

ARGENTINA

- Situación epidemiológica de la tos convulsa

AMÉRICA

- Más de tres décadas sin casos de poliovirus salvaje en la región
- Colombia: El 99% de la población en áreas de riesgo está vacunada contra la fiebre amarilla
- México: Detectan una nueva especie invasora de mosquito *Aedes* en Yucatán

- Perú: Casos de infección intrahospitalaria por *Ralstonia picketti* vinculados a un medicamento importado de India

- San Vicente y las Granadinas: Significativo aumento de los casos de leptospirosis

- Venezuela: Más de 150 personas afectadas por un nuevo brote de leishmaniosis en Monagas

EL MUNDO

- Europa: Brote multinacional de salmonelosis vinculado al consumo de tomates

- Europa: Advierten de brechas en la vacunación contra la poliomielitis

- Japón: La actividad temprana de la influenza estacional satura los hospitales

- Palestina: La combinación fatal de enfermedades, lesiones y hambruna en Gaza es una crisis generacional

- Senegal: Se intensifica la respuesta a la fiebre del Valle del Rift

- Siria: Suspenden las clases en escuelas de Latakia por un brote de hepatitis A

- Suecia: Brote de listeriosis en Stockholm

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 // EDUARDO SAVIO
CARLA VIZZOTTI // FANCH DUBOIS // GUILLERMO CUERVO
DANIEL PRYLKA // 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 // SERGIO CIMERMAN
MARIANA MONTAMAT

Patrocinadores

sadi Sociedad Argentina de Infectología



Adherentes



SLAMVI
Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero



GEMICOMED
seimc.org

Comité Nacional de Infectología SAP



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.



28/04/2025

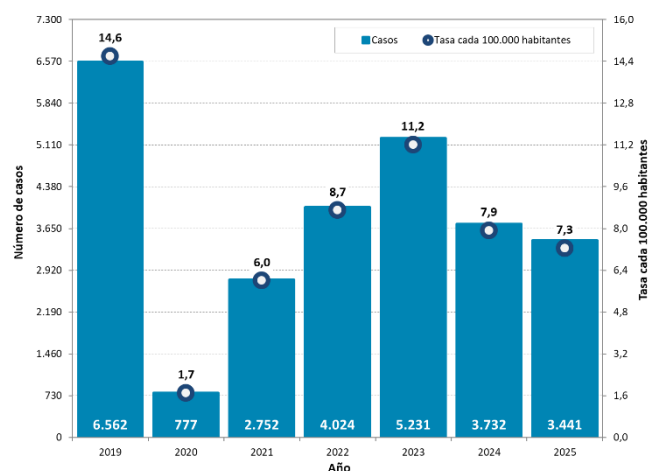
En 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 41, se notificó un total de 3.441 casos con sospecha de tos convulsa, de los cuales 333 fueron confirmados. En 288 de ellos, se contó con confirmación de laboratorio, identificándose *Bordetella pertussis* en 243 casos (84,4%); 44 casos (15,3%) permanecen sin identificación de especie (*Bordetella* sp.) y un caso (0,3%) correspondió a *Bordetella parapertussis*.

Casos notificados y confirmados

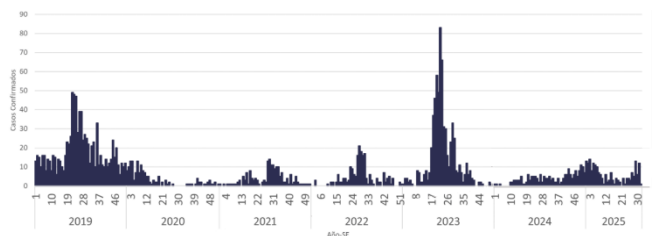
Durante el mismo período, la tasa de notificación de casos sospechosos fue inferior a la registrada en 2024. Al analizar la serie 2019-2025, se observa que los años 2019, 2022, 2023 y 2024 presentaron mayores números de notificaciones que el presente año, mientras que 2020 y 2021 registraron las tasas más bajas del período.

Durante 2025, las notificaciones de casos con sospecha de tos convulsa se concentraron principalmente en establecimientos de las provincias de Córdoba (1.117 casos) y Salta (580), seguidos por las provincias de Buenos Aires (464), Mendoza (426), la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (370), Santa Fe (153) y Tierra del Fuego (140). En el resto de las provincias se notificaron menos de 30 casos sospechosos en lo que va del año.

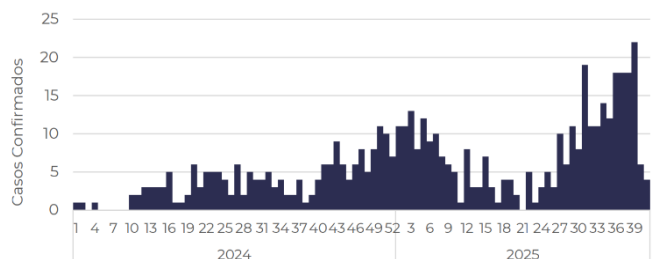
En cuanto a los casos confirmados, se verificó un ligero ascenso de los casos de tos convulsa a partir de la SE 43 de 2024, que alcanzó su máximo en la SE 3 de 2025, con un descenso posterior. Desde la SE 27 de 2025 se observó un aumento del número de casos, que alcanzó su valor máximo en la SE 39 de 2025, en relación con un brote en curso en Ushuaia y un ascenso



Casos sospechosos notificados y tasa de notificación cada 100.000 habitantes, según año. Argentina. Años 2019/2025, hasta semana epidemiológica 41. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



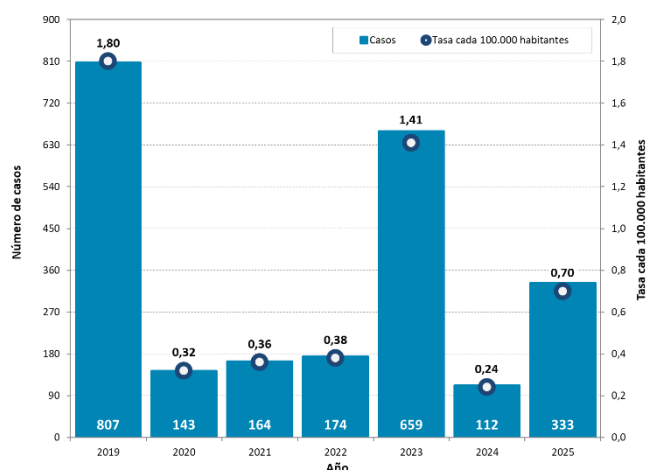
Casos confirmados, según semana epidemiológica. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2019 a 41 de 2025. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



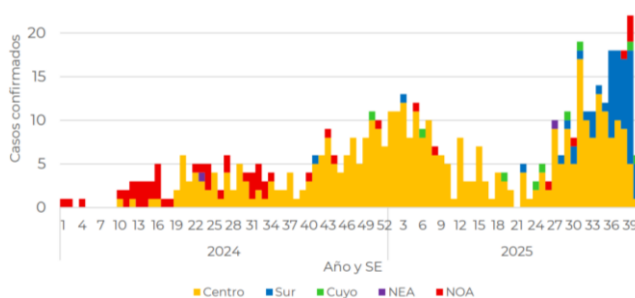
Casos confirmados, según semana epidemiológica. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2024 a 41 de 2025. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

de los casos confirmados en la Región Centro del país. Asimismo, los casos notificados en 2025, hasta la SE 41, superan las confirmaciones para el mismo periodo de los años 2021, 2022 y 2024, con una incidencia acumulada de 0,70 casos cada 100.000 habitantes en lo que va del año. Es importante referenciar que los casos de 2023 fueron notificados en su gran mayoría por la provincia de Salta. Es preciso destacar este hecho en función de comprender de manera más cabal la situación actual, ya que el incremento de los casos del presente año se está dando en diferentes jurisdicciones y de manera heterogénea.

Al observar el total de los casos de cada año, se puede constatar la situación actual a nivel nacional en relación con los años previos. Como se dijo, la gran mayoría de los casos de 2023 corresponden a la provincia de Salta. Por este motivo, 2025 se presenta como un año de particular incremento de los casos.



Casos confirmados y tasa de incidencia cada 100.000 habitantes, según año. Argentina. Años 2019/2025, hasta semana epidemiológica 41. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



Casos confirmados, según semana epidemiológica y región. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2024 a 41 de 2025. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

Análisis según regiones y jurisdicciones

Los casos confirmados durante 2025 se distribuyeron en 17 jurisdicciones. El mayor número de casos se concentró en la Región Centro (260 casos; 78,1%), con el mayor número de notificaciones correspondientes a residentes de la provincia de Buenos Aires (167 casos; 50,2%) y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (50 casos; 15,0%), y en la Región Sur (56 casos; 16,8%), a expensas del mencionado brote en Tierra del Fuego.

La mayor incidencia acumulada se registró en Tierra del Fuego, en el marco del brote en curso en el departamento de Ushuaia, que es de 23,6 casos cada 100.000 habitantes, valor casi 15 veces superior al de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que ocupa el segundo lugar con una incidencia de 1,6 casos cada 100.000 habitantes. En tercer lugar, se ubica la provincia de Buenos Aires que, si bien concentra el mayor número absoluto de casos, presenta una tasa de 0,9 casos cada 100.000 habitantes.

Excluyendo el año 2019, cuando se observa la mayor cantidad de jurisdicciones con sus valores más elevados, se puede constatar que el año en curso muestra, faltando aún más de dos meses para su finalización, la mayor cantidad de jurisdicciones con los casos más elevados de la serie. Así, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las provincias de Buenos Aires, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz, Santiago del Estero y Tierra del Fuego dan cuenta de la situación de aumento de casos en 2025. También puede observarse lo ya referenciado para el año 2023, cuando Salta notificó 423 de los 677 casos de todo el año, lo que representa el 63%. Junto con Salta, las provincias de Santa Fe y La Rioja son las que más casos confirmados notificaron en ese período.

