

## CÓRDOBA

- Pasco: Se confirmaron dos casos de leptospirosis

## ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de bronquiolitis en menores de 2 años

## AMÉRICA

- Alerta epidemiológica por sarampión en la Región

- Chile: El hantavirus Andes se puede transmitir por contacto cercano a través de fluidos

- Chile: Alerta por un aumento de casos de influenza asociados a *Streptococcus pyogenes*

- Costa Rica: Reportan 177 casos de malaria en lo que va del año

- Estados Unidos: La tasa más alta de mortalidad materna entre los países de altos ingresos

- Estados Unidos: Brote multiestatal de salmonelosis vinculado al consumo de pepinos

- México: Primer caso humano de influenza aviar A(H5N2)

## EL MUNDO

- Chequia: Aumentan los casos de tos convulsa y sarampión

- Europa: Aumento de la actividad del parvovirus B19 en la Región

- Marruecos: Mueren ocho personas en Sidi Allal Tazi por consumo de bebidas alcohólicas adulteradas

- La descentralización del diagnóstico de la tuberculosis mejora el cribado en niños

- Sarampión y panencefalitis esclerosante subaguda: progresiva, incapacitante y mortal

### Comité Editorial

**Editor Honorario** ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021)

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

### Editor en Jefe

ÍLIDE SELENE DE LISA

### Editores adjuntos

RUTH BRITO  
ENRIQUE FARÍAS

### Editores Asociados

ISSN 2796-7050

ADRIÁN MORALES // ÁNGELA GENTILE // NATALIA SPITALE  
SUSANA LLOVERAS // TOMÁS ORDUNA // DANIEL STECHER  
GUSTAVO LOPARDO // DOMINIQUE PEYRAMOND // 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 // EDUARDO LÓPEZ // ISABEL CASSETTI  
HORACIO SALOMÓN // JAVIER CASELLAS // EDUARDO SAVIO  
SERGIO CIMERMAN

### Patrocinadores



### Adherentes



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

© Copyright 2020 - ISSN 2796-7050 - [recfot](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.

El Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, a través del Departamento de Zoonosis de la Dirección de Jurisdicción de Epidemiología, confirmó esta semana dos casos de leptospirosis, enfermedad producida por la bacteria *Leptospira interrogans*, que puede estar presente en la orina de animales como roedores, perros, vacas, cerdos, caballos y animales silvestres.

La transmisión se produce por contacto directo con la orina de un animal infectado, o por la ingestión de alimentos o agua contaminados con dicha orina. La transmisión de persona a persona es muy rara. Dado que la bacteria sobrevive en sitios húmedos protegidos de la luz, el riesgo de contraerla aumenta en lugares que presentan estas condiciones o en inundaciones.

En la mayoría de los casos se presenta fiebre, dolor de cabeza, dolores musculares y malestar general. En muy pocos casos evoluciona a una enfermedad grave potencialmente mortal.

Al respecto, Laura Raquel López, subsecretaria de Estrategias Sanitarias y Acceso a la Salud, remarcó: “Los síntomas de esta enfermedad pueden parecerse inicialmente a los de la influenza o el dengue y, en zonas endémicas, a los de fiebre hemorrágica argentina; por eso es sumamente importante la consulta temprana y el tratamiento oportuno para reducir los riesgos de presentar formas graves”.

## Los casos confirmados

A partir de la notificación de un caso sospechoso de leptospirosis se identificó otro paciente con síntomas similares, relacionado laboralmente, y que había fallecido semanas atrás.

Se trata de dos personas de sexo masculino de 51 y de 63 años de la localidad de Pasco, departamento General San Martín. Los casos fueron atendidos en distintos centros de salud, los dos requirieron internación, uno de ellos (51 años) falleció y el otro permanece internado con asistencia respiratoria.

De la investigación epidemiológica se pudo conocer que ambos desempeñaban tareas en un tambo de la misma localidad, realizando actividades de ordeño y manejo de otros animales como cerdos y ovejas. Continúan las investigaciones para establecer el origen de la infección.

Las acciones de prevención y control pertinentes son llevadas a cabo por el Departamento de Zoonosis del Ministerio de Salud de Córdoba, la Dirección General de Fiscalización del Ministerio de Bioagroindustria; el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria, la Dirección General de Control de la Industria Alimenticia del Ministerio de Producción, Ciencia e Innovación Tecnológica, y la Secretaría de Policía Ambiental del Ministerio de Ambiente y Economía Circular y la Municipalidad de Pasco.

12/05/2024

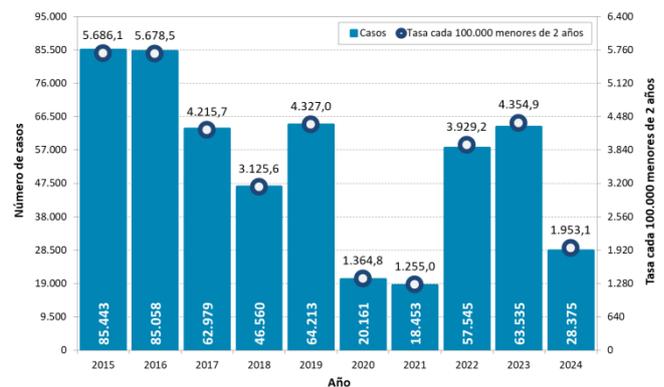
En el año 2024, hasta la semana epidemiológica (SE) 20, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS<sup>2.0</sup>) 28.375 casos de bronquiolitis en menores de 2 años, con una tasa de incidencia acumulada de 1.935,1 casos cada 100.000 menores de 2 años.

El número de notificaciones en los nueve años previos (2015-2023) muestra que los años con mayor número de casos entre las SE 1 y 20 fueron 2015 (85.443 casos) y 2016 (85.058 casos), con un descenso paulatino y continuo en las notificaciones de los siguientes años, volviendo a incrementarse en 2019 respecto de los dos años previos, con un nuevo descenso en 2020 y con valores inusualmente bajos en 2020 (20.161 casos) y 2021 (18.453 casos). En los años 2022 y 2023 se registra nuevamente un aumento de las notificaciones. En el año 2024 las notificaciones son menores respecto de los registros históricos, superando únicamente las de 2020 y 2021.

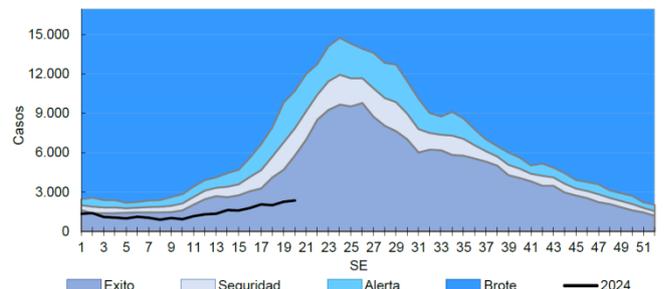
En el año 2024, hasta la SE 20, las notificaciones se mantuvieron en zona de éxito. Sin embargo, entre las SE 16 y 20 se observa un ligero ascenso de las notificaciones.

### Vigilancia en UMAs<sup>1</sup>

En 2024, hasta la SE 21, en el marco de la estrategia de vigilancia de las unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios (UMAs), se analizaron mediante reacción en cadena de la poli-



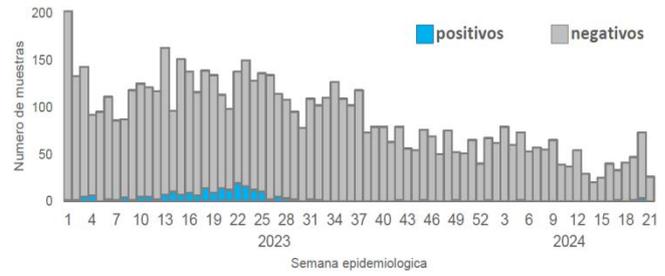
Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 menores de 2 años. Argentina. Años 2015-2024, hasta semana epidemiológica 20. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Corredor endémico semanal 2024, en base a datos de los años 2015/2023 (se excluyen los años pandémicos 2020, 2021 y 2022). Argentina. Año 2024, hasta semana epidemiológica 20. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

<sup>1</sup> El objetivo de la estrategia de vigilancia de las unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios (UMAs) es mantener la vigilancia y monitoreo de la bronquiolitis en menores de 2 años en pacientes ambulatorios en las 24 jurisdicciones del país, logrando así una representatividad geográfica. Adicionalmente, entre aquellos casos que cumplen con la definición de enfermedad tipo influenza, se realiza un muestreo aleatorio o sistemático para el estudio de SARS-CoV-2, influenza y virus sincicial respiratorio mediante la prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR).

merasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) 1.035 muestras para virus sincial respiratorio (VSR), con siete detecciones y una positividad acumulada de 0,68%. En las últimas dos SE analizadas (SE 20 y 21) se registraron tres detecciones entre 99 muestras estudiadas.



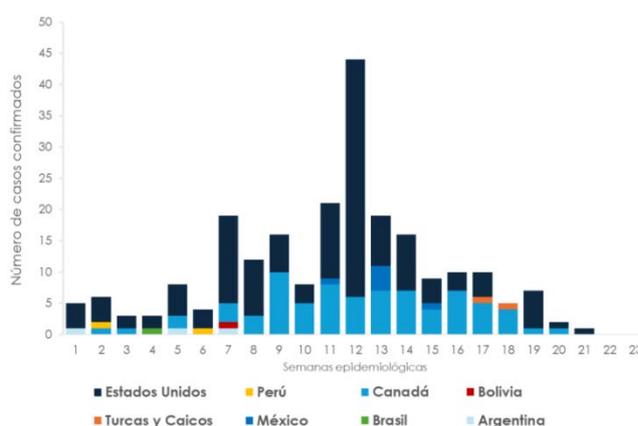
Muestras positivas y negativas para virus sincial respiratorio mediante técnica PCR. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 21 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

## Vigilancia en pacientes hospitalizados

En 2024, hasta la SE 21, se notificaron 374 muestras positivas para VSR en pacientes hospitalizados, con un desdenso de 89,96% respecto de las notificaciones de igual periodo del año anterior. A partir de la SE 16 se registra una tendencia ascendente en las detecciones, con 68 casos en personas internadas en la última SE analizada.

El mayor número de casos positivos registrados en 2024, se registró en menores de 5 años, particularmente en los niños menores de 1 año.

