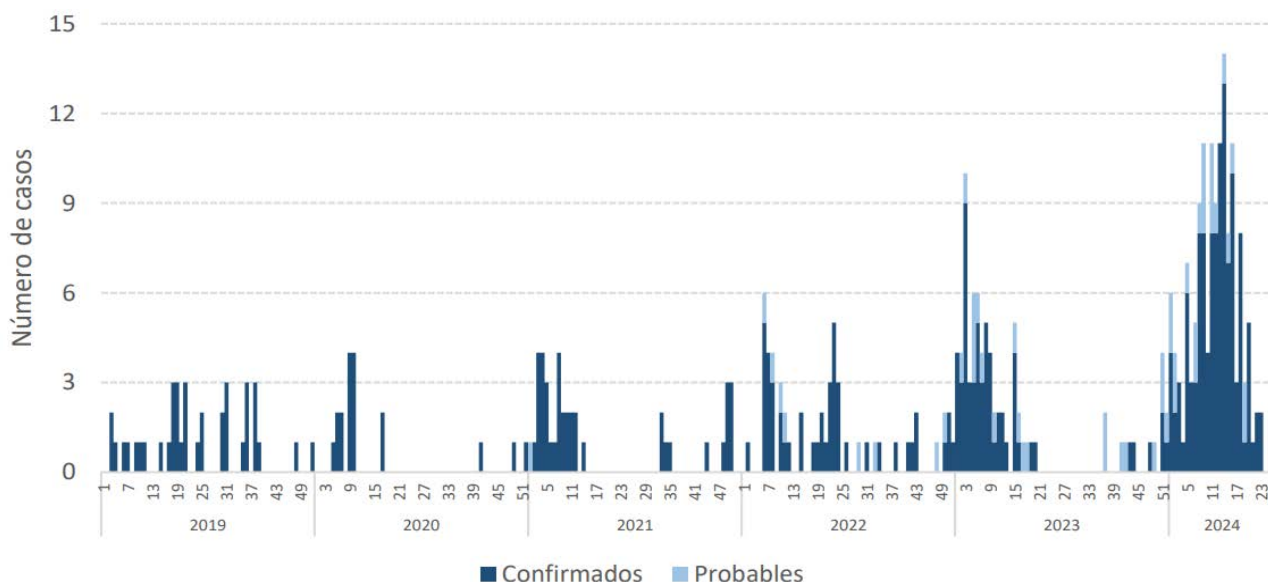


Entre la semana epidemiológica (SE) 1 de 2019 y la SE 26 de 2024, en Argentina se registraron 321 casos confirmados de psitacosis y 49 probables.

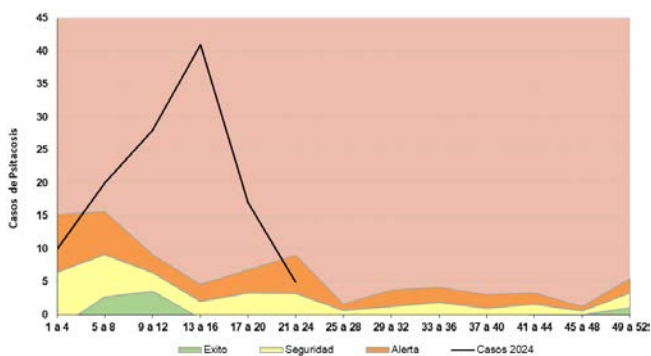
En la curva de casos confirmados y probables se observan, a nivel nacional, aumentos en las primeras SE de cada año, que se corresponden con los meses más calurosos, con un pico máximo en la SE 14 de 2024, con 13 casos confirmados y uno probable.



Casos confirmados y probables de psitacosis según semana epidemiológica y año. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2019 a semana epidemiológica 26 de 2024. Fuente: Dirección de Epidemiología y Coordinación de Zoonosis, Ministerio de Salud de Argentina. (N=370)

En 2024, hasta la SE 26, se registraron 121 casos confirmados y 20 probables de psitacosis, de un total de 640 casos notificados; el resto de los casos aún se encuentra en estudio.

El corredor endémico cuatrisesmanal muestra que los casos confirmados de psitacosis se ubicaron desde el comienzo del año en zona de alerta, pasando en la segunda cuatrisesmana a zona de brote, con un máximo de 41 casos reportado durante la cuarta cuatrisesmana (SE 13 a 16). Posteriormente, se observa un notable descenso de los casos, volviendo a ubicarse en el área de alerta desde la sexta cuatrisesmana (SE 21 a 24).



Corredor endémico cuatrisesmanal de casos confirmados de psitacosis. Argentina. Año 2024, hasta semana epidemiológica 26, en base a datos de los años 2019/2023. (n=321). Fuente: Dirección de Epidemiología y Coordinación de Zoonosis; Ministerio de Salud de Argentina.

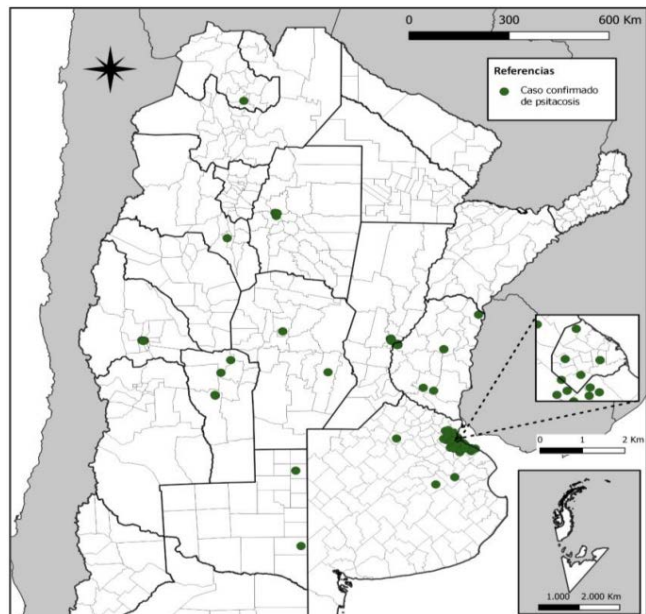
En cuanto a la distribución geográfica, 85% de los casos confirmados durante las primeras 26 SE del año se concentra en la región Centro, en su mayoría en Buenos Aires (60%), Entre Ríos (12%), Santa Fe (6%) y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (4%); seguida por la región Cuyo, aportando casos principalmente las provincias de San Juan (4%) y San Luis (3%).

El 57% (69) de los casos confirmados de 2024 se encuentran dispersos en el Área Metropolitana de Buenos Aires.

