



19/10/2026

Evolución de la situación epidemiológica (2018-2026)

La evolución del comportamiento epidemiológico de la hantavirosis se caracterizó a partir de la comparación de temporadas, es decir los períodos comprendidos entre los meses de julio de un año y junio del siguiente –por ejemplo, de la semana epidemiológica (SE) 27 de 2018 a la SE 26 de 2019– para, de esta manera, poder contrastar el aumento de casos en períodos estivales entre sí.

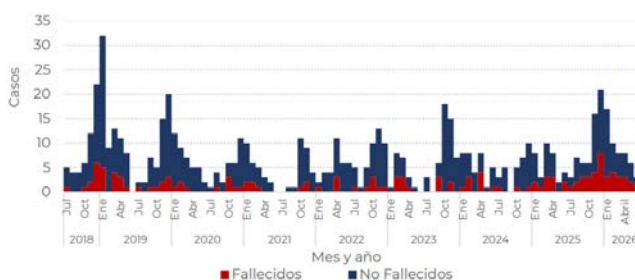
Caracterización según temporalidad y regiones

En el período analizado se acumularon 655 casos confirmados. Considerando el conjunto de las temporadas, 85% de los casos se notificó entre octubre y mayo. La mayor concentración de casos se observó entre noviembre y enero, período que representó entre 25% y 52% de los casos según la temporada. La mayor proporción se registró en las temporadas 2018-2019 y 2019-2020 (52%), mientras que la menor correspondió a 2021-2022 (25%).

En las tres regiones que concentraron la mayor carga de la enfermedad –Noroeste Argentino (NOA), Sur y Centro– se observó un patrón estacional, que en la Región NOA ocurre de forma más temprana, donde los meses con mayor cantidad de casos son octubre y noviembre; para el resto de las regiones son diciembre y enero.

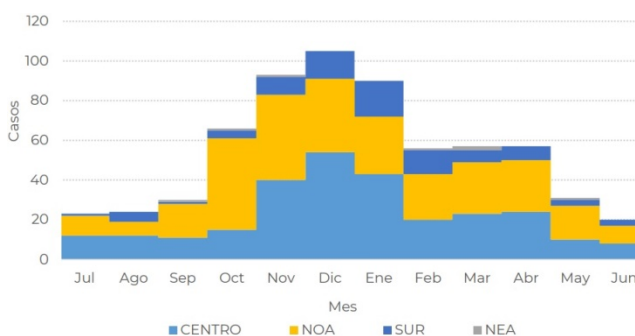
Presentación de datos a nivel subnacional

En la temporada 2025-2026 se notificaron 112 casos de hantavirosis, localizados en su mayoría en las provincias de Buenos Aires (44 casos), Salta (33), Santa Fe (8), Jujuy (8), Río Negro (7), Entre Ríos (5) y Chubut (5). En esta temporada se observó una tasa de incidencia nacional de 0,23 casos cada 100.000 habitantes, la segunda más elevada del período analizado, luego



Casos confirmados, según condición de egreso. Argentina. De semana epidemiológica 27 de 2018 a 26 de 2026. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N=655).

Nota: La temporada 2018-2019 incluye el brote de transmisión interhumana ocurrido en Epuyén, Chubut, por lo que concentra un mayor número de casos confirmados (126).



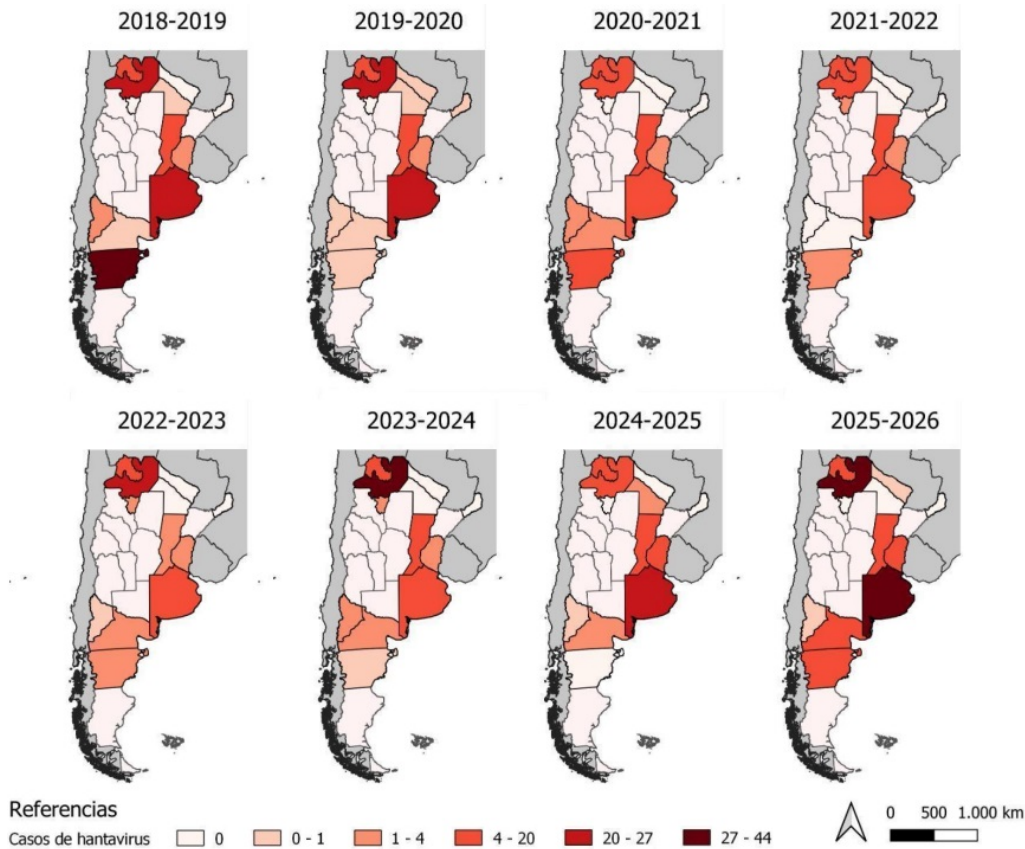
Casos confirmados, según mes y región. Argentina. De temporada 2018-2019 a 2025-2026. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N=651).

de la registrada en 2018-2019 (0,28 casos cada 100.000 habitantes). Debe considerarse que la temporada 2018-2019 incluye el brote de transmisión interhumana ocurrido en Epuyén, Chubut.

Provincia/Región	2018-2019		2019-2020		2020-2021		2021-2022		2022-2023		2023-2024		2024-2025		2025-2026	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Buenos Aires	25	0,14	27	0,15	15	0,09	16	0,09	13	0,07	10	0,06	21	0,11	44	0,24
Entre Ríos	4	0,29	4	0,29	4	0,29	3	0,21	4	0,28	2	0,14	9	0,62	5	0,34
Santa Fe	13	0,37	14	0,40	6	0,17	5	0,14	4	0,11	6	0,17	9	0,25	8	0,22
Centro	42	0,15	45	0,15	25	0,08	24	0,08	21	0,07	18	0,06	39	0,13	57	0,19
Chaco	1	0,08	1	0,08	—	—	—	—	—	—	—	—	2	0,16	—	—
Formosa	—	—	1	0,17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,16
Misiones	—	—	1	0,08	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Noreste Argentino	1	0,02	3	0,07	—	—	—	—	—	—	—	—	2	0,05	1	0,02
Jujuy	20	2,64	13	1,70	7	0,90	14	1,79	10	1,26	14	1,75	6	0,74	8	0,98
Salta	27	1,93	27	1,91	15	1,05	15	1,03	23	1,57	39	2,63	11	0,73	33	2,17
Tucumán	—	—	—	—	—	—	3	0,17	2	0,11	3	0,17	—	—	—	—
Noroeste Argentino	47	0,84	40	0,71	22	0,39	32	0,55	35	0,60	56	0,95	17	0,29	41	0,68
Chubut	33	5,47	1	0,16	5	0,80	3	0,47	3	0,47	1	0,15	—	—	5	0,74
Neuquén	2	0,31	1	0,15	2	0,30	—	—	1	0,15	3	0,43	1	0,14	1	0,14
Río Negro	1	0,14	1	0,13	2	0,27	—	—	3	0,39	4	0,51	3	0,38	7	0,88
Sur	36	1,26	3	0,10	9	0,31	3	0,10	7	0,23	8	0,26	4	0,13	13	0,41
Total Argentina	126	0,28	91	0,20	56	0,12	59	0,13	63	0,14	82	0,17	62	0,13	112	0,23

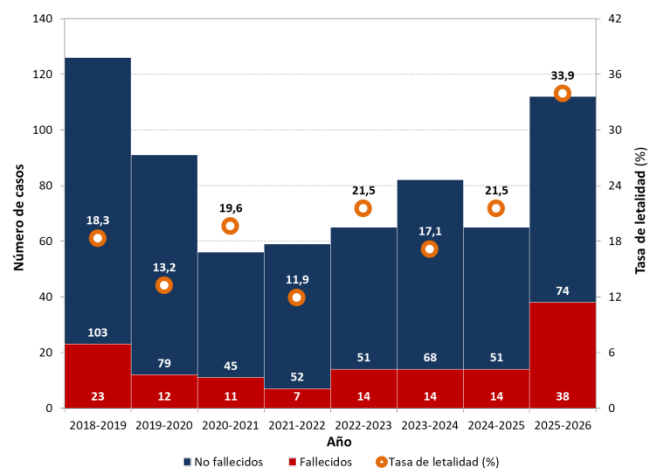
Casos confirmados y tasa cada 100.000 habitantes, según jurisdicción y temporada. Argentina. De temporada 2018-2019 a 2025-2026. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N=651).

A nivel regional, en la temporada 2025-2026, la tasa de incidencia más elevada correspondió a la Región NOA (0,68 casos cada 100.000 habitantes), donde se notificaron 41 casos confirmados. El 80% de los casos de la región se concentró en Salta, que presentó una incidencia de 2,17 casos cada 100.000 habitantes, la más elevada del país en esa temporada, aunque por debajo del valor máximo registrado en la provincia durante 2023-2024 (2,63 casos cada 100.000 habitantes). Asimismo, Río Negro y Buenos Aires alcanzaron en la última temporada sus valores máximos de incidencia del período analizado, con 0,88 y 0,24 casos cada 100.000 habitantes, respectivamente.



Distribución territorial de los casos confirmados de hantavirus según jurisdicción probable de infección, por temporada. Argentina. Temporadas 2018-2019 a 2025-2026. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N= 655).

El análisis de los mapas por temporada muestra un patrón territorial regionalizado, con mayor concentración de casos de hantavirosis en jurisdicciones vinculadas a eco-regiones donde habitan los roedores reservorios. Sin embargo, la magnitud de los casos notificados fue heterogénea entre temporadas. Las regiones que históricamente concentran la mayor cantidad de casos son Centro, NOA y Sur. El mapa de la temporada 2018-2019 muestra una concentración particularmente marcada en la Región Sur, especialmente en Chubut, asociada principalmente al brote ocurrido en esa provincia. En la última temporada (2025-2026) se identifica una mayor notificación en las regiones Centro y NOA, mientras que la Región Sur mantiene casos, aunque en menor cantidad. En conjunto, los mapas evidencian que la hantavirosis presenta en Argentina una distribución espacial focalizada, pero dinámica.



Casos y tasa de letalidad (en%), según temporada. Argentina. Temporadas 2018-2019 a 2025-2026. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N= 655).

Caracterización de la mortalidad

En la temporada 2025-2026 se notificaron 38 casos fallecidos, con una letalidad de 33,9%, marcadamente superior a la registrada en las temporadas previas. Este valor constituye el máximo del período analizado, superando en 12,4 puntos porcentuales el valor máximo observado previamente (21,5% en las temporadas 2022-2023 y 2024-2025). En este contexto, se elaboró un análisis específico de las personas fallecidas durante la temporada 2025-2026, incorporando su distribución por sexo y grupo etario.

Provincia/Región	2018-2019		2019-2020		2020-2021		2021-2022		2022-2023		2023-2024		2024-2025		2025-2026	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Buenos Aires	4	0,23	2	0,11	1	0,06	1	0,06	2	0,11	1	0,06	3	0,16	18	0,98
Entre Ríos	2	0,65	1	0,33	1	0,32	—	—	1	0,71	—	—	4	2,78	1	0,69
Santa Fe	2	0,54	3	0,80	2	0,53	1	0,26	1	0,28	3	0,83	1	0,27	1	0,27
Centro	8	0,28	6	0,21	4	0,01	2	0,07	4	0,13	4	0,13	8	0,26	20	0,65
Formosa	—	—	1	1,66	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Noreste Argentino	—	—	1	0,24	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Jujuy	—	—	2	2,61	—	—	—	—	—	—	1	1,25	—	—	1	1,23
Salta	5	3,58	2	1,41	2	1,40	1	0,69	4	2,72	4	2,69	2	1,33	12	7,90
Tucumán	—	—	—	—	—	—	1	0,58	—	—	—	—	—	—	—	—
Noroeste Argentino	5	0,90	4	0,71	2	0,35	2	0,35	4	0,69	5	0,85	2	0,34	13	2,16
Chubut	9	14,91	—	—	2	3,20	2	3,15	1	1,55	1	1,53	—	—	1	1,48
Neuquén	—	—	—	—	2	2,99	—	—	—	—	—	—	1	1,43	1	1,41
Río Negro	—	—	—	—	1	1,33	—	—	3	3,89	2	2,56	2	2,53	3	3,76
Sur	9	3,15	—	—	5	1,69	2	0,67	4	1,32	3	0,97	3	0,96	5	1,58
Total Argentina	22	0,49	11	0,24	11	0,24	6	0,13	12	0,26	12	0,26	13	0,28	38	0,80

Casos fallecidos y tasa de mortalidad cada 100.000 habitantes, según jurisdicción y temporada. Argentina. De temporada 2018-2019 a 2025-2026. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N=125).

A nivel nacional, la tasa de mortalidad durante la temporada 2025-2026 fue de 0,80 fallecidos cada 1.000.000 de habitantes, casi tres veces superior a la registrada en la temporada anterior (0,28 cada 1.000.000 de habitantes) y la más elevada del período analizado. En términos absolutos, se registraron 38 fallecimientos. A nivel regional, la Región NOA presentó la mayor tasa de mortalidad (2,16 fallecidos cada 1.000.000 de habitantes), con 13 fallecimientos: 12 correspondieron a la provincia de Salta y uno a la de Jujuy. Salta presentó, a su vez, la tasa de mortalidad más elevada entre las jurisdicciones del país (7,90 fallecidos cada 1.000.000 de habitantes). Por otra parte, la provincia de Buenos Aires concentró el mayor número de falle-

cimientos, con 18 casos (0,98 fallecidos cada 1.000.000 de habitantes), que representaron 47% del total de fallecidos registrados durante la temporada 2025-2026.

Caracterización de la situación epidemiológica de la temporada 2025-2026

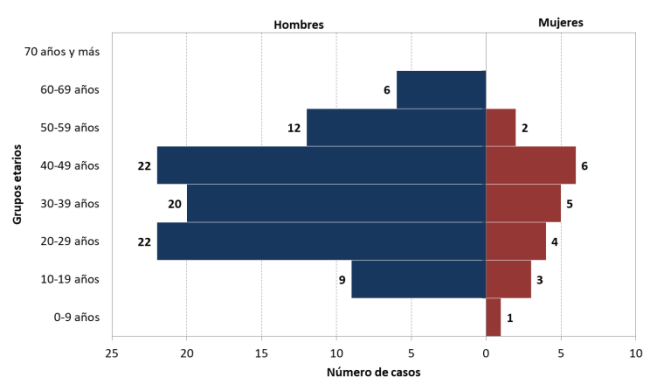
En el marco del cierre de la temporada 2025-2026, y considerando el comportamiento diferencial observado respecto de temporadas anteriores, resulta pertinente realizar una caracterización más pormenorizada de la situación epidemiológica. La última temporada se caracterizó por presentar la segunda incidencia más elevada del período analizado, con una tasa de 0,23 casos cada 100.000 habitantes, y los mayores registros de mortalidad, con una tasa de 0,80 defunciones cada 1.000.000 de habitantes y una letalidad de 33,9%, todos ellos valores máximos del período. En este contexto, se analizan las principales características epidemiológicas de los casos de la temporada 2025-2026 en comparación con las temporadas anteriores, con el propósito de identificar diferencias en el perfil de los casos y en su distribución, así como explorar posibles factores asociados a la mayor magnitud y gravedad observadas durante esta temporada.

