ISSN 2796-7050

Reporte Epidemiológico de Córdoba

14 DE MAYO
2025
REC 2.933

ARGENTINA

- Situación epidemiológica de la tuberculosis
- Formosa: Acciones sanitarias para la contención de un brote de rabia paresiante en Ibarreta
- Buenos Aires: Caso de rabia felina en Salliqueló, con seis personas afectadas

AMÉRICA

- Estados Unidos: Brote de salmonelosis en el condado de San Diego, California
- Guatemala: Registran en Chiquimula el primer caso humano de miasis por gusano barrenador
- Uruguay: Las aguas residuales ayudan a monitorear el virus del papiloma humano

EL MUNDO

- Chequia: Notable aumento de los casos de hepatitis A
- Eswatini: Alerta ante múltiples amenazas de brotes
- Israel: Confirmaron 32 casos de sarampión
- La Réunion/Mayotte – Francia: Situación epidemiológica de la fiebre chikungunya
- Palestina: El bloqueo de Israel impide que los hospitales en Gaza alimenten a sus pacientes en recuperación
- Reino Unido: Brote de criptosporidiosis vinculado a visitas a una granja
- Sudán del Sur: Situación epidemiológica del cólera

HISTORIA

- Pequeñas historias de la tuberculosis

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

Patrocinadores

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.

Argentina

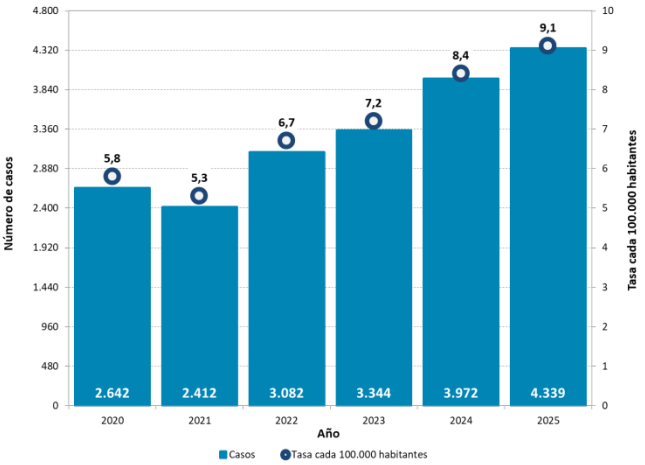
BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

Situación epidemiológica de la tuberculosis

05/05/2025

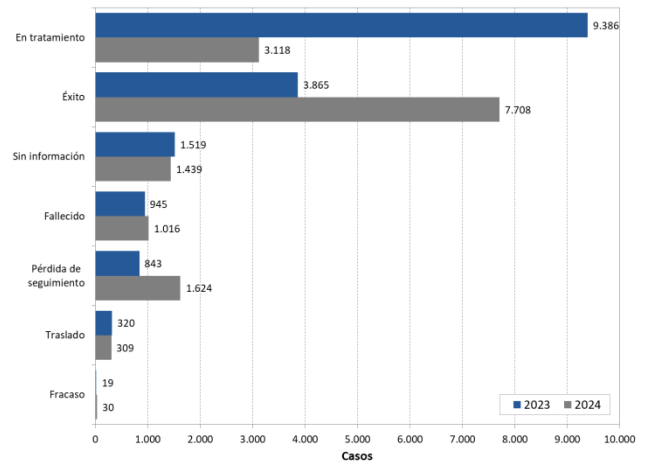
En 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 17, se registraron en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNSV$^{2.0}$), 4.339 casos de tuberculosis; de estos, 4.160 (95,8%) fueron casos incidentes (casos nuevos, recaídas o sin información de clasificación al inicio del tratamiento) y 179 (4,2%) casos no nuevos (reingresos de pérdida de seguimiento, fracasos, traslados y otros). Los casos pulmonares fueron 3.614 (83,3% del total), y de éstos, 2.608 (72,2%) tuvieron confirmación por bacteriología.



Casos de tuberculosis y tasas de notificación cada 100.000 habitantes. Argentina. Años 2020/2025, hasta semana epidemiológica 17. Fuente: Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 'Dr. Emilio Coni', Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán', Ministerio de Salud de Argentina.

Entre 2020 y 2025, las notificaciones de tuberculosis mostraron un aumento constante. El número de casos se incrementó en todo el período un 64,2% (1.697 casos) y un 9,2% entre 2024 y 2025 (367 casos).

Este incremento entre los dos últimos años se debe principalmente a la región Centro (13,1%), ya que la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y las provincias de Buenos Aires y Santa Fe notificaron más casos en 2025, representando 73% del total de casos a nivel nacional.



Resultado de la evaluación del tratamiento de los casos de tuberculosis. Argentina. Años 2023/2024, hasta semana epidemiológica 17. Fuente: Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 'Dr. Emilio Coni', Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán', Ministerio de Salud de Argentina.

En el resto de las regiones, hubo un descenso en las notificaciones, siendo la región del Noreste Argentino (NEA) la que tuvo mayor porcentaje de descenso, alcanzando al 25,3%. Todas las provincias de esta región experimentaron una baja en la notificación. Las demás regiones también reportaron menos casos en 2025, pero no de manera uniforme; por ejemplo, San Luis, Catamarca, Jujuy, La Rioja y Santa Cruz registraron un aumento en la notificación de casos en 2025.

Provincia/Región	Año 2024		Año 2025		Variación porcentual de casos
	Casos	Tasa acumulada	Casos	Tasa acumulada	
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	384	12,5	399	12,9	3,9
Buenos Aires	1.960	10,8	2.306	12,6	17,7
Córdoba	161	4,1	162	4,1	0,6
Entre Ríos	87	6,1	70	4,8	-19,5
Santa Fe	216	5,9	238	6,5	10,2
Centro	2.808	9,3	3.175	10,4	13,1
Mendoza	57	2,8	41	2,0	-28,1
San Juan	19	2,3	15	1,8	-21,1
San Luis	12	2,3	13	2,4	8,3
Cuyo	88	2,6	69	2,0	-21,6
Chaco	154	12,3	115	9,1	-25,3
Corrientes	61	5,3	50	4,3	-18,0
Formosa	92	14,8	73	11,6	-20,7
Misiones	56	4,3	33	2,5	-41,1
Noreste Argentino	363	8,4	271	6,2	-25,3
Catamarca	7	1,6	9	2,1	28,6
Jujuy	138	17,2	143	17,6	3,6
La Rioja	9	2,2	11	2,6	22,2
Salta	258	17,3	229	15,2	-11,2
Santiago del Estero	40	3,9	20	2,0	-50,0
Tucumán	82	4,6	56	3,1	-31,7
Noroeste Argentino	534	9,0	468	7,8	-12,4
Chubut	33	5,0	22	3,3	-33,3
La Pampa	16	4,3	9	2,4	-43,8
Neuquén	22	3,2	22	3,1	0,0
Río Negro	31	4,0	17	2,1	-45,2
Santa Cruz	13	3,2	21	5,1	61,5
Tierra del Fuego	11	5,8	6	3,1	-45,5
Sur	126	4,1	97	3,1	-23,0
Sin información	53	–	259	–	388,7
Total Argentina	3.972	8,3	4.339	9,1	9,2

Notificación de casos de tuberculosis y tasa acumulada de notificación, según jurisdicción de residencia. Argentina. Años 2024/2025, hasta semana epidemiológica 17. Fuente: Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 'Dr. Emilio Coni', Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán', Ministerio de Salud de Argentina.

Condición de tratamiento

En 2025, hasta la SE 17, 1.439 de los casos notificados en 2023 (9,4%) no tienen información sobre su tratamiento, y 3.118 casos (20,5%) aún figuran en tratamiento a pesar de haber pasado más de 12 meses desde el inicio. En 2024, 1.519 de los casos notificados (10%) carecen de información sobre su tratamiento. Un alto porcentaje de casos de 2024 figuran como en tratamiento. Parte de este porcentaje puede deberse a que algunos de ellos todavía están dentro del período de duración de los esquemas de tratamiento.

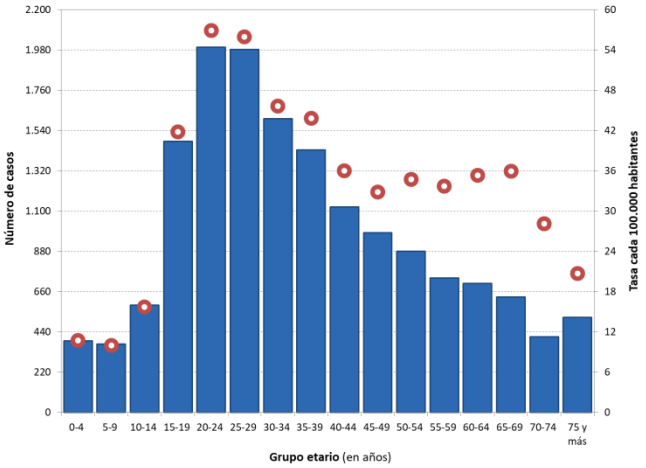
Tendencia de la tuberculosis según grupos etarios. Año 2009/2024

La epidemiología de la tuberculosis muestra que el riesgo de enfermar está determinado, entre otros factores, por la edad. El riesgo de enfermar tras la infección primaria con *Mycobacterium tuberculosis* es mayor en lactantes (menores de 4 años) y disminuye lentamente hasta su punto más bajo entre los 5 y los 10 años. Durante la adolescencia (entre los 15 y los 19 años), se produce un pronunciado aumento del riesgo, con un pico entre los 20 y los 30 años. Las diferencias en el riesgo de enfermar en los distintos grupos etarios se relacionan con diferencias en la respuesta a la infección y las características clínicas de la enfermedad. En la primera infancia, las formas diseminadas de la enfermedad, como la tuberculosis miliar y la meningitis tuberculosa, son comunes, y la respuesta exacerbada de los ganglios linfáticos hiliares contribuye a la patología de las vías respiratorias. Con el aumento de la edad, estas características se vuelven menos comunes, observándose un cambio repentino en la patolo-

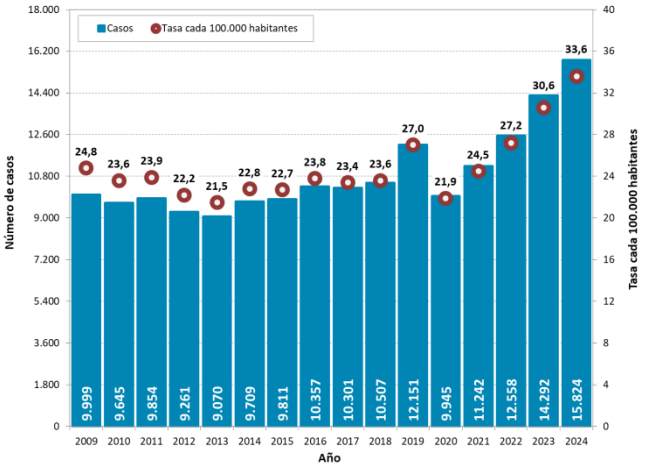
gía durante la adolescencia. La tuberculosis en esta etapa muestra características de la llamada enfermedad de tipo adulto (anteriormente denominada tuberculosis posprimaria), cuyo sello distintivo es la destrucción tisular y la cavitación pulmonar.

Además, el tiempo entre la infección y la enfermedad también es diferente según la edad, siendo un indicador de transmisión reciente la magnitud y tendencia de los casos en grupos jóvenes, que reflejan un aumento de fuentes de infección comunitaria.

En Argentina se observó, en los últimos años, una tendencia al aumento de los casos y las tasas de notificación por tuberculosis. Analizar los distintos componentes de este aumento permitirá identificar y focalizar acciones de control de la enfermedad.



Casos nuevos de tuberculosis y recaídas, y tasas de notificación cada 100.000 habitantes, según grupos etarios. Argentina. Año 2024. Fuente: Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 'Dr. Emilio Coni', Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán', Ministerio de Salud de Argentina.



Casos nuevos de tuberculosis y recaídas, y tasas de notificación cada 100.000 habitantes. Argentina. Años 2009/2024. Fuente: Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 'Dr. Emilio Coni', Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán', Ministerio de Salud de Argentina.

Tuberculosis según grupos etarios

En Argentina se observa una predominancia de casos de tuberculosis notificados en grupos jóvenes. El 17,5% de los casos corresponde a niños y adolescentes menores de 20 años y 60,7% de los casos se distribuyen en población joven de 15 a 44 años. El riesgo en estos grupos también es mayor; la tasa de notificación de tuberculosis más elevada se observa en el grupo de edad de 20 a 24 años (56,9 casos cada 100.000 habitantes), la cual fue 1,7 mayor que la tasa para todas las edades en 2024 (33,6 cada 100.000 habitantes). Le siguen en frecuencia los grupos de 25 a 29 y 30 a 34 años, (55,9 y 45,6 cada 100.000 habitantes, respectivamente).

