



7 DE MARZO
2025
REC 2.912

CÓRDOBA

- Detectaron un caso atípico de psitacosis

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de alacranismo

AMÉRICA

- Situación epidemiológica de la influenza aviar A(H5N1)

- Brasil: Brote de fiebre amarilla en Pará

- Estados Unidos: El sarampión se extiende a nueve estados, la mayoría de personas en no vacunadas

- Estados Unidos: Caso de tétanos en Minnesota en un niño no vacunado

EL MUNDO

- Austria: Brote de legionelosis en Vorarlberg

- Italia: Casi 60 casos de síndrome urémico hemolítico en 2024

- Italia: La resistencia a los antibióticos cuesta al país 2.400 millones de euros al año

- Marruecos: Más de 20.000 casos de sarampión en lo que va de 2025

- Sudáfrica: Brote de mpox del clado I en Gauteng

- Uganda: Nuevo caso de enfermedad por el virus Sudán

- Vietnam: Tres personas envenenadas tras el consumo de sopa de pez globo

- Recomendaciones sobre la composición viral de las vacunas antigripales para la temporada 2025-2026 en el hemisferio norte

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 PRYLUKA // FERNANDO RIERA // CHARLOTTE RUSS
SALVADOR GARCÍA JIMÉNEZ // ALFONSO RODRÍGUEZ MORALES
PILAR AOKI // HUGUES AUMAITRE // MARÍA BELÉN BOUZAS
JORGE BENETUCCI // EDUARDO LÓPEZ // ISABEL CASSETTI
HORACIO SALOMÓN // JAVIER CASELLAS // SERGIO CIMERMAN

Patrocinador

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

Takeda
WWW.TAKEDAPRO.COM.AR/

Adherentes



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

© Copyright 2020 - ISSN 2796-7050 - recfot - All Rights Reserved

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

El Instituto de Virología 'Dr. José María Vanella' de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba identificó un caso inusual de psitacosis sin nexo epidemiológico, una enfermedad infecciosa causada por la bacteria *Chlamydia psittaci*, que se encuentra en las secreciones oculares, nasales y en los excrementos de aves infectadas, especialmente en loros, cotorras y guacamayos.

Durante la penúltima semana de febrero de 2025, un hombre de 64 años, dedicado a la jardinería y residente en la localidad de Río Ceballos, ingresó al hospital con fiebre alta superior a 39°C, fatiga extrema, cefalea repentina, tos seca y mialgias. Inicialmente, se sospechó de una neumonía común de origen viral o bacteriano. Sin embargo, las pruebas de biología molecular confirmaron la presencia de *C. psittaci* en su organismo.

El paciente había estado internado durante cinco días antes de la toma de un hisopado faríngeo, que resultó positivo para *C. psittaci* dentro del programa de vigilancia que desarrolla el Laboratorio de Chlamydias y HPV del Instituto de Virología 'Dr. José María Vanella'.

Hasta el momento no se ha podido completar la respuesta serológica, ya que requiere una muestra en el periodo agudo y otra en el periodo convaleciente. Sin embargo, ya ha sido administrado el tratamiento antimicrobiano específico.

El aspecto más intrigante de este caso es que el paciente no tuvo contacto con aves de corral ni con loros u otras especies silvestres, lo que impide establecer el nexo epidemiológico habitual para definir un caso sospechoso de psitacosis.

Dado que la jardinería implica un constante contacto con el suelo y materia orgánica en descomposición, los especialistas sugieren que el contagio pudo haber ocurrido a través de inhalación de aerosoles contaminados con excrementos de aves portadoras asintomáticas. Las palomas, gorriones u otras especies urbanas podrían haber sido reservorios de la bacteria.

Este caso pone en evidencia que *C. psittaci* podría estar presente en el ambiente más allá del contacto directo con aves. La detección de la enfermedad en un paciente sin nexo epidemiológico refuerza la necesidad de reconsiderar los criterios diagnósticos y de sospecha para la psitacosis, especialmente en personas con profesiones que implican exposición a entornos potencialmente contaminados.

Este hallazgo subraya la importancia de seguir investigando las posibles vías de transmisión de *C. psittaci* y de sensibilizar al personal de salud sobre la posibilidad de casos sin nexo epidemiológico evidente. Con una mayor atención y prevención, es posible reducir el impacto de esta zoonosis en la población.

Situación epidemiológica 2020-2024

Distribución espacial

Entre los años 2020 y 2024, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}) 32.681 casos de alacranismo en todo el país, de los cuales 25.663 resultaron confirmados y 7.018 sospechosos.¹

Provincia/Región	2020		2021		2022		2023		2024		Total general
	Conf.	Sosp.	Conf.	Sosp.	Conf.	Sosp.	Conf.	Sosp.	Conf.	Sosp.	
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	5	2	11	3	11	1	13	6	11	5	68
Buenos Aires	10	3	24	5	27	10	35	10	29	8	161
Córdoba	695	312	850	421	997	237	1.295	220	1.580	660	7.267
Entre Ríos	178	5	124	12	169	14	221	27	278	5	1.033
Santa Fe	168	88	268	136	235	108	414	198	347	205	2.167
Centro	1.056	410	1.277	577	1.439	370	1.978	461	2.245	883	10.696
Mendoza	7	6	4	7	6	5	6	7	6	7	61
San Juan	70	14	65	17	69	12	104	2	45	2	400
San Luis	3	1	5	5	5	5	10	4	19	8	65
Cuyo	80	21	74	29	80	22	120	13	70	17	526
Corrientes	34	1	49	3	64	1	74	3	37	51	317
Chaco	26	4	43	6	12	17	20	20	34	2	184
Formosa	14	1	11	1	5	1	44	1	42	—	120
Misiones	23	17	5	5	7	8	17	—	16	—	98
Noreste Argentino	97	23	108	15	88	27	155	24	129	53	719
Catamarca	234	195	197	3	231	5	225	147	99	121	1.457
Jujuy	164	2	136	1	96	—	112	2	206	—	719
La Rioja	200	25	247	436	194	236	200	473	267	604	2.882
Salta	257	38	430	35	398	13	558	14	619	5	2.367
Santiago del Estero	233	52	235	87	188	72	216	132	228	82	1.525
Tucumán	1.171	363	1.806	425	1.873	103	2.453	243	3.163	139	11.739
Noroeste Argentino	2.259	675	3.051	987	2.980	429	3.764	1.011	4.582	951	20.689
Chubut	2	—	1	1	2	1	2	1	—	4	14
La Pampa	1	—	—	—	3	—	—	—	1	—	5
Neuquén	—	2	—	—	2	—	—	1	4	3	12
Río Negro	3	—	1	—	1	2	—	1	—	1	9
Santa Cruz	—	—	1	1	2	—	1	—	2	—	7
Tierra del Fuego	—	—	—	1	—	—	1	—	1	1	4
Sur	6	2	3	3	10	3	4	3	8	9	51
Total Argentina	3.498	1.131	4.513	1.611	4.597	851	6.021	1.512	7.034	1.913	32.681

Casos de alacranismo según región y clasificación de caso. Argentina. Años 2020/2024. Fuente: Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N: 32.681).

¹ Los casos confirmados se diferencian de los sospechosos por la identificación del animal: aquellos casos en los que no se logró identificar, pero la picadura sugiere que ha sido causada por un alacrán, se clasifican como sospechosos.

Los casos se distribuyeron en todo el país, siendo las regiones Noroeste Argentino (NOA) y Centro las que más notificaciones reportaron en el periodo analizado, registrando 63,3% y 32,7% del total de casos, respectivamente.

Distribución temporal

Se observa una tendencia al aumento de los casos de alacranismo en los cinco años estudiados. Si bien entre 2021 y 2022 se registró una baja de 11% en el número de casos, el total de registros en 2021, 2022, 2023 y 2024 fue mayor al reportado en 2020, siendo 2024 el año con más notificaciones del evento (8.947 casos).

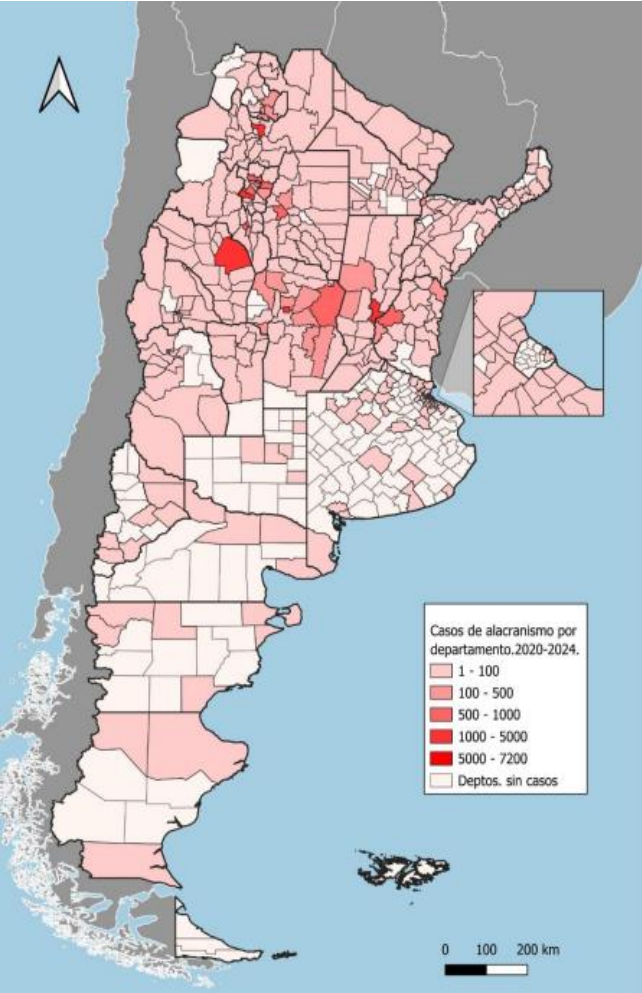
La distribución de los casos por mes presentó una estacionalidad similar entre 2020 y 2024. En los cinco años analizados, los casos aumentaron en los meses de verano y primavera, alcanzando los picos en diciembre y enero, y disminuyeron durante el otoño y el invierno, siendo los meses de junio, julio y agosto los que presentaron menos notificaciones.

La tendencia de la notificación en el período analizado se presenta en ascenso. Teniendo en cuenta las características particulares de los años 2020 y 2021 en relación con la epidemia de covid, y al igual que otros eventos, es probable que la epidemiología del alacranismo haya variado y eventualmente disminuido la exposición al vector. Sin embargo, se puede verificar el incremento continuo entre la temporada 2021/2022 y la iniciada en 2024.

