

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de la encefalitis equina del Oeste

AMÉRICA

- La OPS instó a adoptar tecnologías y tratamientos innovadores para eliminar la tuberculosis
- Situación epidemiológica del dengue
- Estados Unidos: La inexperiencia en el diagnóstico de la sífilis colabora con el aumento en las tasas

- Estados Unidos: Alerta por el aumento de casos de enfermedad meningocócica invasiva del serogrupo Y

- México: Alerta por 81 casos de parálisis flácida aguda y cuatro defunciones en Tlaxcala

- Panamá: Primer caso de hantavirrosis del año en Los Santos

- Perú: Pico histórico de casos de dengue en Lima

EL MUNDO

- España: Detección de un poliovirus vacunal en Catalunya

- Filipinas: En lo que va del año se registraron 568 casos de tos convulsa, con 40 muertes

- Laos: Se extiende un brote de carbunco en Champassak

- Palestina: El bloqueo de la ayuda a Gaza es una “sentencia de muerte” para miles de personas

- Polonia: Aumentaron los casos de encefalitis transmitida por garrapatas en los últimos años

- Rusia: En 2023, 466 personas contrajeron difilobotrosis en el territorio de Krasnoyarsk

Comité Editorial

Editor Honorario ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021)

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

Editor en Jefe

ÍLIDE SELENE DE LISA

Editores adjuntos

RUTH BRITO
ENRIQUE FARÍAS

Editores Asociados

ISSN 2796-7050

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

Patrocinadores

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

CSL Seqirus
WWW.SEQIRUS.COM.AR

Adherentes



SLAMVI
Sociedad Latinoamericana
de Medicina del Viajero



GEMICOMED
seimc.org

**Comité Nacional
de Infectología
SAP**



*Sociedad Argentina de
Infectología Politécnica*

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

© Copyright 2020 - ISSN 2796-7050 - [recfot](http://recfot.com) - All Rights Reserved

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

Situación epidemiológica en animales

Desde la alerta emitida el 25 de noviembre de 2023 y hasta el 14 de marzo de 2024, el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) ha confirmado un total de 1.472 brotes de encefalitis equina del Oeste¹ en equinos en 17 provincias.

Provincia/Región	Positivo por laboratorio	Positivo por criterio C.E	Pendiente	Epizootia descartada	Negativo por laboratorio	Total positivos	Total general
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	—	—	—	—	—	—	—
Buenos Aires	14	825	3	2	4	839	848
Córdoba	2	170	7	2	4	172	185
Entre Ríos	4	75	—	—	2	79	81
Santa Fe	3	180	29	—	3	183	215
Centro	23	1.250	39	4	13	1.273	1.329
Mendoza	5	3	—	—	2	8	10
San Juan	—	—	1	—	1	—	2
San Luis	1	4	—	1	1	5	7
Cuyo	6	7	1	1	4	13	19
Chaco	1	22	2	2	—	23	27
Corrientes	3	49	5	—	5	52	62
Formosa	1	14	—	—	2	15	17
Misiones	—	—	—	—	2	—	2
Noreste Argentino	5	85	7	2	9	90	108
Catamarca	1	—	—	—	2	1	3
Jujuy	—	—	—	1	2	—	3
La Rioja	3	1	—	—	1	4	5
Salta	1	2	—	—	1	3	4
Santiago del Estero	1	8	—	1	1	9	11
Tucumán	—	—	10	3	4	—	17
Noroeste Argentino	6	11	10	5	11	17	43
Chubut	1	—	—	—	—	1	1
La Pampa	3	38	1	—	2	41	44
Neuquén	1	1	—	1	1	2	4
Río Negro	2	33	—	—	—	35	35
Santa Cruz	—	—	—	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—	—	—	—
Sur	7	72	1	1	3	79	84
Total Argentina	47	1.425	58	13	40	1.472	1.583

Casos de encefalitis equina del Oeste en equinos, según jurisdicción. Argentina. Datos al 26 de marzo de 2024.
Fuente: Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria.

El 24 de enero se estableció la [vacunación obligatoria](#) en todo el territorio contra las encefalomiELITIS equinas del Este y del Oeste para todos los équidos que tengan al menos dos meses de vida, en el marco de la emergencia sanitaria por la enfermedad establecida mediante la Resolución 1219/2023.

¹ Un brote puede involucrar a uno o más animales afectados.

La detección de casos en equinos tuvo su pico en la semana epidemiológica (SE) 49 de 2023, llegando a los 481 casos y ha disminuido a menos de 30 casos semanales a partir de la SE 52, sosteniéndose en descenso hasta la SE 6 de 2024, registrándose casos esporádicos desde entonces.

Situación epidemiológica en humanos

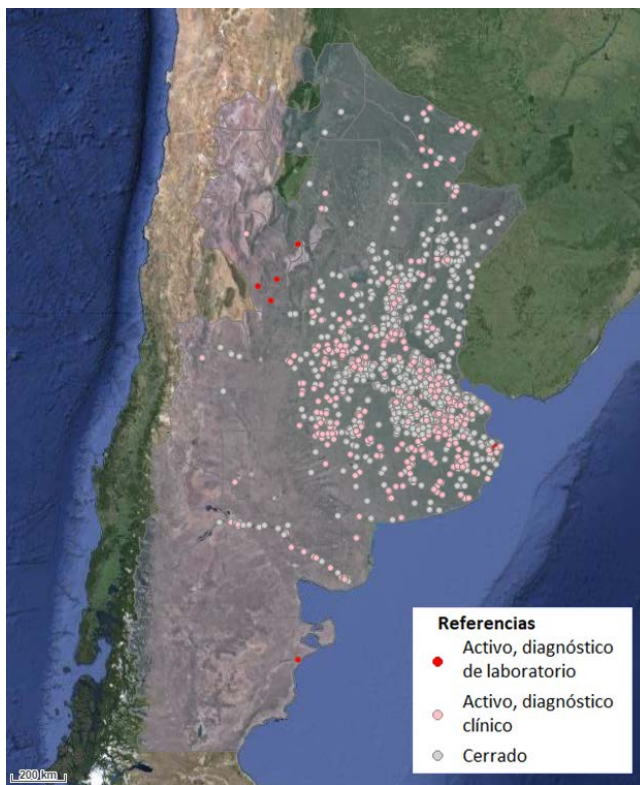
Desde el inicio de la vigilancia epidemiológica en la SE 48 de 2023, hasta el 26 de marzo de 2024 (SE 13) se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}) 465 casos sospechosos en 17 provincias; se confirmaron hasta el momento 98 casos, 24 han sido clasificados como probables y 71 han sido descartados.

Se han registrado hasta el momento casos confirmados y/o probables entre la SE 46 de 2023 y la SE 12 de 2024. En las últimas dos SE se registran, por el momento, casos sospechosos que se encuentran aún en estudio. El mayor número de casos positivos se registró entre la SE 51 de 2023 y la SE 5 de 2024.

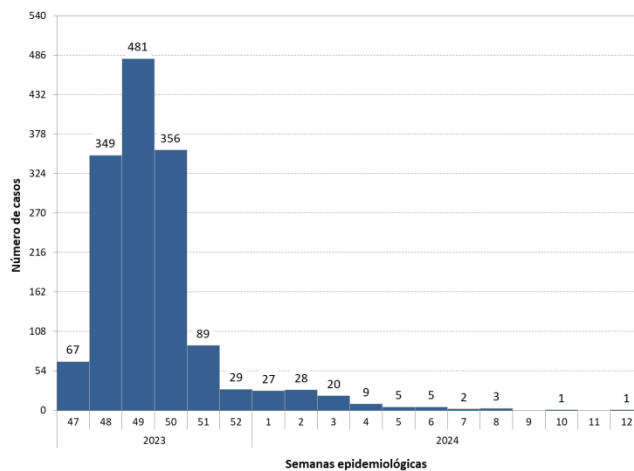
Los casos confirmados se identificaron en ocho jurisdicciones: Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2 casos) y las provincias de Buenos Aires (57), Santa Fe (20), Córdoba (10), Entre Ríos (6), La Pampa (1) Río Negro (1) y Santiago del Estero (1).

Los últimos casos confirmados según fecha de inicio de los síntomas corresponden a pacientes con residencia o estadía en la provincia de Río Negro (departamento Adolfo Alsina) y sur de la provincia de Buenos Aires (departamento Bahía Blanca, Patagones y San Isidro, con antecedentes de viaje al partido de Tres Arroyos). Esta información, junto a los últimos casos equinos detectados en Chubut y Río Negro, evidencia un desplazamiento de la circulación viral hacia el sudeste.

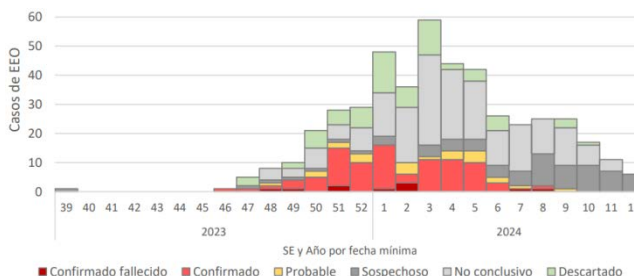
Se identificaron casos confirmados en todos los grupos etarios, con una mediana de edad de 57,5 años (rango de 4 meses a 81 años); el 59% de los casos se acumula en los grupos etarios de 50 a 69 años. Hasta el momento, 87% corresponde a personas de sexo masculino y 13% al sexo femenino.



Brotes de encefalitis equina del Oeste en equinos. Argentina. Datos al 31 de marzo de 2024. Fuente: Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria.



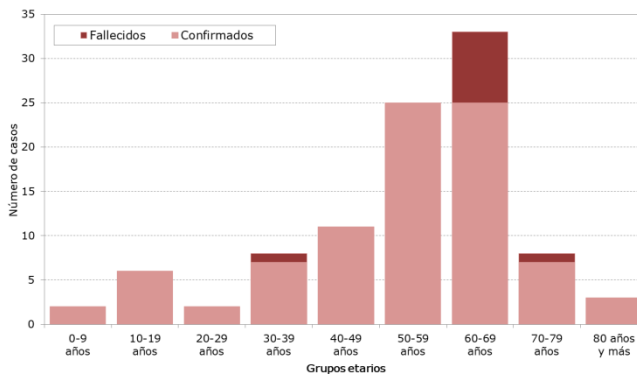
Casos positivos por laboratorio y clínica de encefalitis equina del Oeste en equinos. Argentina. De semana epidemiológica 47 de 2023 a 12 de 2024. Fuente: Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria.



Casos de encefalitis equina del Oeste en humanos, según clasificación. Argentina. De semana epidemiológica 39 de 2023 a 12 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Entre los casos confirmados, se registran hasta la fecha 10 fallecidos, en las provincias de Buenos Aires (5), Santa Fe (2), Córdoba (1), Entre Ríos (1) y Río Negro.

Siete de los 10 fallecidos consignaron haber vivido, trabajado o visitado una zona rural o semirural; los tres restantes se encuentran en investigación. Siete de los diez fallecidos consignaron antecedentes de enfermedad previa o condición de riesgo (diabetes, enfermedad oncológica, hipertensión arterial, entre otras). Los casos fallecidos se dieron en personas de entre 36 y 74 años, ocho de sexo masculino y dos de sexo femenino.



Casos de encefalitis equina del Oeste en humanos, según grupos etarios. De semana epidemiológica 39 de 2023 a 12 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Los casos fallecidos se dieron en personas de entre 36 y 74 años, ocho de sexo masculino y dos de sexo femenino.