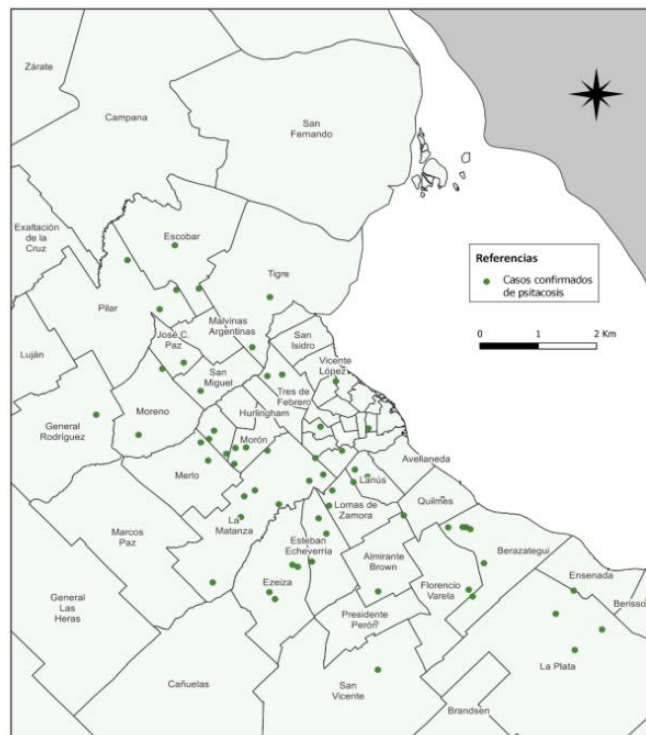
En 2024, hasta la SE 26, la incidencia acumulada más elevada de casos confirmados de psitacosis cada 100.000 habitantes se registra en el grupo de población adulta de 30 a 39 años (0,5), seguido por el de 40 a 49 años y el de 50 a 59 años (0,4 cada uno). El mayor número de casos confirmados se registró en el grupo de 30-39 años (37), seguido por el de 40 a 49 años (25) y el de 50 a 59 años (20).

El 83% (100) de los casos presentaron información sobre signos y síntomas, siendo los más frecuentes: fiebre mayor a 38°C (88%), neumonía (72%), tos seca (62%), mialgias (50%) y cefalea (48%).

En 2024, hasta la SE 26, se registran ocho casos fallecidos entre los casos confirmados de psitacosis, los que correspondieron a personas de entre 38 y 73 años, con una media de edad de 51 años. Siete de los fallecidos eran residentes de la provincia de Buenos Aires, y uno de la provincia de Entre Ríos.



Localidades con casos confirmados de psitacosis. Argentina. Año 2024, hasta semana epidemiológica 26. (n=121). Fuente: Dirección de Epidemiología y Coordinación de Zoonosis; Ministerio de Salud de Argentina.



Localidades con casos confirmados de psitacosis. Área Metropolitana de Buenos Aires. Año 2024, hasta semana epidemiológica 26. (n=69). Fuente: Dirección de Epidemiología y Coordinación de Zoonosis; Ministerio de Salud de Argentina.

La psitacosis es una zoonosis que tiene como principal reservorio a las aves. Los síntomas en los seres humanos incluyen fiebre, escalofríos, cefaleas, mialgia y malestar, tos seca, dificultad respiratoria y confusión con o sin síntomas respiratorios. Con menos frecuencia puede observarse neumonía, endocarditis, miocarditis, hepatitis, artritis, conjuntivitis y encefalitis. Los síntomas ocasionales suelen ser rash inespecífico, diarrea, vómitos y dolor abdominal.

Se la debe diferenciar de la enfermedad pulmonar por hantavirus, leptospirosis, legionelosis, y la infección por virus Influenza, *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, SARS-COV-2 entre otros. La enfermedad se manifiesta en casos aislados o en forma de brotes. La detección y la notificación temprana es fundamental para mejorar el pronóstico de los pacientes y evitar las complicaciones. Es de gran importancia incluir en la anamnesis de casos con sintomatología compatible el antecedente epidemiológico: si poseen o tuvieron contacto con aves. Además, esto permite evitar el aumento en el número de casos por el bloqueo temprano del brote.

Las aves aparentemente sanas, pueden ser portadoras y actúan como reservorios de *Chlamydia psittaci* en todo el mundo. Es frecuente observar signos clínicos y contagio a humanos desde aves psitácidas (loros, cotorras y guacamayos). Menos frecuente es el contagio a partir de palomas y de aves de corral (gallinas, pollos, patos y gansos). La transmisión se produce principalmente por inhalación de aerosoles contaminados, o por contacto con excreciones o secreciones de aves infectadas o plumas de estas.

De manera poco frecuente y abordado en algunos trabajos, sobre todo publicados en los últimos 15 años, está descripta la transmisión de persona a persona.

En Argentina, la psitacosis constituye un evento de notificación obligatoria en el marco de la ley 15.465 y la resolución 2827/2022.

La estrategia de vigilancia de psitacosis en humanos es universal y la modalidad es nominal e inmediata ante la sospecha.

La investigación de casos incluye información poblacional sobre los afectados, clínica, laboratorio e investigación epidemiológica.

Por otra parte, para la vigilancia en animales, se incorporó en la última actualización del Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria, realizada en 2022, el evento clamidiasis aviar de modalidad individual inmediata.

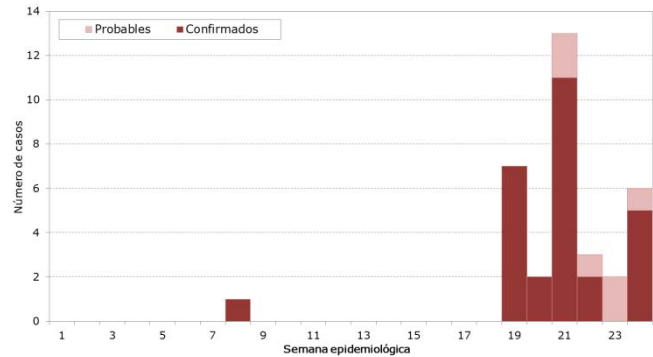
El Ministerio de Salud de Argentina publicó el 21 de abril de 2024 el documento *Recomendaciones ante el aumento de casos de psitacosis en el contexto de neumonías agudas graves en diferentes partidos del Área Metropolitana de Buenos Aires*, elaborado en forma conjunta por los equipos técnicos del Ministerio de Salud, de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán', del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, la Sociedad Argentina de Infectología (SADI), la Sociedad Argentina de Medicina (SAM) y la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI).

En el año 2024, hasta la semana epidemiológica (SE) 25, se notificaron 95 casos de triquinelosis en personas con residencia habitual en la provincia de Santa Fe, de los cuales 28 fueron confirmados (10 por laboratorio y 18 por nexo epidemiológico), seis se consideran probables, cuatro fueron descartados, 32 continúan como sospechosos y 25 fueron clasificados como sospechosos no concluyentes.

