

CÓRDOBA

- Confirmaron la primera muerte causada por el fentanilo contaminado

ARGENTINA

- Situación epidemiológica de las leishmaniosis
- San Luis: Siete casos sospechosos de triquinelosis en Concarán

AMÉRICA

- Bolivia: Santa Cruz registra ocho muertes por tos convulsa y tiene brotes en 16 municipios

- Estados Unidos: El síndrome alfa-gal se está propagando rápidamente en el país

- Estados Unidos: Brote de infecciones alimentarias por consumo de leche sin pasteurizar en Florida

- Uruguay: Los casos de varicela aumentaron 74,9% respecto del año anterior

EL MUNDO

- China: Brote de brucelosis por consumo de placenta de oveja

- España: Un brote de salmonelosis en Huesca afectó a casi 300 personas

- Europa: La enfermedad por *Haemophilus influenzae* alcanzó máximos históricos en 2023

- Italia: Aumentan a 12 los muertos por el virus del Nilo Occidental y confirman 145 casos

- Reino Unido: Brote de infecciones por *Burkholderia stabilis* vinculado con toallitas sin alcohol

- Rwanda: Reconsideran las vacunas contra la malaria ante un aumento inesperado de casos

- La poliomielitis estuvo a punto de desaparecer, pero registros falsos y errores contribuyeron a su regreso

Comité Editorial

Editor Honorario ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021)

Por su invaluable legado como científico y humanista destacado, y por su esfuerzo en la consolidación del proyecto editorial del REC, como órgano de divulgación destacado en el ámbito de la Epidemiología.

Editor en Jefe

ÍLIDE SELENE DE LISA

Editores adjuntos

RUTH BRITO
ENRIQUE FARÍAS

Editores Asociados

ISSN 2796-7050

ADRIÁN MORALES // ÁNGELA GENTILE // NATALIA SPITALE
SUSANA LLOVERAS // TOMÁS ORDUNA // DANIEL STECHER
GUSTAVO LOPARDO // DOMINIQUE PEYRAMOND // EDUARDO SAVIO
CARLA VIZZOTTI // FANCH DUBOIS // GUILLERMO CUERVO
DANIEL PRYLKA // FERNANDO RIERA // CHARLOTTE RUSS
SALVADOR GARCÍA JIMÉNEZ // ALFONSO RODRÍGUEZ MORALES
PILAR AOKI // HUGUES AUMAITRE // MARÍA BELÉN BOUZAS
JORGE BENETUCCI // EDUARDO LÓPEZ // ISABEL CASSETTI
HORACIO SALOMÓN // JAVIER CASELLAS // SERGIO CIMERMAN
MARIANA MONTAMAT

Patrocinadores



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.

En medio de la investigación judicial que lleva adelante el Juzgado Federal de La Plata sobre la distribución de fentanilo contaminado por parte del laboratorio HLB Pharma Group SA, se confirmó el primer caso fatal en la provincia de Córdoba.

La víctima falleció hace más de dos meses en una clínica privada de la capital provincial, y el caso se conoció tras el requerimiento de información enviado por el juzgado a centros de salud, tanto públicos como privados, de todo el país.



El deceso fue informado directamente a la Justicia por la Clínica Vélez Sarsfield, una institución médica privada ubicada en la zona sur de la ciudad de Córdoba. La notificación se dio en el marco de una serie de oficios remitidos por el juzgado a cargo del juez Ernesto Kreplak, quien analiza la administración de fentanilo contaminado con bacterias en pacientes hospitalizados.

A partir de la revisión de historias clínicas solicitadas a comienzos de junio, el magistrado incorporó 20 nuevas víctimas fatales a la causa, entre ellas la que corresponde a Córdoba.

No fue en un hospital público

Las fuentes consultadas confirmaron que el caso no había sido reportado previamente al Ministerio de Salud provincial, ya que se trató de un evento ocurrido en el ámbito privado y que no se encuadraba en las obligaciones de denuncia epidemiológica obligatoria.

Desde el Área de Epidemiología del Ministerio indicaron que no habían recibido ninguna notificación formal vinculada al caso. “No tenemos ninguna denuncia por esto”, aseguraron.

Tras la publicación del caso, las autoridades provinciales solicitaron información al centro médico involucrado.

“En el subsistema público confirmamos al 100% que no tenemos ninguna denuncia ni víctima por fentanilo contaminado”, sostuvieron fuentes del ministerio de salud provincial.

Desde el área de Farmacias de la provincia, su director Mariano Zaragoza aseguró que los hospitales públicos no tienen ni han tenido en circulación ampollas del fentanilo producido por HLB Pharma Group.

“El Ministerio de Salud, en sus funciones de custodio de la buena salud y seguridad de la población, entre el 8 y el 13 de mayo emitió una comunicación a todos los hospitales públicos provinciales, de que inhibieran todos los lotes de fentanilo, y eventualmente todos los productos de este laboratorio de HLB Pharma. Hoy no hay en circulación productos de este laboratorio, ni el fentanilo, ni ningún otro producto, como por ejemplo dexametasona, morfina y diclofenac, entre otros”, aseguró Zaragoza.

Zaragoza explicó que el rol del Ministerio de Salud no se limita únicamente a ejercer el control y la fiscalización del sistema sanitario, funciones que definió como indelegables, sino que también incluye una tarea educativa fundamental: empoderar a la población en relación con el uso de medicamentos y los procedimientos médicos.

El funcionario instó a que la población haga valer su derecho a ser informada sobre los medicamentos que se le administran, incluyendo la marca y el lote de origen. “Eso es un derecho básico de la población que, en general, no se ejerce. Pero bien vale este hecho gravísimo que ha sucedido para ponerlo en discusión y que la gente reflexione acerca de esto”, expresó.

Surge meses más tarde

El caso reportado en Córdoba fue incorporado en el marco de una revisión nacional que elevó a 74 el total de víctimas fatales por el uso de ampollas contaminadas con bacterias.

La investigación judicial detectó que, en todo el país, fueron distribuidas cerca de 933.000 ampollas de fentanilo correspondientes a seis lotes (31.201, 31.202, 31.244, 31.245, 31.246 y 31.247), de las cuales solo 40% ha sido puesto en cuarentena hasta el momento, según se informó en torno a la causa.

Desde el Área de Legales del Ministerio de Salud de Córdoba indicaron que no tenían información previa sobre el caso detectado, y que la notificación surgió tras la solicitud del juzgado de La Plata. En ese marco, se inició una revisión en el sector privado, que derivó en el reporte enviado por la Clínica Vélez Sarsfield.

“La información ingresó hace tiempo, más de dos meses, cuando se pidió colaboración a las provincias para rastrear posibles víctimas. Teniendo en cuenta esa fecha podemos estimar que el fallecimiento se da por lo menos dos meses atrás”, señalaron desde el Ministerio de Salud.

Córdoba figura entre las provincias alcanzadas por la distribución de estos lotes. En total, se identificaron 20 puntos geográficos en la provincia donde las ampollas podrían haber llegado: dos droguerías y 18 hospitales.

Sin embargo, desde el Ministerio de Salud provincial reiteraron que los hospitales públicos no cuentan con ninguno de los lotes contaminados.

La trazabilidad del fentanilo distribuido en Argentina fue descrita como “artesanal” por fuentes oficiales. La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) suspendió su uso hace más de dos meses y avanza lentamente en la recuperación de las dosis distribuidas.

La mayor parte del producto se concentró en la provincia de Buenos Aires (47% de los puntos), seguida por Santa Fe, Río Negro y Córdoba.

Por el momento, las autoridades locales siguen de cerca la investigación, aunque insisten en que no hay otros casos en estudio dentro del sistema de salud pública.

Las diferencias entre los registros provinciales y los nacionales también se explican, en parte, por el carácter no obligatorio de la notificación en el ámbito privado y por las inconsistencias

habituales que existen entre los boletines oficiales, como por ejemplo los cambios de domicilio no actualizados en los registros sanitarios.

Origen del fentanilo contaminado

El origen del problema se vincula a la licencia para la producción del fentanilo contaminado. HLB Pharma Group y Laboratorios Ramallo adquirieron la autorización para su fabricación a Surar Pharma, un laboratorio con antecedentes irregulares que fue clausurado en 2015 por la ANMAT por incumplir normas de buenas prácticas de manufactura.

A pesar de su inhabilitación, Surar continuó siendo propietario formal de medicamentos distribuidos por HLB y Ramallo, lo que generó dudas sobre el control de la trazabilidad y la legalidad de la operatoria.

En 2017, la ANMAT halló productos de Surar Pharma prohibidos en un depósito en Córdoba. De acuerdo con la investigación, HLB y Ramallo habrían adquirido al menos 20 licencias de este laboratorio en un intento por acelerar la aprobación de nuevos productos. Algunas de estas gestiones habrían reducido los tiempos de autorización de dos años a tan solo seis meses.