Provincia/Región	Confirmado	Probable	Sospechoso	Sospechoso no conclusivo	Descartado	Total
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	2	—	1	4	—	7
Buenos Aires	57	21	38	116	34	266
Córdoba	10	—	1	15	3	29
Entre Ríos	6	—	5	6	7	24
Santa Fe	20	2	16	48	11	97
Centro	95	23	61	189	55	423
Mendoza	—	—	—	3	4	7
San Juan	—	—	1	1	1	3
San Luis	—	—	1	—	—	1
Cuyo	—	—	2	4	5	11
Chaco	—	—	—	2	1	3
Corrientes	—	—	—	4	—	4
Formosa	—	—	—	—	1	1
Noreste Argentino	—	—	—	6	2	8
Salta	—	—	—	—	1	1
Santiago del Estero	1	—	1	—	3	5
Tucumán	—	—	—	—	1	1
Noroeste Argentino	1	—	1	—	5	7
La Pampa	1	—	—	1	2	4
Neuquén	—	—	—	—	1	1
Río Negro	1	1	—	—	1	3
Sur	2	1	—	1	4	8
Total Argentina	98	24	64	200	71	457

Casos de encefalitis equina del Oeste en humanos, según jurisdicción. Argentina. De semana epidemiológica 48 de 2023 a 12 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



LA OPS INSTÓ A ADOPTAR TECNOLOGÍAS Y TRATAMIENTOS INNOVADORES PARA ELIMINAR LA TUBERCULOSIS

22/03/2024

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) hizo un llamado a intensificar la lucha contra la tuberculosis. Esta enfermedad prevenible y curable es la principal causa de muerte por un solo agente infeccioso a nivel mundial, siendo superada únicamente por la covid.

En las Américas, alrededor de 325.000 personas enfermaron por tuberculosis en 2023 y 35.000 fallecieron a causa de esta enfermedad, según el [*Informe mundial sobre tuberculosis - 2023*](#) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estas cifras representan un aumento de 14% y 41%, respectivamente, en comparación con 2015, un incremento exacerbado por la pandemia. Además, se estima que 83.000 personas no fueron diagnosticadas ni tratadas.



“Es hora de redoblar nuestros esfuerzos y trabajar hacia un futuro en el que la tuberculosis ya no sea una amenaza para la salud pública”, afirmó el Dr. Jarbas Barbosa da Silva Júnior, director de la OPS. “Los países de las Américas se han comprometido con la eliminación de la tuberculosis, y tenemos nuevas tecnologías y estrategias que nos acercan a hacer realidad esta visión”, subrayó.

Entre los avances que pueden ayudar a los países a eliminar la tuberculosis para 2030, Barbosa da Silva Júnior destacó los equipos de radiografía asistidos por inteligencia artificial para la búsqueda activa de la tuberculosis en la comunidad, las pruebas moleculares rápidas para detectar la enfermedad en el primer nivel de atención y los tratamientos totalmente orales y más cortos.

Además, el director de la OPS subrayó la importancia de intensificar la inversión, la colaboración multisectorial y la adopción de las últimas recomendaciones de la OMS para revertir la tendencia al aumento de los casos de tuberculosis.

La carga de esta enfermedad varía sustancialmente entre los países de la región. En 2022, mientras tres países registraron una alta incidencia de tuberculosis, con más de 100 casos cada 100.000 habitantes, 14 países y territorios lograron reducir la incidencia a niveles bajos, especialmente en la región del Caribe, y algunos están próximos al umbral de eliminación de la enfermedad.

”A pesar del fuerte impacto de la pandemia y de la gran heterogeneidad en la incidencia de la tuberculosis, las Américas se encuentran en una posición única para convertirse en la primera región del mundo en eliminar la tuberculosis”, afirmó el Dr. Sylvain Aldighieri, director del Departamento de Prevención, Control y Eliminación de Enfermedades Transmisibles de la OPS. Destacó que la [Iniciativa para la Eliminación de Enfermedades](#) de la Organización, que fue relanzada en septiembre de 2023 y aborda la tuberculosis, es fundamental para alcanzar ese objetivo.



La OPS trabaja en colaboración con los países de las Américas para acabar con la tuberculosis y garantizar el acceso equitativo a los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento.

Con el fin de marcar el Día Mundial de la Tuberculosis, la OPS llevó a cabo el 25 de marzo un evento de alto nivel en donde líderes, representantes de la sociedad civil y expertos en salud de la región discutieron las oportunidades y desafíos hacia la eliminación de la tuberculosis en las Américas.

En la Región de las Américas, el año 2023 fue el de mayor registro de casos, con un total de 4.569.464, incluyendo 7.665 casos graves (0,17%) y 2.363 fallecidos (tasa de letalidad de 0,052%). Durante el año 2024 y hasta la semana epidemiológica (SE) 12, se notificaron 3.578.414 casos de dengue a la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA). De este total, 2.888 fueron caracterizados como dengue grave (0,08%) y se registraron 1.039 casos fatales (tasa de letalidad de 0,029%). El total de casos notificados a través de PLISA en 2024 representa un incremento de más de tres veces en comparación al mismo periodo de 2023 en la Región de las Américas.

En 2024, hasta la SE 12, se identificó la circulación de los cuatro serotipos del virus dengue en la Región de las Américas. Brasil, Costa Rica, Guatemala, Honduras, México y Panamá reportan circulación simultánea de los cuatro serotipos (DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4). En tanto, Argentina, Perú y Puerto Rico reportaron circulación simultánea de DENV-1, DENV2 y DENV-3.

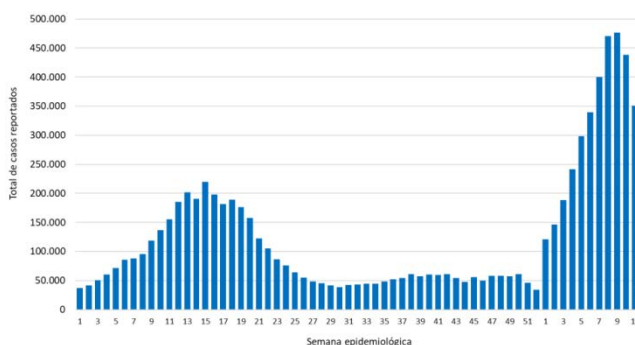
Subregión Istmo Centroamericano y México

En 2024, hasta la SE 11, se reportaron 86.221 casos de dengue, lo que representa un incremento de 128% respecto del mismo periodo de 2023 y de 192% respecto del promedio de los últimos cinco años en la subregión.

- **México:** En 2024, hasta la SE 11, se reportaron 40.984 casos, lo que significa un incremento de 322% en comparación con el mismo periodo de 2023. Los estados que más casos reportaron fueron Guerrero, Tabasco y Quintana Roo. La tasa de incidencia acumulada a la SE 11 es de 31 casos cada 100.000 habitantes.

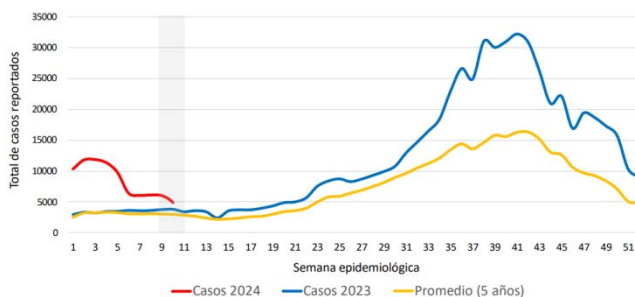
Subregión Caribe

En 2024, hasta la SE 11, se reportaron 16.082 casos sospechosos. La subregión registró un incremento de seis veces en comparación con el mismo periodo de 2023 y de 3,5 veces con respecto al promedio de los últimos cinco años en la subregión.

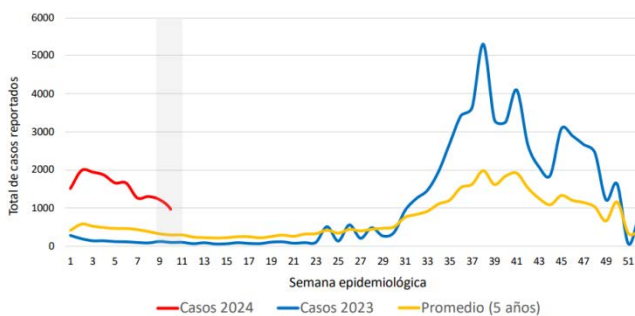


Casos sospechosos de dengue. Región de las Américas. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 12 de 2024. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

Nota: Los casos correspondientes a la semana epidemiológica 12 de 2024 son preliminares.



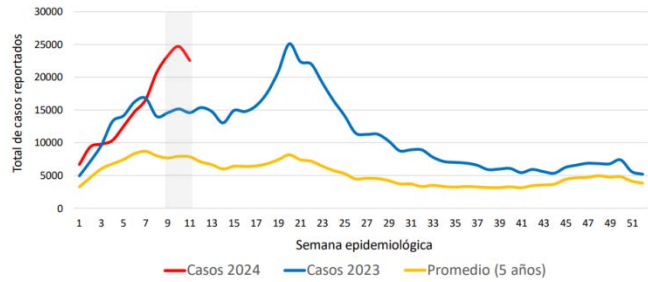
Casos reportados de dengue. Subregión Istmo Centroamericano y México. Años 2023-2024 (hasta semana epidemiológica 10) y promedio de los últimos cinco años. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.



Casos reportados de dengue. Subregión Caribe. Años 2023-2024 (hasta semana epidemiológica 10) y promedio de los últimos cinco años. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

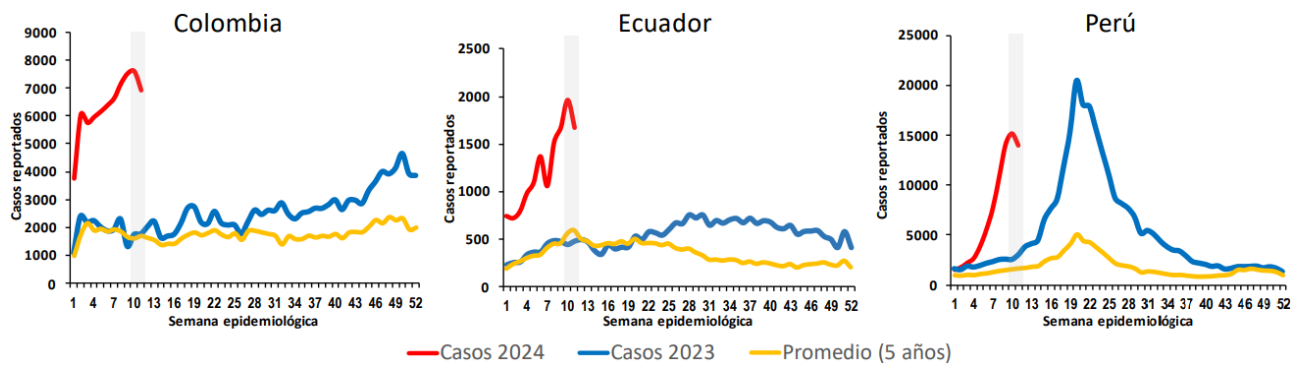
Subregión Andina

En 2024, hasta la SE 11, se reportaron 173.874 casos sospechosos. La subregión reportó un incremento de 20% respecto del mismo periodo de 2023 y 153% por encima del promedio de los últimos cinco años.



Casos reportados de dengue. Subregión Andina. Años 2023-2024 (hasta semana epidemiológica 11) y promedio de los últimos cinco años. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

- **Colombia:** En 2024, hasta la SE 11, se notificaron 69.837 casos, lo que representa un aumento de 262% en comparación con el promedio de los últimos cinco años para el mismo periodo en el país. La tasa de incidencia acumulada a la SE 11 es de 136 casos cada 100.000 habitantes.
- **Ecuador:** En 2024, hasta la SE 11, se notificaron 13.075 casos, lo que representa un aumento de 277% en comparación con el promedio de los últimos cinco años para el mismo periodo en el país. La tasa de incidencia acumulada a la SE 11 es de 73 casos cada 100.000 habitantes.
- **Perú:** En 2024, hasta la SE 11, se notificaron 79.741 casos, lo que representa un aumento de 471% en comparación con el promedio de los últimos cinco años para el mismo periodo en el país. La tasa de incidencia acumulada a la SE 11 es de 239 casos cada 100.000 habitantes.



