

29 DE JULIO  
2024  
REC 2.833

## ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de covid

## AMÉRICA

- Brasil: Se registran en Bahía las primeras muertes por fiebre de Oropouche
- Canadá: Reportaron en Ottawa el primer caso humano del año de fiebre del Nilo Occidental
- Estados Unidos: Confirmaron tres casos de sarampión en el Área Metropolitana de Minnesota

- Estados Unidos: Brote de infecciones por *Escherichia coli* O157:H7 en Montana

- México: De 42 casos de rickettsiosis en Chihuahua en lo que va del año, 19 fueron fatales

- Panamá: Primer caso de hantavirus en Veraguas

## EL MUNDO

- África: La transmisión de la malaria varía con el clima y la hidrología

- China: Caso humano fatal de influenza aviar A(H5N6) en la provincia de Anhui

- Corea del Sur: Lanzaron una alerta nacional por encefalitis japonesa

- Estonia: Reportan un caso de cólera después de más de 30 años

- Nepal: El brote de dengue se extiende a 73 distritos del país

- Palestina: La OMS enviará un millón de vacunas contra la poliomielitis a Gaza

- El aumento de las temperaturas en Europa y Asia Central mata a casi 400 niños al año

## 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

## Patrocinador

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

## 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 - All Rights Reserved

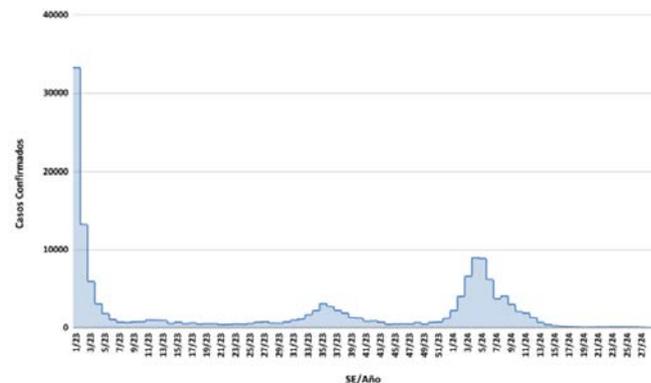
Nota de la Editorial: La Editorial no se responsabiliza por los conceptos u opiniones vertidos en entrevistas, artículos y documentos traducidos y/o reseñados en este Reporte, los cuales son de exclusiva responsabilidad de los respectivos entrevistados, traductores, autores o colaboradores.

Si bien el número de casos confirmados de covid por semana epidemiológica (SE) durante el año 2023 y en lo que va del año 2024 es menor en comparación con los de años previos, se observó un ascenso de las detecciones de SARS-CoV-2 entre la SE 52 de 2023 y la SE 4 de 2024, con tendencia descendente de las notificaciones en las siguientes SE, permaneciendo relativamente estables desde la SE 18.

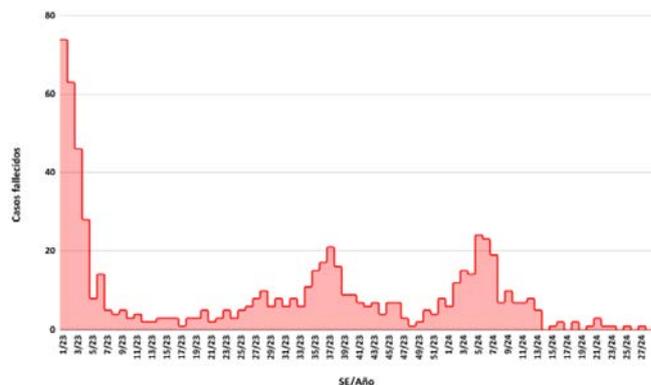
Respecto de los fallecimientos, se observa un ligero aumento en las notificaciones en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS<sup>2.0</sup>) en concordancia con el último ascenso de casos, que alcanzó su máximo en la SE 5 de 2024, y posteriormente presenta una tendencia descendente, sin fallecimientos notificados en la SE 28 de 2024.

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

En 2024, hasta la SE 28, en el marco de la estrategia de vigilancia de las unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios (UMAs), se analizaron 12.165 muestras para SARS-CoV-2 mediante RT-PCR, de las que 913 resultaron positivas. Esto representa un ascenso de 7,37% respecto de las muestras estudiadas registradas para el mismo periodo de 2023, aunque con un descenso de 39,42% para los casos detectados. El porcentaje de positividad para las muestras acumuladas durante 2024 es de 7,51%. En 2024, hasta la SE 5, se observó un ascenso tanto en las muestras estudiadas como en las detecciones de SARS-CoV-2 en UMAs por técnica molecular, con un descenso posterior, sin casos positivos entre las 515 muestras analizadas mediante PCR correspondientes a la SE 28 de 2024.



Casos confirmados. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 28 de 2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

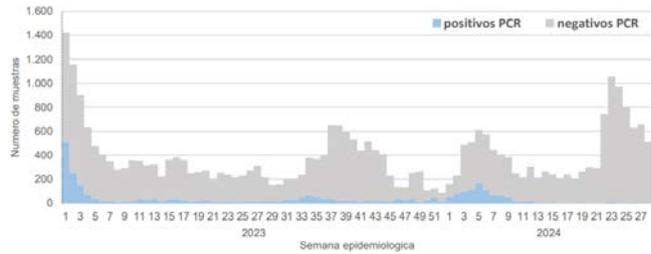


Casos fallecidos. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 28 de 2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

<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 covid en pacientes ambulatorios en todos los grupos de edad 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 sinicial respiratorio mediante la prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR).

## Vigilancia en personas internadas

En 2024, hasta la SE 28, en términos acumulados, se notificaron 4.028 casos de covid en personas internadas. Respecto del mismo periodo del año anterior, esto representa una disminución de casos de 1,59%. Las detecciones de SARS-CoV-2 en personas hospitalizadas presentaron una tendencia descendente durante las nueve primeras SE de 2023, correspondiente al último ascenso del año previo. Posteriormente, las notificaciones semanales permanecieron en niveles bajos hasta la SE 23, cuando se registró un nuevo aumento de casos que alcanzó su máximo en la SE 35, aunque de menor magnitud que el ascenso previo. A partir de esa SE, la tendencia de notificaciones descendió hasta la SE 46, con una relativa estabilización de las notificaciones en las SE siguientes. Entre la SE 52 de 2023 y la SE 5 de 2024 se verificó un aumento de las notificaciones, que posteriormente descienden, permaneciendo en las últimas semanas en valores bajos. En la SE 28 de 2024 se notificaron dos casos de SARS-CoV-2 en personas hospitalizadas.



Muestras positivas y negativas para SARS-CoV-2, mediante reacción en cadena de la polimerasa. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 28 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

## Nuevas variantes del SARS-CoV-2

A nivel mundial, durante el periodo de 28 días comprendido entre el 27 de mayo y el 23 de junio de 2024, fueron compartidas 20.358 secuencias del SARS-CoV-2 a través del GISAID. Como comparación, en los dos periodos anteriores de 28 días, se compartieron 24.550 y 20.747 secuencias, respectivamente.

