

## ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de dengue
- Buenos Aires: Confirmaron un caso de fiebre hemorrágica argentina en Ramallo

## AMÉRICA

- Cuba: Inusual asociación entre la fiebre de Oropouche y el síndrome de Guillain-Barré
- Estados Unidos: Brote fatal de legionelosis en un hogar de ancianos del condado de Albany, New York

## EL MUNDO

- Bulgaria: Primer caso de cólera después de 103 años
- Europa: Instan a mejorar los datos de seguimiento y las intervenciones de prevención específicas de ITS
- Filipinas: Ya son más de 200.000 los casos de dengue en lo que va de 2024
- Hong Kong – China: Brote de infecciones invasivas por *Streptococcus* del Grupo B
- Mozambique: Brote de sarampión en Cabo Delgado

- Nigeria: Se registraron 4.915 casos sospechosos de meningitis y 361 muertes en 2023/2024
- Palestina: La crisis humanitaria de Gaza se agudiza a medida que las condiciones sanitarias se desploman
- Suecia: Altos niveles de casos de campilobacteriosis
- Ucrania: Reportan el octavo caso de tétanos en lo que va del año
- El aumento de la resistencia a los antimicrobianos podría causar 39 millones de muertes para 2050

### 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

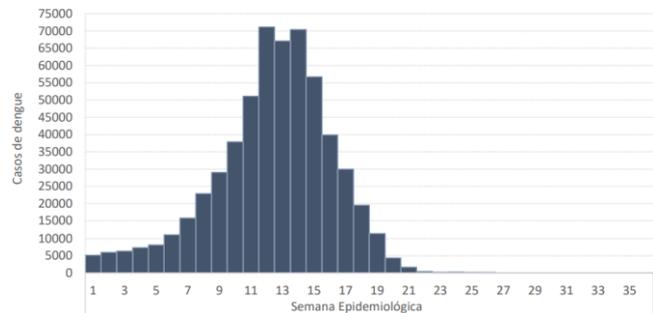


Distinguido por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

© 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.

Provincia/Región	Confirmados totales	Confirmados por laboratorio	Notificaciones totales
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	25.480	24.487	55.700
Buenos Aires	107.359	31.769	142.780
Córdoba	127.491	10.744	146.966
Entre Ríos	19.460	4.732	24.230
Santa Fe	61.467	19.303	72.772
<b>Centro</b>	<b>341.257</b>	<b>91.035</b>	<b>442.448</b>
Mendoza	4.800	1.745	8.678
San Juan	2.258	692	3.180
San Luis	3.862	763	4.454
<b>Cuyo</b>	<b>10.920</b>	<b>3.200</b>	<b>16.312</b>
Chaco	21.656	15.242	30.822
Corrientes	10.060	6.834	13.951
Formosa	10.541	10.410	22.832
Misiones	14.732	7.463	19.650
<b>Noreste Argentino</b>	<b>56.989</b>	<b>39.949</b>	<b>87.255</b>
Catamarca	11.073	6.571	15.270
Jujuy	14.154	3.863	19.673
La Rioja	11.914	1.408	14.517
Salta	24.174	7.457	33.985
Santiago del Estero	18.735	4.127	24.407
Tucumán	84.125	28.845	94.723
<b>Noroeste Argentino</b>	<b>164.175</b>	<b>52.271</b>	<b>202.575</b>
Chubut	61	29	146
La Pampa	551	474	1.416
Neuquén	178	128	378
Río Negro	99	24	155
Santa Cruz	227	129	489
Tierra del Fuego	162	117	266
Sur	1.278	901	2.850
<b>Total Argentina</b>	<b>574.619</b>	<b>187.356</b>	<b>751.440</b>



Casos confirmados. Argentina. Año 2024, hasta semana epidemiológica 36. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

En el año 2024, se observa un descenso sostenido de los casos de dengue desde la semana epidemiológica (SE) 14, actualmente con casos aislados en pocos departamentos de la Región Noreste Argentino (NEA).

En la SE 36, cuarta semana de la temporada 2024/2025, las autoridades sanitarias de las provincias de Formosa y Chaco confirmaron la persistencia de la transmisión, En Formosa, en los departamentos Pilcomayo, Capital, y casos aislados en Patiño y Pilagás y en Chaco, en los

departamentos San Fernando y Mayor Luis Fontana.

En las primeras seis SE de la actual temporada 2024/25 se notificaron 54 casos de dengue, de los cuales 16 se confirmaron por métodos directos (ELISA NS1 y PCR) y el resto corresponde a casos probables en zonas con circulación. En el mismo período en 2023 se registraron 868 casos.

Entre las SE 31 y 36 se notificaron 842 casos sospechosos, 692 fueron estudiados por laboratorio (82%). Se confirmaron 16 a través de métodos directos (4% de positividad).

Provincia/Región	Confirmado	Probable	Sospechoso	Descartado	Notificaciones totales
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	—	1	91	7	99
Buenos Aires	1	—	92	15	108
Córdoba	—	6	58	6	70
Entre Ríos	—	—	6	13	19
Santa Fe	—	—	44	10	54
<b>Centro</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>291</b>	<b>51</b>	<b>350</b>
Mendoza	—	—	5	3	8
San Juan	—	—	2	—	2
San Luis	—	—	3	—	3
<b>Cuyo</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>13</b>
Chaco	26	—	87	8	121
Corrientes	1	7	16	—	24
Formosa	26	—	309	—	335
Misiones	—	—	—	—	—
<b>Noreste Argentino</b>	<b>53</b>	<b>7</b>	<b>412</b>	<b>8</b>	<b>480</b>
Catamarca	—	1	28	—	29
Jujuy	—	—	59	9	68
La Rioja	—	—	8	—	8
Salta	—	3	50	6	59
Santiago del Estero	—	1	50	5	56
Tucumán	—	9	64	—	73
<b>Noroeste Argentino</b>	<b>—</b>	<b>14</b>	<b>259</b>	<b>20</b>	<b>293</b>
Chubut	—	—	—	—	—
La Pampa	—	—	3	—	3
Neuquén	—	—	1	—	1
Río Negro	—	—	1	—	1
Santa Cruz	—	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—	—
<b>Sur</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>5</b>	<b>—</b>	<b>5</b>
<b>Total Argentina</b>	<b>54</b>	<b>28</b>	<b>977</b>	<b>82</b>	<b>1.141</b>

Casos autóctonos y en investigación, según clasificación y jurisdicción. Argentina. Año 2024, de semana epidemiológica 31 a 36. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

El Hospital Municipal 'José María Gomendio' de Ramallo confirmó un caso positivo de fiebre hemorrágica argentina en el distrito. El paciente es un hombre de 43 años de edad, domiciliado en Villa Ramallo y quien se encuentra en pleno proceso de recuperación en su domicilio.

Estuvo hospitalizado un par de días bajo el seguimiento de los profesionales del nosocomio, quienes procedieron a darle el alta al observar su recuperación. Es el primer caso registrado durante esta temporada.

“El paciente trabaja en la construcción en la ciudad de San Nicolás y cuando comenzó a sentir los síntomas se acercó hasta el hospital, donde se le brindó el tratamiento correspondiente a esta enfermedad y ya fue dado de alta. Ahora se le está haciendo el seguimiento en medio de su recuperación, pero se encuentra en buen estado de salud”, informó el director del hospital, Dr. Martín Gil Miranda.

