales reservas mundiales de vacunas, mientras se agregan nuevas reservas contra enfermedades como la mpox y la hepatitis E, y se apoyan iniciativas específicas para abordar las causas básicas de los brotes actuales de fiebre amarilla, ébola, cólera, meningitis y sarampión.

La GAVI también mantendrá su compromiso de garantizar un acceso rápido a las vacunas y de brindar apoyo fundamental para futuros brotes, epidemias y pandemias a través de su Mecanismo de Financiamiento Día Cero y su Fondo de Primera Respuesta: mecanismos innovadores que recientemente han demostrado ser vitales para permitir una respuesta rápida y sostenida al brote actual de mpox, y que están listos para ser activados para futuras Emergencias de Salud Pública de Importancia Internacional.

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

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

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