

18 DE DICIEMBRE  
2024  
REC 2.890

## ARGENTINA

- Situación epidemiológica de las arbovirosis (excepto dengue)
- Misiones: Medidas de contención sanitaria ante brotes de rabia pasesiante

## AMÉRICA

- Brasil: Confirmada la primera muerte por fiebre de Oropouche en Espírito Santo
- Cuba: Persisten los casos de dengue y fiebre de Oropouche

- México: Alerta epidemiológica ante el incremento de los casos de sarampión

## EL MUNDO

- Bélgica: Brote de neurocisticercosis entre alumnos de una escuela
- Chequia: Primera aparición de difilobotriosis en el país
- Europa: El impacto en la salud y el ambiente de la exposición a la contaminación del aire siguen siendo elevados
- Malasia: Movilizan equipos para monitorear un brote de encefalitis japonesa en Mukah
- Nigeria: Caso de tripanosomosis africana humana en Cross River
- Pakistán: Comienza la última campaña del año de vacunación contra la poliomielitis tras el aumento de casos
- Sri Lanka: Brote de leptospirosis en Jaffna
- Suecia: El país busca convertirse en el primero del mundo en eliminar el VPH con la vacunación masiva
- Vietnam: Se registraron unas 80 muertes humanas por rabia en lo que va del año

## Comité Editorial

**Editor Honorario** ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021)

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

**Editor en Jefe**

ÍLIDE SELENE DE LISA

**Editores adjuntos**RUTH BRITO  
ENRIQUE FARÍAS**Editores Asociados**

ISSN 2796-7050

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

## Patrocinador

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

## 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 LAS ARBOVIROSIS (EXCEPTO DENGUE)

14/12/2024

Provincia/Región	Fiebre chikungunya		Fiebre zika		Fiebre de Oropouche		Encefalitis de Saint Louis		Fiebre amarilla	
	Posit.	Invest.	Posit.	Invest.	Posit.	Invest.	Posit.	Invest.	Posit.	Invest.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	–	4	–	1	–	1	–	1	–	–
Buenos Aires	–	28	–	17	–	–	1	18	–	3
Córdoba	–	24	–	7	–	–	3	148	–	–
Entre Ríos	–	13	–	–	–	1	2	22	–	1
Santa Fe	–	172	–	21	–	6	–	4	–	4
<b>Centro</b>	–	<b>241</b>	–	<b>46</b>	–	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>193</b>	–	<b>8</b>
Mendoza	1	126	–	60	–	3	–	–	–	–
San Juan	–	–	–	–	–	–	–	2	–	–
San Luis	–	–	–	1	–	–	–	6	–	–
<b>Cuyo</b>	<b>1</b>	<b>126</b>	–	<b>61</b>	–	<b>3</b>	–	<b>8</b>	–	–
Chaco	12	363	–	173	–	8	–	1	–	1
Corrientes	–	5	–	–	–	4	–	1	–	–
Formosa	–	2	–	2	–	1	–	–	–	–
Misiones	–	10	–	2	–	1	–	–	–	1
<b>Noreste Argentino</b>	<b>12</b>	<b>380</b>	–	<b>177</b>	–	<b>14</b>	–	<b>2</b>	–	<b>2</b>
Catamarca	–	5	–	2	–	–	–	–	–	2
Jujuy	–	18	–	4	–	1	–	–	–	–
La Rioja	–	17	–	17	–	–	–	1	–	–
Salta	–	194	–	126	–	42	–	–	–	1
Santiago del Estero	–	13	–	6	–	–	–	2	–	–
Tucumán	–	2	–	6	–	15	–	–	–	–
<b>Noroeste Argentino</b>	–	<b>249</b>	–	<b>161</b>	–	<b>58</b>	–	<b>3</b>	–	<b>3</b>
La Pampa	–	2	–	2	–	–	–	–	–	–
Sur	–	2	–	2	–	–	–	–	–	–
<b>Total Argentina</b>	<b>13</b>	<b>998</b>	–	<b>447</b>	–	<b>83</b>	<b>6</b>	<b>206</b>	–	<b>13</b>

Casos de arbovirosis, según clasificación epidemiológica. Argentina. De semana epidemiológica 31 a 49 de 2024.

Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de Argentina.

Nota: Posit.=Positivos; Invest.=Investigados.

La vigilancia de la fiebre de Oropouche se basa actualmente en el estudio por laboratorio de una proporción de casos negativos para dengue y estudios en personas con antecedentes de viaje a zonas donde se está registrando transmisión. Durante el año 2024 se han investigado hasta el momento 1.252 casos, sin resultados positivos.

Los 12 casos positivos de fiebre chikungunya de la provincia del Chaco corresponden a casos probables por IgM positiva; casos aislados desde la semana epidemiológica (SE) 35 hasta la SE 48, en distintos departamentos de la provincia, la mayoría en Quitilipi. Con respecto al caso positivo de Mendoza, corresponde a un caso probable por IgM positiva y, hasta la fecha, se encuentra en investigación.

El Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) adoptó medidas sanitarias para la contención de los brotes de rabia pareasiente registrados en las localidades de Cerro Corá y Puerto Leoni, en la provincia de Misiones, tras confirmarse su presencia en muestras procesadas por el Laboratorio de Candelaria.



Desde el Centro Regional Corrientes-Misiones del SENASA se aplicó el protocolo de enfermedad denunciante, con localización y recolección de datos de los establecimientos involucrados, y la interdicción de los predios que se encuentran dentro de un radio de 10 km alrededor del brote, con restricción de movimientos de animales.

Los profesionales del SENASA trabajan con los productores situados en las zonas afectadas para brindarles toda la información necesaria y asesorarlos sobre esta zoonosis. Además, se resolvió la vacunación obligatoria para todas las especies susceptibles (bovinos, equinos, caprinos, porcinos y ovinos) dentro del área especificada.

El organismo sanitario continúa atendiendo denuncias sobre posibles refugios de vampiros de la especie *Desmodus rotundus* –transmisor de la enfermedad– y advirtió que la circulación viral persiste en otras localidades de la provincia, como San Vicente, Eldorado y Puerto Rico, por lo que la situación requiere de una vigilancia constante para prevenir su propagación.

---

Los animales con sintomatología nerviosa podrían ser portadores de rabia pareasiente y por tal motivo la recomendación es evitar el contacto directo con ellos y dar aviso inmediato al Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) a través de las siguientes vías de notificación:

- Oficina de Puerto Rico: 03743 42-0834
- Oficina de Posadas: 03764 43-2699
- Whatsapp: (11) 5700-5704
- Correo electrónico: [notificaciones@SENASA.gob.ar](mailto:notificaciones@SENASA.gob.ar)
- Formulario [Avisá al SENASA](#)

Espírito Santo confirmó la primera muerte por fiebre de Oropouche en el estado. La víctima, una mujer de 61 años, residente en la ciudad de Fundão, falleció el 28 de agosto. Se trata de la cuarta muerte por la enfermedad en el país en 2024, sumando las dos registradas en Bahía y otra muerte fetal en Pernambuco. Este año son casi 11.000 los casos confirmados, la mayoría en Amazonas y Espírito Santo, con poco más de 3.000 casos en cada estado, seguidos de Rondônia, con unos 1.600.