---

La fiebre hemorrágica argentina es una zoonosis viral aguda grave producida por el virus Junín, cuyo reservorio el roedor silvestre de la especie *Calomys musculinus*, conocido como “ratón maicero”. El virus eliminado por los roedores infectados se transmite a las personas mediante la inhalación de aerosoles o a través de pequeñas heridas en la piel o mucosas.

El área endémica de la enfermedad comprende la región de la pampa húmeda de las provincias de Buenos Aires, Córdoba, La Pampa y Santa Fe.

La letalidad de la enfermedad sin tratamiento es de entre 15 y 30%, y se reduce a casi 1% cuando se aplica el tratamiento específico (plasma inmune en dosis estandarizadas de anticuerpos neutralizantes) dentro de los primeros ocho días desde el inicio de los síntomas.

La fiebre hemorrágica argentina es una enfermedad prevenible mediante la vacuna Candid#1, que se incorporó al Calendario Nacional de Vacunación en el año 2007 (Resolución 48/2007). Está indicada para la población que reside o transita el área endémica de la enfermedad y es producida en el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas (INEVH) 'Dr. Julio Isidro Maiztegui'.

La fiebre hemorrágica argentina constituye un evento de notificación obligatoria en los términos de la Ley Nacional 15.465 y la Resolución 2827/2022.

Un reciente [informe](#) describe tres casos humanos de infección por el virus de Oropouche con síntomas y signos de enfermedad neurológica y diagnóstico clínico de síndrome de Guillain-Barré.

El virus de Oropouche (OROV) es un importante virus del género *Orthobunyavirus*, familia *Peribunyaviridae*, transmitido por artrópodos. Es el agente etiológico de la fiebre de Oropouche. El jején antropofílico *Culicoides paraensis* es el principal vector en las áreas urbanas, así como el mosquito *Culex quinquefasciatus*. Actualmente, no hay evidencia de transmisión directa del OROV de humano a humano.

La fiebre de Oropouche se manifiesta como una enfermedad febril aguda, autolimitada, que dura de 2 a 7 días y se asocia con una variedad de síntomas. Los síntomas notificados con mayor frecuencia durante las grandes epidemias en Brasil son fiebre, dolor de cabeza, artralgia, mialgia, náuseas, vómitos, escalofríos y fotofobia. Algunos pacientes presentan síntomas menos comunes, como dolor retroorbitario, erupción cutánea que aparece más comúnmente en el tronco y los brazos, anorexia y, en raras ocasiones, signos hemorrágicos (petequias, epistaxis, sangrado gingival) y signos del sistema nervioso central (SNC). Las presentaciones clínicas graves, que no son frecuentes, pueden implicar infecciones del SNC (meningitis aséptica, meningoencefalitis o encefalitis). La mayoría de los pacientes se recuperan sin secuelas.

Desde su descubrimiento en Trinidad y Tobago en 1955, su incidencia y su propagación geográfica han aumentado. En la actualidad, la fiebre de Oropouche es una de las enfermedades transmitidas por vectores más importantes en América Latina.

El 27 de mayo de 2024, el Ministerio de Salud Pública de Cuba informó el primer brote de fiebre de Oropouche. Se notificaron un total de 74 casos confirmados en las provincias de Santiago de Cuba (54 casos) y Cienfuegos (20 casos). Los síntomas notificados con mayor frecuencia fueron fiebre, dolor lumbar, dolor de cabeza, pérdida de apetito, vómitos, debilidad, dolor en las articulaciones y dolor ocular.

Según el último informe del Ministerio de Salud de Cuba, se han detectado infecciones por OROV en todas las provincias. En este contexto, se ha realizado la caracterización clínica de la circulación del OROV en Cuba con el objetivo de identificar nuevos hallazgos asociados a este evento epidemiológico. En tres casos humanos se observaron síntomas y signos de enfermedad neurológica y diagnóstico clínico de síndrome de Guillain-Barré.

**Caso 1:** Mujer de 53 años de edad con antecedentes de asma bronquial y litiasis biliar, residente en San Luis, provincia de Santiago de Cuba. El 7 de junio comenzó con fiebre, diarrea, malestar

general, cefalea, dolor poliarticular que duró seis días, tras lo cual mejoró. El 17 de junio comenzó con calambres, debilidad en ambos miembros inferiores que progresó hasta causar dificultad para la marcha. Cuatro días después, amaneció con desviación de la comisura labial y dificultad para cerrar el ojo izquierdo, acudiendo al cuerpo de guardia, donde fue ingresada para estudio y tratamiento. El examen clínico reveló que estaba consciente, orientada en el tiempo, el espacio y las personas, con parálisis facial periférica izquierda, déficit motor y disminución de los reflejos osteotendinosos. No se detectaron signos de irritación meníngea.

**Caso 2:** Mujer de 64 años de edad con condiciones médicas de base como hipertensión arterial y osteoartritis, residente en la ciudad de Santiago de Cuba, provincia de Santiago de Cuba. El 7 de junio presentó fiebre alta, escalofríos, cefalea, artralgias y dolor abdominal que persistieron durante cuatro días. Once días después, comenzó a tener parestesias, como hormigueo en pies o manos, más marcado en el hemicuerpo derecho, cefalea y debilidad muscular. Acudió al cuerpo de guardia y fue ingresada. El examen clínico mostró que estaba consciente, orientada en el tiempo, el espacio y la persona, hipertensión arterial, alteración de la marcha, debilidad muscular, disartria y ausencia de signos de irritación meníngea. Además, una hemiparesia flácida derecha directa con predominio faciobraquial, taxi estática por déficit motor y parálisis facial central derecha.

**Caso 3:** Hombre de 51 años de edad con condiciones médicas de base como hipertensión arterial y enfermedad renal, residente en la ciudad de Santiago de Cuba, provincia de Santiago de Cuba. El 9 de junio comenzó con fiebre, malestar general, diarreas y artralgias, mejorando en 5 días. El 19 de junio comenzó con calambres u hormigueos en dedos de manos y pies, dolor de espalda principalmente en región lumbosacra, debilidad muscular en miembros inferiores, que fue progresando y comenzó a tener dificultad para caminar. La debilidad muscular también afectó a los miembros superiores. Acudió al servicio de urgencias y fue ingresado para estudio y tratamiento. El examen clínico reveló que estaba consciente, orientado en tiempo, espacio y persona con debilidad muscular, déficit motor y reflejos osteotendinosos disminuidos. No se detectaron signos de irritación meníngea.

En los tres casos se realizó electromiografía y estudios de conducción nerviosa entre los 10 y 12 días del inicio de los síntomas. Los resultados mostraron una neuropatía axonal motora aguda compatible con el diagnóstico clínico de síndrome de Guillain-Barré. Además, se indicaron pruebas complementarias de laboratorio clínicas y microbiológicas.

Se realizaron otras pruebas diagnósticas microbiológicas. En todos los casos se realizó análisis de líquido cefalorraquídeo para virus de influenza A, B y C, adenovirus humanos, virus respiratorio sincicial humano, virus parainfluenza humano 1-4, coronavirus, rinovirus, enterovirus y herpesvirus humano. Además, se realizó prueba rápida de VIH y prueba serológica para sífilis. Los resultados en todos los casos fueron negativos.

Los pacientes permanecieron hospitalizados entre 22 y 26 días. Ninguno presentó disfunción respiratoria. Fueron dados de alta después de una reevaluación clínica y neurológica sin presentar secuelas.