El riesgo en adolescentes (15-19 años) fue de 41,8 cada 100.000 habitantes, y se ubicó entre las cinco tasas de notificación más elevadas por edad en 2024. En los menores de 15 años las tasas oscilaron entre 10,0 (5 a 9 años) y 15,7 (10-14 años) cada 100.000 habitantes, con un promedio de 12,7 cada 100.000 habitantes para todo el grupo. En el grupo de 40 a 69 años las tasas fueron similares, con una tasa media de 34,6 cada 100.000 habitantes. En las personas de 70 y más años las tasas disminuyeron a 28,1 y 20,7 cada 100.000 habitantes para los grupos de 70 a 74 años y 75 y más años, respectivamente.

Tendencia

En el período 2009/2024, la tasa de notificación de los casos de tuberculosis nuevos y recaídas aumentó 35,5% y el número de casos aumentó 58,3%, registrándose 5.825 casos más entre ambos años. El número de casos de tuberculosis reportados entre los extremos del período, 2009 y 2024, disminuyó solo en niños menores de 5 años, con una reducción de 7,2%, es decir, 30 casos menos. En los otros grupos etarios, hubo aumentos con una amplitud entre 26,6% en mayores de 75 años y 90,5% en adultos de 35 a 39 años.

La variación anual promedio porcentual (VAP) de la tasa fue de 1,69%. Sin embargo, el comportamiento no fue homogéneo a lo largo de todo el período. Entre 2009 y 2013 se observó una tendencia al descenso, con una VAP de -3,4%. Entre 2013 y 2019 la tendencia cambió, con una VAP al aumento de 2,9%, siendo significativa, además, la diferencia de pendientes para ambos períodos. Entre 2019 y 2020, la tasa disminuyó 18,9% debido principalmente a la pandemia de covid, que afectó la búsqueda, diagnóstico y tratamiento de casos de tuberculosis. Desde 2020, se observó un aumento constante hasta 2024, con una VAP de 11,4%.

Grupos etarios	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Variación porcentual 2009/2024
0-4 años	418	353	433	359	344	314	389	365	400	396	348	216	220	310	352	388	-7,18
5-9 años	235	231	259	228	216	257	251	193	193	225	212	184	163	234	294	374	59,15
10-14 años	366	277	371	321	290	307	337	284	318	351	360	286	355	457	494	585	59,84
15-19 años	903	876	864	868	871	956	912	945	1.018	1.019	1.131	1.010	1.208	1.141	1.264	1.480	63,90
20-24 años	1.373	1.373	1.355	1.244	1.210	1.224	1.233	1.490	1.392	1.344	1.620	1.412	1.442	1.551	1.818	1.988	44,79
25-29 años	1.182	1.168	1.173	1.055	1.065	1.158	1.119	1.236	1.203	1.192	1.472	1.244	1.355	1.586	1.744	1.977	67,26
30-34 años	985	983	962	875	866	975	953	947	986	997	1.163	1.012	1.096	1.221	1.501	1.598	62,23
35-39 años	751	758	723	748	733	769	787	850	838	882	1.024	814	906	1.026	1.123	1.432	90,68
40-44 años	660	574	644	610	572	683	703	669	652	709	870	780	837	914	1.136	1.123	70,15
45-49 años	550	557	603	500	515	532	573	597	652	659	740	604	820	804	1.024	983	78,73
50-54 años	581	549	550	509	523	582	572	601	551	578	680	496	631	735	844	881	51,64
55-59 años	505	509	545	504	508	534	540	593	561	558	688	558	624	679	708	734	45,35
60-64 años	436	455	428	433	405	454	460	498	475	494	603	459	619	592	665	704	61,47
65-69 años	348	344	324	330	294	334	353	381	366	372	481	291	361	514	498	629	80,75
70-74 años	296	262	233	261	251	222	255	275	261	277	332	272	271	366	360	413	39,53
75-79 años	186	196	169	189	175	194	163	203	203	187	206	147	181	212	254	298	60,22
80 y más años	223	166	191	180	175	169	173	185	181	191	191	144	138	199	195	220	-1,35
Sin datos	1	14	27	47	57	45	38	45	51	76	30	16	15	17	18	17	–
Total	9.999	9.645	9.854	9.261	9.070	9.709	9.811	10.357	10.301	10.507	12.151	9.945	11.242	12.558	14.292	15.824	58,26

Casos nuevos de tuberculosis y recaídas, según grupos etarios. Argentina. Años 2009/2024. Fuente: Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 'Dr. Emilio Coni', Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán', Ministerio de Salud de Argentina.

El descenso entre 2009 y 2013 se observó en todos los grupos etarios. Las personas de 70 años o más experimentaron la mayor disminución, con un promedio de 30%. Los adultos de 40 a 44 años y los niños de 0 a 4 y 10 a 14 años tuvieron una caída de 25%, mientras que los adolescentes de 15 a 19 años presentaron el menor descenso, de 10,1%.

El aumento en el período 2013-2019 solo excluye a los niños de 5 a 9 años, en los que disminuyó un 2,7%. En el resto de los grupos la tasa aumentó, siendo mayor en los adultos de 60 a 70 años, con una media de 40%, seguidos de los grupos de jóvenes de 15 a 24 años y de 40 a 44 años, con un aumento de 30%. Los dos extremos, de 0 a 4 años y los adultos de 75 y más años, registraron el menor aumento, que fue inferior a 1%.

La pandemia produjo un marcado descenso en la notificación de casos de tuberculosis entre 2019 y 2020. El descenso promedio de 18,9% a nivel nacional varió según los grupos etarios. Las mayores disminuciones fueron en menores de 5 años (37,5%) y en personas de 64 a 69 años (40,5%). El menor descenso se registró en adolescentes de 15 a 19 años (10,6%).

Durante el período 2020-2024, se observó un incremento en todos los grupos etarios. En los menores de 15 años, la tasa aumentó más de 80% y se duplicó en el grupo de 5 a 9 años. Los adultos mayores también experimentaron un incremento de 100% en su tasa de notificación durante este periodo.

Al comparar la velocidad y dirección de las tendencias por grupos etarios en cada período analizado, se observó que no hay ningún grupo con un descenso significativo. Los aumentos registrados no fueron significativos en los grupos de 65 a 69 años y 50 a 54 años. En el resto, el incremento fue significativo, siendo el grupo de 15 a 19 años el que tuvo la mayor velocidad de aumento promedio, con un 3,2%.

La tendencia al descenso observada entre 2009 y 2013 mostró un comportamiento heterogéneo según los grupos etarios. Aunque no hubo ningún grupo con una velocidad promedio al aumento, en nueve de los grupos etarios analizados, los descensos tampoco fueron significativos. Entre los descensos significativos, los adultos de 65 a 69 años registraron el mayor, con -6,1%. Durante este período, los jóvenes adultos de 20 a 39 años también tuvieron descensos significativos, de entre -3,4% en el grupo de 35 a 39 años y -4,6% en el grupo de 20 a 24 años.

El cambio de tendencia entre 2013 y 2019 tampoco fue homogéneo según los grupos etarios. Solo el grupo de 5 a 9 años tuvo una VAP al descenso, pero no fue significativa. En el resto de los grupos, las tasas se incrementaron, aunque nuevamente, en nueve de los grupos este aumento no fue significativo. El comportamiento de los grupos con aumento significativo es homogéneo, ya que la VAP varió de 2,8% para los casos de 30 a 34 años a 4,1% en los jóvenes de 20 a 24 años.

Posterior a la pandemia, las tasas aumentaron en todos los grupos etarios. A diferencia de los períodos anteriores, solo en dos grupos la tendencia no fue significativa: entre los casos de 45 a 49 años y de 60 a 64 años. En este período, los menores de 15 años presentaron aumentos superiores al 15% anual, siendo el grupo de 5 a 9 años el que mostró la mayor velocidad observada entre todos los grupos analizados, con un 22,7%. Otro grupo con una velocidad superior al 15% fue el de 65 a 69 años, con una VAP de 18,8%. También se encuentran por encima del promedio de todas las edades los grupos de 25 a 39 años, 50 a 54 años y de 75 años y más. La menor velocidad de aumento significativa observada fue en el grupo de 55 a 59 años: 6,1%.

Conclusiones

El perfil de la tuberculosis en Argentina revela un impacto notable entre la población joven. Más de 60% de los casos notificados en 2024 se registraron en individuos de entre 15 y 44 años de edad, con las tasas más elevadas en el grupo de 20 a 24 años.

La evolución de la incidencia por períodos muestra comportamientos diferenciados entre los grupos etarios. En particular, el grupo de adolescentes (15-19 años) presentó la mayor tasa de crecimiento anual promedio en todo el período (VAP: 3,16%), lo cual es indicativo de un incremento en la transmisión de la enfermedad en la comunidad antes de la pandemia de covid, sumado a un aumento consistente desde 2013 en la mayoría de los grupos etarios, especialmente en adultos jóvenes y mayores de 60 años.

El análisis del último período (2020-2024) indica que la pandemia de covid tuvo un impacto significativo en la lucha contra la tuberculosis, afectando negativamente la detección y tratamiento de la enfermedad. A partir de 2020, se observó un incremento generalizado en todos los grupos etarios, con aumentos importantes en menores de 15 años (más de 15% anual) y más de 10% en los grupos de adultos jóvenes.

El aumento del riesgo de tuberculosis en todos los grupos etarios, particularmente en niños, adolescentes y jóvenes entre 2020 y 2024, sugiere una reactivación post-pandemia. Este incremento podría estar relacionado con el acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno de los casos en general y de los niños y adolescentes en particular.

Es esencial fortalecer el acceso a pruebas diagnósticas en las poblaciones vulnerables y asegurar la disponibilidad de tratamientos adecuados y oportunos. Además, el aumento en niños y adolescentes refuerza la necesidad de mejorar los programas de vacunación con BCG y el estudio de contactos, ya que estos grupos son indicadores de fuentes de infección familiar reciente. Asimismo, dada la dificultad para diagnosticar la enfermedad en niños, la capacitación del personal de salud debe ser prioritaria.

ACCIONES SANITARIAS PARA LA CONTENCIÓN DE UN BROTE DE RABIA PARESIANTE EN IBARRETA

08/05/2025

Tras la confirmación en laboratorio de un caso positivo de rabia paresiante en un predio de la localidad de Ibarreta, provincia de Formosa, el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) estableció medidas sanitarias para el control de la enfermedad.

El Centro Regional Chaco-Formosa del organismo determinó rápidamente la interdicción del establecimiento afectado y de todos aquellos que se encuentran en un radio de 10 km alrededor del brote, así como también la vacunación obligatoria de todas las especies susceptibles comprendidas dentro de este espacio. Una vez cumplimentada la vacunación y/o revacunación, los productores deberán registrarla en la oficina del SENASA de la jurisdicción.

Una vez vacunados los animales será necesario aplicar una segunda dosis entre 20 y 30 días posteriores. Si los animales ya cuentan con la vacuna antirrábica, la revacunación deberá realizarse anualmente.

Al tratarse de una enfermedad zoonótica y endémica en la región, el SENASA recomienda como medida preventiva incorporar la vacunación al calendario anual y evitar el contacto con todos aquellos animales que presenten signos clínicos compatibles con la enfermedad.

La rabia paresiante es una enfermedad epidémica y recurrente causada por el virus rábico transmitido por el vampiro común (*Desmodus rotundus*), que afecta principalmente a los bovinos, a los equinos, con menor frecuencia a otras especies domésticas, al hombre y a algunos animales silvestres.

La rabia paresiante es una enfermedad de notificación obligatoria, tanto para los productores como para los veterinarios.

Aunque la dispersión del virus rábico a los tejidos periféricos del bovino no es abundante, el contacto con bovinos rabiosos implica riesgo de contagio para el hombre. Los contactos con bovinos rabiosos ocurren principalmente cuando se intenta medicarlos por vía oral o cuando se piensa que la disfagia que se observa en la mayoría de esos animales es consecuencia de una obstrucción alimentaria del esófago y se intenta la desobstrucción manual. También, cuando se faenan animales rabiosos o que están incubando rabia, y en las prácticas de manejo con esos animales.

Entre los carnívoros domésticos de Argentina, hasta el momento no se han observado casos producidos por el virus rábico que transmite el vampiro; no obstante, se debe mantener una estrecha vigilancia pues, tanto el perro como el gato, depredan a los vampiros y a otros murciélagos.

El área endémica de la rabia paresiante abarca la totalidad de las provincias de Misiones, Corrientes, Chaco, Formosa, Santiago del Estero y Tucumán, y partes de las provincias de Santa Fe, La Rioja, Catamarca, San Luis, Córdoba, Salta y Jujuy.

En caso de detectar animales muertos o que presenten sintomatología nerviosa, como así también posibles refugios de vampiros, es fundamental dar aviso al Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria para su respuesta inmediata y atención de la sospecha. Cualquier persona puede notificar al organismo en:

– la oficina más cercana, por teléfono o personalmente;
– por WhatsApp: (11) 5700-5704;
– por correo electrónico: notificaciones@senasa.gob.ar; o
– a través del formulario Avisá al Senasa.