Leishmaniosis visceral

En 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 30, se notificaron nueve casos de leishmaniosis visceral humana, cinco en la Región Noreste Argentino (NEA) y cuatro en la Región Noroeste Argentino (NOA). La proporción de casos en personas de sexo femenino (44,4%) fue mayor al de años previos (29,8%). En cuanto a la distribución por edades, a diferencia de los datos históricos, los casos se concentraron en la población mayor a 20 años (77,7%). No se registraron casos fallecidos ni comorbilidades asociadas.

Leishmaniosis cutánea

En 2025, hasta la SE 30, se diagnosticaron 50 casos de leishmaniosis cutánea en el país, 56% en la región NOA y 42% en la NEA. Asimismo, se notificaron 18 casos con una fecha probable de inicio de síntomas previa al año 2025. La media de edad fue de 41,8 años; 62% de los casos corresponde a la franja etaria de 20 a 49 años. El 81,6% de los casos son personas del sexo masculino. Con respecto a las profesiones, un caso se identificó en un guardaparque y tres en agricultores. No se detectaron recaídas.

Leishmaniosis mucosa

En 2025, hasta la SE 30, se notificaron siete casos de leishmaniosis mucosa, de los cuales dos ocurrieron fuera del área endémica (provincia de Santa Fe y Ciudad Autónoma de Buenos Aires), fueron evaluados como recaídas e importados. Los restantes casos fueron notificados en Chaco, Corrientes, Salta y Jujuy. Todos los casos fueron en hombres de entre 29 y 70 años de edad. No se constataron comorbilidades.

El Ministerio de Salud de la provincia de San Luis, a través del servicio de Zoonosis, informó sobre la sospecha de un brote de triquinelosis en el municipio de Concarán, departamento Chacabuco. Hasta el momento, se registran siete casos sospechosos, todos oriundos de la localidad. Las personas afectadas fueron asistidas de manera ambulatoria y se encuentran en buen estado de salud, bajo tratamiento antiparasitario.



En las entrevistas epidemiológicas realizadas, todos los afectados refirieron haber consumido salamín adquirido de manera informal a una mujer de la zona, quien ya había estado implicada en un caso de triquinelosis en 2024.

Las investigaciones son desarrolladas por el Servicio de Zoonosis, dependiente de la Dirección de Epidemiología y Bioestadística del Ministerio de Salud, junto al Servicio de Epidemiología del Hospital Central 'Dr. Ramón José Carrillo' y agentes sanitarios del Hospital Regional 'Dr. José Rafael Velasco' de Concarán. También se notificó a Fiscalización Sanitaria del Ministerio de Salud, el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria, y a los municipios de Concarán y Villa Larca, así como a los hospitales de Santa Rosa y Merlo.

Las autoridades sanitarias reiteraron la importancia de no consumir carne cruda ni derivados de cerdo sin la debida inspección bromatológica, y de extremar precauciones con productos adquiridos de manera informal. El Servicio de Zoonosis mantiene vigilancia activa y coordinación con el Área de Infectología del Hospital 'Madre Catalina Rodríguez' de Villa de Merlo para identificar otros posibles casos y garantizar la trazabilidad de los productos involucrados.

EL DEBER

BOLIVIA

SANTA CRUZ REGISTRA OCHO MUERTES POR TOS CONVULSA Y TIENE BROTES EN 16 MUNICIPIOS

05/08/2025

La tos convulsa continúa causando alarma en Santa Cruz. Desde 2022, el departamento enfrenta una epidemia activa de esta enfermedad infecciosa, y en lo que va de 2025 ya se reportaron ocho menores fallecidos y un nuevo brote de transmisión comunitaria, según confirmó el director del Servicio Departamental de Salud (SEDES), Jaime Bilbao Barriga.

“Hemos tenido un brote durante las primeras ocho semanas epidemiológicas con una epidemia de fuente propagada y, lamentablemente, cuatro niños fallecieron. A partir de la semana 29, enfrentamos un nuevo brote, de menor intensidad, pero con otros cuatro decesos, sumando ocho en total”, detalló Bilbao Barriga.

Hasta la fecha, se registran 753 casos sospechosos, de los cuales 164 fueron confirmados como tos convulsa. Actualmente, cuatro pacientes permanecen internados, dos de ellos en el Hospital Municipal de Niños ‘Dr. Mario Ortiz Suárez’ (uno en terapia intensiva), uno en el Hospital Universitario Japonés y otro en el Hospital Municipal ‘Nuestra Señora del Rosario’ de Warnes. Todos presentan una evolución estable o favorable, según el reporte oficial.

Municipios afectados

Los 16 municipios cruceños con casos positivos confirmados son: Camiri, Colpa Bélgica, Concepción, Cotoca, La Guardia, Montero, Pailón, Porongo, Portachuelo, San Ignacio, San Julián, San Matías, San Ramón, Santa Cruz de la Sierra, Vallegrande y Warnes.

Ante el avance de la enfermedad, el director del SEDES reiteró su llamado a los padres de familia: “Ante cualquier síntoma como fiebre, dolor de garganta, tos o manchas en la piel, lleven de inmediato a sus hijos al centro de salud más cercano para una evaluación médica”, enfatizó Bilbao Barriga.

Las autoridades sanitarias insisten en que la vacunación oportuna y completa en niños menores de cinco años sigue siendo la mejor herramienta para frenar la propagación del brote.

Brote internacional

Bilbao Barriga también advirtió que el brote no es exclusivo de Bolivia. La tos convulsa registra un repunte a nivel mundial desde 2024, y la región de las Américas ya ha reportado 14.201 casos y 93 fallecimientos en lo que va del año, especialmente en Brasil, Colombia, Ecuador, Estados Unidos, México, Paraguay y Perú. La situación motivó a la Organización Panamericana de la Salud a emitir una alerta internacional para reforzar las coberturas de vacunación en menores de 5 años.

Horas después de saborear un filete a la parrilla perfecto en una hermosa tarde de verano, tu cuerpo te traiciona, declarando la guerra a la misma comida que acabas de disfrutar. Empiezas a sentir una picazón, dolor o incluso inflamación insoportables que pueden agravarse hasta el punto de requerir atención médica de emergencia.



El culpable no es una intoxicación alimentaria, sino las consecuencias de la picadura de una garrapata que quizás hayas recibido meses antes y ni siquiera hayas notado.

Esta reacción alérgica retardada se denomina síndrome alfa-gal. Aunque comúnmente se le conoce como “alergia a la carne roja”, este apodo es engañoso, ya que el síndrome alfa-gal puede causar reacciones fuertes a muchos productos, además de la carne roja.

El síndrome también se está propagando rápidamente en Estados Unidos y en todo el mundo. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades estiman que hasta 450.000 personas en Estados Unidos podrían padecerlo. Y es transmitido por muchas más especies de garrapatas de las que la mayoría de la gente cree.

¿Qué es el síndrome alfa-gal?

El síndrome alfa-gal es en realidad una alergia a una molécula de azúcar con un nombre trabalenguas: galactosa-alfa-1,3-galactosa, abreviado como alfa-gal.

La molécula de azúcar alfa-gal existe en los tejidos de la mayoría de los mamíferos, como vacas, cerdos, ciervos y conejos. Sin embargo, está ausente en los humanos. Cuando una dosis alta de alfa-gal ingresa en el torrente sanguíneo a través de la picadura de una garrapata, puede provocar que el sistema inmunitario se sobrecargue y genere anticuerpos contra la alfa-gal. Tras una exposición posterior a alimentos que contienen alfa-gal, el sistema inmunitario podría desencadenar una respuesta alérgica inapropiada.

A menudo, esta alergia se desencadena por el consumo de carne roja. Sin embargo, también puede desencadenarse por la exposición a otros productos animales, como lácteos, gelatina (como Jell-O o gomitas), medicamentos e incluso algunos artículos de higiene personal. La heparina, un fármaco utilizado para prevenir la coagulación sanguínea durante las cirugías, se extrae del intestino de cerdo y su uso ha provocado una reacción peligrosa en algunas personas con síndrome alfa-gal.

Una vez que se padece el síndrome alfa-gal, es posible superar la alergia si se modifica la dieta lo suficiente como para evitar desencadenar otra reacción durante algunos años y también evitar más picaduras de garrapatas. Sin embargo, esto requiere tiempo y una atención cuidadosa a los desencadenantes menos obvios a los que se podría estar expuesto.

¿Por qué se está diagnosticando más?

Lo más alarmante es la rapidez con la que esta alergia se está extendiendo por todo el mundo. Hace varios años, los expertos pensaban que el síndrome alfa-gal estaba limitado principalmente al sureste de Estados Unidos porque estaba en gran medida asociado con el rango geográfico de la garrapata estrella solitaria (*Amblyomma americanum*).

Pero informes tanto locales como globales identifican muchas especies diferentes de garrapatas en seis continentes que son capaces de causar el síndrome alfa-gal, incluida la prolífica garrapata patas negras (*Ixodes scapularis*), que también transmite la borreliosis de Lyme.

Estas garrapatas acechan en patios y parques urbanos, así como en bosques, donde pueden atrapar sigilosamente a los excursionistas cuando tocan vegetación infestada de garrapatas. A medida que las poblaciones de garrapatas se disparan junto con el crecimiento de las poblaciones de ciervos y humanos, aumenta el número de personas con síndrome alfa-gal.

