



29 DE SEPTIEMBRE
2025
REC 2.987

ARGENTINA

- Brote de enfermedad invasiva asociada a fentanilo contaminado

AMÉRICA

- Brasil: Confirmaron dos casos importados de sarampión en Mato Grosso
- Canadá: Brote de salmonelosis vinculado al consumo de pistachos
- Colombia: La estrategia que derribó mitos e impulsó la vacunación contra la fiebre amarilla

- Uruguay: Situación epidemiológica de la sífilis. Período 2020/2024

EL MUNDO

- Eslovenia: Transmisión de *Brucella melitensis* por partículas aerosolizadas durante una cirugía
- España: Ceuta declara la alerta sanitaria tras detectar un perro con rabia
- India: Un brote de influenza A(H3N2) pone en jaque al norte del país
- Israel: Tres muertes por sarampión en la última semana

- Mozambique: Documentaron por primera vez la presencia del noma en el país

- Nepal: Aumentan los casos de cólera en el distrito de Parsa

- Uganda: La *Salmonella* resistente a los medicamentos prolifera en la región más pobre del país

- Recomendaciones para la composición de la vacuna contra la influenza para la temporada 2026 en el hemisferio sur

- Las vacunas contra el virus sincicial respiratorio protegen a lactantes y adultos mayores

Comité Editorial

Editor Honorario ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021)

Por su invaluable legado como científico y humanista destacado, y por su esfuerzo en la consolidación del proyecto editorial del REC, como órgano de divulgación destacado en el ámbito de la Epidemiología.

Editor en Jefe

ÍLIDE SELENE DE LISA

Editores adjuntos

RUTH BRITO
ENRIQUE FARÍAS

Editores Asociados

ISSN 2796-7050

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

Patrocinadores

sadi Sociedad Argentina
de Infectología



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.

El 7 de mayo de 2025 un establecimiento del subsector privado de salud de la provincia de Buenos Aires informó sobre un brote de infecciones por *Klebsiella pneumoniae* (*Kpn*) metalobetalactamasa (MBL) no betalactamasa de espectro extendido (BLEE) y *Ralstonia* spp. en pacientes internados en la unidad de terapia intensiva entre los meses de abril y mayo. En el marco de la investigación del brote, se hallaron ambos patógenos en el cultivo de ampollas de fentanilo en el establecimiento de origen.

A partir de ese momento se tomaron acciones de investigación y control y, en virtud de estos datos, el 8 de mayo, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) emitió un [alerta](#) sobre el uso de un lote de fentanilo, indicando que no deberá utilizarse en todo el territorio nacional el producto: “Fentanilo HLB / Fentanilo (Citrato), concentración 0,05 mg/ml, en la forma farmacéutica solución inyectable, lote 31202, vto. SEP-26, presentación por 100 ampollas por 5 ml, Certificado N°53.100” por encontrarse en investigación por desvío de calidad.

El 10 de mayo, la Dirección de Epidemiología y la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) ‘Dr. Carlos Gregorio Malbrán’ del Ministerio de Salud de la Nación emitió un comunicado y alerta a los establecimientos de salud para medidas de control, vigilancia, definiciones de caso, derivaciones de muestras y notificación al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}): “Brote en investigación posiblemente relacionado a exposición de fentanilo contaminado”.

El 11 de mayo se publicó en el Boletín Oficial la [Disposición N°3156/2025](#) de la ANMAT, por la cual se prohibió el uso, la comercialización y la distribución en todo el territorio nacional del producto. También se publicó el 13 de mayo la [Disposición N°3158/2025](#), de la ANMAT, por la cual se inhiben las actividades productivas de la firma HLB Pharma Group S.A. con planta sita en la provincia de Buenos Aires, por las razones expuestas en la disposición, donde se prohíbe el uso, distribución y comercialización en todo el territorio de Argentina, de todos los productos registrados a nombre de la firma, hasta que se hallen las condiciones técnicas y sanitarias para levantar la presente medida.

Además, en la misma disposición, se inhiben las actividades productivas de la firma Laboratorios Ramallo S.A. en la provincia de Buenos Aires, debido a que las ampollas habrían sido elaboradas en las instalaciones de esta firma.

Paralelamente a lo actuado por la ANMAT, la Región Sanitaria XI del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires reportó el mismo día la ocurrencia de un brote de infecciones invasivas por *Klebsiella pneumoniae* productora de metalobetalactamasa y *Ralstonia* spp, identificadas en el laboratorio de una institución de salud del subsistema privado de la provincia de Buenos y que fueron remitidas al Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI-ANLIS) para su confirmación y caracterización.

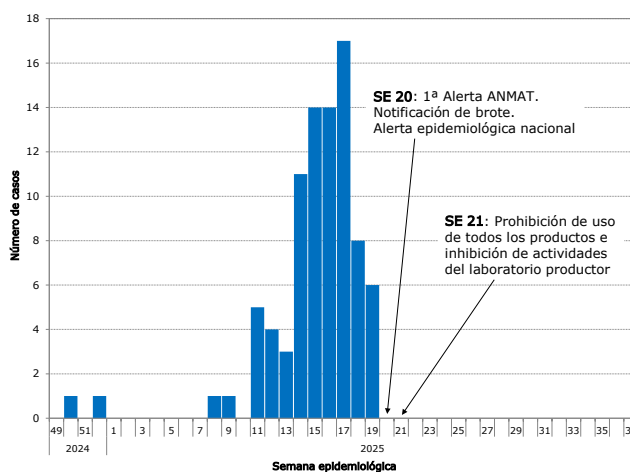
A partir de la recepción de los aislamientos enviados por el establecimiento de origen, el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) confirmó la identificación de *Klebsiella pneumoniae* productora de metalobetalactamasa NDM-5, no productora de BLEE y *Ralstonia mannitolilytica*.

Los estudios fenotípicos, moleculares y genómicos de los aislamientos derivados al LNR, procedentes de muestras del producto Fentanilo HLB Pharma y de muestras de hemocultivos de pacientes, permitieron identificar clones únicos relacionados al brote de: *Klebsiella pneumoniae* metalobetalactamasa no productora de BLEE secuenciotipo 307 y de *Ralstonia mannitolilytica*. Adicionalmente, a partir de aislamientos provenientes del producto Fentanilo HLB Pharma y de un paciente, se detectó *Klebsiella variicola* productora de metalobetalactamasa NDM-5 y BLEE CTXM-15, de secuenciotipo 971.

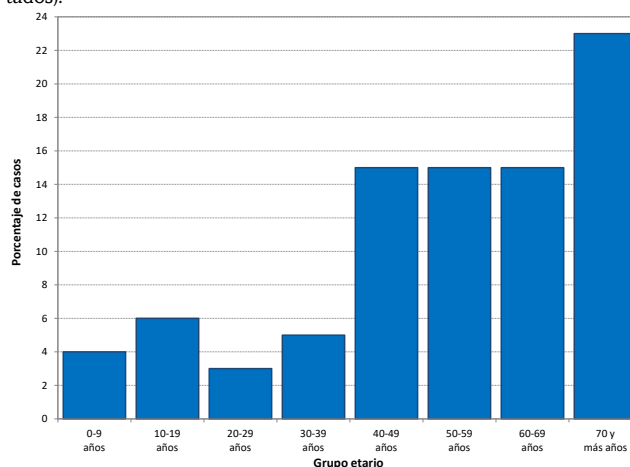
La vigilancia epidemiológica constituye una herramienta fundamental para la detección precoz, el análisis y el control de eventos adversos relacionados con la atención sanitaria. En este contexto, la aparición de brotes nosocomiales asociados a productos farmacológicos contaminados representa un desafío clave para la seguridad del paciente y la calidad de la atención médica.