Caracterización según grupos de edad

A nivel nacional, la mediana de edad de los casos confirmados durante la temporada 2025-2026 fue de 36,5 años. El 71% (79) de los casos correspondió a personas de entre 20 y 49 años, grupos que, a su vez, presentaron las mayores tasas de incidencia cada 100.000 habitantes durante la temporada.

En cuanto a la distribución de los casos por sexo, 81% (91) de los casos confirmados durante la última temporada correspondió al sexo masculino. Se observó un predominio de casos masculinos en todos los grupos etarios, con excepción del grupo de 0 a 9 años, en el que se registró un único caso confirmado, correspondiente al sexo femenino.

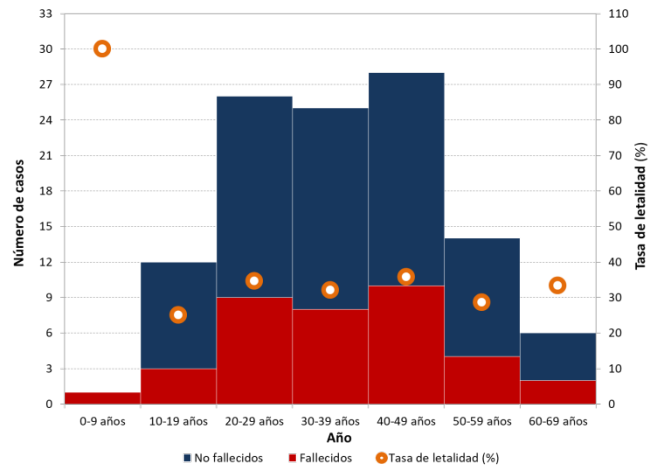
En comparación con las temporadas anteriores, la mediana de edad se ubicó por encima del rango observado, que osciló entre 27 y 35 años, y superó en 1,5 años el máximo registrado en el período previo.



Casos confirmados, según sexo y edad. Argentina. Temporada 2025-2026. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N=112).

Temporada	Casos	Mediana de edad	Rango de edad
2018-2019	126	34	2-90
2019-2020	91	30	7-62
2020-2021	56	27	1-63
2021-2022	59	35	5-69
2022-2023	65	33	8-65
2023-2024	82	32	6-69
2024-2025	64	34	8-66
2025-2026	112	36	5-68

Casos, mediana de edad y rango de edad, según temporada. Argentina. De temporada 2018-2019 a 2025-2026. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N=655).



Casos y tasa de letalidad, según grupos etarios. Argentina. Temporada 2025-2026. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N=112).

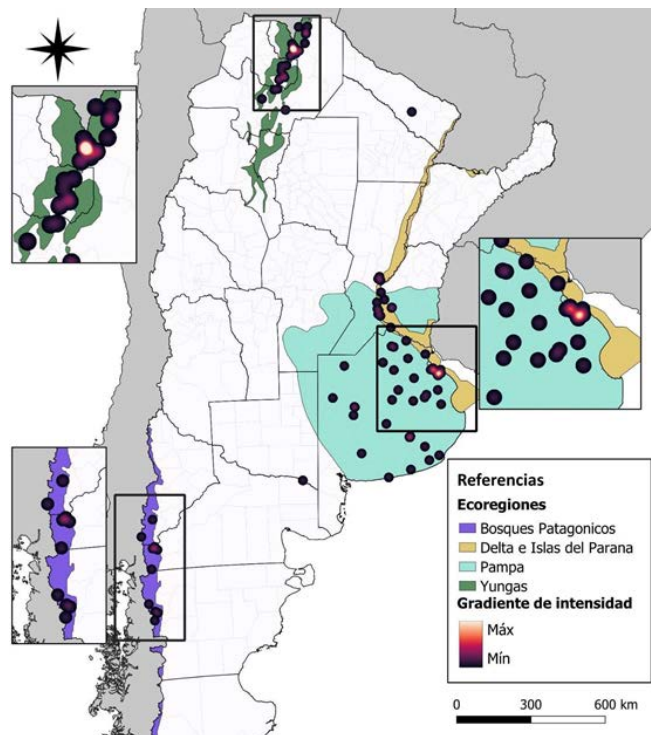
La mediana de edad de las personas fallecidas durante la temporada 2025-2026 fue de 36 años, similar a la del total de casos. Excluyendo al grupo de menores de 10 años, que registró un único caso confirmado, con desenlace fatal, no se observaron diferencias en la letalidad según el rango etario; los valores más elevados se observaron en los grupos de 40 a 49 años (35,7%), 20 a 29 años (34,6%), 60 a 69 años (33,3%) y 30 a 39 años (32%). No se registraron casos confirmados en personas de 70 años o más.

La distribución de las variantes de especies de *Orthohantavirus* se relacionan con las ecoregiones yungas, bosques patagónicos, delta e islas del Paraná y pampa. La variante Orán se encuentra en el noroeste del país, principalmente en el área de yungas, la variante Andes en los bosques patagónicos, Lechiguanas en el área del delta e islas del Paraná y la variante Buenos Aires en la región pampeana.

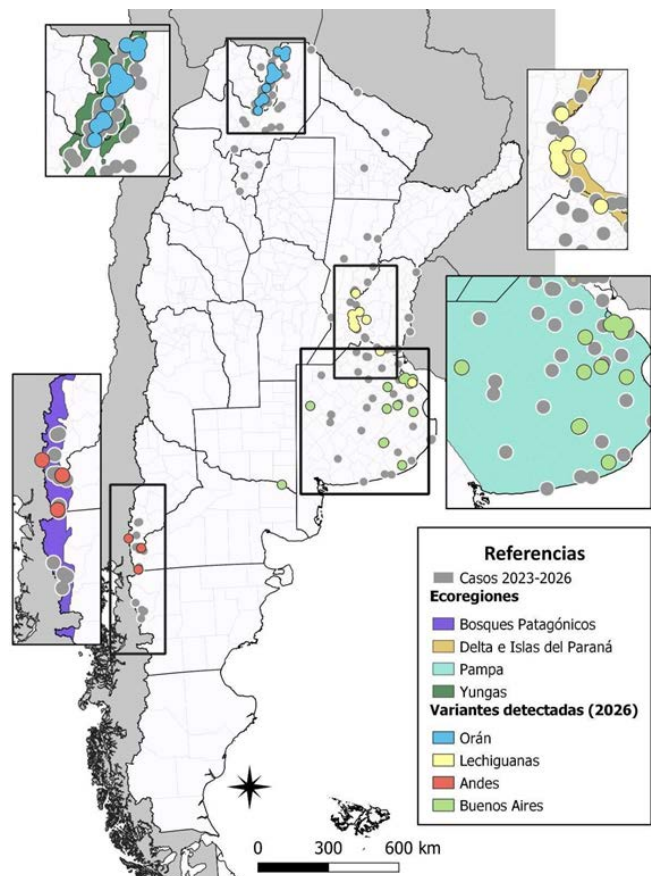
De esta manera, la distribución espacial de las variantes detectadas durante la última temporada resulta concordante con las principales áreas de ocurrencia de casos observadas, mostrando patrones geográficos diferenciados de circulación en el territorio nacional.

Durante la temporada 2025-2026 se notificó un caso con residencia en Río Colorado (Río Negro), localidad ubicada fuera de las áreas históricamente endémicas para hantavirus. En respuesta a este caso, se realizó la investigación epidemiológica, evaluación ambiental con captura de roedores y estudios microbiológicos. Los resultados de la misma indican que no se capturaron roedores considerados reservorio de hantavirus y sus estudios microbiológicos no detectaron circulación del virus. Se considerará implementar un monitoreo ambiental longitudinal y periódico, a fin de evaluar la composición de la población de roedores.

Asimismo, se registró un conglomerado intrafamiliar en la localidad de Cerro Centinela (Chubut), que involucró tres casos convivientes con fechas de inicio de síntomas secuenciales. Los resultados del estudio genómico de las muestras humanas mostraron una similitud



Distribución espacial de casos e intensidad de incidencia según ecoregiones. Argentina. Temporada 2025-2026. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N=112)



Distribución espacial de casos, intensidad de incidencia según ecoregiones y variantes detectadas Argentina. Temporadas 2023-2024 a 2025-2026. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N=255).

de 99,99% entre las secuencias correspondientes a los tres casos, compatibles con una cadena de transmisión interhumana, sin que pudiera descartarse completamente la ocurrencia de transmisión zoonótica.

Durante la misma temporada, se registró además un brote en San Carlos de Bariloche (Río Negro) con sospecha de transmisión interhumana. Por otra parte, se identificaron dos casos de viajeros detectados en el extranjero, uno de los cuales se vinculó posteriormente con un brote de transmisión interhumana a bordo de un crucero que había zarpado de Tierra del Fuego.

Caracterización clínica y epidemiológica

En relación con la gravedad de los casos, durante la temporada 2025-2026, el 68% de los casos con información disponible requirió cuidados intensivos, proporción similar a la observada para el conjunto de las temporadas analizadas (67%) y dentro del rango registrado en las temporadas anteriores (53%-79%). Asimismo, 58% de los casos con información disponible requirió asistencia respiratoria mecánica (ARM), porcentaje inferior al observado para el conjunto del período (67%) y dentro del rango histórico (58%-86%). Sin embargo, estos valores pueden estar condicionados en relación a un bajo porcentaje de consignación de las variables ARM y cuidados intensivos. Si bien estos indicadores no evidencian un aumento proporcional de la gravedad, la temporada 2025-2026 presentó la mayor cantidad de casos de la serie analizada, lo que representó una mayor carga de enfermedad en términos absolutos.

Antecedentes epidemiológicos de riesgo

Al comparar los antecedentes de sitio probable infección asociados al sitio de residencia de los casos confirmados de hantavirosis entre las temporadas 2023-2024, 2024-2025 y 2025-2026, se observa un patrón relativamente estable con un predominio de casos en habitantes de zonas rurales o periurbanas con un 76%, 74% y 69% de los casos, respectivamente. En la temporada 2023-2024 se analizaron 78 casos con información sobre este antecedente, en la temporada 2024-2025 se analizaron 62 casos y en 2025-2026, 112 casos. En la temporada 2025-2026 se destaca un incremento de la proporción de casos residentes en viviendas precarias urbanas, que alcanzó el 13%, frente al 3% registrado en 2023-2024 y la ausencia de casos durante 2024-2025.

En relación con los antecedentes de sitio probable de infección en el ámbito laboral, en la temporada 2023-2024 se analizaron 63 casos, en la temporada 2024-2025 se analizaron 62 casos y en 2025-2026, 111 casos. Las ocupaciones laborales no rurales fueron consideradas como posible exposición representaron el 37%, 42% y 32% de los casos en las temporadas 2023-2024, 2024-2025 y 2025-2026, respectivamente, observándose la mayor proporción durante 2024-2025. La proporción de trabajadores rurales fue mayor en la temporada 2023-2024 (30%), seguida de las temporadas 2025-2026 (23%) y 2024-2025 (16%). Por su parte, los casos sin antecedentes de posible exposición laboral representaron el 33%, 42% y 45%, respectivamente, alcanzando su mayor proporción durante la temporada 2025-2026.

En relación con los antecedentes de sitio probable de infección durante actividades recreativas, en la temporada 2023-2024 se analizaron 64 casos, en la temporada 2024-2025 se analizaron 62 casos y en 2025-2026 se analizaron 111 casos. Estos, fueron más frecuentes en 2024-2025 y 2025-2026 que en 2023-2024. La exposición recreativa presentó variaciones entre las temporadas: 23% en 2024-2025, 17% en 2025-2026 y 9% en 2023-2024. El antecedente de viaje se mantuvo en proporciones relativamente similares, con valores de 13%, 15% y

10%, respectivamente. En las tres temporadas predominó la ausencia de antecedentes recreativos, que representó el 78% en 2023-2024, 63% en 2024-2025 y 73% en 2025-2026.

En conjunto, los resultados muestran la persistencia del ámbito rural y periurbano como un contexto relevante entre los casos confirmados de hantavirosis, aunque con variaciones interanuales en los antecedentes laborales y recreativos. Cabe mencionar que los casos con posible exposición en viviendas precarias urbanas han aumentado en la última temporada con respecto a temporadas anteriores. Estos hallazgos refuerzan la importancia de sostener las medidas de prevención dirigidas a las exposiciones domiciliarias y laborales, particularmente en áreas rurales y periurbanas, sin descuidar otras circunstancias de exposición como las recreativas.

La hantavirosis es una zoonosis emergente causada por virus del género *Orthohantavirus*, familia *Hantaviridae*, subfamilia *Mammantavirinae*. Actualmente, el Comité Internacional de Taxonomía de Virus reconoce dos especies de orthohantavirus asociadas al síndrome cardiopulmonar por hantavirus que circulan en Argentina: *Orthohantavirus andesense* y *Orthohantavirus mamorense*. La especie *O. andesense* incluye el virus Andes y otras variantes genéticas, entre ellas Lechiguana, Orán y Buenos Aires/HU39694. Por su parte, la especie *O. mamorense* incluye el virus Laguna Negra. La transmisión a los seres humanos ocurre principalmente por la inhalación de aerosoles contaminados con partículas virales presentes en heces, orina o saliva de roedores silvestres. En América, la presentación clínica más frecuente es el síndrome cardiopulmonar por hantavirus, que se caracteriza por un inicio abrupto con fiebre, malestar general y síntomas gastrointestinales, seguido de la aparición de dificultad respiratoria e hipotensión. Esta enfermedad presenta una elevada letalidad cuya magnitud varía según la región. En Argentina, esta osciló entre 12% y 34% durante el período comprendido entre las temporadas 2018-2019 y 2025-2026.

En el país se han identificado áreas de riesgo asociadas, principalmente, a las ecorregiones de bosques patagónicos, delta e islas del Paraná, pampas y yungas, cuyas características ambientales resultan compatibles con la presencia y distribución de los roedores reservorios de hantavirus. Si bien los casos se notifican durante todo el año, se observa una marcada estacionalidad, con mayor incidencia entre octubre y mayo. La aparición de nuevos casos de hantavirosis fuera de las áreas históricamente endémicas responde a la interacción de múltiples factores, entre ellos el desplazamiento de los roedores reservorios y la creciente ocupación humana de ambientes silvestres, favorecida por la expansión y urbanización de zonas rurales, lo que incrementa el contacto entre las personas y los reservorios del virus. Además, el brote de hantavirosis registrado en 2026 y asociado al cruce MV Hondius, que zarpó de Ushuaia, provincia de Tierra del Fuego, constituyó un episodio reciente de transmisión interhumana del virus Andes y reafirmó la necesidad de mantener una vigilancia epidemiológica robusta y sensible.

El [Manual de Normas de Eventos de Notificación Obligatoria](#) define los criterios para sospechar infección por hantavirus en personas que residan o hayan estado en zonas con circulación viral y presenten fiebre sin etiología definida, que pueden estar acompañadas de mialgias, escalofríos, astenia, cefalea o dolor abdominal, habiendo tenido en las seis semanas previas exposición a roedores o sitios donde habita el reservorio; o bien, contacto estrecho con un caso confirmado de hantavirosis por virus Andes. Por este motivo, es fundamental relevar el antecedente epidemiológico de las personas, con la finalidad de identificar posibles fuentes de exposición, realizar una evaluación ambiental de los probables sitios de riesgo e implementar acciones de control de manera oportuna y, de esta manera, evitar la aparición de nuevos casos.

En respuesta a estos desafíos sanitarios, las normas de vigilancia fueron revisadas y actualizadas con el objetivo de optimizar los criterios diagnósticos, fortalecer las estrategias de detección temprana y respuesta ante brotes, y mejorar la calidad de la información notificada al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}).



SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL DENGUE

20/10/2026

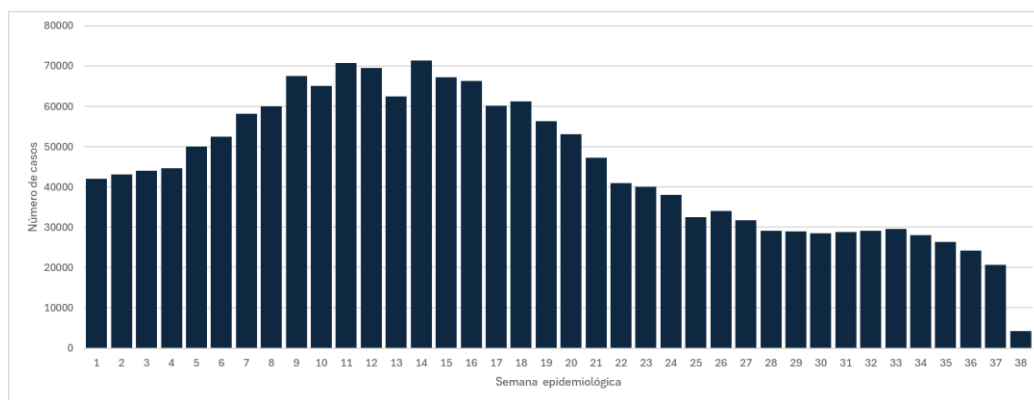
Considerando el incremento de los casos de dengue que se observa en algunos países de la subregiones Andina, Centro América y el Caribe de la Región de las Américas, la intensificación prevista del fenómeno de El Niño durante los próximos meses y la proximidad a la época de mayor circulación del virus Dengue en América del Sur, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) instó los Estados Miembros a mantener y reforzar la vigilancia epidemiológica, virológica, y entomológica, así como fortalecer la capacidad diagnóstica, para asegurar la detección temprana, el manejo clínico oportuno de los casos y consolidar las acciones de manejo integrado de vectores, con el fin de limitar la transmisión y reducir la morbilidad y mortalidad asociadas al dengue y otras arbovirosis.

Resumen de la situación en las Américas

En la Región de las Américas, durante el año 2026 y hasta la semana epidemiológica (SE) 37, se notificaron 1.692.937 casos sospechosos de dengue y 523.102 casos confirmados a la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA) de la OPS. De este total, 3.413 (0,2%) fueron caracterizados como dengue grave y se registraron 571 defunciones (tasa de letalidad de 0,034%).

Durante 2026, se identificó la circulación de los cuatro serotipos del virus Dengue en la Región de las Américas. Brasil, Colombia, México, Panamá y Venezuela reportan circulación simultánea de los cuatro serotipos. Adicionalmente, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Paraguay y Perú reportaron circulación simultánea de DENV-1, DENV-2 y DENV-3, mientras Cuba reporta la circulación simultánea de DENV-2, DENV-3 y DENV-4.

En cuanto al análisis de la tendencia, al comparar los casos notificados a través de PLISA en 2026, con el número de casos registrado en 2025 durante el mismo periodo se observa un descenso de 58% y comparado con el promedio de los últimos cinco años un descenso de 64%, lo anterior considerando que en 2024 se alcanzó el mayor número de casos de dengue en los últimos 10 años (13.123.659 casos). No obstante, a pesar de esta tendencia general a la disminución, se observan situaciones epidemiológicas particulares en algunos países de las subregiones Andina, Istmo Centroamericano y México y el Caribe, en los cuales se observa incremento en el número de casos en las últimas SE que requieren especial atención, considerando la evolución intensificada prevista del fenómeno de El Niño durante los próximos meses, que podría generar, dependiendo del contexto local, condiciones favorables para la transmisión del dengue y la ocurrencia simultánea de brotes de sarampión en varios países de la Región que podrían generar una demanda adicional para los sistemas de salud.

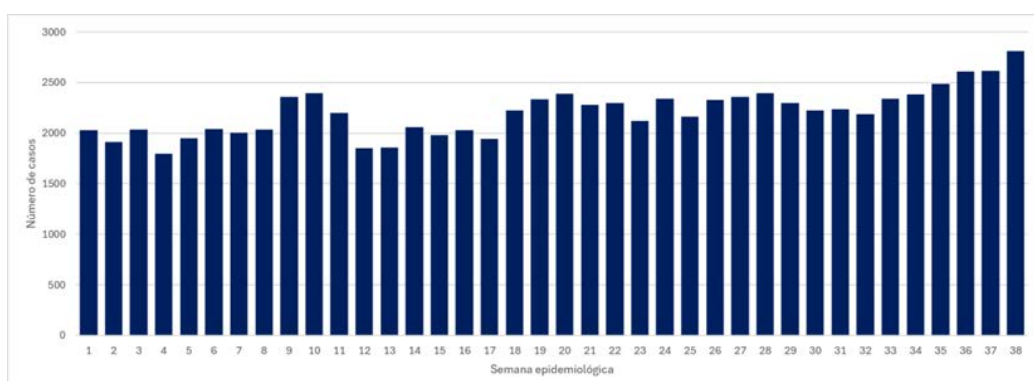


Casos notificados, según semana epidemiológica. Región de las Américas. Año 2026, hasta semana epidemiológica 38. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

A continuación, se muestra un resumen de la situación en países seleccionados de las subregiones Andina, Istmo Centroamericano y México y del Caribe, en los cuales se ha observado una tendencia al incremento en el número de casos de dengue durante el último trimestre de 2026.

- **Colombia:** En 2026, hasta la SE 38, se notificaron 83.905 casos sospechosos, incluyendo 51 defunciones. Del total de casos notificados, 28.677 fueron confirmados, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 157,12 cada 100.000 habitantes, y una letalidad de 0,177%. Del total de casos notificados, 1% corresponden a casos de dengue grave (856 casos). De acuerdo con la información reportada por el Laboratorio Nacional de Referencia de Virología, durante 2023-2026 se mantiene la circulación de los cuatro serotipos del virus Dengue a nivel nacional; sin embargo, se observa un aumento marcado en la proporción del serotipo DENV-3 desde el cuarto trimestre de 2025 y hasta la fecha, siendo este el más dominante.

En la SE 38 de 2026, el número de casos a nivel nacional según el canal endémico se ubicó en situación de brote, comparado con su comportamiento histórico, observándose una tendencia al aumento en las últimas SE, con una variación de 14% en el último periodo analizado (SE 34 a SE 37 de 2026) con respecto al periodo anterior (SE 30 a SE 33 de 2026). En 2026, hasta la SE 38, se observa una reducción de 19,8% en la notificación de casos de dengue a nivel nacional en comparación con el mismo periodo de 2025.

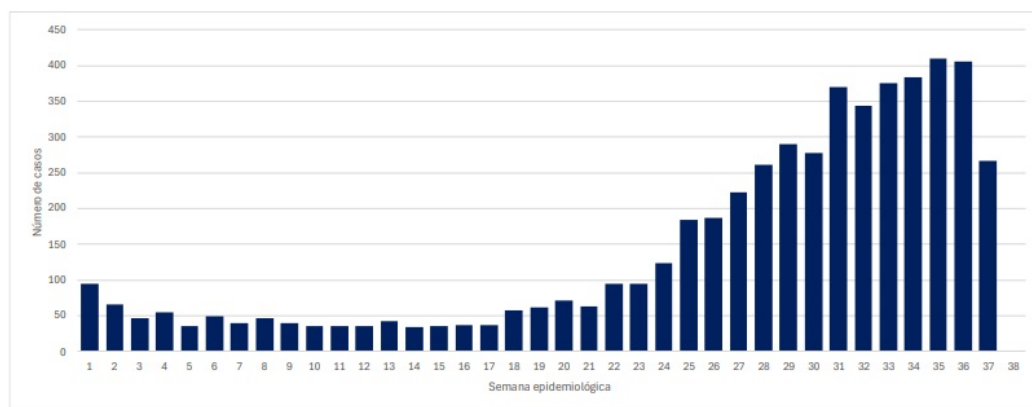


Casos notificados, según semana epidemiológica. Colombia. Año 2026, hasta semana epidemiológica 38. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

En el último periodo epidemiológico analizado (SE 34 a SE 37 de 2026) con respecto al periodo epidemiológico anterior (SE 30 a SE 33 de 2026), se observó una tendencia al aumento superior a 30% en los departamentos de Antioquia, Atlántico, Caldas, Chocó, Cundinamarca, Guainía, Guaviare, Huila, Putumayo, Quindío, Risaralda, Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca y Vichada y las ciudades de Buenaventura, Cartagena de Indias y Santiago de Cali; en contraste se observó una tendencia al descenso mayor a 30% en los depar-

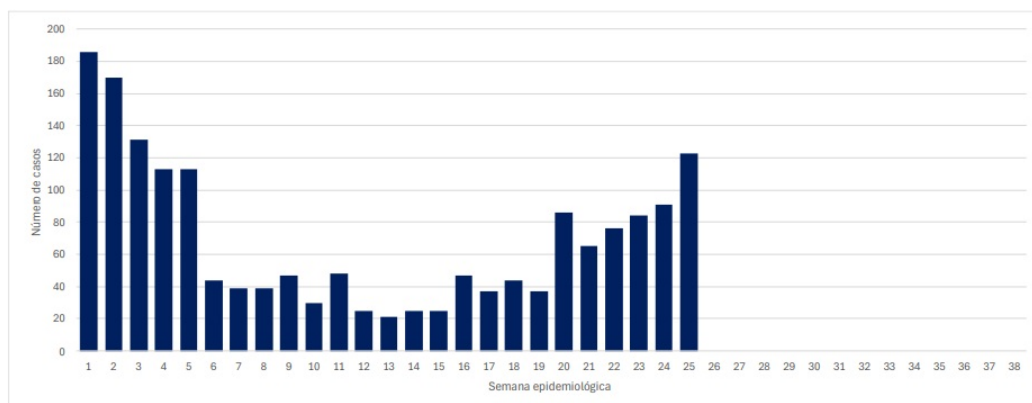
tamentos de Casanare, La Guajira, Nariño y Vaupés mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable.

- **Costa Rica:** En 2026, hasta la SE 37, se notificaron 5.302 casos sospechosos. Del total de casos notificados, 2.393 fueron confirmados, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 102,47 cada 100.000 habitantes y no se notificaron defunciones. Del total de casos notificados, 1,96% correspondió a casos de dengue grave (104 casos). Se identificó la circulación de tres serotipos del virus Dengue (DENV-1, DENV-2 y DENV-3), con predominio del serotipo DENV-3. Respecto de la tendencia, en 2026 se observó un incremento en el número de casos notificados desde la SE 24, el cual se ha mantenido hasta la SE 37. En comparación con este período del año 2025, para el año 2026 se observa un incremento de 38,6% en el número de casos notificados.



Casos notificados, según semana epidemiológica. Costa Rica. Año 2026, hasta semana epidemiológica 37. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

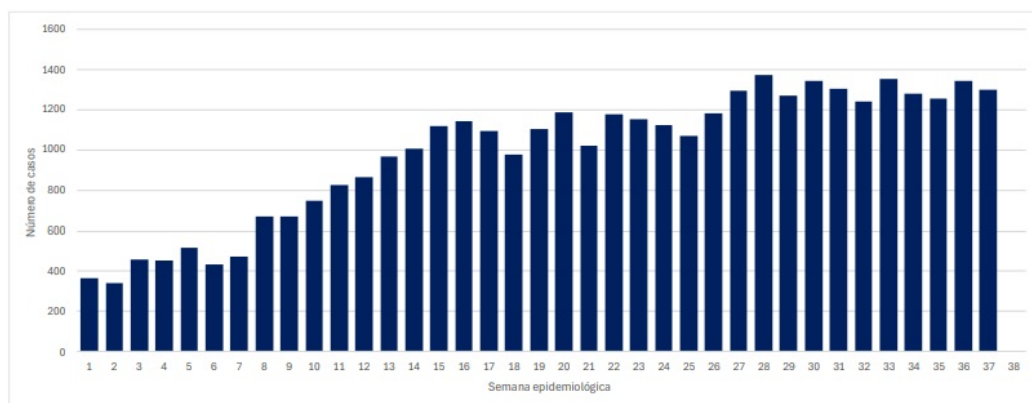
- **Cuba:** En 2026, hasta la SE 25, se notificaron 1.746 casos sospechosos. Del total de casos notificados, 62 fueron confirmados, sin defunciones, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 16 cada 100.000 habitantes. Los casos se registraron en diez de las provincias del país. Del total de casos notificados, 0,92% correspondió a casos de dengue grave (16 casos). Se identificó la circulación de tres serotipos del virus Dengue (DENV-2, DENV-3 y DENV-4), con predominio del serotipo DENV-2. Respecto de la tendencia, en 2026 se observó que luego de registrar un alto número de casos durante las primeras SE del año se registró un descenso hasta la SE 15; a partir de la SE 16 se evidenció un incremento en el número de casos, el cual se ha mantenido hasta la SE 25.



Casos notificados, según semana epidemiológica. Cuba. Año 2026, hasta semana epidemiológica 25. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

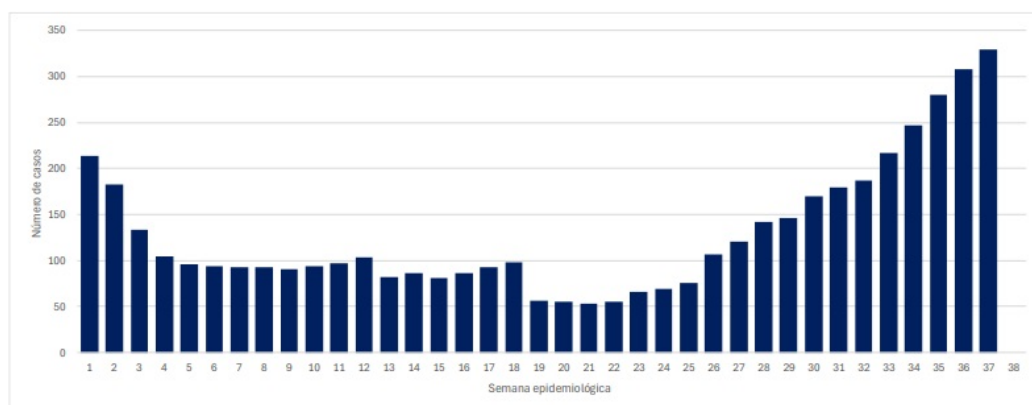
- **Ecuador:** En 2026, hasta la SE 37, se notificaron 35.566 casos, incluyendo 37 defunciones. Esto corresponde a una tasa de incidencia de 192,8 cada 100.000 habitantes y una letalidad de 0,10%. Los casos se registraron en las 24 provincias que conforman el país. Del total de casos notificados, 0,76% correspondió a casos de dengue grave (271 casos). Se identificó

la circulación de tres serotipos del virus de dengue (DENV-1, DENV-2 y DENV-3), con predominio del serotipo DENV-3. Respecto de la tendencia, en 2026 se observó un incremento progresivo durante lo que va del año con un importante número de casos notificados entre la SE 26 y la SE 37. Entre la SE 34 y la SE 37, el número de casos de dengue mantiene un comportamiento sostenido, con más de 1.200 casos notificados semanalmente.