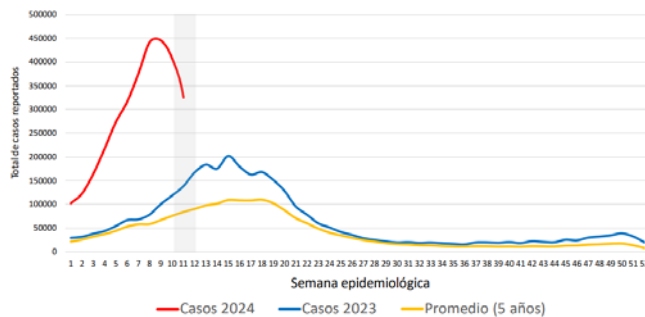
Casos reportados de dengue. Colombia, Ecuador y Perú. Años 2023-2024 (hasta semana epidemiológica 11) y promedio de los últimos cinco años. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

Subregión Cono Sur

En 2024, hasta la SE 12, se reportaron 3.292.542 casos sospechosos. Esto representa un incremento de 254% respecto del mismo periodo de 2023 y de 408% respecto del promedio de los últimos cinco años.

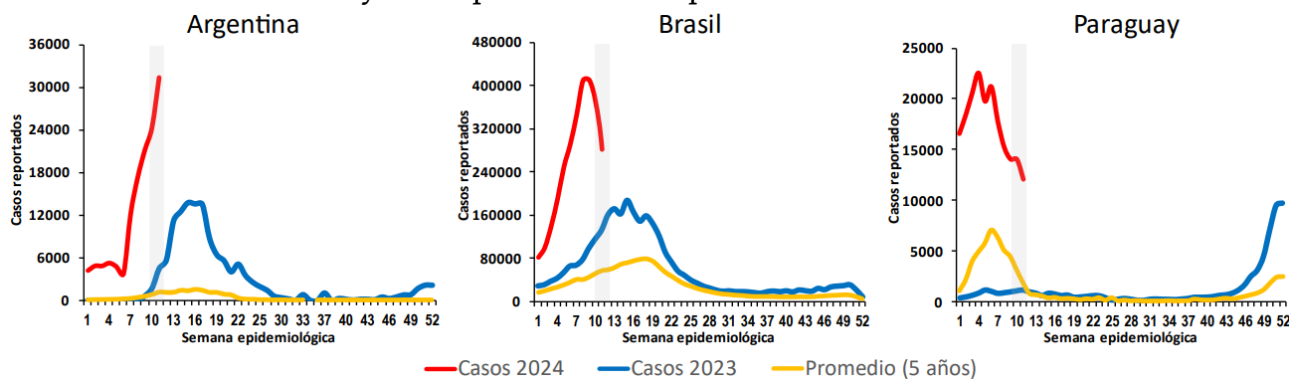
- **Argentina:** En 2024, hasta la SE 11, se notificaron 134.202 casos, lo que representa un aumento de más de 30 veces en comparación con el promedio de los últimos cinco años para el mismo periodo en el país. La tasa de incidencia acumulada a la SE 11 es de 294 casos cada 100.000 habitantes.
- **Brasil:** En 2024, hasta la SE 12, se notificaron 2.966.339 casos, lo que representa un aumento de 227% con respecto al mismo periodo de 2023 y un incremento de 284% en comparación con el promedio de los últimos cinco años en este país. La tasa de incidencia acumulada a la SE 12 es de 1.386 casos cada 100.000 habitantes.
- **Chile:** En 2024, hasta el 23 de marzo, se identificaron 16 casos autóctonos confirmados en Rapa Nui, donde no se registraban casos desde el año 2020. En tres de estos casos se identificó el serotipo DENV-1. A nivel nacional, a la misma fecha, se han confirmado 112 casos, 96 importados y los 16 autóctonos de Rapa Nui. Todos han presentado un curso leve de la

enfermedad, sin signos de alarma ni cuadros graves. Adicionalmente, se ha detectado la reintroducción del mosquito *Aedes aegypti* en la región de Arica y Paríacota, donde se han confirmado hasta el momento tres casos importados.



Casos reportados de dengue. Subregión del Cono Sur. Años 2023-2024 (hasta semana epidemiológica 11) y promedio de los últimos cinco años. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

- Paraguay:** En 2024, hasta la SE 11, se notificaron 191.923 casos, lo que representa un aumento de 319% en comparación con el promedio de los últimos cinco años para el mismo periodo en el país. La tasa de incidencia acumulada a la SE 11 es de 2.541 casos cada 100.000 habitantes.
- Uruguay:** En 2024, hasta el 26 de marzo, se registraron 183 casos confirmados, de los cuales 83 son autóctonos y 100 importados. Dentro de los casos notificados se registra una defunción que se encuentra bajo investigación. En cuanto a los casos autóctonos, 63% se notificó en el departamento de Salto (52 casos), seguido por Paysandú (14 casos) y Montevideo (10 casos). Durante el año 2023 se notificaron 35 casos en todo el país, de los cuales dos fueron autóctonos y correspondieron al departamento de Rocha.



Casos reportados de dengue. Argentina, Brasil y Paraguay. Años 2023-2024 (hasta semana epidemiológica 11) y promedio de los últimos cinco años. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.



Con las tasas de sífilis aumentando rápidamente en Estados Unidos y en otros lugares, los médicos deben mejorar sus capacidades al momento de diagnosticar y tratar una infección a la que tal vez no estén prestando suficiente atención.

En 2022 se notificaron más de 200.000 casos de sífilis en Estados Unidos, la cifra más alta desde 1950 y un aumento de 17,3% con respecto a 2021, según las [últimas cifras](#) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). La tasa de infección aumentó casi todos los años desde un mínimo histórico en 2001.

Y la tendencia no se limita a Estados Unidos. “El año pasado, la tasa de infección en el Reino Unido alcanzó su nivel más alto en 50 años”, dijo David Mabey, de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. “La sífilis y otras infecciones de transmisión sexual también son un problema importante en los países de ingresos bajos y medios, aunque no siempre se dispone de buenos datos”, añadió.

“Muchos de los profesionales de la salud actuales tienen poca experiencia con la enfermedad”, compartió la Dra. Ina Park, especialista en infecciones de transmisión sexual (ITS) de la Universidad de California en San Francisco. “Toda una generación de médicos, incluyéndome a mí, no vio ningún caso hasta que terminamos nuestra formación. Realmente estamos tratando de ponernos al día”, informó Park.

Una enfermedad centenaria

Sobre los desafíos de diagnosticar lo que puede ser una infección elusiva, Park ofreció un consejo que se reduce a una regla simple: “Prueba, prueba, prueba”.

“Debido a que la sífilis puede confundirse con muchas otras afecciones y puede tener largos períodos de latencia, los médicos experimentados pueden pasarla por alto fácilmente o incluso diagnosticarla erróneamente”, dijo Park. Los médicos deben tenerlo presente y tener un umbral más bajo para las pruebas, incluso si no hay síntomas obvios.

Seguir las [nuevas recomendaciones para la detección de sífilis](#) de los CDC será útil, anotó; todo paciente sexualmente activo de entre 15 y 44 años que viva en un condado con una tasa de infección por sífilis de 4,6 cada 100.000 personas o más debe hacerse la prueba. Y los médicos deben estar atentos, incluso en áreas con una prevalencia más baja. “Si no se pueden explicar los síntomas nuevos en un paciente sexualmente activo, se debe solicitar una prueba”, dijo Park.

Casos complicados

“La falta de experiencia con la sífilis afecta no sólo al diagnóstico sino también al tratamiento, particularmente en los casos complejos”, dijo el Dr. Khalil Ghanem, de la Facultad de Medicina de la Universidad Johns Hopkins en Baltimore. “Cuando no debes lidiar con algo por un tiempo, te olvidas de cómo hacerlo”, añadió.

Ghanem ofreció sugerencias sobre cómo afrontar casos complicados de sífilis ocular, sífilis ótica y [neurosífilis](#), y cómo interpretar los resultados de las pruebas cuando los títulos de antígenos de un paciente son “rebeldes”.

Con una posible sífilis ocular u ótica, no se debe esperar a que un especialista como un oftalmólogo intervenga, sino derivar al paciente directamente al departamento de emergencias, debido al riesgo de que los síntomas se vuelvan irreversibles y provoquen ceguera o sordera permanente. “No conviene perder el tiempo con esas condiciones”, dijo Ghanem.

Monitorear de cerca la rápida recuperación de plasma de un paciente y los niveles de antígenos del laboratorio de investigación de enfermedades venéreas es la única manera de controlar la sífilis y determinar si la infección está respondiendo al tratamiento, anotó, pero a veces esos títulos “no hacen lo que uno cree que deberían estar haciendo” y no disminuyen o incluso aumentan después del tratamiento.

“No se sabe si subieron porque el paciente se reinfectó, desarrolló neurosífilis o hubo un problema en el laboratorio”, dijo. “Puede ser un desafío interpretarlo”.

Para descifrar los resultados confusos de las pruebas, Ghanem recomendó obtener una historia detallada para comprender si un paciente está en riesgo de reinfección, si hay signos de neurosífilis u otras complicaciones, si es posible el embarazo, etc. “En función de las respuestas, se puede determinar cuál es el enfoque de tratamiento más racional”, compartió.

Escasez de medicamentos

Los esfuerzos para controlar la infección se han vuelto más complicados. El verano pasado, Pfizer [anunció](#) que se había quedado sin [penicilina G benzatínica](#) (Bicillin), un fármaco inyectable de acción prolongada que es uno de los principales tratamientos para la sífilis y el único que se puede administrar a personas embarazadas. Los suministros para niños se agotaron a fines de junio de 2023 y los de adultos a fines de septiembre.

Como Pfizer es la única empresa que fabrica la penicilina G benzatínica, no hay nadie que pueda compensarla en el corto plazo, por lo que se espera que la escasez continúe hasta al menos mediados de 2024.

En respuesta, la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos ha [permitido temporalmente](#) el uso de bencilpenicilina benzatínica (Extencilline), una formulación francesa que no ha sido aprobada en Estados Unidos, hasta que se estabilicen los suministros de penicilina G benzatínica.

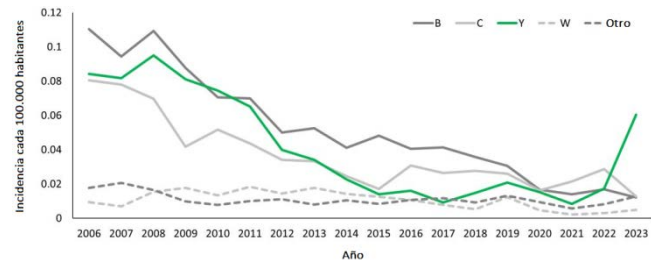
La escasez ha puesto de relieve la importante cuestión de la falta de alternativas para el tratamiento de la sífilis durante el embarazo, lo que aumenta el riesgo de sífilis congénita. “Con suerte, esto impulsará a los Institutos Nacionales de Salud y otros a intensificar sus estudios sobre medicamentos alternativos para su uso durante el embarazo”, afirmó Ghanem.

Esta investigación se expuso en la 31ª Reunión Anual de la Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas (CROI) en Denver, del 3 al 6 de marzo de 2024. Las investigaciones presentadas en reuniones por lo general se consideran preliminares hasta que se publiquen en una revista revisada por profesionales.



28/03/2024

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos emitieron un [aviso de salud pública](#) de la [Red de Alerta de Salud \(HAN\)](#) para alertar a los proveedores de atención médica sobre un aumento en los casos de enfermedad meningocócica invasiva, atribuible principalmente al serogrupo Y de *Neisseria meningitidis*.



Casos de meningitis meningocócica, según serotipo. Estados Unidos. Años 2006/2023. Fuente: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos.

En 2023, se reportaron 422 casos en Estados Unidos, el número anual más alto desde 2014. En 2024, hasta el 25 de marzo, se han reportado 143 casos, un aumento de 77% respecto de los 81 reportados hasta esta fecha en 2023.

