

ARGENTINA

- Situación epidemiológica de la tuberculosis

AMÉRICA

- Canadá: El peor brote de sarampión revive el debate antivacunas
- Colombia: Reportan en Santander un caso de fiebre amarilla importado de Venezuela
- Ecuador/Perú: Coordinan acciones de control y prevención de la malaria

- Estados Unidos: Primer caso del año de fiebre del Nilo Occidental en South Dakota
- Estados Unidos: Brote multiestatal de salmonelosis vinculado con frijoles germinados congelados
- Perú: Alerta epidemiológica en Puno por riesgo de introducción de casos de sarampión importados de Bolivia

EL MUNDO

- Eslovaquia: Brote de legionelosis originado en el spa de un hotel en Demänovská Dolina
- Filipinas: Los casos de leptospirosis ascienden a 103 y las muertes a 20 en Ciudad Quezón

- Mongolia: Corren riesgo de peste bubónica 17 provincias del país
- Palestina: La desnutrición mata a 86 personas, la mayoría niños, desde el inicio de la ofensiva
- Polonia: Primer caso autóctono de cólera desde 2019
- Los desafíos que enfrentan los pacientes con micetoma

OPINIÓN

- Las vacunas no son la causa del autismo

Comité Editorial

Editor Honorario ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021)

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

Editor en Jefe

ÍLIDE SELENE DE LISA

Editores adjuntos

RUTH BRITO
ENRIQUE FARÍAS

Editores Asociados

ISSN 2796-7050

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

Patrocinadores

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

Takeda
WWW.TAKEDAPRO.COM.AR/

Adherentes



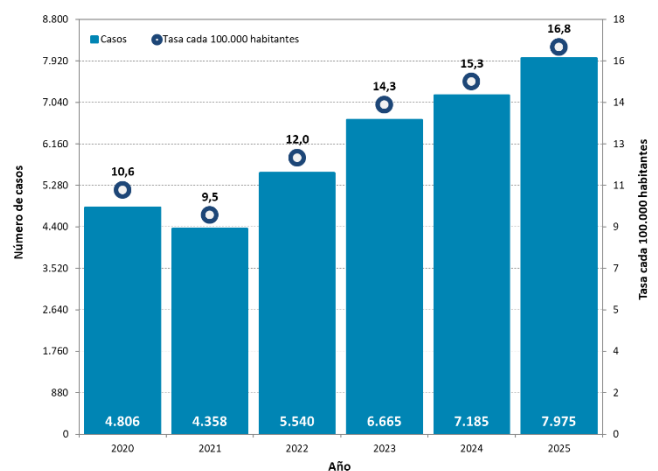
Distinguido por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

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

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

En 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 28, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}), 7.975 casos de tuberculosis con fecha de notificación en 2025; de éstos, 7.597 (95,3%) fueron casos incidentes (casos nuevos, recaídas o sin información de clasificación al inicio del tratamiento) y 378 (4,7%) casos no nuevos (reingresos de pérdida de seguimiento, fracasos, traslados y otros). Los casos pulmonares representaron el 83,7% (6.672) con una confirmación por bacteriología de 72,1% (4.812).

Entre 2020 y 2025, las notificaciones de tuberculosis mostraron un aumento constante. El número de casos aumentó en todo el período un 65,9% (3.169 casos) y un 11,0% entre 2024 y 2025 (790 casos).



Casos de tuberculosis y tasas de notificación cada 100.000 habitantes, según año de notificación. Argentina. Años 2020/2025, hasta semana epidemiológica 28. Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 'Dr. Emilio Coni'.

Notificación según jurisdicción

Se observó un aumento de 11,0% en las notificaciones de casos totales al comparar las cifras de 2025 con el mismo período de 2024, a nivel nacional. Este incremento se debe, principalmente, a la Región Centro, que registró un incremento de 16,5% (851 casos). La Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y las provincias de Buenos Aires y Santa Fe notificaron aumentos cercanos al 20% en 2025.

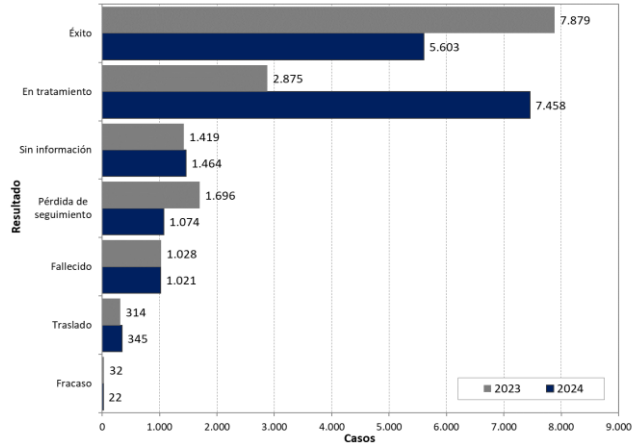
La Región Noroeste Argentino (NOA) también registró un aumento de 7,9% (72 casos) debido al incremento de casos en Tucumán, Salta, Catamarca y La Rioja. En el resto de las regiones, hubo un descenso en las notificaciones, siendo la Región Cuyo la que tuvo mayor porcentaje de descenso, que alcanzó al 13,9%. En todas de las regiones el reporte de casos de cada jurisdicción en 2025 no fue uniforme, coexistiendo aumentos y descensos de casos notificados en cada una de ellas.