¿Por qué se culpa a las garrapatas del síndrome alfa-gal?

Existen varias teorías sobre cómo la picadura de garrapata desencadena el síndrome y por qué solo una pequeña proporción de las personas picadas desarrolla la alergia. Para entender estas teorías, es útil saber qué sucede cuando una garrapata empieza a alimentarse de una persona.

Cuando una garrapata encuentra una persona, suele buscar una zona cálida y oscura donde esconderse y adherirse a su cuerpo. Luego, sus dientes serrados roen la piel con rápidos movimientos de sierra.

A medida que excava más profundamente en la piel, la garrapata despliega un tubo de alimentación con púas, como una plataforma de perforación en miniatura, y secreta un cemento biológico que ancla su cabeza en su nuevo túnel.

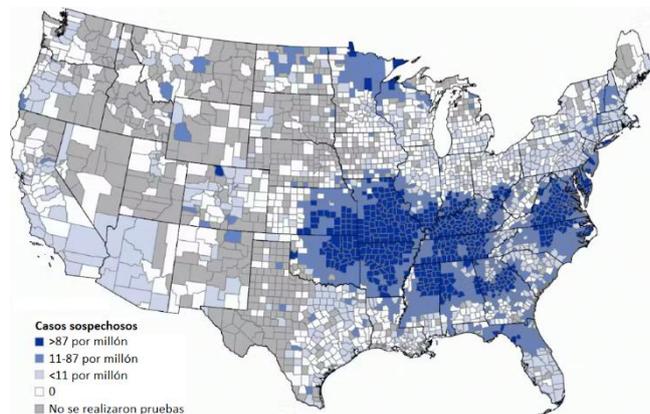
Una vez segura, la garrapata activa su estación de bombeo, inyectando grandes cantidades de saliva que contiene anestésicos, anticoagulantes y, a veces, azúcares alfa-gal en la herida para poder alimentarse sin ser detectada, a veces durante días.

Una teoría sobre cómo una picadura de garrapata causa el síndrome alfa-gal se relaciona con la enorme cantidad de saliva que libera al alimentarse, lo cual activa la potente respuesta inmunitaria del cuerpo. Otra teoría sugiere que la piel se daña al alimentarse y el posible efecto de la regurgitación del contenido estomacal en la picadura son los responsables. O bien, podría tratarse de una combinación de estos y otros desencadenantes. Los científicos aún están investigando las causas.

Cómo se siente una reacción alérgica

La alergia no aparece de inmediato. Normalmente, entre uno y tres meses después de la picadura sensibilizante de la garrapata, la persona con síndrome alfa-gal presenta su primera reacción, que resulta inquietante.

El síndrome alfa-gal produce síntomas que van desde urticaria o hinchazón hasta dolor abdominal intenso, náuseas o incluso un shock anafiláctico potencialmente mortal. Los síntomas suelen aparecer de dos a seis horas después de la ingesta de un producto cárnico con alfa-gal.



Casos sospechosos de síndrome alfa-gal, según condado. Estados Unidos. Años 2017/2022. Fuente: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

Casos sospechosos de síndrome alfa-gal, incluida la prolífica garrapata patas negras (*Ixodes scapularis*), que también transmite la borreliosis de Lyme.

Estas garrapatas acechan en patios y parques urbanos, así como en bosques, donde pueden atrapar sigilosamente a los excursionistas cuando tocan vegetación infestada de garrapatas. A medida que las poblaciones de garrapatas se disparan junto con el crecimiento de las poblaciones de ciervos y humanos, aumenta el número de personas con síndrome alfa-gal.

¿Por qué se culpa a las garrapatas del síndrome alfa-gal?

Existen varias teorías sobre cómo la picadura de garrapata desencadena el síndrome y por qué solo una pequeña proporción de las personas picadas desarrolla la alergia. Para entender estas teorías, es útil saber qué sucede cuando una garrapata empieza a alimentarse de una persona.

Cuando una garrapata encuentra una persona, suele buscar una zona cálida y oscura donde esconderse y adherirse a su cuerpo. Luego, sus dientes serrados roen la piel con rápidos movimientos de sierra.

A medida que excava más profundamente en la piel, la garrapata despliega un tubo de alimentación con púas, como una plataforma de perforación en miniatura, y secreta un cemento biológico que ancla su cabeza en su nuevo túnel.

Una vez segura, la garrapata activa su estación de bombeo, inyectando grandes cantidades de saliva que contiene anestésicos, anticoagulantes y, a veces, azúcares alfa-gal en la herida para poder alimentarse sin ser detectada, a veces durante días.

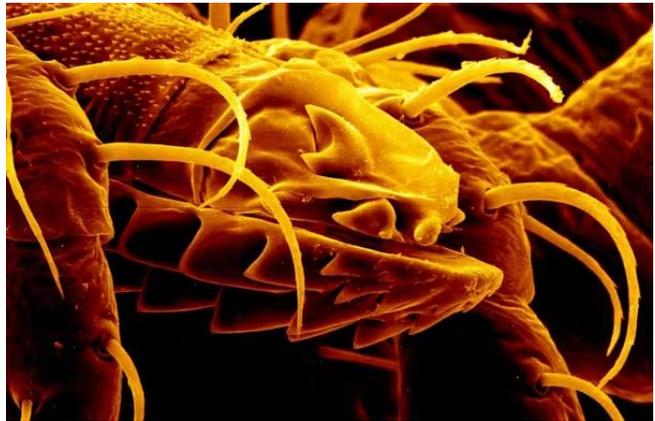
Una teoría sobre cómo una picadura de garrapata causa el síndrome alfa-gal se relaciona con la enorme cantidad de saliva que libera al alimentarse, lo cual activa la potente respuesta inmunitaria del cuerpo. Otra teoría sugiere que la piel se daña al alimentarse y el posible efecto de la regurgitación del contenido estomacal en la picadura son los responsables. O bien, podría tratarse de una combinación de estos y otros desencadenantes. Los científicos aún están investigando las causas.

Cómo se siente una reacción alérgica

La alergia no aparece de inmediato. Normalmente, entre uno y tres meses después de la picadura sensibilizante de la garrapata, la persona con síndrome alfa-gal presenta su primera reacción, que resulta inquietante.

El síndrome alfa-gal produce síntomas que van desde urticaria o hinchazón hasta dolor abdominal intenso, náuseas o incluso un shock anafiláctico potencialmente mortal. Los síntomas suelen aparecer de dos a seis horas después de la ingesta de un producto cárnico con alfa-gal.

Sin embargo, debido a la falta general de conocimiento sobre la alergia, los médicos pueden pasar por alto fácilmente el diagnóstico. Un estudio de 2022 reveló que 42% de los profesionales de la salud en Estados Unidos nunca había oído hablar del síndrome alfa-gal. Hace una década, podían tardarse años en diagnosticar con precisión la causa de los síntomas de las personas con síndrome alfa-gal. Hoy en día, el diagnóstico es más rápido en zonas donde los médicos están familiarizados con el síndrome, pero en muchas partes del país aún puede requerir tiempo y múltiples visitas médicas.



La boca de una garrapata tiene púas, lo que le permite permanecer incrustada en la piel mientras extrae sangre durante horas y, a veces, días.

Desafortunadamente, con cada picadura de garrapata adicional o exposición a alimentos o productos que contienen alfa-gal, la alergia puede aumentar su gravedad.

Si cree que tiene síndrome alfa-gal

Si sospecha que puede tener el síndrome alfa-gal, el primer paso es analizar la posibilidad con su médico y pedirle que ordene un análisis de sangre simple para medir si su sistema inmunitario está reaccionando al alfa-gal.

Si el resultado es positivo, la principal estrategia para controlar la alergia es evitar comer cualquier producto alimenticio de origen mamífero, incluyendo la leche y el queso, así como otros posibles desencadenantes, como más picaduras de garrapatas.

Lea atentamente las etiquetas. Algunos productos contienen aditivos como la carragenina, derivada de algas rojas, que contiene alfa-gal.

En casos extremos, las personas con síndrome alfa-gal podrían necesitar llevar consigo un Epi-Pen para prevenir un shock anafiláctico. Sitios web confiables, como los CDC y alphagalinformation.org, pueden proporcionar más información y consejos.

Los misterios persisten

Desde que el síndrome alfa-gal se documentó formalmente por primera vez a principios de la década de 2000, los científicos han avanzado en la comprensión de esta enigmática afección. Los investigadores han vinculado la alergia a picaduras de garrapatas específicas y han descubierto que las personas con esta alergia pueden tener un mayor riesgo de padecer enfermedades cardíacas, incluso sin presentar síntomas de alergia.

Pero aún quedan misterios importantes. Los científicos aún están averiguando cómo la picadura de garrapata engaña al sistema inmunitario humano y por qué su saliva solo es un desencadenante en algunas personas. Con el creciente interés público en el síndrome alfa-gal, la próxima década podría traer grandes avances en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de esta afección.