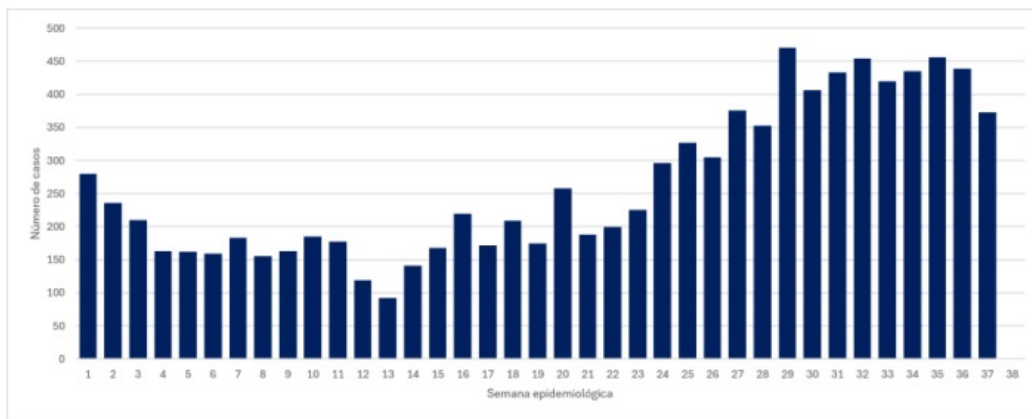
Casos notificados, según semana epidemiológica. Ecuador. Año 2026, hasta semana epidemiológica 37. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

- **El Salvador:** En 2026, hasta la SE 37, se notificaron 4.786 casos, de los cuales 48 han sido confirmados, incluyendo tres defunciones. Esto corresponde a una tasa de incidencia de 74,9 casos cada 100.000 habitantes y una letalidad de 0,062%. Del total de casos notificados, el 0,1% correspondió a casos de dengue grave (6 casos). Durante 2026, se identificó la circulación únicamente de un serotipo del virus de dengue (DENV-3) a diferencia de años previos en los cuáles circulaban los cuatro serotipos. Respecto de la tendencia, en 2026 se observó que luego de registrar un alto número de casos durante las primeras SE del año se registró un descenso en el número de casos hasta la SE 22; a partir de la SE 25 se ha observado un incremento el cual se ha mantenido hasta la SE 37.



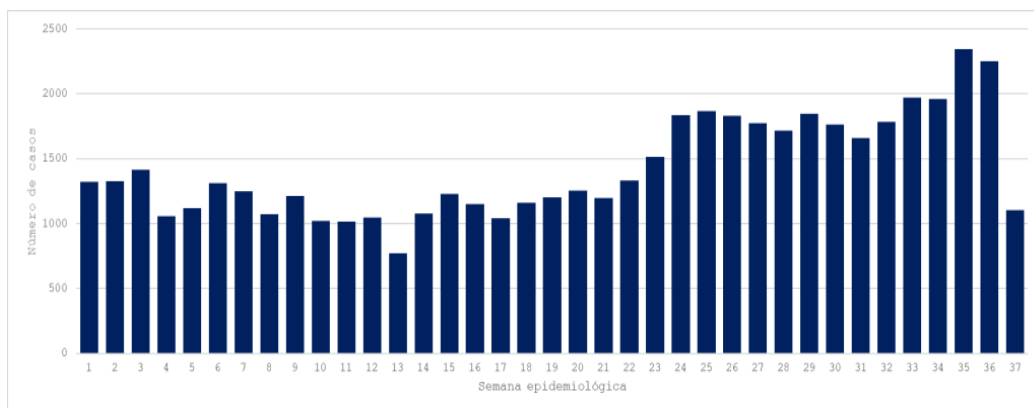
Casos notificados, según semana epidemiológica. El Salvador. Año 2026, hasta semana epidemiológica 37. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

- **Honduras:** En 2026, hasta la SE 37, se notificaron 9.782 casos, de los cuales se han confirmado 1.083 casos, incluyendo cuatro defunciones. Esto corresponde a una tasa de incidencia de 96 cada 100.000 habitantes y una letalidad de 0,04%. Del total de casos notificados, 1,64% correspondió a casos de dengue grave (160 casos). Se identificó la circulación de dos serotipos del virus Dengue (DENV-1y DENV-3), con predominio del serotipo DENV-3 en un 99%. Respecto de la tendencia, en 2026 se observó un incremento progresivo durante lo que va del año, con un importante número de casos notificados entre la SE 24 y la SE 37. Entre la SE 30 y la SE 37, la notificación se ha mantenido por encima de los 400 casos semanales y las regiones sanitarias con mayor reporte continúan siendo el Distrito Central y Cortés (San Pedro Sula).



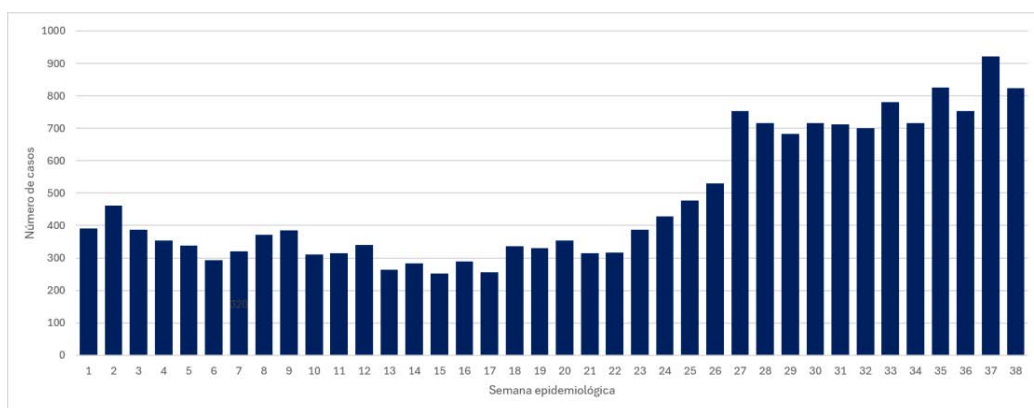
Casos notificados, según semana epidemiológica. Honduras. Año 2026, hasta semana epidemiológica 37. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

- **México:** En 2026, hasta la SE 37, se notificaron 52.866 casos probables. Del total de casos notificados, 5.859 se confirmaron mediante laboratorio, incluidas 26 defunciones. La tasa de incidencia de casos confirmados es de 4,36 cada 100.000 habitantes. Del total de casos confirmados, 3,41% correspondió a casos de dengue grave (200 casos). Se identificó la circulación de los cuatro serotipos del virus Dengue, con predominio del serotipo DENV-3. En 2026, hasta la SE 23, se observó una tendencia estable en el registro de los casos; sin embargo, a partir de la SE 24 se observó un incremento de los casos.



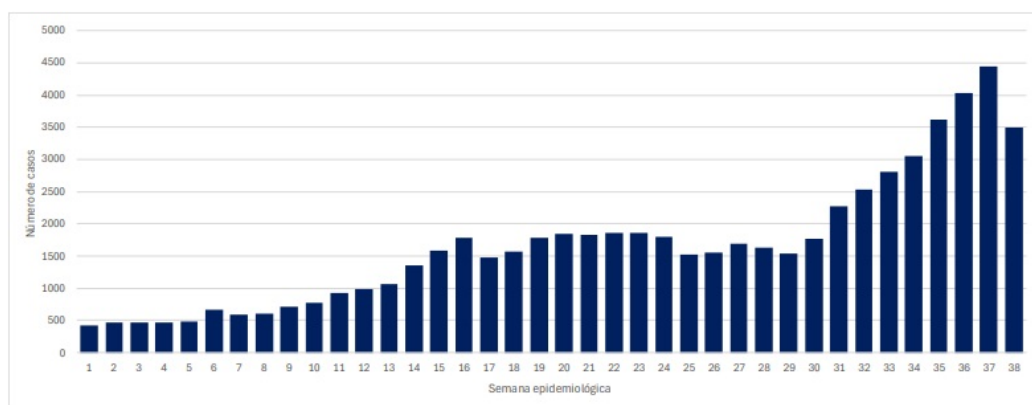
Casos notificados, según semana epidemiológica. México. Año 2026, hasta semana epidemiológica 37. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

- **Panamá:** En 2026, hasta la SE 38, se notificaron 11.772 casos sospechosos. Del total de casos notificados, 9.679 fueron confirmados, incluyendo 20 defunciones, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 209,3 cada 100.000 habitantes y una letalidad de 0,2%. Del total de casos notificados, 0,58% correspondió a casos de dengue grave (56 casos). Se identificó la circulación de los cuatro serotipos del virus Dengue, con predominio de DENV-2 y DENV-3. Respecto de la tendencia en 2026, se observó un incremento leve durante el primer semestre del año, con un incremento en el número de casos notificados entre la SE 24 y la SE 38.



Casos notificados, según semana epidemiológica. Panamá. Año 2026, hasta semana epidemiológica 38. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

- Perú:** En 2026, hasta la SE 38, se notificaron 63.407 casos. Del total de casos notificados, 49.650 fueron confirmados, incluyendo 71 defunciones, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 183,02 cada 100.000 habitantes y una letalidad de 0,11%. Del total de casos notificados, 0,41% correspondió a casos de dengue grave (259 casos). Se identificó la circulación de tres serotipos del virus Dengue (DENV-1, DENV-2 y DENV-3), con predominio de DENV-3. Hasta la SE 38 de 2026, el número de casos notificados superó en 100% el total registrado hasta la SE 38 de 2025. Asimismo, los casos de dengue grave aumentaron 55%, pasando de 167 en 2025 a 259 en el año 2026, mientras que el número de defunciones aumentó en 39% del total registrado hasta la SE 38 de 2025. En cuanto a la tendencia observada durante 2026, desde la SE 10 se observa una tendencia ascendente en el número de casos notificados. El incremento de casos está asociado principalmente al incremento de la temperatura ambiental y las precipitaciones por el fenómeno de El Niño, que son condiciones favorables para el vector.



Casos notificados, según semana epidemiológica. Perú. Año 2026, hasta semana epidemiológica 38. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

La intoxicación por plomo suele pasar desapercibida. Los niños pueden estar expuestos a este metal tóxico en sus hogares y comunidades sin presentar síntomas evidentes, aunque afecte su desarrollo cerebral y su salud a largo plazo. Durante la Semana Internacional de Prevención de la Intoxicación por Plomo, que se celebra del 18 al 24 de octubre, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) hace un llamado a redoblar los esfuerzos para detectar y prevenir la intoxicación por plomo, especialmente entre la población infantil.

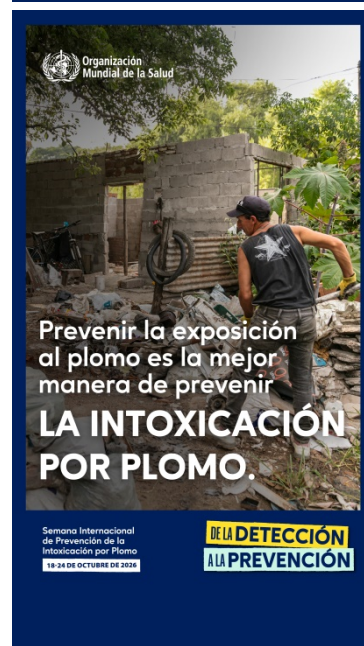
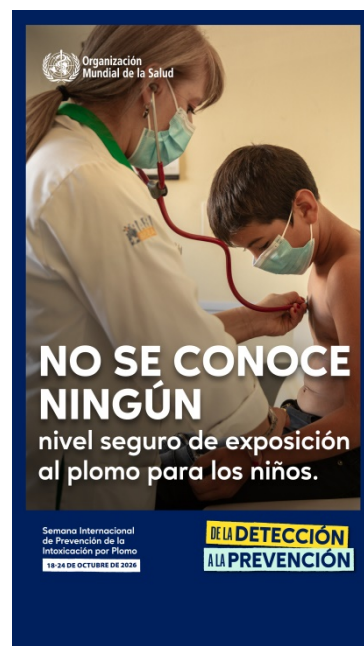
Se estima que la intoxicación por plomo afecta a hasta 815 millones de niños en el mundo, es decir, uno de cada tres. Éstos son especialmente vulnerables porque sus cerebros y sistemas nerviosos en desarrollo son más susceptibles a los efectos tóxicos del plomo. No se conoce ningún nivel seguro de concentración de plomo en la sangre, y la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que concentraciones tan bajas como 3,5 microgramos de plomo por decilitro de sangre ($\mu\text{g}/\text{dL}$) pueden estar asociadas con una disminución de la capacidad intelectual, dificultades de comportamiento y problemas de aprendizaje.

En América Latina y el Caribe, los estudios disponibles estiman que aproximadamente 30% de los niños evaluados presentaban concentraciones de plomo en sangre superiores a 5 $\mu\text{g}/\text{dL}$, y 6,78% registraba niveles superiores a 10 $\mu\text{g}/\text{dL}$. La OMS recomienda identificar y eliminar las fuentes de exposición cuando las concentraciones de plomo en sangre alcanzan los 5 $\mu\text{g}/\text{dL}$ o más.

La carga para la salud va más allá de la población infantil. Según estimaciones de la OMS, más de 3,5 millones de muertes en todo el mundo se atribuyeron a la exposición al plomo en 2023, principalmente debido a sus efectos cardiovasculares. En América Latina y el Caribe, se estima que la exposición al plomo es responsable de cerca de 200.000 muertes y de la pérdida de más de 3,9 millones de años de vida ajustados por discapacidad.

En consonancia con el lema de la campaña de este año –“De la detección a la prevención”–, la OPS destaca la importancia de identificar las fuentes de exposición antes de que causen daños.

“La intoxicación por plomo se puede prevenir, pero no se puede prevenir lo que no se identifica. Fortalecer la vigilancia y comprender dónde se produce la exposición es fundamental para proteger a los niños y ayudar a los países a actuar antes de que se produzcan daños irre-



versibles”, señaló Luis Francisco Sánchez Otero, asesor regional de la OPS en seguridad química.

Identificar los riesgos para prevenir la exposición

En América Latina y el Caribe, las fuentes de exposición al plomo incluyen las actividades mineras e industriales, el reciclaje informal de baterías de plomo-ácido, las pinturas que contienen plomo y las cerámicas con esmaltes producidas con este metal.

Los niños pueden estar expuestos al inhalar partículas de plomo o ingerir polvo, tierra, agua o alimentos contaminados. Los más pequeños son especialmente vulnerables porque absorben una mayor proporción del plomo ingerido que los adultos y suelen llevarse las manos y otros objetos a la boca. Los riesgos de exposición varían según las actividades económicas locales, las condiciones ambientales y las circunstancias de vida.

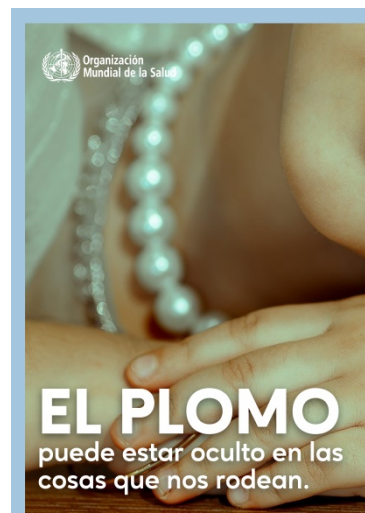
A pesar de estos riesgos, la información sobre la exposición al plomo sigue siendo limitada en muchas partes de la Región, especialmente en cuanto a la población infantil. Las deficiencias en la vigilancia y las pruebas de detección pueden retrasar la identificación de las poblaciones afectadas y las fuentes de contaminación, lo que dificulta la adopción oportuna de medidas preventivas.

En mayo de 2026, la OMS presentó el módulo introductorio de su próximo paquete técnico PREVENT para la prevención de la intoxicación por plomo. Este marco busca ayudar a los países a traducir la evidencia en acciones concretas mediante la priorización de las fuentes de exposición, el monitoreo de la exposición, la respuesta ante concentraciones elevadas de plomo en sangre, el fortalecimiento y la aplicación de las normativas, y el seguimiento de los avances. Se prevé que el paquete completo se publique en 2027.

De la detección a la prevención

La OPS apoya a los países de las Américas en la evaluación de la magnitud y distribución de la exposición al plomo mediante el fortalecimiento de los centros de información y asesoramiento toxicológico, la ampliación de la capacidad de los laboratorios de salud pública, la implementación de programas de monitoreo de plomo en sangre y de biomonitoreo, y la mejora de la vigilancia epidemiológica para identificar poblaciones afectadas, zonas geográficas de mayor exposición y desigualdades en la exposición.

La OPS también apoya a los países en el desarrollo y la implementación de planes de seguridad del agua y el saneamiento resilientes al clima, así como en la mejora de los servicios de agua y saneamiento en los establecimientos de salud.



“Entre los ejemplos del trabajo de la OPS se encuentran el fortalecimiento y la aplicación de normativas para eliminar progresivamente las pinturas que contienen plomo y otros productos peligrosos, la promoción de la gestión y el reciclaje seguros de las baterías de plomo-ácido, y la reducción de la contaminación por plomo en el agua potable, las escuelas y los hogares”, señaló Daniel F. Buss, jefe de la Unidad de Cambio Climático y Determinantes Ambientales de la Salud de la OPS.