Situación epidemiológica

Desde la alerta emitida el 8 de mayo y hasta el 19 de septiembre de 2025, se notificaron 108 infecciones por exposición a medicamento contaminado al SNVS^{2.0} en 22 establecimientos correspondientes a seis jurisdicciones. En 10 de esos establecimientos –situados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y las provincias de Buenos Aires y Santa Fe– el LNR ya confirmó 63 casos asociados al brote y otras seis notificaciones de casos sospechosos de los mismos establecimientos se consideran asociados por nexo epidemiológico, totalizando 69 casos confirmados. Un caso notificado por la provincia de Neuquén y otro en la provincia de Río Negro se invalidaron por no cumplir con la definición de caso y otros ocho estableci-



Casos de infección por exposición a medicamento contaminado asociados por el Laboratorio Nacional de Referencia o nexo y sospechosos. Argentina. Desde semana epidemiológica 49 de 2024 a 37 de 2025. Fuente Ministerio de Salud de Argentina. (N=86; se excluyen los casos descartados).



Casos de infección por exposición a medicamento contaminado asociados por el Laboratorio Nacional de Referencia o nexo y sospechosos, según grupos etarios. Argentina. Desde semana epidemiológica 49 de 2024 a 37 de 2025. Fuente Ministerio de Salud de Argentina. (N=86; se excluyen los casos descartados).

mientos se encuentran en investigación en Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe. El resto de las provincias del país no han notificado casos sospechosos hasta el momento.

Los casos notificados hasta el momento tienen fecha de internación (o fecha de toma de muestra, cuando no se encuentra consignada la fecha de internación) entre el 10 de febrero y el 9 de mayo, con excepción de un caso notificado en la SE 24 con fecha 14 de diciembre de 2024. Todos los casos notificados a partir de la alerta epidemiológica fueron identificados de forma retrospectiva, no registrándose nuevas notificaciones ocurridos luego de dicha alerta.

Se presentaron casos en todos los grupos etarios, con una mediana de edad de 57 años y un rango de 0 a 96 años.

En cuanto a la evolución clínica, 12 de los 22 establecimientos que notificaron casos hasta el momento registraron casos fallecidos en el SNVS^{2.0}, sumando un total de 51, siendo el sexo masculino el más afectado y el grupo etario con más fallecimientos los mayores de 70 años (mediana de 63 años). En ocho de los 12 establecimientos que registraron casos fallecidos ya se ha confirmado un foco del brote (al menos un caso en el que se pudo confirmar la asociación al brote por parte del LNR), estando el restante en estudio.

A la totalidad de los casos fallecidos se les suministró previamente el lote de fentanilo mencionado, siendo 12 días la mediana entre la administración y el fallecimiento. De todas maneras, aún se encuentra en investigación si la causa del fallecimiento está vinculada al evento en estudio.

Cabe destacar que, en todos los casos, eran pacientes que se encontraban previamente internados por otras causas y se les administró el medicamento en el contexto de la intervención que cada uno requería por su estado clínico.



BRASIL

CONFIRMARON DOS CASOS IMPORTADOS DE SARAMPIÓN EN MATO GROSSO

24/09/2025

Ante la reintroducción del sarampión en Brasil, la Secretaría Estatal de Salud de Mato Grosso (SES-MT) está implementando diversas acciones para prevenir la enfermedad en el estado. En una de las iniciativas con la Prefectura de Primavera do Leste, se confirmaron dos casos de sarampión en el municipio el 24 de septiembre.

Los casos no contaban con carné de vacunación, habían viajado recientemente a Bolivia y habían tenido contacto con personas con sarampión. Los casos están siendo monitoreados y controlados por la Agencia Municipal de Vigilancia; además, se realizó el bloqueo vacunal de los familiares cercanos.

Para gestionar la situación, equipos del SES-MT y del Ministerio de Salud se desplazarán para monitorear el manejo de los pacientes en el lugar y reforzar acciones en torno a la comunidad afectada.

“Los equipos del SES-MT han realizado y continúan realizando un intenso trabajo de vigilancia para prevenir y controlar el sarampión en Mato Grosso, especialmente en el contexto actual de reintroducción de la enfermedad en Brasil”, afirmó el secretario de Estado de Salud, Gilberto Gomes de Figueiredo.

En 2025, se notificaron 63 casos sospechosos de sarampión en Mato Grosso. De estos, 48 fueron descartados, 13 siguen bajo investigación y dos fueron confirmados en Primavera do Leste.

La superintendente de Vigilancia en Salud del SES-MT, Alessandra Moraes, explicó que Mato Grosso adoptó, desde agosto de este año, la estrategia de dosis cero de la vacuna contra el sarampión para todo el estado.

“Nuestros equipos han estado prestando mucha atención al problema del sarampión desde hace tiempo. En el segundo semestre de 2025, ya capacitamos a profesionales de atención primaria, intensificamos los esfuerzos en las regiones fronterizas con Bolivia e implementamos la dosis cero de la vacuna contra el sarampión en todo el estado de Mato Grosso”, explicó.

La dosis cero de la vacuna contra el sarampión está destinada a niños de entre 6 y 11 meses y 29 días. Los niños de entre 6 y 8 meses y 29 días reciben la vacuna doble viral (sarampión y rubéola), mientras que los mayores de 9 meses reciben la vacuna triple viral (sarampión, rubéola y parotiditis).

La vacunación extra en Mato Grosso sigue una recomendación del Ministerio de Salud debido al riesgo de reintroducción del virus. No sustituye el calendario de vacunación habitual, que

deben mantenerse a los 12 y 15 meses. Por lo tanto, la dosis cero representa una protección temprana en la situación actual.

Los adultos sin registro de dosis de vacuna contra el sarampión o con esquema incompleto deben acudir a un centro de salud para completar el esquema. Para personas de 1 a 29 años, se recomiendan dos dosis; para las de 30 a 59 años, una dosis. Las personas mayores de 60 años no pueden recibir dosis adicionales de la vacuna.

La vacunación es gratuita a través del Sistema Único de Salud (SUS) y es la principal medida de prevención. Hasta el 24 de septiembre, la cobertura con vacuna triple viral es este año de 88% con la primera dosis y de 65% con la segunda dosis en Mato Grosso, mientras que lo ideal sería de 95% para ambas. Se administraron 96.473 dosis de la vacuna triple viral y 2.730 de la doble viral para la dosis cero de niños menores de 1 año en el estado.

Es importante destacar que la vacunación es responsabilidad municipal. La Secretaría trabaja en colaboración con las Secretarías Municipales, garantizando la distribución de vacunas, monitoreando la cobertura de vacunación, investigando casos sospechosos, capacitando a los profesionales de la salud en el manejo adecuado de los pacientes, asesorando a los municipios sobre las medidas de prevención y presentando escenarios epidemiológicos para la toma de decisiones.

Se han confirmado por laboratorio 105 casos de infección por *Salmonella enterica enterica* de las serovariedades Havana, Mbandaka, Meleagridis, Tennessee, Anatum, Bareilly y Senftenberg, vinculados a un brote causado por el consumo de pistachos y productos que los contienen.

Los casos se registraron en Quebec (66 casos), Ontario (27), British Columbia (6), Alberta (4), Manitoba (1) y New Brunswick (1).

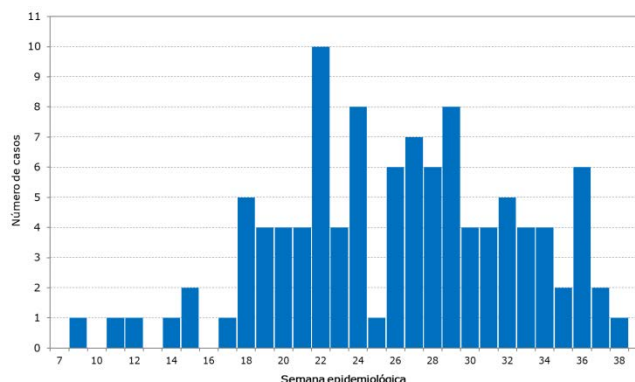
Las personas enfermaron entre principios de marzo y mediados de julio de 2025. De los casos reportados, 16 fueron hospitalizados y no se registraron fallecimientos. Las personas enfermas tienen entre 2 y 95 años. La mayoría de los enfermos son mujeres (75%).

Muchas de las personas afectadas informaron haber consumido pistachos y productos que los contenían, como chocolate estilo Dubái y productos de pastelería. Las cepas de *Salmonella* que causaron la enfermedad se detectaron en muestras de pistachos y de chocolate estilo Dubái retirados del mercado. La investigación continúa y es posible que se identifiquen otras fuentes.