Por ahora, la próxima vez que pasees por el bosque o entre la hierba alta, recuerda revisar si tienes garrapatas, usar mangas largas, pantalones largos y repelente de garrapatas para protegerte de estas sanguinarias polizonas. Si te pica una garrapata, ten cuidado con los síntomas alérgicos extraños que aparecen unas horas después de tu próximo filete o un puñado de ositos de goma.

Seis niños se encuentran entre las 21 personas que contrajeron infecciones de *Escherichia coli* o *Campylobacter* después de consumir leche sin pasteurizar de una granja en Florida, informaron funcionarios de salud pública.

Siete personas fueron hospitalizadas y al menos dos de ellas sufrieron complicaciones severas, indicó el 4 de agosto el Departamento de Salud de Florida. No especificó si alguno de los seis niños infectados, menores de 10



años, estuvo entre los que fueron tratados en hospitales, ni cuántas personas fueron infectadas específicamente por *E. coli*, *Campylobacter* o ambas bacterias.

“Las prácticas de saneamiento en esta granja son de particular preocupación debido al número de casos”, dice el aviso estatal, que no identificó la granja vinculada al grupo de infecciones en el noreste y centro de Florida.

“La leche pasteurizada ofrece los mismos beneficios nutricionales sin los riesgos del consumo de leche sin pasteurizar”, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). “Desde principios del siglo XX, la pasteurización ha reducido enormemente las enfermedades transmitidas por la leche”.

“Aunque no se han demostrado científicamente los supuestos beneficios nutricionales y para la salud del consumo de leche sin pasteurizar, los riesgos para la salud son evidentes”, señala la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). “Desde 1987, se han notificado 143 brotes de enfermedad –algunos acompañados de abortos espontáneos, mortinatos, insuficiencia renal y muertes– asociados al consumo de leche sin pasteurizar y productos lácteos contaminados con bacterias patógenas como *Campylobacter*, *Listeria*, *Salmonella*, *Brucella* y *E. coli*”.

Estas infecciones pueden causar enfermedades gastrointestinales y, en algunos casos, pueden llevar a complicaciones graves, incluida una forma de insuficiencia renal potencialmente mortal. Los niños pequeños, los ancianos, las personas inmunocomprometidas y las mujeres embarazadas tienen un mayor riesgo de complicaciones.

A pesar del consenso científico sobre los riesgos de las leches no pasteurizadas, en los últimos años la leche sin pasteurizar adquirió un estatus contracultural y se ha hecho popular entre algunos conservadores e independientes.

El secretario de Salud y Servicios Humanos, Robert Francis Kennedy Jr., dijo que solo bebe leche sin pasteurizar. De hecho, los partidarios de esta leche dentro de su campaña *Make American Healthy Again* (Hagamos a Estados Unidos saludable otra vez) se sintieron alentados en un principio cuando Kennedy incluyó la leche cruda en una lista de alimentos y temas relacionados con la salud que esperaba abordar en el cargo.

Desde que asumió el cargo, la FDA detuvo temporalmente un programa de control de calidad para analizar la leche en medio de los recortes de personal de la administración de Trump en el Departamento de Salud, pero el secretario no ha logrado el tipo de cambios en la regulación federal de la leche que esperaban.

“Inventamos la pasteurización por una razón”, declaró Keith Schneider, profesor de seguridad alimentaria en la Universidad de Florida. “Es exasperante que suceda esto”.

Los estados tienen regulaciones muy variadas respecto a la leche sin pasteurizar: algunos permiten compras al por menor en tiendas, otros permiten la venta solo en granjas. Algunos estados permiten “cowshares”, en los que los clientes compran leche producida por animales designados, y algunos permiten el consumo solo por parte de los propietarios de las granjas, empleados o “invitados no pagantes”.

En Florida, la venta y distribución de leche sin pasteurizar para consumo humano fue declarada ilegal, pero los minoristas eludieron la prohibición etiquetando sus productos como ‘solo para alimento de mascotas o animales’. Schneider lo llamó “un truco” que permitió a la gente comprar esa leche.

“Todo el mundo sabe que la están vendiendo para consumo humano”, sostuvo Schneider, añadiendo que si una persona consume leche sin pasteurizar “no hay duda de que se enfermará: la pregunta es cuándo”.

En Uruguay, la varicela ha mostrado un notable aumento en el registro de casos durante el presente año. Hasta el 5 de julio se han detectado 327 casos, lo que representa un incremento de 74,9% en comparación con los 187 casos reportados en el mismo período del año anterior. Este aumento ha elevado la tasa de incidencia de 5,23 a 9,11 cada 100.000 habitantes.

El grupo etario que más ha experimentado este incremento es el de los jóvenes de entre 20 y 29 años, donde los casos se han disparado de 15 a 56 en aquellos de 20 a 24 años y de 10 a 49 en los de 25 a 29 años. Otros grupos afectados incluyen a los adolescentes de 10 a 19 años y a los niños menores de 5 años.

Desafíos en la vacunación y respuesta del sistema de salud

El Ministerio de Salud Pública de Uruguay identificó una de las causas principales de este aumento en la falta de vacunación completa. Especialmente entre aquellos nacidos antes de 1999, quienes generalmente recibieron solo una dosis de la vacuna contra la varicela. A partir de 2014, el programa de vacunación del país incorporó una segunda dosis administrada a los 5 años de edad.

El virólogo Santiago Mirazo destacó que la protección brindada por una sola dosis de la vacuna puede disminuir tras aproximadamente 20 años, aunque la vacuna sigue siendo efectiva y el virus se mantiene estable. Mirazo sugirió la administración de una dosis adicional para aquellos que inicialmente recibieron solo una.

La vacunación resulta en una efectividad de 70-90% con una dosis y de 95% contra enfermedades graves con dos dosis.

En términos de prevención y manejo, el Ministerio de Salud Pública emitió recomendaciones para los afectados que incluyen el aislamiento en casa hasta que las lesiones se cubran de costras, evitar compartir objetos personales y mantener una buena higiene de la piel para prevenir sobreinfecciones bacterianas. Además, aconseja el uso de antipiréticos y antihistamínicos según sea necesario, pero se debe evitar el uso de aspirina.

El Dr. Marcos Delfino resaltó la importancia de la vacunación para reducir los casos severos de varicela, señalando además que la enfermedad es endémica y sujeta a brotes periódicos. En este año, Montevideo ha sido la localidad más afectada, con 163 casos, un gran aumento desde los 59 casos de 2024, mientras que también se han visto incrementos en Canelones, Maldonado y Paysandú, aunque con disminuciones en Salto y Colonia. El Ministerio de Salud Pública reportó un total de 34 brotes, de los cuales 20 fueron brotes intrafamiliares que sumaron 121 casos.

**South China
Morning Post**

CHINA

BROTE DE BRUCELOSIS POR
CONSUMO DE PLACENTA DE OVEJA

04/08/2025

Tres personas en China debieron ser hospitalizadas después de consumir placenta de oveja con fines “nutricionales”, lo que desencadenó una discusión en línea sobre esta costumbre.

Una mujer de apellido Zhang, en la provincia de Guangdong, en el sur de China, desarrolló fiebres frecuentes y perdió 5 kg de peso en un corto período de tiempo después de cocinar este plato.

Fue al hospital y le diagnosticaron brucelosis, un tipo de infección bacteriana que se transmite de los animales a los humanos. A la hermana y al cuñado de Zhang les diagnosticaron la misma enfermedad después de comer el “tónico”.

La placenta se considera un ingrediente altamente nutritivo en China. En la medicina tradicional china, se la conoce como *zihèche*. Se cree que fortalece el sistema inmunológico, trata la fatiga, la infertilidad y la falta de energía.

El *zihèche* se elaboraba tradicionalmente con placenta humana, pero China prohibió su comercio en 2005. El que se vende actualmente está elaborado con placenta de oveja, vaca y ciervo. Cuesta unos 100 yuanes (14 dólares) por 50 gramos.

Sin embargo, el mercado negro de placenta humana sigue estando muy extendido.

En marzo, un médico chino fue filmado sacando a escondidas la placenta de una mujer en una bolsa de basura después de que ella diera a luz. El caso provocó una acalorada discusión sobre las creencias tradicionales en torno a la placenta.

Xie Ying, médico del Hospital de Maternidad y Salud Infantil del Distrito Shunyi de Beijing, dijo que la placenta es principalmente una fuente de proteínas, que pierde su efecto después de ser cocida. Además, las bacterias y los virus podrían sobrevivir al proceso de cocción, provocando más daños que beneficios.

En 2024, una mujer con uremia sufría fuertes dolores y le diagnosticaron espondilitis causada por brucelosis. Resultó que su hija le había cocinado placenta de oveja durante tres años con la esperanza de mejorar su salud.

En el caso de Zhang, el médico del Octavo Hospital Afiliado de la Universidad Sun Yat-sen, Zhuang Peng, dijo que la causa de la enfermedad podría ser que la placenta estaba poco cocida.

“Hay muchísimos nutrientes más beneficiosos que la placenta. Esta vieja creencia debería abandonarse”, comentó un observador en línea.