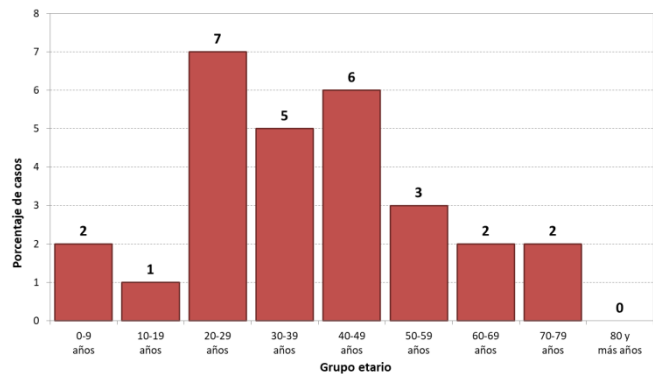
Los casos confirmados pertenecen a los departamentos de Rosario (20 casos), San Lorenzo (5), Constitución (2) y Belgrano (1).

En el año 2024, hasta la SE 25, se registraron dos brotes. Uno de ellos comprometió a residentes de las localidades de Funes y Roldán (departamentos Rosario y San Lorenzo, respectivamente). El mismo ocurrió en la SE 21, y fueron confirmados 16 casos, todos los cuales presentaron buena evolución. Se tomaron las medidas de prevención y bloqueo, y no se detectaron nuevos casos vinculados con este brote.

En la SE 23 se registró un segundo brote, cuya fuente de infección era procedente de la localidad de Acebal. Hasta la fecha se notificó un total de 57 casos expuestos con residencia habitual en las localidades de Acebal, Carmen del Sauce, Pueblo Muñoz (departamento Rosario), Pavón Arriba y Villa Constitución (departamento Constitución). Se confirmaron 12 casos y cinco se clasificaron como probables. Un paciente requirió internación, el resto fueron atendidos en forma ambulatoria, presentando la totalidad una evolución favorable. Se continúan investigando casos sospechosos y personas expuestas. Se tomaron las medidas de bloqueo y prevención en conjunto con la Agencia Santafesina de Seguridad Alimentaria (ASSA). Este segundo brote aún se encuentra en curso.



Casos confirmados y probables de triquinelosis. Provincia de Santa Fe. Año 2024, hasta semana epidemiológica 24. (n=28). Fuente: Dirección de Promoción y Prevención de la Salud, Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe.



Casos confirmados de triquinelosis, según grupos etarios. Provincia de Santa Fe. Año 2024, hasta semana epidemiológica 25. (n=28). Fuente: Dirección de Promoción y Prevención de la Salud, Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe.

La triquinelosis es una zoonosis parasitaria ampliamente distribuida en Argentina, donde la principal fuente de transmisión es el consumo de carne de cerdo contaminada. En general, la enfermedad en el ser humano se presenta en forma de brotes. El tratamiento temprano e inmediato de las personas expuestas disminuye la probabilidad de formas graves, y el retiro de los alimentos contaminados reduce el riesgo de aparición de nuevos casos en la población.



COLOMBIA

LA INCIDENCIA DE LA LEISHMANIOSIS CUTÁNEA
SE REDUJO 45% EN LA ÚLTIMA DÉCADA

10/07/2024

Las leishmaniosis son enfermedades de transmisión vectorial causadas por protozoos del género *Leishmania*, introducidos al organismo humano y animal por la picadura de un insecto flebotómico hembra del género *Lutzomyia*. Las manifestaciones clínicas de la enfermedad varían según la especie parasitaria, la respuesta inmune del hospedero y el estado evolutivo de la infección, y pueden presentarse de manera subclínica en algunos casos.

Las formas clínicas de la leishmaniosis incluyen la cutánea, la mucosa y la visceral. La transmisión puede ser zoonótica, proveniente de reservorios animales, o antroponótica, de otros humanos a través del vector.

A nivel mundial, la leishmaniosis cutánea es prevalente en países como Afganistán, Argelia, Brasil, Colombia, Irán, Irak, Perú y Siria. La leishmaniosis mucosa se reporta principalmente en Bolivia, Brasil, Etiopía y Perú. En América, la leishmaniosis visceral es notificada por Brasil, Bolivia, Colombia, Guatemala, Paraguay, Uruguay y Venezuela.

En Colombia, la leishmaniosis es endémica en casi todo el territorio, exceptuando el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, y Bogotá. Hasta la semana epidemiológica 24 de 2024, se han notificado 2.018 casos de leishmaniosis cutánea, mientras que en 2022 fueron 2.156. La incidencia nacional, excluyendo nueve casos importados, es de 20,51 cada 100.000 habitantes en riesgo. En la última década, la incidencia ha disminuido 7,7% anual.

Del total de casos, 16,5% corresponde a militares, principalmente hombres de 18 a 44 años, con un promedio de edad de 24,6 años. Los departamentos con mayor número de casos son Putumayo, Meta, Chocó, Antioquia y Guaviare. La incidencia en la población general es de 17,20 cada 100,000 habitantes, con 16 departamentos superando esta cifra, destacando Boyacá, Guaviare y Caldas.

La mayoría de los casos se presentan en hombres (68,1%), en personas afiliadas al régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS (80,2%) y provenientes de áreas rurales dispersas (69,0%). La edad promedio es de 31,3 años, con 56% de los casos en el grupo de 10 a 49 años y 9,7% en menores de 10 años.

Las lesiones se localizan predominantemente en extremidades superiores e inferiores, seguidas de la cara y el tronco. El 91% de los casos recibe tratamiento, aunque hay departamentos con porcentajes menores, incluyendo Cali, Norte de Santander y Putumayo.

En el caso de la leishmaniosis mucosa, se han notificado 35 casos, con una incidencia de 0,35 cada 100.000 habitantes en riesgo. El promedio de edad de los afectados es de 40,6 años, con

una predominancia en hombres (77,1%), afiliados al régimen subsidiado (71,4%) y provenientes de áreas rurales (54,3%).

Los síntomas más comunes incluyen ulceración mucosa, rinorrea y obstrucción nasal, afectando principalmente las mucosas nasal, oral, labial, faríngea, genital, laríngea y de los párpados.

Respecto de la leishmaniosis visceral, se han confirmado tres casos en El Carmen de Bolívar. Los casos corresponden a una niña de un año, un niño de siete años y un hombre de 28 años, todos con condición final de vivo tras recibir tratamiento en Cartagena, Sincelejo y Montería.

Conclusiones y recomendaciones

El 98,2% de los casos notificados corresponden a leishmaniosis cutánea, el 1,7% a leishmaniosis mucosa y el 0,1% a leishmaniosis visceral. La mayor frecuencia de la leishmaniosis cutánea ocurre en hombres de 20 a 49 años, en áreas rurales y en afiliados al régimen subsidiado del SGSSS.

Las lesiones de leishmaniosis cutánea se presentan principalmente en extremidades. El porcentaje de tratamiento de leishmaniosis cutánea es de 91%. La leishmaniosis mucosa afecta principalmente la mucosa nasal, oral, labial y faríngea. No se han registrado muertes por leishmaniosis visceral hasta el periodo epidemiológico VI.

Por último, se han emitido medidas para el control y manejo efectivo de la leishmaniosis en el país, instando a verificar el registro adecuado de procedencia durante el proceso de notificación. También se requiere capacitar a los prestadores para la identificación de leishmaniosis y fomentar la articulación entre áreas de vigilancia en salud pública, laboratorio y entomología.