El Colegio de Veterinarios de la provincia de Buenos Aires confirmó un caso de rabia felina en la localidad de Salliqueló, con seis personas afectadas tras el ataque de un gato infectado. El animal falleció al ser atropellado, y el diagnóstico fue confirmado por la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán'.

El hecho fue detallado por la directora del Hospital Municipal, Dra. Andrea Vidaurre, la directora de Salud, Dra. Leticia Martín, y el médico veterinario Alejandro Vargas, a cargo del área de Bromatología y Zoonosis. El felino agredió a tres personas de una misma familia el 8 de mayo y a otras tres no relacionadas al día siguiente.

Las víctimas recibieron las dosis correspondientes de la vacuna antirrábica y se encuentran en buen estado general, bajo vigilancia médica.

Frente a este caso, se activó el protocolo sanitario y se llevará adelante una campaña de vacunación antirrábica casa por casa el 8 de mayo, en un radio de 600 metros desde el lugar donde apareció el felino.

El operativo se desplegará en el área comprendida entre las calles 3 de Febrero, 25 de Mayo, Leandro Nicéforo Alem y Coronel Lucio Victorio Mansilla, incluyendo los barrios Los Olmos y Muter.

Todo perro o gato que haya sido vacunado hace más de un mes deberá recibir una nueva dosis.

El operativo contará con la participación de veterinarios locales, zonales y profesionales enviados por el Ministerio de Salud de la Provincia.

El animal involucrado, un gato joven, amarillo, sin castrar ni identificar, se presume contrajo la rabia al cazar un murciélago infectado, forma común de contagio en felinos no domiciliados.

Recomendaciones

La rabia es una zoonosis viral mortal que se transmite por mordedura o arañazo de animales infectados.

La vacunación anual de perros y gatos, a partir de los 3 meses de edad, es obligatoria y esencial.

Ante mordeduras recientes, los vecinos deben comunicarse urgentemente con el sistema de salud.

El Colegio de Veterinarios de la provincia de Buenos Aires reforzó la importancia del trabajo veterinario para prevenir enfermedades zoonóticas y proteger la salud pública.

Estados Unidos

Brote de salmonelosis en el condado de San Diego, California

08/05/2025

Hasta el 8 de mayo, el condado de San Diego registró 37 casos probables y confirmados de salmonelosis en personas que cenaron en el Aladdin Mediterranean Café en el área de Clairemont San Diego entre el 25 de abril y el 1 de mayo.

El restaurante cerró voluntariamente el 1 de mayo. Desde entonces, los operadores han estado trabajando en estrecha colaboración con el Departamento de Salud y Calidad Ambiental del Condado (DEHQ) junto con los Servicios de Salud Pública en la investigación del brote.

Las edades de los afectados oscilan entre 1 y 90 años, y nueve personas se encuentran hospitalizadas. No se ha identificado el origen del brote de salmonelosis y la investigación continúa.

El condado continúa colaborando estrechamente con el operador del restaurante, el que permanecerá cerrado hasta que sea seguro operar y hasta que la gerencia esté lista para reabrir.

Los síntomas de la salmonelosis incluyen náuseas, vómitos, diarrea con sangre o mucosidad, calambres abdominales y fiebre. Los síntomas suelen aparecer entre 12 y 72 horas después de ingerir alimentos contaminados. La enfermedad puede durar de 4 a 7 días. La mayoría de las personas se recuperan sin tratamiento.

Las personas que cenaron en Aladdin Mediterranean Café entre el 25 de abril y el 1 de mayo de 2025 y se sienten enfermas con alguno de los síntomas enumerados deben comunicarse con un proveedor de atención médica según sea necesario.

En 2025, hasta el 28 de abril, el condado había identificado 184 casos de salmonelosis en toda la región. En 2024, se registraron 753 casos, en comparación con 685 en 2023 y 683 en 2022.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala confirmó un caso humano de miasis cutánea por gusano barrenador del ganado (*Cochliomyia hominivorax*) en un adulto mayor residente en el municipio de Chiquimula, departamento de Chiquimula.

Este caso no constituye una epidemia ni un brote. Se trata de una situación puntual y aislada. La infestación humana por el gusano barrenador es poco común, incluso en contextos donde el parásito ha sido detectado en animales. Es importante aclarar que este tipo de infección parasitaria en humanos suele estar relacionada con factores específicos como heridas sin tratar, condiciones de poca higiene o exposición prolongada en ambientes rurales o periurbanos.

El caso corresponde a una persona de 86 años, que reside en el área urbana del municipio de Chiquimula y que sufrió una caída que le provocó múltiples heridas. Debido a una combinación de factores que facilitaron la exposición de las lesiones a moscas, al acudir a servicios médicos se identificó una infestación larvaria y se notificó al Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación (MAGA) y a la Dirección Departamental de Redes Integradas de Servicios de Salud (DDRISS) de Chiquimula. El paciente actualmente no presenta complicaciones y se encuentra bajo tratamiento y seguimiento por el equipo de la DDRISS.

Confirmación de laboratorio

Las muestras recolectadas fueron enviadas y procesadas por la Dirección del Laboratorio Nacional de Salud del MSPAS y por el Laboratorio de Sanidad Animal del MAGA, de acuerdo con el protocolo vigente. Ambos laboratorios confirmaron que se trataba del gusano barrenador del ganado.

No es una enfermedad contagiosa

El gusano barrenador del ganado no representa una enfermedad contagiosa. No se transmite por contacto directo entre personas, ni tampoco de animales a humanos. La única vía de infestación es cuando la mosca adulta del gusano barrenador deposita sus huevos en una herida abierta o sin higiene. Las larvas nacen y comienzan a alimentarse del tejido vivo, lo que genera la lesión. Por eso, la presencia de larvas en una persona no implica ningún riesgo de transmisión para quienes conviven con ella. Con el tratamiento oportuno y adecuado, el riesgo de complicaciones para el paciente es bajo.

Respuesta sanitaria y vigilancia

Desde octubre de 2024, tras la detección del gusano barrenador del ganado en animales, el país se encuentra bajo estado de emergencia zoosanitaria. En este marco, las autoridades han activado protocolos de vigilancia y respuesta, extendiendo ahora estas acciones al ámbito de salud humana. En el caso de Chiquimula, se ha coordinado de inmediato con el MAGA departamental y la Dirección del Laboratorio Nacional de Salud (DLNS) para contener posibles riesgos y reforzar la vigilancia. Además el MAGA realizará un seguimiento y supervisión en la vivienda del paciente, en búsqueda de larvas y moscas para prevenir más casos.

El MSPAS y el MAGA mantienen activos los lineamientos para la vigilancia, detección temprana y atención de casos sospechosos. Asimismo, se recomienda seguir con atención las medidas de prevención y estar alerta a los síntomas en personas y animales.

Prevención y síntomas en personas

Para prevenir la infestación por el gusano barrenador del ganado en humanos, se recomienda cubrir adecuadamente cualquier herida abierta, mantener una buena higiene personal y del entorno doméstico, evitar el contacto de heridas con moscas u otros insectos, usar ropa que proteja la piel en zonas rurales y tratar de inmediato cualquier lesión. También es importante seguir normas básicas de limpieza, como el lavado frecuente de manos y la correcta preparación de alimentos y disposición de desechos sólidos.

Los principales signos de alerta en personas incluyen dolor localizado, picazón en la piel, lesiones rojas y abultadas, heridas que supuran o no cicatrizan, y, en algunos casos, el movimiento visible de larvas bajo la piel. Ante cualquiera de estos síntomas, se debe acudir sin demora al servicio de salud más cercano para evitar complicaciones y recibir el tratamiento adecuado.

Tienen mayor riesgo de infestación las personas de la tercera edad, quienes padecen enfermedades que limitan su movilidad o sensibilidad, y aquellas que viven en condiciones de precariedad que dificultan el acceso a la higiene y la atención médica. Es fundamental prestar especial atención a estos grupos.

Además, se recomienda reportar cualquier caso sospechoso al servicio de salud más cercano.

Prevención y síntomas en animales

Para prevenir la infestación por el gusano barrenador del ganado en animales, es necesario revisar diariamente su estado de salud, transportar únicamente ejemplares sanos y sin heridas, y curar de forma inmediata cualquier lesión. La infestación puede comenzar en cualquier herida abierta y comprometer seriamente su bienestar.

Casos en la región y llamado a la población

Este es un caso aislado y su aparición en humanos es excepcional. En Guatemala no se habían reportado casos desde hace 30 años. Aunque la reaparición del gusano barrenador del ganado en Centroamérica ha sido motivo de atención regional, los casos humanos confirmados siguen siendo muy escasos. En México, por ejemplo, se registraron dos casos este año en zonas rurales del estado de Chiapas, que tienen en común las condiciones de exposición, no la transmisión entre personas.

El MSPAS exhortó a la población a mantenerse informada únicamente por canales oficiales y a colaborar con las autoridades en la detección y prevención oportuna de posibles casos.

Mediante el análisis de aguas residuales de la ciudad de Salto, en Uruguay, investigadores de este país detectaron la presencia del virus del papiloma humano (VPH) y de genotipos asociados al desarrollo de cáncer de cuello de útero, lo que posiciona a esta metodología de monitoreo como una herramienta útil en países en desarrollo, donde escasea la información epidemiológica.

Un reciente artículo señala que los datos obtenidos pueden facilitar estudios epidemiológicos y estrategias de prevención de los tipos de cáncer vinculados con el virus.

Información oculta en el agua

Las aguas residuales, aquellas que se descartan a través de la red de saneamiento luego de ser utilizadas a nivel doméstico o comercial, han sido objeto de estudios para conocer el estado de salud de una población porque contienen rastros de patógenos que se eliminan naturalmente a través de los fluidos corporales y agua de lavado.

Precisamente, en el caso del VPH, la presencia del virus en aguas residuales puede provenir del lavado de la piel, la orina o las heces. Estudios internacionales que analizaron la presencia de este virus en estas aguas observaron frecuencias que oscilan entre 31% en Egipto y 81% en Italia, por ejemplo.

El VPH es un virus que se propaga a través del contacto sexual con una persona infectada y puede causar desde verrugas genitales hasta varios tipos de cáncer, en especial de cuello de útero en las mujeres. En el mundo, este cáncer es la cuarta causa de muerte entre la población femenina.

De los 200 genotipos del VPH conocidos, solo algunos están relacionados con esta enfermedad, como los genotipos 16 y 18. Su detección clínica a través de pruebas como el Papanicolau es clave para identificar la enfermedad a tiempo.

Una ciudad como muestra

En Uruguay, el estudio de las aguas residuales se llevó a cabo en Salto, una ciudad de 114.000 habitantes ubicada al norte del país, y fue liderado por investigadores del Laboratorio de Virología Molecular del Centro Universitario de Salto (CENUR), Regional Norte de la Universidad de la República, el hospital público de la ciudad y la sede local de Obras Sanitarias del Estado, la empresa pública uruguaya que gestiona el agua potable y el saneamiento.

El trabajo se extendió entre setiembre de 2022 y agosto de 2023 y tomó muestras mensuales de la red de saneamiento, que representan 86% de la localidad.

Mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) se detectó la presencia del virus en 75% de las muestras y con la secuenciación del ADN se identificaron 28 genotipos. De ellos, ocho eran de alto riesgo para cáncer de cuello de útero –como los genotipos 16 y 18–, seis eran de bajo riesgo –como el 6 y el 11, asociados con las verrugas genitales–, y los 14 restantes eran otros genotipos generales.

Además, el estudio analizó 140 muestras clínicas de Papanicolau tomadas a pacientes. De ellas, 63 (45%) fueron positivas para VPH y se detectaron 21 genotipos: nueve de alto riesgo, cinco de bajo riesgo y siete generales.

Al comparar los genotipos frecuentes en ambas matrices se observó que los cuatro más prevalentes en las muestras clínicas (6, 16, 31 y 66) también se detectaron en las muestras de aguas residuales.

En general, 88% de los genotipos detectados estuvieron en ambas muestras, lo que indicaría que este enfoque de epidemiología basado en aguas residuales es útil para la vigilancia del VPH.

El 13% de genotipos que solo se registraron en las muestras clínicas puede deberse a las limitaciones de muestreo, que podrían reducirse aumentando su frecuencia, por ejemplo.

Llamó la atención la variedad de genotipos detectados pero, debido a la baja cobertura vacunal contra el VPH en el país, esto era esperable.

En Uruguay, la vacuna se ofrece de manera gratuita a todas las personas de entre 11 y 26 años de edad, sin importar el sexo, pero no forma parte del plan vacunal obligatorio. En 2023, el país presentó una cobertura vacunal de 65% para mujeres menores de 15 años y 55% para varones con primera dosis.

La vacuna contra el VPH requiere de dos o tres dosis, dependiendo de la edad y otros factores.