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recomendó a los Estados Miembros continuar con los esfuerzos necesarios para lograr y mantener coberturas adecuadas de vacunación contra el sarampión y la rubéola, garantizar la detección y respuesta oportuna a casos, los que pueden generar brotes de diversa magnitud en los países de la Región de las Américas. Se hace hincapié en estas recomendaciones considerando los eventos masivos y deportivos que se realizarán en países de las Américas, el inicio de la temporada de turismo en el Hemisferio Norte, y el incremento de casos a nivel global.



Casos confirmados de sarampión, según país. Región de las Américas. Año 2024, hasta semana epidemiológica 23. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

### Antecedentes

De acuerdo con los datos mensuales de vigilancia de sarampión y rubéola, publicados por la OMS en 2024, en este año, hasta el 8 de mayo, se notificaron 178.768 casos sospechosos de sarampión, en 166 Estados Miembros de las seis regiones de la OMS, de los cuales 121.413 (68%) fueron confirmados, lo cual representa un incremento de 94% en comparación con el mismo periodo de 2023 (62.642 casos). En el año 2023, se informaron 615.336 casos sospechosos de sarampión en 174 Estados Miembros de la OMS, de los cuales 322.108 (52%) fueron confirmados.

Durante 2023, la OPS/OMS alertó en dos ocasiones (el [8 de febrero](#) y el [20 de octubre](#)) sobre la disminución de las coberturas de la primera y segunda dosis de la vacuna triple viral, contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis (SRP1 y SRP2) y la ocurrencia de casos de sarampión en países de la Región de las Américas. El último análisis de las coberturas de vacunación en la Región de las Américas se encuentra disponible en la [Alerta epidemiológica por sarampión](#) en la Región de las Américas de la OPS/OMS publicado el 29 de enero del 2024.

### Resumen de la situación en la Región de las Américas

En 2024, hasta la semana epidemiológica (SE) 21, se notificaron en la Región de las Américas 7.167 casos sospechosos de sarampión, de los cuales 234 casos han sido confirmados, 233 por

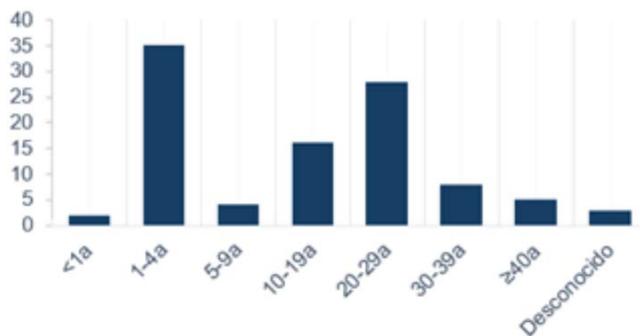
laboratorio y uno por nexo epidemiológico, en siete países de la región y en las Islas Turks and Caicos.

Los casos confirmados muestran un incremento a partir de la SE 7, con el número máximo de casos registrado en la SE 12. A partir de la SE 13 se observa una tendencia al descenso que se ha mantenido hasta la fecha. De acuerdo con la información disponible en los 234 casos confirmados, el grupo de edad con la mayor proporción de casos corresponde al de 1 a 4 años y al de 20 a 29 años, con 35% y 28%, respectivamente. Con relación al antecedente de vacunación, el 65% de los casos no estaban vacunados y en 13% dicha información era desconocida o ausente.

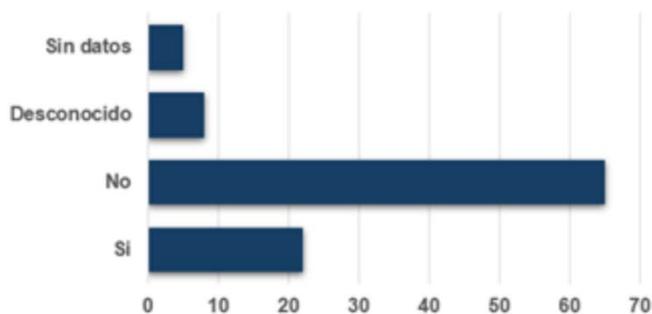
A continuación, se presenta la actualización de la situación epidemiológica del sarampión en los países y territorios que han notificado casos confirmados en 2024.

- Argentina:** En 2024, hasta la SE 21, el Ministerio de Salud de la Nación, notificó tres casos de sarampión confirmados por laboratorio. El primer caso corresponde a un niño de 19 meses sin vacunación, residente en la ciudad de Salta, y sin antecedente de viajes, en el que no se identificó la fuente de infección. Se detectó el genotipo D8, linaje MVs/Patán.IND/16.19 el cual circula actualmente en varios países de Europa, como Alemania, Austria y el Reino Unido. En la SE 6 se detectó en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires un caso importado en un niño de 6 años, no vacunado, residente en Barcelona, España. En el seguimiento de los contactos, se confirmó un caso de sarampión en el hermano de 13 meses. En ambos casos se detectó el genotipo B3 circulante en Francia y Portugal. Ambos presentaron evolución clínica favorable y no se han detectado casos adicionales.

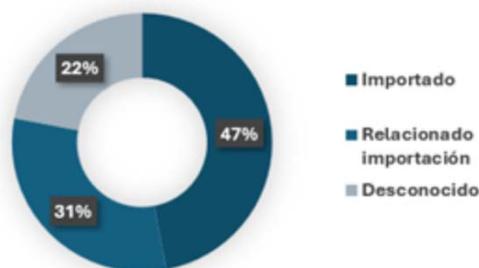
- Bolivia:** El 29 de febrero del 2024, el Ministerio de Salud y Deportes confirmó un caso de sarampión residente de la ciudad de Bermejo, Tarija. Se trata de una niña de 7 años que presentó fiebre el 13 de febrero e inició de exantema el 15 de febrero. No reportó otra sintomatología. Consultó al centro de salud de la zona, se tomaron tres muestras: la primera de suero, para serología el 19 de febrero y la segunda de suero y de hisopado nasofaríngeo el 23 de febrero. Las muestras fueron derivadas al Laboratorio Nacional de Referencia del



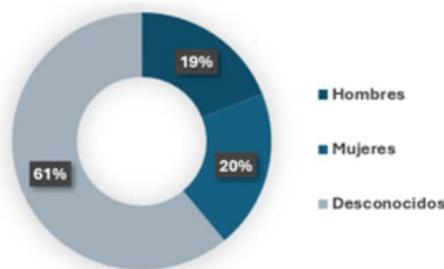
Casos confirmados de sarampión, según grupo etario. Región de las Américas. Año 2024, hasta semana epidemiológica 23. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.



Porcentaje de casos confirmados de sarampión, según estado de vacunación. Región de las Américas. Año 2024, hasta semana epidemiológica 23. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.



Porcentaje de casos confirmados de sarampión, según fuente de la infección. Región de las Américas. Año 2024, hasta semana epidemiológica 23. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.



Porcentaje de casos confirmados de sarampión, según sexo. Región de las Américas. Año 2024, hasta semana epidemiológica 23. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

Centro Nacional de Enfermedades Tropicales (CENETROP), donde se confirmó la infección mediante IgM e IgG positivas para sarampión. El caso no cuenta con antecedente de vacunación con triple viral, tiene como antecedente de viaje reciente un desplazamiento al interior del país a la ciudad de El Alto en el departamento de la Paz. La niña presentó evolución clínica favorable. A la fecha no se ha identificado la fuente de infección y no se han detectado casos secundarios.

- **Brasil:** El 9 de enero de 2024, el Ministerio de Salud recibió información sobre un caso sospechoso en Rio Grande do Sul. El caso corresponde a un niño de 3 años sin antecedente de vacunación procedente de Pakistán, quien ingresó al país el 26 de diciembre de 2023 por el aeropuerto de Guarulhos/São Paulo. Tuvo una conexión el mismo día en el aeropuerto de Porto Alegre/Rio Grande do Sul. El 27 de diciembre de 2023 viajó por autobús de Porto Alegre a Rio Grande, iniciando su cuadro clínico con síntomas inespecíficos de sarampión, y debido al empeoramiento, solicitó asistencia en la Unidad de Cuidados de Urgencia el 2 de enero de 2024, donde permaneció aislado. El paciente fue trasladado al hospital e ingresado, permaneciendo en aislamiento. El 4 de enero inició erupción cutánea y se identificaron las manchas de Koplik, las cuales son características en un caso de sarampión. El caso fue confirmado por laboratorio a través de las pruebas serológicas realizadas en el Laboratorio Central de Salud Pública de Rio Grande do Sul (LACEN) y las pruebas de biología molecular (rRT-PCR y secuenciación) realizadas en el Laboratorio de Referencia de la Fundación Instituto 'Dr. Oswaldo Gonçalves Cruz' en Rio de Janeiro, que confirmaron sarampión, genotipo B3. El caso presentó evolución favorable, hasta la fecha no se han identificado casos sospechosos secundarios de la enfermedad. En el país, el último caso endémico de sarampión se registró en junio de 2022.
- **Canadá:** En 2024, hasta la SE 20, se notificaron 77 casos de sarampión confirmados por laboratorio, incluido un caso fatal. De los casos confirmados, 26 fueron importados, 44 relacionados con importación y siete de origen desconocido. El 68% de los casos se notificó en la provincia de Quebec (51 casos), seguida de la provincia de Ontario (23 casos). El 60% de los casos son mayores de 18 años, seguido de 30% de los casos en el grupo de menores de cinco años (23 casos). El caso fatal reportado fue un niño menor de cinco años, sin antecedentes de vacunación, residente en la provincia de Ontario. Los genotipos B3 y D8 fueron identificados en 52 y 13 de los casos confirmados, respectivamente.
- **Estados Unidos:** En 2024, hasta la SE 18, se confirmaron 142 casos en 21 jurisdicciones, incluyendo la ciudad de New York, y los estados de Arizona, California, Florida, Georgia, Illinois, Indiana, Louisiana, Maryland, Michigan, Minnesota, Missouri, New Jersey, New York, Ohio, Pennsylvania, Vermont, Virginia, Washington, West Virginia y Wisconsin. Se han notificado 10 brotes, el 68% de los casos (97 casos) se encuentran asociados a estos brotes. El 44% de los casos se registra en el grupo de menores de 5 años (63 casos), seguido por el grupo de 20 años y más (46 casos; 32%). Con relación al antecedente de vacunación en los casos confirmados, se reportó que en 82% de los casos se desconoce el historial de vacunación o no han sido vacunados, 13% ha recibido una dosis de la vacuna triple viral y 5% ha recibido dos dosis de esta vacuna. El 55% de los casos (78 casos) fueron hospitalizados para aislamiento o manejo de complicaciones. Se identificó el genotipo B3 del virus del sarampión en 24 casos (22%) y el genotipo D8 del virus en 85 casos (78%).
- **México:** En 2024, hasta la SE 18, se han confirmado seis casos: cinco por laboratorio y uno por nexo epidemiológico. Del total de casos notificados, uno se ha clasificado como importado, cuatro relacionados a importación, y uno se encuentra en proceso de clasificación de la fuente de infección. El primer caso notificado en 2024 corresponde a un niño de 4 años,

quien llegó el 14 de marzo a la Ciudad de México proveniente de Londres, con inicio de exantema en la misma fecha durante el vuelo. El caso fue detectado por la autoridad sanitaria del Aeropuerto Internacional de la Ciudad de México, y fue confirmado el 30 de marzo, por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológico. Relacionado a este caso se identificaron cuatro casos adicionales: tres adultos y un niño de 6 meses de edad quienes estuvieron en contacto con el caso índice durante el vuelo y en el aeropuerto en México. Para estos casos los estudios de secuenciación y genotipificación identificaron el genotipo D8 con linaje MVs/Patan.IND/16.19. El sexto caso corresponde a un niño de 11 años, residente de la Ciudad de México, quien presentó inicio de síntomas el 10 de abril, sin antecedente vacunal y sin antecedente de viaje fuera de la zona de residencia.