En 2024, Brasil está sufriendo un brote de fiebre de Oropouche. El virus es transmitido por el insecto conocido como jején (*Culicoides paraensis*). Los síntomas son similares a los del dengue y otras arbovirosis, como fiebre, dolor de cabeza, dolores musculares y articulares. Aparecen entre 3 y 8 días después de la picadura del insecto. Ante los primeros signos, es importante buscar un centro de salud. El diagnóstico se realiza mediante evaluación clínica, de laboratorio y epidemiológica.

Aún no existe ningún tratamiento específico ni vacuna disponible. Los medicamentos alivian los síntomas, con el uso de analgésicos y antipiréticos para controlar la fiebre.

El cierre de 2024 encuentra a Cuba lidiando con un panorama epidemiológico persistente dominado por las mismas enfermedades transmitidas por mosquitos que afectaron al país durante todo el año: el dengue y la fiebre de Oropouche. Así lo confirmó el Dr. Francisco Durán García, director nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública.

Durán destacó que el dengue se está propagando activamente en 13 provincias, con un número importante de pacientes hospitalizados. Se han reportado seis casos graves, concentrados en dos provincias. Mientras tanto, la fiebre de Oropouche está impactando a 15 provincias, aunque con menor gravedad debido a los síntomas más leves, y la mayoría de los casos se manejan en los hogares, según explicó el especialista.

“La presentación clínica del dengue y de la fiebre de Oropouche es bastante similar, lo que puede generar una falsa sensación de seguridad en las personas al pensar que se trata de fiebre de Oropouche, cuando en realidad podría tratarse de dengue, que puede llegar a ser grave”, advirtió el epidemiólogo, quien instó a las personas a buscar atención médica para un diagnóstico adecuado.

A pesar de la ausencia de casos de fiebre zika, fiebre chikungunya o fiebre amarilla en Cuba, el mosquito *Aedes aegypti* sigue siendo el principal vector de estas enfermedades, lo que subraya la necesidad de intensificar las medidas de saneamiento y control vectorial. “Estamos conscientes de los problemas que presenta la recolección de basura, pero cada individuo debe asumir la responsabilidad de reducir los riesgos en su entorno”, añadió Durán.

## **Retos del sistema de salud cubano**

El final de 2024 pinta un panorama de un sistema de salud sobrecargado que lucha por gestionar enfermedades prevenibles, mientras que desafíos estructurales como la recolección de residuos y el saneamiento inadecuados perpetúan un círculo vicioso que obstaculiza el progreso epidemiológico.

En noviembre, las autoridades sanitarias cubanas informaron de una “ligera disminución” de los casos de dengue y fiebre de Oropouche, aunque ambas enfermedades siguieron afectando significativamente a la población, sobre todo en las regiones orientales del país. En octubre, el Ministerio de Salud Pública informó más de 17.000 casos sospechosos de dengue en el año, muchos de los cuales requirieron hospitalización en unidades de cuidados intensivos.

En septiembre, hubo 12.000 casos sospechosos de fiebre de Oropouche, una enfermedad identificada por primera vez en Cuba en mayo, ahora muy extendida en toda la isla, en parte debido a los esfuerzos insuficientes de control de vectores y saneamiento.

El Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE), de la Secretaría de Salud de México, emitió un [Aviso Epidemiológico](#) informando acerca de la situación del sarampión en el país.

En el mismo notificó que, durante 2019, se registraron 5.163 casos probables de sarampión o rubéola, de los cuales 20 fueron confirmados para sarampión, todos ellos relacionados con la importación, localizados en Ciudad de México (2 casos), y los estados de Quintana Roo (5), Chihuahua (3), Tabasco (3), México (2), Guerrero (1), Nuevo León (1), Querétaro (1), San Luis Potosí (1) y Querétaro (1); se detectaron los genotipos B3 y D8.

En 2020 se notificaron 2.518 casos probables de sarampión o rubéola, de los cuales 196 fueron confirmados para sarampión, con fuente de infección desconocida, localizados en Ciudad de México (163 casos), y los Estados de México (30), Campeche (2) y Tabasco (1); el genotipo involucrado fue el D8.

Entre los años 2021 y 2023, no se reportaron casos confirmados de sarampión.

En 2024, hasta la semana epidemiológica 49, se han notificado 3.360 casos probables de sarampión o rubéola, de los cuales siete fueron confirmados para sarampión.

El primer caso fue identificado por Sanidad Internacional de la Ciudad de México el 14 de marzo, en un vuelo procedente de Londres, Inglaterra, un niño de cuatro años de nacionalidad rumana, en el que el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE) confirmó sarampión el 15 de marzo.

Se identificó un total de tres casos confirmados sarampión asociados a la importación, en personas que viajaban en el mismo vuelo (todos de sexo masculino, de 6 meses, y 28 y 42 años de edad, respectivamente) y un cuarto caso (una mujer de 29 años) como contacto en la sala de espera de migración; todos en la Ciudad de México.

El 19 de abril se identificó el sexto caso (un niño de 11 años) en la Ciudad de México, asociado como caso secundario al caso 4 con fuente de infección vinculada a la importación. Para estos casos, los estudios de secuenciación y genotipificación identificaron el genotipo D8 con linaje MVs/Patan.IND/16.19.

En mayo de 2024, los Servicios de Salud del Estado de Guanajuato reportaron un caso de sarampión en un hombre de 18 años, de nacionalidad turca, con antecedente de viaje a Guatemala y El Salvador. Los estudios de secuenciación y genotipificación determinaron el genotipo D8 con linaje MVs/Bern.CHE/17.24/2. El seguimiento del paciente se dio únicamente por vía telefónica, sin poder establecer la residencia exacta dentro de México. A través del Instituto Nacional de Migración, se confirmó que el paciente se trasladó a Estados Unidos.

### **Riesgo de reintroducción del virus del sarampión en México**

México cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica de enfermedad febril exantemática, a través del cual se lleva a cabo la notificación de casos probables de sarampión o rubéola,

para lo cual se utiliza la Plataforma del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) en tiempo real.

La ocurrencia de brotes de sarampión en varias partes del mundo, principalmente en países de América, con quienes se comparte un alto movimiento poblacional, incrementa el riesgo de presencia de casos importados en México, tal como ha ocurrido con casos identificados en 2019, 2020 y 2024 a través del SINAVE.