Provincia/Región	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	21	11	—	3	2	53	50
Buenos Aires	216	49	45	58	47	74	167
Córdoba	192	31	37	5	81	11	22
Entre Ríos	42	1	1	—	1	2	2
Santa Fe	14	5	—	7	43	5	19
Centro	485	97	83	73	174	145	260
Mendoza	241	12	17	13	25	1	7
San Juan	3	1	—	—	—	—	1
San Luis	8	5	1	—	—	—	—
Cuyo	252	18	18	13	25	1	8
Chaco	5	3	—	2	—	—	—
Corrientes	2	—	—	1	—	—	—
Formosa	2	2	—	1	—	—	—
Misiones	10	1	5	5	9	1	1
Noreste Argentino	19	6	5	9	9	1	1
Catamarca	6	—	—	11	2	—	—
Jujuy	2	—	3	—	2	—	—
La Rioja	1	—	—	—	25	1	3
Salta	146	23	68	93	423	43	1
Santiago del Estero	2	—	—	—	—	—	1
Tucumán	7	4	1	—	2	—	3
Noroeste Argentino	164	27	72	104	454	44	8
Chubut	12	6	3	1	2	—	—
La Pampa	8	—	—	—	—	—	2
Neuquén	1	1	—	—	2	—	2
Río Negro	5	1	—	—	1	1	4
Santa Cruz	—	1	—	—	—	—	2
Tierra del Fuego	7	2	—	—	—	—	46
Sur	33	11	3	1	5	1	56
Total Argentina	953	159	181	200	667	192	333

Casos confirmados, según jurisdicción y año. Argentina. Años 2019/2025 (2025 hasta semana epidemiológica 41). Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

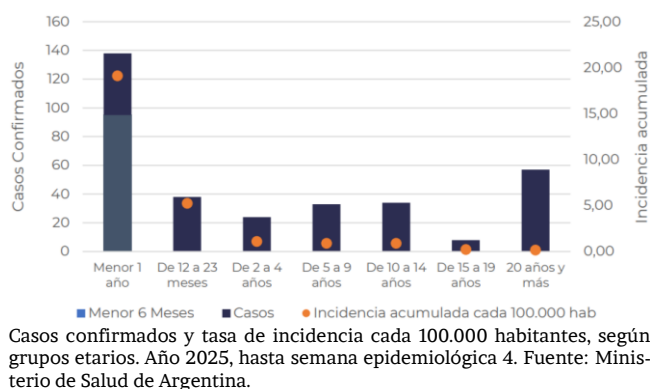
Análisis según edad y gravedad

Las mayores incidencias acumuladas se observaron en el grupo de 0 a 5 años, con predominio en los menores de 1 año, que concentraron 138 de los casos confirmados en 2025 (41,4%), especialmente en el subgrupo de menores de 6 meses (95 casos; 28,5%). En las últimas SE, el número de casos y la tasa de incidencia en el grupo de 20 años y más presentaron un aumento, como consecuencia de las características del brote en Tierra del Fuego.

Además de lo analizado, entre la SE 1 y la SE 41 de 2025 se notificaron cuatro fallecimientos en casos confirmados con detección de *Bordetella pertussis*: dos en menores de 6 meses, uno en el grupo de 6 a 11 meses y otro en el grupo de 12 a 23 meses.

Coberturas de vacunación

El alcance de las coberturas de vacunación óptimas para todas las enfermedades inmunoprevenibles es una prioridad en el desarrollo de políticas públicas en Argentina; sin embargo,



debido a factores internos y externos, al igual que como ocurre en todo el mundo, se encuentran lejos de ser logradas.

Existen vacunas seguras y efectivas para prevenir la infección por *Bordetella pertussis*. Sin embargo, se registra a nivel mundial, regional y nacional un descenso progresivo de las coberturas que redundan en una acumulación de personas susceptibles de contraer la enfermedad. Por este motivo, es necesario realizar un análisis sobre las características que asumen actualmente las coberturas de vacunación para definir las mejores acciones específicas de recupero de esquemas.

Los tres grupos objetivo en el período 2012/2024 fueron:

1. Lactantes de 6 meses (vacunados con tercera dosis de quíntuple o pentavalente).
2. Niños de 15-18 meses (vacunados con primer refuerzo de quíntuple o pentavalente).
3. Embarazadas (vacunadas con dTpa - triple bacteriana acelular para embarazadas).

Entre 2012 y 2016, las coberturas de vacunación en lactantes de 6 meses y en niños de 15-18 meses se mantuvieron en niveles cercanos a 90% y 80%, respectivamente, mientras que las embarazadas mostraban coberturas más bajas, pero en ascenso, acercándose a 70%. Pero a partir de 2017 comienza a observarse una tendencia de descenso progresivo en todos los grupos, con un quiebre más abrupto en 2020, coincidiendo con el inicio de la pandemia de covid y, probablemente asociado con las medidas de aislamiento físico.

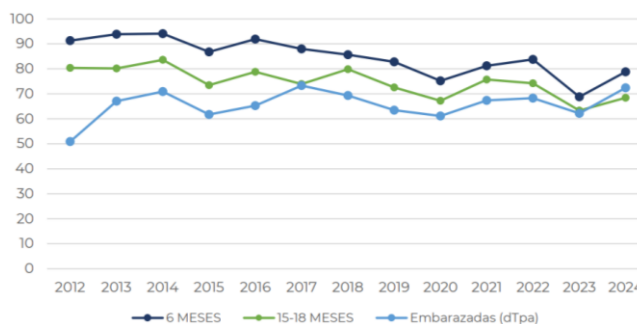
En el caso de los lactantes de 6 meses, luego de 2020 se observó un aumento de 6,2 puntos porcentuales en 2021 y de 2,6 puntos porcentuales en 2022 para la tercera dosis de vacuna quíntuple/séxtuple. Sin embargo, en 2023 se registró una fuerte caída, alcanzando el valor más bajo de toda la serie (68,8%), lo que implicó un descenso de más de 20 puntos porcentuales respecto de los valores de 2012. En 2024 se evidenció una recuperación de 10 puntos porcentuales, cerrando el año con una cobertura nacional de 78,8%.

Para el caso del primer refuerzo de quíntuple/séxtuple, se presentó una caída de 5,4 puntos porcentuales en el primer año de la pandemia (2020), pero en 2021 se registró una franca recuperación que permitió alcanzar una cobertura de 75,7%, es decir, 3,1 puntos por encima de los valores de 2019. Sin embargo, esta tendencia ascendente se detuvo y en 2023 la cobertura nacional mostró una caída de 12,4 puntos porcentuales respecto de 2021, alcanzando valores mínimos en los últimos 12 años (63,3%). En 2024, las coberturas volvieron a incrementarse, alcanzando 68,4%, lo que representa una recuperación de 5 puntos porcentuales respecto del año anterior, aunque aún por debajo de los niveles previos a la pandemia de covid.

Por su parte, las embarazadas, que nunca alcanzaron coberturas óptimas de vacunación, muestran fluctuaciones marcadas a lo largo del período, con caídas importantes en los años posteriores a la pandemia. En 2023 la cobertura fue de 62,2%, mientras que en 2024 se registró una mejoría significativa, alcanzando 72,4%, lo que representa un incremento de más de 10 puntos porcentuales respecto del año anterior.

Las coberturas parciales de 2025, al 8 de octubre, son:

- 1ª dosis de vacuna quíntuple (difteria, tétanos, tos convulsa, hepatitis B e infección por *Haemophilus influenzae* tipo b) (2 meses): 62,15%.
- 2ª dosis de vacuna quíntuple (4 meses): 61,18%.



Coberturas de vacunación con componente pertussis. Argentina. Años 2012/2024. Fuente: Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, Ministerio de Salud de Argentina.

- 3ª dosis de vacuna quintuple (6 meses): 57,16%.
- Refuerzo de vacuna quintuple (15 -18 meses): 50,67%.
- Refuerzo de vacuna triple bacteriana (difteria, tétanos y tos convulsa) (5 años): 44,11% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2019 al 8 de octubre de 2025: 90,51%).
- Refuerzo de vacuna triple bacteriana acelular (11 años): 44,12% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2013 al 8 de octubre de 2025: 98,22%).
- Embarazadas con vacuna triple bacteriana acelular: 58,41%.

Para realizar un análisis completo de la situación de las coberturas de vacunación, es necesario hacer referencia a que el descenso observado de coberturas es global (para todas las vacunas en todos los grupos etarios) y multicausal, y se acentuó con posterioridad a la pandemia de covid.

Entre las variables que es necesario evaluar se encuentran la falta de percepción de riesgo por parte del personal de salud y de la comunidad en general, la presencia de falsas contraindicaciones, las oportunidades perdidas de vacunación, la presencia de grupos antivacunas, la reticencia, las *fake news* o noticias falsas, las dificultades en la producción y el suministro de los insumos, la rotación del personal de salud y la insuficiente estrategia de comunicación, entre otras.

Otro de los factores a tener en cuenta es el sistema de registro y las posibles diferencias entre la cobertura administrativa y la real. Por este motivo, se avanzó con un análisis sobre el cambio en la manera de registrar que se realizó en 2023: a diferencia de años anteriores, donde la fuente de información era combinada entre registros agrupados numéricos y registros nominales, durante el año 2023 se comenzó a utilizar como única fuente de datos para el cálculo de coberturas, lo informado en el Registro Nominal de Vacunación electrónico (RNVe). De esta manera, se sostuvo y fortaleció el cálculo de coberturas de calendario nacional, siendo la fuente de información los datos ingresados de manera nominal únicamente.

La implementación del RNVe permite sistematizar las bases de datos y el circuito de información para el cálculo de las coberturas de vacunación, con la implementación de un modelo de gestión informatizada a través de un registro nominalizado que brinda a todos los niveles sanitarios la posibilidad de contar con datos actualizados, consistentes y confiables para la toma de decisiones. Esto implica un gran salto de calidad en la gestión de datos.

Sin embargo, cabe destacar que la adecuación de los sistemas del RNVe con la inclusión de todas las vacunas del calendario nacional, implicó cierto atraso en la carga (dada la complejidad y extensión del mismo) y diferencias con algunos sistemas provinciales, por lo que es posible que existan registros de dosis aplicadas que aún no hubieran impactado en el sistema nacional para la publicación de las coberturas del año 2023.

Además, también existe un universo de personas vacunadas que no han sido registradas en ningún sistema (ya sea provincial, nacional, institucional, del subsector público o privado).