Los arbovirus pueden infectar el sistema nervioso central y periférico y los más comunes incluyen el virus del Nilo Occidental, el de la encefalitis japonesa, el de la encefalitis de Saint Louis, Zika, Dengue y Chikungunya. El OROV es menos conocido por estar asociado con infecciones del sistema nervioso. Aunque la mayoría de los casos de infección por OROV son autolimitantes y generalmente se resuelven en una semana, existe la posibilidad de complicaciones graves como meningitis y encefalitis.

El síndrome de Guillain-Barré es la causa más común de parálisis flácida aguda en todo el mundo. Generalmente ocurre después de una enfermedad infecciosa en la que la respuesta inmune genera anticuerpos que reaccionan de forma cruzada con los gangliósidos en las membranas nerviosas. Esta respuesta autoinmune resulta en daño nervioso o bloqueo funcional de la conducción nerviosa. Dos tercios de los pacientes informan síntomas de una infección del tracto respiratorio o gastrointestinal antes de la aparición del síndrome. En los últimos años, los virus del Nilo Occidental, Zika, Dengue y Chikungunya se han sumado a la lista de agentes asociados con la etiología del síndrome. Un informe reciente ha descrito la enfermedad neurológica causada por el OROV.

Los resultados de este informe son los primeros en establecer una asociación entre la infección por el OROV y el síndrome de Guillain-Barré. Estos hallazgos, combinados con la existencia de informes previos, confirman que el OROV es un agente causal de trastornos neurológicos. Al mismo tiempo, podría agregarse a la lista de arbovirus involucrados en la etiología del síndrome de Guillain-Barré.

En el contexto actual de aumento de la circulación del OROV en la región de las Américas, este informe muestra que es necesario mejorar la vigilancia clínica, epidemiológica y virológica para lograr diagnósticos precisos, publicar nueva información, promover e implementar estrategias efectivas para el manejo de casos médicos y el control de brotes de fiebre de Oropouche. Al mismo tiempo, futuras investigaciones adicionales contribuirán a esclarecer estos hallazgos. Por lo tanto, se deben realizar esfuerzos significativos para el diagnóstico oportuno y la prevención de posibles cepas neurovirulentas del OROV.

Una cuarta persona falleció en medio de un brote de legionelosis en un hogar para ancianos en el sector norte del estado de New York, informaron las autoridades.

Los funcionarios del condado de Albany anunciaron la semana pasada que tres personas habían fallecido de un grupo de 10 que dieron positivo para la enfermedad en el hogar para ancianos Peregrine Senior Living, en Shaker.



Hubo otros dos casos positivos para *Legionella pneumophila*, la bacteria que causa la dolencia, y ahora son cuatro las muertes vinculadas al brote, dijo la comisionada de salud del condado de Albany, Maribeth Miller, el 17 de septiembre.

La legionelosis es un tipo serio de neumonía causada al inhalar pequeñas partículas de agua contaminada con la bacteria *Legionella*. Las personas de edad avanzada, las que tienen sistemas inmunológicos debilitados o sufren de ciertas condiciones como atrofia pulmonar crónica están bajo un mayor riesgo de contraerla.

Los funcionarios del condado afirmaron la semana pasada que dos de los que murieron ya estaban hospitalizados por otras causas, por lo que no queda confirmado que la legionelosis sea lo que los mató. En su comunicado del 17 de septiembre, Miller dijo que hubo “cuatro muertes por neumonía vinculadas a este brote”. Los funcionarios del condado no dieron más detalles.

Como respuesta al brote, los funcionarios de salud han estado trabajando con Peregrine Senior Living y con los hospitales del área para asegurarse de que las personas con síntomas se hagan la prueba y que sean tratadas, además de implementar un programa de tratamiento de aguas. Las autoridades han impuesto restricciones al uso de agua.

La administración del hogar de ancianos dijo la semana pasada que estaba coordinando con las autoridades de salud estatales y locales para proteger a los residentes, al personal y a los visitantes.



BULGARIA

PRIMER CASO DE CÓLERA DESPUÉS DE 103 AÑOS

14/09/2024

En Bulgaria se registró un caso importado de cólera, el primero confirmado en el país en los últimos 103 años. Se trata de un ciudadano indio de 23 años de edad, residente en Bulgaria, que estuvo en Nueva Delhi, India, entre el 13 de agosto y el 2 de septiembre.

La Inspección Regional de Salud (SRHI) de la capital, Sofía, informó sobre el caso confirmado. El paciente presentó diarrea aguda el 3 de septiembre, sin otras molestias. Se realizó una prueba de laboratorio, que posteriormente fue confirmada en el Laboratorio Nacional de Infecciones Bacterianas Especialmente Peligrosas del Centro Nacional de Enfermedades Infecciosas y Parasitarias.

El paciente se encuentra aislado en una habitación con baño privado del Departamento de Enfermedades Parasitarias e Infecciosas “Prof. Iván Kírov”. Está en buen estado general. En el mismo hospital también ha sido puesta en cuarentena obligatoria una persona con la que vive el paciente, considerada por el Servicio Nacional de Salud como contacto estrecho. Hasta el momento no presenta síntomas; las pruebas mostraron resultados negativos y se le ha administrado profilaxis antibiótica.

Durante el estudio epidemiológico realizado no se identificaron otras personas de contacto. El paciente no visitó lugares públicos, incluidos restaurantes, etc.

En la institución médica se entregó una prescripción para cumplir con un estricto régimen antiepidémico, desinfección reforzada y uso de equipo de protección personal por parte del personal para prevenir la propagación de la enfermedad.

La última epidemia de cólera en Bulgaria se registró en el período 1914/18. Luego la enfermedad fue importada a través de Rumania, y durante el período indicado se registraron 845 infectados y 146 muertes. El último caso de cólera en el país se registró en 1921 y se volvió a importar. Gracias a la purificación y cloración del agua potable, la enfermedad quedó prácticamente erradicada en Europa.

---

La importación de infecciones por *Vibrio cholerae* a países donde la enfermedad no es endémica puede tener diferentes consecuencias. Cuando esto ocurrió en Haití, un país en el que lo que parecía un sistema sanitario quedó destruido por un terremoto, se produjo una epidemia monumental. En cambio, cuando se produjeron casos relacionados con viajes a Estados Unidos como consecuencia de viajes a Haití, no se produjeron casos secundarios. La diferencia está en que los buenos sistemas sanitarios proporcionen agua potable segura.

El Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) publicó un estudio que proporciona estimaciones de prevalencia basadas en evidencias para las infecciones de transmisión sexual (ITS) en Europa e identifica a los grupos de población con mayor riesgo de contraer dichas infecciones. Esta revisión exhaustiva subraya la necesidad urgente de mejorar los datos de seguimiento, así como las intervenciones de prevención específicas en toda Europa.

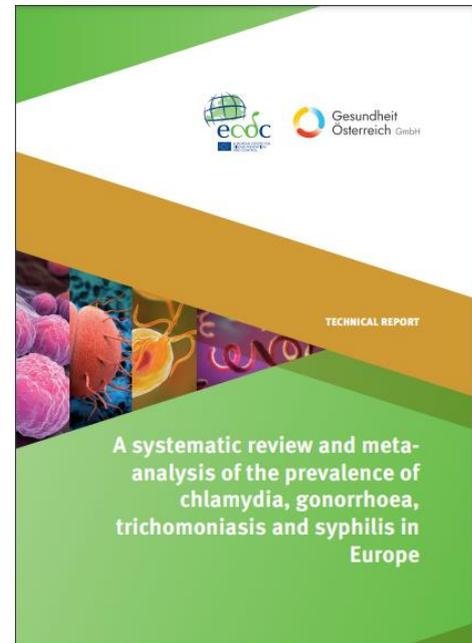
El pasado mes de junio, el ECDC señaló que en un año los casos de gonorrea habían aumentado 48%, los de sífilis 34% y los de clamidiosis 16% en Europa. En este sentido, insistía en la necesidad de mantener relaciones sexuales más seguras, recomendando el uso del condón para el sexo vaginal, anal y oral, entre otras estrategias de prevención frente al VIH, la gonorrea, la sífilis, la clamidiosis y otras ITS.