A efecto de detectar oportunamente casos importados o asociados a la importación y la dispersión del virus de sarampión en el territorio nacional es necesario el cumplimiento estricto de las acciones de vigilancia epidemiológica para enfermedad febril exantemática descritas en la normatividad vigente y garantizar coberturas de vacunación a nivel municipal.

---

El sarampión es una enfermedad viral sumamente contagiosa causada por el virus del sarampión que pertenece al género *Morbivirus* de la familia Paramixoviridae; el ser humano es el único reservorio del virus. Se transmite por diseminación de gotitas suspendidas en el aire o por contacto directo con secreciones nasales o faríngeas de personas infectadas.

El periodo de transmisión dura desde cuatro días antes y hasta cuatro días después del comienzo del exantema. El periodo de incubación es de 7 a 21 días, con un promedio de 14 días.

El cuadro clínico se caracteriza por fiebre, conjuntivitis, coriza, tos y manchas pequeñas con centro blanco o blanco azulado sobre una base eritematosa en la mucosa del vestíbulo de la boca (manchas de Koplik). El exantema maculopapular, con dirección cefalocaudal, aparece alrededor del día 14 posterior a la exposición al virus, con una duración de cuatro a siete días, con posterior descamación furfurácea.

Los casos graves son especialmente frecuentes en niños con malnutrición, y sobre todo en personas inmunodeprimidas. En poblaciones con altos niveles de malnutrición y falta de atención sanitaria adecuada, la letalidad por sarampión puede oscilar entre 10% y 30% de los casos.

Las complicaciones más frecuentes llegan a ser otitis media, neumonía, laringotraqueobronquitis y encefalitis, resultado de la misma replicación viral o de una infección bacteriana agregada.

Entre marzo y junio de 2023, se diagnosticó neurocisticercosis en tres niños no relacionados (pacientes 1 a 3) de diferentes clases y años en una escuela primaria en Bélgica, un país no endémico. El paciente 1 presentó ptosis durante un año, y los pacientes 2 y 3 presentaron convulsiones focales de reciente aparición. Las imágenes de los pacientes 1 a 3 revelaron lesiones cisticercuales únicas. Se confirmó que el paciente 2 tenía neurocisticercosis mediante una prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de biopsia cerebral, y los pacientes 1 y 3 se confirmaron mediante imágenes y respuesta al tratamiento. Solo el paciente 1 tuvo seroconversión. No se detectó tenia en los pacientes ni en sus familiares en exámenes de materia fecal, y ninguno de los pacientes informó viajes al extranjero.

Inicialmente, se planteó la hipótesis de una contaminación de los alimentos y se comenzó con la búsqueda del portador de la tenia mediante pruebas de copro-PCR en materia fecal de 70 miembros del personal de catering de las escuelas, voluntarios que pelaban fruta, maestros y padres que cocinaban para las festividades. Luego se realizaron pruebas a los alumnos que informaron haber visitado países endémicos según un cuestionario y, finalmente, se tomaron muestras de aguas residuales escolares el 11 de marzo de 2024. También se realizaron estudios de serología y resonancias magnéticas cerebrales a dos familias con múltiples factores de riesgo para encontrar signos de exposición pasada. Todas las pruebas fueron negativas.

Resonancias magnéticas cerebrales realizadas por algunos padres de manera privada, descubrieron dos niños asintomáticos más (pacientes 4 y 5) de la escuela en octubre y diciembre de 2023. No se observó inflamación quística en estos dos niños asintomáticos, mientras que el edema perilesional fue evidente en los pacientes 2 y 3 que presentaron convulsiones.

Las investigaciones epidemiológicas revelaron que, si es que se produjo un único evento de exposición, probablemente se produjo entre septiembre de 2021 (cuando el paciente 4 fue admitido recientemente en la escuela) y enero de 2022 (cuando el paciente 1 ya había desarrollado ptosis). Es probable que transcurrieran menos de tres meses entre la infección y la aparición de la ptosis en el paciente 1, ya que los cisticercos tardan entre 2 y 3 meses en alcanzar su tamaño completo. Durante el año académico 2021/22, hubo 229 estudiantes de primaria y 149 estudiantes de jardín de infancia. Como la neurocisticercosis puede tardar años en volverse sintomática y la serología tiene poca sensibilidad en casos de infección con solo unos pocos cisticercos, a todos los estudiantes de primaria 2021/22 se les ofreció una resonancia magnética cerebral entre el 24 de febrero y el 2 de junio de 2024. A través de 112 resonancias magnéticas realizadas, se detectaron dos niños más (pacientes 6 y 7) con neurocisticercosis asintomática y un niño (paciente 8) con una lesión cerebral calcificada no específica.



Al realizar la historia clínica del paciente 8, su padre relató que había sacado un gusano de 1 m de largo, parecido a una cinta, del ano de su hijo; luego, el niño recibió una dosis de mebendazol de venta libre en agosto de 2022. Cuando estuvo en el extranjero en un área endémica de *T. solium* antes de 2021, consumió carne de cerdo criado en condiciones de alojamiento no controladas. Posteriormente, al padre (paciente 9) se le diagnosticó neurocisticercosis asintomática, con una segunda lesión en el músculo temporal derecho. Todos los demás miembros de la familia, excepto uno, dieron positivo en una o ambas pruebas de ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA). Estos datos sugieren que el paciente 8 era portador de la tenia del cerdo que causó el brote, no de una tenia de vacuno. Aunque la tenia de vacuno es endémica en Bélgica, no causa cisticercosis humana. Como las pruebas en materia fecal repetidas de la fuente probable siguieron siendo negativas, es probable que la transmisión hubiera cesado; los miembros del hogar también dieron negativo.

La identificación de tres niños belgas sintomáticos con cisticercosis dio lugar a una respuesta sin precedentes al brote, que reveló seis pacientes asintomáticos más, incluida la fuente probable. La mayoría de los pacientes, tanto sintomáticos como asintomáticos, recibieron tratamiento médico con resultado favorable. Ninguno de los pacientes identificados ha sufrido convulsiones. La transmisión escolar podría haberse producido a través del contacto manual o del contacto fecal-oral indirecto durante las actividades de los niños o en el baño de los mismos, lo que explica por qué solo los niños parecían estar afectados y por qué la mitad de los niños estaban agrupados en una clase y un año. Siguen los esfuerzos para informar a las personas restantes con alto riesgo de contacto pasado. Los brotes como este pueden ser comunes, pero siguen sin detectarse, especialmente en regiones endémicas con pocos recursos.