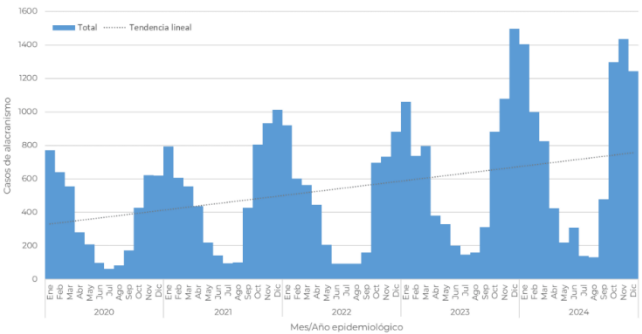
Sexo y edad

Se notificaron casos de alacranismo en todos los grupos de edad, aunque de manera heterogénea.

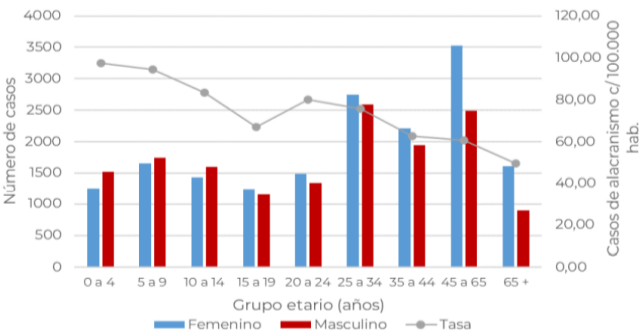
Si bien la mayor cantidad de casos se encuentran en los grupos de entre 25 y 65 años de edad (47,8% del total), las tasas más elevadas se observaron entre las personas de 0 a 4 años y de 5 a 9 años, con 97,3 y 94,6 cada 100.000 habitantes, respectivamente.



Casos de alacranismo, según departamento de residencia. Argentina. Años 2020/2024. Fuente: Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N: 32.681).



Casos de alacranismo según año y mes epidemiológico. Argentina. Años 2020/2024. Fuente: Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N: 32.681).

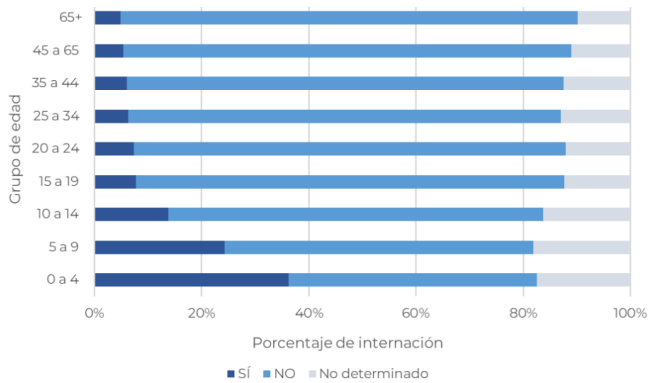


Casos de alacranismo según sexo y edad. Argentina. Años 2020/2024. Fuente: Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N: 32.440).

En cuanto a la distribución por sexo, el femenino presentó 12,4% más de casos que el masculino, con un total de 17.165 casos.

Sintomatología y tratamiento

Del total de casos notificados entre 2020 y 2024, 12.373 (37,9%) registraron al menos un síntoma y, de este total, 14,3%, a su vez, presentó más de uno. De los 21.039 síntomas de alacranismo registrados en el periodo, 68,6% fueron locales, mientras que 31,4% fueron sistémicos.



Datos de internación según grupo etario. Argentina. Años 2020/2024. Fuente: Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N: 30.270).

Entre las manifestaciones locales (14.424), los síntomas más recurrentes fueron los dolores agudos en la zona de la picadura (79,4%) y los edemas locales (17,2%), aunque también se reportaron otros (3,3%) como hipoestesia, eritemas y heridas localizadas.

Entre las sistémicas (6.615), los síntomas gastrointestinales (vómitos, diarreas y dolores abdominales), la palidez y las alteraciones en el ritmo cardíaco (arritmia, taquicardia y bradicardia) fueron los más reportados. Se reportaron también síntomas de disfunción respiratoria (taquipnea, distrés respiratorio, bradipnea), cefalea y otros síntomas asociados al trastorno del sensorio.

En el periodo analizado se registraron 11.955 tratamientos, siendo los más recurrentes la toma de analgésicos y el suministro del antiveneno para alacranes del género *Tityus*, seguido en menor medida por la aplicación de compresas frías o hielo y el tratamiento de antisepsia local. En 732 casos de los 32.681 registrados en el periodo, fue necesario el seguimiento de un tratamiento combinado.

Entre quienes recibieron el antiveneno, en 72,6% de los casos fueron empleados entre uno y tres frascos de suero. La mínima dosis registrada fue de una ampolla, la máxima de 12 y la mediana fue de tres ampollas por persona.

Gravedad

Con respecto a la gravedad del evento, en los últimos cinco años, 3.383 personas resultaron internadas a causa de alacranismo, lo que representa 10,3% del total de casos en el periodo analizado.

El mayor riesgo de internación se presenta en los niños de 0 a 4 años, donde poco más de uno cada tres niños la requirieron (36%). La necesidad de internación está relacionada con la edad: el riesgo de internación entre los menores de 5 años y los mayores de 45 se multiplica por 7,5 en los primeros.

En el periodo analizado se reportaron siete fallecimientos por alacranismo. Se registró un óbito por año entre 2020 y 2023 y tres, en 2024. Todos los fallecidos notificados eran menores de 4 años y recibieron el tratamiento con el antiveneno específico el mismo día en que iniciaron los síntomas.

Del total de fallecidos, tres residían en la región del NOA, dos en la región Centro, uno en la región Noreste Argentino y uno en la región Cuyo. Entre los síntomas que presentaron se notificaron vómitos, trastorno del sensorio, sialorrea y taquicardia.

Situación epidemiológica 2025

En 2025, hasta la semana epidemiológica 7, se reportaron 1.859 casos de alacranismo, de los cuales 1.438 resultaron confirmados y 421 sospechosos. Las regiones en las que se denunciaron más casos fueron las regiones Centro (53,5% del total) y NOA (44%).

Si se compara la mediana de casos del año 2025 con el mismo período de los años anteriores (2020-2024) se observa que la del año en curso es de 235 casos, lo que indica entre 34% y 54% de aumento para los años 2020 a 2022. Sin embargo, para el año 2023, la mediana de casos es similar a la del año en curso. Por último, para el año 2025 se observa una disminución en la mediana de casos de 19% con respecto al año 2024.

Producción de antiveneno para escorpión

Instituto Nacional de Producción de Biológicos

El Instituto Nacional de Producción de Biológicos (INPB) de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán' es un laboratorio productor público de material de partida, ingrediente farmacéutico activo, medicamentos de origen biológico y reactivos para uso diagnóstico, aprobado por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) (Disposición ANMAT N° 10206/17 y DI-2019-705-APNANMAT#MSYDS).

El INPB es el único productor (público o privado) de todos los antivenenos para el tratamiento de accidentes con animales ponzoñosos de importancia médica en Argentina, elaborando ocho antivenenos diferentes, entre los cuales está el antiveneno para escorpión. El INPB es el único productor del antiveneno para escorpión en Argentina, siendo este producto el utilizado históricamente para salvar la vida de aquellos sujetos que necesitaron tratamiento.

Composición del producto terminado

El antiveneno para escorpión, como producto terminado, es una solución estéril y apirógena de fragmentos F(ab')₂ de inmunoglobulinas equinas específicas purificadas, a partir de plasma equino hiperinmune para el veneno de escorpiones del género *Tityus*² obtenidos por termo-coagulación, precipitación salina y digestión enzimática. Cada frasco ampolla neutraliza no menos de 50 dosis letales medias en ratón (DL50) del veneno de escorpiones del género *Tityus*. Cada frasco-ampolla contiene menos de 10 g/dl de proteína y menos de 1% de albúmina, así como excipientes fenol 0,35 % (P/V) y solución fisiológica de cloruro de sodio c.s.p. en presentación de 2 ml. El producto debe conservarse entre 2°C y 8°C y no debe congelarse.

La producción anual se divide luego en unidades que se distribuyen al Sistema Nacional de Distribución a nivel nacional gracias a la gestión integral logística que el INPB lleva adelante con la colaboración de la Coordinación de Zoonosis del Ministerio de Salud de Argentina, así como unidades que destinan como stock de contramuestras, unidades para el desarrollo de los estudios de estabilidad, y unidades que se entregan como donación a países de Latinoamérica, siempre y cuando la demanda nacional esté cubierta.

La producción del antiveneno para escorpión está directamente relacionada con la disponibilidad de veneno y por ende de animales (escorpiones vivos) y es aquí donde el INPB hace hincapié en la importancia del compromiso de las jurisdicciones en llevar adelante campañas de captura, recolección, almacenamiento y entrega de dichos ejemplares vivos. Para aumentar las

² Si bien el antiveneno se produce inmunizando equinos con veneno de *Tityus carrilloi* (ex *Tityus trivittatus*), estudios experimentales muestran que es capaz de neutralizar el veneno de otras especies de *Tityus* de Argentina.

unidades de producto, es prioritario contar con mayor cantidad de animales recibidos desde las provincias, y fue por ello que se planificaron comisiones de recolección bimestrales, con el propósito de recuperar aquellos animales que permanecen en los centros de acopio provinciales entre las fechas de los diferentes envíos hacia el INPB.

Todas las jurisdicciones deben generar estrategias para obtener escorpiones, y aumentar la producción del antiveneno para escorpión y la distribución a los centros ponzoñosos intraprovinciales.

Los alacranes o escorpiones son invertebrados artrópodos, del grupo de los quelicerados, que se caracterizan por sobrevivir a condiciones adversas, con requerimientos bajos de agua y alimento. En el mundo, se conocen más de 2.000 especies de alacranes reunidas en 16 familias, siendo los pertenecientes al género *Tityus* los de mayor importancia sanitaria para la salud pública en América Latina.

En Argentina, los alacranes suelen encontrarse en el norte del país, aunque se han registrado casos de alacranismo en el sur, como producto del transporte intencional o accidental a dicha región.

Los emponzoñamientos o envenenamientos provocados por la picadura de alacranes son eventos potencialmente graves y letales, pero que pueden prevenirse y abordarse satisfactoriamente siguiendo un tratamiento adecuado, que en algunos casos puede requerir la toma del antídoto correspondiente. En Argentina, se cuenta con suficiente producción de antiveneno de escorpión para abastecer a los establecimientos de las distintas provincias que asisten a las personas afectadas por esta patología.