Antecedentes

La [enfermedad meningocócica](#), causada por la bacteria *Neisseria meningitidis*, es una enfermedad rara pero grave con una tasa de letalidad de 10-15% incluso con el tratamiento antibiótico adecuado. Se presenta con mayor frecuencia como meningitis, con síntomas que pueden incluir fiebre, dolor de cabeza, rigidez en el cuello, náuseas, vómitos, fotofobia o alteración del estado mental; o como infección meningocócica del torrente sanguíneo, con síntomas que pueden incluir fiebre y escalofríos, fatiga, vómitos, manos y pies fríos, dolores intensos, respiración rápida, diarrea o, en etapas posteriores, una erupción de color púrpura oscuro. Si bien los síntomas iniciales de la enfermedad meningocócica pueden ser inespecíficos al principio, empeoran rápidamente y la enfermedad puede poner en peligro la vida en cuestión de horas. El [tratamiento antibiótico](#) inmediato para la enfermedad meningocócica es fundamental. Los sobrevivientes pueden experimentar efectos a largo plazo, como sordera o amputaciones de las extremidades.

De los seis serogrupos de *N. meningitidis* (A, B, C, W, X e Y) responsables de la mayoría de las enfermedades meningocócicas en todo el mundo, los serogrupos B, C, W e Y circulan en Estados Unidos. En este país están disponibles vacunas contra los serogrupos A, C, W, Y (MenACWY) y el serogrupo B (MenB). Las [vacunas MenACWY se recomiendan habitualmente](#) para adolescentes y personas con otros factores de riesgo o afecciones médicas subyacentes, incluido el VIH.

En todo Estados Unidos, una cepa meningocócica específica, la secuencia tipo (ST) 1466, es responsable de la mayoría de los casos (101/148; 68%) causados por el serogrupo Y con datos disponibles de ST que se informaron en el país en 2023. Se espera que este número aumente con datos adicionales de pruebas de laboratorio.

Los casos de enfermedad meningocócica invasiva causada por esta cepa ocurrieron tanto en hombres (65%) como en mujeres (35%) y ocurrieron de manera desproporcionada en personas de entre 30 y 60 años (65%), personas negras o afroamericanas (63%) y personas con VIH (15%). Además, la mayoría de los casos de enfermedad meningocócica invasiva causada por

ST-1466 tuvieron una presentación clínica distinta de la meningitis: 64% presentó bacteriemia y al menos 4% presentó artritis séptica. De 94 pacientes con resultados conocidos, 17 murieron (18%); esta tasa de letalidad es más alta que la tasa de letalidad histórica de 11% notificada para los casos del serogrupo Y en 2017-2021.

La cepa del serogrupo Y ST-1466 ha contribuido a los aumentos informados anteriormente en la enfermedad meningocócica en personas con VIH. Según datos de vigilancia actualizados, se han notificado 24 casos de ST-1466 en personas con VIH en 2022-2023; sólo cuatro habían sido vacunados previamente con MenACWY y ninguno estaba al día con las dosis recomendadas. Hasta la fecha, no se han identificado otros casos de ST-1466 en personas que recibieron previamente la vacuna MenACWY.

Los aislados del serogrupo Y ST-1466 analizados hasta la fecha han sido susceptibles a todos los antibióticos de primera línea recomendados para su tratamiento y profilaxis. Esta cepa es distinta de las cepas del serogrupo Y resistentes a la ciprofloxacina que también circulan en Estados Unidos y que afectan desproporcionadamente a los individuos hispanos.

Recomendaciones para los departamentos de salud pública

- Asegurarse de que los proveedores de atención médica sean conscientes de la creciente carga de enfermedad meningocócica invasiva, particularmente entre personas de 30 a 60 años y personas negras o afroamericanas.
- Continuar enviando todos los aislados de meningococo a los CDC para la secuenciación del genoma completo y pruebas de susceptibilidad a los antimicrobianos.
- Comuníquese con los CDC en meningnet@cdc.gov por cualquier inquietud sobre el aumento de casos de enfermedad meningocócica en su jurisdicción o sobre la investigación de brotes o las medidas de control.

Recomendaciones para los proveedores de atención médica

- Mantener una mayor sospecha de enfermedad meningocócica invasiva e iniciar el tratamiento antibiótico inmediato para las personas con sospecha de enfermedad meningocócica. Los cultivos de sangre y líquido cefalorraquídeo están indicados en pacientes con sospecha de enfermedad meningocócica.
- Reconocer que la enfermedad meningocócica invasiva puede afectar a personas de cualquier edad o grupo demográfico. Los aumentos actuales de la enfermedad están afectando de manera desproporcionada a las personas de entre 30 y 60 años, a los negros o afroamericanos y a las personas con VIH.
- Tener en cuenta que los pacientes con enfermedad meningocócica invasiva pueden presentar infección del torrente sanguíneo o artritis séptica, sin los síntomas típicos de meningitis (p. ej., dolor de cabeza, rigidez en el cuello).
- Asegurarse de que todas las personas recomendadas para la vacunación antimeningocócica estén al día con estas vacunas.
 - Todos los niños de 11 a 12 años deben recibir la vacuna MenACWY. Dado que la protección disminuye, los CDC recomiendan una dosis de refuerzo a los 16 años.
 - Para las personas con mayor riesgo debido a afecciones médicas (p. ej., con VIH), la vacunación recomendada incluye una serie primaria de dos dosis de MenACWY con dosis de refuerzo cada 3 a 5 años, según la edad.
- Notificar inmediatamente a los departamentos de salud estatales, tribales, locales o territoriales sobre cualquier caso sospechoso o confirmado de enfermedad meningocócica invasiva.

- Consultar con el departamento de salud estatal o local cualquier inquietud sobre el tratamiento de la enfermedad meningocócica o la profilaxis de contacto, incluido cualquier cambio basado en los patrones locales de resistencia meningocócica.

Recomendaciones para la población

- Buscar atención médica de inmediato si desarrolla síntomas de enfermedad meningocócica :
 - Los síntomas de la meningitis pueden incluir fiebre, dolor de cabeza, rigidez en el cuello, náuseas, vómitos, fotofobia o alteración del estado mental.
 - Los síntomas de la infección meningocócica del torrente sanguíneo pueden incluir fiebre y escalofríos, fatiga, vómitos, manos y pies fríos, dolores intensos, respiración rápida, diarrea o, en etapas posteriores, una erupción de color púrpura oscuro.
 - Si bien los síntomas de la enfermedad meningocócica pueden ser inespecíficos al principio, empeoran rápidamente y la enfermedad puede poner en peligro la vida en cuestión de horas.
- Hablar con un proveedor de atención médica sobre las vacunas antimeningocócicas que pueden recomendar, incluidas las dosis de refuerzo recomendadas.

La Secretaría de Salud de México informó que en 2024, hasta la semana epidemiológica 12, se han notificado 81 casos de parálisis flácida aguda (PFA) distribuidos en 30 municipios de Tlaxcala. De éstos, 42 casos han mostrado aislamiento positivo para la bacteria *Campylobacter jejuni*, 34 han sido clasificados como síndrome de Guillain-Barré (SGB), y se han registrado cuatro defunciones que se encuentran en investigación por parte de un grupo de expertos.

Asimismo, detalló que en coordinación con la Secretaría de Salud de Tlaxcala se implementaron desde el pasado 11 de marzo acciones de vigilancia e identificación de la posible fuente de infección, focalizando los esfuerzos en los factores de riesgo involucrados en este brote, como la contaminación del agua para consumo humano, manejo deficiente de alimentos, baja cloración de los sistemas de agua potable y deficiente lavado de manos, entre otros.

La PFA es un síndrome caracterizado por la pérdida súbita de la fuerza muscular en las extremidades, disminución del tono muscular y ausencia de reflejos. Esta condición puede resultar en incapacidad total para realizar movimientos voluntarios e incluso afectar la respiración y la deglución, con consecuencias graves que pueden llevar a la muerte.

Puede ser causado por diversas enfermedades de tipo infecciosas, hematológicas, oncológicas, intoxicaciones, malformaciones genéticas, lesiones físicas y enfermedades autoinmunes; dentro de estas se encuentra el SGB, una enfermedad autoinmune que afecta el sistema nervioso periférico, causando debilidad muscular y, en casos graves, parálisis.

En México, el sistema de vigilancia epidemiológica de la PFA es fundamental para identificar casos de poliomielitis. No obstante, su alcance ha permitido la detección y seguimiento de la PFA por otras causas. Según datos de los últimos cinco años, a nivel nacional se han reportado 899 casos de PFA en 2019, 532 en 2020, 518 en 2021, 628 en 2022 y 617 en 2023. En el estado de Tlaxcala, en 2023 se registraron 11 casos.

A través de este sistema de vigilancia se han detectado brotes de SGB desde 2011, en Veracruz (Orizaba), Tamaulipas (Reynosa), Sonora (San Luis Río Colorado), Chihuahua (Ciudad Juárez), Baja California (Ensenada) y el más reciente durante 2023 en Sonora (Navojoa); este último, con una tasa de letalidad de 14,3%. La etiología en todos los brotes es la infección por *Campylobacter jejuni*.

Ante la identificación de PFA, es crucial que el personal médico notifique de inmediato según lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012 para la vigilancia epidemiológica, aseguren la toma oportuna de muestras para el diagnóstico y realicen acciones de control de brotes según se indica en el [*Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación*](#).

La Secretaría de Salud exhortó a la población a acudir a la unidad de salud más cercana para recibir atención médica oportuna, ante la presencia de síntomas como pérdida súbita de la fuerza muscular en extremidades, disminución del tono muscular, reducción o ausencia de reflejos, incapacidad para realizar movimientos voluntarios, dificultad para respirar o ingerir agua y/o alimentos.

Las autoridades de Salud de la provincia de Los Santos confirmaron la detección del primer caso de hantavirus de este año.

Se trata de una niña de 10 años residente en el distrito de Tonosí, en la comunidad de El Bebedero, quien presentó fiebre por hantavirus, y se mantiene bajo tratamiento en su hogar.

Así lo dio a conocer el director regional de Salud en la provincia, Ayvar Isaías Hernández Saavedra, quien señaló que la paciente no presentó mayores complicaciones de salud.

A pesar de la fuerte temporada seca que impera en la región santeña, donde hay escasez de pasto y agua, es el primer caso de la enfermedad que se confirma en esta región del país.

En el año 2023, según informó Hernández Saavedra, cerró con un total de 35 casos de hantavirus, localizados principalmente en el distrito de Tonosí.

Una vez conocido este caso de hantavirus, los equipos de salud se trasladaron a los alrededores de la vivienda para buscar factores de riesgo y orientar a la familia de la menor.

Se recomendó a la población, sobre todo a quienes almacenan granos, mantenerlos tapados y fuera de las residencias para evitar el contacto con excretas del ratón.

Se están presentando nuevamente infecciones por hantavirus en tres provincias de Panamá, esta vez en Los Santos. Esto no es sorprendente. En el año 2023 se presentaron casos en las mismas tres provincias que en 2024: Los Santos (33 casos), Herrera (6) y Coclé (4). El virus es endémico en estas tres provincias y cada año se producen casos humanos esporádicos. Lamentablemente el caso de Coclé registrado este año fue fatal. El caso actual en Los Santos se está recuperando.

La noticia no indica qué hantavirus es responsable de las infecciones. Un informe de la Organización Mundial de la Salud afirmó que, según el análisis de secuencia genómica, el virus Choclo es el hantavirus identificado en casos anteriores.

El roedor hospedador del virus Choclo es la rata arrocera pigmea (*Oligoryzomys fulvescens*). Este roedor vive dentro y alrededor de áreas agrícolas y casas y edificios adyacentes. Puede estar infectado con el virus de manera persistente y eliminarlo en la orina, las heces y la saliva, la fuente de infección humana.