Estas dos últimas consideraciones implican que existe a la fecha un subregistro de dosis aplicadas. Por este motivo, se trabaja diariamente en la mejora de los sistemas de registro, tanto del nivel jurisdiccional como desde el nivel nacional, a través del apoyo a las jurisdicciones y de la implementación de nuevas y mejores tecnologías con el objetivo de contar con datos de mayor calidad para apoyar la toma de decisiones en materia de política de inmunizaciones.

Además del cambio realizado en 2023 para el cálculo de las coberturas a partir de la consideración únicamente de los registros nominales, en 2024, y en consenso con las 24 jurisdicciones, se definió considerar para la planificación de dosis a administrar a las personas de 5 y 11 años, y para el cálculo de coberturas, a partir de la evaluación de las dosis aplicadas y regis-

tradas, la cohorte de nacimiento en lugar del ingreso escolar o la adolescencia, respectivamente.

Esto significó una simplificación en ambos procesos (planificación y cálculo de coberturas) y permite evaluar actualmente la cobertura de vacunación oportuna, es decir las dosis aplicadas a los 5 y 11 años únicamente, y la vacunación ampliada por cohorte, es decir a la misma cohorte de nacimiento a los 6 y 12 años respectivamente. En este sentido, al analizar la vacunación ampliada de la dosis de refuerzo de los 5 años con la vacuna triple bacteriana celular, se observó una mejora significativa: en 2024 se registró una cobertura de la cohorte de 2019 de 46,4%, mientras que en 2025 la cobertura de esa misma cohorte fue de 44,1%, alcanzando una cobertura acumulada para la cohorte de 90,5%. En el caso de la dosis de refuerzo de los 11 años con la vacuna triple bacteriana acelular (dTpa), la cobertura de vacunación de la cohorte de nacidos en 2013 vacunados en 2024 fue de 54,1% y la misma cohorte alcanzó el 98,2% durante el año 2025. Este análisis permitió observar que, si bien las coberturas oportunas son más bajas que lo observado en años anteriores, si se evalúa cómo siguió vacunándose esa cohorte de nacimiento más allá de los 5 y 11 años respectivamente, se alcanzó a un mayor número de la población objetivo de manera atrasada.

Luego del análisis histórico de coberturas de vacunación, incluidos los últimos cambios realizados para su cálculo, es necesario trabajar de manera integrada y articulada entre los diferentes niveles y con participación de representantes de todos los actores involucrados para revertir la tendencia sostenida y progresiva de disminución de las coberturas contra *Bordetella pertussis*. Esta caída compromete la inmunidad colectiva, expone a los grupos más vulnerables, especialmente lactantes pequeños y embarazadas, y aumenta el riesgo de reemergencia de formas graves de la enfermedad. La recuperación de las coberturas requiere de estrategias sostenidas, focalizadas y sensibles al contexto, que garanticen el acceso efectivo a la vacunación, mejoren los registros nominales y fortalezcan la confianza de la población en las vacunas. La respuesta debe ser proactiva, coordinada y basada en evidencia, con el compromiso del sistema de salud en su conjunto, para preservar los logros alcanzados y evitar retrocesos que comprometan la salud de las personas.

La tos convulsa, tos ferina o tos convulsa, es una enfermedad respiratoria aguda prevenible mediante vacunación, que puede afectar a personas de todas las edades, aunque presenta mayores tasas de morbilidad y mortalidad en lactantes y niños pequeños. Los adolescentes y adultos jóvenes pueden presentar la enfermedad de forma leve, atípica e inclusive con las manifestaciones clásicas, y representan una fuente importante de transmisión hacia los menores. Dado su alto grado de contagiosidad – especialmente en contextos de contacto estrecho y prolongado como el hogar, jardines maternos, jardines de infantes o escuelas –, resulta fundamental el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para evitar la propagación entre personas susceptibles.

El principal agente etiológico es *Bordetella pertussis* y, en menor grado, *B. parapertussis*. Existen vacunas seguras y efectivas disponibles actualmente, que solo protegen contra *B. pertussis*.

En Argentina, además de la vacunación a los 2, 4, 6, 15-18 meses y a los 5 años con componente pertussis, desde 2009 se inició la vacunación a los 11 años con el objeto de disminuir los reservorios en adolescentes. En el año 2012 se recomendó la vacunación contra la tos convulsa para todas las personas gestantes a partir de la semana 20 de gestación y se incorporó esta indicación al Calendario Nacional de Vacunación en el año 2013, con el propósito de lograr el pasaje transplacentario de anticuerpos para proteger al lactante durante los primeros meses de vida contra la tos convulsa, y de esta manera disminuir la morbi-mortalidad por tos convulsa en lactantes pequeños. Las recomendaciones actuales de vacunación contra esta enfermedad durante el embarazo es vacunar con dTpa (vacuna triple bacteriana acelular) luego de la semana 20 de gestación, en cada embarazo, independientemente de la edad, antecedente de vacunación con dTpa u otras vacunas con componente antitetánico y del tiempo transcurrido desde el embarazo anterior.

La introducción de las vacunas antipertussis ha contribuido a la disminución de la incidencia global de la enfermedad. En este contexto, la vigilancia epidemiológica de la tos convulsa cumple un rol clave al permitir evaluar el impacto de la vacunación, monitorear tendencias nacionales, identificar poblaciones en riesgo y orientar estrategias de prevención y control.

Desde el punto de vista clínico, la tos convulsa se desarrolla en tres fases (catarral, paroxística y de convalecencia), con formas clínicas que pueden variar desde leves hasta graves, especialmente en lactantes menores de seis meses. La enfermedad presenta un patrón cíclico con picos epidémicos cada 3 a 5 años.



MÁS DE TRES DÉCADAS SIN CASOS DE POLIOVIRUS SALVAJE EN LA REGIÓN

23/10/2025

En el Día Mundial contra la Poliomielitis, el 24 de octubre, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) celebró más de tres décadas sin casos de poliovirus salvaje en las Américas, y advirtió sobre la importancia de fortalecer la vacunación para evitar un posible resurgimiento de esta enfermedad prevenible.

“Hace algunas décadas, padres y madres vivían con temor por la salud de sus hijos: fiebre repentina, dolor, debilidad muscular e incluso parálisis permanente. Así se presentaba la poliomielitis, una enfermedad sin cura que podía dejar secuelas de por vida e incluso causar la muerte”, recordó el Dr. Jarbas Barbosa da Silva Júnior, director de la OPS. “Gracias a las vacunas y a un gran esfuerzo colectivo, hace ya 31 años que el poliovirus salvaje no circula en nuestra región. Este es un logro extraordinario de la salud pública”, añadió.



La poliomielitis afectó a miles de niños en la región hasta principios de la década de 1990. En 1975 se reportaron cerca de 6.000 casos, y el último caso de poliovirus salvaje se registró en Perú en 1991. Este avance llevó a que, en 1994, las Américas fueran la primera región del mundo en ser certificada como libre de poliomielitis.

Sin embargo, la OPS destacó que mantener este estatus requiere renovar el compromiso y sostener la acción. En 2024, solo 83% de los niños en las Américas recibió la tercera dosis de la vacuna antipoliomielítica, muy por debajo del 95% recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para lograr inmunidad colectiva.

La poliomielitis es una enfermedad viral que ataca el sistema nervioso y puede causar parálisis permanente, principalmente en niños menores de 5 años. En la mayoría de los casos no hay síntomas, pero uno de cada 200 infectados desarrolla parálisis, y entre 5% y 10% de ellos puede morir por parálisis respiratoria.

A nivel global, los casos de poliomielitis han disminuido en más de 99% desde 1988, cuando se estimaban 350.000 casos anuales en más de 125 países. Hoy, solo dos países mantienen circulación endémica del poliovirus salvaje. Sin embargo, los riesgos no han desaparecido.

En zonas con bajas coberturas de vacunación, los poliovirus derivados de la vacuna pueden mutar y propagarse en comunidades no vacunadas, causando brotes similares a los del polio-

virus salvaje. La OPS destacó la importancia de una vigilancia epidemiológica robusta y del uso estratégico de diferentes vacunas para mitigar este riesgo, sin perder de vista la meta de erradicación global.

“Proteger, fortalecer y seguir las recomendaciones de los programas de inmunización es un acto de amor, solidaridad y una responsabilidad compartida de los gobiernos, los trabajadores de la salud, las comunidades y de cada uno de nosotros”, subrayó el director de la OPS.

Un llamado a la acción

La OPS llamó a todos los actores sociales y del sector salud a actuar con decisión para mantener a las Américas libres de poliomielitis:

- A padres, madres, tutores y cuidadores: revisar los esquemas de vacunación de los niños y acudir a los servicios de salud ante cualquier duda.
- A trabajadores de salud y líderes comunitarios: brindar información clara, combatir la desinformación y seguir siendo referentes confiables.
- A gobiernos y tomadores de decisión: garantizar los recursos necesarios para fortalecer los programas de inmunización y la vigilancia activa.

En este Día Mundial contra la Poliomielitis, la OPS reafirmó su compromiso con la erradicación global de esta enfermedad y con la protección de las futuras generaciones frente a amenazas prevenibles.

Desde antes de la eliminación del poliovirus salvaje en las Américas, la OPS ha trabajado junto a los países de la región y socios estratégicos para alcanzar y sostener este logro histórico, brindando cooperación técnica, apoyando campañas de vacunación y reforzando la vigilancia. También ha facilitado el acceso a vacunas seguras y eficaces mediante compras conjuntas a precios asequibles a través de su Fondo Rotatorio.



En respuesta a la emergencia sanitaria declarada el pasado 16 de abril mediante la [Resolución N° 691](#) de 2025, el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud (INS), la Superintendencia Nacional de Salud, las autoridades territoriales, las entidades prestadoras de salud aliadas y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) consolidaron un plan integral para contener la fiebre amarilla, prevenir su expansión y proteger la vida de los colombianos.

Entre 2024 y octubre de 2025 se confirmaron 136 casos autóctonos y tres importados, distribuidos en 10 departamentos: Tolima (116), Putumayo (8), Meta (3), Caquetá (2), Nariño (2), Vaupés (1), Caldas (1), Cauca (1), Huila (1) y Guaviare (1).