En cuanto a la sintomatología, se presenta como un síndrome neurotóxico potencialmente grave y letal, que puede incluir manifestaciones locales o sistémicas.

Entre las manifestaciones locales, pueden presentarse dolores agudos e intensos en la zona de la picadura, sensación de hormigueo, hipoestesia y edemas locales, contracciones musculares fibrilares en el área afectada, piloerección y sudoración localizada, sin producción de daño tisular. Entre las sistémicas, por su parte, pueden observarse alteraciones cardiovasculares, respiratorias, hipersecreción glandular, cefalea, palidez, hipotermia y frialdad de los miembros. Los niños mayores pueden presentar, además, diarreas y vómitos, como así también trastorno del sensorio, con confusión mental, temblores y/o convulsiones.

El alacranismo constituye un evento de notificación obligatoria en el marco de la Ley 15.465 y la Resolución 2827/2022 y como tal deberá ser notificado de manera universal (por todo efector, tanto del subsector público, privado o de la seguridad social) al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}). El mismo tiene una modalidad de notificación nominal/individual e inmediata (dentro de las 24 horas) ante la sospecha de inoculación del veneno del alacrán.



SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA INFLUENZA AVIAR A(H5N1)

04/03/2025

Resumen de la situación en la Región de las Américas

Desde 2022 y hasta la semana epidemiológica (SE) 8 de 2025, un total de 18 países de la Región de las Américas reportaron a la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA) 4.713 brotes animales de influenza aviar A(H5N1), lo que representa 325 brotes adicionales desde la última [actualización epidemiológica](#) publicada por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) el 24 de enero de 2025. Los países que identificaron brotes en mamíferos y aves domésticos y silvestres son Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

Un total de 74 infecciones humanas causadas por influenza aviar A(H5) han sido registradas en cuatro países de las Américas entre 2022 y el 25 de febrero de 2025, con tres casos adicionales con respecto a la última actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS. Se notificaron 71 casos en Estados Unidos, incluyendo los tres casos más recientes, un caso en Canadá confirmado el 13 de noviembre de 2024, un caso en Chile notificado el 29 de marzo de 2023 y un caso en Ecuador notificado el 9 de enero de 2023.

Desde el inicio de 2024 y hasta el 25 de febrero de 2025, se han notificado 71 casos humanos en Canadá y Estados Unidos, de los cuales 53 se reportaron entre octubre de 2024 y febrero de 2025.

Situación por país y/o territorio en 2025 en brotes en aves

En 2025, hasta la SE 8, un total de cinco países de la Región de las Américas (Argentina, Canadá, Estados Unidos, Panamá y Perú) reportaron a la OMSA 120 brotes de influenza aviar en aves domésticas y/o silvestres. De estos brotes, 119 ocurrieron en aves domésticas y uno en aves silvestres.

- **Argentina:** En 2025, hasta la SE 8, se ha confirmado un brote de influenza aviar A(H5) en aves de traspato en la provincia de Chaco, y un brote relacionado a aves silvestres en el territorio de las Islas Malvinas, usurpado por el Reino Unido.
- **Canadá:** En 2025, hasta la SE 8, se han reportado a la OMSA siete brotes en aves de corral en las provincias de British Columbia, Ontario y Québec.

- **Estados Unidos:** En 2025, hasta la SE 8, se han notificado a la OMSA 109 brotes en aves de corral comerciales y/o aves de traspatio, en 32 estados del país. Para ese mismo período, se registraron más de 115 detecciones en aves silvestres.
- **Panamá:** En 2025, hasta la SE 8, se reportó a la OMSA un brote en aves domésticas de corral en la provincia de Chiriquí.
- **Perú:** En 2025, hasta la SE 8, se notificó a la OMSA un brote en aves domésticas de traspatio en el departamento de Cajamarca.

Situación por país en brotes en 2025 en mamíferos

En 2025, hasta la SE 8, un país de la Región, Estados Unidos, notificó a la OMSA brotes en mamíferos.

- **Estados Unidos:** En 2025, hasta la SE 8, se han notificado a la OMSA 38 brotes en mamíferos silvestres (4 brotes) y domésticos (34 brotes) en 12 estados. Tras la primera notificación de influenza A(H5N1) en ganado bovino lechero en marzo de 2024 en el país, se han identificado brotes en 17 estados, afectando a 976 rebaños lecheros hasta el 25 de febrero de 2025. En 2025, hasta el 25 de febrero, fueron registrados 56 casos en ganado bovino lechero en cuatros estados: California (47 casos), Nevada (7), Arizona (1) y Michigan (1).

Situación por país con casos en humanos entre 2024 y 2025

Desde el inicio de 2024 y hasta el 25 de febrero de 2025, se han notificado 71 casos humanos de influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas, en Estados Unidos (70 casos) y Canadá (1 caso).

- **Canadá:** El 14 de noviembre de 2024, el país confirmó su único caso humano de influenza A(H5N1), en un adolescente de British Columbia, reportado inicialmente el 9 de noviembre. La secuenciación genómica vinculó el virus al brote en aves de corral en la región (clado 2.3.4.4b, genotipo D1.1) y detectó la mutación E627K en el gen PB2, asociada con mayor replicación en mamíferos. La fuente de infección aún es desconocida, y no se han reportado casos adicionales.
- **Estados Unidos:** Entre marzo de 2024 y el 25 de febrero de 2025, se han confirmado 70 casos humanos en California (38 casos), Washington (11), Colorado (10), Michigan (2), Iowa (1), Louisiana (1), Missouri (1), Nevada (1), Ohio (1), Oregon (1), Texas (1), Wisconsin (1) y Wyoming (1). De estos casos, 41 se han relacionado con exposición a ganado bovino lechero enfermo o infectado, 24 están vinculados a la exposición a granjas avícolas comerciales y en dos casos la exposición estaba relacionada con otros animales, como aves de traspatio, aves silvestres u otros mamíferos. La fuente de exposición para dos casos en California y un caso en Missouri no pudo ser determinada. Hasta el 25 de febrero de 2025, la transmisión del virus de influenza aviar A(H5N1) de persona a persona no ha sido notificada. Cabe señalar que Estados Unidos había notificado un caso de influenza A(H5N1) adicional en abril de 2022.

En Estados Unidos, los casos de influenza A(H5N1) se detectan a través de la vigilancia nacional de influenza (de rutina) y de una vigilancia específica para personas expuestas. Hasta la fecha, seis de los 70 casos fueron detectados por la vigilancia de rutina, mientras 64 de los 70 casos fueron detectados a través de la vigilancia específica. Desde el 24 de marzo de 2024 y hasta el 25 de febrero de 2025, los esfuerzos dedicados para la vigilancia específica de influenza aviar A(H5) han monitoreado a más de 15.200 personas tras su exposición a

animales infectados, más de 830 de ellas han sido sometidas a pruebas de detección y 64 resultaron positivas.

Recomendaciones para los Estados Miembros

Si bien los brotes de influenza aviar afectan en gran medida a los animales, estos plantean riesgos continuos para la salud pública. La OPS/OMS, en conjunto con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la OMSA, instaron a los Estados Miembros a trabajar en forma colaborativa e intersectorial para preservar la sanidad animal y proteger la salud de las personas.

Los casos esporádicos detectados de virus del clado A(H5N1) 2.3.4.4b en humanos están mayoritariamente asociados al contacto directo con animales infectados y entornos contaminados. La evidencia actual refleja que el virus no parece transmitirse de una persona a otra. No obstante, es imperativo fortalecer la vigilancia intersectorial para detectar cualquier posible cambio en esta situación.

La OPS/OMS instó a los Estados Miembros a fortalecer la vigilancia tanto en animales como en humanos a través de un enfoque integrado, garantizando una detección oportuna de casos para monitorear posibles cambios en la epidemiología del virus. En este sentido, recomendó reforzar la vigilancia epidemiológica de la influenza aviar A(H5N1) en poblaciones con mayor riesgo de exposición, incluyendo trabajadores agrícolas, veterinarios, personal de salud y de laboratorio, mediante la identificación sistemática de señales. Estas incluyen enfermedad respiratoria, conjuntivitis o encefalitis en personas con exposición reciente a animales infectados, así como casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG) o neumonía en viajeros provenientes de áreas con detección de influenza A(H5N1). Asimismo, recomendó monitorear conglomerados de IRAG o síntomas atípicos en entornos familiares, laborales o sociales. Para ello, es fundamental implementar la vigilancia en establecimientos de salud y poblaciones de riesgo, con protocolos de notificación y respuesta. Además, recomendó realizar un monitoreo activo de personas con riesgo de exposición (en zonas con brotes animales confirmados) y fortalecer la notificación inmediata de eventos sospechosos, asegurando una respuesta rápida y coordinada.

Las investigaciones continúan para determinar el riesgo para los humanos del consumo de leche no pasteurizada contaminada con el virus de influenza A(H5N1). La FAO y la OMS recomiendan consumir leche pasteurizada debido a los posibles riesgos para la salud asociados a los diversos patógenos zoonóticos. No hay evidencia que sugiera que el virus de la influenza A(H5N1) u otros virus de la influenza aviar puedan transmitirse a los humanos a través del consumo de aves de corral o huevos adecuadamente preparados y cocidos.

La OMSA cuenta con recomendaciones específicas sobre la situación de la influenza aviar en aves y mamíferos. Dichas recomendaciones aconsejan a los países que mantengan una vigilancia intensificada de la enfermedad en aves domésticas y silvestres, previniendo la propagación de la enfermedad a través de la implementación de medidas de bioseguridad.

La OPS/OMS instó a los Estados Miembros para que trabajen en forma colaborativa e intersectorial para preservar la sanidad animal y proteger la salud pública. Es esencial que se implementen medidas preventivas de la influenza aviar en su origen, se establezcan protocolos de detección, notificación y respuesta rápida ante brotes en animales, se refuerce la vigilancia de la influenza tanto en animales como en humanos, se lleven a cabo investigaciones epidemiológicas y virológicas en relación con los brotes en animales y las infecciones humanas, se comparta la información genética de los virus, se fomente la colaboración entre los ámbitos de la

salud animal y humana, se comuniquen de manera efectiva el riesgo y se garantice la preparación para una posible pandemia de influenza en todos los niveles.