Provincia/Región	2024		2025		Variación de casos (%)
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	712	23,1	878	28,4	23,31
Buenos Aires	3.622	19,9	4.273	23,3	17,97
Córdoba	300	7,7	295	7,5	-1,67
Entre Ríos	147	10,2	112	7,7	-23,81
Santa Fe	377	10,4	451	12,3	19,63
Centro	5.158	17,0	6.009	19,7	16,50
Mendoza	79	3,8	71	3,4	-10,13
San Juan	37	4,6	25	3,0	-32,43
San Luis	21	3,9	22	4,1	4,76
Cuyo	137	4,0	118	3,4	-13,87
Chaco	266	21,3	243	19,3	-8,65
Corrientes	120	10,4	122	10,5	1,67
Formosa	177	28,4	148	23,6	-16,38
Misiones	84	6,4	63	4,8	-25,00
Noreste Argentino	647	14,9	576	13,2	-10,97
Catamarca	10	2,3	18	4,2	80,00
Jujuy	256	31,9	226	27,9	-11,72
La Rioja	15	3,6	18	4,3	20,00
Salta	427	28,6	483	32,0	13,11
Santiago del Estero	58	5,7	42	4,1	-27,59
Tucumán	149	8,4	200	11,2	34,23
Noroeste Argentino	915	15,4	987	16,5	7,87
Chubut	55	8,3	54	8,1	-1,82
La Pampa	24	6,5	23	6,2	-4,17
Neuquén	41	5,9	28	4,0	-31,71
Río Negro	43	5,5	42	5,3	-2,33
Santa Cruz	29	7,2	31	7,5	6,90
Tierra del Fuego	20	10,5	8	4,1	-60,00
Sur	212	6,8	186	5,9	-12,26
Sin información	116	—	99	—	-14,66
Total Argentina	7.185	15,3	7.975	16,8	11,00

Casos notificados de tuberculosis y tasa de notificación cada 100.000 habitantes, según jurisdicción. Argentina. Años 2024/2025, hasta semana epidemiológica 28. Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 'Dr. Emilio Coni'.

Evaluación del tratamiento

A la SE 28 de 2025, 1.419 de los casos de tuberculosis notificados en 2023 (9,3%) todavía no tienen información sobre su tratamiento, y 2.875 casos (18,9%) aún figuran en tratamiento tras más de 12 meses desde el inicio del mismo. En 2024, 1.464 de los casos notificados (8,6%) carecen de información sobre su tratamiento y un alto porcentaje (43,9%) de casos figuran aún como en tratamiento; parte de este porcentaje puede deberse a que algunos de ellos todavía están dentro del período de duración de los esquemas de tratamiento.



Resultado de la evaluación del tratamiento de los casos de tuberculosis. Argentina. Años 2023/2024. Datos hasta semana epidemiológica 28 de 2025. Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 'Dr. Emilio Coni'.

En la tranquila ciudad canadiense de Aylmer, donde menonitas con trajes tradicionales conviven con los residentes laicos, las divisiones en torno a las vacunas, surgidas durante la pandemia de covid, se reavivaron con la epidemia de sarampión que afecta al país.



Canadá erradicó oficialmente esta grave enfermedad altamente contagiosa en 1998. Sin embargo, con 3.500 casos confirmados en 2025, este país de 40 millones de habitantes tiene ahora más contagios que su vecino Estados Unidos –que vive su peor epidemia de sarampión en más de 30 años– y que cualquier otro país occidental, según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), actualizadas el 9 de julio.

Hay diferentes comunidades afectadas, pero los expertos creen que los grupos anabaptistas antivacunas de las provincias de Ontario y Alberta son los que más están contribuyendo a la epidemia.

Brett Hueston, que se crió en Aylmer, confiesa que antes de la covid no prestaba atención a las dos visiones de los habitantes de esta ciudad bucólica rodeada de tierras agrícolas en el suroeste de Ontario. Pero eso cambió.

“Crecí pensando, quizá ingenuamente, que todos estábamos en la misma sintonía como comunidad. La covid realmente disparó las diferencias que existían”, comentó este hombre de 40 años, cuya familia publica el periódico local Aylmer Express, de 145 años de antigüedad.

La reaparición de un virus erradicado

Aylmer y sus 13 iglesias –para una población de 8.000 habitantes– fueron un auténtico hervidero de pólvora durante la pandemia. Una de las principales congregaciones, la Iglesia de Dios de Aylmer, situada en un amplio y cuidado predio, desafió las restricciones de confinamiento y su pastor, Henry Hildebrandt, pagó una multa de 47.000 dólares por reunir fieles.

“Obedecí a Dios antes que a los hombres”, dijo entonces Hildebrandt, al reconocer que había infringido la ley a sabiendas.

Michelle Barton, directora de la división de enfermedades infecciosas en el hospital infantil del London Health Sciences Center, en Ontario, trató este año algunos de los casos más graves de sarampión pediátrico.

“Es difícil ver la reaparición de un virus que había sido erradicado”, agregó. Sin embargo, señaló que no todos los casos están necesariamente relacionados con menonitas no vacunados.

Como ejemplo, mencionó las infecciones entre nuevos inmigrantes que no se vacunaron tras instalarse en Canadá, en parte debido a la grave escasez de médicos de familia.

Desde hace tiempo es evidente que la presencia de “grupos de personas sin vacunar” ha hecho a la región más vulnerable al sarampión, aunque encontró posiciones diversas de las familias menonitas respecto de las vacunas.

“No quieren ir en contra de su cultura ni la iglesia”

Ante la enfermedad de sus hijos, algunas madres se mostraron abiertas a vacunarlos, pero cambiaron de opinión temiendo la reacción de su esposo o pastor. “No quieren ir en contra de su cultura ni de los ancianos de la iglesia”, explicó Barton.

La médica aseguró sentir empatía con la comunidad menonita, que se enfrenta al “resentimiento” de ciertos profesionales de la salud frustrados por una epidemia que podría haberse evitado.

Para Alon Vaisman, médico especialista en enfermedades infecciosas de la University Health Network de Ontario, las autoridades deben seguir buscando convencer a los líderes religiosos de la necesidad de la vacunación, independientemente de su oposición.

“Desde la perspectiva de la salud pública, no debemos considerar nada insuperable cuando se trata de campañas de vacunación. Las tasas de vacunación infantil se mantienen muy por debajo de lo que deberían, lo que posibilita un nuevo brote viral, especialmente de sarampión”, afirmó Vaisman.

“Realmente tenemos que redoblar los esfuerzos”, insistió, aunque admitió que no es fácil. “Luchamos contra un muro de desinformación y mentiras”.

Autoridades sanitarias de Santander confirmaron la atención médica de un paciente con fiebre amarilla en una clínica de Floridablanca. El caso se calificó como importado desde Venezuela y no representa riesgo de contagio para la población local.