---

La cisticercosis humana es el resultado de la ingestión de huevos microscópicos de *Taenia solium* que elimina un portador de tenia, formando larvas quísticas (es decir, cisticercos) en los tejidos. Estas larvas normalmente se enquistan en el cerdo, el huésped intermediario natural. Al ser consumidas por los seres humanos, se desarrollan en una nueva tenia intestinal. La neurocisticercosis, que afecta al cerebro humano, es responsable de un tercio de los casos de epilepsia en las regiones tropicales y subtropicales endémicas.

El mayor brote de neurocisticercosis documentado hasta ahora se produjo hace más de 30 años en la ciudad de New York, Estados Unidos. En este caso, cuatro de seis personas con neurocisticercosis se agrupaban en dos familias que compartían con frecuencia las comidas preparadas por una empleada que había inmigrado recientemente de un país endémico y era la presunta portadora de la tenia. La serología fue positiva para ella y uno de sus hijos, pero los exámenes fecales fueron negativos, posiblemente debido a la eliminación intermitente de huevos en los proglótidos, con microscopía negativa, o la corta vida de las tenias.

Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

Parasitólogos del Centro Biológico de la Academia de Ciencias de Chequia confirmaron el primer caso autóctono de difilobotriosis en el país.

Esta enfermedad humana es causada por tenias del género *Diphyllobothrium*. La infección se produjo después del consumo de huevas de lucio crudas (caviar), procedentes del embalse de Lipno, en el sur de Čechách. Este caso sugiere la presencia de un parásito introducido en el reservorio, lo que podría representar un nuevo brote de la enfermedad. Sin embargo, el riesgo de infección humana es muy bajo. La fuente de infección son únicamente los peces depredadores crudos o insuficientemente tratados térmicamente, como la perca y el lucio. Aunque el parásito puede alcanzar una longitud considerable (hasta varios metros), no causa complicaciones de salud graves en la mayoría de los pacientes. Además, la enfermedad es fácilmente tratable.



La infección se produjo en octubre de 2023 en el sur de Čechách, en el popular destino de la presa de Lipno. Un hombre de 37 años se infectó después de comer caviar de huevas crudas de lucio. A los dos meses desarrolló problemas estomacales e intestinales, principalmente flatulencias, y al cabo de otros dos meses expulsó parte de la tenia. Un examen médico especializado posterior confirmó la presencia de una gran cantidad de huevos del gusano ancho (*Diphyllobothrium latum*) y se inició un tratamiento exitoso. “Dado que el paciente nunca antes había consumido pescado crudo u otros productos pesqueros crudos o insuficientemente procesados térmicamente, esta infección puede considerarse el primer caso comprobado de difilobotriosis autóctona en Chequia”, confirmó Tomáš Scholz, del Instituto de Parasitología, de la Academia de Ciencias de Chequia.

El gusano ancho es una tenia intestinal que puede crecer varios metros de largo. Su ciclo de vida incluye dos huéspedes intermediarios: los crustáceos planctónicos y los peces depredadores de agua dulce, en cuyos órganos internos, músculos u ovarios se desarrollan larvas infectivas para el ser humano. El principal huésped definitivo es una persona que se infecta únicamente al comer pescado o platos de pescado crudos o poco cocidos, especialmente percas y lucios. También pueden infectarse animales como perros, gatos y zorros. Los huevos de esta tenia no son infecciosos para los humanos.

El gusano ancho es una tenia intestinal que puede crecer varios metros de largo. Su ciclo de vida incluye dos huéspedes intermediarios: los crustáceos planctónicos y los peces depredadores de agua dulce, en cuyos órganos internos, músculos u ovarios se desarrollan larvas infectivas para el ser humano. El principal huésped definitivo es una persona que se infecta únicamente al comer pescado o platos de pescado crudos o poco cocidos, especialmente percas y lucios. También pueden infectarse animales como perros, gatos y zorros. Los huevos de esta tenia no son infecciosos para los humanos.

Aunque los parasitólogos de Čechách han realizado análisis genéticos detallados, no es posible saber exactamente cómo llegó el parásito a Lipno. En estudios anteriores a gran escala sobre el nematodo, mapearon en detalle la aparición de este parásito en Europa y Asia desde 1900 hasta la actualidad. Confirmaron que este parásito era mucho más común en el pasado. Hoy en día se encuentra mucho más raramente en unos pocos focos, principalmente en los lagos alpinos del norte de Italia, Suiza y Francia, y especialmente en varias regiones de Rusia. “Es

poco probable que la tenia haya sido introducida en el embalse de Lipno junto con peces almacenados o panes infectados. Lo más probable es que el parásito haya sido arrastrado hasta la presa por un turista de una zona endémica, por ejemplo de Rusia, que junto con las heces liberó huevos de tenia en el agua o en sus alrededores”, afirmó el parasitólogo Roman Kuchta del Centro Biológico de la Academia de Ciencias de Chequia. Además, en mayo y agosto de este año los parasitólogos examinaron más de cien peces depredadores de Lipno, pero no detectaron la presencia de larvas de este parásito.



### **El riesgo de infección es muy bajo.**

“A menudo nos encontramos con que la gente sucumbe al miedo a los parásitos o se asusta ante las campañas falsas de vendedores sin escrúpulos de preparados antiparasitarios, los llamados cabrones de internet. Pero las preocupaciones son completamente innecesarias. En Chequia hay muy pocos parásitos humanos. La aparición del gusano ancho en el pez de Lipno es sin duda muy rara, y el riesgo de infección humana es bastante bajo, porque durante el tratamiento térmico ordinario o la congelación profunda del pescado, las larvas del gusano ancho se eliminan de manera confiable”, tranquilizó Tomáš Scholz. “Además, la difilobotriosis no es una enfermedad grave ni potencialmente mortal y existe un tratamiento muy eficaz”, añadió.

---

El ciclo de vida de la tenia de los peces comienza cuando los huevos del cestodo adulto en los humanos se liberan, eclosionan y una forma intermedia infectan un crustáceo y se desarrollan en un plerocercioide después de la ingestión por el siguiente huésped, un pez de agua dulce. Migran al pez y se desarrollan lentamente en él, y deben alcanzar un cierto grado de madurez para ser capaces de infectar al huésped final. Los humanos se infectan entonces al comer pescado crudo o poco cocido, no normalmente los huevos de pescado. Si los ovarios también pueden verse afectados, los huevos de pescado pueden ser una fuente.

En la literatura se ha descrito un total de 14 especies válidas de tenias *Diphyllobothrium* capaces de causar difilobotriosis, siendo *D. latum* el principal agente causal de todas las infecciones humanas. Sin embargo, datos recientes indican que algunas de estas infecciones, especialmente cuando se diagnostican únicamente sobre la base de la morfología, se han identificado incorrectamente con este agente causal, confundiendo otras especies de *Diphyllobothrium* con *D. latum*. Otra especie ampliamente distribuida, *D. dendriticum*, nunca se ha considerado un parásito frecuente del hombre, aunque se encuentra comúnmente en todas las regiones árticas y subárticas, parasitando aves y mamíferos piscívoros. Casos recientes de europeos infectados con este cestodo pusieron en tela de juicio la distribución geográfica real de esta tenia, en gran medida ignorada por los parasitólogos médicos.