Debido a las campañas de vacunación impulsadas en los últimos años en Uruguay, se espera que, al aumentar la vacunación, la cantidad de genotipos de alto riesgo disminuya en frecuencia y cantidad.

Este tipo de estudios puede considerarse un legado de la pandemia, ya que antes de la covid, prácticamente solo se monitoreaban virus transmitidos por vía fecal-oral –como los norovirus– en aguas residuales y cloacales. Hoy, muchos grupos de trabajo están considerando este monitoreo ambiental de virus tan diversos, como los arbovirus y otros, como una posibilidad de conocer qué está pasando en la población incluso antes de observar casos.

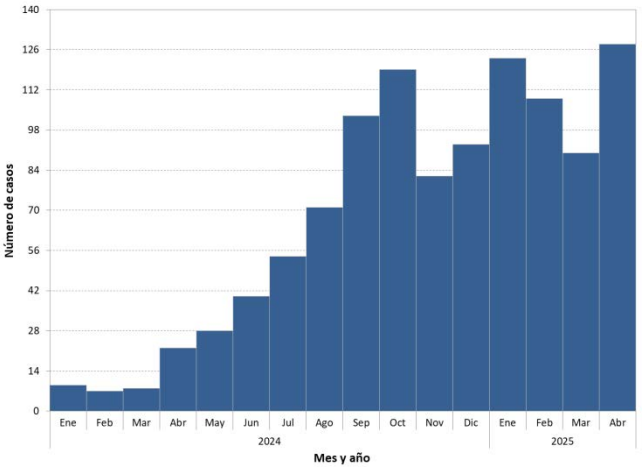
Además, este tipo de trabajos también son importantes para el manejo vacunal y otras alternativas de prevención de enfermedades humanas.

CHEQUIA

NOTABLE AUMENTO DE LOS CASOS DE HEPATITIS A

05/05/2025

En los primeros cuatro meses de este año, ya se han registrado 450 casos de hepatitis A en Chequia, de los que seis fallecieron a causa de esta enfermedad. Los datos del año pasado, cuando se registraron 636 casos, incluidas dos muertes, ya indicaban una propagación gradual de la infección en toda la república y, lamentablemente, esta tendencia continúa.



Casos notificados de hepatitis A, por mes. Chequia. De enero de 2024 a abril de 2025. Fuente: Instituto Estatal de Salud. (N=1.086)

"Al comparar las cifras de todo el año pasado con las de los primeros cuatro meses de este año, se observa claramente un fuerte aumento de casos. La hepatitis A afecta a regiones de todo el país. Středočeský (87 casos), Moravskoslezský (83) y Praha (73) registran el mayor número de casos. Aumenta gradualmente en la población el número de personas susceptibles, es decir, aquellas que aún no han contraído la enfermedad o no están vacunadas. Por lo tanto, tienen mayor probabilidad de infectarse al entrar en contacto con una persona u objetos infectados. Además de la población infantil, la propagación de la hepatitis A también se ha registrado en adolescentes y adultos jóvenes, así como en personas con comportamientos de riesgo, especialmente entre drogadictos y personas sin hogar. La transmisión de la infección se produce principalmente debido a las malas condiciones de higiene. Debido al largo periodo de incubación, la evolución a menudo asintomática y el creciente incumplimiento de las medidas antiepidémicas prescritas y los hábitos de higiene básicos, la infección tiene muy buenas condiciones para propagarse", explicó la directora del Instituto Estatal de Salud (SZÚ), Dra. Barbora Macková.

"En Praha, casi un tercio de los casos se reportan en personas sin hogar, la mayoría de las cuales también consumen drogas. Es muy difícil para estas personas cumplir con las medidas antiepidémicas, y el rastreo de contactos es especialmente problemático; en la mayoría de los casos, no podemos rastrearlos. Por eso hemos suministrado la vacuna a los centros Naděje y del Ejército de Salvación, donde los trabajadores ofrecen activamente esta protección a los clientes de forma gratuita. Estos centros también cooperan en el rastreo de contactos", confirmó la directora del Departamento de Control de Enfermedades del Centro de Higiene de Praha, Dra. Martina Marešová, quien añadió que en Praha también se vacuna a los trabajado-

res agrícolas que tienen contacto estrecho con personas que viven en la calle y consumidores de droga, les ayudan con alojamiento temporal o les solucionan problemas de salud.

En cuanto al umbral numérico, frecuentemente solicitado, para conocer el estado de la epidemia, no se ha establecido. Pero se sabe por experiencia que un solo caso confirmado puede suponer posteriormente un gran problema. En la hepatitis A, la mayoría de los casos, especialmente en niños, son asintomáticos y las personas son infecciosas desde aproximadamente la mitad del período de incubación. Lo más probable es que haya muchas más personas infectadas, por lo que cada caso es una advertencia para los epidemiólogos.

La tendencia negativa de la rápida propagación de la hepatitis A en Chequia no se detendrá de la noche a la mañana. Por lo tanto, es necesario que las personas sean conscientes del riesgo para que presten atención a la prevención. La base es una estricta higiene y también está disponible la vacunación. La vacunación en Chequia no es obligatoria ni está cubierta, pero muchas compañías de seguros médicos contribuyen a ella en sus programas de prevención, y esta inversión, que supone unos 80 dólares por dosis, merece sin duda la pena.

“Los centros regionales de higiene pueden solicitar vacunaciones de emergencia como parte de una investigación basada en una evaluación de la situación en su región. Ya están utilizando esta herramienta, y si se realizan, la vacuna es financiada por la población”, recordó Barbora Macková.

En Chequia existen vacunas seguras y eficaces para niños y adultos. La protección básica se consigue después de la aplicación de una única dosis. Para obtener una protección a largo plazo es necesaria una segunda dosis de refuerzo, que se administra entre 6 y 18 meses después de la primera.

La medida básica en caso de un brote de hepatitis A es el aislamiento del paciente, normalmente en una sala de enfermedades infecciosas. Al notificar el caso, el personal del servicio de higiene realiza una investigación epidemiológica con el paciente, centrándose en dónde y cómo se pudo haber transmitido la infección. También se buscan contactos que puedan haber sido infectados por el paciente. Los contactos reciben supervisión médica, en la que son monitoreados y examinados durante el período máximo de incubación (50 días). Si no han pasado más de 14 días desde el último contacto con el paciente, también se ofrece la vacunación, que todavía puede prevenir la enfermedad, y posiblemente aliviar su curso. Los trabajadores de epidemiología de los puestos de higiene registraron un total de 6.375 contactos en toda Chequia solo el año pasado.

La propagación de la hepatitis A no se limita a Chequia: otros países europeos, como Eslovaquia y Hungría, también informan de desarrollos similares. Actualmente también se notifican casos en Irlanda y Gran Bretaña, por lo que es muy importante prestar atención a la prevención, especialmente al comienzo de la temporada de viajes.

“En relación a la preparación de un nuevo sistema para la comercialización de vacunas, preveo un debate importante sobre las posibilidades de reembolso de la vacuna contra la hepatitis A, dada la situación epidemiológica actual. Ya se está debatiendo en círculos profesionales y lo iniciaremos a nivel del Ministerio de Salud y las aseguradoras sanitarias”, explicó la directora del SZÚ, Barbora Macková.

Brotes simultáneos de conjuntivitis, enfermedad de manos, pies y boca, e influenza estacional, además del riesgo de mpox, han generado alarma en Eswatini, mientras que los recortes de financiación de Estados Unidos ponen en duda la capacidad del país para manejar múltiples amenazas de enfermedades.

Una enfermera sujeta a un niño pequeño preparándolo para una inyección.

El Ministerio de Salud de Eswatini dijo que está operando en "modo de alerta" para fomentar la vigilancia y la intervención temprana, pero las organizaciones locales dicen que las respuestas del gobierno son inconsistentes y que hay apoyo limitado para las comunidades vulnerables.

Un brote de mpox en la vecina Sudáfrica en marzo aumentó los temores de que la enfermedad pudiera propagarse a través de la frontera, mientras que los casos de influenza y conjuntivitis han aumentado en el propio Eswatini, según las autoridades sanitarias.

"Sabíamos de la influenza estacional y la conjuntivitis, pero la mpox es una preocupación nueva para nosotros", dijo Cedric Chirwa, presidente del Comité de Escuelas y Asociación de Padres de Eswatini (ESCAPA). "Sabemos poco al respecto, salvo lo que nos dicen los países vecinos".

Chirwa, que tiene dos hijos en edad escolar, dijo que había intentado implementar medidas de higiene preventiva en casa después de los anuncios de salud pública.

Pero lamentó: "Los desinfectantes ya no son tan baratos como antes de la covid. Su costo supone una gran carga financiera para las familias rurales".

Según Chirwa, los intentos del Ministerio de Salud de comunicar mensajes de salud pública a las comunidades han resultado insuficientes.

"Aquí todo sigue igual", añadió. "La gente se comporta como si no hubiera ningún brote".

Thandiwe Dlamini, una cuidadora anciana que cría a cinco nietos huérfanos, destacó la escasez de medicamentos para los afectados por los brotes.

"Se acerca el invierno y estoy muy preocupada por mis nietos", dijo, y agregó: "No hay medicamentos cuando realmente los necesitamos".

Desinformación y mitos

Los profesionales médicos han observado un marcado aumento de las enfermedades estacionales y han expresado su preocupación por la desinformación y las clínicas con recursos insuficientes.

Mduduzi Mbuyisa, médico de la organización benéfica de atención médica The Luke Commission, que trabaja estrechamente con comunidades rurales en la prevención de enferme-

dades y la educación para la salud, dijo: “El aumento de enfermedades ha provocado una mayor ansiedad en nuestras comunidades, lo que resulta en una fuerte demanda de información precisa. Si bien algunos miembros de la comunidad buscan activamente esta información, otros se muestran escépticos ante los mensajes de salud que se comparten”.

Un enfermero administrando vacunas a pacientes.

Y añadió: “Uno de nuestros principales retos es combatir la desinformación y, al mismo tiempo, garantizar que haya suficientes recursos disponibles para las pruebas, la vacunación y el tratamiento”.

Mbuyisa advirtió que las instalaciones públicas pueden carecer de los medios para responder eficazmente y dice que se están arraigando creencias dañinas.

“Las instalaciones públicas pueden tener recursos inadecuados y los costos pueden ser prohibitivos para las comunidades de bajos ingresos”, explicó.

“Además, circulan mitos preocupantes, como la creencia de que estas enfermedades son provocadas por el hombre para obligar a la gente a vacunarse, o que las vacunas son de alguna manera malévolas”.

Los recortes de financiación hacen mella

Esto ocurre mientras el reciente retiro del apoyo de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) deja importantes brechas en la infraestructura sanitaria de Eswatini, incluida la capacidad de fuerza laboral y el acceso a medicamentos esenciales.

“Los recortes de financiación han dejado a muchos cuestionando la capacidad de las autoridades sanitarias locales para responder eficazmente a las crisis sanitarias”, dijo Mbuyisa.

Agregó que su equipo está educando al público sobre prácticas de prevención de enfermedades, como el lavado de manos y el aislamiento de los enfermos, pero que se necesita urgentemente una campaña de salud pública más coordinada.

“De cara al futuro, debemos mejorar nuestras estrategias de comunicación”, añadió. Esto incluye organizar giras de presentación, distribuir folletos, aprovechar las redes sociales para generar conciencia y mejorar el acceso a los recursos de atención médica en los centros de salud públicos.

Adman Shabangu, médico superior de salud pública del Ministerio de Salud de Eswatini, dijo: “Estamos comprometidos a informar al público, pero necesitamos que las familias participen activamente en estas prácticas de salud”.

El oficial de comunicaciones Nsindiso Tsabedze dijo que el Ministerio estaba emitiendo comunicados de prensa y utilizando las redes sociales para difundir información sanitaria importante.

El Ministerio confirmó un brote de enfermedad de manos, pies y boca en la región de Manzini, que afecta principalmente a niños, como parte de sus continuos esfuerzos de vigilancia de la enfermedad.

Se ha confirmado la presencia de la mpox en varios países del sur de África, incluidos Sudáfrica y la República Democrática del Congo.

Tsabedze y Shabangu afirmaron que no existen estadísticas específicas sobre la prevalencia de brotes de enfermedades en Eswatini. La falta de datos, según afirmaron, dificulta la asignación de recursos o la previsión de las necesidades de la comunidad con la llegada de la temporada de frío.

Una enfermera educa a niños sobre medidas preventivas.

Los miembros de la comunidad dicen que la ausencia de cifras claras también está alimentando la confusión y la desconfianza. “La ausencia de estos datos hace que sea más difícil responder a nivel de salud de la población”, dijo Mbuyisa.

“Coloca a las familias en un estado de vulnerabilidad y ansiedad, especialmente a medida que se acerca el invierno, una época del año en la que las enfermedades respiratorias se vuelven más comunes”.