Es posible que se sigan notificando casos más recientes debido a que transcurre un período entre el momento en que una persona se enferma y el momento en que se notifica la enfermedad a las autoridades de salud pública. Puede transcurrir más de un mes desde que una persona enferma, consulta con un médico, se realiza la prueba y se confirman los resultados. En este brote, el período de notificación de la enfermedad es de entre 15 y 99 días después del inicio de los síntomas.

Este informe solo incluye los casos confirmados por laboratorio. Es probable que el número real de casos en Canadá sea mucho mayor. Muchas personas presentan síntomas leves y no acuden al médico, por lo que no se les realizan pruebas. Los investigadores estiman que, por cada caso de salmonelosis notificado a la Agencia de Salud Pública, hay 26 casos más que no se notifican.

Es posible que este brote no se limite a las provincias con casos conocidos de enfermedad.



Casos de salmonelosis vinculados con el consumo de pistachos y productos que los contienen. Canadá. Año 2025, desde semana epidemiológica 9 a 39. Fuente: Agencia de Salud Pública de Canadá.

Zahira Peralta camina durante horas, a veces por trochas accesibles solo a lomo de mula, cargando su heladera con vacunas y la convicción de que cada dosis puede salvar una vida. Es auxiliar de enfermería en el Hospital ‘Nuestra Señora de Lourdes’ y recorrió las veredas del municipio de Ataco en medio del brote de fiebre amarilla.



En Ataco, el primer golpe de la enfermedad llegó en marzo de 2025, en la vereda Buena Vista, a cuatro horas del casco urbano. Paulo Yesid Charry Ortiz, secretario de Desarrollo Social y de Salud Municipal, estuvo en la casa de un paciente fallecido y comprendió que la batalla no era solo contra el virus. “La mayor barrera ha sido convencer a las personas de vacunarse”, admitió. Las creencias religiosas, los mitos y el recuerdo de la pandemia alimentaban el rechazo. “Uno explica, advierte las consecuencias, pero a veces la respuesta sigue siendo un ‘no’. Es frustrante”, lamentó.

Desde entonces, muchos vacunadores en municipios como Chaparral, Planadas y Rioblanco vivieron jornadas marcadas por una sensación agridulce: la alegría de quienes aceptan protegerse contrasta con quienes, a pesar de los argumentos expuestos, continúan negándose a la posibilidad más efectiva para proteger la vida. Las puertas cerradas y las negativas firmes resultaban tan pesadas como la urgencia de inmunizar. Desde 2025, los casos se han reportado casi todas las semanas, con una concentración marcada entre quienes no se vacunaron.

En respuesta a estos desafíos, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Secretaría de Salud de Tolima ofrecieron un curso de la Organización Mundial de la Salud enfocado en técnicas de entrevistas motivacionales para favorecer la aceptación de la vacuna: formular preguntas abiertas, practicar la escucha activa y manejar con respeto las conversaciones con personas que rechazan la inmunización, dejando siempre un puente abierto para insistir y persistir sin cerrar el diálogo. Además, los participantes aprendieron conceptos básicos de cambio de comportamiento y percepción del riesgo, y pusieron en práctica lo aprendido con ejercicios dinámicos que simulaban situaciones reales en el terreno.

“La comunicación empática es clave para que las vacunas lleguen a quienes más las necesitan. No basta con que la vacuna exista y esté disponible; es necesario que las personas comprendan su importancia, confíen en ella y tomen la decisión de aplicársela, basándose en información clara. La ciencia nos da la herramienta, y la empatía abre la puerta para que las personas decidan usarla”, explicó Fernando González Escalona, Asesor Internacional de Inmunizaciones de la OPS en Colombia.

Resultados en coberturas e historias

Zahira recordó cómo hace unas semanas una carpeta de vacunación marcaba apenas 62% de cobertura. Tras el taller, y aplicando lo aprendido, subió a 85%. En la vereda Mesa de Pole logró que se reconsideraran siete de diez rechazos; y en Fortaleza, nueve de quince.

“Antes, muchas personas respondían con un ‘no’ cortante, pero ahora la conversación fluye”, relató Yamile Reyes, auxiliar de enfermería en Ataco, sobre el cambio que notó en la interacción con las personas, después de aprender a resolver las dudas más frecuentes. Recordó que, antes del taller, los rechazos eran rápidos, casi automáticos, y muchas veces no había espacio para explicar los beneficios de la vacuna. “Ahora, incluso cuando la respuesta inicial es negativa, la gente se detiene a escuchar, pregunta, quiere saber más. Eso nos da la oportunidad de volver, de insistir con respeto y de que, poco a poco, cambien de opinión”, contó.



Esa mayor seguridad también quedó reflejada en las encuestas aplicadas al final del entrenamiento dirigido a 526 vacunadores, auxiliares de enfermería y médicos del sur del Tolima: la confianza promedio para interactuar con la comunidad subió de 4,27 a 4,73 sobre 5; el 97,6% de los participantes alcanzó un nivel alto de confianza y el 95,3% afirmó que recomendaría el curso. “Nos ayudó a saber cómo llegar a las personas, cómo hablarles y aclarar dudas”, añadió Claudia Marcela Pérez, quien logró que varias familias aceptaran la vacuna.

Tu salud es tu poder, vacúnate contra la fiebre amarilla

La fiebre amarilla es una enfermedad viral grave que, en su ciclo selvático –el tipo registrado en Colombia–, es transmitida por mosquitos de los géneros *Haemagogus* y *Sabethes*. Puede causar fiebre alta, dolores intensos, ictericia y, en los casos más severos, hemorragias e incluso la muerte. Aunque no existe un tratamiento específico, sí contamos con una vacuna segura, gratuita y de una sola dosis que protege de por vida. Esta vacuna forma parte de las estrategias de control de la enfermedad en Colombia, desde hace más de 70 años.

El brote actual ha dejado decenas de casos y muertes en Tolima, uno de los departamentos más afectados del país. Por eso, en este territorio se han implementado múltiples acciones: vigilancia entomoviológica y control vectorial –que incluyen la captura e identificación de mosquitos en laboratorio–, vigilancia de primates, monitoreo comunitario para identificar casos, y, por supuesto, un manejo clínico eficiente y oportuno para salvar vidas.

En un contexto marcado por este brote, la principal enseñanza del taller es clara: la comunicación asertiva, empática y basada en evidencia no es un complemento opcional de la salud pública, sino una pieza clave para fortalecer las acciones de prevención y control. “Somos un municipio resiliente y estoy seguro de que, con el corazón y el trabajo conjunto, superaremos esta situación”, subrayó Charry Ortiz.

A pesar de que las autoridades sanitarias de Uruguay reconocen la existencia de una subnotificación de la sífilis por parte de los prestadores de salud, los casos muestran una tendencia al aumento en los últimos cinco años (2020/2024), al igual que ocurre en toda la región. Esta tendencia es similar en ambos sexos.

En el año 2024, la tasa de incidencia de casos notificados fue de 196,6 casos cada 100.000 habitantes, con predominio en el sexo masculino, con una tasa de 204,8 casos cada 100.000 habitantes, y en los rangos etarios más jóvenes.

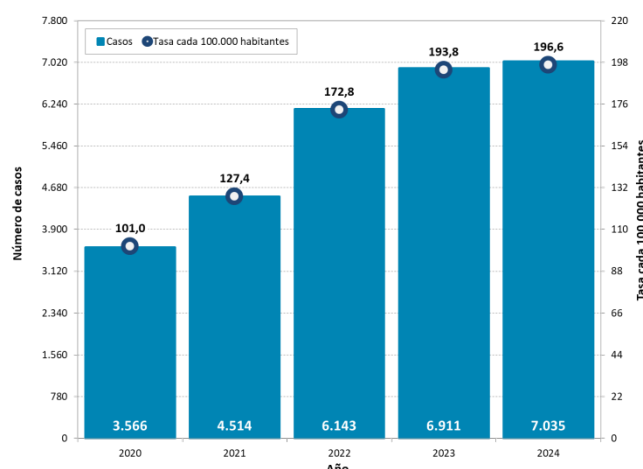
Los departamentos del país que más casos reportaron durante 2024 fueron Montevideo (2.844 casos), Maldonado (1.210), Canelones (506), Salto (454) y Paysandú (403). En tanto, aquellos con las mayores tasas de incidencia son Maldonado (591,6 casos cada 100.000 habitantes), Salto (335,6), Paysandú (333,8), Durazno (303,7) y Lavalleja (237,4).