Estas cifras se presentan en un contexto regional donde países como Bolivia, Brasil, Ecuador, Perú y Venezuela también han reportado casos, manteniendo la alerta epidemiológica en el continente.

Por esta razón el plan diseñado cuenta con cinco líneas estratégicas de atención:

1. Gestión integral de la contingencia, garantizando recursos y coordinación interinstitucional.
2. Vigilancia intensificada, con detección temprana de casos humanos y monitoreo de primates.
3. Promoción y prevención, mediante el aumento de la cobertura de vacunación y el control de mosquitos transmisores.
4. Manejo integral de casos, fortaleciendo la red de servicios de salud y actualizando los lineamientos clínicos.
5. Comunicación del riesgo, con mensajes claros para promover el autocuidado, la vacunación y el control de vectores.

“Actualmente en Colombia, gracias a las acciones coordinadas de vacunación masiva en zonas de muy alto riesgo, ya se ha protegido a 99% de la población que habita en estas zonas”, señaló el ministro de Salud y Protección Social, Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez.

Además, reiteró el llamado a la ciudadanía para fortalecer las medidas de prevención, y recordó que la vacunación es gratuita, segura y protege de por vida, por lo que debe aplicarse desde los 9 meses de edad, incluyendo a adultos mayores de 60 años que residan o viajen a zonas de riesgo y gestantes con desplazamientos inevitables.

También enfatizó en la importancia de protegerse de la picadura del mosquito, eliminando criaderos mediante el lavado y tapado de depósitos de agua.

Logros destacados de la gestión sanitaria

- Vacunación masiva: La intensificación de la estrategia permitió aplicar 4.413.621 dosis en todo el país, mediante jornadas casa a casa, actividades en zonas rurales y urbanas, y articulación entre los equipos básicos de salud, instituciones prestadoras de salud y autoridades locales.

- Prevención de la urbanización del virus: Se elaboraron lineamientos de manejo integrado de vectores en 15 departamentos y 62 municipios, con capacitación a 897 profesionales del sector salud.
- Reducción de la letalidad: La tasa de letalidad nacional disminuyó de 56,5% en 2024 a 33,7% en 2025, gracias a la atención temprana y a la actualización de los protocolos clínicos.

De esta manera, el Gobierno reafirma su compromiso con la protección de la vida y la salud pública, priorizando la prevención, la vigilancia epidemiológica y el acceso gratuito a la vacunación en todo el territorio nacional.

El descubrimiento de la presencia del mosquito *Aedes vittatus* en tierras mexicanas encendió las alertas sanitarias, pues se trata de una nueva especie invasora o exótica con la capacidad de transmitir virus como los del dengue, la fiebre chikungunya, la fiebre zika e incluso la fiebre amarilla.

Su presencia lo convierte en un potencial vector de alto riesgo para la salud pública, y con ello, ya serían tres las especies de mosquitos presentes en Yucatán con capacidad de propagar enfermedades. Los científicos

Julio Tzuc Dzul y Carlos Baak Baak, del Centro de Investigaciones Regionales 'Dr. Hideyo Noguchi' de la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY), localizaron en la entidad la nueva especie, originaria del continente asiático.

La primera ocasión en que se localizó el mosquito, fue por medio de una trampa instalada por los científicos, en septiembre de 2024, en la comunidad rural de Xcalacoop, a pocos kilómetros de la zona arqueológica de Chichén Itzá.

“La primera vez que se identificó fue en la isla francesa de Corsica, en la región mediterránea de Europa, pero su área nativa abarca hasta África y Asia. Con el hallazgo de este mosquito, ahora son tres los mosquitos invasores: *Aedes aegypti*, *Aedes vittatus* y *Aedes albopictus*”, explicó Baak Baak.

Sin embargo, con el paso de los meses, fue localizado en los municipios de Tinum, Tixkokob y Mérida, con una distancia aproximada de 110 kilómetros entre los puntos de detección. Esta especie fue reportada por primera vez en 2019 en Cuba y en República Dominicana, así como en Jamaica en 2023 y 2024.

“Estos tres mosquitos invasores provienen de diferentes lugares, pero tienen en común que transmiten los virus del dengue, la fiebre zika, la fiebre chikungunya y, en donde hay transmisión activa de la fiebre amarilla, también puede formar parte del ciclo de transmisión”, explicó Baak Baak.

Los científicos detallaron que su rasgo morfológico más distintivo son seis puntos en el tórax, tres de cada lado.

“Se ha visto que *Aedes albopictus* va desplazando a *Aedes aegypti*; este último era más abundante en su momento, pero ahora que *Aedes albopictus* se ha establecido lo ha ido desplazando, y se ha vuelto más abundante. Con este nuevo mosquito no sabemos que puede ocurrir”, dijo el científico.

En un punto de inspección en el municipio de Tixkokob, fueron localizados las tres especies juntas, en recipientes de plástico, lo que indica que utilizan los mismos recursos para reproducirse. “Es un mosquito peridoméstico, pero también puede vivir en áreas silvestres; donde



Macho de *Aedes vittatus*

hay vegetación se alimenta perfectamente del humano, por ello entra en los ciclos de transmisión de los virus del dengue”.

Los científicos explicaron que cada mosquito se reproduce en un aproximado de diez días; entre más lluvias y calor, es más rápido el proceso. Cada hembra puede depositar hasta 100 huevos, pero solo 10% llega a la edad adulta y tiene una vida de aproximadamente 30 días.

Continúan las investigaciones

Debido a la presencia de la especie en Yucatán, la Secretaría de Salud debe esperar más estudios sobre esta con el fin de saber, qué tipos de insecticidas utilizar para eliminarla.

El investigador de la UADY explicó que durante la primera semana de noviembre tendrán un resultado más preciso de la genética del mosquito *Aedes vittatus*, y se podrá conocer desde dónde llegó, si de los países caribeños mencionados o de otro continente.

“El *Aedes vittatus* que encontraron en Cuba tiene relación con el *Aedes vittatus* de India; el de República Dominicana es similar al de Pakistán. Queremos saber de dónde proviene éste que encontramos, trazar su recorrido hasta la llegada a Yucatán; para eso estamos analizando su genética”, dijo Baak Baak. Los estudios y análisis de la especie continuarán con el fin de conocer cómo se desarrolla bajo las condiciones climáticas de la entidad.

“Es importante el monitoreo de las especies de mosquitos, para poder determinar qué especies viven en el estado y conocer cuáles especies cuentan con el potencial de transmitir arbovirus o intervenir en su ciclo de transmisión. Esto es crucial para alertar a las autoridades de salud y le den seguimiento”, dijo Baak Baak.

El investigador explicó que existen aproximadamente 3.726 especies de mosquitos en el planeta, pero no todos son transmisores de enfermedades: de acuerdo con la base de datos a nivel mundial, solamente 100 portan algún virus de importancia médica.



En relación a la contaminación del medicamento Edetoxin (clorhidrato de dexmedetomidina) por la bacteria ambiental *Ralstonia pickettii*, causante de infecciones en algunos servicios de salud, el Ministerio de Salud informó lo siguiente:

1. Entre agosto y septiembre de 2025 se identificaron 28 casos de infección intrahospitalaria por la bacteria ambiental *R. pickettii*, principalmente en el Instituto Nacional de Salud del Niño, de San Borja, y en algunos otros establecimientos, tanto públicos como privados. No existen fallecidos vinculados a la infección por esta bacteria.
2. La investigación del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) determinó que el evento estuvo vinculado a un lote del medicamento importado Edetoxin 200 mcg/2mL, fabricado en India e importado por Nordic Pharmaceutical Company S.A.C.
3. Tras la confirmación, el Ministerio de Salud adoptó acciones inmediatas y efectivas:
 - Se inmovilizó el 100% del lote ABO25001 del medicamento, logrando recuperar más de 84% de los frascos (20.251 de 24.000) en las primeras 40 horas.
 - Se dispuso la suspensión temporal y cierre del establecimiento farmacéutico de la empresa importadora.
 - Sin menoscabo de las acciones administrativas, la Procuraduría del Ministerio de Salud iniciará las acciones legales correspondientes contra quienes resulten responsables.
4. El Ministerio de Salud precisa que *R. pickettii* es una bacteria de baja virulencia, que habitualmente se encuentra en el ambiente y que no representa riesgo de transmisión comunitaria. Los casos se presentaron en pacientes hospitalizados con condiciones clínicas delicadas.
5. Asimismo, el CDC Perú emitió la [Alerta Epidemiológica AE–CDC N° 006-2025](#), disponiendo reforzar las medidas de prevención y control de infecciones en los servicios de salud.

El Ministerio de Salud reafirma su compromiso con la transparencia, la seguridad del paciente y la vigilancia sanitaria, destacando que la respuesta rápida y coordinada permitió contener el evento y garantizar la tranquilidad de la población.

Alerta epidemiológica

El CDC Perú alertó a las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas del país, acerca del riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud causadas por *R. pickettii*, relacionadas al uso de este producto farmacéutico, a fin de detectar, notificar, investigar e implementar las acciones de prevención y control de infecciones en los servicios de salud.

En la semana epidemiológica (SE) 32 de 2025, el CDC había recibido la notificación de un brote de cinco casos de infección por *Ralstonia pickettii* en el Instituto Nacional de Salud del Niño, de San Borja. La investigación epidemiológica reveló un total en este instituto de 13 casos pediátricos, principalmente de cardiopatías congénitas complejas.

Como resultado de este brote, se alertó a los hospitales del país, lo que llevó a la identificación de 15 casos adicionales en otras cinco instituciones prestadoras de servicios de salud de Lima Metropolitana: dos institutos nacionales, un hospital nacional, una clínica y un centro médico de diálisis. Los afectados fueron seis adultos mayores con comorbilidades y cuadros infecciosos graves, cuatro adultos inmunocomprometidos con neoplasias, un adulto con enfermedad renal crónica en terapia sustitutiva, tres casos en neonatos y lactantes con diagnósticos de prematuridad y sepsis neonatal y un lactante con cardiopatía isquémica.

El análisis genómico reveló que las once cepas peruanas pertenecen al mismo genotipo, rST37889, confirmando un origen clonal. El análisis filogenético demostró una estrecha relación de la cepa del brote con casos aislados de brotes reportados en Alemania y Australia en 2023.