“Algunas personas piden su propia placenta después de dar a luz, para poder comérsela después”, dijo otra.

Las autoridades sanitarias del Gobierno de Aragón informaron de un brote de salmonelosis registrado en Barbastro durante el pasado fin de semana, que afectó a casi 300 personas.

Fue confirmada la hospitalización de una persona afectada. Se trata de una mujer joven con patología previa que está ingresada en el Hospital Universitario 'San Jorge' de Huesca. Su estado es estable.

El origen del brote fue identificado en el Festival Vino Somontano, celebrado entre el 31 de julio y el 3 de agosto.

En relación con los análisis, existe la confirmación de laboratorio en muestras de heces de los pacientes de que la causante es la bacteria *Salmonella*.

Hasta el momento, hay constancia de 296 personas atendidas en distintos centros del Servicio Aragonés de Salud, tanto en Atención Primaria como Hospitalaria. La mayoría han sido atendidas en el Centro de Salud de Barbastro y en el Hospital Comarcal de la misma ciudad.

“La prioridad de Salud Pública es evitar que haya nuevos casos”, afirmó Miguel Antonio Español Pueyo, jefe de servicio de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental del Gobierno de Aragón. Tras detectarse el brote, las autoridades activaron de inmediato un sistema de alertas operativo las 24 horas y pusieron en marcha una investigación epidemiológica para identificar los alimentos implicados y trazar el origen de la contaminación.

En total, más de 20 establecimientos participaron en el evento, donde se sirvieron aproximadamente 60.000 raciones. Según Español Pueyo, algunos locales fueron descartados de la investigación por no figurar en las encuestas de consumo de los afectados, mientras que entre cuatro y cinco establecimientos continúan bajo especial vigilancia.

Las encuestas epidemiológicas apuntan a productos cárnicos y alimentos que contienen salsas y/o huevo como posibles focos de la infección. Muestras de estos productos han sido enviadas al laboratorio, aunque los resultados de estos análisis tardarán aún varios días.

El periodo de incubación de la salmonelosis puede alcanzar las 72 horas, por lo que, si los alimentos contaminados se consumieron durante el fin de semana, dicho plazo ya habría finalizado. Las autoridades sanitarias consideran que la fase de control está completada y que la transmisión del brote se ha cortado tras la conclusión del evento.

Sin embargo, Español Pueyo reconoció la dificultad de precisar el número exacto de afectados, ya que “muchas personas tienen una afección muy leve y no acuden a un centro sanitario”. Las encuestas epidemiológicas permiten un seguimiento aproximado de los casos, que podrían incluir a personas procedentes de otras comunidades autónomas.



El Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) alertó sobre un preocupante incremento de casos de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* en la Unión Europea y el Espacio Económico Europeo (UE/EEE) durante 2023. Según el último informe epidemiológico anual publicado en julio de 2025, se notificó un total de 5.234 casos confirmados, la cifra más alta registrada desde el inicio de la vigilancia en 1996.

Este aumento representa una continuación del repunte iniciado en 2022 (3.983 casos), tras el drástico descenso de casos registrado durante la pandemia de covid (1.693 en 2021 y 1.838 en 2020). La tasa de notificación alcanzó 1,2 casos cada 100.000 habitantes, frente al 0,9 de 2022 y el 0,4 de los años pandémicos, lo que refleja el retorno a los patrones habituales de transmisión de enfermedades respiratorias.

H. influenzae puede causar muchos tipos de infecciones diferentes, que varían de leves, como las infecciones de oído, a graves, como las infecciones de la sangre. Entre las más comunes se encuentran la neumonía o la meningitis, así como infecciones de oído en niños y bronquitis en adultos.

Grupos de edad más afectados

El [informe](#) destaca una distribución bimodal de la enfermedad, con mayor incidencia en lactantes menores de un año (6,41 cada 100.000 habitantes) y en adultos mayores de 65 años (3,2 cada 100.000). Aunque los lactantes representaron una pequeña proporción del total de casos, su carga de enfermedad por población fue la más elevada. Los mayores de 65 años, por su parte, constituyeron 58,7% del total de casos reportados, seguidos de los adultos entre 45 y 64 años (18,6%).

En términos de sexo, se observaron tasas de notificación más altas en varones en casi todos los grupos etarios, especialmente en los menores de un año, con 7,3 casos cada 100.000 frente a 5,4 en niñas.

Serotipos no capsulados, en aumento

La mayoría de los casos analizados (60%) fueron tipificados por serotipo. Entre estos, las cepas no capsuladas dominaron, con 81% de las infecciones. El serotipo f fue el tipo capsulado más frecuente (6% de los casos), seguido del serotipo b (Hib), que representó solo 5% de los casos tipificados.

Este descenso en la proporción de casos por Hib (desde 9,1% en 2022) es un reflejo directo del impacto positivo de los programas de vacunación frente a este serotipo, ampliamente implementados en todos los países de la UE/EEE desde la década de 1980. De hecho, la cobertura de la tercera dosis de la vacuna Hib alcanzó una mediana de 94% en 2023, con estimaciones nacionales que oscilan entre el 78% y el 99%, según datos de la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

De los 5.234 casos confirmados, se disponía de información clínica en el 50%. Las manifestaciones más frecuentes fueron neumonía (25%), septicemia (23%) y meningitis (13%), mientras que un 36% se clasificó bajo otras presentaciones clínicas.

En cuanto al desenlace, se notificó el resultado clínico en 55% de los casos. De estos, 248 personas fallecieron, lo que equivale a una tasa de letalidad de 8,6%. La mortalidad fue especialmente alta entre los adultos mayores de 65 años (11,5%) y en los lactantes menores de un año (6,7%).

La letalidad también varió según el serotipo: el serotipo e presentó la tasa más alta (12,8%), seguido del serotipo b (8,2%) y las cepas no capsuladas (7,9%).

Baja proporción de vacunados entre los casos

Solo se conocía el estado vacunal en 28% de los casos. De estos, 87,3% no había recibido ninguna dosis de la vacuna Hib. Entre los casos del serotipo b con estado vacunal conocido, 67% no estaba vacunado, y apenas 23 personas habían recibido tres o más dosis.

Entre los fallecidos, la mitad (128 casos) no estaban vacunados, con una tasa de letalidad de 10% en este grupo. En cambio, entre los vacunados con tres dosis, solo se registraron dos muertes (2,7%), lo que resalta la eficacia de la vacunación en la prevención de desenlaces fatales.

El patrón estacional de la enfermedad también se ha reestablecido, con un pico de casos durante los meses invernales (fines de 2022 y principios de 2023), seguido de una disminución en verano y un repunte hacia fines de año.

En términos geográficos, Dinamarca (2,3 casos cada 100.000 habitantes), Lituania (2,1) y Suecia (2,1) reportaron las tasas de notificación más altas. En cambio, países como Croacia, Chipre, Estonia y Malta informaron menos de cinco casos, y Liechtenstein no notificó ninguno.

Los tres países con mayor número absoluto de casos fueron Alemania (1.456), Francia (883) e Italia (315), que en conjunto representaron más de 50% del total.

Desafíos y recomendaciones

El informe destaca que la evolución de los serotipos circulantes, con predominio de cepas no capsuladas y la presencia creciente de otros serotipos como f y e, plantea nuevos desafíos de vigilancia y prevención. Este fenómeno puede explicarse en parte por un fenómeno de reemplazo de cepas tras la vacunación, mejoras en los métodos de detección y el envejecimiento poblacional.

El ECDC subraya la necesidad de:

- Mantener altas coberturas de vacunación frente al serotipo b (Hib) en todos los países.
- Fortalecer la vigilancia por serotipos para detectar a tiempo cambios en la epidemiología.
- Valorar el desarrollo de vacunas de mayor espectro, que incluyan cepas no capsuladas y otros serotipos emergentes.
- Proteger mejor a los adultos mayores, especialmente aquellos sin antecedentes vacunales o con comorbilidades.

El número de muertos este año por el virus del Nilo Occidental en Italia asciende a 12, según confirmó el 5 de agosto el ministro italiano de Sanidad, Orazio Schillaci, quien añadió que hay 145 casos de infección.

“La situación está bajo control, se supervisa constantemente y está en línea con lo visto en años anteriores”, explicó el ministro durante su comparecencia ante el Senado para informar sobre el estado de los casos de la enfermedad en Italia y las medidas adoptadas.

Del total de 145 casos, 59 han evolucionado a la forma neuroinvasiva, la variante más grave de la enfermedad, mientras que 75 presentaron fiebre y 11 fueron asintomáticos.

En el último boletín, publicado hace apenas una semana, se notificaban 89 casos y ocho muertes, cifra que casi triplicaba la registrada 15 días antes.

Las regiones más afectadas son Lazio, cuya capital es Roma (93 casos), Campania (24), Veneto (14), Piemonte (4), Lombardia (3), Emilia-Romagna (4), Sardegna (2) y Apulia (1).

El Ministerio de Sanidad insistió en las medidas preventivas como el uso de repelente, ropa adecuada y la eliminación de aguas estancadas.