*D. dendriticum* representa un ejemplo de un parásito del hombre previamente desatendido, probablemente subdiagnosticado, con potencial para propagarse globalmente. Casos recientes de difilobotriosis causada por *D. dendriticum* en Europa (Países Bajos, Suiza y Chequia), donde el parásito no había sido reportado previamente, indican que los agentes causales de la difilobotriosis y otras zoonosis pueden ser importados a todo el mundo. Se deben utilizar herramientas moleculares para diagnósticos específicos y confiables de parásitos, y también se deben considerar especies raras o no nativas. Esto ayudará considerablemente a mejorar el conocimiento de la distribución y epidemiología de estos parásitos humanos.

Según la última evaluación del impacto sobre la salud de la calidad del aire de la Agencia Europea de Medio Ambiente (AEMA), publicada el 10 de diciembre con motivo de la entrada en vigor de las nuevas normas de la Unión Europea (UE), casi 240.000 muertes al año en la UE pueden atribuirse a la exposición a partículas finas, un contaminante atmosférico clave. Los últimos datos también confirman, una vez más, que los europeos siguen expuestos a concentraciones de contaminantes atmosféricos muy superiores a los niveles recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Una evaluación independiente también concluyó que casi tres cuartas partes de los ecosistemas europeos están expuestos a niveles perjudiciales de contaminación atmosférica.



A pesar de los desafíos para reducir la exposición a los contaminantes del aire, los datos confirman una tendencia de que el impacto estimado en la salud causado por la exposición a largo plazo a tres contaminantes atmosféricos clave (partículas finas, dióxido de nitrógeno y ozono) está mejorando, según el informe de la AEMA *Daños a la salud humana causados por la contaminación del aire en Europa: situación de la carga de morbilidad en 2024*.

Entre 2005 y 2022, el número de muertes en la UE atribuibles a partículas finas o PM<sub>2,5</sub> se redujo 45%, manteniéndose en camino de alcanzar el objetivo de reducción de 55% delineado en el plan de acción de contaminación cero de la UE para 2030.

## Entran en vigor nuevas normas de calidad del aire en la UE

La Directiva revisada sobre la calidad del aire ambiente, que entró en vigor el 10 de diciembre, acerca los valores límite de calidad del aire de la UE a las normas de la OMS, lo que favorece una mayor reducción de los efectos de la contaminación atmosférica sobre la salud en los próximos años. Aun así, la contaminación atmosférica sigue siendo el principal riesgo ambiental para la salud de los europeos (seguido de otros factores como la exposición al ruido, a los productos químicos y a los efectos cada vez mayores de las olas de calor relacionadas con el clima sobre la salud), y causa enfermedades crónicas y muertes atribuibles a ellas, especialmente en las ciudades y las zonas urbanas.

Según las últimas estimaciones de la AEMA, al menos 239.000 muertes en la UE en 2022 fueron atribuibles a la exposición a contaminación por PM<sub>2,5</sub> superior a la concentración recomendada por la OMS de 5 microgramos por metro cúbico ( $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ). Unas 70.000 muertes son atribuibles a la exposición a la contaminación por ozono y 48.000 muertes a la exposición a la contaminación por dióxido de nitrógeno.

Estas muertes atribuibles podrían haberse evitado si se hubieran cumplido los valores de referencia de la OMS en 2022.

Además de las muertes prematuras, las consecuencias de vivir con enfermedades relacionadas con la contaminación del aire son significativas. Es fundamental tener en cuenta estos efectos al evaluar la carga sanitaria general de la contaminación del aire, así como los beneficios que se derivarían de un aire más limpio en Europa, afirma el informe de la AEMA.

## El impacto de la contaminación del aire en la naturaleza

La contaminación atmosférica también tiene un impacto negativo en la naturaleza. En otro informe de la AEMA titulado *Impacto de la contaminación atmosférica en los ecosistemas de Europa*, se analiza cómo se expone la vegetación a los principales contaminantes atmosféricos y cómo esto se traduce en pérdidas económicas y de rendimiento de los cultivos.

El informe de la AEMA concluyó que el nitrógeno presente en el aire, que se deposita en los ecosistemas, aumenta la carga de nutrientes (eutrofización), lo que provoca cambios en la estructura y el funcionamiento de los ecosistemas (cambios en las especies vegetales que pueden crecer en una zona). Cabe destacar que 73% de los ecosistemas de la UE se encontraban por encima de las cargas críticas de eutrofización en 2022.

El plan de acción de contaminación cero incluye el objetivo de reducir la superficie de los ecosistemas donde la deposición de nitrógeno excede las cargas críticas en 25% para 2030 en comparación con los niveles de 2005. Actualmente, es poco probable que se alcance este objetivo, ya que se redujo 13% entre 2005 y 2022.

Además, aproximadamente un tercio de las tierras agrícolas de Europa estuvieron expuestas a concentraciones de ozono a nivel del suelo superiores al valor umbral establecido para la protección de la vegetación según las normas de la UE. Esto provocó daños a los cultivos, reducción de los rendimientos y pérdidas económicas estimadas en al menos 2.000 millones de euros. El ozono daña los bosques y las plantas al reducir las tasas de crecimiento, disminuir los rendimientos y afectar a la biodiversidad. En 2022, el 62% de la superficie forestal total de los 32 países miembros de la AEMA superó los niveles críticos establecidos para proteger los bosques del ozono. Las importantes reducciones de las emisiones de dióxido de azufre en las últimas décadas han abordado principalmente el problema de la acidificación.

---

Los informes de la Agencia Europea de Medio Ambiente (AEMA) *Daños a la salud humana debidos a la contaminación atmosférica en Europa: situación de la carga de morbilidad en 2024* e *Impactos de la contaminación atmosférica en los ecosistemas de Europa* forman parte del paquete de medidas de la AEMA sobre la calidad del aire en Europa en 2024.

La AEMA ha estado estimando el número de muertes atribuibles a la exposición a la contaminación atmosférica desde 2014. Utiliza las recomendaciones sobre los impactos en la salud establecidas en las directrices de la OMS sobre calidad del aire de 2021. Al igual que en años anteriores, los impactos en la salud de los diferentes contaminantes atmosféricos no deben sumarse para evitar la doble contabilización debido a algunas superposiciones en los datos. Este es el caso tanto de la mortalidad como de la enfermedad.