El preocupante incremento de casos de dengue a nivel nacional no cesa. Según datos del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC), del Ministerio de Salud, en el año 2024, hasta la semana epidemiológica (SE) 11, se registraron 79.741 contagios y 82 decesos a causa de la enfermedad. De esta forma, hubo un aumento de 14.031 casos en comparación con la semana previa.

Según el CDC, las regiones con más infecciones por dengue son La Libertad (16.247), Lima (12.306), Piura (11.470) e Ica (10.909). Llama la atención el incremento de contagios en Lima Metropolitana, donde se registran 8.623 casos. Cristian Díaz Vélez, director general de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Ministerio de Salud, confirmó que esta es la mayor cantidad de infecciones en la historia de la capital, tomando como referencia esta SE del año.

La SE pasada se reportaron 5.186 casos. Es decir, hubo un incremento de 3.437 en siete días.

Además, los distritos capitalinos que más casos tienen son Comas (1.297), San Juan de Lurigancho (773), Villa María del Triunfo (749) e Independencia (564). Distritos como Miraflores, San Borja y Surco han duplicado y triplicado sus casos en una semana.

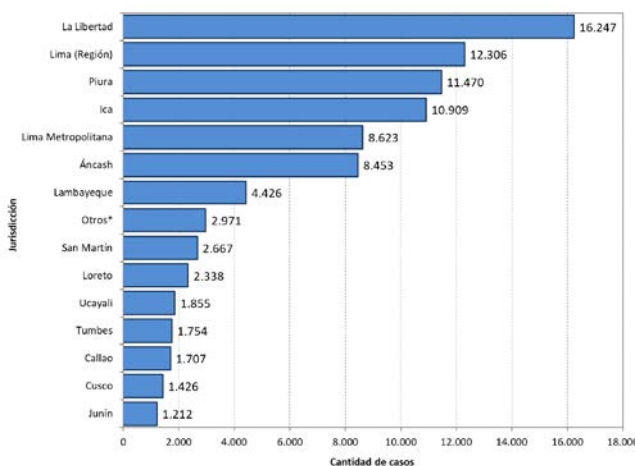
La cantidad actual de infecciones a nivel nacional supera en 262,2% a las cifras de la SE 11 de 2023. En ese periodo, La Libertad y Piura registraron 188 y 3.747 contagios, respectivamente; en Ica, se reportaron 478 casos y en Lima Metropolitana, 146.

Díaz Vélez mencionó que los casos se continuarán incrementando hasta inicios de abril y el descenso de contagios debería producirse a fines de ese mes. En consecuencia, el funcionario afirmó que el número de infecciones a nivel nacional en este año superará al total de 2023 (256.693), con lo que se establecerá un nuevo récord histórico.

Causas del incremento de casos en Lima

Especialistas consultados aseguran que la causa principal del aumento de casos en Lima son las altas temperaturas, pues existe una relación directa entre el factor climático y el rápido desarrollo del mosquito vector del dengue.

“Cuando se incrementa la temperatura, el mosquito se reproduce y desarrolla más rápido. En estas condiciones, la fase de huevo a larva y el paso a la fase adulta ocurre entre 3 a 5 días; regularmente, ese proceso dura entre 7 a 10 días. El mosquito adulto es el que contagia a través de sus picaduras”, explicó el médico infectólogo Leslie Marcial Soto Arquíñigo.



Casos notificados de dengue según jurisdicción. Perú. Año 2024 hasta semana epidemiológica 11. Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, Ministerio de Salud de Perú.

* Nota: Otros incluye a las regiones de Amazonas, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica, Huánuco, Madre de Dios, Moquegua, Pasco y Puno, todos los cuales notificaron menos de 1.000 casos hasta la fecha.

Soto Arquíñigo mencionó también que el mosquito *Aedes aegypti*, que transmite el dengue, está presente en Lima desde el año 2005. En esa línea, Valerie Andrea Paz-Soldán Parlette, investigadora de dengue y otras enfermedades infecciosas de la Universidad Cayetano Heredia, señaló que la mayoría de los habitantes de Lima son susceptibles de contraer la enfermedad, debido a que no han estado expuestos previamente a ella.

Soto Arquíñigo también afirmó que existe una falta de conciencia entre los limeños acerca de la capital como zona endémica, lo cual deriva en conductas contrarias a la prevención del dengue. Adicionalmente, Díaz Vélez manifestó que, a nivel nacional, “no existe el hábito de eliminar los criaderos de mosquitos”.

Por ello, los expertos recordaron que las hembras del mosquito *Ae. aegypti* pueden depositar sus huevos en cualquier espacio donde exista agua empozada.

“No debemos limitarnos a evitar almacenar agua en baldes, bidones y grandes recipientes de agua. El mosquito puede reproducirse en agua acumulada en residuos de los techos y hasta en la tapa de una botella”, afirmó Paz-Soldán Parlette. “Las piscinas en las casas son potenciales criaderos de mosquitos. En las grandes áreas verdes de algunos distritos como Surco o Miraflores, *Ae. aegypti* también puede poner sus huevos en el agua empozada en la tierra luego del riego”, agregó la investigadora.

“Antes se creía que el vector del dengue solo usaba agua limpia para reproducirse. Sin embargo, ahora puede hacerlo incluso en el agua enlodada que se acumula por varios días, porque al sedimentarse puede colocar los huevos en la superficie”, detalló Díaz Vélez.

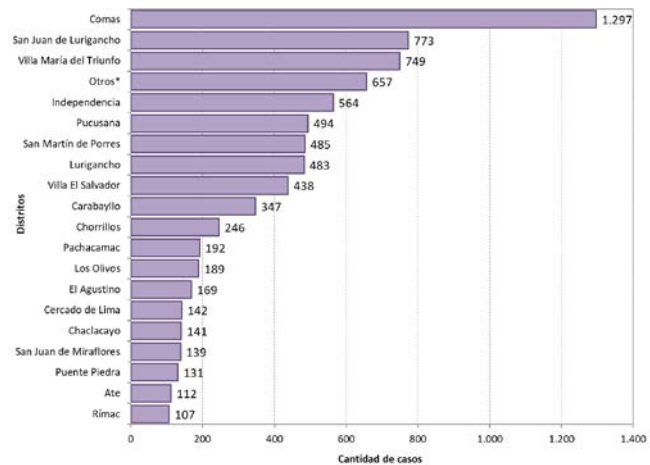
Soto Arquíñigo resaltó que “cerca de 94% de los infectados desarrollan la enfermedad sin signos de alarma”. Esto puede implicar el desarrollo de síntomas leves –como fiebre, dolor muscular, náuseas–, que se pueden manejar en el primer nivel de atención. El especialista mencionó que cerca de 4% desarrollan signos de alarma y solo 2% se trata de casos de dengue grave, requiriendo hospitalización en una unidad de cuidados intensivos.

Sobre este punto, Paz-Soldán Parlette sostuvo que, de cada seis personas contagiadas con dengue, cinco no saben que tienen la enfermedad, porque no desarrollan síntomas graves o son asintomáticos. “Estas personas realizan sus actividades diarias con normalidad, trasladándose por la ciudad. Entonces, contribuyen a la transmisión del virus”, expresó.

Principales acciones en Lima

Lima y otras 19 regiones fueron declaradas en emergencia el pasado 28 de febrero debido al incremento de casos de dengue. Díaz Vélez manifestó que esto ha permitido el desarrollo de actividades de prevención y control del dengue con autoridades locales y regionales.

“La declaratoria facilitó los procesos administrativos y logísticos para el control vectorial. Para eliminar los criaderos del mosquito, en 113.817 viviendas de Lima los inspectores sanitarios han realizado el control larvario, que consiste en aplicar larvicidas en los depósitos de



Casos notificados de dengue según distrito. Lima, Perú. Año 2024 hasta semana epidemiológica 11. Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, Ministerio de Salud de Perú.

* **Nota:** Otros incluye a los distritos de Barranco, Breña, Cieneguilla, Jesús María, La Molina, La Victoria, Lince, Lurin, Magdalena, Miraflores, Pueblo Libre, San Bartolo, San Borja, San Isidro, San Luis, San Miguel, Santa Anita, Surco y Surquillo, todos los cuales notificaron menos de 100 casos hasta la fecha.

agua para impedir que los huevos del mosquito se conviertan en insectos. También, para acabar con los mosquitos en fase adulta, hemos fumigado en 10.356 casas en Lima”, informó.

Díaz Vélez invocó a la población a colaborar con la labor del Ministerio de Salud. Además, pidió que los ciudadanos mantengan totalmente tapados los recipientes de sus hogares en los que almacenan agua.



Incrementan las camas disponibles

María Elena Aguilar Del Águila, presidenta ejecutiva del Seguro Social de Salud (EsSalud), informó el 20 de marzo que la Red Prestacional Sabogal implementará hasta 56 camas de Unidades de Vigilancia Clínica para pacientes que requieran hospitalización por dengue.

En consecuencia, habrá mayor número de camas en los establecimientos de nivel I y II de Lima Norte y Callao. “Entre ellos escogimos al hospital Canta Callao, donde ahora mismo tenemos dos ambientes, cada uno con 14 camas. En total 28 camas para los pacientes que las requieran”, recalcó Aguilar Del Águila.

Esta situación es consecuencia de diversos factores, entre los que destacan la tardía respuesta de las autoridades responsables; máxime sabiendo con meses de anticipación la ocurrencia del fenómeno de El Niño y la prolongación de la temporada de altas temperaturas. Por otro lado, no es sorpresa que los distritos más populosos de Lima (aquellos con un deficiente o ausente servicio de agua potable) sean los más afectados. La respuesta no puede limitarse a exigir a la población que tapen los recipientes donde almacenan el agua para su consumo, es necesario dotar con este servicio básico a los sectores más desfavorecidos de la población.

Se detectó un poliovirus, conjuntamente con el virus de la influenza A, en una muestra respiratoria recogida el día 15 de enero de 2024 de un paciente de dos años de edad que acudió a urgencias por un cuadro compatible con una infección respiratoria. Como consecuencia de esta infección, el paciente estuvo hospitalizado entre el 17 y el 21 de enero por bicitopenia en el contexto de influenza A.

En relación con el poliovirus detectado, el análisis genético inicial indicó que se trataría de un poliovirus vacunal tipo 1.

Como antecedente epidemiológico, se destaca un viaje con su núcleo familiar del 7 de noviembre al 19 de diciembre de 2023 en el noreste de Pakistán, país donde esta enfermedad sigue siendo endémica y donde se están promoviendo campañas masivas de vacunación con la vacuna oral. El paciente, correctamente vacunado en Catalunya con tres dosis de la vacuna inactivada contra la poliomiélitis (IPV), no presentó una clínica neurológica compatible con una infección por poliovirus y actualmente se encuentra asintomático. Sus contactos no presentaron ninguna clínica y están igualmente asintomáticos.

Vacunación

La vacunación contra la poliomiélitis fue una de las primeras vacunaciones infantiles universales que se introdujo en España, primero en campañas escolares hace 50 años y después en el calendario de vacunación infantil de forma estable.

Existen dos vacunas contra la poliomiélitis, la IPV y la vacuna antipoliomiéltica oral con virus atenuados (OPV), ambas extraordinariamente inmunógenas y efectivas.

En países donde el poliovirus salvaje todavía está activo, se utiliza la OPV por sus ventajas sobre la IPV, dado que proporciona inmunidad gastrointestinal y proporciona diseminación secundaria de la vacuna a los contactos sin protección, así como por su facilidad de administración.

La IPV se utiliza principalmente en los países donde el poliovirus salvaje ya ha sido erradicado. En Catalunya, la vacunación contra la poliomiélitis está incluida en el calendario de vacunaciones desde el primer calendario disponible del año 1980. Actualmente, se recomienda la administración de cuatro dosis: tres dosis en el primer año de vida, a los 2, 4 y 11 meses, con la vacuna hexavalente que incluye los antígenos contra la difteria, el tétanos, la tos convulsa, la hepatitis B, la infección por *Haemophilus influenzae* tipo b y la poliomiélitis; y la cuarta dosis de refuerzo, a los 6 años, con la vacuna tetravalente, que incluye los antígenos contra la difte-

ria, el tétanos, la tos convulsa y la poliomielitis. Desde el año 2004, todas las vacunas utilizadas son inactivadas, no pueden transmitir el virus y presentan una elevada efectividad, en torno a 99% de inmunidad con tres dosis, y con protección de larga duración.