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) está monitoreando dos variantes de interés (VOI): BA.2.86 y JN.1. Además, ha designado cinco variantes bajo monitoreo (VUM): JN.1.7, JN.1.18, KP.2, KP.3 y LB.1.

En la actualidad, a nivel mundial, JN.1 es la VOI circulante dominante (notificada por 133 países), representando 30,3% de las secuencias en la SE 25 de 2024, habiendo disminuido desde una proporción de 43,9% en la SE 22. Su linaje parental, BA.2.86, sigue disminuyendo su prevalencia, representando el 0,1% (solo cinco secuencias) en la SE 25, en comparación con el 0,4% en la SE 22.

La variante JN.1 ha sido clasificada por la OMS como VOI el 19 de diciembre de 2023. Según la actualización de la valoración de riesgo realizada por la OMS para JN.1, publicada el 15 de abril de 2024, la evaluación global en base a la evidencia disponible, fue de bajo riesgo adicional para la salud pública a nivel mundial.

Las cinco VUM enumeradas son todos linajes descendientes de JN.1. KP.3 y LB.1 muestran una prevalencia cada vez mayor a nivel mundial, KP.2 y JN.1.18 se mantienen estables y la prevalencia de JN.1.7 está disminuyendo. KP.2 representó 16,7% de las secuencias en la SE 25, frente al 17,5% en la SE 22. KP.3 representó 40,3% de las secuencias en la SE 25, frente al 24,4% en la SE 22. JN.1.7 representó 1,0% de las secuencias en la SE 25, frente a 2,4% en la SE 22. JN.1.18 representó 1,9% de las secuencias en la SE 25 frente a 2,2% en la SE 22. LB.1 representó 7,0% en la SE 25, frente al 5,6% en la SE 22.

Existe heterogeneidad en el número de secuencias compartidas por las regiones y en las proporciones relativas de variantes del SARS-CoV-2 entre las regiones y dentro de ellas.

Las tasas decrecientes de pruebas y secuenciación a nivel mundial hacen que sea cada vez más difícil estimar el impacto de la gravedad de las variantes emergentes del SARS-CoV-2. Actualmente no se han reportado datos de laboratorio o informes epidemiológicos que indiquen cualquier asociación entre VOI/VUM y una mayor gravedad de la enfermedad.

## **La situación en Argentina**

En Argentina, la situación actual de las variantes del SARS-CoV-2 se caracteriza por una circulación exclusiva de la variante Omicron. En relación a los linajes de Omicron, se verifica un predominio de las variantes JN.1\* y BA.2.86\*.

Entre las SE 5 y 12 de 2024, se notificaron al SNVS<sup>2.0</sup> 334 muestras analizadas por secuenciación genómica de SARS-CoV-2, de las cuales JN.1 se identificó en 269 casos (80,54%), seguida de BA.2.86\* en 36 casos (10,78%). (\*Indica la inclusión de linajes descendientes).

En relación a las VOI designadas recientemente por la OMS, al 17 de julio de 2024 se detectó en Argentina un total de 513 casos de la variante JN.1\* y 55 casos de la variante BA.2.86\*.

Los casos fueron detectados a partir del trabajo conjunto de la Red Nacional de Virus Respiratorios, coordinada por el Laboratorio Nacional de Referencia de Virosis Respiratorias del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas/Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán' (INEI-ANLIS), la Red Federal de Genómica y Bioinformática y por el Laboratorio de Salud Pública, Área Genómica y Diagnóstico Molecular de la Facultad de Ciencias Exactas de la Universidad Nacional de La Plata.

El Ministerio de Salud de Brasil confirmó dos muertes por fiebre de Oropouche en el país. Se trata de mujeres que vivían en el interior del estado de Bahia, menores de 30 años, sin comorbilidades, pero que presentaban signos y síntomas similares a los del dengue grave. Hasta el momento, no existían informes en la literatura científica mundial sobre la ocurrencia de muertes por esta enfermedad.

La investigación de los casos estuvo a cargo del Departamento de Salud del Estado de Bahia. Una muerte en Santa Catarina permanece bajo investigación y se descartó la relación causal con fiebre de Oropouche en una muerte ocurrida en Maranhão.

El Ministerio de Salud está monitoreando los casos y las posibles muertes por fiebre de Oropouche a través de la Sala Nacional de Arbovirus, con diálogo constante con las direcciones de salud estatales y municipales. El monitoreo también se realiza a través de visitas técnicas, investigaciones *in situ*, búsqueda activa e investigación de vectores en apoyo a la respuesta local de estados y municipios.

La detección de casos de fiebre de Oropouche se amplió a todo el país en 2023, luego de que el Ministerio de Salud pusiera a disposición de forma inédita pruebas diagnósticas para toda la red nacional de Laboratorios Centrales de Salud Pública (LACEN). Como resultado, los casos, hasta entonces concentrados en la región Norte, también comenzaron a identificarse en otras regiones del país.

En 2024, se registraron 7.236 casos de fiebre de Oropouche en 20 estados brasileños. La mayoría de los casos se registraron en Amazonas y Rondônia.

## Investigación de la transmisión vertical de la enfermedad

Se están investigando seis casos de transmisión vertical de la fiebre de Oropouche: tres casos en Pernambuco, uno en Bahia y dos en Acre. Dos casos resultaron en muerte fetal, hubo aborto espontáneo y tres casos presentaron anomalías congénitas, como microcefalia. Los departamentos de salud y especialistas estatales están realizando análisis, con el seguimiento del Ministerio de Salud, para concluir si existe relación entre la fiebre de Oropouche y los casos de malformaciones o abortos espontáneos.

El 11 de julio de 2024, el Ministerio de Salud emitió una nota técnica a todos los estados y municipios recomendando intensificar la vigilancia sanitaria tras la confirmación de la transmisión vertical del virus de Oropouche por parte del Instituto Nacional de Infectología 'Dr. Evandro Serafim Lobo Chagas' (IEC), que identificó la presencia del genoma del virus en un caso de muerte fetal y de anticuerpos en muestras de cuatro recién nacidos.

El 1 de agosto, se llevará a cabo en Recife un seminario sobre fiebre de Oropouche promovido conjuntamente por la Secretaría de Salud del estado de Pernambuco y el Ministerio de Salud, con la participación de técnicos y gestores de diferentes estados, especialistas y científicos.

Entre las recomendaciones realizadas por el Ministerio de Salud están intensificar la vigilancia durante el embarazo y el seguimiento de los bebés de mujeres que tengan sospecha clínica de arbovirus: dengue, fiebre zika, fiebre chikungunya y fiebre de Oropouche; y alertar sobre medidas de prevención para la población, incluidas las mujeres embarazadas, como evitar zonas con abundancia de jefenes y mosquitos, y elegir ropa que cubra la mayor parte del cuerpo.