Durante la investigación, se planteó la hipótesis de que algún medicamento utilizado por los pacientes podría verse afectado por haber estado contaminado desde su producción, ya que en otros brotes en distintos países se identificó esta como la causa. El 22 de octubre, el Instituto Nacional de Salud (INS) confirmó esta hipótesis al detectar *R. pickettii* en una ampolla de Edetoxin 200 mcg/2 mL.

La Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas, en cumplimiento de sus funciones emitió la [Alerta N°116-2025](#), con fecha 22 de octubre, en la que comunicó la inmovilización de este lote de producto debido a los resultados críticos en el control de calidad.

Ralstonia pickettii es un bacilo Gram-negativo, oportunista de baja virulencia. Se encuentra en diversos entornos acuáticos y se reconoce cada vez más como un patógeno nosocomial emergente, especialmente en pacientes inmunocomprometidos. Tiene una notable capacidad para persistir en condiciones ambientales adversas, como aguas oligotróficas y biofilms en tuberías plásticas, lo que le permite atravesar filtros estériles (0,2-0,45 µm) y contaminar soluciones médicas como salinas, agua estéril y medicamentos.

El primer brote se registró en Estados Unidos en 1998, en un paciente colonizado por *R. pickettii* asociado a una solución salina intrínsecamente contaminada, reportada por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos.

Entre 2019 y 2024, se reportaron diversos brotes de infecciones bacterianas relacionadas con *R. pickettii* y otros patógenos en varios países.

En Turquía, en 2019, once pacientes pediátricos con leucemia desarrollaron infecciones por una solución salina contaminada. En Colombia, en 2021, 66 casos de bacteriemia se vincularon a medicamentos intravenosos contaminados en pacientes con covid.

En 2023, en India, se documentaron casos en una unidad de cuidados intensivos pediátrica asociados a viales de fentanilo contaminados.

En Australia, en 2023, se confirmaron 55 casos relacionados con el uso de soluciones salinas contaminadas, empleadas para la irrigación y dilución de medicamentos de un lote proveniente de India.

Alemania, en 2023 y 2024, notificó 25 casos relacionados con una solución salina contaminada.

En el Reino Unido, en 2023 y 2024, se reportó un brote de soluciones salinas contaminadas con cepas similares a las de Australia.

Por último, en 2025, Argentina registró un brote de infecciones bacterianas vinculado a un lote de fentanilo contaminado con *Klebsiella pneumoniae* y *R. pickettii* resistentes a antimicrobianos.

El Ministerio de Salud, Bienestar y Ambiente de San Vicente y las Granadinas recomendó a la población tomar todas las medidas de precaución necesarias para protegerse y proteger a sus familias de la leptospirosis.

En lo que va del año, el Ministerio observa un aumento en el número total de casos confirmados de leptospirosis. En 2024, hasta el 10 de octubre, el país registró nueve casos de leptospirosis. Durante el mismo período de 2025, se confirmaron 21 casos y cinco muertes por esta enfermedad.



El ministerio recomendó enfáticamente a cualquier persona que experimente síntomas de leptospirosis buscar atención médica de inmediato.

También instó a mantenerse alerta, especialmente durante este período de lluvias, y a tomar medidas preventivas para protegerse a sí mismos, a sus familias y a sus comunidades.

El Ministerio de Salud, Bienestar y Ambiente continuará monitoreando de cerca la situación y proporcionará actualizaciones y orientación a medida que disponga de más información.

La leptospirosis es una enfermedad bacteriana que afecta tanto a humanos como a animales, como ratas, perros, cerdos e iguanas, entre otros. La bacteria se propaga principalmente a través de la orina de animales infectados, que puede contaminar alimentos, agua y suelo. La bacteria puede sobrevivir de semanas a meses en ambientes húmedos.

Las personas pueden infectarse a través del contacto con agua, alimentos o tierra contaminados que hayan estado expuestos a la orina o fluidos corporales de animales infectados; el contacto directo con fluidos corporales de un animal infectado, o al consumir frutas o verduras sin lavar o agua contaminada con orina de animales infectados.

Los síntomas de la leptospirosis pueden incluir fiebre, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares o corporales, náuseas o vómitos, diarrea, dolor de estómago e ictericia.

Para reducir el riesgo de complicaciones o muerte, el Ministerio de Salud, Bienestar y Ambiente de San Vicente y las Granadinas instó a la población a:

- Lavar bien todas las frutas y verduras antes de consumirlas.
- Practicar buenas técnicas de manipulación de alimentos, especialmente al preparar carne, frutas y verduras.
- Usar ropa protectora (como botas y guantes) al trabajar al aire libre o manipular animales.
- Mantener los alimentos y el agua potable lejos de las zonas donde roedores o animales puedan orinar.
- Almacenar los alimentos adecuadamente y desechar la basura rápidamente para evitar la actividad de roedores.

Las personas con mayor riesgo, como agricultores, veterinarios, cuidadores de animales, carniceros y trabajadores de saneamiento o alcantarillado, deben tomar precauciones adicionales:

- Lavarse las manos frecuentemente con agua corriente y jabón.
- Usar equipo de protección personal adecuado, incluyendo guantes, botas y protección para los ojos.
- Limpiar y desinfectar las superficies y los equipos con regularidad.
- Vacunar a las mascotas contra la leptospirosis y aislar a los animales enfermos.
- Implementar medidas para controlar los roedores en las áreas de trabajo y sus alrededores.

La Autoridad Única de Salud en el estado Monagas, Yérika Alzolay, confirmó un nuevo brote de leishmaniosis en la zona norte de la entidad oriental. “El Ministerio para la Salud iniciará una nueva fase de control epidemiológico en el municipio Caripe, porque sigue siendo una zona endémica de leishmaniosis”.

En materia de salud ambiental, no se han direccionado políticas concretas para disminuir o controlar la enfermedad, que todos los años enciende las alarmas en la región, lo cual lo convierte en un problema de salud pública. Muy lejos de resolver, han implementado paliativos por tiempo limitado pero que no ataca el fondo del problema.

Si bien se distribuyen los tratamientos para las comunidades afectadas, no existe una solución directa que erradique el ciclo de vida del vector.

Trabajadores de la salud en Caripe relataron que el mayor número de pacientes afectados se encuentra en la parroquia Teresén, la jurisdicción más grande de la zona conformada por más de 24 sectores.

El ambulatorio del sector Teresén es el centro habilitado por las autoridades para la atención de la población afectada. A las consultas llegan niños, jóvenes y adultos mayores con llagas en los brazos, piernas, espalda, abdomen y cara, tras el contacto con el vector de la leishmaniosis.

Las fuentes consultadas informaron de manera extraoficial que en Caripe se contabilizan más de 150 casos, pese a los esfuerzos que realizan las autoridades en la zona para evitar el incremento de pacientes.

Esta cifra, de acuerdo con el personal médico, representa un 15% de aumento de las incidencias registradas hasta la semana del 13 de octubre, en comparación con el mes de septiembre.

En contraste con noviembre de 2024 los datos muestran un pico elevado en la morbilidad hospitalaria. El año pasado la Dirección de Salud llevaba un conteo de al menos 150 pacientes atendidos por un equipo de Epidemiología y Dermatología Sanitaria. Mientras que en octubre de 2023 se registraron 37 casos.

Solicitan más atención

Vecinos de Caripe recuerdan que hace 15 años se controló la leishmaniosis en el pueblo. En ese momento se hizo una fumigación aérea no para atacar exactamente este insecto, sino para abatizar la palometa peluda (*Hylesia metabus*) que azotaba la locación vecina de Caripito.



Por la cercanía de las montañas, el insecticida usado para la palometa peluda ayudó, pero no se siguieron aplicando estos métodos de fumigación porque perjudicó la flora y fauna.

La alcaldía de Caripe no fumiga desde abril, luego del reclamo de muchos vecinos que después de las 17:00 horas no podían salir de sus casas, por la proliferación del flebótomo vector de la leishmaniosis.

Acción gubernamental

Alzolay aseguró que en los próximos días realizarán jornadas de abatización en todo Monagas, mientras que un equipo médico y de enfermería, preparado en dermatología sanitaria ya se encuentra en Teresén.

Señaló también que en el operativo se prevé la dotación de medicamentos para atender a niños, adultos y mujeres embarazadas afectados por esta enfermedad.

Campanas educativas

El municipio Caripe es una zona mesoendémica a nivel nacional y con antecedentes desde hace muchos años. La población más afectada ha sido la agraria, donde pernoctan los medianos y pequeños productores de hortalizas y frutas.

En este contexto Marelys Rodríguez, especialista en dermatología sanitaria, recomendó la masificación de campañas permanentes sobre la prevención de la enfermedad y refuerzo de las normas claves para estar saludable.

“Son muy sencillas pero que deben ponerse en prácticas para contener en gran medida la enfermedad. La principal prevención es la educación y eso nos ayuda a eliminar los criaderos de flebótomos, y tapar de manera adecuada los recipientes de agua, así como mantener los alrededores de viviendas, escuelas y plazas desmalezados”.





EUROPA

BROTE MULTINACIONAL DE SALMONELOSIS VINCULADO AL CONSUMO DE TOMATES

23/10/2025

Un prolongado brote de infecciones por *Salmonella enterica enterica* serovariedad Strathcona en varios países de la Unión Europea/Espacio Económico Europeo (UE/EEE) dio lugar a la notificación de 437 casos confirmados en 17 países de la UE/EEE entre el 1 de enero de 2023 y el 30 de septiembre de 2025. Italia, Alemania y Austria son los países más afectados de la UE, pero también se han notificado casos en el Reino Unido, Canadá y Estados Unidos.

Las investigaciones realizadas durante un período de tres años identificaron sistemáticamente a los tomates como la probable fuente de infección. Investigaciones recientes realizadas en Austria en 2025 también identificaron tomates procedentes de Sicilia (Italia) como fuente de la infección, lo que concuerda con los hallazgos de brotes anteriores en Italia (2024) y Austria (2023). Esta cepa de *Salmonella* Strathcona se ha detectado en la UE/EEE durante más de una década, y el primer brote se notificó en Dinamarca en 2011, también vinculado a los mismos tomates de Sicilia.