Respuesta de la Agencia de Salud Pública de Catalunya

En el momento de la alerta se hizo la notificación al Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES), se enviaron muestras al Centro Nacional de Microbiología (CNM) y se implementaron las actuaciones establecidas en el *Plan de acción para la erradicación de la poliomielitis en España*, teniendo en cuenta el contexto de alta inmunidad frente a la poliomielitis en la población general y a escala local en el área afectada.

Estas acciones incluyeron, principalmente:

- Identificación y estudio de contactos, toma de muestras de materia fecal y vacunación.
- Análisis virológico periódico en aguas residuales.
- Evaluación de coberturas de vacunación en busca de población susceptible/de riesgo.
- Vigilancia activa para la búsqueda prospectiva y retrospectiva de casos sospechosos.
- Seguimiento de la posible excreción de poliovirus hasta la obtención de dos cultivos de materia fecal negativos.
- Gestión de residuos.

Se efectuaron las tareas de vigilancia en los contactos cercanos y en los profesionales sanitarios que tuvieron contacto con el caso. El 20 de febrero se procesó un total de ocho muestras del caso y de los contactos cercanos en el laboratorio de referencia, que fueron todas negativas para enterovirus, excepto la del paciente conocido, que tuvo una baja carga viral, lo que probablemente indique la finalización del período de excreción. También se estudió otra muestra respiratoria de un conviviente familiar que acudió a urgencias con el paciente, con resultado positivo sólo para influenza A. Ninguno de los contactos cercanos presentó una clínica compatible con poliomielitis durante todo este período, sin otras posibles exposiciones en otros ámbitos fuera del familiar. Las muestras seriadas de materia fecal han sido todas negativas durante el período de seguimiento.

Paralelamente, el 16 de febrero se recogieron muestras de los colectores de aguas residuales de la zona del domicilio del paciente, siendo igualmente negativas para poliovirus. Tampoco se detectó en los muestreos mensuales anteriores que se efectúan de forma rutinaria en los colectores de la zona. Las muestras seriadas posteriores fueron también negativas.

Evaluación del riesgo de transmisión

El paciente residía en Catalunya cuando sufrió los primeros síntomas, por lo que se podría haber producido la contaminación de aguas y diseminación del virus por su excreción vía fecal. Sin embargo, dada su edad, y que todavía usaba pañales, la diseminación por aguas residuales era poco probable. En los análisis seriados de aguas residuales de la zona previas y posteriores a la detección del virus no se registró circulación de poliovirus.

Por otra parte, ninguno de los contactos cercanos tuvo sintomatología compatible con la poliomielitis y los análisis seriados de sus muestras fueron negativos.

En el ámbito de la población, las coberturas vacunales en Catalunya son elevadas y se sitúan en 96,4% para la primovacunación.

Por la evolución del paciente y de sus contactos se dio por cerrado el seguimiento. Por las elevadas coberturas de vacunación contra la poliomielitis y las buenas condiciones higiénicas

y sanitarias generales en Catalunya, se considera que de forma general existe un riesgo muy bajo de transmisión de esta enfermedad.

Sin embargo, teniendo en cuenta la persistencia del poliovirus en zonas endémicas del mundo, especialmente en Afganistán y Pakistán, no puede descartarse que puedan aparecer otros casos importados a escala global.

Recomendaciones de salud pública

A partir de la situación actual y de la información disponible, la Agencia de Salud Pública de Catalunya enfatiza la importancia de mantener y reforzar la estrategia vacunal, especialmente en los niños, las poblaciones que tienen mayores dificultades para acceder al sistema sanitario y entre los viajeros a países donde la enfermedad es endémica.

Por otro lado, también destaca la importancia de mantener una vigilancia epidemiológica fuerte con las actuaciones de vigilancia de las parálisis flácidas agudas, el estudio de los enterovirus en humanos y la vigilancia ambiental de los enterovirus utilizando aguas residuales a fin de seguir monitorizando la situación y detectar de forma precoz la circulación de poliovirus.

Sistema de Información para la Vigilancia de Infecciones en Catalunya

El Sistema de Información para la Vigilancia de Infecciones en Catalunya (SIVIC) es un sistema de vigilancia para realizar el seguimiento de las diversas infecciones respiratorias agudas, incluida la covid. La integran equipos de atención primaria, laboratorios clínicos y hospitales de toda Catalunya.

El SIVIC estudia 20 virus respiratorios diferentes (entre ellos los enterovirus), incluye su secuenciación, integra la vigilancia universal con la centinela basada en centros y equipos sanitarios (y no en profesionales individuales), multiplica casi por 10 la población incluida en la vigilancia centinela y mejora su representatividad, integra otros datos disponibles en el sistema (como los multi-tests pediátricos) y amplía el período de estudio a todo el año natural.

La poliomielitis es una enfermedad muy contagiosa que afecta sobre todo a menores de cinco años y causa parálisis permanente en aproximadamente 1 de cada 200 casos de infección; la mortalidad de los casos con parálisis es de 2-10%.

El virus se transmite de persona a persona principalmente por vía fecal-oral o, con menor frecuencia, a través de un vehículo común (por ejemplo, agua o alimentos contaminados) y se multiplica en el intestino, desde donde puede invadir el sistema nervioso y causar parálisis. El período de incubación suele ser de 7 a 10 días, aunque puede oscilar entre 4 y 35 días. Hasta 90% de los infectados son asintomáticos o sólo presentan síntomas leves, pudiendo la enfermedad pasar desapercibida.

El poliovirus de origen vacunal es un poliovirus que ha derivado a partir de los contenidos originalmente en la vacuna antipoliomielítica oral con virus atenuados (OPV). Las OPV contienen virus vivos atenuados que se replican en el intestino durante un período limitado, generando así anticuerpos y la consiguiente inmunidad. Excepcionalmente, al replicarse en el tubo digestivo, pueden sufrir cambios genéticos y propagarse en comunidades que no están totalmente vacunadas contra la poliomielitis, sobre todo en zonas donde hay poca higiene o saneamiento inadecuado.

En casos muy raros, los poliovirus de origen vacunal (VDPV) pueden cambiar genéticamente a formas capaces de causar parálisis, como lo hacen los no vacunales.

Actualmente, en cinco de las seis regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha interrumpido la transmisión endémica del poliovirus salvaje (WPV): las Américas (1994), el Pacífico Occidental (2000), Europa (2002), Sudeste Asiático (2014) y África (2020). Dos de los tres WPV (WPV2 y WPV3) están ya erradicados, pero el WPV1 sigue siendo endémico en Afganistán y Pakistán, donde persiste la transmisión.

Durante 2022, se informaron 30 casos de parálisis flácida aguda causadas por el WPV1, 22 desde países endémicos (20 en Pakistán y dos en Afganistán) y ocho desde un país no endémico (Mozambique). En 2023 se notificaron siete (cinco en Afganistán y dos en Pakistán). Todos los casos han tenido lugar en áreas concretas del este de Afganistán y del noroeste de Pakistán.

Junto con los poliovirus salvajes, en el mundo circulan los poliovirus derivados de la vacuna (VDPV), que provienen de países donde se administra la vacuna oral, y que pueden ser de tres tipos 1, 2 y 3. En 2023, se informaron 189 casos por poliovirus circulante tipo 1 derivado de la vacuna (cVDPV1) desde cinco países, y de 685 casos por poliovirus circulante tipo 2 derivado de la vacuna (cVDPV2) desde 20 países; también se notificó 1 caso por poliovirus circulante tipo 3 derivado de la vacuna (cVDPV3).

En 2023, se informaron 76 casos por cVDPV1 y 189 por cVDPV2 y ningún caso por cVDPV3. La República Democrática del Congo y Chad suman dos de cada tres casos, y preocupan, también, los casos de Nigeria –que ha hecho enormes esfuerzos contra la poliomielitis– y Madagascar, por el número de detecciones de poliovirus en muestras ambientales.

El Departamento de Salud (DOH) de Filipinas informó 27 de marzo que el número de casos de tos convulsa en el país llegó a 568, con 40 muertes, en 2024, hasta el 16 de marzo, y Kalakháng Maynilà, tuvo el mayor número de infecciones con 58. En el mismo periodo de 2023 se habían informado 26 casos, lo que marca un aumento de más de 20 veces.

Se registraron unos 28 casos nuevos entre el 10 y el 16 de marzo, informó el DOH.

“Las regiones con la mayor cantidad de unidades de gobierno local que muestran aumentos de casos hasta ahora son Calabarzon, Kalakháng Maynilà, Kanlurang Kabisayaan, Mimaropa y Gitnang Kabisayaan. Kalakháng Maynilà representó 10% (58 casos) del total de casos confirmados entre todas las regiones”, dijo el DOH.

Del total, 356 casos (62,7%) eran bebés menores de seis meses. De estos bebés, 270 (75,8%) no estaban vacunados o se desconocía su historial de vacunación.

Unos 384 casos (67,6% del total), independientemente de la edad, no recibieron ninguna vacuna o se desconoce su historial de vacunación, informó el DOH.

“El número de nuevos casos de tos convulsa aumentó desde la semana epidemiológica 6 (122 casos) a la semana 8 (149 casos). Esta cifra se ha reducido a sólo 73 casos nuevos en la semana 10”, señaló el DOH.

Mientras tanto, los funcionarios de salud de los gobiernos locales de Kalakháng Maynilà han discutido la intervención contra la tos convulsa.

El subsecretario del DOH, Nestor Santiago, y el director regional del Centro para el Desarrollo de la Salud de Kalakháng Maynilà, Rio Magpantay, discutieron el 26 de marzo con los funcionarios las actualizaciones sobre los casos de tos convulsa, las acciones tomadas por las Unidades de Gobierno Local, la asistencia que necesitan todas las ciudades en Kalakháng Maynilà, la implementación de una mayor vigilancia y actividades de inmunización de rutina más agresivas.

Mientras tanto, en Silangang Negros, las autoridades sanitarias están monitoreando tres casos sospechosos de tos convulsa, de entre dos y cuatro meses de edad, en la ciudad capital de Dumaguete, dijo el 27 de marzo el Dr. Liland Estacion, jefe de la Oficina Provincial de Salud.

El número de personas infectadas con carbunco en la provincia de Champassak, en el sur de Laos, se ha más que triplicado en el transcurso de una semana, llegando a 54, según las autoridades, que advirtieron a la población que se abstenga de tocar ganado enfermo o muerto.

El Departamento de Control de Enfermedades Transmisibles, dependiente del Ministerio de Salud de Laos, anunció el 20 de marzo que el número de infecciones en Champassak se disparó de 14 casos una semana antes a 54 como resultado del contacto con ganado muerto.



No se han reportado muertes humanas.

Un funcionario de la provincia de Champassak, que pidió no ser identificado porque no estaba autorizado a hablar con los medios, dijo que las autoridades están investigando las infecciones, que también están creando conciencia sobre la enfermedad en Soukhuma y Champassak, los dos distritos afectados.

“Nuestro equipo del Departamento de Salud provincial viajó a los dos distritos infectados, hizo campaña contra la enfermedad y explicó a la población que no debía tener ningún contacto con animales enfermos”, dijo.

Señaló que la semana pasada, vacas en las provincias de Vientiane y Borikhamxay murieron a causa de una enfermedad desconocida, y dijo que se están analizando los tejidos de los animales para determinar la causa de la muerte.

Si bien la distribución de los casos en los dos distritos de Champassak no quedó clara de inmediato, un trabajador del hospital del distrito de Soukhuma dijo que en su establecimiento se están atendiendo “algunos pacientes infectados con carbunco”.

Los residentes dijeron que están trabajando con las autoridades para frenar la propagación de la enfermedad.