### **Sobre el virus de Oropouche**

El virus de Oropouche fue aislado por primera vez en Brasil en 1960, a partir de una muestra de sangre de un perezoso capturado durante la construcción de la carretera Belém-Brasilia. Desde entonces, se han reportado casos aislados y brotes en Brasil, principalmente en estados de la región amazónica. También se han notificado casos y brotes en otros países de Centro y Sudamérica (Panamá, Argentina, Bolivia, Ecuador, Perú y Venezuela).

El Ministerio de Salud advirtió que todos los casos sospechosos y/o diagnosticados de laboratorio de infección por el virus de Oropouche deben ser investigados, con el objetivo de describir las características clínicas y epidemiológicas, así como identificar las especies de vectores involucradas en la transmisión.

Están en marcha tres grupos de investigación sobre fiebre de Oropouche. Uno de ellos, centrado en información de laboratorio, como el linaje del virus y las características genómicas. Otro monitorea las manifestaciones clínicas de los pacientes y el tercer grupo investiga el ciclo de la enfermedad en los artrópodos transmisores.

A medida que el verano se calienta en Canadá, la población de mosquitos está en aumento, lo que conlleva un mayor riesgo de contraer el virus del Nilo Occidental, una enfermedad potencialmente mortal.

Esta temporada, el caso más reciente de fiebre del Nilo Occidental en Canadá se reportó en Ottawa. El 19 de julio, Salud Pública de Ottawa confirmó la infección en un residente. La agencia también confirmó el primer grupo de pruebas positivas de mosquitos en el área desde que el programa de monitoreo anual comenzó el 1 de junio.

“El virus del Nilo Occidental es un virus transmitido por mosquitos que se introdujo en Canadá a principios de la década del 2000. Se propagó bastante al principio a medida que se extendía por la región y desde entonces ha retrocedido un poco, pero aún está presente en la mayor parte del este de Canadá y en las praderas”, dijo Morgan Jackson, un entomólogo con sede en Montreal.

“Es un virus que infecta principalmente a las aves, como arrendajos azules y cuervos. Pero cuando llega a las personas y también a algunos animales, también puede enfermarlos”.

Desde que el virus llegó a Canadá en 2002, se propagó en todas las provincias, excepto en Prince Edward Island y Newfoundland and Labrador, según Prevención y Control de Infecciones de Canadá (IPAC). Desde entonces, el número de casos cada año ha variado ampliamente, desde más de 2.400 casos en todo el país hasta tan solo cinco.

Los datos preliminares más recientes de Salud de Canadá muestran que en 2022 hubo 47 casos. Sin embargo, la agencia señaló que la vigilancia registra solo una fracción de los casos de fiebre del Nilo Occidental en Canadá. El número real de infecciones probablemente sea mayor.

“Este verano, los números son muy bajos en todo Canadá. Pero aún se encuentra en poblaciones de mosquitos y sigue encontrándose en aves muertas en todo el país. Por lo tanto, sigue habiendo un riesgo prevalente y continuo”, dijo Jackson.

El virus del Nilo Occidental se considera la enfermedad transmitida por vectores más ampliamente distribuida en América del Norte, según el Centro de Control de Enfermedades de British Columbia (BCCDC). Está estrechamente relacionado con el virus que causa el dengue y la fiebre amarilla.

La enfermedad fue identificada por primera vez en la región del Valle del Nilo Occidental en Uganda en 1937, y los primeros casos aparecieron en América del Norte en 1999.

“Se transmite por las picaduras de mosquitos. Uno de estos insectos se alimenta de la sangre de un ave o un mamífero. Los virus se replican dentro del mosquito por un tiempo, y luego cuando pican a alguien más al día siguiente, pueden transmitírselo”, dijo Jackson.

El virus se propaga en zonas templadas del mundo, y nuevas evidencias sugieren que puede sobrevivir el invierno en climas del norte en aves y otros animales, dijo IPAC, agregando que la enfermedad es fatal en aves domésticas y silvestres.

El Departamento de Salud de Minnesota (MDH) confirmó esta semana tres casos de sarampión en niños no vacunados en los condados de Anoka, Hennepin y Ramsey. Según la información actual, estos casos no están directamente relacionados entre sí y no han viajado, por lo que existe preocupación por la posible propagación del sarampión en la comunidad. El MDH continúa investigando estos casos más recientes y cualquier posible conexión con casos anteriores informados en Minnesota.



Se confirmó un caso el 22 de julio y dos el 24 de julio. Al momento del informe, dos de los tres casos necesitaban hospitalización.

El MDH está trabajando con los departamentos de salud locales y otros lugares para notificar directamente a las personas que pueden haber estado expuestas; sin embargo, los funcionarios de salud señalan que cualquier persona que no esté vacunada contra el sarampión podría estar en riesgo y debe estar atento a los síntomas de esta enfermedad.

“El sarampión se propaga fácilmente y afecta a las personas más vulnerables”, afirmó Jessica Hancock-Allen, directora de la División de Enfermedades Infecciosas del MDH. “Por eso es importante que las familias se aseguren de que sus hijos tengan al día sus vacunas para protegerlos de esta enfermedad potencialmente grave”.

Los casos de esta semana elevan a 15 los casos de sarampión en Minnesota en 2024. Se trata de un aumento en comparación con otros años. Todos los casos se han producido en niños no vacunados y más de 50% de los casos han requerido hospitalización. Minnesota no es el único estado que ha experimentado un aumento de casos: los casos de sarampión también están aumentando a nivel nacional e internacional. Quienes no son inmunes al sarampión corren el riesgo de contraerlo.

La mejor manera de prevenir el sarampión es mediante la vacunación. Los niños deben recibir dos dosis de la vacuna triple viral –contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola–: la primera entre los 12 y los 15 meses de edad y la segunda entre los 4 y los 6 años. Los niños de entre 6 y 12 meses deben recibir una dosis temprana de la vacuna si viajan a un país donde el sarampión es común. Si se va a viajar a otro país, es importante hablar con un médico, quien verificará si la persona tiene al día sus vacunas y le advertirá si necesita alguna.

El MDH recomendó a las personas revisar sus registros de vacunación para confirmar que hayan recibido la vacuna triple viral. La mayoría de las personas nacidas antes de 1957 han tenido la enfermedad del sarampión y se las considera inmunes.



El Departamento de Salud de la Ciudad y el Condado de Flathead (FCCHD), el Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos de Montana (DPHHS) y otros departamentos de salud locales están trabajando juntos para investigar un brote de infecciones por *Escherichia coli* O157:H7 originado en el condado de Flathead.

Hasta la fecha, la investigación ha identificado al menos 14 personas asociadas con el brote. Muchos de los casos experimentaron síntomas moderados a severos y se produjo una muerte. Los hallazgos preliminares de la investigación indicaban que lo más probable es que los casos hayan estado expuestos a carne molida contaminada con la bacteria *E. coli*.

El 25 de julio, el FCCHD y el DPHHS recibieron los resultados confirmatorios de pruebas de muestras clínicas y de alimentos que verificaban que la carne molida era la causa de este brote. Específicamente, la fuente fue carne de res wagyu de un número de lote. Todos los casos informaron haber consumido hamburguesas poco cocidas o hechas a pedido elaboradas con carne de res wagyu en uno de varios restaurantes del condado de Flathead. La última fecha conocida de consumo fue el 14 de julio de 2024.