El paciente ingresó el 12 de julio de 2025 y recibe vigilancia médica especializada bajo estrictos protocolos. Es originario del estado de Apure en Venezuela. Fue atendido inicialmente en un centro de primer nivel en Arauca y luego remitido a Santander por complicaciones en su estado clínico.

La Secretaría de Salud de Arauca autorizó el traslado para garantizar atención de mayor complejidad.

Alexander Torres, coordinador de Epidemiología y Demografía de la Secretaría de Salud de Santander, describió el plan de acción conjunto con el Ministerio de Salud. Este incluye vigilancia activa, vacunación de grupos de riesgo y control del mosquito transmisor *Aedes aegypti* mediante fumigación y eliminación de criaderos.

Torres enfatizó que el virus no se propaga de persona a persona sin la interacción del vector y que todas las muestras tomadas arrojaron resultados negativos en la zona. La situación se encuentra contenida dentro del ámbito hospitalario y no ha registrado expansión fuera de la clínica en Floridablanca.

La Secretaría de Salud Departamental desplegó jornadas de vacunación masiva en municipios vecinos y reforzó la búsqueda de pacientes con síntomas compatibles. Las brigadas vacunaron a personal sanitario, trabajadores agrícolas y a la comunidad que habita en áreas de frontera con Venezuela.

Además, se implementaron medidas ambientales para controlar la población de mosquitos transmisores. Inspectores realizaron inspección domiciliaria, retiran recipientes con agua estancada y supervisan niveles de infestación en zonas rurales y urbanas.

La Secretaría llamó a la ciudadanía a mantener los esquemas de vacunación al día y a acudir a los puntos de inoculación habilitados. También resaltó la importancia de denunciar sitios con posible acumulación de agua que favorezca la reproducción de *Aedes aegypti*.

Las autoridades sanitarias de Perú y Ecuador ejecutarán acciones de control y prevención para combatir la malaria en la zona de su frontera bilateral, informaron el 17 de julio fuentes oficiales peruanas.

La decisión se tomó tras una reunión virtual de coordinación entre la Dirección Regional de Salud (DIRESA) de la región norteña de Tumbes y especialistas del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, luego de que se reportaran dos casos de la enfermedad en esa localidad peruana, precisó el Ministerio de Salud.

En la reunión participó la experta zonal en Estrategias de Prevención y Control del Ministerio de Salud Pública de Ecuador María del Cisne Bravo Fernández, quien expuso las intervenciones realizadas en su territorio frente a una alerta epidemiológica emitida por Perú tras dos casos de malaria detectados cerca de una zona fronteriza conocida como Quebrada Seca.

La DIRESA de Tumbes señaló que las dos personas con malaria son un hombre de 40 años, cuya enfermedad se reportó durante la primera semana de julio, y su pareja de 30 años, diagnosticada hace unos días.

La pareja reside en el distrito de Matapalo, en la provincia peruana de Zarumilla, aunque se considera que el hombre se pudo contagiar en territorio ecuatoriano, donde trabaja.

“Ambos reciben atención hospitalaria y domiciliaria, y se encuentran fuera de peligro”, precisó el Ministerio de Salud.

Agregó que desde 2019 no se reportaban casos de malaria en Tumbes y que, ante la alerta sanitaria, ya se hicieron las coordinaciones con el Consejo Distrital de Salud para tomar medidas sanitarias de contingencia.

El Ministerio de Salud aseguró que mantendrán como prioridad el trabajo articulado con Ecuador para contener la propagación del mosquito *Anopheles*, el vector que transmite la malaria, con el objetivo de realizar una adecuada vigilancia epidemiológica en la zona.

El Departamento de Salud de South Dakota confirmó el 16 de julio el primer caso humano de fiebre del Nilo Occidental de la temporada 2025 en un residente del condado de Brookings. South Dakota ha notificado más de 2.864 casos humanos y 54 muertes desde que se reportó por primera vez esta enfermedad en 2002.

“La fiebre del Nilo Occidental es una infección que se propaga con mayor frecuencia a través de la picadura de mosquitos”, declaró el Dr. Joshua Clayton, epidemiólogo estatal. “La tasa de infección grave, que incluye inflamación del cerebro y la médula espinal con síntomas de rigidez de nuca, confusión y debilidad muscular, es más alta en South Dakota y otros estados del Medio Oeste. Concientizar sobre los casos humanos puede garantizar que tanto residentes como visitantes tomen medidas para reducir el riesgo”.

Las personas y las familias pueden reducir su riesgo tomando las siguientes medidas:

- Aplicar repelentes para mosquitos en la ropa y la piel expuesta. Limitar la exposición usando pantalones y mangas largas por la noche.
- Limitar el tiempo al aire libre desde el anochecer hasta la medianoche, cuando los mosquitos están más activos. *Culex tarsalis* es el principal portador del virus del Nilo Occidental en South Dakota.
- Eliminar el agua estancada que permite la reproducción de mosquitos. Cambiar regularmente el agua de los bebederos para pájaros, los platos exteriores para mascotas y drenar el agua de otras macetas y recipientes de jardín, y mantenerse alejado de las zonas cercanas a agua estancada.
- Apoyar los esfuerzos locales de control de mosquitos.

Estas precauciones son especialmente importantes para las personas con alto riesgo de contraer el virus, como las mayores de 50 años, las mujeres embarazadas, los pacientes con trasplante de órganos, las personas con cáncer, diabetes, hipertensión o enfermedad renal, y quienes tienen antecedentes de abuso de alcohol. Las personas con dolores de cabeza intensos o inusuales deben consultar a su médico.



Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y las autoridades de salud pública de varios estados están recopilando diferentes tipos de datos para investigar un brote multiestatal de infecciones por *Salmonella enterica enterica* serovariedad Anatum.

Los datos epidemiológicos, de laboratorio y de rastreo indican que los frijoles germinados congelados están contaminados con *Salmonella* Anatum y podrían estar enfermando a las personas.

Hasta el 16 de julio de 2025, se habían reportado 11 casos de personas infectadas con la cepa de *Salmonella* del brote en 10 estados: Massachusetts (2 casos), Connecticut (1), Florida (1), Illinois (1), Minnesota (1), New Jersey (1), Pennsylvania (1), Tennessee (1), Virginia (1) y Washington (1).