Como parte de las medidas de prevención, Schillaci explicó que el Plan Nacional prevé “fumigaciones estratégicas, que se iniciaron ya en marzo y se ajustan al desarrollo estacional de los mosquitos, usando formulaciones adecuadas para limitar el desarrollo de resistencias”.

Italia “tiene una combinación de factores favorables para la circulación del virus del Nilo Occidental y otros arbovirus debido a su ubicación a lo largo de rutas migratorias de aves silvestres, su temperatura y hábitats propicios para la multiplicación de vectores”, agregó.

Schillaci insistió en que la mortalidad asociada a las formas graves “sigue siendo rara” y añadió que “estudios internacionales indican una tasa inferior a 10% entre los pacientes con manifestaciones neuroinvasivas, con un riesgo más elevado en personas mayores o inmunocomprometidas”.

El ministro de Sanidad recordó que, pese a que en 2018 y 2022 se registraron más casos, “no recuerda alarmas mediáticas”, a pesar de que en 2018 hubo 618 casos y 49 muertes y en 2022 se registraron 728 casos y 51 muertes.

En comparación con temporadas anteriores, en 2024 se registraron 484 casos, de los cuales 266 fueron de la forma neuroinvasiva, con un total de 36 fallecimientos, mientras que en 2023 se notificaron 394 casos (195 neuroinvasivos) y 32 muertes.

La Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKHSA) y la Agencia Reguladora de Medicamentos y Productos Sanitarios (MHRA) recomiendan a la población que deje de utilizar ciertas toallitas sin alcohol no estériles y que las deseche.

Durante la investigación de un brote, se descubrió que ciertas toallitas estaban contaminadas con *Burkholderia stabilis*.

Se ha descubierto que los siguientes productos están afectados:

- Toallitas limpiadoras sin alcohol ValueAid
- Toallitas húmedas sin alcohol Microsafe
- Toallitas limpiadoras sin alcohol Steroplast Sterowipe

Además, las pruebas también revelaron contaminación de las toallitas limpiadoras sin alcohol Reliwipe, aunque se consideró que la contaminación era con una cepa de *Burkholderia* no relacionada con los casos del brote.

Estos productos, que podrían haberse utilizado para la limpieza de la piel y la limpieza de heridas o alrededores, se han retirado del mercado, pero aún se pueden encontrar en algunos botiquines de primeros auxilios y en los hogares. Estos productos no se utilizan habitualmente en el Sistema Nacional de Salud (NHS). Si alguien tiene alguno de estos productos, se recomienda no usarlos y desecharlos con la basura doméstica como medida de precaución, dado el riesgo de contaminación.

Este aviso se refiere únicamente a los productos mencionados anteriormente. Sin embargo, se recuerda al público que las toallitas sin alcohol no estériles no deben utilizarse para el tratamiento de lesiones, heridas o piel agrietada, ni para la limpieza de vías intravenosas, ya que no son adecuadas para estos fines y no se puede garantizar su seguridad.

Si alguien ha utilizado toallitas sin alcohol y no estériles, no es necesario que visite a un profesional de la salud a menos que presente estos síntomas:

- infección de la herida, que puede incluir enrojecimiento, hinchazón, aumento del dolor, calor alrededor de la piel de la herida y pus u otro drenaje de la piel de la herida.
- infección que involucra una vía intravenosa, que puede incluir signos como enrojecimiento, hinchazón o dolor alrededor del sitio de inserción y/o fiebre y escalofríos.

Burkholderia stabilis es una bacteria presente en entornos naturales que rara vez causa infección en personas sanas, y el riesgo para la población general es muy bajo. Sin embargo, las personas inmunodeprimidas y con otros factores de riesgo, como la fibrosis quística, o los pacientes con vías intravenosas en su domicilio tienen un mayor riesgo de desarrollar la infección.



Se han confirmado 51 casos en este brote de *Burkholderia stabilis* en el Reino Unido entre 2018 y 2025, que ahora se sospecha que está asociado con toallitas sin alcohol no estériles. No se han relacionado muertes con este brote, aunque se han registrado algunas infecciones graves que han requerido tratamiento hospitalario. No se ha identificado transmisión de persona a persona.

La UKHSA ha estado trabajando con la MHRA, el NHS y otros socios para implementar medidas de protección pública. La MHRA ha estado trabajando con fabricantes y distribuidores para suspender la venta y el suministro de los productos afectados. La UKHSA emitió una alerta de seguridad dirigida a los profesionales sanitarios sobre infecciones recientes potencialmente relacionadas con toallitas no estériles contaminadas y para reforzar las directrices existentes de prevención y control de infecciones.

El Dr. James Elston, consultor en epidemiología y salud pública de UKHSA, dijo: “Si bien el riesgo general para la población sigue siendo muy bajo, varias toallitas sin alcohol no estériles se han relacionado con un brote de infecciones por *Burkholderia stabilis*. Es importante que este tipo de toallitas no se utilicen para tratar lesiones, heridas o piel agrietada, ni para limpiar vías intravenosas”.

“La UKHSA descubrió el vínculo con este brote a través de pruebas de toallitas utilizadas por los pacientes y trabajó rápidamente para notificar a los profesionales de la salud a través de una alerta de seguridad para el paciente, reforzando las pautas existentes de prevención y control de infecciones”.

Después de años de progreso en la reducción de los casos de malaria, Rwanda enfrenta un resurgimiento sorprendente y signos de resistencia al tratamiento que han obligado a los funcionarios a revisar la intervención con vacunas que el país alguna vez rechazó.

Rwanda había registrado descensos constantes en las infecciones de malaria durante casi una década, con casos que cayeron de casi cinco millones en 2016 a solo 430.000 en 2023 (alrededor de 90%), según cifras del Centro Biomédico de Rwanda (RBC).



Un profesional médico extrae sangre del dedo de un paciente para una prueba diagnóstica de malaria.

“Pero estos avances ahora están bajo amenaza”, dijo Aimable Mbituyumuremyi, gerente de división de malaria y otras enfermedades parasitarias en el RBC, la agencia de implementación de salud de Rwanda.

En 2024, los casos de malaria aumentaron más de 45% en un año, llegando a 620.000.

Rwanda había optado previamente por no recibir vacunas contra la malaria durante la primera fase de distribución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Alianza para las Vacunas (GAVI) en 2023, confiada en su progreso constante en la reducción de la malaria durante la última década.

“Pero ahora estamos experimentando un aumento de la enfermedad”, dijo Mbituyumuremyi. “Estamos considerando utilizar vacunas, ya que todas las demás medidas aún no han funcionado y los casos de malaria están aumentando”.

“El aumento de casos comenzó inesperadamente en enero de 2024, un momento en el que la incidencia de la malaria normalmente disminuye”, dijo Mbituyumuremyi.

“Es la primera vez que experimentamos un aumento de casos de malaria en Rwanda desde 2016. Nos alarma que no se trate de un incremento leve, sino significativo”, agregó.

Según Mbituyumuremyi, el número de muertes anuales cayó de 650 en 2016 a 67 en 2023, y más de dos docenas de distritos entraron en la fase de pre-eliminación de la malaria.

Dijo que entre enero y octubre de 2024, el país registró 620.000 casos, un aumento de casi 200.000 en comparación con el mismo período de 2023.

Sólo en octubre se registraron 112.000 casos, y casi 90% de ellos (unos 100.000) se concentraron en apenas 15 de los 30 distritos de Rwanda.

“En ese momento, nunca esperábamos tal carga, porque estábamos en la fase previa a la eliminación”, explicó Mbituyumuremyi. “Esperábamos una disminución progresiva, ni siquiera un ligero aumento”.

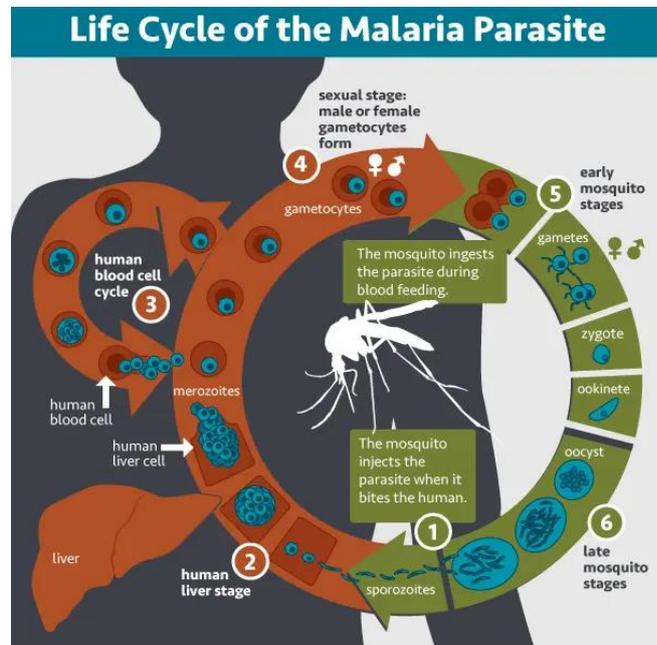
Hasta ahora, 17 países africanos han distribuido la vacuna contra la malaria con el apoyo de la OMS y la GAVI.