Una fiesta familiar cerca de Fresno, California, resultó en 10 personas que están siendo tratadas por botulismo, una enfermedad rara pero grave causada por una bacteria que afecta el sistema nervioso, dijeron funcionarios públicos el 5 de julio. ¿El culpable del brote? Nopales enlatados artesanales.

Dos hermanas se están recuperando actualmente en unidades de cuidados intensivos, dijo un portavoz del Departamento de Salud Pública del Condado de Fresno. Una de ellas debió ser sometida a una traqueotomía, a causa de las complicaciones respiratorias provocadas por la enfermedad.

Las otras ocho personas hospitalizadas han sido dadas de alta y desde entonces no se han reportado nuevos casos.

“He estado aquí en el condado durante 26 años y esta es la primera vez que hemos tenido un brote de botulismo transmitido por alimentos”, dijo el 2 de julio Norma Sánchez, especialista en enfermedades del Departamento de Salud Pública del Condado de Fresno.

Inicialmente, a las dos primeras personas que se sintieron mal después de la fiesta se les diagnosticó vértigo y se las envió a casa desde el hospital. Fue solo después de una investigación a gran escala, que incluyó examinar la basura de la familia y entrevistar a los asistentes a la fiesta, que se pudo rastrear el botulismo hasta los nopales enlatados artesanales.

Sánchez se enteró por la cocinera que ella misma había enlatado los nopales en mayo. Como el incidente se limitó a miembros de la familia y a comida casera, los funcionarios de salud no tuvieron que retirar ningún nopal de los estantes de los supermercados.

El Dr. Rais Vohra, funcionario sanitario interino, advirtió a los miembros de la comunidad sobre los riesgos de los alimentos enlatados en casa, señalando que esta práctica es común en las familias que buscan preservar la tradición.

El botulismo es causado por la bacteria *Clostridium botulinum* y puede surgir de alimentos envasados, conservados o fermentados de forma inadecuada. Los síntomas incluyen dificultad para respirar, debilidad muscular y visión borrosa.

Vohra enfatizó que si bien el botulismo es una enfermedad muy grave y potencialmente fatal, la mayoría de las personas que lo contraen pueden recuperarse por completo.

El enlatado es un método importante y seguro de conservación de alimentos si se practica correctamente. El proceso implica colocar los alimentos en frascos o latas y calentarlos a una temperatura que destruya los microorganismos que podrían ser un peligro para la salud o hacer que los alimentos se echen a perder. El enlatado también inactiva las enzimas que podrían hacer que los alimentos se echen a perder. El aire sale del frasco o lata durante el calentamiento y, a medida que se enfría, se forma un sello de vacío. Este sellado al vacío evita que el aire vuelva a entrar en el producto, trayendo consigo microorganismos que recontaminen el alimento.

Nopal es un nombre común en español para los cactus *Opuntia* (comúnmente denominados como tuna en Argentina), así como para sus almohadillas. Es un ingrediente común en numerosos platos de la cocina mexicana. Los tallos se pueden consumir crudos o cocidos, utilizados en mermeladas, sopas, guisados y ensaladas, además de utilizarse para la medicina tradicional o como forraje para animales. Los nopales cultivados suelen ser de las especies *Opuntia ficus-indica* u *Opuntia matudae*, aunque los tallos de casi todas las especies de *Opuntia* son comestibles. La otra parte comestible del nopal es el fruto.

En 2024 ha aumentado la incidencia de la varicela, enfermedad que en el primer semestre del año sufrieron casi 29.000 mexicanos.

La Secretaría de Salud federal informó que hasta la semana epidemiológica 24 de este año, se detectaron en el país 28.946 casos, lo que representó un aumento de 31,4% respecto del mismo periodo de 2023, cuando se registraron 22.019 casos. El boletín epidemiológico precisó que de los diagnósticos realizados en clínicas y hospitales del sector salud, 14.917 corresponden a pacientes masculinos y 14.029 a femeninas.

Casos por estado

El Estado de México encabeza la estadística con 2.500 casos, seguido por Jalisco (2.459), Nuevo León (2.117), Ciudad de México (1.972) y Tamaulipas (1.496). En cambio, los cinco estados con la menor incidencia son Tlaxcala (89 casos), Colima (255), Campeche (290), Baja California Sur (367) y Querétaro (392), al citado corte estadístico, que comprende hasta el pasado quince de junio. De las entidades con mayor presencia de la enfermedad, Tamaulipas es donde más incremento se observó, con 74,7%. En Estado de México aumentó 18,5%, en Jalisco 18,4%, en Nuevo León 61,9% y en Ciudad de México 13,7%.

Ausente en el carné nacional de vacunación

La infectóloga pediatra Amira Rocío Azcorra Ruiz señaló que existe una vacuna contra la varicela, pero “no está en el carné de vacunación; al sector salud público llegan pocas dosis, tanto de varicela como hepatitis A y meningococo, y sí son importantes; la primera se aplica al año y un refuerzo a los cuatro años”.

Ante la insuficiencia del biológico en el sector público, la vacuna contra la varicela se aplica “al que alcance”, mencionó la especialista, siendo común que aquellos padres que tienen la capacidad económica adquieran la dosis con médicos particulares.

Azcorra Ruiz explicó que esta inmunización no evita la enfermedad, sino previene formas graves de la misma. “Te puedes enfermar, pero en forma más leve y eso es una ventaja, porque impide complicaciones que pueden llegar a daños neurológicos”. Todos los niños que son cuidados en guarderías, agregó, deben estar vacunados contra esta y todas las enfermedades, por su condición de riesgo al interactuar con otros menores. Los adultos también pueden recibir la inyección, existe incluso una dosis “post exposición”, que se aplica cuando se tuvo contacto con alguien enfermo y a más tardar en 72 horas.

“Mucha gente le tiene miedo a las vacunas vivas y esta tiene virus vivos atenuados, este rechazo a protegerse es uno de los factores que influyen para que aumenten los casos. Otros factores pueden ser el calor, la temporada, la población flotante, pero sobre todo el que la gente, después de la pandemia ya no se cuida”, expresó. Es necesario, advirtió la especialista, aplicarla a pacientes en estado inmunosupresivo, condición que se presenta cuando hay un debilitamiento del sistema inmunitario y de su capacidad para combatir infecciones y otras enfermedades.

El Ministerio de Salud Pública de Uruguay fue informado el 5 de julio por parte de la División de Laboratorios Veterinarios, del resultado de una prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) positiva para virus rábico en un gato residente en la ciudad de Salto. Se trata de un animal doméstico en el que se observó un cambio de comportamiento agudo con agresividad, falleciendo bruscamente.