Sífilis gestacional

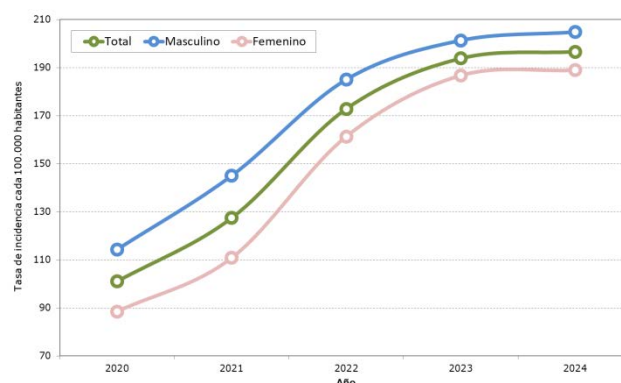
De acuerdo con los datos preliminares del Sistema Informático Perinatal (SIP), durante 2024, se reportaron 1.082 gestantes con pruebas de sífilis positivas. El SIP tiene una elevada cobertura, por lo que constituye una buena herramienta de monitoreo de la situación epidemiológica, pero suele aportar una sobreestimación de los resultados. Las pruebas diagnósticas positivas no necesariamente corresponden a casos de sífilis, dado que algunos casos pueden corresponder a diagnósticos de sífilis previos al embarazo o falsos positivos de las pruebas.

Sífilis congénita

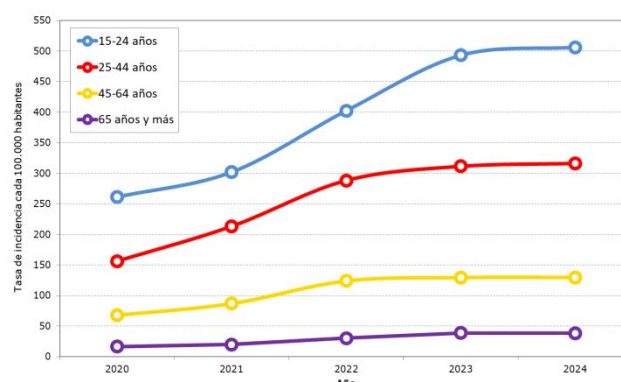
La sífilis en el embarazo, y su consecuencia, la sífilis congénita, refleja la situación epidemiológica de la sífilis a nivel de la población general. Refleja las situaciones de alta vulnerabilidad



Casos notificados y tasa de incidencia cada 100.000 habitantes. Uruguay. Años 2020/2024. Fuente: Departamento de Vigilancia en Salud, Ministerio de Salud Pública de Uruguay.



Tasa de incidencia cada 100.000 habitantes, según sexo. Uruguay. Años 2020/2024. Fuente: Departamento de Vigilancia en Salud, Ministerio de Salud Pública de Uruguay.



Tasa de incidencia cada 100.000 habitantes, según grupos etarios. Uruguay. Años 2020/2024. Fuente: Departamento de Vigilancia en Salud, Ministerio de Salud Pública de Uruguay.

y también las fallas del sistema de salud, poniendo en evidencia las oportunidades perdidas durante el embarazo, debido a que la transmisión materno-fetal se puede prevenir y curar.

El VDRL reactivo en sangre del cordón no representa un diagnóstico de sífilis congénita, dado que la reactividad de la prueba puede corresponder a la presencia de anticuerpos maternos. El SIP es una herramienta que permite evaluar tendencias, pero no aporta diagnósticos certeros de sífilis congénita.

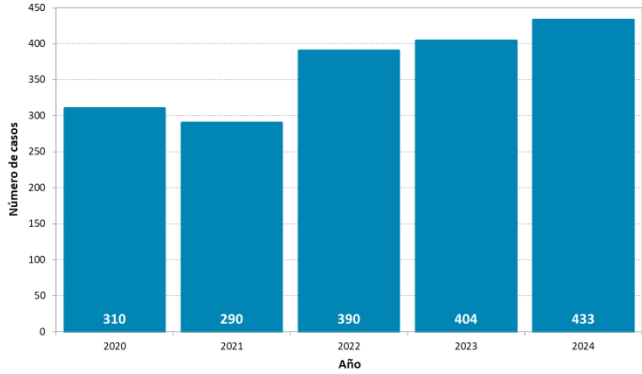
La sífilis congénita se encuentra dentro de las enfermedades y eventos de notificación obligatoria ante su sospecha y en el plazo de una semana desde su presunción (decreto 41/012).

La sífilis constituye un problema de salud pública tanto a nivel mundial y, especialmente, a nivel regional y nacional. Se observa un incremento sostenido en el tiempo en los últimos años, tanto en población general como en sífilis gestacional y congénita.

La sífilis es una infección de transmisión sexual producida por la bacteria *Treponema pallidum*, de carácter sistémico, evolución crónica, con múltiples estadios y periodos asintomáticos, comportándose en general como una enfermedad curable, cuando se realiza un diagnóstico correcto y un tratamiento oportuno.

En Uruguay, no existen limitaciones para el acceso al tratamiento antibiótico recomendado en forma precoz, por lo que todos los profesionales de la salud deben estar capacitados para realizar su abordaje en forma eficaz, lo que debe incluir aspectos orientados a una correcta prevención, diagnóstico, tratamiento, identificación de contactos, así como el hecho aún más importante de asegurar la adhesión y respuesta al tratamiento.

En Uruguay, es una enfermedad de notificación obligatoria ante su sospecha y en el plazo de una semana desde su presunción según el Decreto 41/012, para el cual existe un subregistro de casos.



Recién nacidos con VDRL positivo en sangre del cordón. Uruguay, Años 2020/2024. Fuente: Departamento de Vigilancia en Salud, Ministerio de Salud Pública de Uruguay.

Un reciente [artículo](#) describe un caso inusual de transmisión de *Brucella melitensis* desde un paciente hacia un cirujano en Eslovenia, durante una discectomía y foraminotomía, un evento raro en el ámbito hospitalario. La brucelosis es una enfermedad zoonótica causada con frecuencia por *B. melitensis*, que se transmite principalmente por contacto con animales infectados o consumo de lácteos no pasteurizados. La transmisión persona a persona es poco frecuente, salvo en casos de exposición en laboratorio.

El caso involucró a una mujer de 64 años de edad con dolor lumbar sometida a cirugía vertebral en repetidas ocasiones. Tras la segunda cirugía, la herida persistía con drenaje seroso, y los estudios microbiológicos detectaron *B. melitensis*. La paciente viajaba con frecuencia a zonas rurales de Bosnia y Herzegovina, donde consumía leche sin pasteurizar y queso de cabra casero. Se sospecha que la infección original provino de esos viajes, dado un episodio febril previo.

El cirujano principal presentó síntomas de fiebre, malestar y dolor articular en dos ocasiones, primero atribuida a una infección viral (sin estudios microbiológicos), y más tarde con síntomas persistentes. En la segunda ocasión, tras un viaje a Moldavia, se identificó *B. melitensis* en cultivos sanguíneos y anticuerpos específicos. No tenía antecedentes de consumo de productos riesgosos ni viajes repetidos a zonas endémicas. Se revisó que un mes antes de la primera cirugía su suero no presentaba anticuerpos contra *Brucella*. También se realizó serología al personal quirúrgico: un miembro asintomático resultó con IgG positiva y recibió tratamiento antibiótico.

El análisis genómico de los aislamientos del paciente y del cirujano reveló que pertenecían al mismo conglomerado, con apenas una diferencia en un alelo, lo que sugiere una relación epidemiológica directa. Esta relación apoyó la hipótesis de que la infección pudo haberse producido durante la irrigación quirúrgica del paciente, por aerosolización de gotas infectadas, en un ambiente en el cual un barbijo quirúrgico convencional no fue suficiente.