“Ahora, nos gustaría que esa consideración se extendiera también a nosotros”, añadió Mbituyumuremyi, refiriéndose a la distribución de vacunas.

El resurgimiento de la malaria en Rwanda se produce a pesar de las inversiones realizadas en la mayoría de los distritos propensos a la malaria.

Mbituyumuremyi dijo que Rwanda ha invertido mucho en estrategias de control existentes, como la fumigación residual en interiores y la distribución de mosquiteros.

Agregó que el país gastó más de 1,5 millones de dólares por distrito en fumigación de interiores en una docena de distritos.



Ciclo de vida del parásito de la malaria

Resistencia a los insecticidas

El RBC afirmó que varios factores han contribuido al nuevo aumento de casos. Entre ellos se incluyen la creciente resistencia de los mosquitos a los insecticidas, el cambio en el comportamiento de los mosquitos y las alteraciones ambientales que aumentan los criaderos.

Datos preliminares del RBC indican que la efectividad del medicamento artemisinina está disminuyendo debido a la resistencia.

Además, Mbituyumuremyi dijo que los mosquitos pican cada vez más al aire libre en lugar de en interiores, lo que aumenta el riesgo de que las personas pasen tiempo al aire libre durante la noche.

Mbituyumuremyi también expresó su preocupación por la posible propagación de la enfermedad entre países.

“Las investigaciones preliminares indican que casi todos los sectores más afectados se encuentran en las comunidades transfronterizas de Nyagatare, Gisagara y Bugesera”, dijo.

Para combatir la resistencia a los medicamentos, Rwanda ha comenzado a utilizar tratamientos alternativos.

“Desde fines del año pasado, hemos estado recibiendo nuevos medicamentos contra la malaria. Si bien Coartem se usa con menos frecuencia, no se ha eliminado por completo. Estamos implementando una estrategia de tratamiento múltiple de primera línea”, explicó.

A pesar del revés, Rwanda todavía aspira a estar libre de malaria para 2030.

Los funcionarios de salud están reevaluando la estrategia del país, incluida la posible adopción de vacunas como parte de una respuesta más amplia.

Sughra Ayaz ha pasado la última década viajando de puerta en puerta por el sudeste de Pakistán para pedir a los padres de familia que permitan que sus hijos sean vacunados contra la poliomielitis como parte de una campaña mundial para erradicar esta enfermedad paralizante.

Escucha sus demandas y sus miedos.

Algunos son prácticos: las familias necesitan otras cosas con mayor urgencia, como alimento y agua. Otros, sin embargo, son temores infundados: como que las dosis orales tienen como objetivo esterilizar a sus hijos.

En medio de una desenfrenada desinformación y una gran presión para que la campaña tenga éxito, Ayaz dijo que algunos supervisores les han ordenado a los trabajadores que falseen los registros de vacunación para indicar que hay más niños inoculados de los que son en realidad. Agregó que las vacunas, que deben mantenerse refrigeradas, no siempre se almacenan correctamente. “En muchos lugares, nuestro trabajo no se realiza con honestidad”, expresó Ayaz.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus socios emprendieron su campaña contra la poliomielitis en 1988 con el ambicioso objetivo de erradicarla, una hazaña que sólo se ha alcanzado una vez entre las enfermedades humanas: la viruela, en 1980. Estuvieron cerca de lograrlo en varias ocasiones, la más reciente en 2021, cuando sólo se reportaron cinco casos de infección por el poliovirus salvaje en Pakistán y Afganistán. Pero desde entonces el número de infecciones ha ido en aumento, alcanzando las 99 el año pasado, al tiempo que las autoridades han incumplido al menos seis plazos de erradicación autoimpuestos.

Afganistán y Pakistán siguen siendo los únicos países donde nunca se ha interrumpido la transmisión de la poliomielitis, la cual es altamente infecciosa, afecta principalmente a niños menores de 5 años y puede causar una parálisis irreversible en cuestión de horas. La campaña mundial dirigió la mayor parte de su atención y sus fondos a esta región durante la última década.

Pero en su afán por eliminar la enfermedad, la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis (GPEI) se ha visto descarrilada por una mala gestión, y lo que personas al interior del organismo describen como una fe ciega en una estrategia obsoleta y en una vacuna oral problemática, según trabajadores, expertos en poliomielitis y documentos internos.

Los funcionarios falsificaron registros de vacunación y seleccionaron a personas no capacitadas para administrar las gotas. Tampoco lograron desplegar equipos durante campañas masivas y desestimaron las preocupaciones sobre la posibilidad de que la vacuna oral provoque brotes, según documentos compartidos por parte del personal de la GPEI, una de las campañas de salud pública más grandes y costosas de la historia, en la que se han invertido más de 20.000 millones de dólares y en la que participan casi todos los países del mundo.



Un trabajador médico administra la vacuna contra la poliomielitis a un niño, el 21 de abril de 2025, en Karachi, Pakistán.

En Afganistán y Pakistán –que no sólo comparten una frontera, sino también una desconfianza generalizada hacia las vacunas y frágiles sistemas e infraestructura de salud–, personal local como Ayaz ha hecho notar los problemas a los altos mandos durante años. Pero estos asuntos, junto con las preocupaciones del personal y de funcionarios de salud externos, no han sido abordados desde hace mucho tiempo.

Las autoridades destacan los éxitos: 3.000 millones de niños vacunados y unos 20 millones de personas que se evitó que quedaran paralizadas. Pero, al mismo tiempo, reconocen los desafíos en Pakistán y Afganistán. Los poblados remotos son de difícil acceso, algunas autoridades culturales y religiosas no recomiendan la vacunación, y cientos de trabajadores de sanidad contra la poliomielitis y personal de seguridad han sido asesinados por apearse a una iniciativa liderada por Occidente.

El Dr. Jamal Ahmed, director de la OMS para la erradicación de la poliomielitis, defendió los avances en esos dos países, destacando la respuesta personalizada de los trabajadores en los focos de resistencia.

“Hoy en día hay muchísimos niños protegidos gracias al trabajo de los últimos 40 años”, dijo. “No dramaticemos de más los desafíos, ya que eso lleva a que los niños queden paralizados”.

Ahmed cree que las autoridades pondrán fin a la propagación de la poliomielitis en los próximos 12 a 18 meses. Su objetivo más reciente de erradicación es 2029. La campaña puntualiza que alrededor de 45 millones de niños en Pakistán y 11 millones en Afganistán deben ser vacunados este año. Por lo general, los niños necesitan cuatro dosis de dos gotas cada una para que se consideren completamente inmunizados.

El Dr. Zulfiqar Bhutta, quien formó parte de los grupos asesores de la OMS, la Fundación Gates y otras entidades, dijo que los responsables de la campaña deberían escuchar las críticas que reciben sus tácticas.

“Es poco probable que mantener ciegamente las mismas estrategias en las que hemos confiado desde que comenzó la campaña de erradicación conduzcan a un resultado diferente”, agregó.

Problemas de años en los equipos de vacunación

Informes internos de la OMS sobre las campañas de vacunación en Afganistán y Pakistán durante la última década muestran que ya en 2017 los trabajadores locales alertaban a los supervisores sobre problemas importantes.

Los documentos destacaron múltiples casos de falsificación de registros de vacunación, personal sanitario que fue reemplazado por familiares no capacitados y la administración incorrecta de las vacunas.

En numerosas ocasiones, funcionarios de la OMS señalaron: “los vacunadores desconocían cómo gestionar las vacunas”, y mencionaron la falta de refrigeración adecuada de las dosis. También encontraron informes mal elaborados o falsificados, mientras que los trabajadores reportaron “el uso de más viales de vacunas de los que realmente se suministraron”.

Según un informe de agosto de 2017 de Kandahar, Afganistán, las autoridades locales interfirieron en la selección de los vacunadores, “lo que tuvo como resultado la selección de voluntarios analfabetos y menores de edad”.

Los equipos de vacunación trabajaron “de manera apresurada”, según los informes, sin “ningún plan de monitoreo ni supervisión”. Un equipo en Nawzad, Afganistán, cubrió sólo la mitad del área prevista en 2017 y se excluyó por completo a 250 hogares. Los ancianos del poblado mencionaron que no hubo visitas en al menos dos años.

Los trabajadores de vacunación y funcionarios de salud en Afganistán y Pakistán confirmaron los problemas en los documentos, y reportaron que para los directores de la campaña resulta difícil comprender las dificultades en el terreno. Los esfuerzos puerta por puerta se ven obstaculizados por las barreras culturales, historias infundadas sobre las vacunas y la pobreza y transitoriedad de la región.

“La mayoría de las veces, cuando vamos a vacunar y tocamos a la puerta, el jefe de familia o el hombre no está en casa”, dijo un trabajador, quien habló bajo condición de anonimato al no estar autorizado a dar declaraciones a la prensa. “Para mucha gente es ofensivo que un desconocido llame a la puerta y hable con una mujer”.