Además de estos dos informes, también se han publicado [fichas informativas sobre la contaminación atmosférica](#) actualizadas para cada país. Estas fichas informativas ofrecen un resumen de los datos clave relacionados con las emisiones de contaminación atmosférica y la calidad del aire, incluidas las tendencias de la contaminación a lo largo del tiempo y los efectos de la contaminación sobre la salud en cada país.

La Directiva revisada sobre calidad del aire, [Directiva \(UE\) 2024/2881](#), entró en vigor el 10 de diciembre de 2024, tras su adopción el 23 de octubre de 2024. La Directiva introduce nuevos estándares de calidad del aire que deben alcanzarse en 2030 y que se alinean más con las recomendaciones de la OMS, así como la obligación de monitorear contaminantes adicionales como las partículas ultrafinas, el carbono negro y el amoníaco.

El Ministerio de Salud malayo ordenó a equipos de las oficinas de salud de división y distrito que monitoreen en el terreno un brote de encefalitis japonesa registrado en Kampung Tanjung, en Mukah.

El viceministro de Salud, Datuk Lukanisman Awang Sauni, dijo que el equipo de entomología del ministerio también estaba en Mukah para administrar las vacunas contra la encefalitis japonesa.

“Hemos desplegado personal de las oficinas de salud de la división y del distrito para monitorear la situación en Mukah, mientras que el Departamento de Salud de Sarawak proporciona las actualizaciones al ministerio”.

“También se están llevando a cabo medidas preventivas en un radio de dos kilómetros del área afectada”, dijo.

Se instó a la comunidad, especialmente a los líderes comunitarios y jefes de aldea, a cooperar con la oficina de salud del distrito y garantizar que sus aldeas y alrededores no sean zonas de reproducción de mosquitos.

“Aunque el incidente en Kampung Tanjung se considera un caso aislado, el ministerio está tomando medidas de precaución ya que podría convertirse en un brote, como sucedió anteriormente en Mukah”, enfatizó.

El 13 de diciembre, el oficial de salud de la división Mukah, Dr. Muhammad Najib Hasan, declaró un caso de encefalitis japonesa en Kampung Tanjung, Mukah, después de recibir un resultado serológico positivo de IgM del Laboratorio Nacional de Salud Pública el 4 de diciembre.

---

Uno podría preguntarse si un único caso, como el mencionado en esta noticia, constituye un brote o no. Sin embargo, sí indica que el virus de la encefalitis japonesa se está transmitiendo activamente en la zona. Por lo tanto, las precauciones que están tomando las autoridades sanitarias son prudentes. El virus de la encefalitis japonesa es endémico en Malasia, incluida la isla de Borneo. No se menciona el uso de la vacuna contra la encefalitis japonesa en el estado de Sarawak. El control de vectores de la encefalitis japonesa es difícil porque los hábitats de reproducción de los mosquitos probablemente sean muy extensos. Evitar las picaduras de mosquitos es útil para prevenir la transmisión.

Se detectó un caso de tripanosomosis africana humana, también conocida como enfermedad del sueño, en la comunidad de Ebom, área de gobierno local de Abi, estado de Cross River.

El Comisionado Estatal de Salud, Dr. Henry Ayuk y el Director de Salud Pública, Dr. Goddy Effah confirmaron esta información en una reunión del ayuntamiento celebrada en Calabar el 10 de diciembre.

Los funcionarios revelaron que varios pacientes han sido admitidos para recibir atención en el Centro de Atención Primaria de Salud en Ebom y en el Hospital General de Ugep.



La enfermedad es causada por el parásito *Trypanosoma*, que se transmite a través de la picadura de la mosca tsé-tsé (*Glossina* sp.), que se encuentra comúnmente cerca de lagos y tierras de cultivo. Los síntomas incluyen patrones de sueño anormales, fiebre, dolor muscular y debilidad. Si no se trata, puede ser mortal.

Se recomendó a los miembros de la comunidad de Ebom usar ropa de mangas largas y tomar precauciones contra las picaduras de insectos.

Los funcionarios de salud instaron a la población a informar cualquier síntoma inusual, como somnolencia o fiebre, a los centros de atención médica.

El Dr. Goddy Effah, Director de Salud Pública, y Christy Iwara, Directora de Atención Médica Primaria en el área de gobierno local de Abi, enfatizaron la necesidad de una respuesta rápida.

El Dr. Henry Ayuk, Comisionado de Salud, destacó la importancia de la vigilancia y la atención médica inmediata para combatir el brote.

---

La tripanosomosis africana humana es causada por parásitos protozoarios transmitidos por moscas tsé-tsé (*Glossina* sp.) infectadas. Es endémica en el África subsahariana. Sin tratamiento, es generalmente mortal. La mayoría de las personas expuestas viven en zonas rurales y dependen de la agricultura, la pesca, la ganadería o la caza. La enfermedad adopta dos formas, según la subespecie del parásito infectante: *Trypanosoma brucei gambiense* (92% de los casos notificados) y *Trypanosoma brucei rhodesiense* (8%). Los esfuerzos sostenidos de control han reducido el número de casos nuevos en 97% en los últimos 20 años.

El diagnóstico y el tratamiento son complejos y requieren habilidades específicas.

Los síntomas reportados son fiebre, dolor de cabeza, linfadenitis, dolores articulares y picazón. Los síntomas neurológicos son cambios de conducta, confusión, alteraciones sensoriales y falta de coordinación. La alteración del ciclo del sueño, que da nombre a la enfermedad, es una característica destacada. Sin tratamiento, la tripanosomiasis africana humana suele ser mortal, aunque se han notificado casos raros de autocuración.

Pakistán inició el 16 de diciembre su última campaña nacional de vacunación del año para proteger a 45 millones de niños de la poliomielitis, después de que un aumento en los nuevos casos obstaculizara los esfuerzos para erradicar la enfermedad.

Según la Organización Mundial de la Salud, Pakistán y la vecina Afganistán son los únicos dos países donde no se ha detenido el virus, que puede causar parálisis o la muerte.

Pakistán ha reportado 63 casos confirmados desde enero.



Un policía monta guardia mientras un trabajador sanitario administra la vacuna contra la poliomielitis a un niño en Peshawar, Pakistán, el 16 de diciembre de 2024.

Ayesha Raza Farooq, asesora del primer ministro para el programa de erradicación de poliomielitis, dijo que la campaña contra la enfermedad continuará hasta el 22 de diciembre.

Pakistán realiza campañas periódicas a pesar de la violencia que afecta al personal médico que supervisa las vacunaciones y a las fuerzas de seguridad que los escoltan. Los militantes afirman falsamente que las campañas de vacunación son una conspiración occidental para esterilizar a los niños.