En 2020, el virus de la influenza aviar de alta patogenicidad subtipo H5N1 del clado 2.3.4.4b ha ocasionado un número sin precedentes de muertes de aves silvestres y aves de corral en numerosos países de África, Asia y Europa. En 2021, este virus se extendió a través de las principales rutas migratorias de aves acuáticas a América del Norte y, en 2022 a Centroamérica y América del Sur. En 2023, se registraron brotes en animales, los cuales fueron notificados por 13 países, principalmente en las Américas.

En los últimos años, se ha incrementado la detección de virus A(H5N1) en especies no aviares a nivel mundial, incluyendo mamíferos terrestres y marinos, tanto silvestres como domésticos (de compañía y de producción). Desde 2022, 19 países de tres continentes, incluyendo las Américas, han notificado brotes en mamíferos a la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA).

Puede consultarse información detallada sobre los ejes de recomendación para los Estados Miembros con enfoque de Una Sola Salud, que incluyen la coordinación para una vigilancia y respuesta intersectoriales, así como las medidas de prevención y la comunicación de riesgos, haciendo clic [aquí](#).

Históricamente, desde inicios de 2003 hasta el 20 de enero de 2025, se notificaron a la Organización Mundial de la Salud 964 casos humanos de influenza aviar A(H5N1), incluidas 466 defunciones (tasa de letalidad de 48%), en 24 países a nivel global.

La Dirección de Vigilancia en Salud de la Secretaría de Salud Pública de Pará (SESPA), junto con el Centro de Informaciones Estratégicas de Vigilancia de la Salud (CIEVS), la Coordinación Estatal de Arbovirosis y la Coordinación Estatal de Inmunización, actualizó la situación de los casos de fiebre amarilla registrados en el municipio de Breves, Marajó.

Tras la confirmación de la primera muerte, ocurrida en Macapá, de un habitante de Breves, la Coordinación Estatal contactó inmediatamente a las autoridades municipales y al 8° Centro Regional de Salud para iniciar las gestiones y medidas necesarias. Al 5 de marzo de 2025, se han reportado 37 casos: 15 confirmados, siete en investigación, nueve descartados, seis sospechosos y cuatro muertes confirmadas por fiebre amarilla, de los cuales una se encuentra bajo investigación del sitio probable de infección.

Medidas adoptadas

- Notificación de casos a la Coordinación Estatal de Arbovirus.
- Actualización de los casos con el CIEVS de Amapá.
- Reunión con la coordinación estatal de arbovirosis y Vigilancia Epidemiológica municipal para planificar y ejecutar acciones de bloqueo vacunal e investigación epidemiológica en la localidad de residencia del caso.
- El equipo municipal de Vigilancia Epidemiológica e Inmunizaciones acude al lugar para realizar acciones de bloqueo de vacunación y otras acciones de vigilancia.
- Durante las acciones de campo se administraron 1.680 dosis de vacunas.
- Actualización de la alerta epidemiológica para todos los centros de salud regionales.
- Reunión con el equipo del 8° Centro Regional de Salud, Vigilancia Epidemiológica del municipio de Breves, Coordinación Estatal de Arbovirosis, Departamento de Epidemiología y equipo del Ministerio de Salud para mayores deliberaciones.
- Reunión con el equipo del Ministerio de Salud para presentar los datos y evaluar las estrategias a utilizar.
- Solicitud de apoyo de la Fuerza Nacional del Sistema Único de Salud en terreno para apoyar la gestión y la red de atención.
- Coordinación Estatal de Inmunizaciones realizó una reunión con municipios de los distritos 7, 8 y 13 para discutir estrategias de inmunización en la región.

El CIEVS de Pará continúa monitoreando la investigación epidemiológica en colaboración con otras áreas y destaca la importancia de adoptar medidas preventivas, incluida la intensificación de la vacunación contra la fiebre amarilla en áreas de riesgo, el monitoreo de epizootias y la implementación de las siguientes directrices:

- Es fundamental que todos los municipios de la región de Marajó intensifiquen las acciones de vacunación contra la fiebre amarilla en la población a fin de aumentar la cobertura de vacunación.
- Se recomienda a los municipios implementar acciones de vacunación inmediata para las personas de 9 meses y más que no hayan sido vacunadas, con el objetivo de alcanzar una cobertura de vacunación de al menos 95%.

- Todo caso y/o muerte humana sospechosa de fiebre amarilla deberá ser reportada inmediatamente a las áreas técnicas de la coordinación del Programa Estatal de Control de Arbovirus y al CIEVS de Pará.
- La notificación deberá registrarse completando el Formulario de Notificación/Investigación de Fiebre Amarilla e ingresado al Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SINAN).
- Tan pronto como exista sospecha de epizootia de fiebre amarilla, se deberá notificar inmediatamente al SINAN e informar a la Coordinación Estatal de Zoonosis, para iniciar la investigación del o los casos y las medidas de vigilancia y control vectorial pertinentes.
- Sensibilización y seguimiento diario al Núcleo de Epidemiología Hospitalaria, sobre la importancia de identificar y reportar los casos que ingresan a los servicios de salud, para asegurar la toma oportuna de muestras de laboratorio.

El sarampión, una de las enfermedades más contagiosas del mundo, se extiende en Estados Unidos, con cerca de 200 casos reportados en nueve estados, siendo la mayoría de contagios en personas que no recibieron vacunas o cuyo estatus de vacunación se desconoce, según informaron las autoridades sanitarias del país.

Hasta ahora, se han reportado a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) casos de sarampión en Alaska, California, Georgia, Kentucky, New Jersey, New México, New York, Rhode Island y Texas.



La mayoría de los contagios están asociados a tres brotes. El más grave comenzó al oeste de Texas, donde se ha registrado la primera muerte por la enfermedad y más de 156 casos.

A nivel nacional, 95 % de las personas contagiadas no estaban vacunadas o se desconoce su estatus de vacunación, según datos de los CDC. El grueso de los contagios, además, se ha dado entre menores de 29 años.

En Texas, donde las autoridades federales enviaron el 4 de marzo a un grupo de expertos para lidiar con el peor brote de esta enfermedad en el estado en 30 años, de las que al menos 22 personas han sido hospitalizadas.

“El brote en esta región podría prolongarse por meses”, indicó el 3 de marzo la encargada del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas, Jennifer Shuford.

Los primeros casos de este brote, que empezaron a ser reportados en enero, tuvieron lugar en el condado de Gaines, una de las regiones con una tasa particularmente baja de vacunación. Desde entonces, la enfermedad se ha propagado a, por lo menos, nueve condados contiguos.

En el año escolar 2023-2024, un 18% de los menores en edad pre-escolar en el estado no fueron vacunados, según datos de los CDC.

Las personas infectadas por sarampión pueden haber sido contagiadas por contacto directo con otras con la enfermedad y comienzan a revelar síntomas una o dos semanas después.

El brote de sarampión se da en medio de un resurgimiento del movimiento anti-vacunas en la política estatal, con más de 20 proyectos de ley actualmente en consideración para aligerar las regulaciones sobre las vacunas.

El Departamento de Salud de Minnesota informó un caso de tétanos en un niño no vacunado menor de 10 años en 2024.

El niño presentó dolor y rigidez en el cuello y no podía respirar por sí solo. Fue intubado e ingresado en una unidad de cuidados intensivos. No presentaba heridas visibles y los padres no sabían que tuviera heridas recientemente curadas.

El tétanos es un diagnóstico de exclusión y, como el niño no estaba vacunado, los médicos le administraron inmediatamente la vacuna contra el tétanos e inmunoglobulina mientras se descartaban otros diagnósticos.

El niño permaneció hospitalizado durante un mes y fue dado de alta para rehabilitación.

El tétanos es una enfermedad poco común, pero muy grave, que se puede prevenir con vacunas y que provoca síntomas graves y puede ser mortal. Es causada por la bacteria *Clostridium tetani*, que afecta los músculos y los nervios del cuerpo.

Los síntomas del tétanos incluyen espasmos musculares en la mandíbula, dificultad para tragar y rigidez o dolor en los músculos del cuello, los hombros o la espalda. Los espasmos pueden extenderse a los músculos del abdomen, la parte superior de los brazos y los muslos. Aproximadamente 11% de los casos notificados de tétanos son mortales.

El tétanos puede presentarse en personas que presentan una herida o punción en la piel o en los tejidos profundos y que no están al día con sus vacunas contra la enfermedad. No se transmite de persona a persona.

La vacunación es la mejor manera de prevenir el tétanos. La vacuna contra el tétanos generalmente se combina con la vacuna contra la difteria y/o la tos convulsa (DTaP, DT, Tdap o Td).

Los niños deben recibir cinco dosis de la vacuna DTaP antes de los 7 años. Por lo general, se administran a los 2, 4, 6, 15-18 meses de edad y a los 4-6 años de edad.

La vacuna Tdap se administra a niños de 11 a 12 años de edad.

Los adultos deben recibir una dosis de refuerzo cada 10 años.

Las mujeres embarazadas deben recibir la vacuna Tdap durante cada embarazo, preferiblemente entre las semanas 27 y 36.

Los funcionarios de salud de Minnesota afirman que este caso resalta la importancia de la vacunación rutinaria contra el tétanos.

A diferencia de la que ocurre con la mayoría de las enfermedades, en el caso del tétanos, la infección no produce inmunidad. Los médicos deben comenzar o continuar la inmunización activa con una vacuna que contenga toxoide tetánico tan pronto como se haya estabilizado la condición de la persona.

En cuanto a la nomenclatura, la secuencia principal de la vacuna primaria contra la difteria, la tos convulsa y el tétanos es DTaP. Las letras mayúsculas en estas abreviaturas indican dosis completas de toxoides diftérico (D) y tetánico (T) y vacuna contra la tos convulsa (P). Las letras minúsculas “d” y “p” en Tdap indican dosis reducidas de toxoides diftérico y tos convulsa utilizadas en las fórmulas de refuerzo para adolescentes y adultos. La “a” en DTaP y Tdap significa “acelular”, lo que indica que el componente de la tos convulsa contiene solo una parte de *Bordetella pertussis*. Inicialmente, el componente de la vacuna contra la tos convulsa

eran células enteras muertas de *B. pertussis*, que era mucho más reactogénica, y su sustitución por toxoides acelulares ha hecho que la vacuna sea mejor tolerada y pueda utilizarse en adultos.