- **Perú:** En 2024, hasta la SE 18, se notificaron dos casos confirmados. El primer caso es el de un hombre de 21 años, residente del distrito de Surco, Lima, sin evidencia de vacunación contra el sarampión, con antecedente de viaje a varios países de Europa, quien presentó inicio de síntomas el 2 de enero, fue confirmado por el Laboratorio de Referencia Nacional el 27 de enero mediante serología positiva a IgM sarampión en muestras colectadas el 12 y 26 de enero. El segundo caso corresponde a una niña de 10 meses quien no presentó antecedente de vacunación por la edad, ni antecedente de viaje; es residente del distrito de Surco, Lima, presentó síntomas el 4 de febrero e inicio de erupción cutánea el 7 de febrero. Este caso fue confirmado el 14 de febrero por el Laboratorio de Referencia Nacional.
- **Islas Turks and Caicos:** Durante la SE 20 de 2024 se notificaron dos casos de sarampión que fueron confirmados por el laboratorio de la Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA). Estos casos son los primeros reportados en las islas desde 1991. El primer caso corresponde a un niño de 6 años, residente de la isla de Providenciales, sin historial de vacunación contra el sarampión, sin antecedente de viaje, y que presentó inicio de síntomas el 29 de abril. El segundo caso corresponde a un hombre de 21 años, sin antecedente de vacunación ni antecedente de viaje, residente en la isla de Providenciales, con inicio de síntomas el 18 de abril. Estos dos casos se encuentran relacionados por nexo epidemiológico y a la fecha no se ha identificado la fuente de infección y no se han detectado casos secundarios.

---

Puede consultar el documento completo haciendo clic [aquí](#).

Una reciente investigación confirmó que el hantavirus Andes puede transmitirse por contacto cercano a través de secreciones, con resultados que representan información que permitirá prevenir contagios.

Aunque la mayoría de las infecciones por el virus Andes son adquiridas a través de la exposición ambiental a aerosoles provenientes de heces, orina y saliva de roedores infectados, se ha documentado únicamente para este hantavirus la transmisión de persona a persona, principalmente asociado al contacto cercano entre un enfermo en sus primeros días de síntomas con sus contactos más cercanos, quienes cuidan o duermen con el paciente infectado.

El estudio investigó la presencia e infectividad del virus Andes en fluidos corporales, principalmente de la región oral y respiratoria, de casos confirmados y la duración de la viremia.

Para esta investigación, se estudiaron 131 participantes con infección confirmada por hantavirus Andes en Chile en un estudio prospectivo entre 2008 y 2022.

Una de las primeras observaciones del trabajo fue que las parejas de los casos de hantavirosis tenían 10 veces más riesgo de convertirse en un nuevo caso, lo que hizo sospechar que los fluidos orales estaban involucrados en la transmisión del virus. La investigación determinó que los fluidos dónde se detecta el hantavirus Andes son la saliva, las secreciones nasofaríngeas y el líquido de las encías.

El estudio documenta que, efectivamente, el virus está presente en estas secreciones y puede ser transmitido por contacto cercano desde un sujeto infectado cursando con síntomas agudos de la enfermedad a otro que no tiene inmunidad para este virus.

La información obtenida contribuye a una mejor comprensión de la eliminación viral en pacientes durante la fase aguda y de convalecencia de la enfermedad.

Al identificar los fluidos corporales con evidencia de presencia de hantavirus Andes, es posible mejorar las estrategias para el control de infecciones a los contactos domésticos cercanos y el personal de salud que brinda atención en los momentos más críticos de la enfermedad, ya que ambos grupos concentran el mayor riesgo.

Además, se espera proporcionar información valiosa para el diagnóstico molecular a partir de diferentes sitios anatómicos para las fuentes de toma de muestras.



El brote de influenza que enfrenta Chile desde hace algunas semanas ha sumado una nueva complicación tras la aparición de múltiples casos de personas afectadas por *Streptococcus pyogenes*, conocido como estreptococos del grupo A (EGA). Las autoridades del país alertaron por las infecciones provocadas por la bacteria, las que complican el estado de salud de las personas enfermas con influenza.

La gravedad de la situación quedó en evidencia el 31 de mayo, cuando se confirmó la muerte de una niña de 12 años en el Hospital Clínico Metropolitano 'Dra. Eloísa Díaz Insunza' del municipio de La Florida, en la zona sur de Santiago. El recinto médico reportó que la causa del fallecimiento de la menor fue un cuadro de influenza que se complicó con una infección generada por la bacteria.

El Ministerio de Salud entregó algunas [indicaciones](#) para detectar con rapidez la presencia de la enfermedad y también para prevenirla.

Entre enero y mayo de 2024 se informaron 191 casos de infecciones por esta bacteria. La cifra supone un aumento importante en comparación al mismo periodo del año pasado, cuando se contabilizaron solo 66 personas afectadas.

La ministra de Salud, Ximena Paz Aguilera Sanhueza, informó que todos los centros médicos del país están alertados sobre la aparición de esta bacteria, a la que calificó como "muy agresiva". "Esto puede ocurrir no sólo en caso de la infección con influenza, sino que en otros cuadros respiratorios por otros virus en que puede haber una sobreinfección agregada con bacterias", dijo la ministra el 5 de junio durante una visita al Hospital de Niños 'Dr. Luis Calvo Mackenna' del municipio de Providencia, en la zona oriental de la capital. La jefa de la cartera explicó que tener la bacteria no implica necesariamente que el paciente presente una enfermedad grave, aunque advirtió que las complicaciones pueden ser mayores cuando el afectado presenta además una infección respiratoria como la influenza.

---

*Streptococcus pyogenes* es una bacteria de las cuales existen unos 80 serotipos diferentes, que es capaz de hospedarse en el tracto respiratorio superior o en la capa superior de la piel. Es responsable de varias enfermedades, entre ellas la faringitis estreptocócica, la angina de pecho e infecciones cutáneas.

Se transmite principalmente por gotas respiratorias de personas infectadas y también con el contacto directo con la piel de un enfermo. Las personas más vulnerables ante la infección son los niños y los adultos mayores. Los factores de riesgo más frecuentes son las cirugías recientes, la inmunosupresión, las edades extremas, y las infecciones virales o bacterianas previas.

Algunas de las dolencias asociadas a la bacteria son neumonía, meningitis, infecciones en el oído, flemones en la garganta, bacteriemia o infección a los huesos. Los casos más graves, asociados a bacterias con una mayor capacidad invasora y de liberación de toxinas, pueden generar el síndrome de shock tóxico por *Streptococcus*, abscesos, miositis y fascitis necrotizante.

Las personas que presentan fiebre alta, decaimiento, dolor intenso en la garganta o en la piel, dolor de cabeza y lesiones en la piel deben consultar rápidamente al médico para recibir el tratamiento correcto.

Las personas afectadas por *S. pyogenes* son tratadas con antibióticos. Esta infección no tiene una vacuna, pero la inoculación contra la influenza o la covid evita algunos de los factores de riesgo para los pacientes.

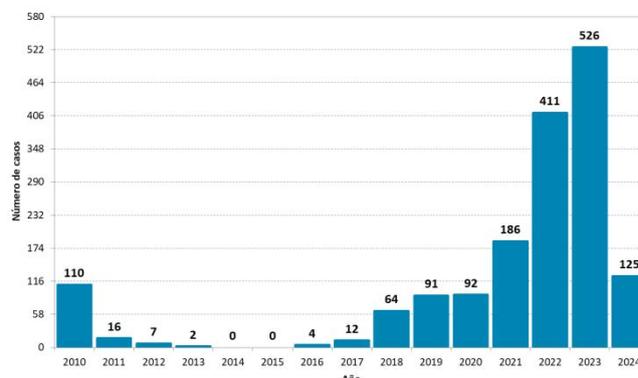
Las medidas de higiene son fundamentales para evitar la infección. Las personas deben lavar sus manos con agua y jabón antes de preparar comidas, después de toser o estornudar, y después de ir al baño. También se deben limpiar y ventilar todos los espacios que se ocupan a diario. Los pacientes que presenten síntomas de la enfermedad deben hacer reposo en su casa y no asistir al trabajo o a la escuela. Al momento de toser o estornudar se debe cubrir la nariz y la boca con el pliegue del codo o con un pañuelo descartable.



En Costa Rica, la malaria ha experimentado un crecimiento sostenido en los casos desde el año 2017. En 2024, hasta la semana epidemiológica 19, se reportan 177 casos, de los cuales 125 son autóctonos, 33 importados, 15 pendientes de clasificación y 4 recaídas.

El país cuenta con un inventario de focos en constante actualización; actualmente hay 10 focos activos, 7 focos residuales inactivos y 4 eliminados.<sup>2</sup>

Los casos autóctonos están vinculados al foco de Limón, Jardín y Los Chiles, causado por la especie *Plasmodium falciparum*. Por otro lado, los casos importados se relacionan con la ruta migratoria a través de la Selva del Darién, Panamá, y son provocados por la especie *P. vivax*. Este hallazgo sugiere la posible introducción de la enfermedad desde otras regiones, lo cual destaca la importancia de mantener una vigilancia epidemiológica efectiva y adoptar medidas de control tanto a nivel local como internacional.