El trabajo resalta la importancia de tener en cuenta la brucelosis como posibilidad diagnóstica incluso en áreas no endémicas, en especial en infecciones óseas y articulares de evolución crónica o persistente. También advierte sobre el riesgo ocupacional para el personal quirúrgico, y recomienda que en casos similares se realice una evaluación serológica del paciente antes de la operación, el uso de protección respiratoria adecuada, y la consideración de terapia antibiótica profiláctica según el contexto.

El estudio subraya el valor de la secuenciación genómica para rastrear posibles transmisiones, aunque reconoce limitaciones por la escasez de aislamientos disponibles. En definitiva,

aporta evidencia anecdótica pero significativa de que la transmisión intraoperatoria de *B. melitensis* es una posibilidad real, aunque poco documentada, y llama a reforzar medidas de bioseguridad en quirófanos.

La brucelosis provoca más de 500.000 casos reportados en el mundo y es endémica en los Balcanes, Asia Central, India, América Central y del Sur, y Medio Oriente. La brucelosis humana es causada por bacterias intracelulares gramnegativas del género *Brucella*, siendo *B. melitensis* la especie más frecuente. Las rutas de infección principales incluyen contacto directo con animales infectados, consumo de lácteos sin pasteurizar o carne insuficientemente cocida, y, en casos raros, inhalación de aerosoles. Los síntomas predominantes son fiebre, sudores nocturnos, artralgias, malestar general, cefalea y fatiga. Dada la inespecificidad de los síntomas y el período de incubación prolongado, la enfermedad presenta un desafío diagnóstico, sobre todo en zonas no endémicas.

La transmisión de persona a persona es rara. Los trabajadores de laboratorio enfrentan un riesgo ocupacional más reconocido; la mayoría de los casos documentados de infección laboral están relacionados con el manejo de aislamientos de *Brucella* en una mesa de laboratorio abierta. En Eslovenia, los casos de brucelosis son raros y mayoritariamente importados de los Balcanes. Entre 2017 y 2022 se reportaron solo 12 casos en trabajadores de salud.

La ciudad autónoma de Ceuta declaró el Nivel 1 de alerta sanitaria tras confirmarse un caso de rabia en un perro que recorrió varias zonas de la ciudad y mordió a un niño. La medida activa el Plan de Contingencia Nacional para el Control de la Rabia, diseñado por el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación.



“El caso está totalmente controlado”, aseguró Nabila Benzina Pavón, consejera de Sanidad y Servicios Sociales, quien también subrayó que el foco “seguramente es importado y no autóctono”.

Cronología del caso

El perro fue avistado por primera vez el 12 de septiembre, tras una llamada al 112 que alertaba de su presencia en distintos puntos de Ceuta, incluyendo Benzú y la zona del puerto.

“Sabemos que en ese tramo mordió a un niño y también que el niño está en las mejores condiciones. Se le ha puesto la vacuna y está con el tratamiento recomendado. Por lo tanto, es un caso que está totalmente controlado”, explicó Benzina Pavón.

El animal fue capturado esa misma noche y murió el 16 de septiembre en las instalaciones de la empresa encargada de su custodia. El 19 de septiembre, el Instituto de Salud ‘Carlos III’ confirmó el positivo para rabia.

Nivel 1 de alerta

El Nivel 1 de alerta implica restricciones en toda la ciudad, tanto en el núcleo urbano como en el campo exterior. Entre las medidas adoptadas destacan:

- Vacunación obligatoria de todos los perros, gatos y hurones menores de 12 meses, así como de los adultos que no hayan recibido revacunación en el último año.
- Control reforzado en los puertos de Ceuta y Algeciras, con exigencia de cartilla o pasaporte sanitario en vigor.
- Suspensión de actividades cinegéticas y cierre temporal del parque de perros durante 30 días, periodo que podrá revisarse según la evolución de la alerta.
- Todos los animales deben ir acompañados, sujetos con correa no extensible y con la documentación sanitaria en regla.
- Vigilancia intensificada sobre colonias felinas, animales errantes y ganado doméstico. En el caso de animales carnívoros muertos, se tomarán muestras para el diagnóstico de rabia.

“Cuando se establece el sistema de alerta número uno, hay que cumplir el protocolo al 100%”, advirtió Benzina Pavón en su comparecencia ante los medios.

Vacunación permanente y colaboración ciudadana

La campaña de vacunación antirrábica dejó de ser estacional en 2021 y ahora funciona de manera continua durante todo el año. Del mismo modo, desde la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, recordaron que la vacunación es la principal medida de protección.

Hasta el momento, no se han registrado nuevas mordeduras ni contagios asociados al caso. No obstante, la consejera avisó a los propietarios de perros de “no posponer las vacunas, porque serían susceptibles de sanción”. Las alertas recibidas hasta ahora solo han informado de avistamientos del perro antes de su captura.

En el otoño boreal de 2025, el norte de la India, en particular la región metropolitana de Delhi, experimenta un aumento significativo de las infecciones por la variante A(H3N2) de la influenza. En el área metropolitana en torno a la capital india –incluidas las numerosas ciudades y distritos colindantes de los estados de Haryana, Uttar Pradesh y Rajasthan– viven alrededor de 46 millones de personas.



Una encuesta del servicio comunitario de redes sociales LocalCircles indicó que hoy cerca de 69% de los hogares de la zona reportan al menos una persona con síntomas similares a los de la influenza.

Los médicos hablan de una circulación muy intensa del virus: A(H3N2) es la forma dominante de influenza en la región. “El aumento de casos demuestra que el virus está circulando ampliamente”, afirmó la Dra. Rituja Ugalmugle, del Hospital Wockhardt Mumbai Central. Además, se notifican casos en otros estados.

¿Quiénes corren más riesgo?

Los más vulnerables son los niños, las personas mayores, las embarazadas, y quienes tienen enfermedades crónicas, como asma, diabetes o problemas cardíacos. Para la mayoría, la infección se parece a una influenza fuerte y persistente que suele mejorar en alrededor de una semana.

Pero con cierta frecuencia aparecen complicaciones graves: bronquitis, neumonía o el empeoramiento de enfermedades cardíacas o respiratorias preexistentes. Los hospitales reportan pacientes cuyos síntomas no ceden con rapidez y que, en muchos casos, necesitan internación.

¿Por qué se transmite con facilidad?

El A(H3N2) que circula hoy proviene de la pandemia de 1968, cuando se mezcló con un virus aviar H3, por lo que sus componentes “aviares” datan de esa época, explicó el profesor Martin Beer, vicepresidente del Friedrich-Loeffler-Institut (FLI), el instituto federal alemán de salud animal.

Desde entonces han ido surgiendo muchos subtipos A(H3N2), y cada cierto tiempo vuelven como olas estacionales, a menudo con variaciones genéticas locales. La circulación anual y la presión inmunológica impulsan nuevas adaptaciones del virus, que a su vez se enfrentan con vacunas actualizadas. Hoy, señala Beer, la evolución de A(H3N2) es sobre todo una “optimización” dentro del huésped humano, no ya una adaptación de aves a humanos.

¿Hay riesgo de epidemia o pandemia?

Por ahora, según expertos y la Organización Mundial de la Salud, el riesgo de una pandemia repentina es actualmente bajo. En adultos sanos, la virulencia de A(H3N2) es moderada, pero la infección puede ser peligrosa para grupos vulnerables y, si los casos aumentan mucho, pueden formarse brotes locales importantes.

Mientras el virus no sufra cambios significativos, la probabilidad de una pandemia mundial es baja; no obstante, la vigilancia sigue siendo alta debido a su rápida capacidad de mutación.

Los patógenos de la influenza, como el A(H3N2), pueden alterarse genéticamente en poco tiempo; si esas mutaciones los hicieran más transmisibles de persona a persona, o si fueran capaces de evadir la inmunidad existente, podrían propagarse con rapidez y desencadenar epidemias, o incluso pandemias.