Las ITS se encuentran entre las infecciones más prevalentes a nivel mundial, con una estimación de 375 millones de nuevas infecciones de alguna de las ITS curables cada año. Los Estados miembros de la Unión Europea/Espacio Económico Europeo (UE/EEE) notifican anualmente alrededor de 300.000 nuevos diagnósticos de ITS bacterianas al Sistema Europeo de Vigilancia, la principal fuente de datos epidemiológicos para la región.

Las variaciones en las características y la cobertura del sistema de vigilancia de las ITS, junto con las diferencias en las políticas de detección y las prácticas de cribado, impiden que los datos de vigilancia rutinaria proporcionen una imagen precisa de la epidemiología de las ITS. Para describir mejor la epidemiología de las ITS, los países deberían informar adecuadamente sobre los esfuerzos de prevención primaria o secundaria, así como proporcionar datos precisos para monitorear el progreso hacia la eliminación de las ITS como amenaza para la salud pública en Europa. Así, en el contexto actual se requiere información epidemiológica complementaria, como estimaciones de prevalencia.

Uno de los objetivos de la revisión sistemática que presentó el ECDC es identificar y cotejar las estimaciones de prevalencia para la población general europea y específicamente para las poblaciones más vulnerables para las cuatro ITS curables: clamidiosis (agente etiológico, *Chlamydia trachomatis*); gonorrea (*Neisseria gonorrhoeae*); tricomonosis (*Trichomonas vaginalis*) y sífilis (*Treponema pallidum*, subespecie *pallidum*).

En general, se estima que la prevalencia actual de clamidiosis en Europa es de 2,76% entre las mujeres y de 2,64% entre los hombres. La estimación de la prevalencia de gonorrea es de 0,24% en mujeres y de 0,10% en hombres. Se estima que la prevalencia de tricomonosis es de 0,69% entre las mujeres y de 0,00% entre los hombres. Con respecto a la estimación de la sífilis, la prevalencia general es de 0,14% entre las mujeres en atención prenatal y no hay estimaciones disponibles para los hombres en la población general.



En jóvenes de 15 a 24 años, la prevalencia de clamidiosis se estima en 5,54% en mujeres jóvenes y 3,32% en hombres jóvenes. La prevalencia de gonorrea se estima en 0,51% en mujeres jóvenes y 0,07% en hombres jóvenes. La prevalencia de tricomonosis se estima en 0,64% en mujeres jóvenes y 0,00% en hombres jóvenes. Para sífilis en jóvenes, solo se identificó un estudio, realizado entre mujeres jóvenes en atención prenatal, que informó una prevalencia de 0,00%.

Las estimaciones de prevalencia de ITS no son generalizables a la comunidad de hombres que practican sexo con hombres (HSH). El ECDC calculó estimaciones agrupadas para varios subgrupos de HSH. Entre aquellos que visitan clínicas de ITS, las prevalencias estimadas son de 9,72% para gonorrea, de 0,10 % para tricomonosis y de 6,53 % para sífilis. Entre los HSH que viven con el VIH, las prevalencias estimadas son de 6,08% para clamidiosis, 4,74% para gonorrea, 0,94% para tricomonosis y 14,36% para sífilis. Entre el colectivo de HSH que reciben profilaxis previa a la exposición, las prevalencias estimadas son de 9,57% para clamidiosis, 8,99% para gonorrea y 6,48% para sífilis. Entre los HSH que tienen conductas sexuales consideradas de “alto riesgo”, las prevalencias estimadas son de 15,35% para clamidiosis, 14,37% para gonorrea, 1,54% para tricomonosis y 5,21% para sífilis.

En las mujeres cis trabajadoras sexuales, las prevalencias agrupadas se estiman en 5,50% para clamidiosis, 2,22% para gonorrea, 8,97% para tricomonosis y 1,75% para sífilis. Entre los trabajadores sexuales masculinos y mujeres trans, las estimaciones de prevalencia fueron particularmente altas, con prevalencias agrupadas estimadas en 6,04% para clamidiosis, 6,36% para gonorrea y 22,09% para sífilis. El ECDC señaló que solo se identificaron dos estudios –de Chequia y Serbia– para personas usuarias de drogas inyectables y ambos informaron sobre la prevalencia de sífilis, cuya estimación agrupada se sitúa en 1,56%.

El ECDC recomienda que los Estados europeos creen estrategias nacionales para el control de las ITS, ya sea como un plan separado o como parte de una estrategia más amplia de salud sexual o de VIH/ITS. Estas estrategias deben incluir la educación en salud sexual, campañas que favorezcan las relaciones sexuales seguras mediante la promoción de preservativos, así como garantizar pruebas, tratamiento y atención en salud sexual accesible. La colaboración de los países de Europa con organizaciones comunitarias que ofrecen servicios a las poblaciones más vulnerables es crucial para mejorar el control específico y eficaz de ITS.

Abordar las brechas en la vigilancia y prevención de ITS es esencial para reducir la propagación de dichas infecciones y, en última instancia, poder eliminarlas como amenaza para la salud pública en Europa. La mejora de la compilación de datos y de las estrategias de prevención específicas son pasos imprescindibles para lograr este objetivo.

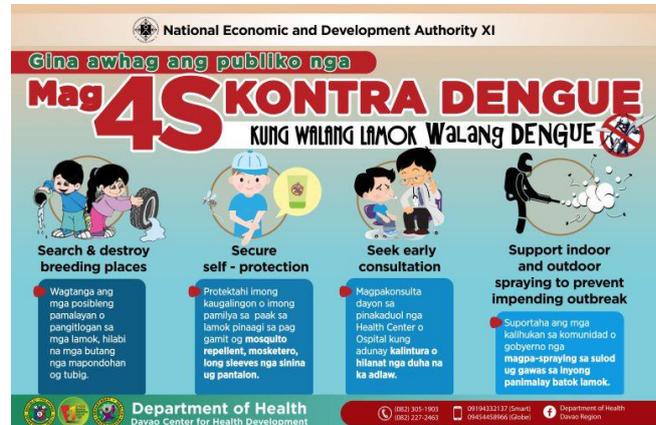
El Departamento de Salud de Filipinas informó el 12 de septiembre que el total nacional de casos de dengue ha superado la marca de 200.000 en 2024, con 208.965 casos hasta el 6 de septiembre, incluidas 546 muertes.

Esto supone un incremento de 68% en comparación con el año pasado para la misma fecha (124.157).

“Actualmente, los casos están en una tendencia ascendente, mostrando un aumento de 25% del 4 al 17 de agosto de 2024 con 36.335 casos reportados, en comparación con los 29.021 reportados del 21 de julio al 3 de agosto de 2024”, dijo el Departamento de Salud.

Todas las regiones, excepto MIMAROPA, Bicol, Tangway ng Zamboanga y la Región Autónoma de la Nación Mora en el Mindanao Musulmán, mostraron aumentos del 4 al 17 de agosto.

El secretario de Salud, Teodoro Javier Herbosa, dijo que atribuye el aumento de casos al aumento de mosquitos, que se presenta cuando estos disponen de sitios de reproducción.