Casos de malaria. Costa Rica. Años 2010/2024 (casos de 2024 hasta el 30 de mayo). Fuente: Ministerio de Salud de Costa Rica.

## Administración Masiva de Medicamentos

La Administración Masiva de Medicamentos (AMM) es una estrategia fundamental en salud pública para tratar y prevenir enfermedades infecciosas como la malaria. Consiste en administrar un medicamento específico a toda una población o grupos específicos en riesgo, de manera simultánea y en un corto período de tiempo. En el caso de la malaria, la AMM se utiliza en áreas endémicas para interrumpir la transmisión del parásito y reducir la carga de la enfermedad en la comunidad. Esta estrategia forma parte de un enfoque integral que incluye medidas de prevención, diagnóstico y control de vectores, entre otras acciones.

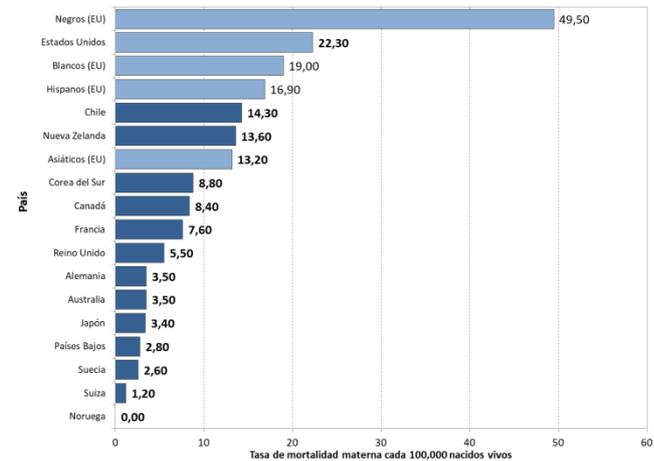
En el marco de la meta de eliminar la transmisión autóctona de la malaria, se llevó a cabo un primer ciclo de AMM durante la semana del 16 al 19 de abril de 2024 en las localidades de Finca 1 (incluyendo Barrio Carao), Ingeniería, La Unión, Finca 2, Sector 2 y Sector 9, pertenecientes al foco activo de “El Jardín” en Ticabán de la Rita de Pococí, Región Huetar Caribe. Y del 20 al 24 de mayo se llevó a cabo el segundo ciclo de tratamiento en las localidades tratadas en el primer ciclo.

Durante estas intervenciones, se administraron comprimidos de fosfato de cloroquina a personas mayores de un año que cumplieran con los criterios de inclusión definidos en el protocolo, proporcionando un efecto protector contra la malaria por aproximadamente un mes. El segundo ciclo de AMM en las localidades de Ticabán participaron 60 funcionarios del Ministerio de Salud de la Región Huetar Caribe, de manera preliminar se trataron 803 personas.

<sup>2</sup> Para que un foco sea declarado como residual inactivo, debe transcurrir un año sin aparición de casos autóctonos; paralelamente, para que un foco sea declarado como eliminado, deben transcurrir tres años sin transmisión autóctona del parásito.

Estados Unidos sigue teniendo una tasa más alta de mujeres que mueren durante el embarazo, el parto o el posparto en comparación con todas las demás naciones de altos ingresos, incluso a pesar de los recientes descensos en la tasa de mortalidad materna estadounidense, según muestra un nuevo [informe](#).

En 2022, el año más reciente del que se dispone de datos, se produjeron en Estados Unidos 22,3 muertes maternas cada 100.000 nacidos vivos. Esa tasa fue más del doble, a veces el triple, de las observadas en la mayoría de los demás países de ingresos altos ese año, según el informe del Commonwealth Fund, una fundación privada centrada en cuestiones relacionadas con la atención sanitaria.



Tasas de mortalidad materna, según países seleccionados y grupos raciales en Estados Unidos. Año 2022. Fuente: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.

Y la tasa de mortalidad materna entre las mujeres negras en Estados Unidos sigue siendo aún mayor, con casi 50 muertes cada 100.000 nacidos vivos, según el informe.

Mientras tanto, la mitad de los países de ingresos altos incluidos registraron menos de 5 muertes maternas cada 100.000 nacidos vivos, y Noruega no registró ninguna muerte materna.

A diferencia de Noruega y otros países comparables, “Estados Unidos tiene un problema de escasez de personal de atención materna, que previsiblemente irá a peor”, afirmó Munira Gunja, autora principal del informe e investigadora principal del Programa Internacional de Política Sanitaria e Innovaciones Prácticas de The Commonwealth Fund.

Gunja señaló que en Estados Unidos el acceso a las parteras, que prestan apoyo a la paciente desde el periodo prenatal hasta el posparto, es limitado.

“En Estados Unidos hay una escasez de parteras, y éstas están poco aprovechadas, mientras que en la mayoría de los demás países el número de parteras supera con creces al de ginecólogos y obstetras. Forman parte de sus sistemas sanitarios. La atención obstétrica no está suficientemente integrada en el sistema estadounidense”, afirmó Gunja.

“En Estados Unidos existen varias barreras para acceder a la atención de parteras, algo que no ocurre en otros países. Son capaces de garantizar que todas las mujeres tengan acceso a la atención, ya sea en algunos casos a un ginecólogo-obstetra y en la mayoría a una partera. Estados Unidos es el único país de este análisis sin un sistema sanitario universal. Casi 8 millones de mujeres en edad reproductiva carecen de seguro médico”, explicó.

En Noruega, que tiene cobertura sanitaria universal, la atención prenatal es gratuita y los embarazos de alto riesgo se identifican eficazmente.

## Estados Unidos, “un caso atípico”

El estudio analizó los datos de mortalidad materna de 14 países de altos ingresos: Alemania, Australia, Canadá, Chile, Corea del Sur, Estados Unidos, Francia, Japón, Noruega, Nueva Zelanda, Países Bajos, Reino Unido, Suecia y Suiza.

Los datos, procedentes de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos y la Organización



para la Cooperación y el Desarrollo Económico, mostraban que las tres naciones con la tasa de mortalidad materna más alta eran Estados Unidos (22,3 muertes maternas cada 100.000 nacidos vivos), Chile (14,3) y Nueva Zelanda (13,6).

Las tres naciones con menor tasa de mortalidad materna eran Noruega (sin muertes maternas), Suiza (1,2 muertes maternas cada 100.000 nacidos vivos) y Suecia (2,6).

Durante la pandemia de covid, las tasas de mortalidad materna aumentaron en Australia, Japón, Países Bajos y Estados Unidos. Este incremento pudo deberse a un aumento de las infecciones relacionadas con la covid, a complicaciones agravadas por el virus o a retrasos o menor acceso a la atención sanitaria en aquella época. Más recientemente, las tasas de mortalidad materna han empezado a descender en Chile, Noruega y Estados Unidos.

La tasa de mortalidad materna en Estados Unidos cayó de 32,9 muertes maternas cada 100.000 nacidos vivos en 2021 a 22,3 cada 100.000 en 2022, según datos de los CDC.

“Es alentador ver menos muertes maternas en Estados Unidos en 2022; sin embargo, este país sigue siendo un caso atípico, y las disparidades raciales son profundamente preocupantes”, dijo la Dra. Laurie Zephyrin, vicepresidenta sénior para el avance de la equidad en salud de The Commonwealth Fund.

“Es hora de centrarse en la equidad diversificando el personal y abordando de frente las desigualdades raciales en la calidad y el acceso a la atención sanitaria. Ahora es el momento de dar prioridad a lo que se sabe que ya funciona bien en otros países: ampliación de la cobertura del seguro médico, refuerzo del personal y de los sistemas de apoyo, y baja por maternidad remunerada”, afirmó.

El sistema sanitario, las diferencias políticas y los desiertos de atención a la maternidad, donde los residentes tienen un acceso limitado o nulo a la atención sanitaria materna, son algunos de los factores que impulsan la elevada tasa de mortalidad materna en Estados Unidos.

Estados Unidos y Canadá son los países con menor oferta global de parteras y gineco-obstetras para atender a las madres embarazadas y en el posparto, con solo 16 y 13 proveedores cada 1.000 nacidos vivos, respectivamente. En Canadá, la tasa de mortalidad materna se estima en 8,4 muertes cada 100.000 nacidos vivos.

Según un informe de la organización sin fines de lucro March of Dimes de 2022, más de 2,2 millones de mujeres estadounidenses en edad fértil, entre 15 y 44 años, viven en desiertos de maternidad. Y el año pasado, otro análisis reveló que los hospitales de una décima parte de los condados estadounidenses han perdido sus unidades de partos en los últimos cinco años.

Las parteras podrían ayudar a resolver la escasez de personal de maternidad en Estados Unidos, donde casi la mitad de los condados carecen de un solo ginecólogo-obstetra. Se calcula

que hacen falta 8.000 ginecólogos-obstetras más para satisfacer la demanda, cifra que podría aumentar hasta 22.000 en 2050.

Además, casi dos tercios de las muertes maternas se producen en el periodo de posparto, hasta 42 días después del parto, y las mujeres estadounidenses son las que menos probabilidades tienen de recibir visitas a domicilio tras el parto. Todos los países del informe, salvo Estados Unidos, garantizan al menos una visita a domicilio en la semana posterior al parto. A nivel estatal, solo algunos programas de Medicaid en Estados Unidos cubren estas visitas.

La Organización Mundial de la Salud recomienda al menos cuatro contactos sanitarios en las seis primeras semanas tras el parto; sin embargo, dos de cada cinco mujeres estadounidenses, en la mayoría de los casos más jóvenes, con bajos ingresos y sin seguro, se saltan su único control posparto.

En la primera semana de posparto, las causas más frecuentes de muerte materna fueron las hemorragias graves, la hipertensión y las infecciones, mientras que la cardiomiopatía fue la principal causa de muerte más adelante en el periodo posparto.

Además, Estados Unidos es el único país de altos ingresos en el que no existe una política federal de baja remunerada obligatoria para las madres después del parto. Las mujeres estadounidenses tienen menos probabilidades de disfrutar de un permiso remunerado garantizado que las mujeres de otros países de altos ingresos, donde es obligatorio un permiso remunerado de al menos 14 semanas.

“Las muertes maternas son un problema evitable, y este problema puede resolverse. Muchos países han sido capaces de encontrar la manera de que todas las mujeres estén en buenas manos a la hora de tener un bebé y después de dar a luz. Debemos extender esto también a las mujeres de Estados Unidos. Sabemos que la mayoría de las muertes se producen durante el posparto, así que debemos asegurar los permisos remunerados obligatorios a nivel federal, facilitar a las mujeres la atención posparto, lo que significa tener visitas a domicilio y no obligarlas a ir al médico”, afirmó Gunja.