“Sé que el carbunco se está propagando”, dijo el dueño de un restaurante. “Nuestro restaurante está cumpliendo con la orden de las autoridades. Sólo servimos pescado, no carne”.

Nanthasane Vannavong, subdirector del Departamento de Salud de la provincia de Champassak, instó a la población a buscar diagnóstico y tratamiento inmediato en un hospital o centro médico si sospechan que pueden haber sido infectados.

Las esporas de *Bacillus anthracis* normalmente tardan de 1 a 7 días en activarse, pero algunas pueden permanecer dentro del organismo y tardar hasta 60 días o más antes de activarse. Las esporas activadas liberan toxinas que atacan el organismo y causan que la persona se enferme. Por esta razón, quienes han estado expuestos al carbunco deben tomar antibióticos durante 60 días. Esto los protege de la activación de las esporas.

Tailandia ha intensificado su vigilancia a lo largo de la frontera con Laos después de recibir informes de brotes de carbunco en aldeas locales de la provincia de Champassak, Laos. En respuesta a la amenaza emergente, el Ministerio de Agricultura y Cooperativas tailandés desplegó una serie de medidas, incluido un aumento de la vigilancia en los puntos de control de animales y preparación para las campañas de vacunación. Tailandia tiene como objetivo contener la propagación del carbunco y prevenir su transmisión a través de las fronteras.

En un estudio de 2010 sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre el carbunco en Laos, se encontró que los entrevistados habían oído hablar del carbunco y sabían que causaba infección en humanos (81,2%) y animales (79,2%), pero pocos reconocían la escara como síntoma en humanos (30,2%). Más de la mitad (56,6%) sabía dónde habían ocurrido casos de carbunco en su provincia, pero la mayoría no reportaría casos sospechosos de carbunco en ganado (66,0%). Más de la mitad buscaría atención médica por síntomas de carbunco (55,7%). Un mayor número reportaría casos humanos sospechosos a los voluntarios de salud de la aldea (53,8%) antes que a los jefes de aldea (29,2%). Pocos habían recibido información, educación y comunicación sobre el carbunco (18,0%); incluso menos tenían acceso a estos materiales (3,8%).

El estudio concluyó que, si bien muchos trabajadores de primera línea habían oído hablar del carbunco, faltaban conocimientos sobre los síntomas de la enfermedad, dónde se habían producido los brotes, la importancia de informar y buscar atención médica inmediata. Es necesario seguir apoyando la prevención y control del carbunco en Laos.

Si bien se supone que todos los casos actuales son de tipo cutáneo, no se puede descartar la exclusividad de este tipo de carbunco antes de que finalice el período de 60 días después de la exposición. También se pueden encontrar casos más allá de los dos distritos principalmente afectados, ya que es posible que las personas hayan viajado, a menos que se haya implementado una cuarentena.

ActionAid condenó la decisión de Israel de impedir que la Agencia de Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en Cercano Oriente (UNRWA), la mayor agencia de ayuda en Gaza, entregue ayuda al norte, una medida que, según advierte, empujará a los palestinos aún más hacia la hambruna.

El 25 de marzo, la [UNRWA](#) anunció que Israel le había prohibido entregar ayuda al norte de Gaza, y un [funcionario israelí](#) también anunció el 26 de marzo que se dejará de trabajar con la UNRWA por completo, poniendo en peligro aún más un sistema humanitario ya asediado. La semana pasada, la [Clasificación Integrada de Fases de Seguridad Alimentaria \(IPC\)](#) advirtió que 70% de las personas están al borde de la hambruna en el norte, ya que las hostilidades en curso, los desplazamientos forzados masivos y el acceso humanitario restringido han exacerbado la situación para millones de personas en toda Gaza.



Las autoridades israelíes continúan bloqueando miles de toneladas de ayuda que cruzan la frontera de Rafah, y [funcionarios de la Media Luna Roja Egipcia](#) afirman que 2.400 camiones que transportan ayuda vital están inmovilizados en la ciudad egipcia de Al-Arish, a unos 50 kilómetros de Gaza, debido a la excesiva burocracia. Un promedio de [165 camiones por día](#) han cruzado la frontera en las últimas semanas, menos de un tercio de lo que los funcionarios de la Organización de Naciones Unidas dicen que Gaza necesita para evitar más muertes por desnutrición y hambre. En medio del empeoramiento de la crisis alimentaria en Gaza, el mayor donante de la UNRWA, [Estados Unidos](#), que aporta alrededor de 400 millones de dólares a su presupuesto anual, anunció la semana pasada que extendería su prohibición temporal de financiación hasta marzo de 2025. Y mientras otros donantes, como Suecia, Australia, Finlandia y Canadá han restablecido la financiación a la UNRWA, el [Reino Unido](#) –que aportó alrededor de 31,5 millones de dólares al año– continúa reteniendo su apoyo.

En los últimos meses, paneles solares, postes metálicos para tiendas de campaña, tanques de oxígeno, generadores y equipos de purificación de agua se encuentran entre los artículos que las autoridades israelíes han rechazado, lo que afecta la capacidad de los trabajadores de la salud para realizar procedimientos médicos de rutina o tratar a pacientes que enfrentan desnutrición severa. Uno de estos médicos es el Dr. Mohammed Obeid, cirujano ortopédico consultor en el Hospital Al-Awda, socio de ActionAid en el norte de Gaza.

“Tenemos problemas con la alimentación y la nutrición de los pacientes. No reciben las vitaminas, proteínas y carbohidratos necesarios para que sus heridas sanen, porque como saben, en el norte no hay alimentos. Tampoco para el personal sanitario, que está agotado, pero todavía hace lo mejor que puede”, dijo.

“Tenemos una enorme falta de recursos humanos y también de materiales. Tenemos escasez de personal porque muchos de los cirujanos, el personal médico y el resto del personal huyeron al sur porque tenían miedo por el ataque en el norte”.

”El resto del equipo sigue en el Hospital Al-Awda. Hacemos nuestro mejor esfuerzo para tratar a nuestros pacientes y ayudar a nuestra gente. Tenemos escasez de antibióticos, de medicamentos, analgésicos, narcóticos y también oxígeno para hacer funcionar nuestro quirófano. Tenemos un problema con la electricidad, porque el motor que utilizamos para hacer funcionar el Hospital Al-Awda y las salas de quirófano necesitan más de 900 litros de combustible diarios, que no tenemos. Tenemos escasez de oxígeno y de los medicamentos anestésicos que necesitamos en los quirófanos. Tenemos un problema real con el dispositivo que utilizamos en las fracturas expuestas, porque escasea en toda Gaza. Tratamos de usar otras cosas y otros instrumentos, pero los necesitamos”.



Riham Jafari, Coordinador de Promoción y Comunicaciones de ActionAid Palestina, dijo: “Estamos absolutamente horrorizados e indignados al ver que Israel impide la llegada del sustento más vital para cientos de miles de palestinos en Gaza que se encuentran al borde de la hambruna en este momento. Con un hambre severa que se cobra la vida de niños y mujeres gravemente desnutridas que dan a luz a bebés muertos, la decisión de Israel de dejar de trabajar con la UNRWA es nada menos que una sentencia de muerte para quienes viven con un hambre y un sufrimiento inmensos”.

“La UNRWA es el corazón de la respuesta humanitaria y la única agencia con la capacidad de entregar ayuda a gran escala en toda Gaza. Sin embargo, los líderes occidentales no han condenado esta decisión ni han obligado a Israel a actuar en consecuencia ante la inminente hambruna en el norte. Las vidas que están en juego no pueden esperar ni un día más. La comunidad internacional debe oponerse a esta desastrosa decisión, restablecer plena e inmediatamente la financiación de la UNRWA y presionar para lograr un alto el fuego duradero en Gaza”.

La falta de agua potable propicia la propagación de enfermedades

La población de Gaza está sufriendo deshidratación y enfermando en medio de condiciones insalubres debido a una grave escasez de agua potable. Ninguno de los 2,3 millones de habitantes de Gaza tiene suficiente agua potable para satisfacer sus necesidades diarias.

Según la [Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios \(OCHA\)](#), sólo uno de los tres conductos de agua que van de Israel a Gaza está funcionando actualmente, mientras que gran parte de la infraestructura hídrica del territorio ha resultado dañada por los ataques aéreos. La cantidad total de agua disponible actualmente en Gaza se estima en sólo entre 10 y 20% de la cantidad disponible antes del 7 de octubre, según la [Oficina Central Palestina de Estadísticas](#) y la Autoridad Palestina del Agua.

Muchos de los refugios y campamentos donde viven las personas desplazadas dependen del agua que se transporta al lugar mediante camiones, pero tienen una capacidad limitada y la frecuencia de las entregas se ve afectada por el suministro limitado de combustible. La gente pasa horas haciendo cola para recoger agua, sólo para descubrir que se ha acabado antes de que puedan recibirla.

Maysoon, una madre viuda en Gaza, dijo: “Hago cola para conseguir agua. El sufrimiento que enfrento es que me despierto, rezo y luego voy a buscar agua, y cuando llega mi turno, el agua se acaba; no hay agua potable. A veces bebo agua salada porque no tengo dinero para comprar una botella de agua”.



Las personas se ven obligadas a depender de agua insalubre y salina, lo que las enferma. Mientras tanto, el control de la calidad del agua es extremadamente difícil porque no se dispone de equipos vitales para analizar el agua y de productos químicos para su tratamiento, y las autoridades israelíes les han negado el acceso a Gaza.

Mahmoud, del norte de Gaza, que actualmente vive en un campo para personas desplazadas, dijo: “El agua que está disponible para la población es insalubre y no apta para el consumo humano. Está cargada de sales y gérmenes y no está desinfectada. El problema de esta agua es su alto nivel de salinidad, lo que provoca problemas urinarios en términos de cálculos renales y sedimento urinario y muchos otros problemas”.

Una evaluación reciente que analizó las condiciones en 75 sitios que albergan a personas desplazadas en Rafah dio una idea de la enorme escala del problema. Encontró que las personas tenían acceso a un promedio de solo tres litros de agua por día, muy por debajo del mínimo de 15 litros requeridos por persona por día para cubrir todas las necesidades relacionadas con el agua y el saneamiento, incluido el lavado.

En promedio, hay 891 personas por cada retrete en los sitios evaluados, mientras que alrededor de dos tercios de los retretes (67%) fueron clasificados como fuera de servicio o en mal estado y menos de la mitad (44%) tenía cerca instalaciones para lavarse las manos. Tres de cada cuatro sitios evaluados no tenían duchas para el uso de las personas y, cuando estaban disponibles, había un promedio de 1.764 personas por ducha.

Raneem, de 21 años, que actualmente vive en un refugio escolar para personas desplazadas en Gaza, dijo: “Es una crisis importante: no hay agua, no hay materiales de limpieza, pocos baños y hay mucha gente de fuera del refugio que viene a usarlos. El agua fluye una vez cada tres días, y sólo durante media hora, y luego se detiene. No fluye continuamente por la noche y no hay papel higiénico ni artículos de limpieza”.

“Se están propagando enfermedades en la escuela debido a los baños, como la influenza, los resfríos y otras. Por la noche no comemos ni bebemos agua para no tener que ir al baño. Necesitamos agua: es nuestra necesidad más básica”.

Sin suficiente acceso a agua potable, y debido a las condiciones de vida de hacinamiento extremo, es imposible para las personas mantenerse limpios y mantener limpios sus alrededores, por lo que se están propagando enfermedades como la diarrea y la hepatitis A. Los médicos y otros profesionales de la salud también luchan por tratar a las personas y mantener sus equipos higiénicos sin disponer de agua potable, saneamiento y suministros de higiene adecuados.