El Centro de Protección de la Salud (CHP) del Departamento de Salud de Hong Kong está investigando un brote de infecciones invasivas por *Streptococcus* del grupo B. El CHP hizo un llamamiento a la población para que aumenten la vigilancia y, en particular, presten atención al tocar o manipular pescado de agua dulce crudo y utilicen guantes, así como para no consumir pescado de agua dulce poco cocido.

El CHP está monitoreando con la Autoridad Hospitalaria las cifras de admisión en relación con estos casos. Desde el anuncio de la situación de la infección por *Streptococcus* del grupo B perteneciente al serotipo III secuencia tipo 283 (ST283) el 13 de septiembre, el CHP confirmó el 16 de septiembre 13 casos adicionales que involucran a pacientes ingresados recientemente con la infección. Las investigaciones epidemiológicas muestran que los 13 casos involucraban a siete hombres y seis mujeres, con edades comprendidas entre 35 y 94 años. Los pacientes presentaban principalmente sepsis (ocho casos) y absceso articular (cinco casos). Junto con los 27 casos notificados hasta el 13 de septiembre, este conglomerado involucra un total acumulado de 40 pacientes que residen en 18 distritos de todo el territorio. La fecha de inicio de la enfermedad ocurrió entre el 8 de agosto y el 5 de septiembre, y 30 de ellos presentaban enfermedades subyacentes. La información de la Autoridad Hospitalaria mostró que, de los 40 pacientes, 10 han sido dados de alta, 25 están hospitalizados en condición estable, tres en condición grave y los dos restantes, con enfermedades subyacentes, fallecieron.

El análisis del CHP de muestras de otros pacientes ingresados recientemente aún está en curso y no se puede descartar que el número de casos aumente aún más.

Las investigaciones epidemiológicas del CHP revelaron que 31 pacientes habían estado en contacto con o manipulado pescado de agua dulce crudo antes del inicio de los síntomas (cinco de ellos informaron que tenían heridas en sus manos al manipular pescado de agua dulce crudo), seis pacientes no pueden descartar que hayan consumido pescado de agua dulce poco cocido (no sashimi de pescado de agua dulce) y el historial de exposición de los tres pacientes restantes está bajo investigación.

Además, ninguno de los 40 pacientes era pescadero ni trabajaba en la piscicultura. Como los pacientes residían en varios distritos del territorio y los peces de agua dulce afectados se compraron en 23 mercados de 11 distritos respectivamente, el CHP consideró que los peces de agua dulce afectados podían estar relacionados con el nivel mayorista. Después de saber que la secuencia genética de las muestras recogidas en un puesto de venta minorista de pescado de agua dulce coincidía con las encontradas en algunos pacientes, el CHP se asoció inmediatamente con el Departamento de Agricultura, Pesca y Conservación (AFCD) para realizar una inspección en el puesto de pescado de agua dulce del mercado mayorista de alimentos de Cheung Sha Wan y recoger muestras ambientales para realizar pruebas y análisis. El análisis de laboratorio todavía está en curso. Hasta ahora, no se ha observado ninguna anomalía con respecto a los peces de agua dulce en los mercados mayoristas de pescado. Además, el CHP y el Departamento de Higiene Alimentaria y Ambiental (FEHD) han realizado una vigilancia médica a más de 200 trabajadores y no se ha identificado a ninguno sintomático. El FEHD ha reforzado la limpieza y desinfección de los mercados pertinentes.

El CHP envió una carta a los médicos para que aumenten su vigilancia ante los casos de infección por *Streptococcus* del grupo B. Las investigaciones del CHP, así como las labores de prevención y control, que incluyen un seguimiento estrecho de los casos ingresados, la realización de análisis genéticos de las muestras bacterianas de los pacientes, la realización de pruebas de muestras ambientales y el fortalecimiento de la educación sanitaria para los trabajadores y el público, especialmente la educación relacionada con el cuidado de las heridas y el consumo de pescado de agua dulce, siguen en curso. El AFCD seguirá controlando el estado sanitario del pescado de agua dulce suministrado a Hong Kong y se asegurará de que no haya anomalías e implementará medidas viables para reducir la proliferación de bacterias.

“Los miembros del público deben usar guantes al tocar o manipular pescado de agua dulce crudo. Si aparecen síntomas como heridas inflamadas y fiebre, deben buscar atención médica de inmediato. Mientras tanto, el público debe abstenerse de consumir pescado de agua dulce poco cocido”, recordó un portavoz del CHP.

Para prevenir la infección por *Streptococcus* del grupo B (ST283), se recuerda a los miembros del público que mantengan la higiene personal, alimentaria y ambiental y que deben mantener sus manos limpias y practicar un buen cuidado de las heridas en todo momento, especialmente:

- Para minimizar el riesgo de infección, los trabajadores de productos acuícolas o de restaurantes deben usar guantes cuando manipulen productos acuícolas y evitar el contacto directo con productos acuícolas o agua sucia con las manos desnudas;
- Al comprar productos acuícolas, se debe evitar el contacto directo con los mismos o utilizar cualquier toalla proporcionada por los puestos. Debe lavarse las manos con agua y jabón líquido lo antes posible si tiene contacto con productos acuícolas que no estén completamente cocidos. Al manipular productos acuícolas en el hogar, se deben usar guantes y lavarse bien las manos después;
- No consumir sashimi de pescado de agua dulce ni productos acuícolas de agua dulce crudos o poco cocidos. Al consumir *hot pot* o *congee* que contengan productos acuícolas, deben asegurarse de que los alimentos estén bien cocidos y que el centro del alimento alcance una temperatura de al menos 75°C para destruir los patógenos; y
- No tocar directamente los productos acuícolas si se tiene una herida en las manos. Si se produce una herida durante la manipulación de productos acuícolas, se debe limpiar la herida inmediatamente y cubrirla adecuadamente con apósitos adhesivos impermeables. Se debe buscar atención médica de inmediato si se detecta una infección en la herida.

---

El estreptococo del grupo B (SGB), *Streptococcus agalactiae*, es una bacteria coco inmóvil, grampositiva y encapsulada. Está ampliamente distribuida entre diversas especies, entre ellas los seres humanos, los mamíferos, los anfibios, los reptiles y los peces. Una cepa específica del SGB, la de secuencia tipo 283 (ST283), se encuentra entre las cepas más virulentas de SGB y causa enfermedades invasivas en muchos adultos sanos o en adultos con relativamente pocas comorbilidades subyacentes.

Se ha informado de la presencia del SGB ST283 en peces de agua dulce, en particular peces de piscifactorías, en países del Sudeste Asiático, con una prevalencia que oscila entre 12,5% y 100%. En 2015, el SGB ST283 provocó un importante brote invasivo transmitido por alimentos que afectó al menos a 146 personas en Singapur. Las investigaciones epidemiológicas mostraron que el brote tenía un fuerte vínculo con el consumo de pescado de agua dulce crudo, lo que llevó a la prohibición del uso de pescado de agua dulce crudo en todos los platos de pescado crudo listos para comer en Singapur desde diciembre de 2015. Posteriormente, también se informó de la enfermedad invasiva por SGB ST283 en otros países y zonas del Sudeste Asiático y sus alrededores, como China continental, Hong Kong, Laos, Tailandia y Vietnam.

La infección invasiva por SGB puede presentarse como sepsis, meningitis, artritis séptica, endocarditis infecciosa e incluso la muerte.