Los siguientes restaurantes están asociados con los 14 casos de enfermedad notificados en este brote: Gunsight Saloon; Hops Downtown Grill; Tamarack Brewing Company; Lodge at Whitefish Lake; y Harbor Grille. Según la información proporcionada a través de la investigación de casos, una persona murió después de estar expuesta a carne de res wagyu consumida en Harbor Grille.

La investigación del FCCHD y el DPHHS determinó que la carne molida identificada como la fuente potencial del brote se vendió directamente a los restaurantes mencionados a través de un distribuidor. El producto no estaba disponible para la compra de los consumidores en los supermercados. El personal de salud pública trabajó directamente con todas las instalaciones afectadas para eliminar cualquier producto restante.

Varios otros establecimientos (Flathead Fish, Crawdad Café y Flathead Lake Lodge) recibieron carne de res wagyu contaminada del mismo número de lote, pero no se informó de ninguna enfermedad asociada con estos establecimientos. Una vez que se identificó preliminarmente la fuente de exposición, el personal de salud pública trabajó directamente con los negocios afectados para garantizar que toda la carne de res wagyu restante del lote contaminado se retirara del uso. Se enviaron muestras del producto sospechoso al Laboratorio de Salud Pública de Montana del DPHHS para su análisis, lo que permitió la confirmación de laboratorio de la fuente del brote. Ninguna de las carnes contaminadas sigue en circulación y se ha contactado directamente a todos los negocios asociados con este brote.

Jennifer Rankosky, funcionaria de salud del Departamento de Salud de la ciudad y el condado de Flathead, dijo: “Nuestro personal trabajó diligentemente en esta investigación y pudo identificar la fuente sospechosa de manera temprana para mitigar los riesgos y evitar que otras personas enfermen”.

“Todos los restaurantes que participaron en la investigación de este brote han cooperado increíblemente”, dijo Rankosky. “Estuvieron dispuestos a ayudarnos en nuestras investigaciones y todos retiraron voluntariamente la carne de wagyu una vez que se la identificó como la fuente de preocupación”.

La infección por *E. coli* O157:H7 es causada cuando una persona consume productos animales crudos o poco cocidos contaminados con esta cepa de bacterias. Los síntomas de esta infección pueden incluir calambres estomacales severos, diarrea con sangre, vómitos, fiebre y escalofríos. Los niños pequeños, los adultos mayores y las personas con sistemas inmunológicos debilitados tienen mayor riesgo de enfermarse gravemente. En casos graves, la infección también puede desencadenar una afección grave llamada síndrome hemolítico urémico, el que puede provocar insuficiencia renal, problemas de salud permanentes y la muerte. Los síntomas de la infección por *E. coli* aparecen entre uno y diez días después de la exposición, con un promedio de tres a cuatro días. Se recomienda a las personas que puedan estar experimentando estos síntomas que se comuniquen con su proveedor de atención médica.

---

Wagyu es una raza bovina originaria de Japón. Su carne es muy apreciada por sus características de sabor, ternura y jugosidad, siendo utilizada para la preparación de platos gourmet de alto costo. Los cortes de carne wagyu se identifican por su intenso marmoleado, es decir, la infiltración de grasa en las fibras musculares, lo que entrega sus particulares atributos de sabor cuando es cocida.

También es conocida como “carne de Kobe”, denominación que se originó entre los extranjeros que llegaron y se establecieron por primera vez en Kobe, desde el período Meiji (1868-1912) en adelante, después de que Kobe se convirtiera en el primer puerto de Japón abierto al comercio exterior a partir del 1 de enero de 1869. A partir de ahí, la noticia de la carne se extendió rápidamente hacia Occidente.

La carne de Kobe es considerada por los expertos como la mejor carne del mundo y es muy cara. Por eso el término “carne de Kobe” también se utiliza mucho con fines de marketing. Gran parte de la carne que se ofrece bajo esta denominación en Occidente no es auténtica carne wagyu, pero se vende como si fuera auténtica. Por tanto, no basta con que el animal sea de raza bovina Wagyu. También debe ser criado a partir de ganado Tajima genuino en Tajima, donde todos los animales se prueban genéticamente y la carcasa se clasifica según un estándar después del sacrificio. Los animales que cumplen con el estándar son autorizados como carne de res de Kobe y se les estampa el logotipo especial en cuatro lugares, después de lo cual se emite un “Certificado de autenticidad de la carne de Kobe” para cada sacrificio. Por lo tanto, toda la carne de Kobe se puede rastrear desde el sitio web de Kobe Beef, mediante un código único de 10 dígitos que debe encontrarse en el paquete. Este código único se asigna a animales seleccionados en criaderos definidos mientras aún son terneros. El logo es un estilístico crisantemo japonés, no igual pero similar al escudo de armas de Japón y al Sello Imperial Japonés.

Durante 2024 se han registrado en Chihuahua un total de 42 casos de rickettsiosis en cuatro municipios, de los cuales 19 de ellos, casi la mitad, terminaron por perder la vida. La temporada en que se registra esta enfermedad transmitida por garrapatas continúa vigente, por lo que se pidió a la población tomar las medidas pertinentes para evitar su propagación.



El subdirector de Epidemiología, Dr. Gumaro Barrios Gallegos, recordó que desde 2012 se inició la vigilancia epidemiológica de la rickettsiosis, una zoonosis que, en este caso, es transmitida por garrapatas.

El epidemiólogo detalló que los 42 contagios han ocurrido en cuatro municipios: Chihuahua (23 casos y siete defunciones), Ciudad Juárez (13 casos y nueve defunciones), Aquiles Serdán (tres casos y dos defunciones) y Meoqui (dos casos y una defunción).

“Las recomendaciones siempre van encaminadas a tres puntos clave: hacia la persona, hacia el cuidado responsable de mascotas y al cuidado del entorno familiar. Debemos estar muy atentos con niños y jóvenes para que siempre se revisen y que no tengan adherida una garrapata. Con esa medida podemos identificar rápidamente para acudir inmediatamente al médico”, precisó Barrios Gallegos.

Recordó que las mascotas, en su mayoría perros, son una barrera en la que estos parásitos prefieren alimentarse; sin embargo, con un buen cuidado de ellos y con desparasitantes se puede impedir la proliferación.

Por último, dijo que las medidas de limpieza en los hogares, sobre todo patios, también tiene un impacto positivo para evitar la proliferación de la garrapata que en esta época encuentra el clima ideal para reproducirse.

Barrios Gallegos dijo que, sin embargo, este 2024 se ha presentado una reducción, pues en 2023 hubo 105 casos para esta fecha, con 37 defunciones, por lo que recomendó que se mantenga la difusión y la prevención en los hogares.

El Ministerio de Salud de Panamá confirmó el primer caso de hantavirrosis de este año en la provincia de Veraguas.