Aunque el toxoide tetánico suele utilizarse solo para las dosis de refuerzo, es más adecuado utilizar también Td para reforzar la inmunidad contra la difteria. Además, debido a que la tos convulsa puede ser especialmente grave en los neonatos, al menos en Estados Unidos, se debe sustituir la Td por una dosis de refuerzo de Tdap una vez a los 11 o 12 años, y las mujeres embarazadas (en el tercer trimestre) deben recibir una dosis de refuerzo de Tdap. La vacuna es segura durante el embarazo y habrá transmisión transplacentaria de anticuerpos protectores al feto. También es razonable reforzar con una dosis de Tdap a los contactos cercanos de la mujer embarazada, lo que protege aún más al neonato.

Desde principios de 2025, 41 personas en Vorarlberg contrajeron legionelosis. Desde fines de la semana pasada, se han registrado ocho nuevos casos. De los 31 casos, 37 se produjeron en la región de Vorarlberger Rheintal-Bregenz y alrededores.

El Instituto Estatal de Medio Ambiente sigue trabajando intensamente en la búsqueda de las posibles fuentes de la infección. Se ha detectado contaminación por *Legionella* en varios hogares y torres de refrigeración.



Por primera vez se han encontrado coincidencias entre los resultados de la secuenciación de las muestras de enfermos y de muestras ambientales. Sin embargo, en las próximas semanas será necesario observar si se producen más casos de la enfermedad y si existen otras fuentes de contagio.

A partir del 26 de febrero, estuvieron disponibles las primeras evaluaciones de las cepas de *Legionella* de varios pacientes. Estas cepas de pacientes muestran una fuerte relación genética, por lo que se puede suponer que se infectaron a partir de la misma fuente.

En varias muestras ambientales también se detectó *Legionella* en concentraciones variables. Sin embargo, algunas muestras ambientales mostraron tipos completamente diferentes, por lo que deben descartarse como fuente de infección.

Sin embargo, en la torre de refrigeración de una planta se detectó el mismo tipo de *Legionella*, por lo que esta torre de refrigeración es una posible fuente de infección. Cuando se descubrió la contaminación por *Legionella* la semana pasada, esta torre de refrigeración se puso fuera de servicio y se desinfectó y limpió inmediatamente.

Sin embargo, como no se puede descartar que otras fuentes hayan causado estas enfermedades, la búsqueda de fuentes continúa sin cesar.

Todas las autoridades pertinentes del país continúan vigilando de cerca la situación.

En Italia, en 2024, se registraron casi 60 casos de síndrome urémico hemolítico, una enfermedad grave que se desarrolla tras una infección por *Escherichia coli*. Un niño murió.

El síndrome urémico hemolítico es una complicación grave asociada con infecciones por *E. coli* que causa insuficiencia renal y, a veces, daño cerebral.

Los datos italianos muestran que en 2024 hubo 57 casos de la enfermedad. Entre el 1 de julio de 2023 y el 30 de junio de 2024, se registraron 68 casos.

El Registro Italiano del Síndrome Urémico Hemolítico es un organismo gestionado por la Sociedad Italiana de Nefrología Pediátrica y el Instituto Nacional de Salud (ISS). Recopila información sobre los casos que se producen en Italia, sobre los pacientes, las características clínicas y las causas.

La situación en Italia

Los pacientes procedían de 16 regiones, cuatro viven en el extranjero y otras cuatro personas enfermaron tras regresar de un viaje al extranjero. En total, 54 de los 57 casos eran menores de 15 años. Dos tenían entre 15 y 24 años y uno era mayor de 65 años.

En los primeros cinco meses de 2024, el número de casos notificados fue inferior al esperado. En febrero y marzo, solo se registró un caso. De junio a septiembre, los casos observados fueron inferiores a las expectativas estacionales. De octubre a diciembre, el número de casos estuvo en línea con los años anteriores.

La edad media de los pacientes al momento de la aparición de la enfermedad en 2024 era de poco más de 3 años.

En 2024 se pudieron analizar muestras de 52 casos. En 45 casos se detectó una infección por *E. coli* productora de toxina Shiga (STEC) y en 39 casos se obtuvo información sobre el serogrupo de la STEC.

Las infecciones asociadas a los llamados serogrupos top-5 de STEC O26, O157, O111, O145 y O103 fueron la mayoría, representando 38 casos. En dos casos, hubo evidencia de infección múltiple con diferentes cepas de STEC O111/O103 y O111/O145.

El serogrupo detectado con mayor frecuencia entre los casos de síndrome urémico hemolítico fue STEC O26, ya que se identificó en 17 pacientes. Esto coincide con la situación europea, donde *E. coli* O26 predomina entre los casos asociados con la infección por STEC.

E. coli O111 ocupó el segundo lugar, mientras que *E. coli* O103, *E. coli* O157 y *E. coli* O145 empataron en el tercer lugar.

Posible advertencia en las etiquetas

Italia está considerando introducir normas revisadas de etiquetado para los productos de leche sin pasteurizar, con el objetivo de reducir el riesgo de infecciones por *E. coli* y síndrome urémico hemolítico en los niños.

En enero se creó un grupo de trabajo en el que participan el Ministerio de Salud, el Instituto Superior de Salud y asociaciones del sector, que durará tres meses.

Los políticos Matteo Rosso y Lorenzo Basso presentaron un proyecto de ley para exigir que en las etiquetas y los envases se indique de forma obligatoria el riesgo para la salud de los niños menores de 10 años que consumen productos lácteos sin pasteurizar. Esto surgió después de que en mayo de 2024 falleciera un niño de Arenzano, tras consumir queso elaborado con leche sin pasteurizar y desarrollar síndrome urémico hemolítico.

El riesgo de síndrome urémico hemolítico puede variar según los serotipos, pero es más probable que esté relacionado con la administración de determinados antimicrobianos en una fase más temprana de la enfermedad o con otros aspectos intrínsecos de la cepa en cuestión, como el tipo específico de toxina Shiga. Cabe destacar que en 2011 se produjo un brote de una cepa inusual productora de toxina Shiga, la O104:H4, que era una cepa híbrida que contenía aspectos genéticos de *Escherichia coli* enterohemorrágica (EHEC) y *E. coli* enteroagregativa (EAEC), que básicamente desbordó la capacidad de hemodiálisis en el norte de Alemania.

Como punto histórico, la O y la H en las Enterobacteriaceae comenzaron a desarrollarse alrededor de 1903, cuando Smith y Reagh informaron sobre el comportamiento diferente de las cepas de *Salmonella*. Su trabajo fue ignorado en gran parte hasta que Weil y Felix, trabajando en cultivos de *Proteus*, notaron dos formas de desplazamiento, llamadas forma H (*mit Hauch*, en español: “con respiración”), y forma O (*ohne Hauch*, en español: “sin respiración”). La forma H contenía antígenos O y H (correctamente llamada forma OH). Estos paralelismos se transpusieron a otras Enterobacteriaceae. Si se agrega antisuero O a un cultivo, se conserva la motilidad, mientras que, si se agrega antisuero H, el cultivo no se desplaza. Por lo tanto, el antígeno H estaba involucrado en el desplazamiento en la placa de agar (la respiración podría haberse usado para implicar la capacidad de moverse). *E. coli*, por supuesto, no se desplaza en ciertas placas de agar como lo hacen las bacterias *Proteus*.

Las cifras del [Informe sobre el consumo de antibióticos en 2023](#) de la Agencia Italiana de Medicamentos (AIFA) muestran lo mucho que aún queda por hacer para combatir la pandemia silenciosa de bacterias cada vez más resistentes a las terapias farmacológicas. El Informe, en la perspectiva de Una Sola Salud y tal y como prevé el Plan Nacional de Lucha contra la Resistencia a los Antimicrobianos, proporciona, además de un análisis detallado del consumo de antibióticos en humanos, también una comparación con el consumo en el ámbito veterinario y análisis de correlación entre el consumo de antibióticos y la resistencia.

Consumo y uso inadecuado

En 2023, el consumo global de antibióticos de uso sistémico, tanto público como privado, fue de 22,4 dosis medias diarias cada 1.000 habitantes, con un incremento de 5,4% respecto de 2022 y una variación aún mayor, de 6,3%, si se consideran solo los antibióticos dispensados a nivel territorial. Esta tendencia va en contra de la disminución de 14,4% del consumo en la atención subvencionada observada en el periodo 2013-19, de 23,6% en el bienio 2019-20 y de la caída de 4% en 2021. Incluso el consumo de antibióticos de uso no sistémico, es decir local, que fue igual a 28 dosis medias diarias cada 1.000 habitantes, registró un aumento de 4,3% respecto de 2022.

Si a nivel cuantitativo se produce una reversión de la tendencia negativa, las cosas no van mejor a nivel cualitativo, pues al mismo tiempo que aumenta el consumo se produce un aumento de las prescripciones de moléculas de amplio espectro respecto a las de espectro más estrecho, a pesar de que tienen mayor riesgo de generar resistencia microbiana. Con 54,4% de prescripciones relativas a antibióticos pertenecientes al grupo “Access”, es decir, aquellos que deben utilizarse como tratamiento de primera o segunda elección para las infecciones más frecuentes por un menor riesgo de generar resistencias, Italia todavía se encuentra muy por debajo del objetivo de 65% establecido por la recomendación del Consejo de la Unión Europea (UE) del 26 de abril de 2023. Aunque representan una parte minoritaria del consumo, se presta especial atención al seguimiento de los que se realizan en el ámbito hospitalario, donde aumentan las infecciones relacionadas con la atención sanitaria causadas por gérmenes multirresistentes y donde las dosis administradas cada 100 días de hospitalización fueron 84, un aumento de 1,3% respecto del año anterior. Este incremento se enmarca en una tendencia negativa, que en el periodo 2019-23 registró un aumento del consumo a nivel nacional de 8,8%, en contraste con el objetivo de reducción de 5% en 2025 respecto de 2022 señalado por el Plan Nacional de Lucha contra la Resistencia a los Antimicrobianos.

También en 2023 se confirmó una fuerte variabilidad regional, caracterizada por un mayor consumo en el Sur, con 18,9 dosis diarias promedio cada 1.000 habitantes adquiridas en farmacias del régimen de asistencia pública, frente a 12,4 en el Norte y 16,4 en el Centro. Esta



tendencia heterogénea en el consumo a nivel territorial, que también puede leerse como un índice de prescripción inadecuada, debe contextualizarse respecto de los diferentes sistemas sanitarios regionales, porque la prescripción preventiva de antibióticos por parte de los médicos también puede explicarse por las dificultades, especialmente en el Sur, de acceder rápidamente a servicios de diagnóstico, sin los cuales es difícil excluir complicaciones que requieran el uso de estos medicamentos.