## **Necesidad de equidad en salud materna**

Las disparidades raciales en las tasas de mortalidad materna persisten no sólo en Estados Unidos, sino también en otras partes del mundo donde algunas mujeres tienen menos acceso al apoyo posparto.

En el Reino Unido, por ejemplo, las mujeres negras tienen cuatro veces más probabilidades de morir que las blancas. En Australia, las mujeres indígenas tienen el doble de probabilidades de morir por complicaciones maternas que las no indígenas.

Los hallazgos sugieren que la escasez de proveedores de servicios de maternidad, en especial de parteras, y la falta de acceso a un apoyo posparto integral, incluida la cobertura de la atención de maternidad y la licencia de maternidad pagada obligatoria, son factores que contribuyen. Dado que ambos factores afectan desproporcionadamente a las mujeres de color, centrar la equidad en cualquier cambio político futuro será clave para abordar la crisis.

“El informe de The Commonwealth Fund pone de relieve la necesidad de mejorar la atención sanitaria materna y la equidad en la salud materna en Estados Unidos”, dijo la Dra. Tochi Iroku-Malize, médico de familia en Long Island, New York, y presidenta de la junta directiva de la Academia Estadounidense de Médicos de Familia, que no participó en el nuevo informe.

“En el caso de la medicina familiar, sabemos que desempeñamos un papel crucial en la prestación de atención obstétrica durante el embarazo y el puerperio, que es necesaria, y la aten-

ción sanitaria materna no puede detenerse después de que la paciente dé a luz”, dijo, y pidió a sus colegas estadounidenses que estuvieran atentos a las complicaciones de salud materna, como la cardiomiopatía o los trastornos mentales, en sus pacientes púerperas, ya que la mayoría de las muertes maternas se producen durante ese periodo.

“El cuerpo de una paciente posparto sigue experimentando inmensos cambios físicos, hormonales y emocionales que no se pueden pasar por alto. Y nuestra formación como médicos de familia nos ayuda a detectar y abordar todo el espectro de necesidades físicas, emocionales y sociales durante el embarazo y el posparto”, afirmó.

“La incorporación de más parteras al personal de atención materna sigue siendo un componente importante y una gran necesidad”, dijo la Dra. Michelle Owens, ginecóloga y obstetra de Jackson, Mississippi, que no participó en el informe.

“Pero también tenemos que asegurarnos de que contamos con sistemas que faciliten la intensificación de la atención cuando sea necesario, de modo que cada persona que dé a luz tenga acceso a la atención adecuada en el momento oportuno. El diagnóstico y tratamiento oportunos de las complicaciones son esenciales para garantizar la salud y seguridad generales de las madres y sus hijos”, afirmó Owens, miembro del Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG).

“El ACOG recomienda que las futuras madres participen como socios activos en su cuidado, asistan a sus citas programadas durante y después del embarazo, y consideren la planificación del embarazo con el fin de optimizar los resultados del embarazo. Por último, los pacientes necesitan sentirse capacitados para expresar sus preocupaciones a sus proveedores de atención médica, y que sus proveedores escuchen sus preocupaciones y trabajen en colaboración con los pacientes para la resolución de sus preocupaciones”, añadió.

“Este informe se suma a varios otros estudios que han puesto de relieve la elevada tasa de mortalidad materna de Estados Unidos”, dijo el Dr. Christopher Zahn, CEO interino y jefe de Práctica Clínica y Equidad y Calidad Sanitaria del ACOG.

“A pesar de capturar diferentes períodos de tiempo y usar diferentes metodologías, lo que podemos sacar con confianza de estos informes es que el número de muertes maternas en este país sigue siendo inaceptablemente alto”, escribió Zahn, quien no participó en el último informe de The Commonwealth Fund.

“En 2016, el público se sorprendió al enterarse por un estudio ampliamente publicitado que Estados Unidos tenía la tasa más alta de mortalidad materna en comparación con otros países desarrollados. El informe de The Commonwealth Fund muestra que casi una década después este sigue siendo el caso. Obviamente son noticias desalentadoras, pero también debemos reconocer que, a pesar del esfuerzo colectivo realizado para mejorar los resultados de la salud materna, nos hemos enfrentado a tremendos reveses”, dijo Zahn, refiriéndose a las interrupciones en el acceso a la atención debido a la pandemia de covid, la anulación de Roe vs. Wade y las continuas desigualdades sanitarias que se traducen en disparidades raciales y étnicas.

“Los puntos débiles de nuestras políticas y sistemas vienen de lejos y contribuyen claramente a los malos resultados de salud materna que experimentamos hoy”, añadió. “El ACOG continuará su trabajo para mejorar la calidad y la seguridad en la atención de la salud materna, educando a sus miembros sobre la necesidad de eliminar el racismo y los prejuicios en la medicina y abogando por políticas que apoyen tanto a los médicos como a los pacientes en un esfuerzo por mejorar los resultados”.



Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), funcionarios reguladores y de salud pública de varios estados y la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de Estados Unidos están recopilando diferentes tipos de datos para investigar un brote multiestatal de infecciones por *Salmonella enterica enterica* serovariedad Africana. Los datos epidemiológicos muestran que los pepinos pueden estar contaminados con *Salmonella* y pueden enfermar a las personas.

Los CDC y la FDA también están investigando un brote de infecciones por *Salmonella enterica enterica* serovariedad Braenderup, con 158 casos en 23 estados. Los dos brotes comparten varias similitudes, incluido dónde y cuándo ocurrieron las enfermedades y la demografía de las personas enfermas. Los investigadores están trabajando para determinar si los dos brotes podrían estar relacionados con el mismo alimento.

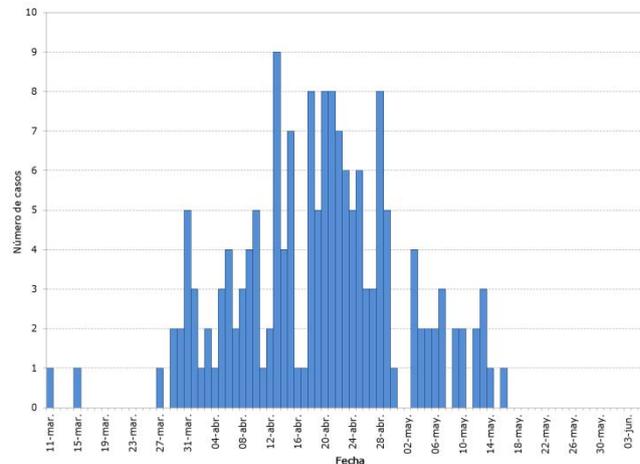
Hasta el 4 de junio, se había informado de un total de 162 personas infectadas con la cepa del brote de *Salmonella* Africana en 25 estados y el Distrito de Columbia: Pennsylvania (27 casos), New York (19), Florida (18 casos), Virginia (17), Ohio (9), Georgia (8), South Carolina (8), Tennessee (8), North Carolina (7), Massachusetts (5), Minnesota (5), Kentucky (4), Michigan (4), Rhode Island (4), Iowa (3), New Jersey (3), Connecticut (2), Texas (2), Maryland (2), Alabama (1), Arkansas (1), Distrito de Columbia (1), Delaware (1), Indiana (1), Maine (1) y Missouri (1).

Las enfermedades comenzaron en fechas que van desde el 11 de marzo hasta el 16 de mayo de 2024. De 127 personas con información disponible, 54 han sido hospitalizadas y no se han reportado muertes.

Es probable que el número real de casos de este brote sea mucho mayor que el informado, y es posible que el brote no se limite a los estados que notificaron casos. Esto se debe a que muchas personas se recuperan sin atención médica y no se les hacen pruebas para detectar *Salmonella*. Además, es posible que aún no se informen casos recientes, ya que normalmente se necesitan de 3 a 4 semanas para determinar si una persona enferma forma parte de un brote.

La información recabada sobre los casos vinculados con este brote es la siguiente:

- Edad (de 161 casos): Mediana de 40 años; rango de menos de 1 año a 92 años.
- Sexo (de 159 casos): 64% mujeres y 36% hombres.
- Raza (de 120 casos): 83% blancos, 13% afroamericanos, 3% asiáticos, 1% nativo americano o de Alaska.
- Etnia (de 115 casos): 11% hispanos, 89% no hispanos.



Casos de salmonellosis vinculados al brote. Estados Unidos. Año 2024, del 11 de marzo al 5 de junio. Fuente: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

Los funcionarios de salud pública estatales y locales entrevistaron a los casos sobre los alimentos consumidos en la semana previa a enfermar. De 65 personas entrevistadas, 47 (72%) afirmaron haber consumido pepinos. Este porcentaje fue significativamente mayor que el 50% de los encuestados que informaron el consumo de pepinos en la Encuesta de Población de FoodNet, una encuesta que ayuda a estimar la frecuencia con la que las personas consumen diversos alimentos relacionados con enfermedades diarreicas. Esta diferencia sugiere que las personas en este brote enfermaron por consumir pepinos.



La secuenciación del genoma completo demostró que las bacterias detectadas en muestras de casos están estrechamente relacionadas genéticamente. Esto significa que las personas en este brote probablemente enfermaron por el mismo tipo de alimento.

La secuenciación del genoma completo de bacterias de muestras de 162 personas predijo la resistencia a la fosfomicina. Entre estos, las bacterias de las muestras de 5 personas también predijeron resistencia a uno o más de los siguientes antibióticos: amoxicilina-ácido clavulánico, ampicilina, azitromicina, cefoxitina, ceftiofur, ceftriaxona, ciprofloxacina y tetraciclina. La mayoría de los casos de salmonelosis se recuperan sin antibióticos. Sin embargo, si se necesitan antibióticos, algunas enfermedades en este brote pueden ser difíciles de tratar con algunos antibióticos comúnmente recomendados y pueden requerir una opción antibiótica diferente.

Como parte de esta investigación, funcionarios del Departamento de Agricultura de Pennsylvania recolectaron muestras de pepinos de varios establecimientos minoristas del estado. Las pruebas identificaron *Salmonella* en una muestra de estos pepinos. Se están realizando más pruebas para determinar si la cepa de *Salmonella* de la muestra de pepino es la misma cepa que enferma a las personas.

Los CDC recomiendan no consumir, vender ni servir pepinos retirados del mercado mientras la investigación esté en curso.