Las fuentes de infección invasiva por SGB asociada con ST283 no están del todo claras. La literatura indica que está relacionada con la ingestión o la manipulación inadecuada de alimentos contaminados, y algunos incluso han informado que el SGB ST283 invasivo existe en peces de agua dulce, especialmente peces de piscifactorías.

En términos generales, las personas mayores y las personas inmunodeprimidas pueden correr mayor riesgo de infección.

Las autoridades sanitarias de Mozambique han detectado brotes de sarampión en cuatro distritos de la provincia norteña de Cabo Delgado, advirtiendo que los brotes han ido empeorando en los últimos dos meses.

Según Edson Fernando, director médico de Cabo Delgado, los distritos que han reportado la enfermedad son Ancuabe, Chiúre, Namuno y Montepuez, con un total acumulado de 340 casos, de los cuales 68 requirieron hospitalización.



Según el funcionario, el aumento de los casos de sarampión en Cabo Delgado se debe a la falta de acceso a los servicios sanitarios en algunas comunidades, especialmente en las regiones donde los terroristas islamistas han estado lanzando ataques, lo que ha provocado que muchos niños no sean vacunados.

“Para contener el brote, se realizará una campaña de vacunación del 16 al 22 de septiembre, con el objetivo de llegar a 1,7 millones de niños entre 9 y 14 años”, dijo.

Explicó que se han reunido todas las condiciones logísticas para garantizar que se llegue a la mayor parte del grupo objetivo. “También se instalarán más de 1.000 equipos móviles y fijos para garantizar la campaña de vacunación”, añadió.

Hay informes de que en el distrito de Macomia también se han registrado casos de sarampión y la situación se está deteriorando debido a la falta de medicamentos en los centros de salud locales.

El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Nigeria informó que el país registró un total de 4.915 casos sospechosos de meningitis en 24 estados en la temporada 2023/2024.

El Director General del NCDC, Dr. Jide Idris, afirmó que también se han registrado 361 muertes, con una tasa de letalidad de 7,3% por la enfermedad.

“Se recogió un total de 859 muestras de los casos sospechosos notificados desde el comienzo del brote, y se confirmaron 378 (tasa de positividad de 44%). *Neisseria meningitidis* del serogrupo C representa 90% de los casos, *Haemophilus influenzae* tipo b 6%, *Streptococcus pneumoniae* 3%, *N. meningitidis* del serogrupo X 1%, y *N. meningitidis* del serogrupo W 1%.

“El grupo de edad de 5 a 15 años fue el más afectado. El 60% del total de casos sospechosos son varones. Los cinco estados más afectados son Yobe (3.014 casos), Bauchi (517), Jigawa (389), Katsina (352) y Gombe (316), que representan 93% de todos los casos notificados.

“En la temporada 2023/2024 se ha producido un aumento de 157% en los casos, al pasar de 1.914 casos en la temporada 2022/2023 a 4.915 casos en la temporada 2023/2024”.

Agregó que hay un alto incremento en la tendencia de casos en 2024 en comparación con los últimos cuatro años.

---

Las exitosas campañas de vacunación contra el serotipo A de *Neisseria meningitidis* han provocado un aumento del serogrupo C, con algunos casos de otros serotipos, como X y W. Conocer los serotipos es importante para realizar campañas de vacunación específicas para controlar los brotes, aumentando la inmunidad colectiva.

Un niño de 14 años yace en el Hospital de los Mártires de Al-Aqsa en Deir Al-Balah, en la Franja de Gaza, con quemaduras graves a causa de un ataque aéreo israelí. Los médicos dicen que casi todo su cuerpo está afectado. Sus heridas ahora están infestadas de gusanos.

“Tiene quemaduras avanzadas de segundo y tercer grado que cubren entre 80% y 90% de su cuerpo”, dijo el Dr. Mahmoud Yousef Mughani, un médico especializado en cirugía reconstructiva y quemaduras. Debido a la escasez de suministros de esterilización, sus heridas no pueden limpiarse adecuadamente.

Cuando se cambian los vendajes del niño, los gusanos caen al suelo. “Esto sucede siempre”, dijo Mughani.

El niño no tiene otro lugar adonde ir. Según la Organización de Naciones Unidas (ONU), unos 12.000 pacientes esperan salir de Gaza para recibir la atención médica que necesitan con urgencia, pero las evacuaciones médicas se han suspendido desde que se cerró el paso fronterizo de Rafah con Egipto hace cuatro meses.

Este caso es un testimonio del deterioro de las condiciones sanitarias de los palestinos atrapados en el enclave asediado después de 11 meses de guerra, tanto dentro como fuera de los hospitales.

Mientras continúa la campaña para vacunar a los niños de Gaza contra la poliomielitis, la ONU y los organismos de ayuda advierten sobre el deterioro de las condiciones de salud pública.

El 8 de septiembre, el Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en Cercano Oriente (UNRWA) dijo en X: “Mientras vacunamos a los niños contra la poliomielitis, muchas otras enfermedades siguen propagándose en Gaza”.

“Los montones de basura crecen junto a las tiendas y los refugios. Las aguas residuales siguen inundando las calles. El acceso a los productos de higiene es cada vez más limitado. Las condiciones sanitarias son inhumanas”, afirmó el UNRWA.

La Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA) advirtió la semana pasada que el acceso limitado al agua potable y a las instalaciones sanitarias, junto con la falta de artículos de higiene asequibles, estaba agravando la crisis de salud pública de Gaza.

En julio, el precio del jabón habría aumentado casi 1.200% en toda la Franja respecto del año anterior, y el precio del champú había aumentado casi 500% en el mismo período, dijo la OCHA.

“Los socios humanitarios han estado trabajando para garantizar que cientos de miles de kits de higiene puedan llegar a las personas necesitadas, pero esos esfuerzos continúan viéndose



Niños desplazados clasifican la basura en una calle de Deir Al-Balah, en el centro de la Franja de Gaza, el 29 de agosto.

obstaculizados por el conflicto activo, las restricciones de acceso, la falta de orden público y seguridad y las órdenes de evacuación emitidas por las autoridades israelíes”, dijo la OCHA.

Las familias desplazadas enfrentan dificultades extremas para mantener la higiene básica en refugios y sitios para desplazados superpoblados, señaló la agencia, mientras que las instalaciones críticas, como centros de salud, cocinas comunitarias, espacios de protección infantil, centros de nutrición y escuelas, carecen de las herramientas necesarias para garantizar condiciones seguras y sanitarias. Es probable que esta situación se deteriore aún más durante el invierno.



Una mujer palestina se sienta en el suelo entre pacientes en el Hospital de los Mártires Al Aqsa en Deir Al-Balah, en el centro de la Franja de Gaza, el 3 de abril.

## Venta de jabón casero

Algunos residentes han comenzado a fabricar jabón y detergentes y a venderlos.

Mohammed Al-Taweel tiene un puesto en un mercado callejero en Deir Al-Balah. El 8 de septiembre, dijo que “la gente empezó a demandar más detergentes y comenzamos a aumentar la producción”.

“No hay alternativa. No hay nada que se pueda traer. No hay nada ya hecho. Todo está cerrado”, dijo Al-Taweel.

Pero le preocupa que las materias primas también puedan agotarse en los próximos días.

Un niño palestino en Gaza está en la calle con un bidón de agua y un caballo de juguete, rodeado de escombros.

“El producto terminado era barato y estaba disponible, pero todo es caro... La gente se queja. El champú cuesta 15 shekels (4 dólares). Antes lo vendíamos por 10 shekels”.