Los casos comenzaron entre el 22 de octubre de 2024 y el 24 de junio de 2025. De las nueve personas con información disponible, cuatro fueron hospitalizadas y no se han reportado fallecimientos.

Es probable que el número real de casos en este brote sea mucho mayor que el reportado, y es posible que el brote no se limite a los estados que han notificado casos. Esto se debe a que muchas personas se recuperan sin atención médica y no se les realizan pruebas para detectar *Salmonella*. Además, es posible que aún no se reporten casos recientes de enfermedad, ya que generalmente se necesitan de tres a cuatro semanas para determinar si una persona enferma forma parte de un brote.

Los funcionarios de salud pública recopilan distintos tipos de información de las personas enfermas, como su edad, raza, etnia, otros datos demográficos y los alimentos que consumieron durante la semana anterior a enfermarse. Esta información proporciona pistas para ayudar a los investigadores a identificar el origen del brote.

La información obtenida de los casos incluidos en este brote es la siguiente:

- Edad (de 11 casos): rango de 1 a 78 años; edad media de 43 años.
- Sexo (de 11 casos): 55% mujeres - 45% hombres.
- Raza (de 9 casos): 100% asiáticos.
- Etnicidad (de 10 casos): 100% no hispanos.

Los funcionarios de salud pública estatales y locales están entrevistando a los casos sobre los alimentos que consumieron durante la semana previa a enfermarse. De las seis personas entrevistadas, todas informaron haber comprado en supermercados indios y haber consumido platos de la cocina india. Además, cuatro (67%) informaron haber consumido o probablemente haber consumido frijoles germinados.



La secuenciación del genoma completo mostró que las bacterias de las muestras de casos están estrechamente relacionadas genéticamente. Esto sugiere que las personas en este brote enfermaron por el mismo alimento.

En mayo de 2025, la FDA recolectó muestras de frijoles germinados congelados (moth) y moong. Las muestras dieron positivo para *Salmonella* y el análisis de secuenciación del genoma completo indicó que la *Salmonella* presente en las muestras coincide con la cepa causante de las enfermedades en este brote. Esto significa que es probable que las personas enfermaran por consumir frijoles germinados.

El análisis de secuenciación del genoma completo de muestras de 11 personas y ocho muestras de alimentos no predijo resistencia a ningún antibiótico. Se puede encontrar más información en el sitio web del [Sistema Nacional de Monitoreo de la Resistencia a los Antimicrobianos \(NARMS\)](#).

El 16 de julio, Chetak LLC Group retiró del mercado los frijoles germinados congelados de la marca Deep. Los CDC recomiendan no consumir, vender ni servir los frijoles moong y moth germinados congelados retirados del mercado. Los CDC proporcionarán más información a medida que esté disponible.



Con el objetivo de intensificar la vigilancia epidemiológica y las acciones de prevención en la región Puno, por el riesgo de introducción de casos de sarampión importados desde Bolivia, la Dirección Regional de Salud (DIRESA) emitió una alerta epidemiológica regional.

Esto debido a que, según el Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, al 17 de julio, ese país reporta 125 casos de sarampión, en los departamentos Santa Cruz (104 casos), La Paz (10), Potosí (4), Beni (3), Chuquisaca (2), Oruro (1) y Pando (1).



Apenas se conoció el inicio del brote en Bolivia, la DIRESA reforzó la vigilancia activa, así como la supervisión y vacunación en puntos de ingreso y establecimientos de salud, por lo que la alerta epidemiológica busca dar un mayor impulso no solo en zonas de frontera sino en toda la región.

Las autoridades de salud exhortaron a toda la población, especialmente a quienes hayan retornado recientemente de Bolivia, a estar atentos ante cualquier síntoma de fiebre, erupción en la piel o cuadro respiratorio.

En caso de presentar síntomas, deben acudir de inmediato al establecimiento de salud más cercano usando barbijo.

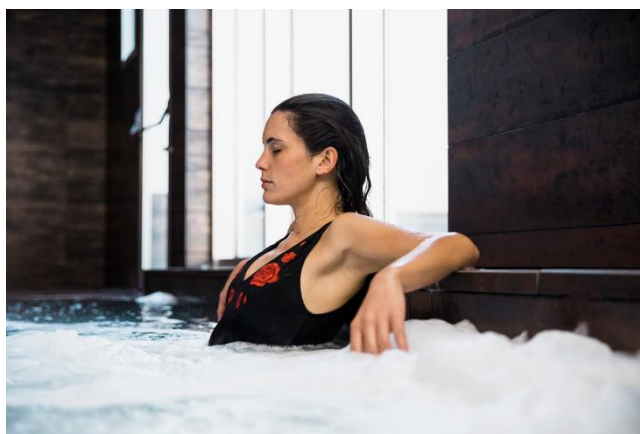
Reforzamiento de la vacunación

Los servicios de salud de Puno han sido abastecidos con 44.750 dosis de la vacuna contra el sarampión. Se recordó a los padres de familia que la vacuna es gratuita, segura y eficaz, aplicándose en dos dosis: la primera a los 12 meses y la segunda a los 18 meses. El sector Salud invocó a cumplir rigurosamente con el esquema de vacunación infantil para evitar brotes y proteger a los menores.

Asimismo, se implementaron seis puntos de vacunación en zonas de frontera con Bolivia: Tilali (provincia de Moho); Kasani, Anapia y Tinicachi (provincia de Yunguyo) y Carancas (provincia de Chucuito).

En el conocido distrito de Desaguadero, la vacunación se realiza de manera permanente y se intensifica los martes y viernes, días de ferias.

Las autoridades sanitarias confirmaron la presencia de la peligrosa bacteria *Legionella pneumophila* en el jacuzzi de un hotel en Demänovská Dolina, una popular zona turística de los Nízke Tatry. El hallazgo se produce tras el fallecimiento de una mujer de 65 años de Pezinok, en el oeste de Eslovaquia, que se alojaba en el hotel como parte de unas vacaciones para personas mayores.