La Organización Mundial de la Salud instó a los países africanos a reforzar su capacidad de vigilancia de brotes y garantizar que datos precisos y en tiempo real impulsen los planes de respuesta nacionales.

CONFIRMARON 32 CASOS DE SARAMPIÓN

11/05/2025

El Ministerio de Salud de Israel informó 32 casos confirmados de sarampión. Los casos provienen de Modi'in Illit, Emek Hefer, Or Akiva, Bnei Brak, Jerusalem, Baqa al-Gharbiyye, Beit Yitzhak y Rehovot. De los 32 casos, tres aún se encuentran bajo investigación epidemiológica y 26 personas (81%) no estaban completamente vacunadas.

Tras el llamado del Ministerio de Salud a vacunarse, esta semana se registró un aumento de 37% en las vacunaciones en zonas con casos confirmados, entre ellas Modiin Illit, Bnei Brak y Jerusalem.

Ante el creciente número de casos de sarampión, el ministerio de Salud está abriendo clínicas especializadas para mejorar el acceso a la vacunación.

El ministerio enfatiza que cualquier persona que haya estado en contacto con un caso confirmado de sarampión debe seguir sus pautas con respecto a las pruebas y la vacunación, y debe evitar los espacios públicos.

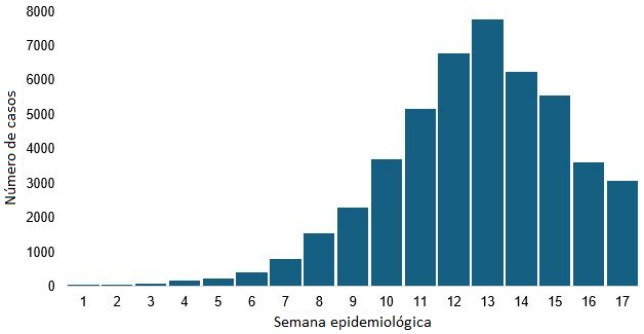
Si la persona expuesta es una mujer embarazada no vacunada, una persona con un sistema inmunitario debilitado o un bebé, debe consultar a su médico sobre la posibilidad de recibir inmunización pasiva contra el sarampión.

El ministerio insta a la población a asegurarse de tener sus vacunas al día de acuerdo con el calendario nacional de vacunación.

Las personas nacidas antes de 1957 que estuvieron expuestas al sarampión en la infancia no necesitan vacunarse.

Además, el ministerio recomienda verificar su estado de vacunación y vacunarse antes de viajar al extranjero, especialmente si no ha recibido dos dosis de la vacuna contra el sarampión.

La Réunion, Francia



Casos de fiebre chikungunya, según semana epidemiológica. La Réunion. Año 2025, hasta semana epidemiológica 17. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

En agosto de 2024, la Agencia Regional de Salud (ARS) de La Réunion, Francia, notificó tres casos autóctonos de fiebre chikungunya. En total, desde el inicio del brote en agosto de 2024 hasta el 4 de mayo de 2025, se notificaron en la isla más de 47.500 casos confirmados de fiebre chikungunya y más de 170.000 consultas por sospecha de esta enfermedad. El aumento de casos se observó desde principios de 2025, con un incremento semanal de 30 casos a fines de 2024 a 4.000 durante la semana epidemiológica (SE) 11, lo que indica un incremento de más de 100 veces.

El cuadro clínico general de la enfermedad es generalmente leve; sin embargo, entre el 1 de enero y el 4 de mayo, se reportaron 340 hospitalizaciones. El 43% de los pacientes hospitalizados eran adultos mayores de 65 años y aproximadamente 25% eran menores de seis meses. Más de 95% de los pacientes hospitalizados presentaban al menos un factor de riesgo de enfermedad grave, incluyendo comorbilidad, grupos etarios (mayores de 65 años y lactantes) o embarazo. Además, 74 mujeres embarazadas y 48 lactantes menores de seis meses fueron hospitalizados para seguimiento a corto plazo (2-3 días).

Hasta la fecha, se han notificado 66 casos graves (definidos como aquellos con al menos un fallo orgánico). Estos incluyeron 36 adultos mayores de 65 años con comorbilidades, siete menores de 65 años con comorbilidades y 23 bebés menores de 3 meses. Durante el brote, 12 muertes ocurridas entre el 9 de marzo y el 27 de abril (SE 11 a SE 17) en personas mayores de 70 años con comorbilidades se clasificaron como relacionadas con la fiebre chikungunya, y otras 28 muertes se encuentran actualmente en investigación, incluida una muerte neonatal.

El número acumulado de casos continúa aumentando, siendo los municipios del sur los más afectados por el virus, en particular Le Tampon. Hasta la fecha, todos los municipios han reportado casos.

El anterior gran brote en La Réunion ocurrió en 2005-2006, con un total estimado de casos que osciló entre 244.000 y más de 300.000.

En marzo de 2025, se notificaron casos importados como consecuencia de viajeros que habían visitado La Réunion en Mayotte (2 casos), Wallis et Futuna (1) y Martinique (1).

Mayotte, Francia

Hasta el 4 de mayo de 2025, la ARS de Mayotte (Francia) notificó un total de 116 casos de fiebre chikungunya, incluidos 29 casos importados, 57 casos autóctonos y 30 casos en investigación. El primer caso importado se identificó el 5 de marzo en el noreste de la isla, seguido de otros casos notificados en varias comunas. Esto marca los primeros casos autóctonos de

fiebre chikungunya desde el brote de 2005-2006, que se saldó con aproximadamente 7.300 casos. Se ha notificado una hospitalización y ninguna muerte hasta la fecha.

Respuesta de salud pública

La Réunion, Francia

El 13 de enero de 2025, la prefectura de La Réunion activó el nivel 3 del plan de arbovirus de la Organización de Respuesta de Seguridad Civil (ORSEC), lo que indica una epidemia de baja intensidad. Este nivel se elevó al nivel 4 el 14 de marzo, lo que indica una epidemia de intensidad media. El plan de arbovirus de la ORSEC es un subconjunto específico del plan departamental del ORSEC, un marco integral de respuesta a emergencias utilizado en Francia. Está diseñado para combatir enfermedades transmitidas por mosquitos como el dengue, la fiebre chikungunya y la fiebre zika. Sus objetivos incluyen garantizar la prevención y la vigilancia de los arbovirus, coordinar a las partes interesadas y definir los métodos de intervención. Desde la activación del nivel 4 del plan de arbovirus de la ORSEC, la autoridad regional de salud pública de La Réunion ha implementado diversas medidas:

- **Manejo de casos graves de fiebre chikungunya en recién nacidos y lactantes**: Las unidades de neonatología, cuidados intensivos y cuidados intensivos pediátricos del Centro Hospitalario Universitario Sur de La Réunion han establecido un protocolo para el manejo de casos graves de fiebre chikungunya infantil. Este protocolo incluye seguimiento por un neonatólogo o neuropediatra especializado al mes, con visitas de seguimiento adicionales programadas en caso de encefalitis o anomalías neurológicas.
- **Medidas de control de vectores**: Se han contratado especialistas adicionales en control de vectores para reforzar las capacidades de la autoridad sanitaria regional de La Réunion. Además, los equipos locales de control de vectores han aumentado el número de puntos de intervención en la isla. Se están adquiriendo mosquiteros, incluyendo mosquiteros con insecticidas de larga duración para niños y mujeres embarazadas.
- **Movilización de la reserva nacional de salud de Francia para apoyar las capacidades de recursos humanos en el control de vectores y la atención crítica en hospitales**: A través de su reserva nacional de salud, Francia ha movilizado ingenieros ambientales y especialistas en control de vectores para reforzar las capacidades de control de vectores de La Réunion. Se prevé una mayor movilización de personal sanitario para apoyar a los hospitales de la isla.
- **Vacunación**: Se vacuna a los adultos menores de 65 años con comorbilidades y a los grupos profesionales con mayor riesgo de exposición, como los profesionales del control de vectores. En esta fase, no se recomienda la vacuna a mujeres embarazadas ni a personas mayores de 65 años. La campaña de vacunación comenzó el 7 de abril.
- **Estrategias de mitigación a nivel hospitalario**: Para mitigar el impacto de un aumento de casos de fiebre chikungunya en los hospitales, se han implementado diferentes estrategias para aumentar la capacidad de admisión y agilizar el flujo de pacientes.
  - Se ha instalado una carpa de triage frente al Centro Hospitalario Universitario para identificar a los pacientes con fiebre chikungunya a medida que llegan y redirigirlos hacia una ruta de atención específica.
  - Se han puesto a disposición camas adicionales.
  - Se han emitido recomendaciones públicas para evitar acudir a los servicios de urgencias por situaciones no críticas y para consultar con el médico de cabecera o ponerse en contacto con los servicios de urgencias antes de visitarlos.

Mayotte, Francia

- El 26 de marzo, la prefectura de Mayotte activó el nivel 2A del plan ORSEC contra los arbovirus tras la confirmación de un caso autóctono de fiebre chikungunya.
- Se intensificaron los esfuerzos de control de vectores, incluida la distribución selectiva de mosquiteros y repelentes, así como tratamientos con insecticidas y larvicidas en los casos identificados.
- Las autoridades sanitarias reforzaron las capacidades hospitalarias mejorando las capacidades de diagnóstico y de laboratorio, fortaleciendo la vigilancia intrahospitalaria e implementando medidas de prevención de infecciones para proteger al personal y a los pacientes.
- Se intensificaron las campañas de concienciación pública para informar a las comunidades sobre las medidas de prevención y los síntomas, y para fomentar la consulta médica temprana en casos sospechosos.

Respuesta de la OMS

Como parte de la implementación de la Iniciativa Mundial contra los Arbovirus, la OMS colabora activamente con los países para fortalecer su capacidad de atención sanitaria y vigilancia. La OMS ha estado apoyando a los países en:

- Preparación y respuesta ante posibles brotes, incluida la organización de los servicios de salud.
- Implementación de una vigilancia y control integrados y eficaces de los vectores por parte de los países afectados mediante la publicación de directrices y el suministro de materiales de vigilancia epidemiológica y asistencia técnica a las autoridades nacionales.
- Fortalecimiento de la capacidad de laboratorio, para permitir un diagnóstico oportuno y preciso y la detección de casos en toda la región.
- Capacitación clínica a los trabajadores de la salud y la atención, mediante seminarios web y sesiones de actualización: el 7 de mayo de 2025 se celebró un seminario web de la Red de Información sobre Epidemias de la OMS (EPI-WIN) dedicado a la fiebre chikungunya.
- Despliegue de expertos a países que están experimentando brotes de gran magnitud.
- Asesoramiento sobre evaluación y comunicación de riesgos.

Evaluación de riesgos de la OMS

El virus Chikungunya se transmite principalmente por mosquitos de la especie *Aedes* y la enfermedad se caracteriza por la aparición repentina de fiebre, frecuentemente acompañada de dolor e inflamación articular intensos, que suele ser muy debilitante y puede durar varios meses o incluso años. Pueden producirse muertes asociadas a la infección, pero suelen ser poco frecuentes y se presentan en casos de enfermedad grave, que se reporta principalmente en adultos mayores con afecciones médicas subyacentes o bebés infectados durante el parto. El virus Chikungunya puede causar grandes epidemias, especialmente cuando se introduce en poblaciones humanas inmunológicamente naïves (sin infección previa). Estos brotes tienen una alta tasa de ataque, lo que exige considerablemente al sistema de salud pública la vigilancia, la gestión de casos y la realización de pruebas de diagnóstico diferencial de laboratorio para diferenciar la fiebre chikungunya de la enfermedad causada por virus transmitidos por mosquitos que circulan simultáneamente, como el dengue. El virus Chikungunya también puede transmitirse de madres virémicas a recién nacidos durante el parto, a personal de laboratorio que manipula aislados del virus o muestras infectadas, y posiblemente a través de transfusiones de sangre y hemoderivados o trasplantes de órganos.

Se han documentado brotes de fiebre chikungunya en islas y países ribereños de los océanos Índico y Pacífico, con grandes poblaciones de mosquitos del género *Aedes*, principalmente *Aedes aegypti*. Sin embargo, los grandes brotes en las islas del océano Índico entre 2005 y 2007 se caracterizaron por una mayor transmisión del mosquito *Aedes albopictus*, que era más abundante en La Réunion y Mauricio en ese momento, y que se vio facilitada por una mutación viral que incrementó la transmisibilidad de este vector. La Réunion está experimentando nuevamente un gran brote de fiebre chikungunya, y Mayotte ha notificado casos autóctonos por primera vez en casi 20 años, lo que indica una reintroducción del virus.

El virus Chikungunya puede ser introducido a nuevas áreas por viajeros infectados y puede establecer transmisión local en presencia de vectores y una población susceptible.