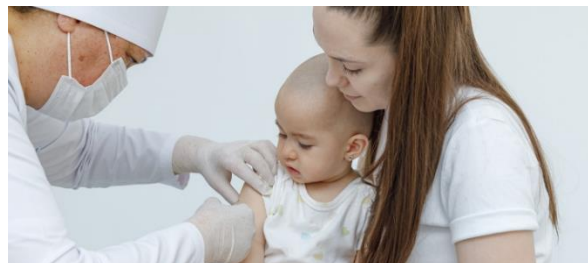
La autoridad italiana de seguridad alimentaria llevó a cabo investigaciones que incluyen un plan de muestreo para tomates comercializados a nivel nacional, inspecciones específicas y monitoreo ambiental. Se detectó *Salmonella* Strathcona en una muestra de agua de riego recolectada en una planta de producción primaria, lo que confirma el papel del ambiente en la contaminación del producto.

Para evitar que se produzcan nuevos casos, se deben realizar más investigaciones para verificar si los tomates de Sicilia son el vehículo de infección de las infecciones recientemente notificadas y para orientar medidas de control efectivas durante el período previo a la cosecha, incluidas las fuentes de agua de riego.

La transmisión continua a lo largo de varios años indica la persistencia de fuentes de contaminación. Se instó a las autoridades de salud pública a que sigan investigando los nuevos casos de infección por *Salmonella* Strathcona, secuenciando los aislamientos humanos cuando sea posible y colaborando estrechamente con las autoridades de seguridad alimentaria para rastrear y contener la fuente de infección.

Se aconsejó a los consumidores que sigan prácticas de higiene adecuadas al manipular alimentos, como lavarse las manos, enjuagar bien los productos frescos y evitar la contaminación cruzada manteniendo separados los alimentos crudos y cocidos.

El Día Mundial contra la Poliomielitis, que se celebró el 24 de octubre, brindó la oportunidad de celebrar el progreso, las personas y las innovaciones que acercan al mundo cada vez más a la erradicación de la enfermedad. Desde su inicio en 1988, la Iniciativa Mundial para la Erradicación de la Poliomielitis (GPEI) logró avances notables, reduciendo los casos de infección por el poliovirus salvaje en más del 99% a nivel mundial.



La Región Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) alcanzó la condición de libre de poliomielitis en 2002 y se ha mantenido libre de la propagación endémica del virus desde entonces. Sin embargo, el éxito en la contribución a la erradicación mundial de la poliomielitis, así como la condición de libre de poliomielitis de la Región, siguen siendo difíciles de alcanzar.

La cobertura de vacunación contra la poliomielitis en la Región Europea en su conjunto disminuyó en 2024 en comparación con años anteriores, dejando a más de 450.000 bebés desprotegidos.

Se ha detectado una variante del poliovirus, tipo 2, mediante la vigilancia rutinaria de los sistemas de aguas residuales en seis países de la Región (Alemania, España, Finlandia, Israel, Polonia y el Reino Unido) desde septiembre de 2024. La muestra positiva más reciente se encontró en septiembre de 2025 en Alemania. Gracias a la suficiente cobertura de vacunación en las zonas afectadas, hasta la fecha no se ha registrado transmisión comunitaria de este virus ni casos de poliomielitis paralítica en ninguno de estos países.

La circulación de otra variante del poliovirus, el tipo 1, detectada en el ambiente en Israel desde febrero de 2025, se ha declarado brote. El país mantiene un sistema de vigilancia del poliovirus de alta sensibilidad, lo que permite la rápida detección del virus. Sin embargo, persisten deficiencias en la inmunización en los grupos de población de alto riesgo. Se han tomado medidas inmediatas para aumentar la cobertura de inmunización en estos grupos y abordar las razones de la baja vacunación. No se han detectado poliovirus en Israel en los últimos dos meses.

“Estas detecciones aisladas y el brote en Israel nos recuerdan la importancia de la vacunación oportuna de todos los niños, en todas las comunidades”, dijo Ihor Perehinets, Director de Seguridad Sanitaria y Emergencias Regionales de la OMS/Europa.

“Las brechas en la cobertura de vacunación dejan a los niños vulnerables y representan un riesgo para la seguridad sanitaria de la Región y más allá. No debemos volver a una época en la que la poliomielitis amenazaba vidas con regularidad y saturaba los sistemas de salud. La OMS/Europa se mantiene firme junto a todos sus Estados Miembros y socios en nuestro compromiso de erradicar rápidamente todas las formas de poliovirus en todo el mundo.

La erradicación de la poliomielitis está al alcance

La poliomielitis es una enfermedad altamente infecciosa que se propaga con facilidad y de forma silenciosa a través de extensas zonas geográficas, sin respetar fronteras nacionales. Hace 35 años, el poliovirus salvaje paralizaba a 350.000 niños al año. Este año, hasta la fecha, ha paralizado a menos de 50, gracias a décadas de colaboración mundial. Hasta que se logre la erradicación mundial, todos los países y todas las personas no inmunizadas seguirán en riesgo.

La OMS/Europa, junto con otros socios de la GPEI, sigue apoyando a las autoridades de salud pública nacionales y locales en sus investigaciones y seguimiento de la situación, así como en el fortalecimiento de los programas de inmunización y la respuesta rápida a las detecciones del virus para evitar su propagación.

El 3 de octubre, el Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar Social de Japón declaró una epidemia nacional de influenza debido a que los casos semanales de influenza se cuadruplicaron. Hasta el 17 de octubre, se reportó un total de 9.074 casos y 4.030 hospitalizaciones. Las ciudades más afectadas fueron Tokio, Kanagawa, Chiba, Saitama, Okinawa y Osaka. No se han reportado fallecimientos.



Récord de casos y patrón pospandémico

La actividad de la enfermedad comenzó cinco semanas antes de lo habitual durante la temporada de influenza y se está propagando rápidamente entre los niños. Esta situación obligó al país a cerrar un centenar de colegios y algunos hospitales experimentaron los primeros colapsos parciales. La mayoría de los ingresados son menores de 14 años, que suelen ser uno de los grupos más vulnerables ante la influenza. Todo apunta a que la cepa A(H3N2), que ha estado presente durante el invierno en el hemisferio sur, se podría haber extendido ahora a Japón.

El país experimentó inicios prematuros de la temporada de influenza en los últimos años, aunque el de la temporada actual es inusual. La temporada 2023/24, que comenzó en la semana epidemiológica 44, registró la carga de influenza más significativa hasta la fecha, con un total estimado de 18 millones de casos registrados, y la última semana de 2024 registró el mayor número de casos semanales desde que comenzó la vigilancia de la enfermedad en 1999.

Las autoridades sanitarias predicen que el aumento de la actividad de la enfermedad se debe a los viajes internacionales, los cambios en los patrones climáticos y la falta de exposición al virus circulante debido a las restricciones por la pandemia de covid. También se ha observado un aumento de casos de influenza en otros países asiáticos, como China, Corea del Sur, Indonesia, Malasia y Tailandia.

Las poblaciones vulnerables, como niños, ancianos y personas con enfermedades crónicas, se ven afectadas de forma desproporcionada debido al mayor riesgo de complicaciones y consecuencias secundarias. Si bien las autoridades no han implementado confinamientos ni mandatos a gran escala, sí están animando a empleadores y escuelas a adoptar modalidades de trabajo flexibles, como el teletrabajo y políticas de asistencia flexible. Las autoridades sanitarias de Japón han instado a la población, así como a los turistas, a vacunarse.

Aunque la epidemia japonesa es significativa, es poco probable que se convierta en una pandemia global, ya que los países del hemisferio sur entran en estaciones más cálidas. Sin embargo, las regiones que están a punto de comenzar el invierno, como Japón y otras partes del hemisferio norte, podrían ser más vulnerables, especialmente debido a la falta de restricciones en los vuelos internacionales, lo que facilita la propagación del virus entre países.

Gaza está sufriendo una "catástrofe" sanitaria que durará "varias generaciones", advirtió el director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus dijo en una entrevista que se necesita un aumento masivo de la ayuda para comenzar a abordar las complejas necesidades de la población de la Franja.

Israel permitió que más suministros médicos y otra ayuda crucen a Gaza desde que entró en vigor un alto el fuego con Hamas el 10 de octubre, pero Tedros dijo que los niveles están por debajo de los necesarios para reconstruir el sistema de salud del territorio.

Su intervención se produce en un momento en que Estados Unidos intenta reforzar el alto el fuego que ayudó a negociar tras un brote de violencia el fin de semana.

La Casa Blanca describió el acuerdo como la primera fase de un plan de paz de 20 puntos que incluye un aumento en la cantidad de ayuda que entra a Gaza y suministros distribuidos "sin interferencia" de ninguna de las partes.

Tedros dijo que acogió con satisfacción el acuerdo de alto el fuego, pero dijo que el aumento de la ayuda que siguió fue menor de lo esperado.

Cuando se le preguntó sobre la situación sobre el terreno, dijo que los habitantes de Gaza habían sufrido hambruna, heridas "abrumadoras", un sistema de salud colapsado y brotes de enfermedades alimentados por la destrucción de la infraestructura de agua y saneamiento.

Continuó: "Además, el acceso a la ayuda humanitaria está restringido. Esta combinación es fatal, lo que hace que la situación sea catastrófica e indescriptible".

Cuando se le preguntó sobre las perspectivas de salud a largo plazo en Gaza, añadió: "Si tomamos la hambruna y la combinamos con un problema de salud mental que vemos que está muy extendido, entonces la situación es una crisis para las generaciones venideras".

Thomas Stuart Francis Fletcher, director de la Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios, dijo a principios de esta semana que los grupos de ayuda están "cambiando el rumbo de la crisis de hambruna", pero que se necesita "mucho más".

El 21 de octubre, el Programa Mundial de Alimentos de la Organización de Naciones Unidas (ONU) dijo que desde el 10 de octubre habían ingresado camiones con más de 6.700 toneladas de alimentos, pero que esa cantidad todavía estaba considerablemente por debajo de su objetivo de 2.000 toneladas por día.