La mujer falleció en junio, y las pruebas de laboratorio confirmaron posteriormente que había contraído legionelosis, una forma grave de neumonía causada por *L. pneumophila*. Los inspectores sanitarios iniciaron una investigación epidemiológica sobre sus contactos y las instalaciones del hotel. De las 45 personas que viajaban en grupo, seis declararon estar enfermas y cuatro dieron positivo en la prueba de la bacteria.

Si bien las muestras de agua de las habitaciones, la piscina y las duchas del hotel se encontraban dentro de los límites de seguridad, el jacuzzi arrojó resultados insatisfactorios. Iveta Triznová, directora de la autoridad regional de salud pública, confirmó que los niveles de *Legionella* en el jacuzzi superaban los límites legales.

“La muestra del jacuzzi no cumplió con los estándares requeridos”, declaró Triznová. Como resultado, las instalaciones de bienestar, incluyendo el jacuzzi y la piscina, fueron cerradas temporalmente. La mayoría ya reabrieron, pero el jacuzzi permanece cerrado a la espera de nuevas pruebas.

Aunque no se puede demostrar de forma concluyente que la mujer contrajera la enfermedad en el hotel, la cronología y el conglomerado de otros casos suscitaron preocupación. La bacteria *Legionella* se encuentra comúnmente en fuentes de agua naturales, pero se vuelve peligrosa cuando se permite su proliferación en sistemas artificiales, como jacuzzis, piscinas, aires acondicionados o depósitos de agua, especialmente si el mantenimiento es deficiente.

El hotel, identificado como Hotel FIM, declaró haber cooperado plenamente con las autoridades sanitarias. “Respondimos de inmediato, realizando una desinfección exhaustiva, tratamiento con ozono e inspecciones técnicas”, declaró el hotel en un comunicado. “Todas las muestras de agua, incluyendo el agua potable y el agua de la piscina, han resultado limpias desde entonces, con la excepción del jacuzzi”.

La legionelosis afecta principalmente a adultos mayores y personas con sistemas inmunitarios debilitados. Generalmente se contrae al inhalar gotitas de agua que contienen la bacteria. En Eslovaquia, se reportan alrededor de 100 casos al año, siendo especialmente vulnerables las personas mayores, los fumadores y quienes padecen enfermedades crónicas. La tasa de letalidad puede alcanzar el 10% o más en grupos de alto riesgo.

Los expertos advierten que los riesgos aumentan en verano, cuando las temperaturas más cálidas favorecen la proliferación bacteriana en los sistemas de agua estancada. Las medidas preventivas incluyen mantener el agua caliente por encima de los 50°C, asegurar una circulación adecuada y limpiar periódicamente los cabezales de ducha, los grifos y las tuberías.

Las autoridades eslovacas subrayan que beber agua contaminada no supone un peligro significativo a menos que entre accidentalmente en los pulmones, por ejemplo, a través de la aspiración.

El hotel se ha comprometido a reabrir el jacuzzi solo después de cumplir con todos los requisitos de salud y seguridad. “Nos tomamos la situación muy en serio, y estamos comprometidos con los más altos estándares de higiene y seguridad para los huéspedes”.



La División de Epidemiología y Vigilancia de Ciudad Quezón (QCESD) registró un aumento en los casos de leptospirosis en la ciudad, con 103 casos y 20 muertes hasta el 15 de julio.

Los datos de vigilancia de la leptospirosis reflejan un aumento de 37% en los casos y de 67% en el número de muertes en comparación con el mismo período del año pasado.

El gobierno de Ciudad Quezón dijo que la muerte más reciente fue la de un hombre de 71 años de Barangay Bagong Silangan, quien murió el 14 de julio después de ser ingresado en el Hospital Diliman Doctors el 12 de julio.



Los funcionarios de salud de la ciudad atribuyeron el aumento de infecciones a las frecuentes lluvias de las últimas semanas, que provocaron inundaciones generalizadas.

Un total de 17 casos de leptospirosis con inicio de enfermedad se registraron particularmente del 6 al 12 de julio, incluidas cinco muertes, cuando la depresión tropical Bising trajo fuertes lluvias al país el 4 de julio.

El Distrito 2 siguió siendo el más afectado con 32 casos, con 12 infecciones y cuatro muertes provenientes del Barangay Commonwealth.

Los datos de vigilancia mostraron que 49 de los casos confirmados estuvieron expuestos a las aguas de las inundaciones, una vía de transmisión común de la bacteria *Leptospira*.

El gobierno de la ciudad instó a la población de evitar caminar, nadar o jugar en las aguas inundadas, especialmente si tienen heridas o cortes abiertos.

También se animó a los residentes a usar botas o equipo de protección y lavarse bien las manos y los pies después del contacto con las aguas de la inundación.

Diecisiete de las 21 provincias de Mongolia están actualmente en riesgo de peste bubónica, informó el 17 de julio un alto funcionario del Centro Nacional de Enfermedades Zoonóticas (NCZD) del país.

La peste bubónica es una enfermedad bacteriana transmitida por pulgas que viven en roedores salvajes como las marmotas. Puede matar a un adulto en menos de 24 horas si no se trata a tiempo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).



“Un total de 137 soums (subdivisiones administrativas) de 17 provincias del país son actualmente zonas de riesgo de peste bubónica o focos naturales de esta enfermedad zoonótica. En particular, provincias occidentales como Bayan-Ulgii, Govi-Altai, Khovd y Uvs han sido consideradas zonas de alto riesgo de peste”, declaró Bandikhuu Amgalanbayar, subdirector del NCZD.

En Mongolia se registran anualmente varios casos de peste bubónica. El Ministerio de Salud de Mongolia anunció a principios de este mes que dos casos sospechosos de peste bubónica reportados en la provincia de Khovd fueron confirmados mediante análisis de laboratorio.

El año pasado, una pareja murió de peste bubónica en la provincia de Bayan-Ulgii, en el oeste de Mongolia, después de comer carne cruda de marmota, aunque cazar marmotas es ilegal en Mongolia.

“Este año, planeamos vacunar a más de 32.000 personas en riesgo de contraer peste bubónica. Actualmente, la tasa de inmunización supera el 60%”, afirmó Amgalanbayar.