Los pepinos distribuidos por Fresh Start Produce Sales, Inc. provienen de una variedad de productores. El productor que probablemente suministró pepinos potencialmente contaminados ya no cultiva ni cosecha pepinos para la temporada.

El 23 de mayo de 2024, el Centro Nacional de Enlace del Reglamento Sanitario Internacional de México informó a la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) un caso confirmado de infección humana por el virus de la influenza aviar A(H5N2) detectado en un residente del Estado de México de 59 años que se encontraba hospitalizado en la Ciudad de México, sin antecedentes de exposición a aves de corral u otros animales. El caso presentaba múltiples condiciones médicas subyacentes. Sus familiares informaron que el caso ya había estado postrado en cama durante tres semanas, por otros motivos, antes de la aparición de los síntomas agudos.

El 17 de abril, el caso desarrolló fiebre, dificultad para respirar, diarrea, náuseas y malestar general. El 24 de abril buscó atención médica, fue hospitalizado en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) 'Dr. Ismael Cosío Villegas' y falleció ese mismo día por complicaciones de su enfermedad.

Los resultados de la prueba de reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR) de una muestra respiratoria recolectada y analizada en el INER el 24 de abril indicaron un virus de influenza A no subtipificable. El 8 de mayo la muestra fue enviada para su secuenciación al Laboratorio de Biología Molecular del Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas (CIENI) del INER, donde indicó que la muestra era positiva para influenza A(H5N2). El 20 de mayo la muestra fue recibida en el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE) del Centro Nacional de Influenza de México, para su análisis mediante RT-PCR, obteniendo resultado positivo para influenza A. El 22 de mayo, la secuenciación de la muestra confirmó que el subtipo de influenza era A(H5N2).

No se reportaron más casos durante la investigación epidemiológica. De los 17 contactos identificados y seguidos en el hospital donde falleció el caso, uno informó secreción nasal entre el 28 y el 29 de abril. Las muestras tomadas de estos contactos hospitalarios entre el 27 y el 29 de mayo dieron negativo para influenza y SARS-CoV-2. Se identificaron 12 contactos adicionales (siete sintomáticos y cinco asintomáticos) cerca de la residencia del caso. De estos individuos se obtuvieron muestras de exudado faríngeo, hisopos nasofaríngeos y suero. El 28 de mayo, el InDRE informó que las 12 muestras de contactos cercanos a la residencia del paciente dieron negativo para SARS-CoV-2, influenza A e influenza B, según lo determinado mediante RT-PCR. Están pendientes los resultados de las muestras serológicas.

En marzo de 2024 se detectó un brote de influenza aviar A(H5N2) de alta patogenicidad en una granja avícola de traspatio en el estado de Michoacán, fronterizo con el Estado de México donde residía el caso.

Adicionalmente, en marzo de 2024 se identificó un brote de influenza aviar de baja patogenicidad (IABP) A(H5N2) en aves de corral en Texcoco, Estado de México, y un segundo brote de IABP A(H5N2) en abril en el municipio de Temascalapa, en el mismo estado. Hasta el momento, no ha sido posible establecer si este caso humano está relacionado con los recientes brotes en aves de corral.

En 2022 se publicó un estudio que describe la circulación continua del virus de IABP A(H5N2) en México y su propagación a varios otros países.

## Respuesta de salud pública

Las autoridades sanitarias locales y nacionales implementaron las siguientes medidas de salud pública:

- Investigación epidemiológica del caso y sus contactos.
- Seguimiento de los trabajadores sanitarios con antecedentes de contacto con el paciente.
- Monitoreo y vigilancia de enfermedad tipo influenza (ETI) e infección respiratoria aguda grave (IRAG) en municipios vecinos (dentro de una misma región sanitaria), con el fin de analizar el comportamiento y tendencias de los síndromes y virus respiratorios en la región.
- Análisis de las tendencias de neumonía y bronconeumonía, infecciones respiratorias agudas y conjuntivitis por los servicios de salud de la Ciudad de México y el Estado de México.
- Identificación de cadenas de transmisión y factores de riesgo en el municipio de residencia del caso, Estado de México y zonas aledañas.
- Capacitación sobre la Guía Nacional de preparación, prevención y respuesta ante un brote o evento zoonótico de influenza en la interfaz animal-humano.
- Comunicación con las autoridades de salud animal y ambiental para fortalecer las actividades de vigilancia en aves de corral y aves silvestres cercanas a la residencia del caso y áreas con antecedentes de brotes de IABP A(H5N2).

La OPS/OMS implementó las siguientes medidas:

- Fortalecimiento de la vigilancia de rutina y de eventos en la interfaz entre humanos y animales con los centros colaboradores de la OMS y socios estratégicos.
- Fortalecimiento de la capacidad de diagnóstico molecular para la detección de enfermedades zoonóticas mediante la transferencia de conocimientos, la capacitación y el apoyo técnico, con énfasis reciente en la influenza aviar A(H5N1)
- Fortalecimiento de la capacidad nacional para el envío rápido de muestras humanas y animales a los centros colaboradores de la OMS para una caracterización adicional y/o análisis de la composición de las vacunas.
- Evaluación periódica del riesgo de transmisibilidad y gravedad de los virus zoonóticos.
- Actualización de directrices sobre vigilancia y respuesta a la influenza en la interfaz humano-animal.
- Revisión de experiencias de respuesta y lecciones aprendidas de países que experimentaron brotes de influenza zoonótica.
- Fortalecimiento técnico de las capacidades de comunicación de riesgos para eventos en la interfaz humano-animal.
- Capacitación en gestión clínica sobre el tratamiento de la influenza zoonótica, prevención y control de infecciones (PCI) y reorganización de los servicios de salud.
- Capacitación en manipulación de cadáveres de animales, incluidos aspectos técnicos de PCI.
- La OPS publicó recomendaciones para fortalecer el trabajo intersectorial en vigilancia, detección temprana e investigación en la interfaz humano-animal.

## Evaluación de riesgos de la OMS

Este es el primer caso humano confirmado por laboratorio de infección por el virus de la influenza A(H5N2) reportado a nivel mundial, y la primera infección por el virus A(H5) en una persona reportada en México. El caso tenía múltiples condiciones subyacentes y la investigación de las autoridades sanitarias de México continúa para determinar la probable fuente de

exposición al virus. Recientemente se han detectado virus de la influenza A(H5N2) en aves de corral en México.

Siempre que los virus de la influenza aviar circulan entre las aves de corral, existe riesgo de infección y pequeños conglomerados de casos humanos debido a la exposición a aves de corral infectadas o ambientes contaminados. Por lo tanto, pueden esperarse casos humanos esporádicos. Anteriormente se han notificado casos humanos de infección por otros subtipos de A(H5), incluidos los virus A(H5N1), A(H5N6) y A(H5N8). La evidencia epidemiológica y virológica disponible sugiere que los virus A(H5) de eventos anteriores no han adquirido la capacidad de mantener la transmisión entre humanos, por lo que la probabilidad actual de propagación sostenida de persona a persona es baja. Según la información disponible hasta el momento, no se han detectado más casos humanos de infección por A(H5N2) asociados con este caso.

No existen vacunas específicas para prevenir la infección por el virus de la influenza A(H5) en humanos. Se han desarrollado vacunas candidatas para prevenir la infección por A(H5) en humanos con fines de preparación para una pandemia. Un análisis detallado de la situación epidemiológica, una mayor caracterización de los virus más recientes (en humanos y aves) y las investigaciones serológicas son fundamentales para evaluar los riesgos asociados y ajustar las medidas de gestión de riesgos de manera oportuna.

Basándose en la información disponible, la OMS considera que el riesgo actual que representa este virus para la población general es bajo. Si es necesario, se revisará la evaluación de riesgos en caso de que se disponga de más información epidemiológica o virológica, incluida información sobre los virus A(H5N2) detectados en las poblaciones animales locales.

## **Consejo de la OMS**

Este caso no cambia las recomendaciones actuales de la OMS sobre medidas de salud pública y vigilancia de la influenza.

Debido a la naturaleza en constante evolución de los virus de la influenza, la OMS continúa destacando la importancia de la vigilancia mundial para detectar y monitorear los cambios virológicos, epidemiológicos y clínicos asociados con los virus de la influenza emergentes o en circulación que pueden afectar la salud humana y animal y el intercambio oportuno de virus para la evaluación del riesgo.

Cuando ha habido exposición humana a un brote conocido de un virus de influenza A en aves de corral domésticas, aves silvestres u otros animales, o cuando se ha identificado un caso humano de infección por dicho virus, se hace necesaria una mayor vigilancia en poblaciones humanas potencialmente expuestas. Una vigilancia intensificada debe considerar el comportamiento de la población en cuanto a la búsqueda de atención médica. Podría incluir una variedad de enfoques de atención sanitaria activa y pasiva y/o basados en la comunidad, incluida una vigilancia mejorada en los sistemas locales de IRA/ETI/IRAG, detección activa en hospitales y de grupos que puedan estar en mayor riesgo ocupacional de exposición, e inclusión de otras fuentes, como curanderos tradicionales, médicos privados y laboratorios de diagnóstico privados.

En el caso de una infección humana confirmada o sospechosa causada por un nuevo virus de la influenza A con potencial pandémico, incluido el virus de la influenza aviar, se requiere una investigación epidemiológica exhaustiva (incluso mientras se esperan los resultados de laboratorio confirmatorios) de los antecedentes de exposición a animales y/o viajes, junto con el rastreo de contactos. La investigación epidemiológica debe incluir la identificación temprana

de eventos inusuales que podrían indicar la transmisión del nuevo virus de persona a persona. Las muestras clínicas recolectadas de casos humanos sospechosos deben analizarse y enviarse a un Centro de Colaboración de la OMS para su posterior caracterización.

Los viajeros a países con brotes conocidos de influenza animal deben evitar las granjas, el contacto con animales en los mercados de animales vivos, el ingreso a áreas donde los animales son sacrificados o el contacto con cualquier superficie que pueda haber sido contaminada con heces de animales. Los viajeros también deben lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón. Los viajeros deben seguir buenas prácticas de seguridad e higiene alimentaria. Si las personas infectadas de las zonas afectadas viajan al extranjero, su infección puede detectarse en otro país durante el viaje o después de su llegada. Si esto ocurre, se considera poco probable una mayor propagación a nivel comunitario, ya que este virus no ha adquirido la capacidad de transmitirse fácilmente entre humanos.