Si bien en Uruguay, el último caso de rabia humana se registró en el año 1966 en Montevideo, y el último caso de rabia canina ocurrió en el año 1983 en el departamento de Rocha, el virus tiene un ciclo aéreo en murciélagos hematófagos (2007 y 2008 en Rivera, Artigas y Tacuarembó, 2014 en Cerro Largo) e insectívoros desde 2008 en casi todos los departamentos, lo que representa un riesgo latente de potencial transmisión de la enfermedad a otras especies animales y al hombre. Este hallazgo constituye la primera confirmación de un salto de especie en Uruguay, por lo que es necesario comprender la importancia de esta situación y manejarla adecuadamente entre todos.

En ese escenario, si bien se han implementado en estos años distintas acciones para fortalecer el conocimiento de esta enfermedad, y sus medidas de control, por parte de distintos organismos, es importante comprender que la rabia no es una enfermedad del pasado, que su evolución en humanos de no tratarse adecuadamente es letal, que es necesario asegurar la vacunación de las mascotas, evitar los accidentes por mordedura y consultar en forma inmediata ante toda exposición de riesgo (arañazo, mordedura) para recibir las recomendaciones adecuadas y oportunas por parte de un profesional de la salud.

Por lo anteriormente mencionado, el Ministerio de Salud Pública informó a la población que, en conjunto con el Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca, inició las acciones para el control de foco que tiene como objetivo primordial evitar que se presenten nuevos casos, tanto en humanos como en animales, trabajando en un radio de 500 metros del lugar de residencia del animal positivo.

Equipos de ambos ministerios ya están recorriendo el área buscando personas mordidas y contactos animales con el caso de rabia para asegurar su correcta atención, aplicar la vacuna antirrábica a caninos y felinos de la zona y medidas de educación sanitaria.

Se exhortó especialmente a la población de Salto la mayor colaboración y participación de la comunidad en:

- Notificar animales sospechosos de rabia (mordedores, muerte en forma repentina o con síntomas nerviosos sin un diagnóstico).
- Concretar la vacunación anual de perros y gatos con vacuna antirrábica desde los 3 meses de edad toda la vida.

- Consultar al médico ante mordedura de animales por más leve que sea en forma inmediata e informar al profesional si el animal mordedor es perro o gato y si el mismo podrá o no ser observado durante los 10 días posteriores a la mordedura.

Si bien la vacunación antirrábica post-exposición es gratuita, la misma solo se administra con una orden médica. Es importante hacer un buen uso de este insumo ya que se trata de un recurso de producción fuera del país por lo que la indicación debe ser ajustada a la situación evaluada por el profesional y debe completarse en las dosis y plazos recomendados según protocolo de forma de minimizar el riesgo (4 dosis los días 0, 3, 7 y una cuarta dosis entre los 14 y 28 días).



ASIA Y EL PACÍFICO

DECLARAR LA EMERGENCIA SANITARIA PARA ACABAR CON LAS HEPATITIS

25/06/2024

Es poco probable que los países de Asia y el Pacífico cumplan su compromiso de eliminar la hepatitis para 2030 a menos que declaren una emergencia de salud pública, como lo hicieron con la covid, sugirió un especialista en enfermedades.

La hepatitis es la segunda enfermedad infecciosa más mortal del mundo, superando a la tuberculosis y solo por detrás de la covid, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Cada día se cobra 3.500 vidas.



La reducción de daños, como el suministro de agujas para el consumo de drogas, se ha identificado como una forma de limitar la transmisión de infecciones de transmisión sanguínea como la hepatitis.

La OMS se fijó en 2016 el objetivo de reducir las nuevas infecciones en 90% y las muertes en 65% antes de 2030, así como de tratar a 80% de las personas afectadas, para poner fin a la enfermedad.

Sin embargo, Saeed Hamid, profesor y director del Departamento de Medicina de la Universidad Aga Khan de Pakistán, destacó que “al ritmo actual, la mayoría de los países de Asia y el Pacífico no alcanzarán el objetivo de eliminación para 2030”.

“A pesar de los avances en el diagnóstico y la reducción de los precios de las pruebas y el tratamiento, todavía hay una brecha crítica en la cobertura”, dijo Hamid, cuya investigación se centra en la hepatitis. “Son muy pocos los que reciben tratamiento y, para los que lo reciben, a menudo llega demasiado tarde”, explicó.

La enfermedad es mortal porque una persona puede estar infectada durante años y los síntomas solo aparecen cuando la enfermedad está en una etapa avanzada, por lo que las pruebas son cruciales.

“Necesitamos declarar una emergencia en todos los países más afectados”, dijo Hamid, citando la respuesta rápida sin precedentes que adoptaron los países ante la covid, lo que demostró “que se puede hacer con voluntad política”.

Hay cinco tipos principales de virus de la hepatitis, denominados A, B, C, D y E. Las hepatitis A y B se pueden prevenir con vacunas seguras y eficaces, pero no existen vacunas ampliamente disponibles específicas para los otros tipos.

La región de Asia y el Pacífico tiene la mayor carga de hepatitis, y Pakistán tiene actualmente el mayor número de casos de hepatitis C del mundo, con 8,8 millones. La [evidencia](#) indica que

en este país la transmisión de la enfermedad se debe principalmente a la exposición relacionada con la atención sanitaria, como la esterilización deficiente del equipo médico.

“En Pakistán, tres personas mueren cada minuto por hepatitis, y estas enfermedades se pueden prevenir”, afirmó Hamid.

John Ward, director de la Coalición para la Eliminación Mundial de la Hepatitis, consideró que esto es lamentable, ya que “tenemos una vacuna contra la hepatitis B desde hace 40 años. De hecho, es uno de los casos de éxito que hemos tenido”.

Subrayó la necesidad de no sólo realizar pruebas, sino también acelerar el tratamiento y brindar apoyo sanitario a quienes padecen la enfermedad. También mencionó la importancia de la educación y el apoyo entre pares para eliminar el estigma asociado con la enfermedad, que impide que las personas busquen tratamiento.

Ward estuvo de acuerdo en que declarar una emergencia de salud pública “captaría la atención y haría que las autoridades implementaran una respuesta inmediata”.

“Sin embargo, con tantos problemas de salud y otros problemas que compiten por recursos limitados, será un desafío para los expertos en salud generar un compromiso nacional hacia la eliminación de la hepatitis para 2030”, dijo Ward.

En el lanzamiento del [Informe Mundial sobre la Hepatitis 2024](#) en abril, el director general de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, dijo que cada año la hepatitis viral mata a más de un millón de personas en todo el mundo e infecta a otros 3 millones, enfatizando que estas cifras podrían estar subestimadas.

El informe de la OMS destacó diez países responsables de dos tercios de la carga mundial de hepatitis virales B y C: China, India, Indonesia, Nigeria, Pakistán, Etiopía, Bangladesh, Vietnam, Filipinas y Rusia.

En 2022, 304 millones de personas vivían con hepatitis. Las hepatitis B y C juntas son la causa más común de cirrosis hepática y cáncer de hígado, que ahora es el tercer cáncer principal en Asia y el Pacífico.