Ghada Shahoura, una mujer que busca productos de limpieza en el mercado, dijo: “La escasez de materiales de limpieza es grave. Nos vemos obligados a comprar productos de limpieza locales, pero a menudo son de mala calidad y muy caros”.

“Tenemos epidemias y una alta tasa de infecciones, parásitos e infecciones fúngicas en los niños. No hay higiene”, dijo Shahoura.

Las agencias de la ONU y sus socios están intentando reparar los pozos que resultaron dañados debido a los combates en Deir Al-Balah a fines de agosto, que redujeron la producción de agua subterránea en 75%. Ocho pozos resultaron significativamente dañados, cuatro de los cuales no pueden repararse en este momento, dijo la OCHA.

A partir de este mes, la producción diaria de agua potable en el enclave era una cuarta parte del suministro anterior a la guerra, dijo la OCHA, citando a agencias involucradas en la salud pública en Gaza.

Sin embargo, el volumen de agua transportada mediante camiones se duplicó entre el 19 de agosto y el 1 de septiembre. Aun así, es mucho menos de lo que se puede generar a partir de pozos, y el suministro se ha visto obstaculizado por la escasez de combustible y la persistente congestión del tráfico en la zona de Al-Mawasi, adonde se han trasladado miles de desplazados internos.

Saeed Rayyan, un residente de Gaza, vende cloro para esterilizar tiendas de campaña y ropa. “También se utiliza para lavar y esterilizar platos debido a la hepatitis, que se está extendiendo terriblemente en la Franja de Gaza, y para prevenir la ictericia”, dijo Rayyan.

Dijo que era difícil conseguir suministros de cloro líquido, por lo que a menudo tenían que recurrir al cloro en polvo y a la soda cáustica para tratar de preservar la higiene.

“No hay materiales alternativos para eliminar las enfermedades. No hay champú”, añadió Rayyan. La gente usaba líquido lavavajillas y detergente para ropa para intentar mantenerse limpia.

“Debido a la propagación de epidemias y enfermedades y la falta de limpieza en las carpas, así como la gran acumulación de basura en el país, no hay limpieza de los baños y no hay supervisión de higiene en los mercados en general”, dijo.

### **Los niños se enfrentan a la incertidumbre**

El nuevo año escolar en Gaza debía comenzar el 15 de septiembre, pero la OCHA dijo que más de 600.000 estudiantes no tienen acceso a educación formal ni a espacios de aprendizaje seguros mientras la guerra continúa.

Ninguna de las 200 escuelas gestionadas por el UNWRA, en Gaza está en funcionamiento, ya que muchas de ellas sirven como refugios para palestinos desplazados, añadió la OCHA.

Algunos niños han recurrido a aulas improvisadas para continuar su educación. En una de esas aulas, dentro de una tienda de campaña en Deir-al Balah, en el centro de Gaza, un grupo de 17 niños se reúne para aprender el alfabeto árabe.

La carpa pertenece a la profesora de árabe Oula Al-Goul, quien dice que da clases a alumnos de primer grado por sentido de responsabilidad. “Decidí lanzar esta iniciativa individual para ahorrar todo lo que se pueda y ayudar a los niños que no han asistido a la escuela”, dijo.

“La escasez de combustible ha limitado el funcionamiento de los hospitales y ha afectado el esfuerzo por vacunar a los niños de Gaza contra la poliomielitis, con una falta de combustible para los vehículos involucrados en la campaña de vacunación”, dijo Mahmoud Shalabi, un trabajador humanitario de Ayuda Médica para Palestinos (MAP).

Las agencias de ayuda humanitaria también expresaron su preocupación por el impacto de las nuevas órdenes de evacuación del ejército israelí en la campaña de vacunación. El 9 de septiembre, el ejército israelí ordenó a los residentes que evacuaran las zonas del norte de Gaza donde previamente había acordado una pausa en los combates para permitir que los niños recibieran las vacunas contra la poliomielitis, según un organismo de la ONU.

La orden se produjo después de que el 8 de septiembre se lanzaran cohetes desde el norte de Gaza hacia Ashkelon, en el sur de Israel. La OCHA criticó la orden, señalando que incluía “áreas en las que se habían acordado pausas locales en los combates para la vacunación contra la poliomielitis”. Según la oficina de prensa del gobierno en Gaza, la población actual de las zonas afectadas por la orden de evacuación es de unas 15.000 personas.

“El Ministerio de Salud no está seguro de cómo proceder con estas áreas ya que la población se está mudando y los centros de vacunación designados ahora están en zonas rojas”, agregó Shalabi.

En agosto de 2024, Suecia todavía estaba haciendo frente a altos niveles de infecciones autóctonas por *Campylobacter*.

En una semana a fines de julio se notificaron 200 casos de campilobacteriosis en el país. Desde fines de julio hasta mediados de agosto se registraron entre 161 y 169 casos por semana.

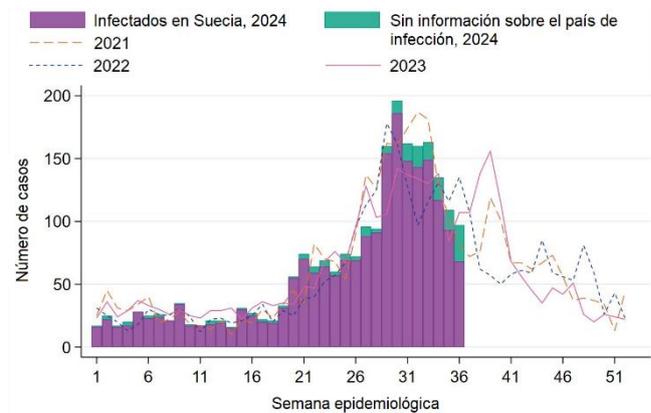
Según datos del Instituto Nacional Veterinario, el aumento de infecciones humanas coincide con un aumento previo en la incidencia de campilobacteriosis en parvadas de pollos de engorde.

El gobierno sueco ha encargado un análisis a la Agencia Sueca de Alimentación.

Por su parte, la Agencia Sueca de Gestión Pública realizará una evaluación introductoria y en profundidad.

El análisis básico incluye las tareas, los recursos y los objetivos de la autoridad y los resultados obtenidos en función de ellos. También explica cómo los factores internos y externos afectan los resultados de la autoridad y qué cuestiones futuras serán importantes para que la agencia lleve a cabo su misión en el futuro.

Se analizará en profundidad cómo funciona el diálogo de la autoridad con los diferentes grupos destinatarios y cómo está diseñado y funciona la colaboración con otras autoridades con tareas afines. El informe final está previsto para octubre de 2025.



Casos notificados de campilobacteriosis, según país de origen. Suecia. Años 2021/2024. Agencia de Salud Pública de Suecia.

El 10 de septiembre, un niño no vacunado con síntomas graves de tétanos fue hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos de uno de los hospitales de la región de Lviv.

El niño de diez años se lesionó el dedo de la mano izquierda con un objeto punzante el 20 de agosto y dos semanas después desarrolló síntomas de tétanos: dolores y calambres en los músculos de las piernas, problemas en el habla y la deglución y trismo.

La situación surgió debido a la negativa de los padres a vacunar a sus hijos contra el tétanos según el calendario de vacunación preventiva. El niño recibe la cantidad completa de tratamiento.

Se recuerda a los padres que es de vital importancia vacunar a los niños a tiempo contra enfermedades infecciosas tan peligrosas como el tétanos para prevenir consecuencias graves o incluso irreversibles. El riesgo de muerte por tétanos sin vacunación, incluso con atención médica, puede alcanzar a 80%. La mayoría de los que se recuperan sufren discapacidades permanentes, incluso después de recibir tratamiento con los métodos más modernos.