El impacto de los brotes actuales depende de varios factores, como la capacidad actual para una respuesta coordinada de salud pública y el manejo clínico, y la proporción de población susceptible a los arbovirus. Esta población susceptible incluye a personas que no tienen inmunidad debido a que no han estado expuestas previamente al virus, ya que en esta situación no se ha registrado transmisión durante los últimos 20 años. Los niños pequeños, las personas mayores y quienes tienen afecciones preexistentes como diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares tienen un mayor riesgo de desarrollar una enfermedad grave. Además, las personas que viven en zonas con altas poblaciones de mosquitos y medidas inadecuadas de control de vectores tienen un mayor riesgo de infección. Las estrategias eficaces de salud pública, como la vacunación, el control de vectores y la educación comunitaria, son cruciales para reducir la proporción de personas susceptibles y prevenir brotes.

En algunas zonas, la falta de instalaciones médicas y el acceso geográfico son limitados, lo que dificulta el acceso a la atención sanitaria básica. Otros desafíos pueden ser el desabastecimiento de varios suministros esenciales para la prevención y el control, la falta de reactivos y consumibles para el diagnóstico de laboratorio, y la necesidad de capacitar de nuevo a los equipos de campo y al personal sanitario.

La Réunion informó el primer brote a gran escala en casi dos décadas, y el inicio de la transmisión autóctona en Mayotte sugiere que se puede esperar una mayor actividad del brote en las islas del Océano Índico, con suficientes humanos inmunológicamente naïves y poblaciones de vectores *Aedes* para sostener la transmisión humano-mosquito-humano.

Consejos de la OMS

La OMS reiteró a todos los países la importancia de fortalecer:

1) su capacidad sanitaria para detectar y gestionar rápidamente los casos;
2) su capacidad de laboratorio para el reconocimiento y la confirmación oportunos de los casos; y
3) su capacidad de vigilancia para detectar rápidamente las tendencias en la incidencia e implementar medidas de control.

Es importante mantener un estrecho seguimiento de la situación en la región mediante una activa coordinación transfronteriza e intercambio de información debido a la posibilidad de que se presenten casos en países vecinos.

La OMS alienta a los países a desarrollar y mantener la capacidad de detectar y confirmar casos, atender a los pacientes e implementar estrategias de comunicación social para obtener el apoyo comunitario y reducir la presencia de mosquitos vectores. Esto incluye capacitar y alertar al personal sanitario sobre la detección de casos y sus posibles complicaciones, identificar los grupos de riesgo de enfermedad grave, garantizar un manejo clínico adecuado y rea-

lizar el seguimiento de los casos para prevenir muertes. Las medidas integradas y específicas de vigilancia y control de vectores son esenciales para reducir las tasas de transmisión.

La fiebre chikungunya puede causar grandes brotes con altas tasas de ataque, afectando a entre un tercio y tres cuartas partes de la población sin antecedentes de la enfermedad, lo que podría suponer una gran carga para los sistemas de salud. La detección temprana de la progresión grave de la enfermedad y el acceso a atención médica adecuada son fundamentales para abordar las complicaciones clínicas y reducir la mortalidad.

Las medidas de prevención se centran principalmente en la vigilancia y el control de los mosquitos *Aedes* spp., que pican principalmente durante el día. Para protegerse de las picaduras de mosquitos, se recomienda usar ropa que minimice la exposición de la piel a los insectos, tanto en interiores como en exteriores. Los repelentes pueden aplicarse sobre la piel expuesta o la ropa, siguiendo estrictamente las instrucciones de la etiqueta del producto.

Actualmente existen dos vacunas contra la fiebre chikungunya que han recibido la aprobación regulatoria o se han recomendado para su uso en poblaciones de riesgo en varios países. Sin embargo, aún no están ampliamente disponibles ni se utilizan de forma generalizada. La OMS y asesores expertos externos están revisando los datos de eficacia y seguridad de los ensayos clínicos y posteriores a la comercialización de la vacuna, en el contexto de la epidemiología mundial de la fiebre chikungunya, para fundamentar posibles recomendaciones de uso.

Los servicios/autoridades nacionales de sangre deben monitorear la información epidemiológica y fortalecer la hemovigilancia para identificar cualquier posible transmisión transfusional del virus Chikungunya. Se deben tomar las precauciones de seguridad adecuadas para prevenir la transmisión transfusional del virus, según la situación epidemiológica y la evaluación de riesgos.

No se justifica en este momento ninguna medida relacionada con el tráfico y el comercio internacional.

El fiebre chikungunya es una enfermedad viral transmitida por mosquitos que causa fiebre y dolor articular intenso. Es causada por un virus de ácido ribonucleico (ARN) perteneciente al género *Alphavirus* de la familia *Togaviridae*. El virus Chikungunya (CHIKV) se transmite a los humanos por la picadura de mosquitos hembra infectados, comúnmente *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*. Estas dos especies también pueden transmitir otros virus, como el Dengue y el Zika. Pican principalmente durante el día, y pueden alcanzar su pico de actividad temprano por la mañana y al final de la tarde.

Los síntomas de la fiebre chikungunya aparecen entre 4 y 8 días (rango: 2-12 días) después de la picadura del mosquito infectado. La mayoría de los síntomas suelen remitir espontáneamente y durar de 2 a 7 días. La enfermedad se caracteriza por la aparición repentina de fiebre, frecuentemente acompañada de dolor articular intenso. Otros signos y síntomas comunes incluyen rigidez, artritis, dolor de cabeza, fatiga y sarpullido. El dolor articular suele ser debilitante y suele durar unos días, pero puede prolongarse, pudiendo durar semanas, meses o incluso años. Dado que los síntomas en las personas infectadas son similares a los observados en otras infecciones por arbovirus, la fiebre chikungunya puede diagnosticarse erróneamente en zonas donde también se presentan dengue y otras arbovirosis.

Aunque la mayoría de los pacientes se recuperan completamente de la infección, se han reportado casos ocasionales de complicaciones oculares, cardíacas y neurológicas con infecciones por el virus Chikungunya. Los pacientes en edades extremas tienen mayor riesgo de presentar una enfermedad grave, incluyendo recién nacidos infectados durante el parto de madres infectadas o picados por mosquitos infectados en las semanas posteriores al nacimiento, y personas mayores con afecciones médicas subyacentes. Los pacientes con enfermedad grave requieren hospitalización debido al riesgo de daño orgánico que puede ser mortal.

Una vez que una persona se recupera, la evidencia disponible sugiere que es probable que sea inmune a futuras infecciones por el virus Chikungunya. El tratamiento se dirige principalmente al alivio de los síntomas, incluyendo analgésicos para el dolor articular y antipiréticos para reducir la fiebre. No se debe administrar aspirina ni otros antiinflamatorios no esteroideos hasta que se pueda descartar el dengue para reducir el riesgo de sangrado. No existe un tratamiento antiviral específico para la fiebre chikungunya.

”Costaron una fortuna”, dijo Asmaa Fayez, que pudo comprar algunos calabacines en un mercado de Gaza. Los cocinó con arroz y se los llevó a su hijo de 4 años, quien ha estado hospitalizado durante toda la semana. Fue lo único que comió ese día, y quería más.

“Ya no hay, cariño”, respondió Fayez con voz suave. Aun así, “fue mejor que los frijoles enlatados y el atún que llevo otros días”, comentó.

Mahmoud Al-Beyram, herido en la cabeza cuando su casa familiar fue atacada por el ejército israelí, yace en la cama de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nasser en Khan Younis, Franja de Gaza, el 6 de mayo de 2025.

Los pacientes hospitalizados son algunos de los más vulnerables mientras los palestinos en distintos puntos de Gaza pasan problemas para alimentarse después de casi tres meses de bloqueo de Israel a los alimentos y suministros que ingresan al territorio.

Ante la incapacidad de los hospitales para proporcionar alimentos, los familiares deben llevar lo que puedan encontrar para alimentar a sus seres queridos.

“La mayoría, si no es que todos, los pacientes heridos han perdido peso, especialmente en los últimos dos meses”, señaló el Dr. Khaled Alserr, cirujano general en el Hospital Nasser de la ciudad de Jan Yunis. “También hacen falta suplementos nutricionales para los pacientes de la unidad de cuidados intensivos”, añadió.

“Tenemos las manos atadas en lo referente a tomar la mejor decisión para los pacientes. Las opciones son limitadas”, expresó.

Más hambre y menos suministros

La desnutrición va en aumento en toda Gaza, aseguran los grupos de ayuda. Durante el último mes se ha diagnosticado a miles de niños con desnutrición aguda, pero los adultos tampoco reciben los nutrientes adecuados, aseguró la Organización de Naciones Unidas (ONU). Unas 16.000 mujeres embarazadas y nuevas madres enfrentan desnutrición aguda este año, según estimaciones.

Desde que comenzó el bloqueo de Israel el pasado 2 de marzo, las fuentes de alimentos se han ido agotando. Los grupos de ayuda han dejado de distribuir alimentos. Las panaderías han cerrado. Las cocinas comunitarias que sirven platos de pasta o lentejas siguen siendo el último recurso para la mayoría de la población, pero estos lugares están cerrando rápidamente debido a la falta de suministros, afirmó la ONU.

Los mercados apenas tienen algunos productos enlatados y pequeñas cantidades de verduras, y los precios han ido en aumento. La producción local de verduras ha caído en picada debido a que las fuerzas israelíes han dañado 80% de las tierras agrícolas de Gaza, subrayó la ONU, y gran parte del resto es inaccesible dentro de las zonas militares recién declaradas.

El hijo de Fayez, Ali Al-Dbary, fue ingresado al Hospital Nasser por un bloqueo intestinal que le provocaba calambres intensos y le impedía ir al baño. Fayez cree que es porque ha estado comiendo poco más que productos enlatados. Se dio el lujo de comprar los calabacines, que ahora cuestan alrededor de 10 dólares por kilo. Antes de la guerra costaba menos de un dólar el kilo.

Asmaa Faraj, herida por metralla en un ataque del ejército israelí, se cubre el rostro mientras su hermano, Salwa, le ofrece galletas traídas de su casa en el Hospital Nasser de Khan Younis, Franja de Gaza, el 6 de mayo de 2025.

Los médicos dijeron que no hay un escáner que funcione en el hospital para diagnosticar a su hijo y decidir si necesita cirugía.

Israel afirmó que impuso el bloqueo y reanudó su campaña militar en marzo para presionar a Hamás a liberar a sus rehenes restantes y deponer las armas.

Hamás inició la guerra con su ataque del 7 de octubre de 2023 contra el sur de Israel, en el que los milicianos mataron a unas 1.200 personas, en su mayoría civiles, y tomaron a 251 como rehenes, la mayoría de los cuales han sido liberados en acuerdos de alto el fuego u otros pactos. La ofensiva de Israel ha cobrado más de 52.000 vidas de palestinos, en su mayoría mujeres y niños, según el Ministerio de Salud de Gaza, cuyo conteo no distingue entre civiles y combatientes.

Preocupación por los planes de Israel de controlar la ayuda

Funcionarios israelíes afirman que ingresó suficiente comida a Gaza durante un alto el fuego de dos meses a principios de este año. Los grupos defensores de los derechos humanos cuestionan dichas afirmaciones y califican al bloqueo como una "táctica de hambre" y un posible crimen de guerra.

Ahora Israel planea controlar la entrega de ayuda en Gaza mediante contratistas privados para distribuir suministros. La ONU y los grupos de ayuda rechazan la idea, argumentando que podría restringir quién es elegible para dar y recibir ayuda y podría obligar a un gran número de palestinos a desplazarse, en violación a las leyes internacionales.

La propuesta de Israel plantearía mayores desafíos para quienes se encuentran hospitalizados, y sus familiares que intentan alimentarlos. Desplazarse para tener acceso a la asistencia podría estar fuera de cuestión.

Otra paciente en el Hospital Nasser, Asmaa Faraj, de 19 años, tenía metralla en el pecho luego de que un ataque aéreo impactó cerca de su tienda de campaña y en una cocina comunitaria ubicada en un campamento para personas desplazadas fuera de Jan Yunis.

La única comida que tenía era una pequeña bolsa de dátiles, una galleta de dátil y algunas botellas de agua. Su hermana le trajo algunos encurtidos.

"Las personas solían traer fruta como regalo cuando visitaban a las personas enfermas en los hospitales", dijo su hermana, Salwa Faraj. "Hoy tenemos botellas de agua".

Su hermana necesita proteínas, frutas y verduras, pero no hay nada de eso, aseguró su hermana.

Mohammed al-Bursh pudo encontrar algunas latas de atún y frijoles para llevarle a su hijo Sobhi, de 30 años, quien resultó herido en un ataque aéreo hace tres meses. A Sobhi le amputaron el pie izquierdo y tiene dos vértebras del cuello destrozadas.

Sobhi Al-Bursh, herido en un bombardeo y que perdió un pie, recibe frijoles traídos de su casa por su padre, Mohamed, en el Hospital Nasser de Khan Younis, Franja de Gaza, el 6 de mayo de 2025.

Al-Bursh alimentaba tiernamente a su hijo con cucharadas de frijoles mientras él yacía inmóvil en la cama del hospital, con un collarín.