Hamid destacó el éxito de Egipto en la lucha contra la enfermedad. El país solía tener la mayor carga de hepatitis C, pero vio una caída drástica tras la campaña 100 Millones de Vidas Saludables.

Egipto realizó pruebas a más de 60 millones de personas y trató a más de 4 millones, lo que dio como resultado una caída de nuevas infecciones de 300 cada 100.000 habitantes en 2014 a 9 cada 100.000 en 2022. El objetivo para la eliminación de la hepatitis C es menos de 5 casos nuevos cada 100.000 por año.

“Pakistán pretende replicar el logro de Egipto con una campaña masiva contra la hepatitis que actualmente está en marcha”, dijo Hamid.



El Ministerio de Salud de Camboya emitió un comunicado de prensa el 8 de julio de 2024 sobre un caso de influenza aviar (H5N1) en una niña de 5 años que vive en la aldea de Po, comuna de Prasat Choan Chum, distrito de Kirivong, provincia de Takéo.

La niña presentó fiebre, y es prima de un niño de 3 años que dio positivo el 5 de julio y vive en la misma casa. En la actualidad, la condición de la paciente es leve y está recibiendo cuidados intensivos por parte de los médicos.

Según la investigación, hace unos 10 días, se observaron pollos y patos muertos en el pueblo, y en la casa de la paciente, trajeron pollos muertos para cocinar y la niña estuvo en contacto con las aves muertas.

El Ministerio indicó que los equipos de respuesta a emergencias del Ministerio de Salud, funcionarios del Ministerio de Agricultura y las autoridades locales están investigando el brote de influenza aviar y continúan buscando fuentes de transmisión tanto en animales como en humanos.

El equipo está realizando búsquedas de otros casos sospechosos de influenza para prevenir la transmisión en la comunidad, así como para distribuir el antiviral oseltamivir y realizar una campaña de educación sanitaria para las personas que viven en el área.

El Ministerio de Salud advirtió a la población tener cuidado con la influenza aviar A(H5N1) ya que sigue representando una amenaza para la salud. Indicó que aquellas personas que presenten síntomas tales como fiebre, tos, secreción nasal o dificultad para respirar y tienen antecedentes de contacto con pollos o aves enfermas o muertas dentro de los 14 días anteriores a la aparición de los síntomas, no vayan a lugares o pueblos concurridos y busquen atención médica y tratamiento en el establecimiento más cercano lo antes posible.

Una reciente [investigación](#) advierte que los casos de enfermedad neumocócica en España han superado los niveles existentes antes de la pandemia de covid.

El uso de medidas no farmacológicas como el uso de barbijos, el lavado de manos, el confinamiento, así como el distanciamiento físico provocaron una disminución importante de casos de enfermedad neumocócica en los dos primeros años de la pandemia. Sin embargo, tras el levantamiento y flexibilización de estas medidas, la enfermedad neumocócica repuntó y actualmente existen niveles incluso superiores a los que había antes de la pandemia.

La investigación analiza la situación de la enfermedad neumocócica invasiva en España entre los años 2019 y 2023 en población pediátrica y adulta, caracterizando el impacto que ha tenido la pandemia de covid.

También analiza el impacto que podrían tener las nuevas vacunas conjugadas recientemente aprobadas, así como las que están en fase de desarrollo clínico para la prevención de los nuevos serotipos emergentes aparecidos tras la pandemia.

Entre los serotipos que más han aumentado se encuentra el serotipo 3, que es uno de los relacionados con una mayor mortalidad, y que afecta principalmente a la población menor de 5 años y a personas adultas por encima de los 65 años. También destaca la presencia del serotipo 4, ligado a infecciones en adultos jóvenes.

Por otro lado, el serotipo 24F en la población pediátrica, y el serotipo 8 en la población adulta, siguen teniendo también importancia en la incidencia de la enfermedad. Cepas invasivas multirresistentes de *Streptococcus pneumoniae* son la principal causa de las neumonías comunitarias de etiología bacteriana, así como de sepsis y meningitis.

Este estudio confirma el aumento de casos por cepas invasivas, algunas de ellas asociadas con altos niveles de resistencia a los antibióticos, lo que supone una importante preocupación para la salud pública. En este sentido, ya un [estudio](#) de 2022 advertía del posible aumento de casos por cepas resistentes al principio de la pandemia. Además, otro [estudio](#) previo, publicado en 2021 con datos de los años 2009-2019, permitió generar un 'mapa' de la enfermedad neumocócica invasiva en España en la última década, señalando un aumento de casos.

El equipo de investigadores concluyó en que el uso de las nuevas vacunas conjugadas, con más espectro de protección y/o inmunogenicidad que las que existían anteriormente y que se han autorizado recientemente en España, podrían ayudar a prevenir muchos de estos casos, incluyendo nuevos serotipos emergentes.

Es importante recordar que, en la población adulta, la vacunación contra el neumococo no es estacional y que, por tanto, se puede administrar en cualquier momento del año; a diferencia de las vacunas contra la influenza, que al modificarse todos los años deben administrarse cada año, la vacuna contra el neumococo se administra generalmente una sola vez en la vida.

María Delmans Flores Chávez conoció a una madre que “se sentía muy culpable por haber transmitido el Chagas a su bebé”. Esta investigadora del [Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud ‘Carlos III’](#) y colaboradora de la fundación [Mundo Sano](#) recordó que aquella mujer, de origen boliviano y afincada en España, no tenía ningún síntoma y no supo, antes de quedar embarazada, que había contraído en su país esta infección potencialmente mortal y que la Organización Mundial de la Salud (OMS)



Una vinchuca, la chinche transmisora de la enfermedad de Chagas, sobre la mano de una persona.

considera como una enfermedad desatendida. El largo periodo que puede transcurrir desde la infección hasta el desarrollo de los síntomas hacía imposible calcular cuántos años llevaba en su cuerpo el parásito *Trypanosoma cruzi*, que se adquiere por el contacto con las heces de las vinchucas presentes en los países endémicos –todos en Latinoamérica–, pero que “también puede transmitir una madre a un hijo durante la gestación”, añadió Flores Chávez.

Ahora, para eliminar la enfermedad de Chagas congénita, el Ministerio de Sanidad de España acaba de incluir su cribado en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud para todas las mujeres embarazadas en situación “de riesgo”. Detectar el parásito en la gestante permitirá tratar de forma inmediata al bebé si nace con la infección –no se puede dar la medicación durante el embarazo– y cortar la cadena de transmisión, ya que, si es una niña, no lo traspasará en un futuro si tiene hijos.

“No tiene sentido que en España exista la enfermedad de Chagas congénita”, afirmó Estefanía García Camiño, subdirectora de Promoción de la Salud y Prevención del ministerio. La medida, que debe ser implantada durante los próximos dos años, [ya se había adoptado en algunas comunidades autónomas](#) –en Catalunya, desde 2009– y en algunos hospitales, pero con la orden ministerial publicada en el Boletín Oficial del Estado el pasado 18 de junio se generalizará en todo el territorio español. “No a todas las embarazadas, sino a las que están en riesgo”, apuntó García Camiño.