Se trata de una paciente femenina de 55 años, procedente del corregimiento El Tigre de Los Amarillos distrito de Soná, que fue atendida en el Hospital 'Dr. Ezequiel Abadía' y luego trasladada al Hospital Regional 'Dr. Luis Chicho Fábrega', donde se mantiene recluida en la unidad de cuidados intensivos.

La Caja de Seguro Social y el Ministerio de Salud iniciaron de manera inmediata las investigaciones epidemiológicas del caso; Control de Vectores, Promoción de la Salud, Salud Pública, Control de Alimentos y Vigilancia Veterinaria estarán brindando docencia casa por casa y haciendo entrega de material educativo.

La hantavirrosis es una enfermedad zoonótica transmitida por roedores. Entre sus síntomas figuran fiebre, afecciones gastrointestinales y respiratorias. El Dr. Xavier Antonio Torres Domínguez, director regional, exhortó a la población veraguense a fortalecer las medidas de prevención y control para evitar esta enfermedad, como lo es la guarda de granos de manera segura, realizar limpieza primeramente rociando agua, utilizar barbijo para evitar absorber el polvo que puede incluir orina de roedores.

---

Los casos de infecciones por hantavirus no se presentan con tanta frecuencia en la provincia de Veraguas como en otras tres provincias de Panamá, donde el virus es endémico y representa un riesgo para quienes frecuentan zonas donde se encuentra el roedor reservorio, como es el caso de la paciente citada que ahora se encuentra en cuidados intensivos.

El informe no indica qué hantavirus es responsable de la infección, pero un informe de la Organización Mundial de la Salud afirma que, según el análisis de la secuencia genómica, el virus Choclo es el hantavirus identificado en casos anteriores.

El roedor huésped del virus Choclo es la rata pigmea del arroz (*Oligoryzomys fulvescens*), un roedor que vive en áreas agrícolas y sus alrededores, así como en casas y edificios adyacentes. Puede estar infectado persistentemente con el virus y eliminarlo en la orina, las heces y la saliva, que son la fuente de infección humana.

Con el calentamiento del clima y los cambios en las precipitaciones, la malaria se estará moviendo por África. Un nuevo [estudio](#) sugiere que si se tiene en cuenta la hidrología en las proyecciones del comportamiento de la malaria, la zona de África favorable a la transmisión se reducirá y su estacionalidad cambiará. Estos resultados evidencian como al considerar procesos como los ríos intermitentes y las filtraciones de agua en el suelo pueden ayudar a los científicos a esclarecer el intrincado futuro de esta enfermedad.

Los investigadores saben que las tasas de transmisión de malaria se ven afectadas por los cambios de temperatura y las precipitaciones. Tanto los mosquitos *Anopheles* que transmiten la enfermedad entre las personas como sus parásitos *Plasmodium*, responsables de la infección, son sensibles a la temperatura. Los mosquitos también dependen del agua estancada para completar su ciclo vital.

Históricamente, los investigadores sanitarios y los epidemiólogos han utilizado las precipitaciones como indicador indirecto de las aguas superficiales y, por tanto, de la transmisión de la malaria. Mediante la comparación de las ubicaciones de los casos con los niveles de precipitación, los investigadores han deducido que la malaria se propaga donde llueven entre 60 y 80 milímetros al mes. Los investigadores han utilizado ese umbral para determinar dónde puede repuntar la enfermedad.

Se observó que los patrones de precipitaciones no explican necesariamente dónde se reproducen los mosquitos portadores de la malaria. Hace aproximadamente una década, se estudiaron los procesos del paisaje en Tanzania en un lugar que cumplía el umbral de precipitaciones para la transmisión de la malaria. Pero nadie prestaba atención a las zonas donde un río seco dejaba charcos o a las aguas subterráneas que se filtraban en el suelo.

Las simulaciones climáticas utilizan distintos escenarios de emisión de gases de efecto invernadero para predecir las temperaturas y precipitaciones futuras. Así, resultaba relativamente sencillo prever los futuros focos de la malaria en función de los distintos escenarios de gases de efecto invernadero. Pero hay una especie de desconexión entre los procesos mecánicos reales que crean el hábitat de las larvas y lo que se puede predecir a partir de las precipitaciones.

Para tener una mejor idea de la adaptabilidad climática para la malaria, se combinaron siete modelos hidrológicos globales que simulan procesos como la escorrentía, la infiltración en el suelo, el caudal de los ríos y la evaporación, e incluyen el uso del suelo y la profundidad de la capa freática. Al asociar estos modelos con cuatro simulaciones climáticas que representaban

escenarios de emisiones de bajas a altas, se pudo averiguar dónde se producen las aguas superficiales y dónde las temperaturas serían adecuadas para la malaria en toda África.

Pero como cada modelo hidrológico hace énfasis en distintos factores del ciclo del agua para producir su patrón del agua sobre el terreno, era necesario averiguar cómo combinarlos mejor.

Los investigadores se remontaron a 1900, antes de que las medidas de control de la malaria, como los insecticidas y los mosquiteros, redujeran las tasas de transmisión. El equipo realizó simulaciones desde 1875 hasta 1900 y luego ponderó la contribución de cada modelo hidrológico hasta encontrar la combinación que mejor imitaba la distribución de la malaria en 1900.

En anteriores previsiones sobre la malaria se había tenido en cuenta la hidrología a escala local, pero este es el primer estudio que abarca todo el continente.

### **Completando el modelo con detalles hidrológicos**

El equipo utilizó su modelo combinado para predecir la transmisión de la malaria en el continente africano después de 2025. Compararon la idoneidad de las condiciones ambientales para la enfermedad de 2026 a 2050, de 2050 a 2075 y de 2075 a 2100 con las de 1985 a 2005.

Con el pasar del tiempo, grandes áreas pueden volverse más propicias para la transmisión de la malaria, mientras que otras pueden volverse peores. En general, se descubrió una disminución del área de África apta para la propagación de la malaria a partir de 2025. Sin embargo, la población aumentará en muchas de las zonas donde se prevé que se desarrolle la enfermedad, por lo que resulta difícil determinar cómo cambiarán los índices de transmisión en el futuro.

A gran escala, el resultado es similar al de las anteriores simulaciones basadas únicamente en las precipitaciones. Pero allí donde se observa un cambio, se producen cambios mucho más pronunciados. Por ejemplo, en algunas zonas, el nuevo modelo pronostica que el clima será propicio para la transmisión de la malaria durante menos meses al año –en algunos casos durante más de cuatro meses– que cuando se consideran únicamente las lluvias.

El nuevo modelo ofrece una imagen mucho más compleja y detallada de cómo puede propagarse la enfermedad en los próximos años. Al incorporar la hidrología, el modelo señala las zonas cercanas a grandes ríos, como el Níger y el Zambeze, donde la transmisión puede durar todo el año. Sin embargo, los resultados del modelo siguen siendo demasiado generales para ser útiles a la hora de tomar decisiones sobre dónde desplegar las intervenciones contra la malaria. Además, el modelo no refleja cómo los comportamientos humanos influyen en la propagación de la enfermedad, por ejemplo, el riego de las plantas y la eliminación de los recipientes que se llenan de agua estancada.