Estos esfuerzos requieren coordinación entre distintos sectores, incluidos los de salud, ambiente, educación, industria y trabajo. Al vincular los datos de vigilancia con intervenciones específicas, los países pueden pasar de documentar la exposición al plomo a prevenirla, protegiendo a los niños de daños irreversibles.

CALIFORNIA CONCENTRA 25% DE LOS CASOS DE INFECCIÓN
POR EL VIRUS DEL NILO OCCIDENTAL EN EL PAÍS

21/10/2026

El Departamento de Salud Pública de California (CDPH) informó de 80 nuevos casos humanos de infección por el virus del Nilo Occidental en el estado la semana pasada en los siguientes condados: Los Ángeles (59), Orange (11), Stanislaus (3), Fresno (2), Glenn (1), Riverside (1), San Joaquín (1), Tulare (1) y Yolo (1).

Esto eleva el total de casos humanos en California a 378, provenientes de 24 condados. Esta cifra representa 25,7% del total de casos en Estados Unidos (1.471).

Este año se han notificado al CDPH 23 muertes relacionadas con el virus del Nilo Occidental procedentes de nueve jurisdicciones: Los Ángeles (6), Orange (5), Butte (3), Glenn (2), Sacramento (2), Yolo (2), Kings (1), Stanislaus (1) y Tuolumne (1).

De los 378 pacientes, 321 (85%) presentaron enfermedad neuroinvasiva. La mediana de edad de los pacientes fue de 66 años y 254 (67%) eran hombres.

En el condado de Los Ángeles, el Departamento de Salud Pública documentó 191 infecciones humanas por el virus del Nilo Occidental y 12 muertes. Otros condados que han reportado números elevados de casos son Orange (47), Fresno (23), Butte (13), Sacramento (12), Kings (11), Stanislaus (11) y Kern (10).

Los 378 casos registrados este año en todo el estado son superiores a los 59 casos reportados en 2025 y al promedio de 110 casos de los últimos cinco años.

El virus del Nilo Occidental causa la enfermedad transmitida por vectores más común y grave en California. Desde 2003, se han reportado más de 8.000 casos en humanos y más de 400 muertes en California. Los mosquitos que transmiten el virus del Nilo Occidental se encuentran en todo el estado.



21/10/2026

En Estados Unidos, la rabia puede parecer una enfermedad del pasado, un riesgo remoto causado por un virus prácticamente erradicado. Pero en los últimos meses, este antiguo enemigo ha vuelto a estar en la picota.

Algunos brotes inusuales han acaparado titulares: [castores rabiosos](#) en un parque estatal de Maryland, [un conglomerado de casos en cabras](#) en un zoológico interactivo de North Carolina. Funcionarios de varios estados, incluidos [Idaho](#) y [Alabama](#), alertaron sobre aumentos repentinos en los casos de animales; California estableció un récord anual de [murciélagos rabiosos](#).



Un castor (no rabioso) en Maryland, donde este verano un pescador en el Parque Estatal Cunningham Falls informó que fue mordido en la pierna por un castor que posteriormente dio positivo para rabia.

El mes pasado, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) emitieron una [alerta sanitaria nacional](#), citando informes de “aumentos locales en la exposición humana a la rabia”. La agencia informó de un incremento en el uso de intervenciones médicas –trata-mientos con anticuerpos y vacunas– diseñadas para proteger a las personas expuestas a animales potencialmente rabiosos.

Hasta el momento, no se han reportado casos humanos de rabia en 2026. Aún no está claro si los repuntes reportados reflejan un aumento real del riesgo de contraer la rabia. Sin embargo, los expertos señalan que es importante vigilarlos de cerca, ya que ponen de manifiesto la persistencia de la rabia como una amenaza compleja y en constante evolución.

“No hay forma de saber con certeza qué está provocando estos incidentes”, afirmó la Dra. Millicent Eidson, veterinaria de salud pública y profesora emérita de la Universidad de Albany. “Sin duda, gracias a las redes sociales, hay mayor concienciación y comunicación cuando ocurren estos sucesos. Pero también hay indicios de que el riesgo de rabia podría estar aumentando”.

También señaló “los desafíos que supone la falta de recursos para responder”.

Según un funcionario con conocimiento de la situación, los CDC han perdido cerca de 30% de su personal desde el año pasado, incluyendo a muchos miembros del equipo de rabia, que ya no tiene capacidad para asesorar a los funcionarios estatales fuera del horario laboral. La agencia también [suspendió temporalmente las pruebas de rabia](#) esta primavera, una pausa que duró varios meses.

“Todas las pruebas de rabia que se habían suspendido volvieron a estar operativas en agosto de 2026”, dijo el Dr. Ryan Wallace, epidemiólogo veterinario de la división de rabia y poxvirus de la agencia.

Wallace no respondió directamente a las preguntas sobre el tamaño actual del equipo de rabia, pero afirmó que estaba “totalmente equipado para responder a las preguntas sobre la rabia y a las solicitudes de asistencia técnica”.

Una amenaza cambiante

En muchas partes del mundo, la rabia es una enfermedad que se transmite principalmente por perros. Esto también fue así en Estados Unidos; a fines del siglo XIX y principios del XX, el virus circulaba ampliamente entre los perros y a menudo se transmitía de ellos a las personas. En algunos años, se registraron más de 100 muertes humanas, una cifra que probablemente sea considerablemente inferior a la real.



En 2019, se llevó a cabo una campaña de vacunación canina contra la rabia en Goa, India. En muchas partes del mundo, la rabia es una enfermedad que se transmite principalmente por los perros.

Tras la llegada de las vacunas, las campañas masivas de vacunación canina y otras medidas de salud pública propiciaron una disminución significativa de los casos tanto en perros como en humanos. En 2007, [los CDC anunciaron](#) que el país había erradicado por completo la variante canina del virus de la rabia. (En Estados Unidos, los perros aún pueden contraer la rabia de animales salvajes, y los perros importados pueden estar infectados con rabia canina adquirida en el extranjero).

Actualmente, Estados Unidos suele reportar solo unos pocos casos humanos al año. La mayoría son causados por murciélagos. Si bien la enfermedad es casi siempre mortal una vez que aparecen los síntomas, la administración rápida de tratamientos con anticuerpos y vacunas –conocida como profilaxis postexposición– puede proteger a las personas que han tenido contacto cercano con animales potencialmente rabiosos.

Pero la victoria en materia de salud pública ha sido incompleta. En dos estudios recientes, [los científicos estimaron](#) que [docenas de muertes humanas adicionales](#) por rabia podrían pasar desapercibidas cada año en Estados Unidos.

Además, circulan múltiples variantes de rabia en animales salvajes. La rabia en mapaches es común en la Costa Este, por ejemplo, mientras que la rabia en zorrillos acecha en los estados centrales; la rabia en murciélagos representa una amenaza en todos los estados excepto Hawái. Estas variantes pueden transmitirse a nuevas especies, incluyendo ganado, mascotas y personas, y a veces se adaptan a nuevos huéspedes. Por ejemplo, [una variante de rabia en murciélagos comenzó a circular en zorrillos](#) en Flagstaff, Arizona, en 2001 y nuevamente en 2021.

Las autoridades han utilizado vacunas orales para erradicar o contener algunas variantes de la fauna silvestre, pero el panorama cambia constantemente, con brotes que pueden surgir repentinamente en nuevos lugares.

“La rabia tiene éxito adaptándose y, creo, aprovechando las oportunidades”, dijo Amy Gilbert, bióloga investigadora y experta en rabia del Departamento de Agricultura de Estados Unidos.

El Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA), que distribuye vacunas orales para la fauna silvestre, realiza algunas pruebas proactivas de rabia en animales salvajes. Sin embargo, el sistema nacional de vigilancia de la rabia es mayoritariamente pasivo y depende de que veterinarios, agentes de control animal y ciudadanos informen sobre animales sospechosos y envíen muestras para su análisis. (Dado que las pruebas más precisas requieren tejido cerebral, el proceso implica la eutanasia de los animales y, a menudo, el envío de sus cabezas a un laboratorio).

Según los CDC, que gestionan el Sistema Nacional de Vigilancia de la Rabia, en todo el país se analizan aproximadamente 100.000 animales al año. Entre 2021 y 2024, alrededor de 4.000 animales dieron positivo cada año.

Pero la agencia aún no ha finalizado su recuento para 2025 o 2026, por lo que todavía no está claro si el número de casos en animales aumentó a nivel nacional. Los incrementos locales no necesariamente se traducen en un aumento generalizado a nivel nacional.



En los animales salvajes circulan diversas variantes de la rabia. Esto incluye la rabia en mapaches, que es común en la Costa Este.

“Siempre habrá altibajos normales”, dijo el Dr. Charles Rupprecht, ex jefe del programa de rabia de los CDC, que ahora trabaja como consultor biomédico independiente.

Según los expertos, el aumento de casos en animales también podría deberse, en parte, a una mayor concienciación o a la cobertura mediática de brotes inusuales. “Ohio está detectando más murciélagos con rabia este año de lo habitual, pero también está recibiendo más murciélagos para analizar”, afirmó la Dra. Sara Margrey, veterinaria de salud pública del estado.

“A medida que encontramos más casos, aumenta la cobertura”, dijo Margrey, quien agregó que el porcentaje de murciélagos que dieron positivo no había aumentado. “A veces es una especie de círculo virtuoso”.

Otra posibilidad es que la incidencia nacional de la rabia no haya cambiado, pero que los casos hayan aumentado en algunas zonas y especies nuevas, mientras que han disminuido en otras. Esto puede plantear desafíos importantes, según los expertos.

“Eso significa que hay una gran población de animales susceptibles a contraer la enfermedad”, dijo Daniel Streicker, ecólogo viral y experto en rabia de la Universidad de Glasgow. “Además, existen sistemas de salud que no están acostumbrados a lidiar con la exposición humana”.

Eso podría ser lo que está ocurriendo en el centro de Texas, donde una variante de rabia asociada a los zorritos ha estado causando lo que el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas describió como un brote en evolución de rabia entre zorros. Desde 2023, según el departamento, se ha registrado un aumento en el número de personas expuestas a zorros rabiosos en algunas zonas del área afectada, que se extiende desde San Antonio hacia el norte, en dirección a Austin.

“Es un corredor densamente poblado”, dijo Gilbert, y uno donde es posible que los zorros aún no sean reconocidos como una amenaza significativa de rabia.

Riesgos reales

Según los expertos, varios factores podrían estar provocando un verdadero aumento del riesgo de rabia. Por ejemplo, a medida que los humanos invaden y alteran cada vez más los hábitats utilizados por los animales salvajes, es posible que entren en contacto con animales rabiosos con mayor frecuencia.

“Estamos construyendo urbanizaciones en lo que antes eran zonas de vida silvestre”, dijo el Dr. Jonathan Sleeman, veterinario especializado en vida silvestre de la Universidad de Min-

nesota y experto en la materia de [Beacon](#), un programa de vigilancia de enfermedades infecciosas con sede en la Universidad de Boston. “Los animales silvestres se están adaptando cada vez más a los asentamientos humanos y nos encontramos con ellos con mayor frecuencia”.

El cambio climático también podría influir, según los expertos. Inviernos más suaves y veranos más largos podrían aumentar las poblaciones animales y extender las temporadas de recreación al aire libre. Las sequías y los incendios forestales también podrían

afectar a los animales salvajes o destruir sus hábitats naturales, obligando a criaturas como los murciélagos a buscar refugio en entornos más dominados por el ser humano.

“En algún momento, tienen que anidar en edificios, en puentes, en entornos urbanos, en estructuras urbanas, lo que aumenta el contacto entre murciélagos y humanos”, dijo el Dr. Ricardo Castillo, epidemiólogo veterinario de la Universidad de Pennsylvania.

Los veterinarios y los funcionarios de salud pública también se han alarmado ante un aparente aumento del [escepticismo hacia las vacunas entre los dueños de mascotas](#). El mes pasado, el [Departamento de Salud Pública de Alabama advirtió](#) sobre un incremento en los casos de rabia en animales domésticos. En el comunicado de prensa, el veterinario de salud pública del estado atribuyó el aumento de casos entre perros y gatos a que “los animales no tienen al día sus vacunas contra la rabia”.

Se necesitará más tiempo y datos para determinar si el panorama nacional de la rabia está cambiando y de qué manera. Sin embargo, el aumento de la reticencia a la vacunación animal, sumado a la pérdida de capacidad y experiencia en salud pública, podría agravar los riesgos, según los expertos.

“Es preocupante de cara al futuro”, afirmó Rodney Rohde, microbiólogo y experto en rabia de la Universidad Estatal de Texas. “Si uno baja la guardia durante dos o tres años, se queda tan rezagado en los esfuerzos por controlar la enfermedad que puede ser difícil recuperarse”.



Preparación de una vacuna contra la rabia en Colorado el año pasado. Los veterinarios y los funcionarios de salud pública también se han alarmado por un aparente aumento del escepticismo hacia las vacunas entre los dueños de mascotas.

El Ministerio de Salud de Panamá confirmó un caso de hantavirosis en una mujer de 40 años, residente de la comunidad de Montero, en el distrito de Guararé, provincia de Los Santos. Otro caso permanece bajo observación, a la espera de los resultados de laboratorio.

La paciente permanece hospitalizada en una unidad de cuidados intensivos, donde recibe tratamiento para recuperar su función pulmonar, mientras las autoridades sanitarias mantienen la vigilancia epidemiológica ante esta enfermedad transmitida por roedores.



El diagnóstico fue confirmado por el Instituto Conmemorativo Dr. William Crawford Gorgas' de Estudios de la Salud, según informó el Ministerio de Salud el 19 de octubre. La institución señaló que la mujer presenta una evolución favorable en su función respiratoria, aunque continúa bajo atención especializada debido a las complicaciones que puede provocar la infección en los pulmones.

Las autoridades también aclararon que el caso no está relacionado con el terremoto ocurrido el 9 de octubre en Panamá. La paciente comenzó a presentar síntomas el día 10, apenas 24 horas después del movimiento sísmico, mientras que la enfermedad tiene un período de incubación de una a ocho semanas después del contacto con el virus.

Pero la confirmación del caso en medio de la emergencia provocada por el sismo ha llevado a las familias afectadas a refugiarse en casas de conocidos, albergues y otras estructuras temporales. Las condiciones de algunos de estos espacios podrían aumentar el contacto con roedores, que pueden transmitir el hantavirus.

Desde el Centro de Operaciones de Emergencia en Salud, las autoridades reiteraron el llamado a reforzar las medidas de prevención, especialmente por las lluvias que afectan la región.

La humedad y la búsqueda de refugio pueden llevar a los roedores a ingresar en las viviendas. Sus excrementos, orina y saliva pueden contaminar superficies y alimentos, por lo que es importante mantener los espacios limpios y protegidos.

En Panamá, el informe epidemiológico correspondiente a la semana epidemiológica 38 de 2026 registraba 21 casos acumulados de fiebre por hantavirus, además de 18 casos de síndrome cardiopulmonar. El sistema nacional de vigilancia panameño registra por separado estas dos formas clínicas. La fiebre por hantavirus puede manifestarse sin desarrollar el cuadro pulmonar grave, mientras que el síndrome cardiopulmonar constituye la presentación más peligrosa. El informe refleja 39 registros acumulados entre ambas categorías hasta fines de septiembre.

La provincia de Los Santos ha sido una de las zonas históricamente vinculadas a la circulación del hantavirus. Las investigaciones epidemiológicas han relacionado el riesgo con la presencia de roedores en viviendas, áreas agrícolas y espacios utilizados para almacenar alimentos, especialmente cuando existen condiciones que facilitan el contacto con materiales contaminados.

El Ministerio de Salud reiteró que mantiene la vigilancia epidemiológica del caso confirmado en Guararé y pidió a la población seguir las recomendaciones preventivas. La identificación oportuna de los síntomas, especialmente cuando aparecen dificultades respiratorias, resulta fundamental para que los pacientes reciban atención médica antes de desarrollar complicaciones potencialmente mortales.