El método más eficaz para prevenir el tétanos es la inmunización activa con medicamentos que contienen el toxoide tetánico.

Las personas vacunadas contraen tétanos con casi 10 veces menos frecuencia que las personas no vacunadas. El 88,3% de los casos de tétanos en Ucrania en los últimos diez años ocurrió entre no vacunados, vacunados de manera incompleta o entre personas que no pueden documentar sus datos de vacunación.

En siete meses de 2024 se registraron en Ucrania ocho casos de tétanos, la mitad de ellos entre niños. Un caso fue fatal.

La cantidad de vidas perdidas en el mundo debido a infecciones resistentes a los medicamentos destinados a tratarlas podría aumentar casi 70% para 2050, proyecta un reciente [estudio](#), mostrando aún más la carga de la actual crisis de las superbacterias.

En conjunto, entre 2025 y 2050, el mundo podría ver más de 39 millones de muertes directamente atribuibles a la [resistencia a los antimicrobianos \(RAM\)](#), según el estudio.

La resistencia a los antimicrobianos ocurre cuando patógenos como bacterias y hongos desarrollan la capacidad de evadir los medicamentos utilizados para eliminarlos.

La [Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](#) ha calificado la RAM como “una de las principales amenazas a la salud pública y al desarrollo mundial”, impulsada por el mal uso y el uso excesivo de medicamentos antimicrobianos en humanos, animales y plantas, lo que puede ayudar a que los patógenos desarrollen resistencia a ellos.

El nuevo estudio revela que, lo más factible es que la prevalencia de la RAM y sus efectos se agudicen. Es necesario prestar la debida atención a los nuevos antibióticos y a su uso racional para poder abordar lo que en realidad es un problema bastante importante.

### Los adultos mayores soportan la carga

Los investigadores calcularon las muertes y enfermedades atribuibles a la resistencia a los antimicrobianos y las asociadas a ella para 22 patógenos, 84 combinaciones de patógenos y fármacos y 11 infecciones en 204 países y territorios entre 1990 y 2021. Una muerte atribuible a la resistencia a los antimicrobianos fue causada directamente por ella, mientras que una muerte asociada a la RAM puede tener otra causa que fue exacerbada por la resistencia a los antimicrobianos.

Alrededor de 520 millones de registros individuales fueron parte de los datos para realizar dichas estimaciones.

Los investigadores descubrieron que entre 1990 y 2021, las muertes por RAM disminuyeron más de 50% entre los niños menores de 5 años, pero aumentaron más de 80% entre los adultos de 70 años o más, tendencias que se prevé que continúen.

Estos patrones muestran dos tendencias opuestas en marcha: una disminución en las muertes por RAM en los menores de 15 años, principalmente debido a los programas de vacunación, agua y saneamiento, algunos programas de tratamiento y el éxito de estos. Y, al mismo tiempo, hay un aumento constante en el número de muertes de personas mayores de 50 años, ya que a medida que el mundo envejece, los adultos mayores pueden ser más susceptibles a una infección grave.



Los investigadores descubrieron que la combinación de patógeno y fármaco que tuvo el mayor aumento en la incidencia de la enfermedad entre todos los grupos de edad fue *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (SARM). Para esta combinación (el antibiótico meticilina y la bacteria *S. aureus*), el número de muertes atribuibles casi se duplicó, pasando de 57.200 en 1990 a 130.000 en 2021.

Utilizando modelos estadísticos, los investigadores también produjeron estimaciones de muertes y enfermedades atribuibles a la RAM para 2050 en tres escenarios: si continúa el clima actual, si se desarrollan nuevos antibióticos potentes para atacar a los patógenos resistentes y si el mundo ha mejorado la calidad de la atención sanitaria para las infecciones y un mejor acceso a los antibióticos.

Las previsiones muestran que las muertes por resistencia a los antimicrobianos aumentarán en 2050 si no se toman medidas para mejorar el acceso a una atención de calidad, antibióticos potentes y otros recursos para reducir y tratar las infecciones.

Los investigadores estimaron que, en 2050, el número de muertes globales atribuibles a la resistencia a los antimicrobianos podría llegar a 1,9 millones, y las asociadas con la resistencia a los antimicrobianos podrían llegar a 8,2 millones.

Según los datos, las regiones del mundo más afectadas por la RAM y las muertes atribuibles son el sur de Asia, América Latina y el Caribe y África Subsahariana, y muchas de estas regiones no tienen acceso equitativo a una atención de calidad.

Todavía hay muchos lugares en entornos de bajos recursos donde las personas que necesitan antibióticos simplemente no los reciben, y eso es en gran parte el motivo. Pero no se trata solo de los antibióticos. Cuando alguien enferma, ya sea un niño o un adulto, y es ingresado en un hospital, recibe un paquete de atención que, básicamente, incluye cosas como el oxígeno.

En los entornos de bajos recursos, ni siquiera los servicios básicos como el oxígeno suelen estar disponibles. Y, además, si esa persona está muy enferma y necesita una unidad de cuidados intensivos, hay grandes partes del mundo de bajos recursos (la mayoría, en realidad) en las que no tiene acceso a ese tipo de atención. Por eso, existe una gama de cuidados de apoyo, además de los antibióticos, que realmente marcan la diferencia.

Pero en un escenario en el que el mundo tuviera una mejor atención sanitaria, se podrían evitar 92 millones de muertes acumuladas entre 2025 y 2050, pronosticaron los investigadores. Y en un escenario en el que el mundo tuviera medicamentos nuevos y más potentes, se podrían evitar alrededor de 11 millones de muertes acumuladas.

## **Esperanza en el horizonte**

El enfoque innovador y colaborativo de este estudio proporciona una evaluación integral de la resistencia a los antimicrobianos y su carga potencial para el mundo.

Sin embargo, los modelos de pronóstico no consideran la aparición de nuevas superbacterias y podrían llevar a una subestimación si surgen nuevos patógenos.

En general, estos datos deberían impulsar inversiones y acciones específicas para abordar el creciente desafío de la resistencia a los antimicrobianos en todas las regiones del mundo.

Este nuevo artículo representa décadas de investigación sobre la carga global de la resistencia a los antimicrobianos.

La cantidad anual de personas que mueren por bacterias gramnegativas, como *Acinetobacter baumannii*, que son resistentes al carbapenémico (una clase de antibióticos de último recurso

utilizados para tratar infecciones bacterianas graves) aumentó en 89.200 entre 1990 y 2021, más que cualquier otra clase de antibióticos durante ese período, según el nuevo estudio.

La alternativa más importante a los antibióticos es la terapia con fagos, que se pueden utilizar de manera muy eficaz con los antibióticos, para reducir la cantidad de antibióticos que se necesitan, e incluso se pueden utilizar potencialmente en el ganado y en la agricultura.

El nuevo estudio brinda una esperanza de que el mundo puede reducir la carga potencial de la resistencia a los antimicrobianos. Para ello, sería necesario mejorar el acceso a los antibióticos y a los nuevos medicamentos antimicrobianos, a las vacunas, al agua potable y a otros aspectos de la atención sanitaria de calidad en todo el mundo, y al mismo tiempo reducir el uso de antibióticos en el ganado, la producción de alimentos y el ambiente, que pueden generar más resistencia.

Hay una posible esperanza en el horizonte: si se amplían estas intervenciones, se podría reducir drásticamente el número de muertes en el futuro.

# 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.