“Además, Mongolia ha estado cooperando activamente con China, Rusia y Kazajistán en la lucha contra las enfermedades zoonóticas”, dijo el director.

El azote de la ofensiva israelí en Gaza ha sacudido todos y cada uno de los cimientos del enclave. Israel arrasó ciudades y familias enteras, colegios y universidades, mezquitas y hospitales. Ahora, tras casi cinco meses de cerco, son muchos los bebés gazatíes que nacen prematuros y desnutridos, enfrentándose a una muerte que debería ser evitable.

En el Hospital al-Helou, en la norteña ciudad de Gaza, cuatro bebés se apilaban en una misma incubadora. Visten pañales demasiado grandes para sus diminutos cuerpos. Respiradores artificiales llevan oxígeno a sus pulmones.



No les queda otra opción.

Al bloqueo israelí a la entrada de cualquier tipo de suministros desde el 2 de marzo –incluido agua, equipos médicos y toneladas de alimento– se suma la escasez de combustible para alimentar los generadores de electricidad de los hospitales. Compartir incubadoras permite ahorrar energía.

La palestina Tahiye Wajih Abu Sultan, de 33 años y madre de cinco hijos, observa a su bebé a través de esa cápsula de cristal que le aísla del mundo. El pequeño dispone de una incubadora para él solo, pero no llega a un kilogramo de peso y los médicos temen su muerte.

“He venido hoy al hospital y los médicos me dicen que la situación de mi hijo es difícil. Solo Dios puede salvarle”, dice Abu Sultan, entre lágrimas.

La mujer reconoce que no tiene pañales ni leche con la que alimentar al niño desnutrido, y dice que su marido sufrió una herida en la cabeza durante un bombardeo israelí y que no puede salir de la cama.

El 20 de julio, el Ministerio de Salud gazatí cifró en 86 los fallecidos por desnutrición aguda en Gaza, de ellos 76 niños y 10 adultos. Solo en las últimas 24 horas, el ministerio reportó 18 muertes relacionadas con el hambre, lo que refleja el agravamiento de la crisis humanitaria en el territorio. Estas cifras, sin embargo, no incluyen las defunciones fuera de los centros médicos.

Según el Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en Cercano Oriente (UNRWA), uno de cada diez niños menores de cinco años ya presenta desnutrición.

“Esta es una masacre silenciosa, y el ministerio de Salud responsabiliza a la ocupación y a la comunidad internacional. Exigimos la apertura inmediata de los cruces fronterizos para permitir la entrada de alimentos y medicamentos”, denunció el ministerio en un comunicado.

Israel ha dicho que detuvo los envíos de ayuda porque Hamás se estaba apropiando y beneficiando de ellos, una acusación que el grupo niega. Las autoridades israelíes también aseguran

que la Organización de Naciones Unidas (ONU) no ha recogido parte de la ayuda lista para entrar. Por su parte, la ONU sostiene que las fuerzas israelíes niegan el permiso para mover la ayuda dentro de Gaza, y que hay mucha más esperando autorización para ingresar.

La agencia israelí que regula el flujo de ayuda hacia Gaza, la Coordinadora de Actividades Gubernamentales en los Territorios (COGAT), emitió un comunicado en el que afirmó que las fuerzas de defensa israelíes están “trabajando para permitir y facilitar la entrega de ayuda humanitaria, incluyendo alimentos”.



“Desde el inicio de las hostilidades hasta hoy, aproximadamente 67.000 camiones de alimentos ingresaron a Gaza, entregando 1,5 millones de toneladas de comida”, dijo la COGAT.

“Israel seguirá facilitando la entrada de alimentos”, agregó, “mientras toma todas las medidas posibles para evitar que la organización terrorista Hamás se apodere de la ayuda”.

Antes del conflicto, Gaza ya dependía en gran medida de la ayuda y de los envíos comerciales de alimentos. La escasez de alimentos, medicinas, combustible y otros bienes esenciales no ha hecho más que empeorar desde entonces.

Solo quedan 36 incubadoras en el norte de Gaza

Antes de que Israel lo destruyera casi todo, existían en ciudad de Gaza y la región norte unas 125 incubadoras. Hoy, cuando la necesidad es mayor que nunca, quedan 36, detalló el jefe del Departamento de Cuidados Intensivos para recién nacidos y prematuros del Hospital al-Shifa, Naser Boulboul, quien se encuentra de manera provisional en este otro centro.

Boulboul reconoció que ver cómo los niños se mueren es algo inimaginable. El doctor dice que reciben, de forma frecuente, casos de mujeres embarazadas, heridas en bombardeos y que fallecen por hemorragias. Los médicos intentan entonces salvar a sus hijos mediante cesáreas de urgencia, pero “entre la mitad y dos tercios” fallecen.

“Estamos trabajando en unas condiciones sin precedentes. No hay incubadoras, ni equipos médicos, ni respiradores artificiales”, lamentó Boulboul. El pediatra explicó que los cortes de electricidad y las averías de los generadores son comunes, lo que causa la muerte de bebés en estado muy crítico debido a un parto prematuro.

“Estamos perdiendo muchas vidas que podrían haberse salvado si contáramos con los recursos necesarios para continuar el trabajo”, denunció este profesional.

Más de un millón de gazatíes en riesgo de muerte

Pero el cerco israelí, sumado a la desnutrición que padecen muchas madres y al bajo peso con el que nacen sus bebés, hace que sobrevivir sea casi tan difícil como esquivar los ataques directos, los cuales han matado a cerca de 59.000 gazatíes –según el ministerio de Salud– desde octubre de 2023.

La falta de alimento en Gaza –desde harina, alubias a cualquier producto fresco– es tan extrema que, el 19 de julio, la ONG con base en Estados Unidos, Rahma Worldwide, alertó que más de un millón de palestinos están en riesgo de morir de hambre.

Existe “una afluencia sin precedentes” de personas con desnutrición extrema que llegan a los hospitales “en estado de agotamiento y con pérdida de movilidad debido al hambre prolongada”, advirtió Rahma, sumándose a unos hechos denunciados también en los últimos días en diferentes hospitales gazatíes.