Lo mismo ocurre con la variación estacional del consumo, en el periodo octubre-marzo respecto al periodo abril-septiembre, que volvió a niveles elevados en el bienio 2022-23, con un consumo 40% mayor en los meses fríos, mientras que en el bienio 2023-2024 registró una nueva reducción, aumentando a 25%. Estos picos sugieren un uso indebido frente a síndromes gripales y parainfluenza. Esto también lo confirma el análisis contextual de la tendencia del consumo de antibióticos y la incidencia de los síndromes gripales.

De 2022 a 2023, el porcentaje de niños y adolescentes de hasta 13 años que recibieron al menos una prescripción de antibióticos de uso sistémico aumentó de 33,7% a 40,9%, porcentaje que es de 48% entre los mayores de 65 años, con un aumento de 1,5% respecto de 2022. En el ámbito pediátrico, los datos muestran una preferencia por moléculas de amplio espectro en las regiones Centro y Sur en comparación con la Norte, lo que indica un problema de prescripciones inapropiadas que requiere intervenciones dirigidas.

En la comparación europea, el consumo global de antibióticos a nivel territorial sitúa a Italia en el séptimo lugar entre los países con mayor consumo, con niveles superiores a la media europea en más de 15%. Lo mismo ocurre con el consumo en el sector hospitalario, donde Italia ocupa el sexto lugar en la Unión Europea. Las diferencias no sólo están relacionadas con la cantidad de antibióticos consumidos, sino también con la adecuación de la prescripción: de hecho, Italia presenta una tasa de consumo de moléculas de amplio espectro respecto de las de espectro estrecho muy superior a la media europea (13,6% frente a 5,5%) y en el ámbito hospitalario un mayor porcentaje de consumo de antibióticos de amplio espectro o de última línea sobre el consumo total en este ámbito asistencial (52,5% frente a 40,15%).

La resistencia a los medicamentos va en aumento

Tras un descenso del consumo y de la resistencia bacteriana en los dos primeros años de la pandemia, ambos valores han empezado a subir de nuevo. Así, *Escherichia coli*, que provoca diarreas sanguinolentas, pasó de un porcentaje de resistencia a las cefalosporinas de tercera generación de 23,8% en 2021 a 26,7% en 2023. Siguiendo las recomendaciones de la Agencia Europea de Medicamentos respecto de un uso más limitado de las fluoroquinolonas, una clase de antibióticos sujetos a resistencias bacterianas y efectos secundarios de cierta gravedad, el consumo descendió de 70 millones de dosis en 2018 a aproximadamente 24 en 2023, mientras que la resistencia bacteriana de *E. coli* descendió de aproximadamente 40% a 34,1%. Sin embargo, la resistencia a las cefalosporinas de tercera generación sigue siendo alta en *Klebsiella pneumoniae*, que infecta el tracto urinario con una tasa de mortalidad de hasta la mitad de los casos. De hecho, el porcentaje de casos resistentes aumentó ligeramente de 52,7% a 55,2% entre 2018 y 2023. Para la misma bacteria, la resistencia a las fluoroquinolonas se ha mantenido estable en 50% durante los últimos tres años. Entre 2018 y 2023, la resistencia a los macrólidos en *Streptococcus pneumoniae*, que causa neumonía, sepsis y meningitis, aumentó de 20,3% a 26,2%.

Robert Nisticò, presidente de la AIFA, advirtió que “la resistencia a los antibióticos es una pandemia silenciosa que, según las últimas estimaciones del Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC), no solo causa 12.000 muertes al año en Italia, sino que

también genera daños económicos, que repercuten en 2.400 millones de euros en costos anuales al Servicio Sanitario Nacional de Italia, con 2,7 millones de camas hospitalarias ocupadas debido a estas infecciones, según estimaciones del ECDC”.

“Por eso, ante esta emergencia –continuó– es necesario un enfoque global, que por una parte promueva un uso consciente de los antibióticos, también en el ámbito veterinario y por otra refuerce la acción de prevención especialmente en el ámbito hospitalario, donde las bacterias resistentes a los antibióticos están mucho más extendidas. Todo esto sin descuidar, mediante incentivos y simplificaciones a nivel regulatorio, la búsqueda de nuevos fármacos antimicrobianos capaces de superar las resistencias actuales”.

Pero el fenómeno de la resistencia a los antibióticos también se ve alimentado por el uso no siempre adecuado de los medicamentos antiácidos. “Italia es el primer país europeo en el ranking de consumo de inhibidores de la bomba de protones, utilizados especialmente contra el reflujo esofágico”, explicó el director técnico-científico de la AIFA, Pierluigi Russo. “Estos medicamentos, si se utilizan en exceso, pueden alterar la flora microbiana intestinal, favoreciendo la selección de gérmenes multirresistentes, como *Clostridium difficile*. Por ello, es necesario combatir el uso autoadministrado o inadecuado de esta categoría de medicamentos, que además de otros efectos secundarios agrava el problema de la resistencia a los antimicrobianos, que hoy representa una gran emergencia de salud pública”.

“Como recuerda la Organización Mundial de la Salud, una de las estrategias a utilizar en la lucha contra la resistencia a los antibióticos es la vacunación. Al vacunarnos, no debemos enfrentar las infecciones respiratorias, para las que de otro modo debemos recurrir a los antibióticos, a menudo de manera incorrecta, porque en la mayoría de los casos son infecciones virales”, explicó Massimo Andreoni, Director Científico de la Sociedad Italiana de Enfermedades Infecciosas y Tropicales (SIMIT). “Un estudio publicado hace años en *The Lancet* pero que sigue siendo actual, estimó que solo la cobertura universal con la vacuna antineumocócica conjugada podría evitar 11,4 millones de días de terapia antibiótica al año en niños menores de 5 años, una reducción equivalente a 47% de los antibióticos utilizados para tratar la neumonía causada por *Streptococcus pneumoniae*. Y lo mismo ocurre con la vacunación contra el rotavirus o el virus sincicial respiratorio. Vacunarnos nos permite, por tanto, no tomar antibióticos de manera incorrecta y crear microorganismos resistentes a los antibióticos en nuestro cuerpo que, por tanto, causarán grandes problemas, si nos enfrentamos a estas infecciones”, concluyó Andreoni.

“La resistencia a los antimicrobianos es uno de los desafíos sanitarios más urgentes a nivel mundial, tanto que estuvo en el centro del G7 Salud, donde Italia, por primera vez, destinó 21 millones de euros a una asociación internacional para el desarrollo de nuevos antibióticos. Para contrarrestar esta amenaza, el Ministerio de Salud, bajo el liderazgo del Ministro Orazio Schillaci, fortaleció el Plan Nacional de Lucha contra la Resistencia a los Antibióticos (PNCAR) 2022-2025, adoptando un enfoque de Una Sola Salud para monitorear y prevenir la propagación de microorganismos resistentes. Con una dotación anual de 40 millones de euros, el plan cuenta ahora con recursos estructurales que garantizan su continuidad. Además, la Ley de Presupuestos 2025 previó un fondo de 100 millones de euros para incentivar el desarrollo y acceso a nuevos antibióticos innovadores. Al mismo tiempo, en colaboración con la AIFA, impulsamos campañas de concienciación para un uso más responsable de estos medicamentos y reforzamos estrategias de prevención de infecciones hospitalarias. Sólo con acciones coordinadas e intervenciones específicas podemos preservar la eficacia de los antibióticos y proteger la salud pública”, subrayó Maria Rosaria Campitiello, jefa del Departamento de Prevención, Emergencias Sanitarias e Investigación del Ministerio de Salud.

Las autoridades sanitarias de Marruecos informaron de un total de 20.086 casos de sarampión en lo que va del año, incluidos 3.391 confirmados y 37 muertes.

El brote actual, que comenzó a fines de 2023, ya ha acumulado más de 40.000 casos en total y casi 150 muertes.

Mohamed El Youbi, director de Epidemiología y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud y Protección Social, calificó la situación de epidemia y citó la propagación sin precedentes de la enfermedad.

“La mayoría de las muertes se produjeron entre niños menores de cinco años y adultos mayores de 37”, dijo El Youbi, añadiendo que las complicaciones del sarampión han sido fatales para víctimas de todos los grupos de edad.

El brote se atribuye a una disminución de las tasas de vacunación. Marruecos había alcanzado anteriormente una cobertura de vacunación superior a 95% como parte de un objetivo de erradicación mundial. Sin embargo, la disminución de los niveles de inmunización permitió que el virus se propague ampliamente.

El ministerio hizo un llamado a todos los ciudadanos a contribuir a los esfuerzos nacionales para eliminar el sarampión, reiterando que la vacunación es la forma más efectiva y eficiente de prevenir la enfermedad y sus complicaciones, al tiempo que limita su propagación.

Asimismo, el ministerio informó que el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica registró una disminución en el número de nuevos contagios, luego de meses de aumento en el número de casos.

El Dr. Mohamed Alaoui Ismaili, especialista en enfermedades infecciosas del Departamento de Epidemiología y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud y Protección Social, declaró que en las últimas cinco semanas se ha producido un descenso del número de casos, gracias a los esfuerzos por generalizar la vacunación.

Explicó que en las tres regiones que habían registrado una gran propagación de la enfermedad se observó una disminución en la tasa de infección en comparación con la semana previa, gracias a la cobertura de vacunación, la verificación del proceso de vacunación entre las personas no vacunadas, además de la campaña de recuperación dirigida a los menores de 18 años, así como la coordinación conjunta entre los Ministerios de Salud y Protección Social y el Ministerio de Educación Nacional para reforzar el control de la enfermedad dentro de las instituciones educativas y prevenir la transmisión de la infección entre los estudiantes.

El ministerio verificó el estado de vacunación de más de nueve millones de menores de 18 años contra el sarampión, según las últimas estadísticas reveladas por el ministerio hace un mes.



En cuanto a la tasa de letalidad, el portavoz afirmó que ésta ha experimentado una mejora significativa, aunque siempre se ha situado en niveles razonables en comparación con las tasas mundiales, lo que supone que la tasa de letalidad en Marruecos ya no supera los seis casos semanales, recordando que anteriormente se registraba entre personas no vacunadas

El sarampión ha sido un importante problema de salud en Marruecos en los últimos meses, y el país ha asistido a un aumento significativo de casos de la enfermedad, lo que ha obligado a las autoridades sanitarias a tomar medidas excepcionales para combatir su propagación.