Por ello la comunidad científica monitoriza estrechamente las variantes de influenza en todo el mundo para detectar y responder con rapidez ante cualquier cambio preocupante.



El Ministerio de Salud de Israel informó que un niño no vacunado, de aproximadamente un año y medio de edad, de Jerusalén, murió de sarampión.

Esta es la quinta muerte por sarampión desde que comenzó el brote: todos eran menores de dos años y medio de edad, tres de los cuales murieron esta semana.

Hasta la fecha, 21 pacientes con sarampión se encuentran hospitalizados, la mayoría niños de hasta 6 años que no han sido vacunados contra la enfermedad. De ellos, seis niños se encuentran hospitalizados en unidades de cuidados intensivos.

El sarampión es una enfermedad viral altamente contagiosa y potencialmente mortal. Ante la aparición de síntomas, es importante informar a los equipos médicos para permitir el tratamiento si aparecen complicaciones.

El sarampión es una enfermedad prevenible mediante una vacuna eficaz y segura.

Recomendaciones sobre la vacunación

Se recomienda que todos los niños sean vacunados entre el año y los seis años de edad, como parte del programa de vacunación de rutina.

En lugares con brote, se recomienda la introducción de la segunda dosis de la vacuna al año y medio de edad. También se recomienda la vacunación adicional para bebés de 6 a 11 meses en zonas con brote y cuando viajen a lugares con brotes.

Las zonas actualmente definidas como brotes incluyen a Jerusalén, Beit Shemesh, Bnei Brak, Harish, Modi'in Illit, Nof HaGalil, Kiryat Gat y Ashdod.

Una reciente investigación documentó por primera vez la presencia del noma en Mozambique.

El estudio mostró que esta devastadora enfermedad prevenible y tratable sigue afectando a comunidades en situación de pobreza extrema y pasa inadvertida para los sistemas de salud.

El trabajo concluyó que la situación no es exclusiva de Mozambique: allí donde hay pobreza probablemente hay noma.

El noma, también conocido como *cancrum oris*, es una infección oral que destruye rápidamente los tejidos de la cara y puede ser mortal en cuestión de semanas si no se trata.

Afecta sobre todo a niños que viven en condiciones de pobreza extrema con desnutrición, higiene bucal deficiente y tras infecciones como sarampión o malaria.



Sakina, una niña de 5 años de Nigeria, junto a su madre de camino al hospital de noma. Ni la clínica local ni los remedios tradicionales lograron frenar la enfermedad.

Secuelas y estigma

Aunque puede prevenirse y tratarse con antibióticos y apoyo nutricional en sus primeras fases, si no se aborda a tiempo la tasa de letalidad alcanza el 90%. Quienes sobreviven arrastran de por vida secuelas físicas funcionales y sociales que generan un fuerte estigma.

En 2023, la OMS reconoció oficialmente al noma como una enfermedad tropical desatendida, un paso clave para impulsar la investigación y la acción global. Sin embargo sigue siendo invisible en muchos países.

Este trabajo aportó las primeras evidencias empíricas de que el noma existe en este país africano pese a que hasta ahora no había sido documentado en la literatura científica.

Durante cinco semanas de trabajo de campo en la provincia de Zambezia el equipo puso en práctica una estrategia de búsqueda activa de casos inspirada en la campaña de erradicación de la viruela: mostrar pósteres con imágenes de las secuelas del noma a profesionales de salud y a grupos de personas en mercados y centros médicos para preguntar si conocían a alguien que hubiese sufrido la enfermedad.

Se identificaron 21 supervivientes, algunos con secuelas que datan de la década de 1970. Además, en ese corto periodo, dos casos agudos fueron atendidos en el hospital de referencia.

A partir de los casos detectados, el equipo calculó una tasa de incidencia aproximada de 13,7 casos cada 100.000 niños menores de nueve años. Esta cifra es similar a otras estimaciones en Etiopía y Nigeria.

Sin embargo los cirujanos de referencia atienden solo unos pocos casos agudos al año ya que menos de dos de cada diez niños con noma llega a un hospital con especialistas. Esto significa que por cada caso atendido hay muchos más que permanecen invisibles.

Si además se tiene en cuenta que la mortalidad sin tratamiento ronda el 90% el equipo investigador calcula que en la provincia de Zambesia se producen al menos 200 casos anuales en menores de nueve años. En otras palabras las cifras oficiales representan solo la punta del iceberg.

Pobreza e inequidad

El noma no es contagioso pero su aparición está estrechamente ligada a determinantes sociales de la salud: pobreza, malnutrición, falta de vacunas, infecciones recurrentes y acceso limitado a servicios médicos de calidad.

Los testimonios recogidos en Mozambique muestran además que muchas comunidades interpretan la enfermedad como brujería o castigo, lo que estigmatiza a los pacientes y retrasa la búsqueda de atención médica.

El hecho de que no existan registros no significa que no exista la enfermedad, sino que no se están haciendo esfuerzos para identificarla. Este trabajo pone de manifiesto que, al igual que en Mozambique, el noma probablemente está presente en muchos otros lugares donde la pobreza expone a los niños al riesgo de padecerlo y de no recibir diagnóstico ni tratamiento posteriormente, lo que implica que sus casos nunca llegan a documentarse. Además, este estudio valida una forma sencilla y de bajo costo para detectar casos en estos lugares, que permita crear las primeras evidencias para exigir políticas de salud pública para combatir la enfermedad.

Más allá de Mozambique

Aunque el estudio se centra en un país concreto, sus conclusiones son extrapolables: allí donde hay pobreza hay noma. La falta de diagnósticos y de información refleja el abandono de comunidades vulnerables invisibilizadas incluso en las estadísticas de salud global.

Este estudio demuestra que con herramientas sencillas se pueden detectar enfermedades invisibles para los sistemas sanitarios. Pero sobre todo recuerda que el noma es una expresión extrema de inequidad: una enfermedad prevenible que solo persiste porque afecta a los más pobres entre los pobres.

Además, enfatiza la necesidad de aumentar la sensibilización entre los profesionales sanitarios para desarrollar planes nacionales de vigilancia y garantizar recursos para la detección precoz y el tratamiento. Con antibióticos y soporte nutricional a tiempo el noma es prevenible y curable.

El noma es una enfermedad infecciosa devastadora que afecta principalmente a niños pequeños que viven en condiciones de pobreza extrema, malnutrición e higiene precaria. Se inicia como una gingivitis o estomatitis banal que progresa rápidamente a una necrosis gangrenosa de la mucosa oral, los tejidos blandos de la cara e incluso el hueso, produciendo una destrucción masiva y desfigurante.

La causa es polimicrobiana, con participación de bacterias anaerobias como *Fusobacterium necrophorum* y *Prevotella intermedia*, entre otras. Los factores de riesgo incluyen malnutrición, inmunosupresión, infecciones concomitantes (particularmente sarampión y malaria) y falta de acceso a servicios de salud.

Sin tratamiento, la enfermedad tiene una mortalidad de hasta el 80-90%. Cuando se detecta precozmente, los antibióticos y el soporte nutricional pueden detener la progresión, aunque la mayoría de los sobrevivientes quedan con secuelas severas: cicatrices, deformidades faciales y dificultades funcionales para hablar, masticar o respirar.

El noma se considera una enfermedad de la pobreza y persiste en regiones de África subsahariana y algunas zonas de Asia y América Latina. La prevención se basa en mejorar la nutrición, la vacunación, la higiene y el acceso temprano a atención médica.

Un nuevo brote de cólera, una enfermedad mortal transmitida por el agua que estalló por primera vez en la primera semana de agosto, está comenzando a resurgir en las unidades locales del distrito de Parsa, incluida la ciudad metropolitana de Birgunj.

Los funcionarios de salud que prestan servicios en el distrito dijeron que el número de nuevas infecciones se ha cuadruplicado en los últimos días.



“El número de casos nuevos había disminuido a unos seis o siete hasta hace unos días”, dijo Jayamod Thakur, funcionario de la Oficina de Salud de Parsa. “Pero el 22 de septiembre la cifra aumentó a 28. Los hospitales están reportando un aumento repentino de casos nuevos”.