“Gaza atraviesa la peor fase de hambruna, que ha llegado a niveles catastróficos en medio de un silencio internacional sin precedentes”, dijo el 20 de julio el Dr. Khalil Al-Daqran, vocero del Hospital Mártires de Al-Aqsa.

Al-Daqran dijo que los bebés que están muriendo fueron despojados de su infancia dos veces: “una por los bombardeos y asesinatos, y otra por la falta de leche y un pedazo de pan”.

De acuerdo con un doctor en el Hospital Naser, algunas familias están recurriendo al uso de agua con sal a fin de intentar calmar los estómagos hambrientos de sus hijos. Cada vez más personas llegan con signos de desmayo y exhaustos a emergencias.

El Centro Palestino para los Derechos Humanos, una ONG que trabaja en Gaza, reportó el 20 de julio que uno de sus colaboradores dijo: “Nuestros rostros han cambiado y nuestros cuerpos se han consumido. Ya no nos reconocemos de lo delgados que estamos, como si poco a poco nos desvaneciéramos y muriéramos”.

El Dr. Suhaib Al-Hams, director del hospital de campaña de Kuwait en Khan Younis, dijo que las personas que llegan allí “necesitan más comida que medicinas, porque sus cuerpos han llegado a un punto de quiebre, y todos están en riesgo de morir”.

Para Boulboul, el médico del Hospital al-Shifa, su batalla personal consiste ahora en la supervivencia de un bebé de 25 semanas, cuya madre sufrió un parto prematuro tras un bombardeo.

El equipo médico se planteó dejarle morir debido a la escasez de recursos y las escasas probabilidades, pero el pediatra recuerda cómo la llegada del padre al hospital, quien había perdido a todos sus otros hijos, les convenció para luchar por él.

El pequeño se encuentra bajo tratamiento intensivo, requiere un alto nivel de soporte respiratorio y permanecer en una incubadora entre 12 y 15 semanas.

“Esperamos poder salvarle la vida”, musitó Boulboul. Y recordó: “Necesitamos urgentemente que se detenga la guerra. La desnutrición aguda está resultando ser aún más letal que los propios bombardeos”.

Más de 70 palestinos mueren tiroteados mientras esperaban ayuda

En su desesperación, miles de personas arriesgan la vida cada día buscando algo para comer. El 20 de julio se reportó que más de 70 personas murieron en el norte de Gaza mientras intentaban obtener ayuda alimentaria, según el Ministerio de Salud, que aseguró que murieron por los disparos de soldados israelíes.

Las tropas israelíes rodearon la zona, donde miles de palestinos se habían reunido intentando llegar a un centro de distribución de alimentos, y comenzaron a disparar contra la multitud.



Niños palestinos hacen fila para recibir una porción de comida caliente distribuida por una cocina solidaria en el campo de refugiados de Nuseirat, en el centro de Gaza, el 15 de julio.

Una fuente de la morgue del Hospital Naser confirmó que, entre los fallecidos, están los cadáveres de 25 hombres –quienes son los que suelen acudir en busca de comida para sus familias– y cuatro cuerpos más no identificados, incluido el de una mujer. Otras tres personas murieron más tarde, según un reporte del Ministerio de Salud gazatí.

Las fuerzas de defensa de Israel (IDF) indicaron que sus soldados “dispararon tiros de advertencia para eliminar una amenaza inmediata”. Agregaron que están al tanto de las denuncias por víctimas y que aún están revisando los detalles del incidente.

“Una revisión preliminar sugiere que el número de víctimas reportado no coincide con la información que tiene las IDF”, afirmaron.

El Dr. Mohammed Abu Salmiya, director del hospital Al-Shifa –donde se llevaron muchas de las víctimas– dijo que un gran número de civiles, e incluso personal médico, están llegando en estado de desmayo o colapso por desnutrición severa.

Según la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OHCHR), casi 800 palestinos han sido asesinados mientras intentaban acceder a ayuda en Gaza entre fines de mayo y el 7 de julio.

Durante ese período, la OHCHR documentó la muerte de 798 personas, de las cuales 615 murieron cerca de puntos de distribución de la controvertida Fundación Humanitaria de Gaza, una entidad apoyada por Washington e Israel y que no cuenta con el respaldo de la Organización de Naciones Unidas. Además, otras 183 personas murieron en las rutas de los camiones de ayuda, sin detallar quiénes los operaban.

Desde entonces, decenas más han muerto, según el Ministerio de Salud, incluyendo más de 30 personas en el sur de Gaza tan solo el 19 de julio.

El coordinador de ayuda de emergencia de la ONU, Tom Fletcher, dijo el 17 de julio ante el Consejo de Seguridad que los alimentos se están agotando rápidamente en Gaza. “Quienes los buscan corren el riesgo de que les disparen. La gente está muriendo tratando de alimentar a sus familias”.

El 19 de julio, Sarmad Tamimy, cirujano plástico voluntario con Medical Aid for Palestinians, dijo: “Honestamente, siento que los afortunados son los que mueren de inmediato, porque los horrores que enfrentan los heridos graves son indescriptibles: sin nutrición adecuada, sin medicinas, infecciones, gusanos y enfermedades adquiridas en hospitales”.



Rescatistas palestinos llegan para evacuar a personas heridas después de que un dron israelí, según informes, abriera fuego contra concentraciones de civiles cerca de un punto de distribución de ayuda el 1 de junio.

En los últimos días, se notificó un caso sospechoso de cólera en una persona residente en el voivodato de Zachodniopomorskie que no había viajado recientemente fuera de Polonia.

Se trataría del primer caso autóctono de cólera en Polonia desde 2019, ya que ni la mujer ni nadie de su círculo inmediato había abandonado el país. La fuente de la infección sigue siendo desconocida hasta el momento.

Debido a los graves síntomas de la infección gastrointestinal, la paciente requirió tratamiento en el hospital de distrito de Stargard y posteriormente fue trasladada al Departamento de Enfermedades Infecciosas, Tropicales e Inmunodeficiencias Adquiridas del Hospital Provincial Público Independiente de Szczecin. Dos pruebas moleculares revelaron la presencia de la bacteria del cólera.