La hantavirosis es una zoonosis viral endémica de Panamá, donde se detectan casos humanos desde fines de 1999 y comienzos de 2000. El país presenta un patrón epidemiológico particular dentro de Centroamérica, con circulación del virus Choclo, asociado principalmente al síndrome cardiopulmonar por hantavirus (SCPH), una enfermedad potencialmente mortal transmitida por roedores silvestres.

La enfermedad se concentra fundamentalmente en las provincias centrales, en particular Los Santos, Herrera, Coclé y Veraguas, donde las condiciones rurales y agrícolas favorecen el contacto entre las personas y los roedores reservorios. Además del síndrome cardiopulmonar, Panamá registra casos de fiebre por hantavirus, una forma clínica que puede ser menos grave.

Los datos oficiales muestran que la hantavirosis continúa siendo un problema de salud pública en Panamá. Según el Ministerio de Salud, entre 2000 y 2025 se acumularon 450 casos y 64 defunciones, con una letalidad global notificada de 13,5%. Esta cifra histórica reúne las formas clínicas registradas por las autoridades panameñas y no debe confundirse con la letalidad exclusiva del síndrome cardiopulmonar.

El primer brote documentado de síndrome pulmonar por hantavirus en Centroamérica ocurrió en la península de Azuero, provincia de Los Santos, a fines de 1999 y comienzos de 2000. La investigación inicial identificó un hantavirus hasta entonces desconocido, al que se denominó virus Choclo, y se vinculó su circulación con roedores silvestres del género *Oligoryzomys*.

Una revisión de la vigilancia epidemiológica panameña entre 1999 y 2019 contabilizó 712 casos confirmados de enfermedad por hantavirus, incluidas las formas cardiopulmonar y febril. De ellos, 550 (77,4%) correspondieron a la provincia de Los Santos. El estudio identificó variaciones interanuales, con aumentos de casos aproximadamente cada cuatro o cinco años, asociados con la dinámica de las poblaciones de roedores y las actividades agrícolas.

El principal agente identificado en los casos humanos de Panamá es el virus Choclo, actualmente denominado *Choclo orthohantavirus*. Su reservorio principal es el ratón arrocero pigmeo costarricense, *Oligoryzomys costaricensis*, denominado también *O. fulvescens costaricensis* en parte de la bibliografía histórica. La vigilancia de la fauna silvestre ha documentado la presencia del reservorio en distintas áreas del país, especialmente en ecosistemas agrícolas de la región central occidental.

También se han identificado otros hantavirus en roedores panameños, como el virus Calabazo, asociado con *Zygodontomys brevicauda*. Sin embargo, su detección en roedores no implica que tenga la misma importancia clínica que el virus Choclo.

La transmisión a las personas se produce principalmente por inhalación de partículas contaminadas con orina, heces o saliva de roedores infectados. El riesgo aumenta cuando las actividades agrícolas, el almacenamiento de granos o la limpieza de viviendas y depósitos generan contacto con ambientes frecuentados por estos animales.

A diferencia de lo observado con el virus Andes en determinadas regiones de América del Sur, en Panamá no se ha documentado transmisión interpersonal del virus Choclo; el mecanismo epidemiológico predominante es la transmisión desde los roedores.

La vigilancia panameña distingue dos presentaciones principales. La fiebre por hantavirus puede producir fiebre, cefalea, mialgias y síntomas gastrointestinales sin evolucionar necesariamente hacia una insuficiencia respiratoria grave. El síndrome cardiopulmonar, en cambio, puede progresar desde un cuadro febril inicial hacia tos, dificultad respiratoria, edema pulmonar, hipotensión y shock.

La similitud de los síntomas iniciales con los del dengue, la influenza y otras enfermedades febriles representa un desafío diagnóstico. La sospecha debe considerar tanto la evolución clínica como la residencia o exposición en áreas endémicas y el contacto potencial con roedores.

Las medidas preventivas se orientan a reducir la presencia de roedores en viviendas, depósitos y zonas de trabajo. Se recomienda almacenar los alimentos en recipientes resistentes, eliminar malezas y residuos alrededor de las casas, ventilar los espacios cerrados durante al menos 30 minutos antes de limpiarlos y humedecer las superficies contaminadas con desinfectante antes de retirar excrementos. Debe evitarse barrer o aspirar en seco, ya que estas prácticas pueden dispersar partículas contaminadas.

En conclusión, la hantavirosis panameña constituye una zoonosis endémica focalizada, con predominio histórico en Los Santos y otras provincias centrales. El virus Choclo, su reservorio roedor y la relación con los ecosistemas agrícolas son elementos esenciales para comprender su epidemiología. La vigilancia integrada de casos humanos, roedores y condiciones ambientales resulta fundamental para anticipar los períodos de mayor transmisión y orientar las medidas de prevención.

AFGANISTÁN

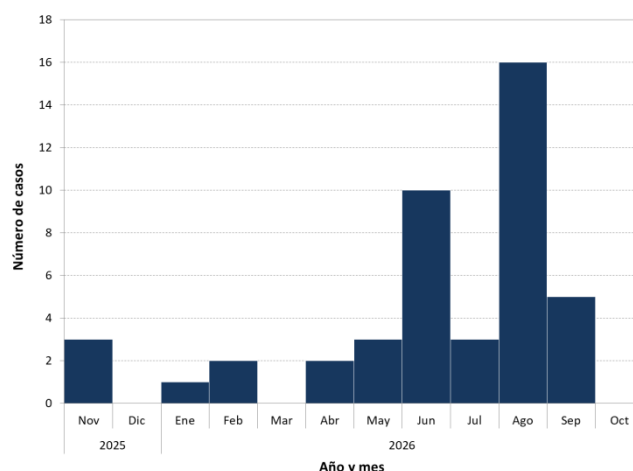


SEIS NUEVOS CASOS DE INFECCIÓN POR EL POLIOVIRUS SALVAJE TIPO 1 ELEVAN EL TOTAL ANUAL A 42 CASOS

21/10/2026

Esta semana se notificaron seis nuevos casos positivos de infección por el poliovirus salvaje tipo 1 (WPV1) en Afganistán. Los nuevos casos provienen de las provincias de Kandahar (3 casos, todos del distrito de Kandahar), Nangarhar (2 casos, de los distritos de Batikot y Goshta) y Kabul (1 caso, en el distrito de Musayi).

Las fechas de inicio de los síntomas oscilan entre el 25 de agosto y el 9 de septiembre de 2026; cabe señalar que el caso índice positivo de WPV1 en la provincia de Kabul se identificó a través de un contacto positivo. En total, se han confirmado 42 casos de infección por el WPV1 en 2026, mientras que en 2025 se habían confirmado 21 casos en Afganistán.



Casos confirmados de infección por el poliovirus salvaje tipo 1. Afganistán. De noviembre de 2025 a octubre de 2026. Fuente: Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental de la Organización Mundial de la Salud,

También se notificó esta semana una nueva muestra ambiental positiva para WPV1 en Afganistán, correspondiente al año 2026. Esta muestra procede de la provincia de Kandahar (distrito de Kandahar) y fue recolectada el 22 de septiembre de 2026. Hasta la fecha, se han notificado 93 muestras ambientales positivas para WPV1 en 2026, y 94 en 2025 en Afganistán.

Las fechas de inicio de la parálisis en los casos recientemente notificados indican una transmisión anterior a la semana actual. Su detección en tres provincias amplía la distribución geográfica de las infecciones notificadas. Los antecedentes de exposición y los hallazgos moleculares ayudarían a esclarecer las relaciones entre los casos e identificar posibles vínculos de transmisión.

La confirmación del caso de Kabul mediante un contacto positivo para el poliovirus salvaje tipo 1 (WPV1) subraya la importancia del muestreo de contactos en las investigaciones de casos de parálisis flácida aguda. La combinación de estos resultados con los hallazgos clínicos, las fechas de recolección de muestras y los antecedentes de exposición facilita la clasificación del caso y la evaluación de las posibles fuentes de infección.

Estos hallazgos se producen en medio de las dificultades para llegar a los niños mediante la vacunación puerta a puerta y la limitada participación de mujeres vacunadoras. Las campañas de vacunación domiciliar no se han implementado desde octubre de 2024, y la Organización Mundial de la Salud ha identificado deficiencias en la vacunación infantil, especialmente en los niños más pequeños. Evaluar la cobertura de vacunación por edad, ubicación y método de administración, junto con el historial de vacunación de los niños afectados, ayudaría a orientar los ajustes en las actividades de inmunización.

El número acumulado de casos de WPV1 en Afganistán en 2026 supera los totales anuales de 2024 y 2025. Los datos disponibles muestran más casos con parálisis que se manifestaron en agosto que en septiembre, aunque el total de septiembre aún está sujeto a retrasos en la notificación y confirmación. Actualizaciones adicionales ayudarían a esclarecer la tendencia reciente.



SE EXTIENDE UN BROTE DE DENGUE, QUE YA CAUSÓ 3.178 CASOS Y OCHO MUERTES EN CINCO ÁREAS SANITARIAS

20/10/2026

La epidemia de dengue que afecta a Chad continúa avanzando. Cinco zonas sanitarias del país –incluyendo las provincias de Wadi-Fira, Ouaddaï, Sila y Batha, y la ciudad de N Djaména– ya están oficialmente afectadas por la enfermedad, que se suma al brote estacional de malaria.

El dengue ya ha causado ocho muertes entre 3.178 casos sospechosos registrados, de los cuales 250 se han confirmado. Solo en la provincia de Wadi Fira se han notificado 2.472 casos sospechosos, según el informe proporcionado por Dicia Fitouin, coordinadora del Centro de Operaciones de Emergencia de Salud Pública.

Estas cifras son alarmantes porque también revelan la fragilidad del sistema sanitario chadiano ante las crisis de salud. Si bien los síntomas del dengue en sus primeras etapas se asemejan a los de la malaria, que también se propaga al final de la temporada de lluvias –dolores corporales generalizados, letargo, fatiga extrema, fiebre y fuertes dolores de cabeza–, muchos pacientes se automedican. “La gente acude directamente a las farmacias, donde se dispensan antimaláricos”, explicó el Dr. Bargo, médico de urgencias y secretario general de la Asociación para el Desarrollo de la Salud Privada en Chad.

Como resultado, los pacientes solo llegan al hospital en la etapa de complicaciones, cuando el hígado, los riñones o el corazón finalmente fallan, particularmente debido a la deshidratación aguda, lo que plantea un problema en un país que “carece de camas de cuidados intensivos”, continuó Bargo, quien dice que Chad cuenta con menos de cien de estas camas.

La epidemia ha puesto de manifiesto los problemas de suministro que afrontan los laboratorios con los kits de diagnóstico, que cada vez escasean más. “Las existencias se están agotando”, reconoció Dicia Fitouin, quien instó a la población a consultar a un médico cuanto antes y a evitar los antiinflamatorios y el agua estancada, donde se reproducen los mosquitos.

El primer caso confirmado mediante reacción en cadena de la polimerasa se identificó el 24 de julio de 2026, a partir de una muestra recogida en el campo de refugiados de Kounoungou, en el distrito de Guéréda, provincia de Wadi Fira.

Declarada oficialmente el 3 de octubre de 2026, esta epidemia de dengue es la segunda registrada en Chad, después de la de 2023.

El brote está afectando tanto a las zonas desplazadas del este de Chad como a la capital, lo que exige servicios clínicos y de vigilancia en regiones geográficamente distintas. Las ocho muertes notificadas subrayan la necesidad de reconocer a tiempo las señales de alerta, acceder a evaluaciones y cuidados paliativos, e investigar los casos graves y los fallecimientos.

Debido a que los síntomas del dengue se superponen con los de la malaria estacional, algunos pacientes se automedican con antimaláricos adquiridos en farmacias y solo buscan atención hospitalaria cuando se presentan complicaciones. Estas demoras en la evaluación clínica adecuada pueden empeorar los resultados al retrasar el diagnóstico y el tratamiento del dengue grave y sus complicaciones.

Si bien el sistema de gestión de incidentes se ha activado, el informe de situación anterior identificó deficiencias en el suministro de pruebas, la exhaustividad de los informes y los datos entomológicos.

Se ha identificado el serotipo DENV-2 en el actual brote de dengue que azota Chad, aunque aún no está claro si circulan otros serotipos. No se ha publicado un desglose de casos por serotipo.

Esta es la segunda epidemia de dengue registrada en Chad. El brote de 2023 reportó 1.342 casos sospechosos y 41 casos confirmados, con un fallecimiento hasta el 1 de octubre de 2023. El brote de 2026 tiene una cobertura geográfica documentada más amplia y un mayor número de casos reportados, aunque las diferencias en la capacidad de reporte y de pruebas pueden limitar la comparación directa de la magnitud del brote.

Entre el 8 y el 19-20 de octubre de 2026, los informes mostraron aumentos en los casos sospechosos, los casos confirmados mediante reacción en cadena de la polimerasa y las muertes. La continua expansión geográfica, nuevos aumentos en las muertes o la escasez reportada de kits de diagnóstico o capacidad de cuidados intensivos serían indicadores relevantes a monitorear.



La legionelosis es una infección causada principalmente por *Legionella pneumophila*, una bacteria que puede multiplicarse en sistemas artificiales de distribución de agua y transmitirse a las personas mediante la inhalación de aerosoles contaminados. Los sistemas de agua de los edificios pueden constituir reservorios persistentes debido a la formación de biopelículas, estructuras comunitarias adheridas a las superficies internas de las tuberías que protegen a los microorganismos y favorecen su supervivencia. El control resulta especialmente difícil cuando la bacteria coloniza de manera extensa las instalaciones y las medidas de desinfección no consiguen eliminarla.

Un reciente [artículo](#) investiga cómo una variante genética de *L. pneumophila* logró persistir durante dos décadas en el sistema de agua de un edificio y se asoció con brotes recurrentes de legionelosis. El trabajo combina análisis genómicos, transcriptómicos y estructurales de biopelículas con modelos celulares de infección para explicar las características que favorecieron el predominio de este linaje.

El estudio analizó un caso excepcional de contaminación durante aproximadamente 20 años en una residencia cerrada en España, gestionada por el Estado. A pesar de la aplicación reiterada de medidas correctivas, entre ellas la hipercloración y los tratamientos térmicos de choque, la bacteria persistió y continuaron produciéndose episodios de legionelosis. Los investigadores plantearon que la persistencia no podía explicarse únicamente por las características físicas del edificio o por las limitaciones de los procedimientos de desinfección, sino que también debía considerarse la evolución genética de las poblaciones bacterianas dentro de la propia infraestructura.

El análisis genómico permitió identificar un linaje recombinante novedoso, denominado ST3043, que llegó a representar más de 80% de la población bacteriana detectada. La reconstrucción filodinámica indicó que este linaje surgió mediante un proceso de transferencia horizontal de material genético entre dos linajes que coexistían en el sistema. El acontecimiento implicó la adquisición de un fragmento genómico de aproximadamente 225 kilobases (kb) y habría ocurrido alrededor del momento en que se puso en funcionamiento el edificio, unos 20 a 25 años antes del estudio. Los linajes parentales permanecieron en nichos ambientales minoritarios, mientras que ST3043 se expandió y pasó a dominar el sistema.

Uno de los hallazgos centrales fue la relación entre la recombinación y la regulación de procesos bacterianos vinculados con la formación de biopelículas. El fragmento adquirido modificó un nodo regulador asociado al di-GMP cíclico, una molécula señalizadora que participa en el control de la adhesión a superficies, la organización de las biopelículas y la transición entre estados de vida adheridos y dispersos. De este modo, el intercambio genético no se limitó a introducir variaciones en el genoma, sino que estuvo asociado con cambios importantes en el comportamiento de la bacteria dentro del sistema de agua.

La caracterización tridimensional de las biopelículas reveló diferencias notables entre ST3043 y sus linajes parentales. Estos últimos formaban estructuras relativamente delgadas y compactas, de aproximadamente 24 micrómetros de espesor. En cambio, ST3043 desarrollaba una arquitectura más compleja, con una fracción laxa y poco adherida de unos 90 micró-

metros que ocupaba aproximadamente 95% del volumen total de la biopelícula. Esta estructura presentaba una elevada actividad metabólica y actuaba como fuente de células bacterianas capaces de desprenderse y pasar a la fase líquida.