"Se necesita llevar a Gaza 600 camiones de ayuda al día, pero el promedio está entre 200 y 300", dijo Tedros, mientras pedía a las autoridades israelíes desvincularse de la ayuda y de amplificar el conflicto.



Personas recogiendo cajas con ayuda del Programa Mundial de Alimentos en el centro de Gaza.

El 19 de octubre, Israel suspendió temporalmente la entrega de ayuda tras informar de la muerte de dos soldados israelíes en un ataque perpetrado por hombres armados de Hamás en Gaza. Hamás declaró entonces que desconocía los enfrentamientos.

El ejército israelí respondió con una serie de ataques aéreos en todo el territorio, asesinando a decenas de palestinos.

Las entregas de ayuda se reanudaron al día siguiente después de una fuerte presión internacional.



Los principales grupos de ayuda han pedido que se aumente más rápidamente el número de camiones que transportan suministros de ayuda a Gaza.

Tedros dijo que la ayuda no debe ser "utilizada como arma" y pidió a Israel que no imponga condiciones a su entrega, incluida la devolución de los restos de los rehenes muertos que aún se encuentran en Gaza, que se ha convertido en un punto clave de discordia durante el alto el fuego.

Hamás se ha comprometido a devolver los cuerpos, pero hasta ahora sólo ha transferido 15 de los 28, afirmando que no ha podido recuperar el resto.

La semana pasada Hamás liberó a veinte rehenes israelíes vivos a cambio de casi 2.000 prisioneros y detenidos palestinos en cárceles israelíes.

Tedros declaró el 22 de octubre: "Debería haber pleno acceso, sin ninguna condición, especialmente después de que se haya liberado a todos los rehenes vivos y se haya trasladado una buena parte de los restos. No esperaba que hubiera restricciones adicionales".

Cuando se le preguntó sobre el papel que debería desempeñar Estados Unidos, Tedros dijo que "dado que Estados Unidos ha negociado el acuerdo de paz, tiene la responsabilidad de asegurarse de que todas las partes lo respeten".

Israel tiene en funcionamiento actualmente dos cruces fronterizos (Kerem Shalom en el sudeste y Kissufim en el centro de Gaza), pero sigue recibiendo peticiones de grupos de ayuda para que se restablezcan todas las rutas de acceso que controla.

Tedros dijo que se necesitaban "todos los cruces disponibles" para que llegara suficiente ayuda a Gaza, y pidió a Israel que permitiera que los grupos de ayuda a los que anteriormente se les había negado el registro regresaran al territorio, diciendo: "No se puede tener una respuesta ampliada sin aquellos que pueden cumplir en el terreno".

Los principales grupos de ayuda han pedido que se aumente más rápidamente el número de camiones que transportan suministros de ayuda a Gaza.

También dijo que los suministros destinados a ser utilizados para restaurar el sistema de salud de Gaza han sido confiscados en la frontera porque las autoridades israelíes dicen que podrían tener un uso militar.

"Si se va a construir un hospital de campaña, se necesitan la lona y los pilares para las tiendas", continuó. "Así que si se quitan los pilares con la excusa de que podrían tener un doble uso, entonces no se puede tener una tienda".

Miles de palestinos esperan vuelos semanales de evacuación médica, afirmó Tedros, aunque ninguno ha despegado en dos semanas debido a las festividades religiosas en Israel. Añadió que 700 personas han fallecido anteriormente mientras esperaban la evacuación médica y pidió que se aumente el número de vuelos.

Israel lanzó una campaña militar en Gaza en respuesta al ataque del 7 de octubre de 2023, en el que hombres armados liderados por Hamás mataron a unas 1.200 personas y tomaron a otras 251 como rehenes.

Al menos 68.229 personas han muerto en ataques israelíes en Gaza desde entonces, según el Ministerio de Salud del territorio.

En julio, un organismo respaldado por la ONU concluyó que había ocurrido una hambruna en Gaza, aunque Israel cuestionó los hallazgos y dijo que "no hubo hambruna".

La ONU estimó previamente que la reconstrucción de Gaza costará 70.000 millones de dólares. Tedros afirmó que alrededor del 10% de esa cifra deberá destinarse a su sistema de salud, gravemente dañado.

Continuó: "Llevamos mucho tiempo diciendo que la paz es la mejor medicina. El alto el fuego que tenemos es muy frágil y algunas personas han muerto incluso después del alto el fuego porque se rompió un par de veces".

"Lo que es muy triste es que mucha gente vitoreaba en las calles porque estaban muy contentos con el acuerdo de paz. Imagínense, algunas de esas mismas personas murieron después de que les dijeran que la guerra había terminado".



Senegal lanzó una respuesta multisectorial a nivel nacional para enfrentar un brote creciente de fiebre del Valle del Rift, advirtiendo a las comunidades afectadas contra la automedicación.

La campaña coordinada reúne a los ministerios de Salud, Agricultura, Medio Ambiente y Recursos Hídricos, e incluye esfuerzos de vigilancia, control de mosquitos y vacunación del ganado, anunciaron los funcionarios el 20 de octubre en Dakar.



Toma de una muestra de sangre de un pastor en Isiolo, Kenia, durante el estudio transversal de 2021 para determinar la prevalencia de la fiebre del Valle del Rift.

“Esta es una enfermedad que se encuentra en la encrucijada de la salud humana, animal y ambiental y, por lo tanto, requiere una respuesta colectiva”, dijo el Ministro de Salud y Acción Social, Ibrahima Sy.

Dijo que el gobierno activó comités de gestión de epidemias en todo el país, fortaleció los tratamientos y la detección de casos e implementó campañas de vacunación para el ganado, desde que comenzó el brote en septiembre.

Según el ministro, se están llevando a cabo operaciones de control de mosquitos en áreas de alto riesgo, incluida la destrucción de sitios de reproducción, el uso de mosquiteros impregnados con insecticida y el despliegue de drones para identificar fuentes de agua estancada.

Se está llevando a cabo una campaña de comunicación en idiomas locales para informar a las comunidades en los mercados, pueblos y zonas agrícolas.

Las autoridades intensificaron la vigilancia en las regiones más afectadas: Saint-Louis, Matam, Louga, Thiès y Tambacounda.

“Estos esfuerzos combinados han frenado la propagación de la epidemia, pero la vigilancia debe mantenerse alta”, dijo Sy.

Impacto humano y animal

Hasta el 20 de octubre, el Ministerio de Salud había analizado 1.657 muestras y confirmado 258 casos humanos. De estos, 21 fallecieron y 192 pacientes se recuperaron.

Se confirmaron 57 casos en animales, mientras que las autoridades afirman que más de 14.000 animales han sido vacunados.

Según Boly Diop, responsable del Sistema Nacional de Gestión de Incidentes (SGI) de Senegal, se han formado grupos de trabajo especializados para orientar la toma de decisiones, reuniendo a expertos en zoonosis.

Los funcionarios de salud dicen que los esfuerzos combinados de los ministerios y los equipos técnicos han frenado la propagación de la epidemia, permitiendo la detección rápida de casos y el tratamiento temprano de las formas graves de la enfermedad.

Automedicación

Sin embargo, Diop advirtió que la automedicación y las consultas médicas tardías han contribuido a varias muertes.

“Instamos a la población a mantenerse alerta. Cualquier persona que presente síntomas debe buscar atención médica de inmediato. Recomendamos enfáticamente no automedicarse, ya que ciertos medicamentos, en particular los antiinflamatorios que se venden en los mercados, pueden agravar la situación”, dijo.

Las investigaciones realizadas por los equipos del SGI en el norte del país encontraron que varias muertes estaban relacionadas con admisiones hospitalarias tardías y complicaciones derivadas de la automedicación.

“Algunos murieron por hemorragias, otros por insuficiencia orgánica”, dijo Diop.

“Los resultados muestran que varios pacientes llegaron al hospital demasiado tarde. Esto confirma una vez más que la automedicación es una de las principales causas del agravamiento de la enfermedad”.

La transmisión de la enfermedad

“La fiebre del Valle del Rift se transmite principalmente por picaduras de mosquitos o por contacto directo con animales infectados. No se transmite entre humanos”, subrayó el Ministerio de Salud de Senegal.

“No existe vacuna para los humanos, pero sí vacunas eficaces para los animales”, afirmó Diop, destacando la importancia de las medidas de prevención.

Mawlouth Diallo, entomólogo del Instituto ‘Dr. Louis Pasteur’ de Dakar, dijo que los esfuerzos de vacunación se estaban priorizando en los mercados de ganado, en los puntos de agua y a lo largo de las rutas donde el ganado se traslada para pastar.

“Algunas de estas vacunas animales están disponibles en Senegal desde hace mucho tiempo”, explicó Diallo.

“Ahora que hay una epidemia, se realizarán vacunaciones específicas en determinadas zonas”.

Prioridades de investigación

La Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido convocó una consulta científica abierta el 14 de octubre en colaboración con instituciones de salud mundiales y africanas, para identificar prioridades de investigación para apoyar la respuesta al brote en Senegal.

Los especialistas en enfermedades que asistieron a la reunión en línea dijeron que se necesitaban urgentemente más pruebas de diagnóstico en el punto de atención para controlar la enfermedad de manera más efectiva.

Emmanuel Agogo, director del programa de amenazas pandémicas de FIND, una organización sin fines de lucro que busca impulsar la innovación en el diagnóstico, dijo que el análisis de datos realizado por la organización sobre la disponibilidad de pruebas de diagnóstico comerciales para la fiebre del Valle del Rift encontró "enormes brechas en las pruebas en el punto de atención".

Actualmente se utiliza la prueba de reacción en cadena de la polimerasa, que requiere el análisis en un laboratorio, para diagnosticar casos sospechosos en Senegal y otros lugares.

“Sin embargo, faltan pruebas de flujo lateral y de antígenos, que dan resultados sin necesidad de equipos de laboratorio especializados”, dijo Agogo.

“En general, las pruebas disponibles en el mercado son muy limitadas”, dijo.

“Tenemos bastantes pruebas desarrolladas en laboratorio que están disponibles, pero cuando se trata de ensayos de flujo lateral o pruebas de antígenos, prácticamente nada”, dijo en la reunión, y agregó que actualmente no se están desarrollando nuevas pruebas.