“Todo está caro”, dijo Sobhi al-Bursh, apretando los dientes por el dolor que dice es constante. Aseguró que limita lo que come para ayudar a que su padre pueda ahorrar algo de dinero.

Cree que su cuerpo necesita carne para sanar. “Han pasado tres meses, y nada sana”, expresó.

BROTE DE CRIPTOSPORIDIOSIS VINCULADO A VISITAS A UNA GRANJA

08/05/2025

Una investigación en curso sobre casos de criptosporidiosis en una granja de Cowbridge confirmó hasta ahora 74 casos.

El 8 de mayo se celebró la tercera reunión del Equipo de Control de Brotes de varias agencias para evaluar el brote en curso vinculado a las visitas a Cowbridge Farm Shop, Marlborough Grange Farm, Cross Ways, Cowbridge CF71 7LJ.

El brote ha provocado que 16 personas hayan debido ser hospitalizadas durante al menos una noche.

La granja ha cesado voluntariamente todas las actividades públicas de alimentación animal y está cooperando con la investigación.

Cryptosporidium es un parásito que puede causar enfermedades gastrointestinales, a menudo asociadas con el contacto con animales, especialmente con crías de animales de granja como terneros y corderos. Los expertos en salud pública advirtieron a quienes hayan estado en contacto con casos infectados que extremen las precauciones para evitar contagiar a otras personas.

Susan Mably, consultora en protección de la salud para Salud Pública de Gales, informó: "Seguimos trabajando con nuestros colaboradores para investigar este brote. Aunque la infección por *Cryptosporidium* suele ser leve y remite por sí sola, puede causar una enfermedad más grave en niños pequeños y personas con sistemas inmunitarios debilitados. Si alguien visitó la granja y no se encuentra bien, debe ponerse en contacto con su médico de cabecera. Es posible que esta infección se transmita de persona a persona, por ejemplo, si alguien cuida a un familiar enfermo. Es importante protegerse lavándose bien las manos, sobre todo antes de preparar alimentos".

Para ayudar a reducir el riesgo de infección, se recuerda a las personas que visitan granjas que sigan estas precauciones de higiene:

- Evitar el contacto cercano con animales, incluso acariciarlos, abrazarlos o besarlos, ya que esto aumenta significativamente el riesgo de enfermedad.
- Lavarse siempre bien las manos con agua tibia y jabón después de tocar animales, botas o ropa, y antes de comer o beber. Los geles de manos a base de alcohol no limpian bien. Usar siempre agua tibia y jabón.
- No comer ni beber mientras se tocan animales o se camina por la granja.
- Quitarse y limpiar el calzado y lavarse las manos después de salir de la granja.
- Supervisar de cerca a los niños para asegurar que se laven las manos correctamente y eviten el contacto cercano con los animales.
- Las mujeres embarazadas deben tener especial cuidado y evitar el contacto con los corderos recién nacidos durante la temporada de partos.

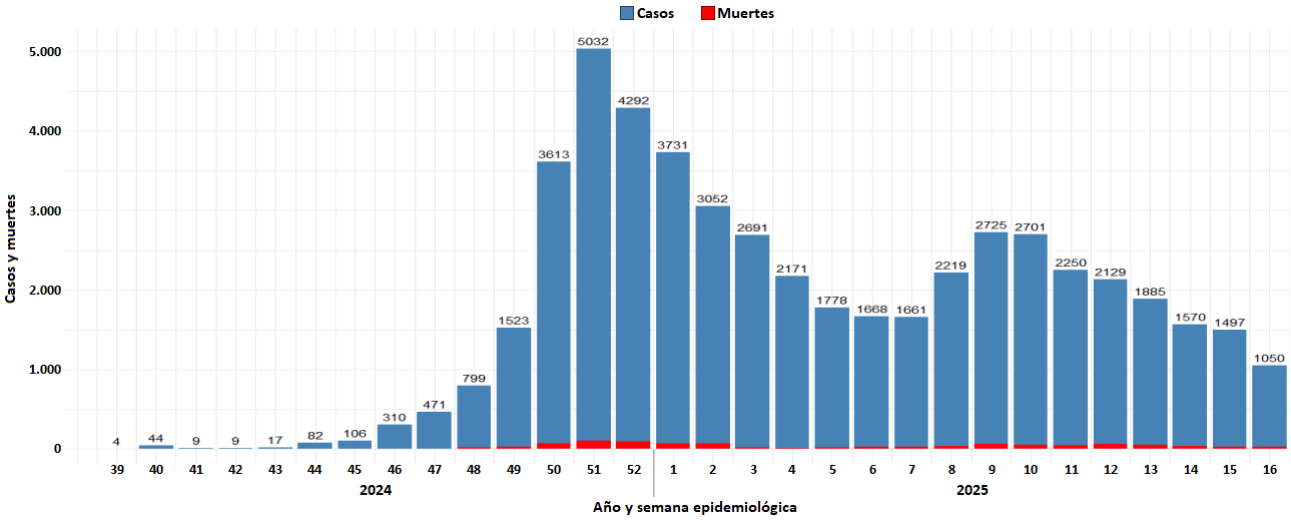
Aquellas personas que se hayan sentido mal y presentan síntomas de criptosporidiosis después de una visita a una granja deben:

- Tener especial cuidado de no contagiar a otras personas en casa practicando una buena higiene, como lavarse las manos frecuentemente con agua tibia y jabón, y no compartir toallas, ropa de cama ni otros artículos personales hasta que se haya recuperado por completo. Es especialmente importante lavarse las manos antes de preparar alimentos.
- Evitar nadar durante dos semanas después de que hayan desaparecido los síntomas.

Cualquier persona que tenga síntomas y haya visitado Cowbridge Farm Shop, especialmente aquellos que participaron en las sesiones de alimentación de terneros o corderos, debe comunicarse con su médico de cabecera.

Los principales síntomas de la infección por *Cryptosporidium* incluyen diarrea acuosa, dolores o calambres de estómago, náuseas o vómitos, fiebre leve, pérdida de apetito y pérdida de peso. Los síntomas generalmente comienzan entre dos y diez días después del contacto con el parásito y pueden durar hasta dos semanas.

Sudán del Sur continúa lidiando con un brote de cólera, notificado por primera vez en la semana epidemiológica (SE) 39 de 2024. Desde el 16 de marzo de 2025, se han notificado 10.858 casos, con 275 fallecimientos. Solo en la SE 16, se notificaron 1.050 nuevos casos, con 24 fallecimientos en siete estados y una zona administrativa. La mayoría de los nuevos casos se notificaron en los estados de al-Istiwa'iyya al-Wusta (290 casos), Unity (279) y Warab (272), que en conjunto representaron 80,1% de los casos notificados en la SE 16. El estado de Warab registró 62,5% de los nuevos fallecimientos. Desde mediados de marzo de 2025 se reportó una disminución consecutiva de nuevos casos. Sin embargo, se recomienda precaución al interpretar esta tendencia, ya que los retrasos en los informes podrían distorsionar los datos de las últimas dos semanas.



Casos y muertes de cólera, según semana epidemiológica. Sudan del Sur. Del 23 de septiembre de 2024 al 20 de abril de 2025. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Del 23 de septiembre de 2024 al 20 de abril de 2025, se reportó un total acumulado de 51.089 casos, con 969 muertes (tasa de letalidad de 1,9%) en nueve estados y dos áreas administrativas. Los cinco estados más afectados son Unity (19.018 casos), Jonglei (8.350), Shamal Bahr al-Gazal (7.880), al-Istiwa'iyya al-Wusta (5.977) y A'aly an-Nyl (5.057), que representan 91,0% del total de casos.

Al 20 de abril de 2025, la proporción de casos por sexo era casi igual, aunque 55,4% de las muertes se habían notificado en varones. De los 51.039 casos con edad conocida, los menores de cinco años eran los más afectados, con 13.864 casos (27,2% del total), seguidos por el grupo de 5 a 14 años, (11.113 casos; 21,8% del total). La mayoría de las muertes se notificaron en personas de 5 a 14 años (21,0%), seguidas del grupo de 0 a 4 años (17,0%). Se observó que la tasa de letalidad aumenta con la edad, siendo de 3,8% entre las personas de 45 años o más. La tasa de letalidad más alta se da entre las personas de 60 años o más, de 5,1%. La mayoría de las muertes, (509 muertes, 53,0%), se produjeron en centros de salud, con una tasa de mortalidad hospitalaria de 1,0%.

La mayoría de los casos proviene de la comunidad de acogida (35.753 casos; 70,0%), mientras que las personas desplazadas internas y los refugiados representan 10,9% y 5,2% del total de casos, respectivamente. Sudán del Sur ha llevado a cabo múltiples campañas de vacunación

con la vacuna oral contra el cólera dirigidas a 5.945.488 personas en nueve estados y una zona administrativa. La campaña logró una cobertura de 82,4%, con 4.898.841 personas vacunadas.

Acciones de salud pública

- El Ministerio de Salud de Sudán del Sur, con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus socios sanitarios, continúa coordinando las actividades de respuesta al cólera a nivel nacional y estatal.
- Se celebran reuniones periódicas de coordinación en los estados afectados por el cólera, incluyendo reuniones multisectoriales semanales en los estados de Unity, A'aly an-Nyl, Warab, Jonglei, Shamal Bahr al-Gazal, Al Buhayrat y Garb Bahr al-Gazal. Se está promoviendo la financiación en los estados de Unity y Jonglei.
- Se establecieron mecanismos de coordinación transfronterizos con los países vecinos, en particular Etiopia y Sudán, para compartir información y coordinar las iniciativas de respuesta al brote de cólera entre los refugiados y las comunidades de acogida en las zonas limítrofes.
- Se está llevando a cabo una vigilancia basada en casos para detectar casos sospechosos de cólera en los centros de salud, y los informes se comparten a través de los condados y estados con el Ministerio de Salud para su análisis, con el apoyo de la OMS. Continúa el tamizaje de cólera en los puntos de ingreso oficiales y no oficiales, junto con la búsqueda activa de casos en centros de salud y comunidades para mejorar la detección temprana y la respuesta.
- Continúan la recolección y el análisis rutinarios de muestras mediante pruebas de diagnóstico rápido (PDR). Se han preposicionado kits de recolección de muestras en los estados y áreas administrativas afectados. En Shamal Bahr al-Gazal, se recolectaron muestras de los 15 casos que dieron positivo en la prueba de cólera mediante PDR y se enviaron al Laboratorio Nacional de Salud Pública para su posterior confirmación y análisis.
- Para apoyar la vigilancia del brote y la detección temprana, la OMS proporcionó suministros para las pruebas de cólera, incluyendo PDR y kits de recolección de muestras, a todos los estados y áreas administrativas de Sudán del Sur como parte de las iniciativas de preparación y respuesta. Además, se han preposicionado 18 toneladas métricas de kits sanitarios de emergencia, que incluyen suministros para el cólera, en el centro de Malakal, suficientes para atender a 100.000 personas.
- Desde octubre de 2024, la OMS proveyó más de 53 toneladas de suministros médicos a las zonas afectadas por el cólera, incluyendo kits de tratamiento, PDR, medios de transporte Cary Blair y triple embalaje.
- Varios socios sanitarios, como Médicos Sin Fronteras (MSF), el Cuerpo Médico Internacional (CMI), la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y otros, apoyan la gestión de los casos de cólera en las Unidades de Tratamiento del Cólera (UTC) y los Centros de Tratamiento del Cólera (CTC) de las zonas afectadas. Se han establecido Puntos de Rehidratación Oral (PRO) en algunas zonas de difícil acceso para estabilizar a los pacientes antes de su derivación.
- Socios humanitarios y de desarrollo, como MSF, Kapoeta Aid for South Sudan (KASS), Medair, el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), la OIM, el CMI, Visión Mundial Internacional (VMI), el Fondo Africano de Ayuda y Desarrollo (ARDF) y el Comité Internacional de Rescate (CIR), han establecido UTCs, CTCs y ORPs en los estados que han notificado casos de cólera. Estas instalaciones están equipadas con suministros para el tratamiento del cólera, y se están realizando esfuerzos de desarrollo de capacidades para mejorar la ges-

tión de los casos. Además, los socios implementadores apoyan las intervenciones específicas en las zonas afectadas.

- Los socios de intervención WASH (agua, saneamiento e higiene) están proporcionando agua potable a las poblaciones afectadas en Malakal, incluyendo a las del campamento de desplazados internos y centros de tránsito de Bentiu, a la vez que apoyan las pruebas de calidad del agua en los centros de salud y en las comunidades que han notificado casos de cólera. Se están distribuyendo tabletas purificadoras de agua. La OMS también está apoyando las pruebas de calidad del agua en los centros de salud y en algunas comunidades que han notificado casos de cólera en todo el país.