A medida que aumente la capacidad de procesamiento computacional en la próxima década, los modelos podrán ayudar a las intervenciones de salud pública, por ejemplo, creando un conjunto de datos que pueda alimentar un sistema de alerta que avise de la posibilidad de una temporada de malaria fuerte.

El estudio actual no tiene en cuenta las diferencias entre especies de mosquitos, como la tolerancia a la temperatura y el entorno de cría. Más adelante los investigadores podrían estudiar cómo se solapan los procesos hidrológicos con los lugares donde predominan determinadas especies. Al centrarse en la geografía y el ciclo del agua, este enfoque podría ayudar a los investigadores a comprender los factores que intervienen en la transmisión de la malaria. La hidrología es un vínculo integral entre el clima y la malaria.

El 25 de julio de 2024, el Centro para la Protección de la Salud (CHP) del Departamento de Salud de la Región Administrativa Especial de Hong Kong estaba monitoreando de cerca un caso humano de infección por el virus de la influenza aviar A(H5N6) en China continental, y nuevamente instó a la población a mantener una estricta higiene personal, alimentaria y ambiental tanto localmente como durante los viajes.

Se trató de una mujer de 70 años que vivía en la ciudad de Hefei, provincia de Anhui, y que había visitado un mercado de aves vivas antes de la aparición de los síntomas. Desarrolló síntomas el 17 de junio y fue ingresada en un hospital para recibir tratamiento el 19 de junio. Falleció el 8 de julio.

Desde 2014 hasta la fecha, las autoridades sanitarias de China continental han informado 92 casos humanos de influenza aviar A(H5N6).

“Todas las nuevas infecciones de influenza A, incluida la A(H5N6), son enfermedades infecciosas de notificación obligatoria en Hong Kong”, dijo un portavoz del CHP.

Los viajeros al continente u otras áreas afectadas deben evitar visitar mercados de aves vivas o granjas. Deben estar alertas a la presencia de aves de corral de traspatio cuando visiten a familiares y amigos. También deben evitar comprar aves de corral vivas o recién sacrificadas y evitar tocar aves de corral/aves o sus excrementos. Deben observar estrictamente la higiene personal y de manos cuando visiten cualquier lugar con aves vivas.

Los viajeros que regresan de áreas afectadas deben consultar a un médico de inmediato si desarrollan síntomas e informar al médico sobre su historial de viaje para un diagnóstico y tratamiento rápidos de posibles enfermedades. Es fundamental comunicar si se ha estado en contacto con aves vivas durante el viaje, lo que puede implicar una posible exposición a ambientes contaminados. Esto permitirá que el médico evalúe la posibilidad de influenza aviar y organice las investigaciones necesarias y el tratamiento adecuado de manera oportuna.

Mientras se implementan las medidas locales de vigilancia, prevención y control, el CHP permanecerá alerta y trabajará en estrecha colaboración con la Organización Mundial de la Salud y las autoridades sanitarias pertinentes para monitorear los últimos desarrollos.

La Agencia de Prevención y Control de Enfermedades de Corea del Sur (KCDC) emitió una alerta nacional de encefalitis japonesa el 25 de julio e instó a aquellos elegibles para vacunarse a hacerlo.

El sistema de vigilancia del mosquito vector de la encefalitis japonesa detectó, el 24 de julio, que este artrópodo representó el 63,2% (2.456/3.884) de todos los mosquitos en Gyeongnam y 58,4% (1.684/2.878) en Jeollanam-do, por lo que se emitió una alerta por encefalitis japonesa a nivel nacional en el mismo día que el año pasado (27 de julio de 2023).

En primer lugar, el KCDC emite un aviso de advertencia cuando se recolecta por primera vez en el año el mosquito vector de la enfermedad, *Culex tritaeniorhynchus*.

En cambio, la alerta se emite cuando una o más de las áreas de monitoreo de mosquitos vectores de la encefalitis japonesa (49 ubicaciones) cumplen con los siguientes criterios:

- Cuando el número promedio diario de mosquitos recolectados dos veces por semana sea superior a 500 y superior a 50% de la densidad total de mosquitos.
- Cuando se aísla el virus de la encefalitis japonesa de los mosquitos recolectados.
- Cuando se detectan genes del virus de la encefalitis japonesa en los mosquitos recolectados.
- Cuando se presenta un paciente con encefalitis japonesa

El mosquito *Culex tritaeniorhynchus*, el vector de la enfermedad, es un pequeño mosquito de color marrón oscuro que vive en campos de arroz, cobertizos para animales y charcos. Se alimenta de sangre principalmente durante la noche. Se encuentra en toda Corea del Sur, y la densidad de sus poblaciones alcanza su punto máximo en agosto y septiembre, y permanece activo hasta fines de octubre.

La infección por el virus de la encefalitis japonesa suele causar síntomas leves como fiebre y dolor de cabeza, pero en casos raros, cuando progresa a encefalitis, aparecen síntomas graves como fiebre alta, convulsiones, rigidez del cuello, confusión, convulsiones y parálisis, y 20-30% de los casos graves pueden ser fatales. En particular, cuando progresa a encefalitis, incluso si los síntomas se recuperan, entre 30 y 50% de los pacientes pueden experimentar diversas complicaciones neurológicas.

Cada año se registran en Corea del Sur aproximadamente 20 casos de encefalitis japonesa; la mayoría de los casos se notifican en agosto o septiembre y se prolongan hasta noviembre. De los 91 casos de encefalitis japonesa reportados en los últimos cinco años (2019 a 2023), 80 de ellos (87,9%) eran personas de 50 años o más. Las regiones más afectadas fueron Gyeonggi, Seoul y Gangwon, en ese orden.

Los síntomas clínicos más comunes fueron fiebre, alteraciones en la conciencia, encefalitis y dolor de cabeza, y se confirmaron complicaciones tales como parálisis y deterioro cognitivo, motor y del habla en 67 pacientes (73,6% del total).

Además, dado que existe una vacuna eficaz contra la encefalitis japonesa, se recomendó que las personas nacidas después de 2011 que sean elegibles para la vacunación lo hagan según el calendario de vacunación estándar.

También se recomienda la vacunación para todas las personas de 18 años o más que no han sido vacunados contra la encefalitis japonesa en el pasado, que vivan en una zona de riesgo (cerca de arrozales o granjas de cerdos) o que planean estar activos en una zona de riesgo durante el período de transmisión; también los extranjeros que se han mudado de un área no endémica y vivirán en el país por un largo período de tiempo.

Además, se recomienda la vacunación (no gratuita) para los viajeros a países con riesgo de encefalitis japonesa: Australia, Bangladesh, Birmania, Brunei, Bután, Camboya, China, Filipinas, India, Indonesia, Japón, Laos, Malasia, Nepal, Pakistán, Papúa Nueva Guinea, Rusia, Singapur, Sri Lanka, Tailandia, Taiwán, Timor-Leste y Vietnam.