Moussa Diagne, investigador en virología del Instituto Pasteur de Dakar, se hizo eco de estas preocupaciones.

“La fiebre del valle del Rift afecta a las zonas rurales...por lo tanto, lo que necesitamos son verdaderas herramientas en el punto de atención”, dijo en la reunión.

Para Diagne, el monitoreo genómico continuo es crucial. “Es clave para mantener los ensayos actualizados, como lo hemos hecho en el Instituto Pasteur durante este brote, para asegurarnos de estar al día en cuanto a sensibilidad y especificidad”, añadió.

Uno de los desafíos a la hora de responder a la enfermedad es mantener a los veterinarios seguros y garantizar que se cumplan estrictas condiciones de bioseguridad para detener la propagación de la enfermedad.

En Uganda, los investigadores han desarrollado “laboratorios móviles” con una “*glove box*” especialmente diseñada para mejorar la bioseguridad, según Stephen Balinandi, investigador del Instituto de Investigación de Virus de Uganda.

“Es una caja pequeña, puede proporcionar un entorno seguro, no requiere mucho entrenamiento y, de hecho, con ella no se necesita mucho equipo de protección personal”, dijo.

“En nuestra situación hemos podido abordar el tema de la bioseguridad a nivel comunitario utilizando esa *glove box*”.

En el contexto de la investigación de la fiebre del Valle del Rift –como sucede en general con otros patógenos zoonóticos de riesgo– el término *glove box* designa una cámara cerrada de trabajo que permite manipular el virus dentro de un volumen aislado, a través de guantes fijos incorporados a la pared del equipo, evitando contacto directo con el agente y limitando su dispersión al ambiente.

Se trata de un dispositivo hermético en el que la atmósfera interna (sea aire filtrado o gas inerte, según el uso) está contenida y controlada, de modo que el operador introduce las manos en los guantes empotrados y realiza todos los procedimientos –por ejemplo, inoculación de cultivos celulares, manipulación de suero o tejido infectado, preparación de inóculos o experimentación en animales pequeños– sin romper la barrera física. En el caso específico del virus de la fiebre del Valle del Rift, que requiere prácticas al menos de nivel de bioseguridad 3 cuando se manipulan virus viables, la *glove box* se integra como un elemento de barrera primaria dentro de cabinas cerradas o laboratorios de contención para reducir el riesgo de aerosolización y exposición.

En otras palabras, la *glove box* es un microambiente de contención física total que convierte una tarea manual potencialmente contaminante en una operación confinada, manteniendo la integridad del operador, de la muestra y del entorno.

La Dirección de Educación de la Gobernación de Latakia anunció el 20 de octubre la suspensión temporal de clases en dos escuelas de la aldea de Ras al-Ain durante una semana como medida de precaución para limitar la propagación de la hepatitis A.

La dirección indicó en un comunicado que, como parte de su seguimiento de la situación de las escuelas en la gobernación de Latakia, y con base en la información recibida de las administraciones escolares en la aldea de Ras al-Ain –distrito de al-Qatilbiya en la región de Jableh–, con respecto al registro de una serie de casos de hepatitis viral entre estudiantes y varios residentes, se decidió suspender temporalmente las clases en la Escuela de Educación Básica y la Escuela Secundaria, por un período de una semana, a partir del 19 de octubre.



Equipos médicos tomando muestras de agua, como parte del monitoreo de casos de hepatitis A en Ras al-Ain.

El Director de Educación de la Gobernación de Latakia, Walid Kaboula, explicó que la medida es puramente preventiva, siguiendo las directrices del gobernador para limitar la propagación del virus y proteger la salud del alumnado y los docentes. La medida está pendiente de la publicación de los resultados de las pruebas y los informes de campo de los equipos médicos que comenzaron su trabajo en la ciudad el 20 de octubre.

La dirección presentó una carta al gobernador el 19 de octubre, solicitando que la Dirección de Salud Pública envíe urgentemente equipos de investigación epidemiológica y que se instruya a la Corporación General de Agua Potable y Saneamiento para que tome muestras de campo de las fuentes de agua y las analice para identificar la fuente de la contaminación y abordarla de inmediato, según Kaboula.

Explicó que la suspensión de clases será revisada con base en un informe de los equipos de salud y la dirección elaboró un plan para atender la pérdida educativa derivada de esta medida, bajo la supervisión directa de especialistas educativos.

La Dirección de Educación está monitoreando la situación en coordinación con la Dirección de Salud Pública, llamando a los padres de familia y administraciones educativas a apegarse a las fuentes oficiales de información y abstenerse de circular cualquier noticia inexacta sobre el tema, con el fin de garantizar la credibilidad y tranquilidad de la comunidad local.

Por su parte, la jefa del Departamento de Supervisión del Distrito de Salud de Jableh, Fatima Najjar, informó que, después de recibir un informe de varios casos de hepatitis A en la aldea de Ras al-Ain el 6 de octubre, un equipo del distrito de salud se dirigió al sitio, donde se registraron 24 casos, nueve de los cuales se encuentran en fase de recuperación.

Se tomaron muestras de agua de varios pozos del vecindario y se enviaron al laboratorio bacteriológico de la Unidad de Agua de Latakia, donde se encontró contaminación debido a la

posibilidad de que las aguas residuales se filtraran a los pozos artesianos dispersos por toda el área, según Najjar.

Agregó que los equipos de salud distribuyeron aproximadamente 4.000 tabletas de cloro a los residentes y realizaron sesiones de educación sanitaria sobre la enfermedad, métodos de transmisión y prevención.

Se contactó a la municipalidad de Ras al-Ain, y se comenzó a reparar una línea de alcantarillado rota en el vecindario, según Najjar.

Explicó que se realizó una visita a la Escuela de Ras al-Ain, donde se registraron tres casos de infección entre estudiantes. Se coordinó con el Departamento de Salud Escolar para monitorear la situación sanitaria en la escuela y los contactos.

Los equipos de la Dirección de Salud siguen monitoreando la situación sobre el terreno hasta estar seguros de que la aldea está libre de nuevas infecciones, según Najjar, señalando que "la unidad de agua aún no ha aumentado el ritmo de bombeo a través de la red principal a pesar de la coordinación en curso al respecto".

La dirección instó a los residentes a adherirse a las medidas preventivas y a no dejarse influenciar por la información inexacta que circula en redes sociales. Todas las medidas preventivas se mantendrán hasta que la situación sanitaria en la aldea esté totalmente bajo control.

El Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas de Stockholm está liderando la investigación de un brote de listeriosis en colaboración con la Administración Ambiental de Stockholm, la Agencia Nacional de Alimentos de Suecia y la Agencia de Salud Pública.

Un conglomerado de personas visitó un restaurante en Stockholm entre el 23 y el 27 de septiembre, para disfrutar de un menú de degustación. Poco después, presentaron síntomas como fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, diarrea y vómitos, y también se ha descrito dolor de garganta con faringitis. Se detectó la bacteria *Listeria monocytogenes* en la sangre de 15 personas. Ninguna de ellas requirió cuidados intensivos.

Los resultados de la secuenciación de las muestras de dos de estos casos indican que pertenecen a una variante conocida de *L. monocytogenes*, y son genéticamente idénticas entre sí, pero no a otros aislados de la base de datos de la Agencia de Salud Pública.

La Agencia de Salud Pública continúa trabajando para comparar las secuencias con lo notificado internacionalmente y analizando más aislados recibidos. Al mismo tiempo, la Agencia de Salud Pública está recopilando datos para crear un panorama de la situación nacional, comprender la magnitud del brote y contribuir a la investigación del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas.

Los casos sospechosos se encuentran en 12 regiones del país, la mayoría de las cuales corresponde a Stockholm. Las personas que visitaron el restaurante durante el período en cuestión recibieron una carta informativa que incluía una solicitud para buscar atención médica si los síntomas persistían. Se tomaron muestras ambientales y de alimentos y se enviaron para su análisis. Aún no se han podido realizar comparaciones con las bacterias aisladas de muestras de alimentos.

La listeriosis es una infección causada por la bacteria *Listeria monocytogenes*, que posee un carácter singular entre los patógenos transmitidos por alimentos porque soporta temperaturas de refrigeración, resiste ambientes salinos y puede multiplicarse en alimentos listos para el consumo, como quesos blandos, embutidos refrigerados y comidas preparadas. La infección adquiere relevancia clínica sobre todo en embarazadas, recién nacidos, personas inmunosuprimidas y adultos mayores, en quienes puede desencadenar septicemia o meningoencefalitis con alta letalidad.

En Suecia, como en el resto de los países nórdicos, la listeriosis se considera una zoonosis prioritaria dentro de la vigilancia alimentaria debido a la estructura del consumo alimentario y a la alta proporción de población anciana. El país mantiene un sistema activo de notificación obligatoria y tiende a reportar una incidencia baja pero estable, en el rango característico de Europa occidental, concentrada casi por completo en mayores de 65 años y pacientes con comorbilidad severa. Los brotes son infrecuentes y, cuando ocurren, suelen vincularse a alimentos refrigerados de producción industrial distribuidos en todo el territorio, lo que confiere a cada evento un potencial de diseminación nacional antes de su detección.

La importancia epidemiológica en Suecia no reside en grandes volúmenes de casos sino en su carga clínica por caso y en el perfil poblacional afectado. La letalidad puede acercarse a 20-30% en formas invasivas en adultos frágiles, lo que convierte a cada notificación en un evento sanitario de alto peso relativo. El envejecimiento demográfico sueco y el aumento del consumo de productos listos para el consumo con cadena de frío constituyen determinantes estructurales de persistencia del riesgo. Por ello, el control regulatorio de la cadena de frío, el muestreo de alimentos listos para consumo y la respuesta rápida basada en el tipo de genómico de aislados son pilares de la estrategia sueca, que prioriza prevenir casos severos y cortar los brotes de baja frecuencia pero alto impacto sanitario.

Curso virtual

INFECTOLOGÍA

Curso virtual

Infecciones en el paciente inmunocomprometido

Una realidad en continua evolución

30% OFF
TIEMPO LIMITADO

Inicio
INMEDIATO

Dirección:
Dra. Claudia Salgueira

mednet

sadi Sociedad Argentina de Infectología

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 reporteepi-demiologiocoba@gmail.com aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.