En respuesta a este desafío, se ha reforzado la vigilancia en las escuelas y las instituciones educativas se apresuran a garantizar que todos los estudiantes reciban la vacuna contra el sarampión. También se han tomado estrictas medidas de precaución, incluida la exclusión de los estudiantes que no han recibido la vacuna y la orden de recurrir al aprendizaje a distancia como medida preventiva para evitar la propagación de la infección dentro de las aulas.

Hassani Amin, miembro del Comité Científico de Vigilancia del Sarampión, declaró que el aumento de la vacunación y el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica desempeñaron un papel importante en la reducción de los casos de sarampión y la prevención de su propagación a nuevas zonas.

Un comunicado del ministerio explicó que, en el período del 24 de febrero al 2 de marzo de 2025, se registró una disminución de 13% en el número de casos registrados (2.481 casos), que se suma a la disminución lograda la semana anterior, cuando se registraron 2.863 casos, una disminución estimada en 14,9%.

Los brotes de mpox en la región de África continúan, con nuevos casos notificados en Sudáfrica. El 24 de febrero de 2025, el Gobierno de Sudáfrica notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un nuevo conglomerado de tres casos de mpox en el municipio metropolitano de Ekurhuleni, provincia de Gauteng, tras la confirmación de laboratorio.

El caso índice es un hombre de 30 años residente en el municipio de Brakpen, distrito de Ekurhuleni, provincia de Gauteng, que inicialmente buscó atención ambulatoria de un médico general en el mismo distrito el 27 de enero de 2025 tras la aparición de la enfermedad el 24 de enero. Los síntomas iniciales por los que buscó atención incluían lesiones dolorosas en la cara, el cuerpo y la zona genital. El 4 de febrero, tras empeorar su estado, fue ingresado en un hospital privado, con signos y síntomas de dolor de cabeza, fatiga y lesiones similares a ampollas en la cara, los brazos y la zona genital. Los médicos que lo atendieron inicialmente trataron la infección por herpes con antibióticos y aciclovir, un medicamento antiviral utilizado para la infección por el virus del herpes. No mejoró con este tratamiento; por lo tanto, buscó atención de otro médico general que lo derivó a un dermatólogo. En ese momento, el paciente había desarrollado dolorosas llagas genitales, dolor en la ingle y el escroto, dolores de cabeza y pústulas en la cara, las palmas de las manos y las plantas de los pies. El dermatólogo frotó las lesiones para la prueba de mpox en Lancet Laboratories el 6 de febrero de 2025 y recetó analgésicos, antibióticos y aciclovir antes de dar de alta al paciente el mismo día. No se consideró el tratamiento compasivo con tecovirimat ya que la presentación clínica de la enfermedad no era grave. Se obtuvieron los resultados de la prueba el 21 de febrero, como positivos para la infección por el virus de la mpox por reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR). Análisis adicionales de la muestra en el Instituto Nacional de Enfermedades Transmisibles (NICD) mediante una reacción en cadena de polimerasa multiplex (m-PCR) determinaron que la muestra pertenecía al clado I. Se están realizando análisis genómicos adicionales. Según se informó, el paciente-caso había viajado recientemente a un país de la región africana del 11 al 18 de enero de 2025, donde se ha informado de un brote en curso de mpox del clado Ib.

Tras el rastreo de contactos por parte del Departamento de Salud Provincial de Gauteng, se listaron siete contactos, de los cuales dos presentaban síntomas y presentaban lesiones en el cuerpo.

Las muestras recogidas de los individuos sintomáticos dieron positivo para la infección por el virus de la mpox el 22 de febrero en el laboratorio del NICD. Una es una mujer de 27 años, pareja del caso índice, y el otro es un hombre de 30 años, amigo del caso índice. Hasta el 24 de febrero, se ha confirmado un total de tres nuevos casos en la provincia de Gauteng. Todos los pacientes están recibiendo tratamiento en su hogar. Esto marca los primeros casos documentados del clado I del virus de la mpox en Sudáfrica, y es probable que el caso índice haya estado expuesto durante un viaje fuera de Sudáfrica, donde esta cepa está circulando actualmente.

Sudáfrica notificó anteriormente un brote de mpox en 2022, con cinco casos, y otro en 2024, con 25 casos y tres muertes, y el último caso se notificó el 6 de septiembre de 2024 en la provincia de Western Cape. La secuenciación genómica identificó el clado IIb del virus de la mpox como la cepa viral circulante en los brotes anteriores.

Acciones de salud pública

- Las autoridades sanitarias de Sudáfrica están respondiendo al evento a través de los equipos de respuesta provinciales y distritales.
- Se están realizando actividades de vigilancia y rastreo de contactos mejoradas. Se han establecido definiciones de casos estándar y se han enviado recordatorios a los trabajadores de la salud de todo el país para que intensifiquen la vigilancia y mejoren la detección temprana y el tratamiento de los casos de mpox. La mpox sigue siendo una de las afecciones médicas de declaración obligatoria en Sudáfrica.
- Se continúan realizando exámenes de salud visual y control de síntomas en aeropuertos, puertos marítimos y cruces terrestres para identificar a los viajeros que puedan tener mpox.
- Se han implementado capacidades avanzadas para el diagnóstico y la secuenciación genómica del virus de la mpox en una red de laboratorios clínicos y en el NICD.
- Se está brindando atención clínica a los pacientes de acuerdo con el protocolo de tratamiento nacional.
- Los centros de atención médica cuentan con salas dedicadas al aislamiento y tratamiento de casos de mpox y protocolos estandarizados de prevención de infecciones para una gestión clínica eficaz.

Interpretación de la situación

La detección de un nuevo brote de mpox en Sudáfrica, probablemente debido a la exposición del caso índice fuera del país, destaca el riesgo persistente de propagación transnacional debido a la interconexión global y la movilidad de la población en medio de brotes en curso en toda la región africana, lo que enfatiza la necesidad de colaboración global en los esfuerzos de contención. Si bien Sudáfrica ha demostrado una sólida capacidad de vigilancia, laboratorio y gestión clínica, como lo demuestran las rápidas actividades de secuenciación genómica y rastreo de contactos, aún existen brechas en el reconocimiento clínico temprano y el tiempo de respuesta del diagnóstico. La confirmación tardía del caso índice y el diagnóstico erróneo inicial como herpes subrayan la necesidad de invertir en capacitación y sensibilización de los médicos y los oficiales de vigilancia, en particular con la introducción del clado I del virus de la mpox, que históricamente se ha asociado con una enfermedad más grave. Para prevenir una mayor propagación, el país debe mejorar la vigilancia, incluida la identificación de todos los contactos de los casos, mejorar la detección temprana en los entornos de atención médica y fortalecer la comunicación de riesgos, generar conciencia, promover prácticas preventivas y alentar el comportamiento de búsqueda de atención médica.

El brote de la enfermedad por el virus Sudán en Uganda, del que se informó por última vez en el [boletín del 9 de febrero de 2025](#), continúa con un nuevo caso confirmado en Kampala. El 1 de marzo de 2025, el Ministerio de Salud de Uganda notificó su décimo caso en el brote en curso, que se notificó por primera vez a la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 30 de enero de 2025.

El nuevo caso es un niño de 4 años, residente en Kabuli, zona de Kakungulu, división de Ma-kindye, Kampala. El niño fue llevado inicialmente a un centro de salud en Kibuli, zona de Kakungulu, para recibir atención el 15 de febrero, tras el inicio de la enfermedad. El 17 de febrero, al no observarse mejoría, el niño fue llevado a un segundo centro de salud en Gayaza, distrito de Wakiso, al norte de Kampala. Ante el avance de la enfermedad, fue trasladado a un tercer centro en Watubba, distrito de Wakiso, el 22 de febrero. Tras los exámenes clínicos, fue derivado a un cuarto centro de salud en Kampala, donde fue ingresado el 23 de febrero. El niño murió el 24 de febrero, mientras estaba ingresado en el cuarto centro de salud, y fue enterrado el 25 de febrero.

Se tomó una muestra *post mortem* el 25 de febrero como parte de la vigilancia rutinaria de la mortalidad por fiebres hemorrágicas virales y se envió al Instituto de Investigación de Virus de Uganda (UVRI) para su análisis. Los resultados iniciales de la prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) dieron positivo para la infección por el virus Sudán el 27 de febrero, y la reiteración de las pruebas confirmaron el resultado. Existen dos muertes previas con un vínculo probable con el décimo caso confirmado bajo investigación.

El décimo caso no fue un contacto conocido. Se está llevando a cabo una investigación retrospectiva para determinar el vínculo entre el décimo caso y los casos anteriores. Hasta el 2 de marzo se han identificado 201 nuevos contactos. Se están llevando a cabo el rastreo de contactos y otras investigaciones epidemiológicas.

Del 30 de enero al 2 de marzo de 2025, se ha notificado un total acumulado de 10 casos con dos muertes (tasa de letalidad de 20,0%) en cinco distritos del país. De estos, cinco casos con una muerte se han notificado entre trabajadores sanitarios. El 18 y el 19 de febrero, Uganda dio de alta a los ocho casos de enfermedad por el virus Sudán ingresados en centros de tratamiento después de que se recuperaran por completo. Al 2 de marzo, no hay casos confirmados al momento de la admisión. Un total de 265 contactos que anteriormente estaban bajo seguimiento también completaron 21 días de seguimiento al 2 de marzo.

Acciones en materia de salud pública

- El Ministerio de Salud de Uganda, con el apoyo técnico de la OMS y de los socios sanitarios, sigue liderando la respuesta al brote a través de un equipo nacional de gestión de incidentes. A nivel subnacional, los grupos de trabajo distritales están coordinando las actividades operativas para garantizar una respuesta local eficaz.
- Continúa la vigilancia activa, y los trabajadores sanitarios comunitarios notifican diariamente las alertas, que son investigadas por los equipos de respuesta distritales. Desde el

inicio del brote, se han notificado e investigado un total de 1.145 alertas hasta el 2 de marzo de 2025. También se está llevando a cabo la vigilancia de la mortalidad, con hisopados sistemáticos de las personas fallecidas para detectar fiebres hemorrágicas virales. De los 778 hisopados recogidos y analizados, uno dio positivo para la enfermedad por el virus Sudán.