Además de los beneficios en la salud pública, invertir en cribados ahorra tratamientos futuros de las formas graves de la enfermedad. Según Flores Chávez, la prueba cuesta “entre dos y ocho euros”, en función de si se encuentra un positivo y “hay que hacer además una prueba confirmatoria”. Pero “un trasplante de corazón según una evaluación hecha ya hace 10 años, cuesta unos 300.000 euros”, compara la científica. “No tenemos la cifra exacta, pero sí sabemos que en España ya hay personas que han tenido que recibir un trasplante de corazón como consecuencia de la enfermedad de Chagas”, alertó Irene Losada Galván, coordinadora de la Iniciativa de Enfermedad de Chagas del [Instituto de Salud Global de Barcelona \(ISGlobal\)](#).

Un protocolo aprobado por la Comisión de Salud Pública aclara quiénes son estas mujeres en riesgo: las procedentes de países latinoamericanos endémicos de la enfermedad de Chagas,

las embarazadas cuyas madres proceden de alguno de estos estados u otras mujeres que hayan viajado a zonas endémicas. “Depende del viaje, es decir, no es lo mismo viajar una semana a un resort de lujo en una zona de poco contacto que haber sido cooperante y haber trabajado en lugares de riesgo, porque estas chinches viven, por ejemplo, en casas de adobe”, subrayó García Camiño.



Imagen de microscopio de un tripanosoma moviéndose entre los glóbulos rojos humanos en la sangre.

Según los cálculos que manejan los investigadores, viven en España unas 55.000 personas infectadas. Del total de quienes conviven con el parásito –entre seis y siete millones en el mundo– aproximadamente 30% desarrollan la enfermedad, que comienza con síntomas como fiebre, fatiga, dolores o vómitos y que puede llegar a provocar graves afecciones cardíacas y digestivas. En los casos más extremos requiere un trasplante de corazón. Todos los expertos coinciden que solo una mínima parte de las personas infectadas son diagnosticadas y tratadas. “Es probable que pronto empecemos a tener casos sintomáticos de aquellas personas migrantes que vinieron a España entre 2002 y 2007”, explicó Flores Chávez. Por ello, insiste, “es importante el acceso a la detección temprana, que a su vez facilita el acceso al tratamiento o la atención necesaria para prevenir complicaciones mayores”.

Un tratamiento eficaz en bebés

“El tratamiento de la enfermedad de Chagas es 100% efectivo en los recién nacidos, no produce efectos adversos y podemos garantizar que se cura”, explicó Flores Chávez. Sin embargo, en los adultos, la curación es mucho más compleja. Losada Galván cree que la curación de esta infección es “el santo grial”. “La definimos en función de si los anticuerpos son negativos en sangre, y en un recién nacido son negativos en aproximadamente un año, pero en un adulto hay que esperar de 10 a 15 años”, añadió. Además, la medicación en la población adulta tiene efectos adversos: “Son muy frecuentes y algunos son muy molestos y, aunque no son graves, sí condicionan que muchos pacientes acaben abandonando el tratamiento”. En concreto, las medicinas pueden provocar, “afectación cutánea con picores, dolores de cabeza y algunos efectos neuropsiquiátricos como ansiedad”, abundó Losada Galván.

Aunque la orden ministerial solo generaliza el cribado durante el embarazo, el protocolo hace recomendaciones que pueden ayudar a los médicos a detectar nuevos casos. “Se aconseja cribar a los familiares de primer y segundo grado porque, desde la investigación nos hemos dado cuenta de que, si detectas un caso en una embarazada, puedes detectar cuatro o cinco más entre los miembros de su familia, bien porque hayan vivido en la misma casa y hayan estado expuestos al riesgo de infectarse o porque sean hermanos nacidos de una misma madre portadora del parásito”, explicó Flores Chávez.

“De la misma manera que si en una embarazada sale un VIH positivo tiene todo el sentido del mundo cribar a su pareja, cuando en una embarazada hay un positivo para la enfermedad de Chagas, debe saltar la alarma para cribar a su familia”, afirmó Losada Galván. Aunque lo ideal, continuó, es que las mujeres en edad fértil consideradas población de riesgo que deseen tener hijos se sometieran también a un cribado antes del embarazo. “Con mucha probabilidad, se interrumpirá la transmisión vertical, que es la única vía de transmisión activa en sitios donde no está presente el vector” y los bebés nacerán libres de infección.



Irak informó un caso de malaria en un trabajador extranjero, lo que supone el primer registro de la enfermedad en el país desde que fue declarado libre de ella en 2011.

Una fuente médica informó que el individuo infectado es un ciudadano extranjero empleado por una empresa de limpieza doméstica. “Este es el primer caso de malaria registrado en Irak desde que el país fue declarado oficialmente libre de la enfermedad”, dijo la fuente.

Actualmente, los equipos médicos están realizando inspecciones exhaustivas en todos los lugares visitados por el trabajador infectado.

En 2011, el Ministro de Salud iraquí Majid Amin anunció que Irak estaba libre de malaria desde 2009. Irak comenzó su lucha contra la malaria en la década de 1950 y redujo significativamente su prevalencia. Sin embargo, en 1990 se registraron aproximadamente 4.000 casos debido a las malas condiciones de vida y de salud en muchas provincias iraquíes.

La malaria es causada por parásitos *Plasmodium* que se transmiten a las personas a través de la picadura de mosquitos *Anopheles* hembra infectados. Irak ha logrado grandes avances en el control de la malaria. Los dos últimos casos autóctonos de malaria se notificaron en Irak en 2009.

Aunque el informe anterior menciona que el caso reportado es el primero en Irak desde 2011, desde entonces se han reportado en Irak varios casos importados aislados. En 2014, se diagnosticaron en Irak dos casos importados entre personas no nacionales. Otros dos casos importados se notificaron en 2015 y uno en 2017.

Un hombre que contrajo encefalitis causada por la ameba *Naegleria fowleri* la semana pasada, el segundo caso registrado en Israel, murió a causa de la infección, anunció el 7 de julio el Hospital Beilinson, donde había estado recibiendo tratamiento.

La ameba *Naegleria fowleri* vive en el suelo y en aguas dulces cálidas, como lagos, ríos y fuentes termales. Se la suele llamar “ameba devoradora de cerebros” debido a la infección cerebral que puede causar si el agua que contiene la ameba ingresa por la nariz.

Se cree que el fallecido, un hombre de 25 años previamente sano, puede haber entrado en contacto con la ameba mientras nadaba en la playa de Gai, en las orillas del Kinneret, en el norte de Israel. Inicialmente fue ingresado en el Hospital Sharon el 2 de julio tras presentar síntomas como fiebre, dolores de cabeza y vómitos. Cuando su estado empeoró, fue trasladado al Hospital Beilinson en Petah Tikvah.

Tras su muerte, personal del hospital informó que “desde el momento en que fue hospitalizado, los equipos médicos utilizaron todo lo que tenían a su disposición, incluidos tratamientos farmacológicos e intervenciones quirúrgicas para salvar la vida del paciente, pero su condición continuó deteriorándose”.