Interpretación de la situación

El cólera sigue representando un importante desafío para la salud pública en Sudán del Sur, donde años de conflicto, un sistema de salud débil y frágil, y una inadecuada infraestructura de agua, saneamiento e higiene han limitado la prestación de servicios de salud esenciales, incluyendo la prevención de brotes recurrentes. Los desplazamientos de población a gran escala, incluyendo las afluencias desde países vecinos debido al conflicto armado, han dificultado aún más los esfuerzos de respuesta. Si bien el número de casos parece estar disminuyendo en el actual brote de cólera, el inicio de la temporada de lluvias en un contexto de servicios de WASH inadecuados aumenta el riesgo de resurgimiento y transmisión continua. Entre los principales factores de mortalidad se incluyen el acceso limitado y la mala calidad de los servicios de tratamiento, especialmente en condados de difícil acceso, así como los retrasos en la búsqueda de atención. Si bien se han implementado esfuerzos notables, incluyendo campañas de vacunación, se necesitan intervenciones más específicas en zonas de alto riesgo para prevenir una mayor propagación y reducir la mortalidad. Para abordar el brote es necesario fortalecer la capacidad del sistema de salud, mejorar el acceso a los servicios de WASH y garantizar mecanismos sólidos de vigilancia y respuesta para contener eficazmente la propagación del cólera.

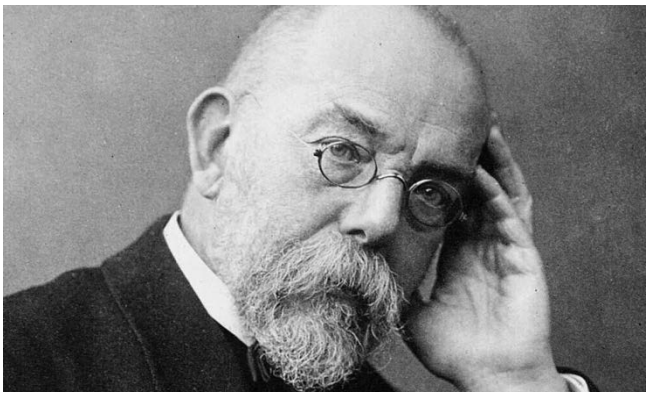
IntraMed

Pequeñas historias de la tuberculosis

Autor: Flavio Gabriel Lípari[1]

11/05/2025

La tuberculosis sigue siendo un problema de salud pública y los intentos por entender la enfermedad y tratarla, a lo largo de los años, nos han dejado múltiples anécdotas.



Heinrich Hermann Robert Koch

El día que conocimos al bacilo

El 24 de marzo del año 1882, Heinrich Hermann Robert Koch presentó al mundo el microorganismo causante de la tuberculosis: *Mycobacterium tuberculosis*, o más conocido como el "bacilo de Koch".

Koch nació el 11 de diciembre de 1843 en Clausthal, Alemania. Después de completar sus estudios de medicina en la Universidad de Göttingen, se dedicó a la investigación, explorando las causas de las enfermedades infecciosas. Identificó primero al bacilo del ántrax como la causa de la enfermedad, estableciendo los fundamentos de la bacteriología. El resultado de su trabajo fue la introducción de métodos que permitían obtener bacterias patógenas de forma sencilla y en cultivos puros, lo que facilitaba la detección e identificación.

Koch descubrió al bacilo tuberculoso y un método para su cultivo puro. Fue el 24 de marzo de 1882 que publicó su famosa obra y por eso fue elegida esa jornada como el día internacional para la enfermedad.

En 1883, Koch fue enviado a Egipto para investigar un brote de cólera. Allí descubrió el vibrión, aislando su agente causal. Estableció también los postulados de Koch, que son hitos que deben cumplirse antes de que pueda aceptarse que determinadas bacterias causan ciertas enfermedades infecciosas.

Robert Koch recibió el premio Nobel de medicina en 1905 por sus investigaciones y descubrimientos en relación con la tuberculosis. Murió el 27 de mayo de 1910 en Baden-Baden.

[1] Flavio Gabriel Lipari es médico infectólogo, docente universitario en la Cátedra de Bacteriología y Virología Médicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, doctorando en "Bacteriemias por enterobacterales productoras de carbapenemasas", y forma parte del staff del Servicio de Infectología del Hospital 'Nuestra Señora de la Misericordia' del Nuevo Siglo de la ciudad de Córdoba.

Cuando la tuberculosis se puso de moda

Ilustración de portada de *La dama de las camelias*

En el siglo XIX, la tuberculosis no solo era una enfermedad mortal, sino también un símbolo de elegancia y estilo. Aunque hoy resulte difícil de creer, la apariencia que provocaba en las personas era deseada por muchos, influenciando la moda y los cosméticos de la época.

Desde las páginas de las novelas hasta las óperas, la tuberculosis se convirtió en un tema recurrente, dotando a la enfermedad de un toque romántico. Personajes en "Los miserables" encarnaban la fragilidad y la belleza consumida por la enfermedad. Marie Duplessis, por ejemplo, cuya vida inspiró la novela "La dama de las camelias", de Alejandro Dumas, y la ópera "La traviata", de Giuseppe Verdi, falleció de tuberculosis.

La moda también sucumbió ante los "encantos de la tuberculosis". Los corsés ajustados y los cosméticos que imitaban la palidez de la piel fueron tendencia. En contraposición, el bronceado era considerado propio de las clases sociales bajas trabajadoras.

Los descubrimientos científicos de Robert Koch sobre la causa y la transmisión de la tuberculosis cambiaron la percepción de la enfermedad. Por ejemplo, los corpiños dejaron de fabricarse con materiales rígidos para permitir una mejor respiración.

La estreptomicina trajo la esperanza y la traición

Ni la penicilina ni las sulfas tenían efecto sobre la tuberculosis. Muchos pacientes morían y era necesario un nuevo compuesto que luchara contra el bacilo de Koch.

El 19 de octubre de 1943, un joven llamado Albert Israel Schatz hizo un descubrimiento: la estreptomicina. Era el primer antibiótico eficaz contra la tuberculosis.

Schatz era estudiante de posgrado, trabajaba en el laboratorio del microbiólogo de suelos Dr. Selman Abraham Waksman, en la Universidad de Rutgers, e investigaba actinobacterias. Su director ni lo visitaba por miedo a contagiarse con los peligrosos patógenos que manipulaba su alumno.

Fue en el retirado sótano del Departamento de Microbiología donde, experimentando con *Streptomyces griseus*, logró aislar un compuesto que inhibía el crecimiento de *Mycobacterium tuberculosis*. Pero, mientras Schatz continuaba con su trabajo, su tutor, Waksman, recorría el mundo presentándose como el descubridor del antibiótico.

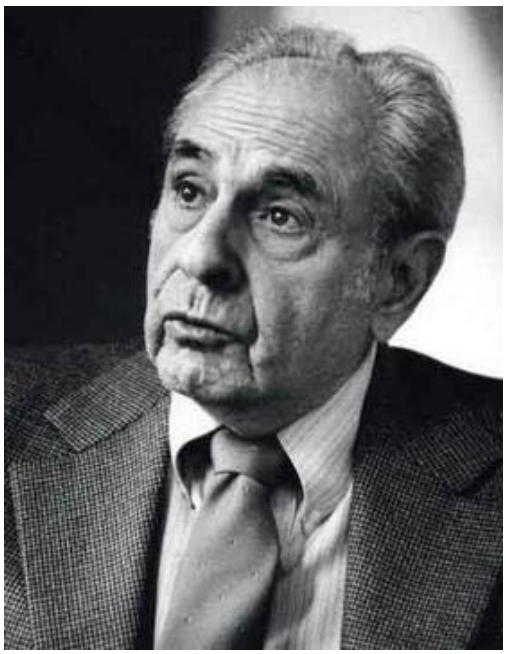
Aunque en las publicaciones Schatz aparecía como coautor, en las conferencias Waksman omitía mencionarlo, generando la duda sobre la identidad del verdadero descubridor. Luego, Waksman registró la patente del antibiótico y comenzó a recibir regalías.

Schatz demandó a Waksman y a la universidad, logrando un acuerdo extrajudicial que reconocía su coautoría y le otorgaba una compensación económica. Sin embargo, su carrera ya estaba dañada. La controversia lo dejó sin oportunidades laborales en Estados Unidos, pues no era algo común que un alumno accionara legalmente contra su tutor y su universidad. Quedó tildado por la comunidad científica como conflictivo y tuvo que exiliarse en Chile para poder trabajar.

El tiro de gracia lo recibió en 1952: Waksman ganó el premio Nobel de medicina por el descubrimiento de la estreptomicina. Schatz protestó, pero el comité nunca reconsideró su decisión.

Recién en la década de 1990 la Universidad de Rutgers reconoció formalmente a Schatz como codescubridor de la estreptomicina. La verdad salió a la luz cuando un periodista encontró las notas originales en los archivos, confirmando su papel protagónico en el hallazgo.

La estreptomicina es el primer antibiótico de la familia de los aminoglucósidos, aunque hoy en día ha sido reemplazada en muchos esquemas terapéuticos, debido a la resistencia antimicrobiana y sus efectos adversos. Pero sigue siendo considerada por la Organización Mundial de la Salud como un medicamento de importancia.


Albert Israel Schatz (1920-2005)

Schatz murió en 2005. Tuvo un poco de reconocimiento luego de medio siglo de olvido, aunque desde Stockholm, ni noticias...

Pelotitas de ping-pong para tratar la tuberculosis

El plombaje extrapleural o "cirugía de la jaula de pájaro" fue una innovadora técnica quirúrgica desarrollada por R.C. Brock en 1938. Era una forma de tratar la tuberculosis pulmonar, antes de la llegada de los antituberculosos.

El procedimiento implicaba la inserción de materiales diversos en el espacio extrapleural para colapsar el pulmón afectado. Fue muy utilizado en las décadas de 1940 y 1950 con los siguientes materiales: tejido adiposo, aire, aceite de oliva, parafina, esferas de todo tipo (acero, vidrio, plástico), incluidas las pelotitas de ping-pong.

El plombaje tenía varias ventajas:

- Un solo tiempo quirúrgico, con un mayor respeto a la estructura pulmonar.
- Menor deformación y mejores resultados en la función respiratoria.
- Aplicable en lesiones bilaterales y en pacientes de todas las edades.
- Menores complicaciones cardiopulmonares a largo plazo.

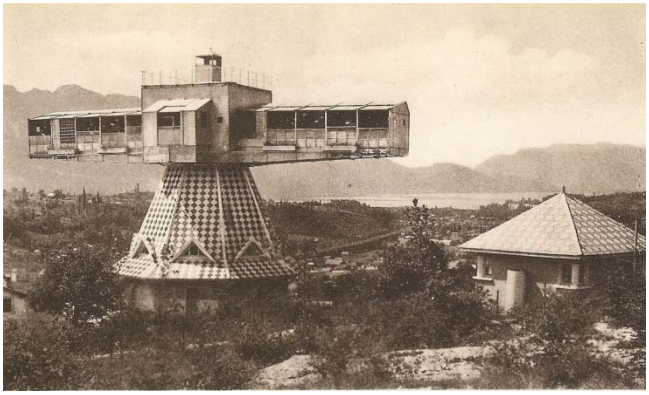
A pesar de sus ventajas, el uso del plombaje disminuyó con la llegada de los primeros fármacos antibióticos efectivos contra la tuberculosis. Además, no estaba exento de complicaciones, que iban desde infecciones, hemorragias, fístulas, empiemas y hasta la migración del material injertado.

Helioterapia y hospitales giratorios

La tuberculosis siempre fue un grave problema. En la era preantibiótica hubo muchos intentos por controlarla.

Son conocidos los hospitales construidos hace 100 años, amplios y luminosos, con grandes espacios libres para que los pacientes tuvieran contacto con el sol con fines terapéuticos. Pero, sin dudas, hay una historia más extrema al respecto.

En la década del 1930, el radiólogo rumano-francés Jean Saidman creía firmemente en el poder curativo del sol. Ideó una solución innovadora: hospitales giratorios.


El Solarium de Aix-les-Bains. Construido en 1930, fue demolido en 1965.

La tesis doctoral de Saidman defendía el tratamiento a través de la actinoterapia y la helioterapia, términos para designar todos los métodos terapéuticos que utilizan radiaciones, rayos luminosos, ultravioletas e infrarrojos. Así nacieron impresionantes estructuras, como el solarium regulable para helioterapia y actinoterapia en Aix-les-Bains, Francia, que eran auténticas maravillas de la ingeniería.

Constaban de una arquitectura muy peculiar. Se trataba de una especie de molino sostenido de una estructura cónica en su base. Pesaba unas 80 toneladas y se colocaban abajo los consultorios y las salas de rayos X. Arriba estaban las habitaciones de los pacientes.

Para poder seguir todo el tiempo al sol, un motor hacía girar la estructura cada 15 minutos. Con la capacidad de giro de 360 grados se aseguraba una exposición óptima para los pacientes. Además, había lámparas y vidrios que actuaban como lentes de aumento en las instalaciones.

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

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

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