Un médico que trabaja con el Ministerio de Salud palestino en una clínica médica temporal en Rafah (cuyo nombre se ha ocultado para proteger su identidad) dijo: “Los problemas más comunes son los problemas de la piel, infecciones de oído, infecciones del tracto respiratorio superior e inferior, sarna, problemas de presión arterial, diabetes, gripe estacional... El principal problema es la falta de saneamiento. El hecho de que este lugar esté saturado por una

gran cantidad de personas también es otro problema, junto con la falta de agua, electricidad y suministros de higiene personal. Los casos de meningitis y hepatitis se están extendiendo enormemente en los campos”.

”Trabajamos en circunstancias inhumanas: hace mucho calor dentro de nuestra tienda, y no tenemos acceso a agua, desinfectantes ni artículos de limpieza. Estos son esenciales para el personal médico... Tratamos a más de 300 pacientes diariamente. Se trata de una cifra muy elevada teniendo en cuenta nuestro mínimo suministro de medicamentos”.



Riham Jafari, Coordinador de Comunicaciones y Promoción de ActionAid Palestina, dijo: “El acceso al agua potable es un derecho humano fundamental, pero en este momento la gente en Gaza está luchando por sobrevivir sin suficiente agua para beber y mantenerse limpia. Todos los días sufren la indignidad de tener que pasar horas haciendo cola o buscando agua y, a menudo, regresan a sus hogares improvisados con las manos vacías”.

“Las consecuencias son nefastas. Los niños de Gaza ya están muriendo por falta de alimentos y agua, mientras que las enfermedades proliferan en campamentos y refugios enormemente superpoblados e insalubres. Se necesita con urgencia agua potable –junto con alimentos y suministros médicos–, pero actualmente no llega a Gaza suficiente ayuda para llegar a quienes la necesitan. Las advertencias nunca han sido más claras: la hambruna es inminente a menos que se permita que las operaciones de ayuda se amplíen masivamente. Gaza necesita urgentemente un alto el fuego permanente ahora para detener las matanzas y tener alguna esperanza de evitar una crisis humanitaria aún más catastrófica”.

Polonia se está convirtiendo en un lugar cada vez más peligroso para las personas expuestas a las picaduras de garrapatas. En el año 2023 se registraron en el país 659 casos de encefalitis transmitida por garrapatas, una grave enfermedad cuyo número de casos se ha más que duplicado en los últimos cuatro años.



Este fenómeno no es accidental. Como subrayó Joanna Zajkowska, infectóloga del Departamento de Enfermedades Infecciosas y Neuroinfecciones de la Universidad de Medicina de Białystok, el aumento de los casos es causado por el calentamiento climático.

El aumento de la temperatura favorece la actividad de las garrapatas durante todo el año, y estos cambios ya no se limitan a los bosques: también pueden ocurrir en las ciudades y en el césped.

Zajkowska subrayó que el peligro puede acechar donde menos se lo espera. “Muchos de nuestros pacientes enfermaron después de un único contacto con una garrapata. Pueden ser situaciones que ni siquiera podemos predecir en este momento: puede ser un viaje puntual, una parada en un aparcamiento en el bosque o un viaje entre ciudades”, explicó la experta.

La enfermedad se manifiesta inicialmente con síntomas similares a los de la influenza, pero si el virus afecta el sistema nervioso, pueden ocurrir complicaciones neurológicas graves, como meningitis, que requieren hospitalización.

El Instituto Nacional de Salud Pública recordó que la encefalitis transmitida por garrapatas es una enfermedad viral aguda que suele asociarse a complicaciones neurológicas. Las fuentes de infección incluyen la picadura de una garrapata infectada, el consumo de leche no pasteurizada de un animal infectado, así como una transfusión de sangre o un trasplante de órganos de una persona en fase virémica.

En respuesta a la creciente amenaza, se inauguró en Varsovia la séptima edición de la campaña “No juegues con la garrapata. Vence a la encefalitis transmitida por garrapatas”. La campaña tiene como objetivo aumentar la conciencia pública sobre las amenazas asociadas con la encefalitis transmitida por garrapatas y promover la vacunación como un método eficaz de prevención.

La encefalitis transmitida por garrapatas (ETG) es una infección viral causada por uno de los tres subtipos del virus de la ETG, pertenecientes a la familia *Flaviviridae*: centroeuropeo, siberiano y del Lejano Oriente. Es muy probable que el subtipo centroeuropeo sea el subtipo implicado en los casos de Polonia.

Este país tiene una larga y creciente historia de ETG. El área geográfica de distribución de las garrapatas está aumentando, al igual que los casos de ETG en Polonia, como señala este informe. *Ixodes ricinus* está ampliamente distribuida por Europa y es el principal vector del virus de la ETG. Se pueden esperar más casos, por lo que es aconsejable promover la vacunación.

La inmunización ofrece la protección más eficaz contra la ETG. Actualmente, existen cuatro vacunas ampliamente utilizadas y de calidad asegurada: FSME-Immun y Encepur, fabricadas en Austria y Alemania, respectivamente –basadas en cepas centroeuropeas del virus–, y TBE-Moscú y EnceVir, fabricadas en Rusia, y basadas en cepas del Lejano Oriente. Las cuatro vacunas se consideran seguras y eficaces.



En el territorio de Krasnoyarsk, en 2023, 466 personas contrajeron difilobotrosis, según informó la oficina local del Servicio Federal para la Supervisión y la Protección de los Consumidores (Rospotrebnadzor).

La difilobotrosis es una helmintosis que cursa con síntomas gastrointestinales y anemia. La enfermedad puede ser asintomática.

Afecta con mayor frecuencia a adultos, con alrededor de 88,8% de los casos. La población urbana lo sufre al igual que la población rural.

Para prevenir la difilobotrosis, debe prepararse el pescado correctamente: cocinarlo en porciones durante al menos 20 minutos desde el momento de hervir, o freír los filetes de pescado durante al menos 20 minutos.

Los expertos afirman que la fuente de infección para los humanos pueden ser no solo los peces de agua dulce –lucio (*Esox lucius*), perca (*Perca fluviatilis*), lota (*Lota lota*), lucioperca (*Sander lucioperca*)–, sino también los peces marinos que desovan en ríos de agua dulce: salmón del Pacífico (*Oncorhynchus* spp.), salmón rosado (*Oncorhynchus gorbuscha*), salmón chum (*Oncorhynchus keta*) y otros.



La difilobotrosis, también conocida como botriocefalosis, es una enfermedad parasitaria causada por cestodos del género *Diphyllobothrium*, pertenecientes a la familia Diphyllbothriidae, orden Pseudophyllidea. Dentro de este género, la especie que causa la mayoría de los casos en humanos es *Diphyllobothrium latum*, aunque existen otras especies congénicas que también han provocado casos a lo largo de la historia. Entre los cestodos parásitos que infectan mayoritariamente a los humanos, es uno de los que presentan una mayor longitud, alcanzando normalmente tamaños de entre 3 a 10 metros, e incluso llegando a los 20 metros.

Esta enfermedad es considerada una zoonosis alimentaria que se adquiere a través del consumo de pescado parasitado crudo o insuficientemente cocido. La mayoría de las infecciones se producen por consumo de peces de agua dulce, como salmones o truchas, siendo áreas endémicas para esta enfermedad los países escandinavos, Asia y regiones de los Grandes Lagos de América, donde prevalece una alimentación basada principalmente en este tipo de pescado.

La variedad de platos típicos que contienen pescado crudo ha ayudado en los últimos años a la propagación de la difilobotrosis. Debido a la globalización actual, el consumo y preparación de algunos de estos platos típicos se ha distribuido prácticamente por los cinco continentes. Además influye la creencia, tanto en los países desarrollados como los países en desarrollo, que el pescado crudo tiene mayores beneficios nutricionales. El sushi y el sashimi son dos claros ejemplos de platos que utilizan pescado crudo y provocan numerosas infecciones en Asia; sin embargo, son platos que ya están distribuidos por todo el mundo provocando un aumento en la distribución del parasitismo. El ceviche es otro claro ejemplo de plato que utiliza pescado crudo y que está bastante extendido por muchos lugares de Sudamérica y Centroamérica. La religión también influye en el consumo de estos platos, así por ejemplo, el gefilte es un plato de pescado crudo muy consumido por la comunidad judía.

La difilobotrosis es una infección que puede persistir mucho tiempo en los individuos que la padecen y ello se debe a que la mayoría de las personas infectadas son asintomáticas. Cuando aparecen, los síntomas típicos de la difilobotrosis son pérdida de peso, dolor abdominal, astenia, anorexia, además de síntomas digestivos (náuseas, vómitos, diarreas), nerviosos (insomnio, adormecimiento de extremidades, preocupación), y alérgicos (prurito cutáneo).

Factores como la edad y el sexo no influyen en los casos registrados de difilobotrosis. La carga parasitaria influye en la aparición de síntomas muy graves, ya que, a mayor carga parasitaria, se produce obstrucción intestinal y, como consecuencia, se genera una mayor cantidad de desechos metabólicos que producen una toxemia grave. La difilobotrosis provoca anemia perniciosa, ya que *D. latum* compete de manera directa en el intestino con la absorción de la vitamina B12, causando una disminución del factor intrínseco, produciendo así el desarrollo de esta anemia.

La base para la prevención y el control de la difilobotrosis es la educación sanitaria dirigida a la necesidad de inactivar los parásitos ya sean mediante cocción o congelación previa del pescado que se va a consumir. Se recomienda una cocción de 56°C al menos durante 5 minutos y congelar el pescado a -10°C durante al menos 3 días o a -18°C durante 2 días para dejar sin viabilidad a los parásitos presentes en la musculatura del pescado.

Curso virtual

100% online
Otorga créditos SADI
Inicio: Abril



sadi Sociedad Argentina
de Infectología

Curso virtual Los animales de compañía y las familias, desde la perspectiva de Una Salud

Zoonosis, multirresistencia y otros temas clave

Directores:
Dra. Susana Lloveras, Dr. Pablo Borrás



Programa

Módulo 1 | Los animales de compañía en la familia

1. Una Salud y Animales de Compañía (AC). Dinámica humano-animal. Situación actual. **Dra. Susana Lloveras**
2. Animales y personas: reflexiones desde la antropología social. **Dra. Andrea Mastrangelo**
3. Tenencia responsable. Vacunación, esterilización, control de reproducción, desparasitación y prevención de mordedura, desde los centros de zoonosis. ¿Cómo se trabaja en un centro de Zoonosis? **Dr. Gustavo Martínez**

Módulo 2 | Animales de compañía y riesgos para la salud

1. Los animales de compañía como centinelas para la Salud pública. **Dr. Gabriel Cicuttin**
2. Enfermedades zoonóticas en animales de compañía: nuevos escenarios. **Dr. Pablo Borrás**
3. Enfermedades zoonóticas asociadas a animales de compañía exóticos o no tradicionales. Venta ilegal de especies exóticas. **Dr. Guillermo Wiemeyer**
4. Los animales de compañía en la casa de personas con inmunosupresión. **Dra. Claudia Salgueira**
5. Enfermedades y problemas relacionados con AC en pediatría. **Dra. Silvia Gonzalez Ayala**

Módulo 3 | Animales de compañía y resistencia antimicrobiana

1. Diseminación de bacterias resistentes entre animales de compañía y humanos. Los mecanismos de resistencia más relevantes. **Dra. Paula Gagetti**
2. Dificultades en el tratamiento de algunas enfermedades frecuentes de los animales de compañía. El Diagnóstico microbiológico como pilar del tratamiento adecuado. **Dra. Gabriela Giacobboni**

Módulo 4 | Las nuevas tendencias en relación con AC

1. La alimentación de los animales de compañía y las nuevas tendencias de dietas crudas. **Dra. Marta Zubaldía**
2. Atención centrada en el paciente: rol de los animales de compañía en la recuperación de pacientes (Los AC dentro de los hospitales). Riesgos y beneficios. **Lic. Daiana Anabel Pugliese**

Inscríbete aquí con un beneficio especial

30% OFF

Por inscripción anticipada

Cuotas sin interés

Con Mercado Pago

Y promociones especiales para alumnos y ex alumnos del campus, residentes y Socios SADI. ¡Descuentos acumulativos hasta 50% OFF!

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

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

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