El director de la KCDC, Ji Young-mi, enfatizó: “Durante el verano, hay muchas actividades al aire libre, por lo que existe una alta probabilidad de exposición a los mosquitos portadores del virus de la encefalitis japonesa, así que se debe tener especial cuidado en evitar las picaduras de mosquitos, y aquellos que sean elegibles para la vacunación deben vacunarse según el calendario de vacunación”.

Funcionarios de salud de Estonia están realizando investigaciones que casi con certeza confirmarán que el cólera ha regresado al país después de casi 30 años. A principios de semana, un niño con síntomas de la enfermedad fue hospitalizado en Tallin.

El niño tuvo fiebre mientras viajaba con su familia por Azerbaiyán y luego desarrolló diarrea. La familia voló a Tallin cuando uno de los padres llevó al niño enfermo al hospital, donde fue puesto en aislamiento.

La primera muestra fue positiva para cólera. Pronto, otro niño de la familia con síntomas similares fue hospitalizado y aislado.

“Esta enfermedad fue importada desde Azerbaiyán y actualmente no existe riesgo de propagación local. Todavía se importan casos de cólera a Europa, unos 21 o 22 por año. Hay casos de este tipo cuando se viaja a países donde la calidad del agua potable no es la mejor y la gente no respeta las recomendaciones sanitarias”, afirmó Juta Varjas, jefa del Departamento de Epidemiología de Enfermedades Infecciosas de Estonia.

Los médicos estonios aseguran que esta vez la infección no debe haberse propagado, porque la familia tuvo poco contacto con otras personas. Sin embargo, las compañías aéreas advirtieron a los pasajeros que vuelan con sus familias que vigilen su salud durante al menos cinco días y respeten las normas de higiene, especialmente el correcto lavado de manos.

El riesgo para quienes viajan juntos es pequeño, según los médicos, porque el cólera no se propaga por el aire, sino a través del agua y de superficies contaminadas, como los baños, si una persona infectada los ha visitado previamente.

El cólera llega a Europa desde otros continentes. La enfermedad es más común en climas más cálidos con saneamiento deficiente, como países de África, el sur de Asia o América del Sur. Este año, esta enfermedad ha sido identificada en 24 países.

“Ya se han registrado 195.000 casos de cólera y 1.900 muertes”, afirmó Rasa Liausėdienė, representante del centro de salud pública.

---

El cólera es causado por cepas de *Vibrio cholerae* productoras de toxina colérica, generalmente del serotipo O1. Se transmite principalmente por el agua y causa brotes, que pueden ser importantes, en áreas del mundo en desarrollo con acceso deficiente al agua potable, y se exacerba en épocas de inundaciones y sequías. Cuando se introduce a través de viajes a países con sistemas adecuados de saneamiento del agua, es poco probable que se propague, pero, como ocurrió en Haití tras el terremoto que dejó en ruinas lo que quedaba de un sistema de saneamiento ya deficiente, pueden producirse grandes brotes.

El brote de dengue se ha extendido ampliamente por todo Nepal, afectando a 73 distritos, según la División de Epidemiología y Control de Enfermedades.

En 2024, hasta el 18 de julio, se ha notificado un total de 1.657 casos.

Cabe destacar que Mustang, Dolpa, Humla y Jumla no han reportado casos hasta el momento, mientras que el distrito de Mugu, anteriormente no afectado, reportó sus primeros casos el mes pasado, con un total de dos infecciones.

En términos de provincias, la provincia de Bagmati experimenta el mayor impacto, con 570 casos reportados, lo que representa 34,4% del total de infecciones.

Por el contrario, la provincia de Karnali notificó la menor cantidad de casos.

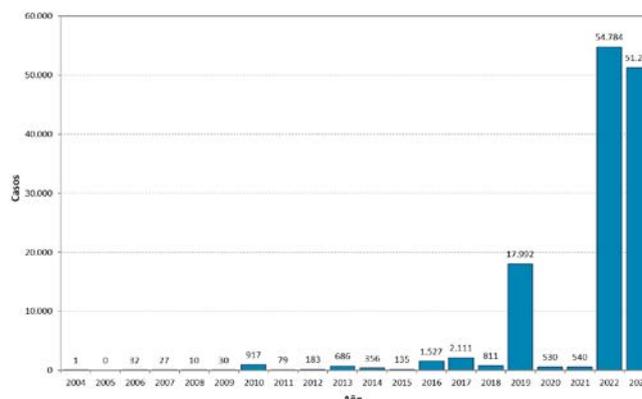
Los diez distritos con las tasas de infección más altas incluyen Katmandú, Jhapa, Chitwan, Makwanpur, Okhaldhunga, Tanahu, Bhojpur, Doti, Sindhupalchowk y Kavrepalanchok.

Esta situación pone de relieve el carácter generalizado del brote de dengue en Nepal, con distintos grados de impacto observados en diferentes regiones y distritos.

Cabe señalar que Nepal registró sus primeras cinco muertes por dengue en 2010.

En los años siguientes, el número de muertos varió: una muerte en 2015, una en 2016, tres en 2017, tres en 2018, seis en 2019, cuatro en 2020 y cinco en 2021.

El año 2022 marcó un pico sombrío con 88 muertes, la cifra más alta registrada hasta el momento. En 2023, la cifra disminuyó, con 20 muertes atribuidas al dengue.



Casos de dengue. Nepal. Años 2004/2023. Fuente: División de Epidemiología y Control de Enfermedades, Ministerio de Salud y Población de Nepal.



La Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció el 26 de julio que enviará más de un millón de vacunas contra la poliomielitis a la Franja de Gaza después tras haberse encontrado el virus de la enfermedad altamente infecciosa en muestras de aguas residuales.

El director general de esa agencia de la Organización de Naciones Unidas, Tedros Adhanom Ghebreyesus, informó que las vacunas se administrarán a los niños en las próximas semanas.

Tedros aclaró que aún no se han registrado casos de poliomielitis, pero que sin una acción inmediata, es “sólo cuestión de tiempo antes de que afecte a los miles de niños que han quedado desprotegidos”.

Los trabajadores humanitarios han hecho patente su preocupación por el impacto de una posible emergencia de poliomielitis en Gaza, en medio de condiciones sanitarias desastrosas marcadas por brotes de hepatitis A y una gama de otras enfermedades prevenibles, junto con la falta de acceso a la atención médica, debido a la guerra.

A principios de esta semana, el Dr. Ayadil Saparbekov, jefe del equipo de emergencias sanitarias de la OMS en el territorio palestino ocupado, advirtió que la propagación de la poliomielitis y otras enfermedades transmisibles podría provocar que más personas murieran por enfermedades evitables que por heridas relacionadas con la guerra. Hasta el momento suman 39.000 los palestinos muertos desde que Israel empezó los bombardeos y la ofensiva terrestre contra Gaza en octubre pasado, según las autoridades sanitarias locales.