Este comportamiento podría favorecer la persistencia de la contaminación y la dispersión de la bacteria a través de la red de distribución. Las células que se desprenden de una biopelícula pueden alcanzar distintos sectores de las instalaciones, colonizar nuevas superficies y contribuir a mantener la presencia del microorganismo incluso después de intervenciones de desinfección. Por tanto, la organización tridimensional de la biopelícula constituiría una ventaja ecológica relevante para ST3043, al combinar la permanencia en las superficies con la liberación continua de bacterias al agua.

Los investigadores también evaluaron la capacidad de infección mediante modelos celulares humanos. Las células de ST3043 liberadas de la biopelícula mostraron una capacidad robusta de replicación intracelular en modelos de macrófagos y células epiteliales, en contraste con el comportamiento más limitado de los linajes parentales. Este resultado es importante porque *L. pneumophila* puede sobrevivir y multiplicarse dentro de células hospedadoras, incluidas células del sistema inmunitario. La combinación de una elevada abundancia ambiental, una dispersión eficiente y una mejor capacidad de replicación intracelular podría haber contribuido a la predominancia de ST3043 entre los aislados clínicos asociados con la instalación.

No obstante, estos experimentos no demuestran por sí solos que cada una de las propiedades observadas sea responsable de los brotes. Los resultados respaldan una asociación entre el linaje recombinante, sus características fenotípicas y los episodios recurrentes de legionelosis, pero la aparición de casos humanos también depende de factores como la generación de aerosoles, la exposición de las personas y su susceptibilidad individual.

En conjunto, el trabajo propone que la infraestructura de un edificio puede actuar como un entorno selectivo para la evolución bacteriana. La coexistencia de linajes, las condiciones particulares del sistema hidráulico y las presiones ambientales podrían facilitar la aparición y expansión de variantes con ventajas adaptativas. En este caso, la recombinación habría originado una combinación de rasgos que favorecieron tanto la persistencia ambiental como determinadas capacidades relacionadas con la infección humana.

Las implicaciones para la salud pública son importantes. La aplicación repetida de hipercoloración o tratamientos térmicos no garantiza la erradicación de *L. pneumophila* cuando la bacteria está establecida en biopelículas complejas. Por ello, los autores destacan la necesidad de integrar la vigilancia microbiológica con la secuenciación genómica y la caracterización fenotípica, además de evaluar las condiciones de funcionamiento y mantenimiento de las instalaciones. La identificación de linajes persistentes y de sus mecanismos de adaptación puede ayudar a diseñar estrategias de control más eficaces y a reconocer situaciones en las que el riesgo de transmisión continúa pese a las intervenciones habituales.

La principal conclusión del artículo es que la persistencia de *L. pneumophila* en sistemas de agua no debe entenderse exclusivamente como un problema de contaminación ambiental. También puede reflejar procesos evolutivos locales que generan linajes capaces de dominar el ecosistema artificial y mantener características relevantes para la infección. El caso de ST3043 demuestra la utilidad de combinar epidemiología, genómica y microbiología experimental para comprender los brotes recurrentes y mejorar la prevención de la legionelosis.

La muerte de una persona en Francia infectada por el virus Shamonda puso en alerta a los organismos europeos de salud pública. “Estamos vigilando de cerca la situación después de que las autoridades francesas hayan anunciado el primer caso registrado de infección humana por el virus Shamonda, una enfermedad que hasta ahora solo había afectado a animales”, publicó en un [comunicado](#) el Centro Europeo para el Control de Enfermedades (ECDC).



“El ECDC está en contacto con las autoridades francesas y con sus socios europeos para investigar las posibles implicaciones para la salud pública de esta primera infección humana. El caso se ha producido en un paciente que recibía tratamiento por una enfermedad grave, lo que le hacía más susceptible a la infección y a sus complicaciones que la población general”, sigue el comunicado de la agencia europea de salud pública.

“A pesar de varias décadas de circulación del virus Shamonda en África y Asia, no se había documentado ningún caso humano hasta ahora. Se trata de un caso excepcional que se produjo en un paciente gravemente inmunodeprimido, hospitalizado en los Hospices Civils de Lyon por una patología severa y que falleció a inicios de octubre. Estaba siendo tratado y sufrió complicaciones cerebrales que los médicos que le atendieron consideran que muy probablemente están relacionadas con la infección”, indicaron los ministerios de Sanidad y de Agricultura de Francia en un comunicado conjunto.

Ahora se investiga “si el virus causó o contribuyó a la muerte del paciente y cómo contrajo la infección”, según el ECDC.

El virus Shamonda fue detectado por primera vez en Nigeria a mediados de la década de 1960 y, hasta 2026, se había notificado de forma esporádica en distintas regiones de África occidental, oriental y meridional, así como en Japón.

En un comunicado, el Ministerio de Agricultura del país afirmó que “las investigaciones clínicas, biológicas y epidemiológicas siguen en curso” y aseguró que “hasta la fecha no se ha identificado ningún riesgo para la salud de la población general”. La principal hipótesis de las autoridades francesas es que el fallecido resultó infectado al ser picado “por un jején del género *Culicoides* en el este de Francia, donde se ha constatado la circulación del virus entre animales durante la primavera y el verano”, aunque no se ofrecieron más detalles.

El virus Shamonda fue detectado por primera vez en Europa el pasado verano –precisamente en Francia– y desde entonces ha sido identificado en explotaciones ganaderas de Alemania, Austria, Bélgica, España, Francia, Irlanda, Italia, Liechtenstein, Luxemburgo, Países Bajos, Portugal y Suiza, así como en Jersey. Aunque el patógeno se identificó a fines de julio, los animales ya empezaron a mostrar síntomas en junio.

Este patógeno afecta principalmente al ganado bovino, aunque también ha sido detectado en ovejas y cabras. Los animales infectados pueden presentar síntomas como fiebre, diarrea, decaimiento y disminución de la producción láctea. La transmisión entre animales se produce por las picaduras de jejenes del género *Culicoides*.

Según el ECDC, “en Europa, estos insectos picadores están generalmente más activos desde la primavera hasta el otoño, con patrones estacionales que varían según la especie, la ubicación y el clima”. Con el avance del otoño, las previsiones son que la actividad de estos insectos disminuya.

“El ECDC sigue de cerca la evolución en estrecho contacto con la Comisión Europea y la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria, que cubre la sanidad animal y la seguridad alimentaria en toda la Unión Europea”, aseguró este organismo, que añadió que la “Unión Europea cuenta con una sólida infraestructura de salud pública, que le permitirá reforzar la planificación de sus respuestas”.

Ben Brennan, del Centro de Investigación sobre Virus de la Universidad de Glasgow, calificó de “hallazgo científico importante” el diagnóstico, aunque también lanzó un mensaje tranquilizador al asegurar que es necesario “poner el caso en perspectiva”.

“Identificar un virus en un paciente severamente inmunocomprometido no significa que suponga un riesgo para el resto de la población y personas sanas. No hay evidencias de ello, aunque son necesarias más investigaciones para conocer su capacidad de infectar al ser humano”, añadió.

El tifus de los matorrales se ha extendido a 74 de los 77 distritos de Nepal. Según datos del gobierno, más de 10.000 personas se han infectado en todo el país desde enero de 2026 tras ser picadas por ácaros.

Si bien se han reportado 22 fallecimientos a la División de Epidemiología y Control de Enfermedades (EDCD) durante este período, hasta el momento solo se ha confirmado que siete de ellos fueron causados por el tifus de los matorrales. El Dr. Gokarna Dahal, jefe de la Sección de Enfermedades Transmitidas por Vectores de la EDCD, indicó que se están llevando a cabo verificaciones adicionales para determinar las causas de muerte en los 15 casos restantes.

El tifus de los matorrales es una infección que se presenta en Nepal todos los años. En años anteriores, se registraban entre 8.000 y 10.000 contagios anuales. Sin embargo, la preocupación por la enfermedad ha aumentado este año tras las muertes reportadas en Salyan.

Según la EDCD, en 2023 se registraron 9.330 casos de tifus de los matorrales, mientras que en 2024 se confirmaron 11.500 casos y en 2025 alrededor de 7.000. No se reportaron muertes en esos años.

“El tifus de los matorrales se presenta todos los años. Miles de personas se infectaron el año pasado y también el anterior. La diferencia esta vez es que se han reportado muertes en Salyan”, declaró Dahal.

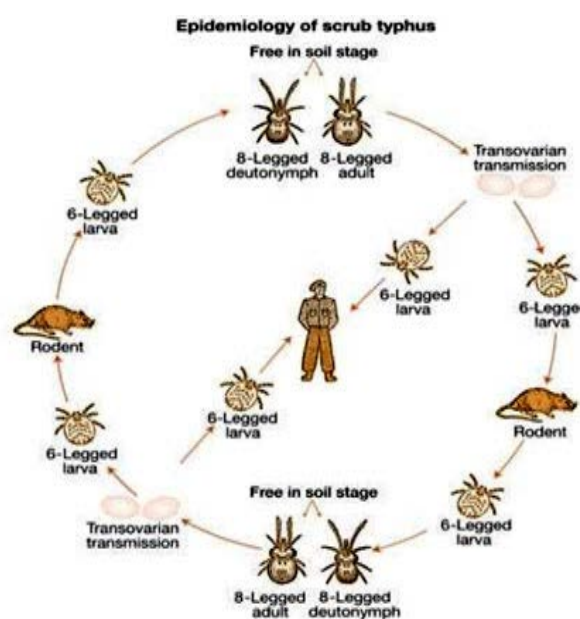
Según datos de la EDCD, la provincia de Lumbini registra el mayor número de contagios, con 2.779 casos. Asimismo, se han notificado 1.947 casos en la provincia de Sudurpaschim, 1.864 en Gandaki, 1.226 en Bagmati, 1.132 en Koshi, 729 en Karnali y 246 en Madhesh.

Se han notificado casos de la enfermedad con mayor frecuencia en distritos como Dang, Salyan, Bajhang, Syangja, Bardiya, Palpa y Sankhuwasabha.

La situación en Salyan

Un hombre de 62 años falleció mientras recibía tratamiento a causa del tifus de los matorrales en Nepalgunj, elevando a diez el número de muertos por esta enfermedad en Salyan, según informó la Oficina de Servicios de Salud del distrito.

Salyan registró 817 contagios hasta el momento. Darma reportó el mayor número, con 281 casos, seguido por el municipio de Bagchaur (247) y el municipio rural de Kumakh (82).



El municipio rural de Kapurkot ha reportado 69 casos, el Hospital del Distrito de Salyan 66, el municipio rural de Chhatreshwari 51, el municipio de Bangad Kupinde 11, el municipio rural de Triveni seis, el municipio rural de Siddha Kumakh tres y el municipio rural de Kalimati dos.



El retraso en el tratamiento

Dahal afirmó que un estudio preliminar de las muertes reportadas en Salyan indicaba que la demora en la búsqueda de atención médica fue uno de los principales factores contribuyentes.

“Tras realizar un estudio a nivel central, se constató que los pacientes fallecieron por no llegar al hospital a tiempo”, declaró Dahal. “Incluso después de tener fiebre, algunas personas se quedan en casa tomando paracetamol y retrasan su visita a un centro de salud”.

Según Dahal, los medicamentos necesarios para tratar el tifus de los matorrales están disponibles de forma gratuita en los centros de salud durante todo el año. Los pacientes pueden recuperarse si reciben tratamiento a tiempo.

Si el tifus de los matorrales no se trata a tiempo, puede provocar disfunción multiorgánica, en la que varios órganos del cuerpo empiezan a fallar simultáneamente. El paciente puede entonces necesitar cuidados intensivos y aumenta el riesgo de muerte.

“Si una persona acude a un centro de salud para hacerse un chequeo en cuanto le da fiebre, tiene acceso a los medicamentos y puede recibir tratamiento”, explicó. “Pero si se retrasa el tratamiento, la infección puede haber afectado ya a otros órganos y pueden seguir desarrollándose complicaciones”.

Según Dahal, hasta el momento se han reportado más de 20 muertes a la EDCCD, pero la verificación de los casos aún está en curso. Aclaró que las muertes causadas por el tifus de los matorrales se verifican examinando los certificados de defunción y los historiales de tratamiento, y consultando con los médicos implicados.

“En algunos casos, la causa principal de la muerte puede ser otra. Al informar sobre el fallecimiento, simplemente se mencionó como tifus de los matorrales”, explicó. “Por lo tanto, revisamos el certificado de defunción y los historiales médicos, y consultamos con los médicos antes de clasificar un caso como una muerte verificada”.

Aumento de las infecciones después del monzón

El tifus de los matorrales es una enfermedad infecciosa que se transmite a los humanos a través de la picadura de un ácaro. Es causada por la bacteria *Orientia tsutsugamushi*. Los ácaros se encuentran comúnmente en arbustos, tierras de cultivo, bosques, zonas de pastizales y áreas con vegetación densa alrededor de las viviendas.

Según Dahal, las ratas son el principal reservorio de la infección. Los ácaros que entran en contacto con ratas infectadas se contagian, y la bacteria ingresa al cuerpo humano cuando un ácaro infectado pica a una persona.

En Nepal, el tifus de los matorrales es la segunda enfermedad transmitida por vectores más frecuente, después del dengue. Esta enfermedad comenzó a recibir atención en Nepal tras el terremoto de 2015.

El riesgo es mayor en zonas cercanas a bosques, matorrales y pastizales. Según Dahal, el aumento de la humedad tras el monzón, el crecimiento de la vegetación y el mayor contacto humano con bosques, matorrales y tierras de cultivo crean condiciones favorables para que los ácaros se vuelvan más activos.

El riesgo de infección también puede aumentar durante este período debido a que las personas cosechan maíz y otros cultivos agrícolas, lo que las pone en mayor contacto con los ácaros.

“Durante esta época del año, la humedad y la temperatura son favorables para el desarrollo de los ácaros. Además, las personas tienen mayor contacto con pastos, tierras de cultivo y bosques”, explicó. “La actividad de las ratas también aumenta, lo que contribuye al mayor número de infecciones”.

Acudir a los centros de salud si se presenta fiebre

La EDCC instó a las personas que desarrollen fiebre a acudir inmediatamente a un centro de salud para ser examinadas, en lugar de quedarse en casa y automedicarse.

Dahal afirmó que es fundamental una mayor concienciación pública, especialmente a nivel local, debido a los casos de infección y fallecimientos registrados en Salyan. Si bien los kits de prueba para el diagnóstico del tifus de los matorrales presentan algunas limitaciones, recalcó que la evaluación clínica y el tratamiento oportuno son cruciales.

“Ningún kit de prueba es 100% preciso. A veces, un resultado positivo puede ocurrir incluso cuando la fiebre se debe a otra causa”, afirmó. “Sin embargo, si los médicos pueden evaluar la condición del paciente y comenzar el tratamiento a tiempo, se pueden prevenir muertes”.

Según la EDCC, si bien el tifus de los matorrales se presenta durante todo el año en Nepal, las infecciones tienden a aumentar después del monzón. La detección de casos en 74 distritos indica que la enfermedad ya no se limita a una zona geográfica específica, aunque se notifica con mayor frecuencia en zonas rurales y montañosas.

El tifus de los matorrales se ha convertido en un problema importante de salud pública en Nepal. Es una enfermedad infecciosa potencialmente grave, causada por la bacteria *Orientia tsutsugamushi* y transmitida por la picadura de ácaros trombicúlidos infectados, especialmente durante su fase larvaria. En los últimos años, los casos notificados han aumentado y la infección se ha extendido a gran parte del territorio nepalí, aunque con una distribución nacional desigual, con una concentración importante en el oeste del país.

El agente causal se transmite por la picadura de larvas de ácaros infectados, conocidas en inglés como *chiggers*. Estos artrópodos se encuentran en ambientes con vegetación, matorrales y suelos donde viven sus hospedadores animales. La enfermedad no suele transmitirse directamente de una persona a otra.