Algunos trabajadores se encuentran con que las familias se han mudado. En ocasiones, reportan que reciben maltratos.

“Hemos compartido estos problemas con nuestros funcionarios superiores”, refirió el trabajador. “Ellos saben de esto”.

Ahmed, el director de la erradicación contra la poliomielitis de la OMS, mencionó “dificultades operativas” en Afganistán y Pakistán, y añadió que el programa cuenta con “sólidos procesos de monitoreo y evaluación”.

Ayaz describió la “marcación falsa” –entintar el dedo meñique de un niño para indicar que ha sido vacunado– incluso cuando no se le administró ninguna vacuna.

“Hay muchísima presión”, explicó.

Los críticos destacan el uso continuo de la vacuna oral

Antes de que se desarrollara la primera vacuna contra la poliomielitis en 1955, la enfermedad –que se transmite principalmente de una persona a otra, o a través de agua contaminada y vía partículas fecales– era una de las más temidas del mundo y paralizaba a cientos de miles de niños cada año. La gente evitaba los lugares concurridos durante las epidemias, y las salas de los hospitales se llenaban de niños en pulmones de acero porque el virus había inmovilizado sus músculos respiratorios.

La poliomielitis se propaga principalmente cuando las personas se exponen a agua infectada con el virus. En países con problemas de saneamiento, los niños suelen infectarse al entrar en contacto con heces contaminadas.

La OMS recalcó que mientras un solo niño siga infectado, los niños de todo el mundo siguen estando en riesgo.

La erradicación exige estar muy cerca de la perfección: cero casos de poliomielitis e inmunizar a más de 95% de los niños.

Pero líderes de salud pública y exempleados de la OMS afirman que las campañas están lejos de ser perfectas, y muchos cuestionan el uso de la vacuna oral.

La vacuna oral –la cual se ha demostrado que es segura y eficaz– se ha administrado a más de 3.000 millones de niños. No obstante, presenta algunos efectos secundarios extremadamente raros: los científicos calculan que, cada 2,7 millones de primeras dosis administradas, un niño quedará paralizado por el virus vivo de la poliomielitis que contiene la vacuna.

En casos incluso más raros, el virus vivo puede mutar a una forma capaz de iniciar nuevos brotes entre personas no inmunizadas en lugares donde las tasas de vacunación son bajas.

A nivel mundial, cada año se han reportado cientos de casos derivados de la vacuna desde por lo menos 2021, con al menos 98 infecciones en lo que va del año.

La mayoría de los expertos en salud pública coinciden en que la vacuna oral debe retirarse lo antes posible. Pero admiten que simplemente no hay suficientes vacunas inyectables –las cuales no utilizan virus vivos y no conllevan los riesgos de la vacuna oral– para erradicar la poliomielitis. La vacuna inyectable es también más cara y requiere de una mayor capacitación para su aplicación.

Más de una veintena de altos funcionarios en la campaña para erradicar la poliomielitis –en funciones y anteriores– dijeron que las agencias involucradas no han estado dispuestas siquiera a considerar una revisión a su estrategia para abordar algunos de los problemas de la campaña.

El Dr. Thomas R. Frieden, ex director de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC), quien es miembro de una junta independiente que supervisa la erradicación de la poliomielitis, dijo que sería imposible eliminar la enfermedad sin la vacuna oral. No obstante, instó a las autoridades a encontrar la manera de adaptarse, como adoptar nuevos métodos para identificar los casos de poliomielitis con mayor rapidez. Desde 2011, él y sus colegas han publicado informes periódicos sobre los fallos generales del programa.

“No hay una gestión”, expresó, refiriéndose a una falta de rendición de cuentas.

El Dr. T. Jacob John, ex científico de la OMS, envió el año pasado dos correos electrónicos a Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la OMS, en los que solicitaba “un importante cambio de rumbo”. John afirmó que no recibió respuesta.

“La OMS crea poliomielitis con una mano e intenta controlarla con la otra”, escribió John.

Ahmed, el director contra la poliomielitis de la OMS, dijo que la vacuna oral es un “pilar fundamental” de la estrategia de erradicación y que “casi todos los países que hoy están libres de poliomielitis, la utilizaron para lograr ese hito”.

“Necesitamos dar un paso atrás y cuidar realmente de la gente”, afirmó. “La única manera de lograrlo en gran parte del mundo es con la vacuna oral contra la poliomielitis”.

Ahmed destacó también el éxito que la OMS y sus socios alcanzaron al eliminar la poliomielitis en India, una tarea que antes se consideraba casi imposible. En los cuatro años previos a la erradicación de la poliomielitis en ese país, el personal sanitario administró alrededor de 1.000 millones de dosis de la vacuna oral a más de 170 millones de niños.

En la actualidad, casi todos los casos de poliomielitis a nivel mundial –principalmente en África y Medio Oriente– son virus mutados de la vacuna oral, excepto en Afganistán y Pakistán.

Scott Barrett, profesor de la Universidad de Columbia, pidió una investigación para entender cómo es que la situación se descontroló tanto, en particular después de un intento fallido en 2016, cuando las autoridades retiraron una cepa de la vacuna oral. Se equivocaron en sus cálculos, lo que provocó brotes en más de 40 países que paralizaron a más de 3.000 niños, según un informe de expertos encargado por la OMS. Un virus mutado relacionado con ese esfuerzo paralizó el año pasado a un bebé en Gaza.

“A menos que se realice una investigación pública donde se revelen todas las pruebas y la OMS implemente cambios importantes, será muy difícil confiar en ellos”, agregó.

Persiste la desconfianza

Con un presupuesto anual de aproximadamente 1.000 millones de dólares, la iniciativa contra la poliomielitis se encuentra entre las más costosas de todo el ámbito de la salud pública. Este

año, Estados Unidos se retiró de la OMS y el presidente Donald John Trump recortó la ayuda exterior. Funcionarios de la OMS admitieron en privado que será difícil mantener la financiación si no tienen éxito.

Algunos aseguran que sería mejor utilizar el dinero en otras necesidades sanitarias.

“Tan sólo en Pakistán, hemos gastado más de 1.000 millones de dólares (en financiación externa contra la poliomielitis) en los últimos cinco años, y no obtuvimos progreso alguno”, señaló Roland Sutter, exdirector de investigación sobre la poliomielitis en la OMS. “Si esta fuera una empresa privada, exigiríamos resultados”.

Los residentes de zonas rurales también han protestado por el costo, organizando cientos de boicots contra las campañas de inmunización desde 2023. En lugar de vacunas contra la poliomielitis, piden medicamentos, alimentos y electricidad.

En Karachi, los residentes declaran que no comprenden la obsesión del gobierno con la poliomielitis y se quejan de otros problemas: agua sucia y adicción a la heroína. Los trabajadores van acompañados de guardias armados y las autoridades pakistaníes reportan que más de 200 trabajadores y policías asignados para su protección han sido asesinados desde la década de 1990, principalmente a manos de milicianos.

La campaña también se enfrenta a una ola de desinformación, como que la vacuna está hecha con orina de cerdo o que hará que los niños alcancen la pubertad prematuramente. Algunos culpan la creciente oposición a las vacunas en Estados Unidos y otros países que han financiado en gran medida los esfuerzos de erradicación, y reportan que dicha postura ya llegó incluso a zonas remotas de Afganistán y Pakistán.

En los suburbios del sudoeste de Pakistán, Saleem Khan, de 58 años, informó que vacunó a dos de sus nietos menores de 5 años a pesar de las objeciones de su familia.

“La vacuna les provocó discapacidad”, añadió Khan, sin presentar pruebas que respalden su creencia. “Están vacunados porque las autoridades reportaron nuestra negativa a las autoridades y a la policía”.

Svea Closser, profesora de salud internacional en la Universidad Johns Hopkins, dijo que Pakistán y Afganistán se oponían menos a la inmunización hace décadas. Ahora, la gente está molesta por la atención que se le presta a la poliomielitis y la falta de ayuda para enfermedades como el sarampión o la tuberculosis, expuso, lo que impulsa las teorías conspirativas.

“La erradicación de la poliomielitis ha creado un monstruo”, manifestó Closser. Añadió que no ayuda que la confianza pública en las campañas de vacunación se vio socavada en esta región cuando la Agencia Central de Inteligencia organizó una campaña falsa de vacunación contra la hepatitis en 2011 para intentar obtener ADN y confirmar la presencia de Osama bin Laden o de sus familiares.

Los trabajadores presencian esa desconfianza todos los días.

En una región montañosa del sudeste de Afganistán, donde la mayoría de la gente sobrevive del cultivo de trigo y la crianza de vacas y pollos, una madre de cinco hijos dijo que preferiría que sus hijos fueran vacunados contra la poliomielitis, pero su esposo y otros familiares varones les ordenaron a sus familias que rechacen la vacuna. Creen en los rumores falsos de que pondrá en riesgo la fertilidad de sus hijos.

“Si lo permito”, dijo la mujer, quien se negó a ser identificada por temor a represalias familiares, “me golpearán y me echarán”.

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.