Todas las infecciones humanas causadas por un nuevo subtipo del virus de la influenza A son de declaración obligatoria conforme el Reglamento Sanitario Internacional, y los Estados Partes en el reglamento deben notificar inmediatamente a la OMS cualquier caso confirmado por laboratorio de una infección humana reciente causada por un virus de la influenza A que pueda provocar una pandemia. No se requiere evidencia de enfermedad para este informe.

La OMS no recomienda controles especiales a los viajeros en los puntos de entrada ni restricciones con respecto a la situación actual de los virus de la influenza en la interfaz entre humanos y animales.

---

Los virus de la influenza animal normalmente circulan entre los animales, pero también pueden infectar a los humanos. Las infecciones en humanos se han adquirido principalmente a través del contacto directo con animales infectados o ambientes contaminados. Dependiendo del huésped original, los virus de la influenza A se pueden clasificar como influenza aviar, influenza porcina u otros tipos de virus de influenza animal.

Las infecciones por el virus de la influenza aviar en humanos pueden causar infecciones del tracto respiratorio superior de leves a graves y pueden ser fatales. También se han notificado conjuntivitis, síntomas gastrointestinales, encefalitis y encefalopatía.

Se requieren pruebas de laboratorio para diagnosticar la infección humana por influenza. La Organización Mundial de la Salud actualiza periódicamente protocolos de orientación técnica para la detección de influenza zoonótica utilizando métodos moleculares, por ejemplo, la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR). La evidencia sugiere que algunos medicamentos antivirales, en particular los inhibidores de la neuraminidasa (oseltamivir, zanamivir), pueden reducir la duración de la replicación viral y mejorar las perspectivas de supervivencia en algunos casos.



CHEQUIA

AUMENTAN LOS CASOS DE TOS CONVULSA Y SARAMPIÓN

03/06/2024

Los funcionarios de salud de Chequia informaron 1.502 nuevos casos de tos convulsa durante la semana epidemiológica 22, lo que elevó a 17.755 el total de casos en 2024.

La mayoría de los casos de tos convulsa en 2024 se registraron en las siguientes regiones: Středočeský (2.208 casos), Jihočeský (1.995), Moravskoslezský (1.841) y la ciudad de Praha (1.724).

El número de casos aumentó significativamente durante la última semana en las regiones de Ústecký y Moravskoslezský, y en la capital, la ciudad de Praha.

Este año, el 2,2% de todos los casos notificados fueron hospitalizados. Del total de 255 casos menores de 1 año, 121 (47,5%) fueron hospitalizados.

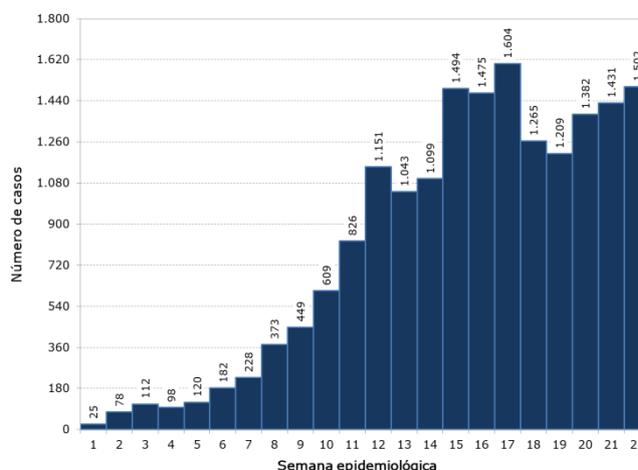
Se han reportado seis muertes: cuatro mujeres, una de menos de un mes de edad, y tres de 71, 79 y 84 años; y dos hombres, de 62 y 83 años.

Del total de 17.755 casos notificados en 2024, 13.300 estaban vacunados, 1.337 no estaban vacunados y no se dispone de información sobre vacunación en 3.118 casos.

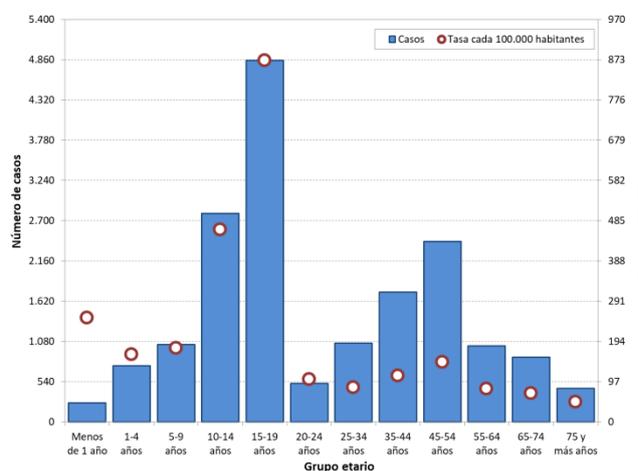
## Sarampión

El número de pacientes con sarampión está aumentando en Europa. Los expertos esperan una tendencia similar en Chequia, donde el Instituto Estatal de Salud ya había registrado 27 casos a fines de abril de este año, trece de ellos cuales en la región de Jihočeský.

Esta es la mayor cantidad de casos desde 2019, cuando se reportaron 590 casos en todo el año. En 2020 hubo cuatro casos, no se registró ninguno en 2021 y 2022, y hubo uno en 2023.



Casos confirmados de tos convulsa. Chequia. Año 2024, hasta semana epidemiológica 22. Fuente: Instituto de Salud Pública.



Casos confirmados de tos convulsa, según grupos etarios y tasas de incidencia cada 100.000 habitantes. Chequia. Año 2024, hasta semana epidemiológica 22. Fuente: Instituto de Salud Pública.

“El regreso del sarampión no es inesperado. A nivel mundial, el sarampión nunca desaparece y periódicamente se producen epidemias de diversa magnitud, aproximadamente cada tres años. La última epidemia tuvo lugar entre 2018 y 2019. Durante la pandemia de covid la incidencia de esta enfermedad fue extremadamente baja”, dijo Štěpánka Čechová, portavoz del Instituto de Salud Pública.

En Chequia, la vacunación contra el sarampión, cubierta por el seguro médico público, es obligatoria para los niños de entre 13 y 18 meses. Los trabajadores de la salud utilizan una la vacuna triple viral. La segunda dosis se aplica a los cinco años. Los expertos señalan que lo ideal sería que la cobertura de vacunación contra el sarampión superara el 95%, pero en Chequia sólo alrededor de 88% de los niños está vacunado.

El Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) alertó de un inusual aumento sustancial de casos de infección por el parvovirus B19 (B19V) en varios países de la Unión Europea y del Espacio Económico Europeo (UE/EEE), que amenaza a grupos de población con alto riesgo, como niños, embarazadas y poblaciones vulnerables, de sufrir complicaciones graves.



El B19V es la causa de una enfermedad infantil común, que generalmente se presenta con síntomas leves como fiebre, sarpullido y dolor en las articulaciones. Las mujeres embarazadas, especialmente aquellas en la primera parte del embarazo, corren riesgo de sufrir complicaciones si se infectan con el B19V. Las personas inmunodeprimidas y aquellas con trastornos hematológicos crónicos (por ejemplo, anemia falciforme o talasemia) también pueden experimentar complicaciones graves como anemia, infección crónica u otros eventos adversos graves.

Concretamente, se ha observado que el riesgo para la población general se considera bajo, ya que la mayoría de las infecciones se presentan en forma de una enfermedad exantemática leve de la infancia, aunque pueden producirse algunas complicaciones. El riesgo para las mujeres embarazadas con menos de 20 semanas de gestación se evalúa como “bajo a moderado”, considerando las incertidumbres sobre la circulación del virus, el hecho de que se estima que entre 30% y 40% de las mujeres en edad fértil son susceptibles a la infección y se producen resultados graves en un pequeño porcentaje de embarazos infectados.

El riesgo para las personas inmunodeprimidas se evalúa como moderado, ya que estos pacientes no pueden eliminar la infección y pueden sufrir anemia crónica, pancitopenia, pérdida o disfunción del injerto y enfermedad invasiva de órganos. Para personas con enfermedades hematológicas crónicas (p. ej., anemia de células falciformes, talasemia, etc.) el riesgo se considera moderado, ya que la infección por B19V puede provocar una crisis aplásica transitoria.

Concretamente, la amenaza se ha notificado en 14 países, por lo que el ECDC emitió un informe para concienciar a los profesionales de salud pública y de sustancias de origen humano (SoHO) y a las autoridades competentes sobre la actual situación de este virus, particularmente en lo que respecta a los grupos de población con alto riesgo y para sugerir acciones que se pueden tomar para abordarlo.

El ECDC recomienda, en el contexto de brotes comunitarios, que las mujeres embarazadas, especialmente si trabajan en la educación o en el cuidado de niños, se comuniquen con su proveedor de salud para verificar su estado de anticuerpos. También deben tomar las precauciones adecuadas, como evitar el contacto con personas enfermas y quedarse o trabajar desde casa, si es posible. Se recomienda a las personas con problemas de salud subyacentes que

experimenten fatiga, palidez o dificultad para respirar que busquen atención médica inmediata.

El ECDC alienta a las autoridades de salud pública a aumentar la conciencia tanto entre los profesionales de la salud como entre el público en general sobre los posibles riesgos y síntomas asociados con la infección por el B19V, particularmente para las poblaciones vulnerables. Además, recuerdan que la revisión de los datos epidemiológicos históricos del B19V para comprender mejor la dinámica de transmisión y la presentación de informes a nivel de la UE/EEE ayudará a fundamentar las estrategias específicas de comunicación de riesgos.

Al menos seis personas murieron en las últimas 24 horas y otras 114 presentan signos de intoxicación por metanol tras consumir bebidas alcohólicas adulteradas en la localidad de Sidi Allal Tazi, al norte de Rabat, informó el 5 de junio una fuente del Ministerio de Salud marroquí.

La fuente, que pidió el anonimato, explicó que estas personas fallecieron tras su ingreso en diferentes hospitales de la provincia de Kenitra, donde se encuentra Sidi Allal Tazi, como consecuencia de su intoxicación.

El Ministerio de Salud señaló en un comunicado que 81 de los intoxicados siguen hospitalizados para recibir tratamiento. Agregó que numerosas personas que sufrieron síntomas de intoxicación fueron trasladadas al Centro Hospitalario Regional de Rabat para aliviar la masiva ocupación de las instalaciones hospitalarias en la provincia de Kenitra. Cinco de los afectados han sido ingresados en unidades de reanimación debido a la gravedad de la intoxicación.

Fuentes locales no descartan que el número de fallecidos sea mayor debido a que hay personas que murieron antes de llegar a los hospitales. Algunos medios marroquíes ya elevan el número de fallecidos a nueve.