Si bien *N. fowleri* prospera en aguas cálidas, la mayoría de las personas que nadan en fuentes de agua que contienen la ameba no entran en contacto con ella.

El Ministerio de Salud informó la semana pasada que había enviado inspectores de salud ambiental para examinar la playa donde el hombre había estado nadando, pero no se encontró evidencia inicial de contaminación por la ameba. El ministerio informará al público si es necesario sobre las novedades en la investigación.

La tasa de letalidad por encefalitis causada por la ameba es extremadamente alta, aunque la infección es extremadamente rara.

Los síntomas de la infección suelen incluir dolores de cabeza, fiebre, náuseas, vómitos y rigidez del cuello, así como síntomas neurológicos como confusión, convulsiones y alucinaciones. Requiere atención médica inmediata.

En agosto de 2022, un hombre de 36 años murió en Israel de meningoencefalitis amebiana primaria, una infección cerebral causada por la misma ameba.

Un niño falleció en el Hospital Universitario de Uppsala tras contraer encefalitis transmitida por garrapatas.

El niño, que según la investigación interna del hospital estaba completamente vacunado, llegó a urgencias con dolor de cabeza. A continuación, el hospital realizó una radiografía del niño y un examen neurológico.

Los exámenes no mostraron nada anormal y el niño fue enviado a casa. Pero al día siguiente regresó con convulsiones y fue llevado a la unidad de cuidados intensivos. A pesar de la cirugía y los cuidados de emergencia, el niño falleció.

El óbito se comunicó a la Inspección de Asistencia y Cuidados.

La investigación del hospital mostró que existieron dificultades para un correcto diagnóstico. Se están revisando los protocolos existentes.

No existe explicación sobre por qué la vacuna no protegió contra la infección por el virus de la encefalitis transmitida por garrapatas al niño. La especulación no sería útil. No se indica la edad del niño.

La encefalitis transmitida por garrapatas es endémica en Suecia y su distribución geográfica en el condado se ha ido ampliando. Históricamente, las garrapatas portadoras de este virus se han concentrado en determinadas zonas de la mitad sur del país y en el archipiélago de Stockholm. Sin embargo, la enfermedad se ha ido propagando en los últimos años como resultado del cambio climático, ya que los inviernos suaves ayudan a las garrapatas a prosperar.

En el año 2023 se produjo un fuerte aumento en el número de casos notificados en Suecia. Según la Agencia de Salud Pública, sólo en agosto de 2023 se confirmaron 170 casos, un nuevo récord. Será interesante ver si ese número de casos se iguala este año.

Las niñas tienen más probabilidades de contraer el VIH de sus madres durante el embarazo o el parto que los niños, quienes, a su vez, tienen más probabilidades de lograr la cura o la remisión, afirma un reciente [estudio](#) que arroja luz sobre las diferencias de género en los sistemas inmunológicos.

Se estima que 1,3 millones de mujeres y niñas que viven con el VIH quedan embarazadas cada año y la tasa de transmisión al niño durante el embarazo, el parto, el nacimiento o la lactancia –en ausencia de cualquier intervención– varía entre 15 y 45%, según la Organización Mundial de la Salud.

El estudio identificó algunos de los mecanismos clave mediante los cuales se puede lograr una remisión sostenida del VIH, mecanismos que son relevantes tanto para niños como para adultos.

Fueron evaluados 284 bebés en KwaZulu-Natal, Sudáfrica, una de las áreas con mayor prevalencia de VIH en el mundo, que comenzaron a recibir al nacer una combinación de medicamentos contra el VIH conocida como terapia antirretroviral combinada (cART), después de haber estado expuestos al VIH durante el embarazo.

El estudio descubrió que la transmisión del VIH a los fetos masculinos era 50% menos común que a los fetos femeninos.

Los varones afectados tenían niveles más bajos del virus en la sangre y hasta la fecha, en este estudio, se han identificado cuatro bebés varones que han logrado la cura/remisión del VIH, es decir, han mantenido niveles indetectables de VIH en la sangre incluso sin terapia.

La cura del VIH se clasifica en “cura verdadera”, en la que el virus ha sido erradicado totalmente del cuerpo, y “cura funcional” o “cura/remisión”, en la que el virus ya no es detectable en la sangre incluso después de haber interrumpido el tratamiento.

La disparidad encontrada entre los bebés varones y las mujeres probablemente se debe a los niveles más bajos de células T CD4 activadas en los fetos masculinos que en los femeninos, lo que hace más difícil para el virus establecer un reservorio y proporciona una barrera contra la infección.

Si el virus se transmite a un varón, le cuesta sobrevivir porque no hay suficientes células T CD4 activadas disponibles para sostener la infección.

Las células T CD4 son un tipo de glóbulo blanco que ayuda al cuerpo a combatir infecciones como el VIH. Son una parte importante del sistema inmunitario y son el blanco del VIH durante la infección. El VIH se propaga más lentamente con recuentos más bajos de células T CD4.



Madres con bebés esperan una sesión de educación sobre el VIH en una clínica de Lesotho, en el sur de África.

Este estudio amplía el conocimiento existente sobre la cura y remisión del VIH y podría ser relevante para las estrategias de cura no sólo dirigidas a los niños sino también a los 39 millones de personas que viven con VIH en todo el mundo.

El estudio en curso comenzó en 2015 y abarca a 30 bebés por año, con 315 inscritos hasta la fecha. Es, de alguna manera, la cohorte más grande de su tipo en todo el mundo. En él se estudiamos y se hace el seguimiento no sólo a los niños que viven con VIH sino también a sus madres.

El acceso a la madre y al niño en el momento del nacimiento, cuando se puede diagnosticar el VIH, permitió a los investigadores estudiar el virus particular que se transmitió, el llamado “virus fundador”. Este es un recurso extremadamente valioso para comprender los mecanismos de cura/remisión en los niños que luego la logran.

Sin embargo, algunos de los bebés varones todavía presentan niveles muy bajos de anticuerpos contra el VIH en la sangre. Se desconocen las implicaciones a largo plazo para los niños.

Los hallazgos coinciden exactamente con lo que se sabe sobre la infección por VIH en adultos. Los mecanismos mediante los cuales se puede lograr la cura/remisión del VIH son potencialmente aplicables a los 39 millones de personas que viven con el virus.

Los investigadores reconocen que el número de niños identificados que lograron la cura/remisión es pequeño y sería importante realizar más estudios. Pero afirman que es un paso adelante respecto de estudios anteriores que sólo identificaron a niños individuales que lograron la cura/remisión.

Este artículo aporta impulso y conocimiento a los esfuerzos por controlar el VIH mediante intervenciones del sistema inmunológico. Pone de manifiesto una de las complejidades: las niñas son más propensas a contraer el VIH. También demuestra que vale la pena estudiar a los niños en los estudios de control y eliminación del VIH.

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

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

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