### **La cepa muta en versiones más resistentes**

El 16 de julio, la OMS alertó de que se había identificado el poliovirus tipo 2 derivado de la vacuna en seis lugares en muestras de aguas residuales recogidas el mes pasado en Khan Younis y Deir Al-Balah, dos ciudades de Gaza que quedaron en ruinas tras casi diez meses de intensos bombardeos israelíes.

La agencia sanitaria explicó que el virus de la poliomielitis puede surgir en zonas donde la escasa cobertura de vacunación permite que la forma debilitada de la cepa del virus de la vacuna administrada por vía oral mute en una versión más fuerte.

Antes de la guerra, iniciada tras los ataques liderados por Hamás en el sur de Israel, los jóvenes de Gaza tenían acceso a servicios de vacunación rutinaria sólidos.

Pero mientras que se estima que 99% de los niños en el Territorio Palestino Ocupado recibieron su tercera dosis de la vacuna contra la poliomielitis en 2022, esta cifra se redujo a 89% en 2023, según las últimas estimaciones de inmunización rutinaria de la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

### **Reunión regional**

Como parte de los esfuerzos colectivos para combatir el poliovirus circulante tipo 2 derivado de la vacuna en Gaza y más allá, la OMS convocó el 25 de julio a los ministros de salud de toda la región del Mediterráneo Oriental.

“Fui testigo de primera mano de las condiciones de vida que son muy favorables para la propagación de la poliomielitis y otras enfermedades”, dijo la directora regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental, quien convocó la reunión.

“Este es un momento importante para unirnos y actuar con rapidez y decisión con el fin de contener este brote, en beneficio de los niños de Gaza”, enfatizó la Dra. Hanan Balkhy.

En la reunión se acordaron medidas como la intensificación de la vigilancia y “múltiples campañas masivas de inmunización contra la poliomielitis” que pueden integrarse con otros servicios de salud cruciales, “cuando sea factible”.

Los representantes también pidieron un “entorno seguro y propicio” para la vacunación “mediante un alto el fuego o días de calma, que permitan tomar medidas para impedir que la poliomielitis paralice a los niños de Gaza y de las zonas y países circundantes”.

La última reunión del Subcomité Regional sobre Erradicación de la Poliomielitis y Brotes de Poliomielitis también destacó la necesidad urgente de detener todas las formas de poliovirus en el Mediterráneo Oriental, donde se encuentran los dos últimos países del mundo con transmisión endémica de poliovirus salvaje: Afganistán y Pakistán. Los países de la región también se enfrentan a brotes activos de variantes del poliovirus, como Somalia, Sudán y Yemen.

El aumento de las temperaturas en Europa y Asia Central causó la muerte de unos 377 niños en 2021, según un nuevo análisis de datos de 23 países publicado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).



*Vencer el calor: la salud infantil ante las olas de calor en Europa y Asia Central* concluye que la mitad de estos niños murieron de enfermedades relacionadas con el calor en su primer año de vida, la mayoría durante los meses de verano.

“Alrededor de la mitad de los niños de Europa y Asia Central (92 millones) están expuestos a frecuentes olas de calor en una región donde las temperaturas aumentan al ritmo más rápido del mundo”, dijo la directora regional del UNICEF para Europa y Asia Central.

Regina De Dominicis añadió que las temperaturas cada vez más altas pueden tener graves complicaciones para la salud de los menores, especialmente los más pequeños, incluso en un periodo corto. “Sin atención, estas complicaciones pueden poner en peligro la vida”, subrayó.

## Efectos del calor

La exposición al calor tiene efectos agudos en los pequeños, incluso antes de nacer, y puede provocar partos prematuros, bajo peso al nacer, mortinatos y anomalías congénitas. El estrés térmico es una causa directa de mortalidad infantil, puede afectar al crecimiento del lactante y provocar diversas enfermedades pediátricas.

El informe también señala que el calor extremo causó la pérdida de más de 32.000 años de vida sana entre los niños y adolescentes de la región.

## Recomendaciones

En 2024 se han registrado temperaturas récord, y junio fue el mes más caluroso de la historia de la Tierra. Fue el decimotercer mes consecutivo en el que se batieron récords.

Mientras las temperaturas siguen subiendo, el UNICEF insta a los gobiernos de toda Europa y Asia Central a:

- Integrar estrategias para reducir el impacto de las olas de calor, incluso a través de Contribuciones Nacionales Determinadas, Planes Nacionales de Adaptación y políticas de reducción del riesgo de desastres y gestión de desastres, con los niños en el centro de estos planes.
- Invertir en planes de acción de salud contra el calor y atención primaria de salud para apoyar más adecuadamente las enfermedades relacionadas con el calor entre los niños.
- Invertir en sistemas de alerta temprana, incluidos los sistemas de alerta por calor.
- Adaptar las instalaciones educativas para reducir las temperaturas en las zonas donde juegan los niños y capacitar a los maestros para responder al estrés por calor.

- Adaptar el diseño urbano y las infraestructuras, garantizando que los edificios, especialmente los que albergan a las comunidades más vulnerables, estén equipados para minimizar la exposición al calor.
- Garantizar el suministro de agua potable, especialmente en los países donde la calidad y la disponibilidad del agua se están deteriorando.

El UNICEF indicó que colabora con gobiernos, socios y comunidades de toda la región para aumentar la resistencia frente a las olas de calor. Esto incluye dotar a los profesores, los trabajadores sanitarios de la comunidad y las familias con las habilidades y los conocimientos necesarios para responder a los golpes de calor.

# Curso virtual

100% online

Otorga créditos SADI  
Inicio: septiembre

sadi Sociedad Argentina  
de Infectología

mednet

Curso virtual

## Infecciones en el paciente inmunocomprometido

Una realidad en continua evolución

**Directora:**  
Dra. Claudia Salgueira

**Coordinadores:**  
Dr. Diego Torres, Dra. Ana Laborde

**Organiza:** Comisión de Infecciones  
en el Paciente Inmunocomprometido

Con el patrocinio de:



Beneficios  
EXCLUSIVOS!

Cuotas  
SIN INTERÉS

### Programa

Módulo 1 | Los desafíos que nos plantean las terapias target y la inmunoterapia en patología neoplásica. Parte 1

Módulo 2 | Terapias target e inmunoterapia en patología neoplásica. Parte 2. Nuevas moléculas en OH: manejo de situaciones problema.

Módulo 3 | Prevención bajo las nuevas moléculas: anticipándonos al riesgo

Módulo 4 | Infecciones endémicas y emergentes en Latam: manejo y prevención bajo terapias target

Módulo 5 | Ampliando los horizontes en enfermedad autoinmune

Módulo 6 | Cuando los desafíos son grandes en los pacientes pequeños, ¿cómo abordarlos?

Inscríbete aquí con beneficios especiales

**30% OFF**

Por inscripción anticipada

**Cuotas sin interés**

Con Mercado Pago

¡Además, 50% OFF para socios SADI!

sadi Sociedad Argentina  
de Infectología

Completando el curso obtendrás  
un certificado por 100 hs. cátedra  
con **30 créditos SADI**

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