Las autoridades desplegaron miles de policías para proteger a los trabajadores de la salud tras informes de inteligencia que indicaban que los insurgentes podrían atacarlos. Sin embargo, el 16 de diciembre, hombres armados abrieron fuego contra policías que escoltaban a trabajadores de la campaña en Karak, una ciudad en la provincia de Khyber Pakhtunkhwa, matando a un oficial de policía e hiriendo a un trabajador de la salud, dijo el oficial de policía Ayaz Khan.

El mismo día, un hombre armado montado en una motocicleta disparó e hirió a un oficial de policía asignado para escoltar a trabajadores de la campaña de vacunación desde un centro de salud en la ciudad noroccidental de Bannu, dijo el jefe de policía local Hamid Khan.

Nadie reclamó la responsabilidad por los dos ataques. Pero más de 200 trabajadores de la salud y policías asignados para su protección han sido asesinados desde la década de 1990, según funcionarios de salud y autoridades.

La última campaña de lucha contra la poliomielitis comenzó al día siguiente de que el primer ministro, Shehbaz Sharif, se reuniera con el personal médico y prometiera que Pakistán ganaría la guerra contra la poliomielitis.

Afganistán reportó al menos 23 casos confirmados en 2024, según datos de la Organización Mundial de la Salud.

En septiembre, los talibanes afganos detuvieron repentinamente una campaña de vacunación puerta a puerta en Afganistán, un devastador revés para la erradicación de la poliomielitis, ya que el virus es uno de los más contagiosos del mundo y cualquier grupo de niños no vacunados donde el virus se esté propagando podría deshacer años de progreso.



Un brote de leptospirosis que se propagó en Jaffna, se cobró siete vidas, anunció el 12 de diciembre la Unidad de Epidemiología del Ministerio de Salud de Sri Lanka.

El número de muertos en Jaffna se cifró inicialmente en cinco, pero el director del Hospital de Jaffna, Dr. T. Sathyamoorthy, confirmó que tres de las muertes fueron causadas por leptospirosis, mientras que las otras dos fueron casos sospechosos.



Los fallecidos, de entre 20 y 65 años de edad, fallecieron a causa de fiebre y complicaciones respiratorias.

Se enviaron muestras de sangre a Colombo para su posterior análisis, lo que permitió identificar la enfermedad.

Más de 10.000 casos de leptospirosis se han reportado en Sri Lanka en lo que va de 2024, dijo un alto funcionario de la Unidad de Epidemiología del Ministerio de Salud el 11 de diciembre.

La especialista en salud pública Kumudu Weerakoon, de la Unidad de Epidemiología, dijo que se espera que el número aumente en las próximas semanas debido a las lluvias intermonzónicas y las actividades de cultivo de arroz. Weerakoon dijo que las personas expuestas al agua y al barro, especialmente los agricultores de arroz, los mineros y los afectados por las inundaciones, tienen un mayor riesgo de contraer la enfermedad.

En 2023, Sri Lanka registró más de 9.000 casos de leptospirosis, lo que provocó casi 200 muertes, dijo.

Para combatir la propagación de la enfermedad, el Ministerio de Salud está proporcionando antibióticos gratuitos a las personas de alto riesgo, agregó.

---

La leptospirosis es una enfermedad zoonótica causada por una bacteria perteneciente al género *Leptospira*. Tanto los seres humanos como los animales se ven afectados por un buen número de serotipos de la bacteria, y la distribución de los serotipos varía de una región a otra.

Muchos animales pueden transmitir la leptospirosis, incluidas las mascotas (como los perros), los animales de granja o la fauna silvestre.

Los seres humanos se infectan a través del contacto directo con la orina de animales infectados o con un entorno contaminado con orina. La bacteria ingresa al cuerpo a través de cortes o raspaduras en la piel, o a través de las membranas mucosas de la boca, la nariz y los ojos. La transmisión de persona a persona es rara.

Sin tratamiento, la leptospirosis puede provocar daño renal, meningitis, insuficiencia hepática, dificultad respiratoria e incluso la muerte.

Suecia está intensificando sus esfuerzos para convertirse en el primer país del mundo en eliminar el virus del papiloma humano (VPH), un grupo de virus que puede causar cáncer de cuello uterino en las mujeres y cáncer de pene y ano en los hombres. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer de cuello uterino es el cuarto más frecuente entre las mujeres de todo el mundo.



En 2021, el Gobierno sueco inició un proyecto de “erradicación” nacional en colaboración con investigadores, la Sociedad Sueca contra el Cáncer y 21 provincias administrativas. “Creo que el cáncer es muy difícil de eliminar. Esta sería una de las primeras opciones con las que realmente podemos eliminar una forma de cáncer”, dijo Joakim Dillner, jefe del Centro de Eliminación del Cáncer de Cuello Uterino del Instituto Karolinska.

“Cuando disponemos de herramientas muy eficaces para hacerlo, tenemos la obligación ética de utilizarlas realmente para asegurarnos de que no tenemos más cáncer de lo que es necesario”, dijo, y añadió que esto también podría impulsar a otros países a seguir su ejemplo. Suecia empezó a ofrecer vacunas gratuitas a las niñas de 10 a 12 años en 2012 y a los niños en 2020.

En la actualidad, 90% de las niñas y 85% de los niños están vacunados. Se sabe que la última vacuna contra el VPH es eficaz y segura, ya que previene hasta 90% de los cánceres de cuello uterino al dirigirse contra nueve tipos de VPH, incluidos los responsables de entre 15% y 20% más de casos en comparación con las versiones anteriores.

### **Vacunas gratuitas y cribado masivo**

La mayoría de las mujeres nacidas entre 1994 y 1999 no recibieron la última versión de la vacuna en la escuela. “Probablemente habría bastado con vacunar sólo a las niñas no vacunadas anteriormente. Pero es una cuestión de justicia, equidad y ética que todo el mundo disponga de la protección más actualizada y eficaz contra el cáncer”, afirmó Dillner.

“Así que a las que han tomado la vacuna de primera generación se les está ofreciendo además la vacuna de segunda generación”. La vacuna “de puesta al día” se ofrece gratuitamente.

“Si conseguimos que 70% de las mujeres de este grupo de edad se pongan al día y reciban la vacuna, podremos convertirnos en el primer país en eliminar el cáncer de cuello de útero para 2027”, declaró Ulrika Årehed Kågström, secretaria general de la Sociedad Sueca contra el Cáncer.

Inicialmente previsto para fines de 2024, Suecia anunció recientemente una prórroga del plan de vacunación gratuita hasta el verano de 2025. El proyecto nacional sueco consta de dos fases. Mediante la vacunación y el cribado de una cohorte elegida estratégicamente, el proyecto pretende reducir el grupo de portadores del VPH, cortando así la capacidad de propagación del virus.