Las mismas fuentes locales aseguraron que los servicios de seguridad arrestaron a un número indeterminado de personas por su presunta implicación en la fabricación y comercialización de estas bebidas adulteradas.

El consumo de alcohol está muy restringido en Marruecos, ya que no solo está mal visto socialmente sino que las bebidas alcohólicas tienen precios muy altos debido a una gran cantidad de impuestos.

Ante esta situación, abundan las destilerías clandestinas y la venta de bebidas fuertes en la clandestinidad, principalmente aguardientes producidos de forma artesanal y sin las debidas garantías sanitarias.

---

Las prohibiciones y restricciones hacen más atractivo un hábito. Ello lleva a que los consumidores busquen con avidez el producto prohibido y que algunos delincuentes inescrupulosos comercialicen bebidas alcohólicas adulteradas. Muy probablemente se trata de metanol, dadas las defunciones y los pacientes en condiciones graves. Urge que las autoridades determinen el origen de este caso y que se tomen las medidas pertinentes.

La descentralización del diagnóstico de la tuberculosis en los hospitales de distrito y en los centros de atención primaria de salud contribuye a mejorar la detección de esta enfermedad infecciosa en los niños.

Esto es lo que revela un reciente [estudio](#) realizado en el marco del proyecto TB-Speed en seis países con alta incidencia de tuberculosis: Camboya, Camerún, Côte d'Ivoire, Mozambique, Sierra Leona y Uganda.



Diagnosticar la tuberculosis en los centros de salud primaria salvaría a muchos niños.

El diagnóstico de la tuberculosis en los niños es muy difícil, debido a las pocas bacterias presentes en los pulmones y a la dificultad de tomar muestras de esputo.

Además, este diagnóstico permanece centralizado en los centros hospitalarios universitarios y hospitales comarcales. La idea de este estudio era ver si funcionaba descentralizar un determinado número de pruebas diagnósticas al nivel de los centros de atención primaria de salud y de los hospitales comarcales.

En este estudio se comparó la proporción de niños y adolescentes menores de 15 años diagnosticados con tuberculosis en 12 hospitales de distrito y 47 centros de salud primaria en 12 distritos, entre un período previo a la intervención (agosto de 2018 a noviembre de 2019) y un período durante la intervención (marzo de 2020 a septiembre de 2021).

Según el estudio, se mantuvieron dos modelos de descentralización. Uno fortalece la capacidad de diagnóstico a nivel de hospitales de distrito, donde los niños que presentaban síntomas de tuberculosis al nivel de centro primario de salud eran remitidos para evaluación diagnóstica. El otro modelo fortalece la capacidad de diagnóstico a nivel de los centros primarios de salud.

Se examinaron 180.000 niños en seis países. Entre estos niños, 411 fueron diagnosticados con tuberculosis, es decir una tasa de 0,23-0,24%, mientras que en el período de control, de 255.000 niños atendidos en estos centros, sólo 217 habían sido diagnosticados con tuberculosis, con una tasa de 0,08%. En consecuencia, esto demuestra que la detección de casos se ha multiplicó casi por tres, al pasar de 0,08 a 0,24.

El estudio confirma que la descentralización de cosas que parecen complejas, como muestras nasofaríngeas y de heces, para analizarlas en la plataforma GeneXpert, una herramienta de diagnóstico de tuberculosis, es factible y muy aceptable en los centros de salud primaria y hospitales distritales.

Los enfermeros, auxiliares de salud, etc. que trabajan a nivel de los centros primarios de salud pueden implementar métodos complejos de muestreo como la aspiración nasofaríngea que consiste en succionar la retrofaringe con un pequeño tubo introducido en la fosa nasal durante unos segundos, y luego realizar la prueba GeneExpert en el sitio.

También se implementó la radiografía digital en hospitales distritales y se fortalecieron las habilidades clínicas del personal a través de capacitación, supervisión y tutoría clínica. Estas acciones, en general, aumentan la detección de casos de tuberculosis.

Además, el estudio permitió mostrar el impacto presupuestario de esta descentralización. La formación en detección y derivación al hospital de distrito donde ya existía el equipo fue mucho más fácil y menos costosa, especialmente en Camerún.

Sin embargo, la descentralización a nivel de los centros de salud era factible, pero más costosa porque era necesario capacitar al personal para operar la máquina GeneXpert, y mantener esta máquina.

Cada año se registran alrededor de 10 millones de casos de tuberculosis en todo el mundo y poco más de 10% de estos casos afectan a niños. La mortalidad relacionada con esta enfermedad sigue siendo elevada: entre 1,3 y 1,5 millones de muertes al año. Estas muertes se producen porque la enfermedad es grave, pero sobre todo en los niños, porque la enfermedad no se diagnostica.

Cuando se equipan establecimientos de salud satélites, que no son necesariamente centros de detección y tratamiento de tuberculosis, para la detección de casos, y cuando un niño acude a consulta, el personal de salud debe buscar sistemáticamente signos y síntomas de tuberculosis. Si es un caso sospechoso, debe ser derivado al hospital del distrito.

Los resultados de este estudio son esenciales para comprender cómo orientar mejor y hacer más eficaz el diagnóstico de la tuberculosis pediátrica. La descentralización del diagnóstico de la tuberculosis mejora el acceso de los niños a servicios de pruebas y tratamiento más cercanos a sus hogares, lo que facilita el tratamiento temprano de estos casos.

El diagnóstico precoz es esencial para un tratamiento eficaz y para prevenir la propagación de la enfermedad. La descentralización también permite reforzar las competencias de los profesionales sanitarios en los centros de atención primaria y reducir los costos relacionados con los desplazamientos de los pacientes a los hospitales de distrito.

Sin embargo, la descentralización del diagnóstico de la tuberculosis sólo puede ser eficaz y eficiente si este enfoque se integra en los programas nacionales de control de la tuberculosis.

No debería ser un enfoque de proyecto, sino un enfoque de sistema. Mejor aún, la descentralización del diagnóstico de la tuberculosis también puede tener un impacto favorable en otros aspectos del sistema de salud. Hacer que las radiografías digitales estén disponibles mejorará las cosas en otros aspectos, y contribuirá a fortalecer el sistema de salud.

Es necesario dotar a los centros de atención primaria de salud de equipos para la realización de pruebas diagnósticas. La formación adecuada de los profesionales sanitarios también es esencial para garantizar diagnósticos precisos.

Es imprescindible formar a nivel de los centros de atención primaria de salud, ya sea para un diagnóstico completo o para el cribado y la derivación.

Muchos países del mundo están enfrentando grandes brotes de sarampión debido a la caída de las tasas de vacunación. Está en todas las noticias: cómo se ve el sarampión, qué tan contagioso es, qué puede hacerle al cuerpo y, lo más importante, cómo se puede prevenir: mediante la vacunación.

Entre las complicaciones que pueden surgir después de contraer el virus del sarampión, es común escuchar acerca de infecciones de oído, diarrea, neumonía, encefalitis (que puede provocar sordera o discapacidad intelectual) y la muerte.

Estas complicaciones son más comunes en niños pequeños con sistemas inmunológicos inmaduros menores de 5 años y adultos mayores de 20 años con sistema inmunológico comprometido.

Pero existe otra complicación que puede presentarse en niños y adultos años después de haber superado el sarampión.

Los datos muestran que alrededor de 4 a 11 personas de cada 10.000 contraerán una enfermedad rara pero mortal llamada panencefalitis esclerosante subaguda (PEES).

Esta enfermedad provoca inflamación en el cerebro, y es progresiva, incapacitante y mortal. Casi todas las personas fallecen entre uno y tres años después del diagnóstico.

Dado que la PEES progresa lentamente, un sobreviviente del sarampión parece estar sano. Sin embargo, entre 7 y 10 años –con un rango de 1 mes a 27 años– después de contraer sarampión, la PEES puede comenzar a manifestarse.

Eso significa que un niño que contrajo sarampión antes de los dos años probablemente mostrará síntomas de la enfermedad alrededor de su décimo cumpleaños.

Los estudios sugieren que los niños que contrajeron sarampión antes de los dos años de edad tienen más probabilidades que los niños mayores y los adultos de desarrollar PEES, con un riesgo tres veces mayor para los hombres.

Algunos de los signos diagnósticos de PEES son daño al nervio óptico/retina, espasmos musculares y mala coordinación motora.

Esta enfermedad es progresiva y se presenta en etapas:

- Etapa uno: comienza con fiebre y dolor de cabeza y coincide con cambios de personalidad, cambios de humor y/o depresión. Estos síntomas pueden durar hasta seis meses.
- Etapa dos: el paciente progresa con movimientos incontrolados como sacudidas y espasmos musculares. Pueden desarrollar demencia, convulsiones y ceguera.
- Etapa tres: los movimientos espasmódicos se convierten en movimientos giratorios y el cuerpo puede volverse rígido. Las complicaciones derivadas de esto podrían provocar la muerte.
- Etapa cuatro: el daño a las áreas del cerebro que controlan la respiración, la frecuencia cardíaca y la presión arterial conduce a un estado vegetativo y, finalmente, a la muerte.

No existe cura para la PEES. Los médicos pueden controlar los síntomas y estimular el sistema inmunológico durante algún tiempo antes de que la enfermedad supere por completo al individuo. Los hallazgos actuales informan que 95% de los pacientes sucumben a la enfermedad.

La PEES es causada por una respuesta inmune anormal al virus, muy probablemente causada por un sistema inmunológico/sistema nervioso central inmaduro. Sin embargo, algunos científicos sugieren que puede ser causado por una forma mutante del virus. Esta teoría está ganando fuerza.

La enfermedad no tiene tratamiento, pero se puede prevenir en un 97% con la muy eficaz vacuna contra el sarampión. La vacuna no causará enfermedades y su historial en la prevención de la PEES es notable.

Deben tenerse en cuenta todas las consecuencias al decidir omitir la vacuna triple viral, contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis. Esta vacuna es segura y eficaz y, lo más importante, salva vidas.

100% online

Otorga créditos SADI  
Inicio: junio

sadi Sociedad Argentina  
de Infectología

mednet

Curso virtual

# Uso de Antimicrobianos en Infecciones Odontogénicas

### Directores:

Dra. Rosa Contreras, Dr. Javier Farina

### Coordinador:

Dr. Fernando Mozún



Más info e inscripciones | [www.mednet.com.ar](http://www.mednet.com.ar)

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 [reporteepidemiologicocoba@gmail.com](mailto:reporteepidemiologicocoba@gmail.com) aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.