El cólera es una enfermedad altamente infecciosa que causa diarrea y vómitos intensos, que pueden provocar deshidratación y la muerte en pocas horas si no se trata. El Laboratorio Nacional de Salud Pública, que realizó análisis de heces de las personas infectadas, confirmó que el serotipo Ogawa de *Vibrio cholerae* O1 es responsable del brote.

Hasta el momento, al menos cuatro personas han fallecido y más de 1500 han sido hospitalizadas. Las autoridades sanitarias que trabajan en las zonas afectadas afirman que una docena de personas se infectan con esta enfermedad potencialmente mortal cada día y que, a pesar de sus esfuerzos, sigue fuera de control.

“Tuvimos 24 casos nuevos el 21 de septiembre, 14 al día siguiente y ya siete casos en la mañana del 23 de septiembre”, dijo el Dr. Chuman Lal Das, superintendente del Hospital Narayani, con sede en Birgunj. “Nos estamos preparando para habilitar una sala de gastroenterología independiente para atender al creciente número de pacientes con cólera”.

Ante el repunte de casos, la administración del hospital solicitó ayuda al gobierno provincial para gestionar recursos humanos adicionales. Las autoridades afirman que el personal médico enviado previamente para asistir al hospital ya ha regresado.

“El Hospital Narayani ha solicitado más personal al gobierno provincial”, dijo Thakur. “Además, también hemos solicitado la ayuda de los líderes religiosos del distrito para la campaña de concienciación”.

Los funcionarios de salud dicen que con el aumento de las lluvias y la suspensión de la campaña puerta a puerta debido a los disturbios causados por la protesta de la Generación Z, los casos de cólera comenzaron a aumentar nuevamente.

“Hemos decidido desplegar personal sanitario en la campaña puerta a puerta, enseñar técnicas de cloración a la población local y motivarla para un cambio de comportamiento”, dijo Thakur. “Además, también hemos pedido a los líderes religiosos que indiquen a las personas de sus respectivas confesiones que beban solo agua potable”.

Los expertos en salud pública indican que el brote de Birgunj es el más grande desde la epidemia de Jajarkot en 2009. Hace 16 años, el distrito occidental de Jajarkot sufrió un importante brote de cólera que mató a varias personas e infectó a cientos.

Dicen que el brote de Birgunj expone brechas críticas en el sistema de preparación y respuesta del gobierno y en las condiciones del agua y el saneamiento.

Los expertos están particularmente alarmados tanto por la gravedad del brote como por las muertes que ha causado.

Durante la temporada de los monzones, Nepal suele ser escenario de brotes de enfermedades transmitidas por el agua y los alimentos, incluido el cólera, ya que las aguas de las inundaciones contaminan la mayoría de las fuentes de agua potable.

El año pasado, se confirmaron al menos 95 casos de cólera en los distritos de Katmandú, Lalitpur, Jajarkot, Pyuthan, Makawanpur, Rolpa, Sindhupalchok, Achham y Rautahat. El Ministerio de Salud administró la vacuna contra el cólera a los habitantes de las zonas afectadas de Kapilvastu, Rautahat y Katmandú hace unos años para frenar la propagación de la enfermedad.

Las malas condiciones sanitarias y de higiene hacen que el país sea muy vulnerable a las enfermedades transmitidas por el agua, incluidas la diarrea, la disentería, la fiebre tifoidea, la hepatitis y el cólera, especialmente en la temporada de los monzones, según los médicos.

Afirman que el riesgo de enfermedades transmitidas por el agua no disminuirá hasta que mejoren las condiciones de agua y saneamiento, y la población tenga acceso a agua potable segura. Varios otros factores, como las condiciones de almacenamiento, las tuberías de suministro y la contaminación de las fuentes de agua, también determinan la calidad del agua suministrada a los hogares.

La Organización Mundial de la Salud afirma que el cólera es una amenaza global para la salud pública y que un enfoque multifacético es la clave para controlar la enfermedad y reducir las muertes.

Mientras tanto, el Ministerio de Salud y Población anunció que se prepara para administrar la vacuna contra el cólera en las zonas afectadas. Las autoridades afirman que más de 1,18 millones de personas en los distritos de Parsa y Bara serán inmunizadas en una campaña de vacunación masiva que comenzará con la llegada de las dosis, posiblemente en unos días.

La Alianza Mundial para las Vacunas, el Grupo de Trabajo Mundial sobre el Control del Cólera, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia han acordado apoyar la distribución de vacunas y la inmunización.

En la zona seca y aislada de Karamoja, en el noreste de Uganda –la subregión más pobre del país–, los niños sufren desde hace mucho tiempo desnutrición y escasez de agua.

Un reciente [estudio](#) demostró que casi la mitad de los alimentos y el agua que consumen los menores de cinco años en la región están contaminados con *Salmonella* resistente a los medicamentos, lo que limita aún más sus posibilidades de supervivencia.



Una niña tepeth en su hogar en Karamoja, en el noreste de Uganda.

El estudio encontró contaminación en muestras de alimentos crudos y cocidos, así como en agua comunitaria y doméstica.

Más de 90% de las cepas de *Salmonella enterica* identificadas por los investigadores eran resistentes a la azitromicina, uno de los antibióticos más comunes, mientras que más de un tercio eran resistentes a múltiples fármacos.

Ronald Mpagi, autor principal del estudio e investigador de microbiología en la Universidad de Gulu en Uganda, dijo que se sintió impulsado a investigar la desnutrición persistente en Karamoja después de años de programas gubernamentales y de donantes que mostraron poco progreso.

Karamoja, una zona semiárida, sufre una escasez crónica de agua, lo que deja a las familias sin agua potable segura y fiable. La mayoría de los hogares son pastores nómadas que viven en *manyattas*, granjas cerradas donde el ganado se mantiene cerca de las personas.

Faltan baños

[Más de 60% de la población](#) practica la defecación al aire libre, saturando los limitados sistemas de saneamiento.

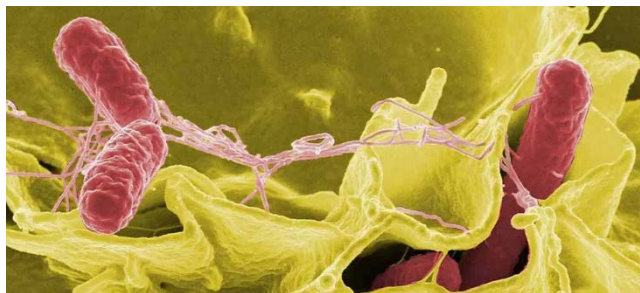
“Los baños disponibles realmente son muy insuficientes para la creciente población del pueblo Karamoja”, dijo Mpagi.

“La mayoría de los baños están contruidos en lugares designados, pero como muchas familias son nómadas, se desplazan con sus animales y no pueden regresar a utilizar estas instalaciones antes de continuar su viaje”.

Estas condiciones crean un ciclo donde los desechos humanos, el ganado, los alimentos y el agua se entrecruzan, contaminando las comidas de los niños. La diarrea, una consecuencia común, se encuentra entre las cinco principales causas de mortalidad en menores de cinco años.

Las enfermedades diarreicas a repetición impiden que los niños absorban los nutrientes, dejándolos débiles y vulnerables.

Bwambale Benard, nutricionista de salud pública y especialista en sistemas alimentarios de Uganda, dijo que una vez que los antibióticos de primera línea fallan, los niños permanecen enfermos por más tiempo, la desnutrición empeora y la mortalidad aumenta.



Toda la comunidad afectada

Pero Benard señaló que los niños no son los únicos en riesgo. Las infecciones también afectan a mujeres embarazadas, ancianos y hogares enteros, dejando a las familias improductivas y agotando sus limitados ingresos.

“Así que vamos a tener una comunidad enferma, que no puede ser productiva y por lo tanto no está contribuyendo productivamente al producto bruto interno del país, o incluso no es capaz de sustentar a sus familias”, dijo.

Un proyecto financiado por la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional en 2017 proyectó que la desnutrición costará a Uganda unos 7.700 millones de dólares en pérdida de productividad para 2025.