- Continúan la investigación de casos y el rastreo de contactos, y se han identificado 201 nuevos contactos del último caso confirmado para su seguimiento. Además, se sigue realizando el control de los viajeros en 13 puntos de ingreso, y hasta el 2 de marzo se habían controlado 25.364 viajeros.
- El UVRI dispone de capacidad de laboratorio para el diagnóstico y la secuenciación genómica.
- Hay tres unidades de tratamiento en Mulago, Mbale y Jinja, con capacidad para 84, 28 y 8 camas, respectivamente. Los ocho casos confirmados ingresados se han recuperado y han sido dados de alta. Actualmente no hay ningún caso confirmado ingresado.
- Se están aplicando de forma rutinaria medidas de prevención y control de infecciones, incluida la descontaminación de las salas del hospital visitadas por el último caso confirmado.
- Se están llevando a cabo esfuerzos de comunicación de riesgos y participación comunitaria, aprovechando los medios de comunicación, los diálogos comunitarios y las campañas de concienciación en iglesias, mercados, escuelas y otras reuniones públicas para garantizar una concienciación pública generalizada y la adhesión a las medidas preventivas.

Interpretación de la situación

La confirmación de un nuevo caso de enfermedad por el virus Sudán en Kampala pone de relieve el riesgo de transmisión no detectada, en particular debido al retraso en el diagnóstico y al traslado del niño por múltiples centros de atención sanitaria. Dado que actualmente no hay casos activos ingresados y todos los pacientes anteriores han sido dados de alta, existe una ventana de oportunidad crítica para interrumpir la transmisión. Esto requiere una mayor vigilancia, una investigación exhaustiva de los casos y el rastreo de contactos, y un estricto cumplimiento de las medidas de prevención y control de infecciones. Es esencial intensificar la comunicación de riesgos y la participación de la comunidad para contrarrestar la posible resistencia, fomentar la búsqueda temprana de atención sanitaria y mejorar los esfuerzos de vigilancia comunitaria.

Un hombre de 60 años de la ciudad de Cái Đôi Vàm cocinó una sopa agria de pez globo e invitó a otras dos personas a consumirla. Los tres cayeron en coma.

Los familiares llevaron a las tres personas al Hospital General del Distrito de Cái Nước para recibir atención de emergencia. Los médicos diagnosticaron a los pacientes con insuficiencia respiratoria e intoxicación por consumo de pez globo. Actualmente, dos personas se encuentran conectadas a respiradores y la otra se encuentra en estado menos grave, aunque bajo vigilancia.



Esta es la segunda vez en tres días que el Hospital General del Distrito de Cái Nước recibe pacientes envenenados por el consumo de pez globo, todos ellos residentes en la ciudad de Cái Đôi Vàm. El 1 de marzo, un hombre de 69 años fue ingresado en urgencias. Ahora está fuera de peligro y sin respirador.

El pez globo mide entre 10 y 20 cm de largo, tiene la cabeza y el vientre grandes, aletas cortas y rayas negras en la espalda. Son portadores del veneno tetrodotoxina, que cuando se ingiere es muy peligroso para el sistema nervioso y puede causar la muerte.

A lo largo de los años, los médicos han advertido repetidamente a las personas que no consuman bajo ninguna circunstancia este tipo de pescado. Sin embargo, se lo considera un plato especial, con deliciosa carne blanca, por lo que algunos pescadores todavía los preparan y consumen, lo que provoca las intoxicaciones.

La intoxicación por tetrodotoxina puede aparecer de forma rápida (entre 10 y 45 minutos) o de forma tardía (generalmente entre 3 y 6 horas, pero rara vez más). La muerte puede producirse a los 20 minutos o a las 24 horas de la exposición, pero suele ocurrir en las primeras 4 a 8 horas. Los pacientes o víctimas que sobreviven a la intoxicación aguda en las primeras 24 horas suelen recuperarse sin déficits residuales. Los síntomas pueden durar varios días y la recuperación tarda días en producirse.

La primera etapa de la intoxicación por tetrodotoxina incluye los siguientes síntomas: entumecimiento y sensación de hormigueo y picor (parestesia) en los labios y la lengua, seguido de parestesias y entumecimiento en la cara y las extremidades, dolor de cabeza, sensación de ligereza o de flotar, sudoración profusa (diaforesis), mareos, salivación (ptialismo), náuseas, vómitos (emesis), diarrea, dolor abdominal (epigástrico), dificultad para moverse (disfunción motora), debilidad (malestar) y dificultades para hablar. La segunda etapa incluye: parálisis progresiva, primero en las extremidades, luego en el resto del cuerpo y finalmente en los músculos respiratorios; dificultad para respirar o falta de aire (disnea); ritmos cardíacos anormales (arritmias o disritmias cardíacas); presión arterial anormalmente baja (hipotensión); pupilas fijas y dilatadas (midriasis); coma; convulsiones; paro respiratorio; y muerte.

La incidencia de la intoxicación por tetrodotoxina es rara y variable según la ubicación geográfica y el organismo involucrado. Las exposiciones más comúnmente implicadas afectaron al pez globo, y la incidencia es mayor en países donde las personas consumen pez globo regularmente, como Japón, Taiwán y algunos países del sudeste asiático. De 2002 a 2006, 223 pacientes japoneses sufrieron intoxicación por tetrodotoxina, y 13 de estos pacientes murieron. De 2001 a 2006, 53 pacientes en Singapur fueron diagnosticados con intoxicación por tetrodotoxina, de los que ocho murieron. En 2008, la venta de pez globo barato en los mercados de pescado provocó tres brotes en Bangladesh, que afectaron a 141 personas, 17 de las cuales murieron por paro respiratorio. Otro brote se produjo por la ingestión de huevos de *Takifugu oblongus*, que provocó cinco muertes. En 2018 se informó de otro conglomerado de pacientes en Omán, donde cinco pacientes sufrieron intoxicación tras freír pez globo capturado localmente. Las intoxicaciones que involucran a otras especies que contienen tetrodotoxina son poco frecuentes, ya que estos animales generalmente no son comestibles. Los informes de casos documentan la exposición a especies venenosas de tritones, que a menudo se mantienen como mascotas exóticas, y a especies de cangrejos xántidos.

Aunque se conocen los peligros, las experiencias anecdóticas indican que hay casos de intoxicación por pez globo en su forma ahumada, ya que los consumidores no pueden reconocer fácilmente el tipo de pescado.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció el 28 de febrero las [recomendaciones sobre la composición viral de las vacunas antigripales para la temporada gripal 2025-2026 en el hemisferio norte](#). El anuncio tuvo lugar en una sesión informativa ofrecida al final de una de las dos reuniones bianuales de cuatro días de duración sobre la composición de las vacunas antigripales.

La OMS organiza estas consultas con un grupo consultivo de expertos de los Centros Colaboradores de la OMS y los Laboratorios Reguladores Esenciales de la OMS para analizar los datos obtenidos en la vigilancia de los virus gripales recogidos por el Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Gripe (SMVRG) de la OMS. Los organismos nacionales de reglamentación de las vacunas y las empresas farmacéuticas se sirven de las recomendaciones publicadas para desarrollar, fabricar y autorizar vacunas antigripales para la siguiente temporada de influenza.

Es necesario actualizar periódicamente los virus contenidos en las vacunas antigripales para garantizar su eficacia, ya que los virus gripales, incluidos los que circulan entre los seres humanos y los infectan, evolucionan constantemente.

La OMS recomienda la siguiente composición para las vacunas trivalentes que se utilicen en la temporada gripal de 2025-2026 en el hemisferio norte:

Vacunas producidas a partir de huevos embrionados

- una cepa análoga a A/Victoria/4897/2022 (H1N1)pdm09,
- una cepa análoga a A/Croatia/10136RV/2023 (H3N2) y
- una cepa análoga a B/Austria/1359417/2021 (linaje B/Victoria).

Vacunas producidas en cultivos celulares, de proteínas recombinantes o de ácidos nucleicos

- una cepa análoga a A/Wisconsin/67/2022 (H1N1)pdm09,
- una cepa análoga a A/District of Columbia/27/2023 (H3N2) y
- una cepa análoga a B/Austria/1359417/2021 (linaje B/Victoria).

En el caso de las vacunas tetravalentes, la OMS no modifica la cepa que debe incluirse como componente del linaje B/Yamagata:

- una cepa análoga a B/Phuket/3073/2013 (linaje B/Yamagata).

Curso virtual

100% online

Otorga créditos SADI
Inicio: marzo

sadi Sociedad Argentina de Infectología

ASOCIACIÓN PANAMERICANA DE INFECTOLOGÍA

Curso virtual

Presente y futuro de las infecciones en trasplante de órgano sólido Una mirada latinoamericana



Otorga 53 horas cátedra y créditos para el programa de recertificación de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI).

Destinado a: Infectólogos/as especialistas en trasplante; Infectólogos/as generales y en formación interesados en profundizar estos temas. Trasplantólogos/as; Internistas que asisten a estos pacientes.

Módulo 1 | Generalidades que aplican a todos los TOS

- ✓ Línea de tiempo de las infecciones: ¿todo sigue igual? *Dra. Laura Barcán, Argentina.*
- ✓ Inmunosupresión: nuevas drogas, nuevos riesgos de toxicidad. *Dra. Natalia Pujato, Argentina.*
- ✓ Infecciones derivadas del donante. *Dra. Patricia Giorgio, Argentina.*

Módulo 2 | Infecciones específicas en TOS (I)

- ✓ Organismos multirresistentes: un enemigo muy actual. *Dra. Jimena Prieto, Uruguay.*
- ✓ Enfermedad de Chagas. *Dra. Laura Barcán, Argentina.*
- ✓ Micobacterias y TOS. *Dr. Jackes Simkins, Estados Unidos / Venezuela.*

- Clase en vivo integradora al finalizar el Módulo

Módulo 3 | Infecciones específicas en TOS (II)

- ✓ CMV: ¿hemos avanzado en algo? *Dra. Elena Temporiti, Argentina.*
- ✓ Infecciones Fúngicas Invasivas y TOS: Anfotericinas, Azólicos, Equinocandinas: estrategias de tratamiento. ¿Algo nuevo? *Dr. Daniel Zapata, México.*
- ✓ ITU en Trasplante renal: una puesta al día. *Dra. Melisa Martínez, Argentina.*

Módulo 4 | Prevención de enfermedades y multirresistencia en TOS

- ✓ Arbovirosis: una epidemia que golpea a América latina. *Dra. Ligia Pierotti, Brasil.*
- ✓ Vacunas y TOS: ¿cuál es el calendario? *Dra. Astrid Smud, Argentina.*
- ✓ Stewardship en TOS. Tratamientos orales en infecciones severas y Tratamientos acortados: ¿es eso posible? *Dra. Laila Woc Colburn, Atlanta / Guatemala.*

- Clase en vivo integradora al finalizar el Módulo

Completando el curso obtendrás un certificado con **créditos SADI**

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

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

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