La infección suele comenzar con fiebre, cefalea intensa, escalofríos, dolores musculares y cansancio. También pueden aparecer náuseas, vómitos, dolor abdominal y diarrea. Una lesión característica es la escara de inoculación, una úlcera pequeña con una costra oscura en el sitio de la picadura; sin embargo, su ausencia no descarta el diagnóstico.

Un estudio publicado en agosto de 2026, basado en 77 pacientes de Nepal con diagnóstico serológico, encontró fiebre en el 80,5%, escalofríos en el 74% y cefalea en el 66,2%. La escara se identificó únicamente en 16,9%, lo que destaca la importancia de no depender de ese signo clínico para reconocer la infección. El estudio también detectó ADN de *Orientia tsutsugamushi* mediante reacción en cadena de la polimerasa en 10 de 77 muestras analizadas.

Sin tratamiento oportuno, el tifus de los matorrales puede provocar neumonía, insuficiencia renal, compromiso respiratorio, encefalitis y disfunción multiorgánica. El diagnóstico temprano es especialmente importante porque los síntomas iniciales pueden confundirse con dengue, malaria, fiebre tifoidea y otras infecciones febriles frecuentes en Nepal.

La prevención se centra en reducir la exposición a los ácaros: utilizar ropa de manga larga y pantalones largos al trabajar en campos o zonas con vegetación, usar repelentes adecuados, llevar calzado cerrado y lavar la ropa después de las actividades al aire libre. También es importante mantener los entornos limpios y reducir las condiciones que favorecen la presencia de roedores y otros hospedadores.

El Gobierno de Nepal publicó el 28 de septiembre de 2026 una nueva guía nacional para el diagnóstico, tratamiento y prevención del tifus de los matorrales, señal de la relevancia que ha adquirido la enfermedad para las autoridades sanitarias.

20/10/2026

Nigeria confirmó un caso importado de ébola por el virus Bundibugyo en el Territorio de la Capital Federal (FCT), convirtiéndose en el quinto país en detectar el virus desde que se declaró un brote de la enfermedad en la República Democrática del Congo el 15 de mayo de 2026.

Según el Ministerio Federal de Salud y Bienestar Social, la paciente es una mujer que viajó recientemente a Uganda. Sus síntomas comenzaron el 7 de octubre, cuatro días después de su llegada a Nigeria, y acudió a un centro de salud privado en Abuja el 11 de octubre. El 20 de octubre, las pruebas de laboratorio confirmaron la presencia del virus Bundibugyo. Actualmente se encuentra aislada y recibe atención médica. Se están llevando a cabo investigaciones para determinar la posible fuente de la infección y reconstruir su historial completo de viajes y exposición.

Hasta el momento, el ministerio informó que se han identificado 44 contactos, a quienes se les está dando seguimiento mientras se intensifican los esfuerzos para localizar a otras personas que pudieran haber estado expuestas. Se están reforzando las medidas de prevención y control de infecciones en el centro de salud privado donde la paciente recibió atención médica.

El Centro Nigeriano para el Control y la Prevención de Enfermedades activó su sistema de gestión de incidentes para coordinar la respuesta. La identificación rápida de casos, el seguimiento oportuno de los contactos y la prevención y el control eficaces de la infección son fundamentales para contener la propagación del virus.

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus socios están trabajando estrechamente con las autoridades sanitarias para reforzar las medidas de control, incluida la investigación de casos, el rastreo de contactos, la prevención y el control de infecciones, y el suministro de insumos esenciales, incluido el equipo de protección personal para los trabajadores de la salud.

La OMS instó a todos los países de la región a mantener un alto nivel de preparación ante la continua evolución del brote en la República Democrática del Congo. Kenya notificó nueve casos vinculados a un caso importado en las últimas semanas. Los países deben mantener una vigilancia epidemiológica rigurosa y una investigación de alertas rápida, garantizar que los laboratorios puedan realizar pruebas seguras a los casos sospechosos, mantener equipos clínicos y de respuesta rápida listos para su activación inmediata, reforzar la prevención y el control de infecciones tanto en los centros de salud públicos como privados, y preposicionar suministros esenciales, al tiempo que colaboran activamente con las comunidades. Asimismo, deben intensificar la vigilancia en los puntos de ingreso, con planes de respuesta establecidos. La preparación sostenida es fundamental para detectar casos precozmente, prevenir la transmisión y proteger al personal sanitario y a las comunidades.

La OMS desaconseja cualquier restricción de viajes o comercio con los países afectados y continúa supervisando de cerca y, cuando sea necesario, verificando las medidas de viaje y comercio relacionadas con este evento. La evaluación de riesgos de la OMS se revisa periódicamente para incorporar los últimos acontecimientos relacionados con este evento.

“La información es importante. Estar informado es parte de la prevención”, afirmó Cosmas Sandani Lasuba, un refugiado sursudanés que vive en el campamento de Méri, en la zona sanitaria de Aba, a unos 18 kilómetros de la frontera entre la República Democrática del Congo y Sudán del Sur. Como presidente de los refugiados sursudaneses asentados en este lugar, Cosmas sigue de cerca una sesión informativa sobre la enfermedad del ébola por el virus Bundibugyo. Su labor consiste en concienciar a sus compañeros sobre las medidas preventivas.



“La gente debe lavarse las manos y respetar el distanciamiento físico. Creo que esto es fundamental para evitar contagiarse el ébola”, explicó. Al igual que Cosmas, más de 26.000 refugiados sursudaneses viven en la zona sanitaria de Aba. Situada a unos 436 km de Isiro, la capital de la provincia de Haut-Uélé, Aba es un punto estratégico de vigilancia en la frontera con Sudán del Sur. La proximidad de las comunidades, los movimientos transfronterizos y los flujos de refugiados exigen una vigilancia constante en ambos lados.

Estos movimientos de población son motivo de gran preocupación, ya que el brote de ébola ha afectado a varias zonas sanitarias de Haut-Uélé. Al 17 de octubre de 2026, la provincia había registrado 408 casos confirmados y 176 fallecimientos, con siete de sus 13 zonas sanitarias afectadas. Aba no ha notificado ningún caso, pero su ubicación geográfica y los frecuentes movimientos transfronterizos la convierten en una zona de alto riesgo.

Para reducir este riesgo, las autoridades sanitarias de la República Democrática del Congo y Sudán del Sur, con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), están reforzando la vigilancia y la coordinación transfronterizas para detectar rápidamente las alertas y evitar que el virus se propague más allá de la frontera.

Para el Dr. Simon Sebit Yatoma, Director Médico del Condado de Yei River en Sudán del Sur, el desafío radica en la anticipación: “El ébola está presente en la República Democrática del Congo, y la República Democrática del Congo está cerca de Yei. Por eso estamos trabajando juntos para que, si se presenta un caso, podamos responder de forma conjunta y rápida. Como saben, los virus no conocen fronteras, y solo nuestra solidaridad puede ayudarnos a vencerlos”.

Funcionarios de salud de ambos países se reunieron en Aba para definir mecanismos comunes de vigilancia y respuesta. El resultado de la reunión fue una hoja de ruta que abarca el intercambio de información, la vigilancia epidemiológica, las investigaciones conjuntas y la comunicación de riesgos.

“Dado el gran movimiento de personas entre Aba y la zona sanitaria de Yei, esta fue una oportunidad para intercambiar información y establecer mecanismos conjuntos que nos permitan combatir eficazmente la propagación de esta epidemia”, explicó el Dr. Patrick Banza Piongo, jefe de la División Provincial de Salud de Haut-Uélé. “Hemos establecido un calendario sema-

nal para compartir información sobre comunicación y vigilancia epidemiológica. Trabajaremos juntos de forma coordinada para llevar a cabo esta lucha de manera conjunta”.

En los puntos de ingreso, el sistema se basa en el lavado de manos, la toma de temperatura y la recopilación de información para identificar rápidamente a los viajeros con síntomas sospechosos. Un espacio de aislamiento temporal permite mantener a los casos sospechosos hasta que un equipo de respuesta rápida intervenga para realizar las investigaciones, tomar muestras y brindar atención médica.

En Aba, cinco de los once puntos de ingreso y control propuestos ya están operativos. Sin embargo, persisten los desafíos: la zona sanitaria sufre escasez de equipos de protección personal, capacidad de aislamiento insuficiente y la ausencia de una ambulancia para el traslado de casos sospechosos. El Ministerio de Salud, con el apoyo de sus socios, está realizando evaluaciones para subsanar estas deficiencias lo antes posible.

Para la OMS, esta cooperación local debe garantizar que las comunidades que viven a ambos lados de la frontera se benefician de una respuesta coordinada.

“Nuestra prioridad es fortalecer las capacidades de los países vecinos para que puedan detectar rápidamente las alertas, confirmar los casos sospechosos y garantizar la atención a los pacientes. Esto es fundamental para reducir el riesgo de que el ébola se propague más allá de las fronteras”, subrayó la Dra. Marie Roseline Bélizaire, Directora Regional de Emergencias de la OMS para África.

La OMS también apoya el fortalecimiento de capacidades en Sudán del Sur y otros países vecinos con riesgo de importar el virus. Este apoyo incluye la evaluación de las capacidades existentes, el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, la capacitación en rastreo de contactos e investigaciones, la mejora de las capacidades de detección y confirmación de laboratorios, la preparación de centros de tratamiento y la capacitación de profesionales de la salud involucrados en todas estas actividades. Tanto en Aba como en Yei, esta cooperación también prevé investigaciones conjuntas, rastreo de contactos y mensajes de concientización armonizados para las comunidades.

En Méri, el fortalecimiento de la vigilancia y la prevención afecta directamente a los miles de refugiados que viven cerca de la frontera. En este contexto de brote de ébola, Cosmas agradece la atención que se les presta: “Agradecemos el compromiso de las autoridades y los socios que se preocupan por nuestra salud y actúan para proteger a nuestra comunidad del ébola”, concluyó.



SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL CÓLERA

20/10/2026

A fecha 5 de octubre de 2026, Zambia había notificado un total acumulado de 573 casos de cólera, incluidos 115 confirmados por laboratorio, distribuidos en 12 distritos de cinco provincias.

El distrito de Lusaka sigue siendo el principal foco, con 267 casos acumulados (47% del total notificado), incluidos 26 casos nuevos registrados durante el periodo analizado. Estos nuevos casos se concentraron en los subdistritos de Mandevu y Matero. El distrito de Chibombo es el segundo más afectado, con 186 casos acumulados; en las áreas de influencia de los centros de salud de Mwanjuni y Kayosha se sigue observando transmisión. En conjunto, Lusaka y Chibombo representan 79% de todos los casos notificados a nivel nacional.

La transmisión se ha extendido geográficamente: el distrito de Nchelenge, en la provincia de Luapula, notificó cuatro casos nuevos, uno de ellos confirmado por laboratorio y procedente del campamento pesquero de la isla de Chisenga. La provincia de Luapula registró 24 casos nuevos repartidos entre los distritos de Chiengi, Mwansabombwe, Mwense y Nchelenge. Asimismo, se notificaron casos adicionales en los distritos de Nsama y Mpulungu (Northern Province) y en los distritos de Chikankata y Monze (Southern Province).

La tendencia de la epidemia muestra una clara aceleración en la transmisión desde fines de septiembre de 2026. La media móvil de siete días pasó de aproximadamente 12 casos diarios –hace 12 días– a 39 casos diarios a fecha 5 de octubre, lo que supone un aumento superior al triple. Las notificaciones diarias se han mantenido elevadas; Lusaka aporta la mayor proporción de casos nuevos, y en la mayoría de los distritos afectados se siguen registrando casos en un plazo de tres días tras la notificación anterior. Este patrón indica una transmisión sostenida y cada vez más generalizada, en lugar de un incremento puntual o de corta duración en las notificaciones.

La vigilancia de laboratorio ha confirmado 10 casos nuevos, lo que eleva el total acumulado de casos confirmados por laboratorio a 115, con una tasa global de positividad en las pruebas del 71% (115/163).

Acciones de salud pública

- La vigilancia se ha reforzado mediante un seguimiento continuo, la notificación diaria de “cero casos” en los distritos sin casos, una aplicación más rigurosa de las definiciones de caso de cólera tanto en los centros sanitarios como a nivel comunitario, y una mayor preparación en los distritos vecinos con riesgo de propagación.
- Se está fortaleciendo la vigilancia y el cribado transfronterizos con la República Democrática del Congo, además de mejorar el registro de los antecedentes de viaje y el intercambio de información en los puntos de ingreso pertinentes.
- Se están ampliando las intervenciones de manejo de casos en las zonas de alta transmisión; esto incluye medidas específicas en las áreas afectadas de Chibombo y un aumento de la capacidad de atención en el Centro de Tratamiento del Cólera de Shifwankula. Asi-

mismo, se está dando prioridad al abastecimiento de insumos para el tratamiento y al incremento de la capacidad operativa en los centros de tratamiento del cólera.

- Las actividades relacionadas con el agua, el saneamiento y la higiene comprenden el control de la calidad del agua, la identificación de zonas que requieren agua segura, la cloración y el suministro de cloro líquido. En Nsama, está previsto realizar un nuevo control de los niveles de cloro residual, tras haberse detectado concentraciones insuficientes en 18 de los 30 hogares analizados.
- Se están intensificando las actividades de comunicación de riesgos y participación comunitaria con el fin de fomentar la búsqueda temprana de atención médica y reducir la mortalidad a nivel comunitario. Las labores de respuesta de laboratorio incluyen la adquisición de reactivos para la detección del cólera, la secuenciación genómica y el análisis de la resistencia a los antimicrobianos.
- La OMS está prestando apoyo al Gobierno mediante el almacenamiento preventivo de suministros logísticos, la adquisición de vacunas anticoléricas orales, el análisis estadístico y el intercambio de información, así como el fortalecimiento de la capacidad de respuesta mediante la capacitación intensiva de equipos de respuesta a emergencias en el marco de la iniciativa AVoHC-SURGE (Cuerpo Africano de Voluntarios de la Salud - Fortalecimiento y utilización de grupos de respuesta ante emergencias).

Interpretación de la situación

Zambia atraviesa un brote de cólera cada vez más intenso, caracterizado por una mayor transmisión y una expansión geográfica que abarca cinco provincias. El aumento de más del triple en la media móvil de siete días –pasando de aproximadamente 12 a 39 casos diarios en un periodo de 12 días de notificación–, sumado a la constante aparición de casos en la mayoría de los distritos afectados, indica que la transmisión sigue en una fase de crecimiento activo. Lusaka y Chibombo concentran la mayor parte de los casos notificados, lo que permite focalizar los recursos de respuesta en estas zonas de alta transmisión, sin descuidar la vigilancia en los distritos recientemente afectados.

Resulta preocupante la elevada proporción de fallecimientos en la comunidad: 73% de las muertes se produjeron antes de que los pacientes llegaran a los centros sanitarios, lo que sugiere retrasos tanto en la búsqueda de atención médica como en la derivación de los pacientes.

La persistente dependencia de pozos poco profundos, el acceso limitado a agua potable, el abastecimiento insuficiente en algunos puntos de rehidratación oral y las limitaciones operativas podrían obstaculizar aún más el control del brote.

La intensificación de las intervenciones de agua, saneamiento e higiene, la búsqueda temprana de atención médica, el manejo oportuno de los casos y el fortalecimiento de la vigilancia comunitaria resultan fundamentales para reducir la transmisión y la mortalidad.



CURSO
2ª EDICIÓN

Actualización en abordaje clínico de dengue



INICIO
22 de septiembre



MODALIDAD
Virtual autoadministrada



DURACIÓN
30 horas



Ministerio de Salud
República Argentina

[Ver programa](#)

Para la inscripción, seguir estos pasos: 

1.- Crea tu cuenta en la [Plataforma Virtual de Salud \(PVS\)](#)

 [Tutorial](#)

(Si ya tienes usuario, no crees uno nuevo, usa la opción "¿Olvidó su contraseña?").

2.- Matricúlate en el curso

[Ingresa al aula](#)

🔑 Usa la clave: AACDPS2

 [Tutorial](#)

3.- ¡Comienza a cursar!

 [Tutorial de cómo navegar por el aula](#)

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