A continuación, los investigadores iniciarán el cribado para detectar todas las infecciones preexistentes que puedan causar cáncer de cuello de útero a partir del segundo semestre de 2025 “hasta que se tomen muestras del VPH de toda la población”, según Dillner.

### Un enfoque accesible y diferente

Según los investigadores, aproximadamente la mitad de las mujeres del grupo objetivo se ha vacunado hasta ahora. Para aumentar su aceptación, la [Sociedad Sueca contra el Cáncer](#) puso en marcha una campaña con estrategias poco convencionales, como la colaboración con personas influyentes.

En noviembre, organizó puestos de vacunación en cines locales, atrayendo a 600 mujeres en solo dos horas en nueve lugares diferentes. “Esto demuestra que cuando se les ofrece muy cerca de su día a día, cerca de sus universidades, de sus lugares de trabajo, donde salen por la noche, están dispuestas a vacunarse, pero llevan una vida ajetreada”, añadió Kågström. “Cada dos o tres días muere una mujer de cáncer de cuello de útero en Suecia”, añadió.



### ¿Y ahora qué?

Muchas mujeres adultas dudan en ponerse la costosa vacuna contra el VPH a pesar de ser conscientes de su eficacia, porque han oído que la vacuna no es tan eficaz después de mantener relaciones sexuales. Sin embargo, una larga serie de ensayos aleatorizados demuestra que [la vacuna también es eficaz](#) en estos grupos de edad, siempre que la paciente sea negativa para el VPH al momento de la administración, señalaron los expertos.

“Ofrecemos una prueba del VPH al momento de la vacunación. Si es positiva, se le hará un seguimiento en el programa de cribado y quedará así protegida contra el cáncer”, dijo Dillner. “Si es negativa, tendrá la misma protección contra la infección y los precursores del cáncer de cuello de útero que se ha demostrado en los ensayos clínicos aleatorizados”, añadió.

Eliminar el VPH y el [cáncer de cuello de útero](#) no es gratis: Suecia destinó unos 350.000 euros a este esfuerzo para este año. Dillner cree que reducir el cribado, algo que al parecer está considerando el país vecino Dinamarca en medio de una elevada cobertura de vacunación, es arriesgado incluso después de que Suecia tenga inmunidad poblacional contra el VPH.

“En todo caso, hay que aumentarlo para mejorar la protección contra el cáncer. En realidad, el hecho de que ya no tengamos nuevas infecciones hará que la prueba de cribado sea más sensible y específica”, afirmó Dillner.

En lo que va de 2024, Vietnam registró más de 80 muertes humanas por rabia, unos 10 casos más que en años anteriores.

El 13 de diciembre, el Departamento de Medicina Preventiva del Ministerio de Salud dijo que la principal fuente de rabia en Vietnam son los perros y gatos. En el periodo 2017/2021 se registró un promedio de más de 70 muertes anuales, lo que la convierte en la enfermedad infecciosa con mayor número de muertes.

Desde principios de 2024 hasta ahora, el país ha registrado más de 80 muertes en 33 provincias y ciudades. Las que más fallecimientos registran son Bình Thuận (10 casos), Đắk Lắk (7), Nghệ An (7) y Gia Lai (6).

La rabia es una zoonosis endémica en muchos países, y 95% de las muertes se producen en África y Asia. El Sudeste Asiático es un punto crítico para la rabia, con una gran cantidad de perros callejeros, bajas tasas de vacunación contra la rabia en animales y un comercio generalizado de carne de perros y gatos en algunos países.

La tasa de letalidad por rabia es casi de 100% cuando aparecen los síntomas. La detección temprana, el tratamiento y la vacunación oportunos son importantes para la prevención. Se ha demostrado que la vacunación contra la rabia es mucho más eficaz y económica que el tratamiento post-exposición.

El Ministerio de Salud recomienda que las personas vacunen de forma proactiva a todos los perros y gatos contra la rabia, y que eviten el contacto con perros y gatos con síntomas inusuales, especialmente el caso de los niños.

---

La rabia humana es una enfermedad 100% prevenible mediante vacunación, pero sigue matando. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda dos estrategias principales de inmunización para la prevención de la rabia humana: la profilaxis previa a la exposición (PrEP) y la profilaxis posterior a la exposición (PEP). La PrEP consiste en la administración de varias dosis de la vacuna antirrábica a poblaciones de alto riesgo antes de la exposición a la rabia.

Tanto para la PEP como para la PrEP, las vacunas se pueden administrar por vía intradérmica o intramuscular. Los esquemas de vacunación antirrábica recomendados anteriormente por la OMS para la administración intramuscular siguen siendo aceptables, pero los nuevos esquemas de administración intradérmica recomendados por el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico (SAGE) de la OMS ofrecen ventajas a través de ahorros en costos, dosis y tiempo.

Si bien es posible evitar muertes mediante la vacunación humana, esta intervención por sí sola nunca eliminará la enfermedad y los costos solo aumentarán con el tiempo. La inversión en eliminar el riesgo de rabia en su origen (los perros) es la medida más rentable. La vacunación de al menos 70% de los perros en las zonas de riesgo se acepta actualmente como la forma más eficaz de prevenir las muertes humanas por rabia.

La OMS promueve el uso de la administración intradérmica de vacunas antirrábicas modernas de cultivo celular para la PEP. La administración intradérmica ofrece una alternativa igualmente segura y eficaz a la vacunación intramuscular. La vacunación intradérmica reduce el volumen de vacuna utilizada en un 60-80%, es menos costosa y tiene potencial para mitigar la escasez de vacunas. Requiere solo 1-2 viales de vacuna para completar un ciclo completo de profilaxis posterior a la exposición. El modelo de costo-efectividad muestra que, cuando se compara con los esquemas de vacunación intramuscular, los esquemas intradérmicos son rentables y ahorran dosis en todos los entornos, incluso si el número de nuevos pacientes con mordeduras es tan solo de 5 por mes.

La rabia es una enfermedad de declaración obligatoria tanto en la salud humana como en la animal en Vietnam. Se registró un promedio de 75 casos humanos al año durante 2017/2021, mientras que en 2012/2016 este promedio fue de 88 casos, de los cuales alrededor de 90% se atribuye al contacto con perros infectados, 80% en áreas rurales/remotas y 30% de los casos son niños menores de 15 años.

Unas 510.000 personas recibieron PEP cada año durante 2017/2021, y unas 400.000 personas en 2012/2016.

Las poblaciones de perros son numerosas, pero están disminuyendo en los últimos años con: se calcula en 7,4 millones de animales, mientras que en 2012/2016 era de 8,3 millones.

La tasa de vacunación en la población de perros fue de aproximadamente 50% durante 2017-2021, y de 39% en 2012/2016.

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](mailto:reporteepidemiologicocba@gmail.com) aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.