Benard cree que, si no se controla, la *Salmonella* resistente a los medicamentos también podría socavar los objetivos de desarrollo de Uganda.

Subrayó la necesidad de una manipulación más segura de los alimentos para evitar la recontaminación y añadió que poner fin a la defecación al aire libre requiere abordar las barreras tanto culturales como prácticas.

Seguimiento de la resistencia

Andrew Kambugu, director ejecutivo del Instituto de Enfermedades Infecciosas de la Universidad Makerere (Uganda), dijo que el país ha desarrollado sistemas para detectar la resistencia a los antimicrobianos antes de que se intensifique.

En colaboración con el Ministerio de Salud de Uganda, su equipo dirige una red de vigilancia apoyada por el Fondo Fleming, financiado por la ayuda internacional del Reino Unido.

El sistema, que opera en siete hospitales de referencia en todo el país, monitorea los patrones de resistencia y proporciona alertas tempranas.

“Con el sistema de vigilancia, significa que si vemos lo que llamamos conglomerados de pacientes que presentan diarrea causada por *Salmonella*, podremos verlo porque estamos recopilando los datos, y actuará como un sistema de alerta temprana para detectar que en determinado hospital hay un problema”, dijo Kambugu.

Agregó que los hospitales son monitoreados de cerca y, si bien los conglomerados de casos no siempre confirman los brotes de diarrea, motivan más investigaciones y guían la respuesta del Ministerio de Salud.

Kambugu dijo que los hallazgos recientes de Karamoja fueron sorprendentes.

“En las regiones que ha visitado el Instituto de Enfermedades Infecciosas, no tenemos esta tasa tan alta. Me parece inusual”, dijo, y añadió que las prácticas culturales y los problemas de acceso al agua en Karamoja podrían ser la causa de la situación.

Mejorar los resultados

Daniel Kyabayinze, director de salud pública del Ministerio de Salud de Uganda, dijo que el gobierno estaba reforzando la educación sobre higiene en Karamoja y capacitando a los agricultores en un manejo poscosecha más seguro.

Vinculó estas medidas con el [Plan de Acción Nacional de Uganda sobre Resistencia a los Antimicrobianos](#), ahora en su quinto año y alineado con el Plan de Acción Mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Según el plan, los hospitales de referencia introducen datos de laboratorio en los antibiogramas (informes de laboratorio que muestran qué antibióticos son eficaces contra diferentes bacterias), que dan forma a las decisiones de adquisición y tratamiento.

Kyabayinze afirmó que el estudio reveló una importante oportunidad para mejorar los resultados. Si bien medicamentos de uso generalizado como la azitromicina y la ciprofloxacina mostraron una alta resistencia, medicamentos más antiguos y económicos como el cotrimoxazol aún presentaban una resistencia muy baja.

“De esta manera podremos comercializar medicamentos más baratos y más amigables, especialmente en regiones como Karamoja”, afirmó.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció el 26 de septiembre sus recomendaciones sobre la composición viral de las vacunas contra la influenza para su uso en la temporada de influenza 2026 en el hemisferio sur. El anuncio se realizó en una reunión informativa tras una consulta de cuatro días sobre la composición de las vacunas contra el virus de la influenza.

Dada la naturaleza en constante evolución de los virus de la influenza, las actualizaciones periódicas de la composición de las vacunas son esenciales para garantizar su eficacia y proteger la salud pública en todo el mundo.

La OMS convoca estas consultas dos veces al año, una para el hemisferio sur y otra para el hemisferio norte, y reúne a un grupo asesor de expertos de los Centros Colaboradores de la OMS y los Laboratorios Reguladores Esenciales. El grupo revisa la vigilancia y otros datos proporcionados por el Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Gripe de la OMS y sus colaboradores para fundamentar sus recomendaciones.

Las recomendaciones de la OMS sirven de base para que las autoridades reguladoras nacionales y regionales, los fabricantes farmacéuticos y otras partes interesadas desarrollen, produzcan y autoricen vacunas contra la influenza para la próxima temporada.

La OMS recomienda que las vacunas trivalentes para su uso en la temporada de influenza del hemisferio sur de 2026 contengan lo siguiente:

Vacunas producidas en huevos embrionados

- un virus análogo a A/Missouri/11/2025 (H1N1)pdm09;
- un virus análogo a A/Singapore/GP20238/2024 (H3N2); y
- un virus análogo a B/Austria/1359417/2021 (linaje B/Victoria).

Vacunas basadas en cultivos celulares, proteínas recombinantes o ácidos nucleicos

- un virus análogo al A/Missouri/11/2025 (H1N1)pdm09;
- un virus análogo al A/Sydney/1359/2024 (H3N2); y
- un virus análogo al B/Austria/1359417/2021 (linaje B/Victoria).

En consonancia con las cuatro recomendaciones anteriores de la OMS desde septiembre de 2023, el comité asesor sobre la composición de la vacuna contra la influenza de la OMS sigue opinando que ya no se justifica la inclusión de un antígeno del linaje B/Yamagata.

Las vacunas tetravalentes, cuya transición a vacunas trivalentes aún no finalizó, contienen un cuarto componente, un virus del linaje B/Yamagata (virus análogo a B/Phuket/3073/2013).

Ya no habrá recomendaciones actualizadas para el componente de linaje B/Yamagata.

La OMS también actualizó las recomendaciones para el desarrollo de nuevos virus candidatos para vacunas contra la influenza zoonótica, con miras a la preparación ante una pandemia.

Una nueva [revisión Cochrane](#) mostró que las vacunas contra el virus sincicial respiratorio (VSR) son seguras y eficaces para proteger a los grupos vulnerables con mayor riesgo de padecer una enfermedad grave, como son los adultos mayores y los lactantes.

El VSR es un virus común que causa tos y resfrío, pero que también puede provocar infecciones pulmonares potencialmente mortales como la neumonía. Los niños menores de dos años tienen un mayor riesgo de sufrir una infección grave por VSR y de muerte, y los adultos más mayores también son vulnerables.

Para analizar la eficacia y seguridad de las vacunas contra el VSR, un grupo internacional de investigadores analizó los resultados de 14 ensayos clínicos con más de 100.000 participantes, entre los que se incluyeron adultos mayores, embarazadas, mujeres en edad fértil y niños. Los ensayos se llevaron a cabo en varios países de todos los continentes.

Los resultados mostraron pruebas sólidas de que las vacunas de perfusión contra el VSR en adultos mayores reducen las enfermedades de las vías respiratorias bajas (como la bronquitis y la neumonía) asociada al VSR en 77% y las enfermedades respiratorias agudas (como el catarro) asociadas al VSR en 67%. La vacunación de embarazadas con una vacuna contra la proteína F del VSR redujo el riesgo de que sus hijos necesitaran atención médica por enfermedades de las vías respiratorias bajas asociadas al VSR en 54%, redujo las probabilidades del bebé de enfermar gravemente por VSR en 74% y disminuyó el riesgo de hospitalización en 54%.

Esta evidencia de certeza alta de que las vacunas contra el VSR protegen a los adultos mayores y evidencia sólida de que benefician a los lactantes cuando las madres se vacunan durante el embarazo, son noticias alentadoras para dos de los grupos con mayor riesgo. La revisión apenas observó diferencias en los efectos secundarios graves entre los grupos vacunados y no vacunados en todos los grupos de edad.

Ensayos clínicos y estudios en la vida real

Los resultados de la revisión se basan en datos de ensayos clínicos, puesto que al momento de la publicación todavía no se disponía de evidencia sobre la efectividad y la seguridad en la vida real, es decir, en la población que ha recibido la vacuna tras su autorización.

Es importante tener en cuenta que esta revisión se basa en pruebas de ensayos aleatorizados, la evidencia más sólida disponible. Actualmente se están llevando a cabo estudios en la vida real posteriores a la autorización, y los datos de estos estudios aportarán información a lo que se conoce sobre la seguridad y la efectividad de las vacunas contra el VSR.

Está previsto complementar la revisión sistemática con dos análisis adicionales sobre la eficacia, la efectividad y la seguridad de las distintas vacunas contra el VSR tras las actualizaciones de la búsqueda.

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.
--	--	---