Para confirmar completamente la enfermedad, es necesario detectar la toxina producida por estas bacterias. Estas pruebas están en curso.

La paciente requirió terapia de reemplazo renal, lo que indica deshidratación severa ante la grave pérdida de líquidos y electrolitos. Actualmente, se encuentra en una sala de aislamiento especial bajo supervisión médica. El tratamiento consiste principalmente en antibióticos y en restablecer el equilibrio hidroelectrolítico alterado. Su estado se considera estable

Medidas implementadas

Las medidas preventivas incluyen el aislamiento de la persona enferma, una cuarentena domiciliar de cinco días para los contactos cercanos y la vigilancia epidemiológica de los contactos distantes. Como parte de la investigación epidemiológica, se están recolectando muestras ambientales para la detección de la bacteria del cólera.

La persona enferma se encuentra aislada en un hospital; no representa una amenaza para la sociedad. Otras personas no necesitan tomar medidas adicionales.

La sospecha de cólera basada en la aparición de un caso de diarrea grave y un resultado positivo de la prueba molecular constituye una base legal, de acuerdo con la normativa aplicable, para la implementación de medidas preventivas y una investigación epidemiológica.

Sobre la enfermedad

El cólera es una enfermedad bacteriana causada por *Vibrio cholerae*. Existen cuatro serogrupos del cólera: O1, O139, no-O1 y no-O139. Los serogrupos O1 y O139 producen toxinas, responsables de pandemias y epidemias. Los serogrupos restantes producen otros agentes que pueden causar infecciones graves. La infección se transmite por vía oral, principalmente a través de agua y alimentos contaminados. El período de incubación es de 3 a 5 días. Los síntomas principales incluyen dolor abdominal, vómitos, diarrea, fiebre y debilidad.

El cólera es una epidemia en muchos países en desarrollo. De enero a noviembre de 2024, se reportó un total de 733.956 casos, incluyendo 5.162 muertes, en 33 países, según la Organización Mundial de la Salud. Se estima que se presentan aproximadamente entre 1,3 y 4 millones

de casos a nivel mundial, incluyendo entre 21.000 y 143.000 muertes anuales. En Europa, se han reportado entre 12 y 51 casos de cólera anualmente en los últimos años, todos ellos asociados a viajes a regiones tropicales.

Recomendaciones

Actualmente, no se han implementado recomendaciones adicionales para el público en general. Se ha recomendado la limpieza y desinfección de las salas del hospital de Stargard. La dirección del hospital decidió suspender temporalmente el ingreso de nuevos pacientes al Departamento de Medicina Interna y las visitas a los pacientes de este departamento. Hasta que se disponga de los resultados finales de las pruebas, las personas en cuarentena y bajo supervisión sanitaria deben autocontrolarse y contactar inmediatamente con un médico y la inspección sanitaria si presentan cualquier síntoma alarmante.

En una tranquila sala de El Cairo, un grupo de médicos, investigadores y miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se reunieron el 16 de julio en la Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental, alzando sus voces en defensa de los pacientes con micetoma, que han sido olvidados en las prioridades de salud mundial.



El micetoma –también conocido como maduromicosis o pie de Madura–, es una enfermedad inflamatoria crónica que comienza con una lesión en el pie y luego se propaga lenta y gradualmente a cualquier parte del cuerpo, lo que a veces conduce a la amputación de una extremidad y posiblemente a la muerte.

Los asistentes hicieron un llamamiento al mundo pidiendo justicia social abordando la difícil situación de los pobres abandonados que padecen esta peligrosa enfermedad crónica que afecta a decenas de miles de personas en las regiones tropicales, sin nadie que les ofrezca una mano amiga.

La desatención por esta enfermedad ha llegado a tal punto que solo existe un centro en el mundo dedicado al diagnóstico y tratamiento de pacientes con micetoma. Se trata del Centro de Investigación de Micetomas, fundado en 1991 en Sudán, “sin financiación, con un conocimiento insuficiente de la enfermedad y en condiciones extremadamente precarias”, según Ahmed Fahal, director y fundador del centro.

Fahal describe al micetoma como “una cicatriz en la conciencia humana, una enfermedad de los más pobres entre los pobres y una de las más desatendidas de nuestro planeta”.

El micetoma es una enfermedad común y endémica en muchas regiones tropicales y subtropicales. La padecen agricultores y trabajadores que caminan descalzos sobre suelos repletos de microorganismos patógenos (bacterias y hongos), de los cuales existen más de setenta especies. Esto se debe a su exposición a heridas causadas por espinas de plantas o heces de animales.

La enfermedad ataca a quienes viven en entornos pobres, no solo a los adultos. Alrededor de 30% de los infectados son niños.

“El micetoma es una enfermedad devastadora que destruye a las personas en sociedades frágiles, dejándolas sin educación, empleo ni vida social, y estigmatizándolas”, afirmó Fahal. Esto, por supuesto, si el paciente sobrevive.

La enfermedad comienza con bultos indoloros y múltiples bolsas que se desarrollan bajo la piel y continúan creciendo, dando lugar a úlceras sangrantes con granos arenosos. Si no se trata debido a la falta de diagnóstico y tratamientos efectivos, la enfermedad destruye músculos, huesos y estructuras más profundas, provocando deformidades en las extremidades que requieren amputación. A medida que la afección empeora y se vuelve incontrolable, la muerte se convierte en un desenlace probable.

Los pacientes con micetoma, y su centro de investigación, se enfrentan a diversos desafíos, el primero de los cuales es la falta de una cura definitiva para la enfermedad. La forma bacteriana se trata con una combinación de antibióticos, mientras que la forma fúngica se trata con itraconazol, que requiere tomarlo dos veces al día durante un período prolongado.

En colaboración con organizaciones internacionales de investigación, el centro ha desarrollado un nuevo fármaco para esta especie fúngica, llamado fosravuconazol. Actualmente, está en proceso de obtener la autorización del Ministerio de Salud de Sudán. Es eficaz y solo requiere dos dosis semanales. Sin embargo, su objetivo es aliviar la carga de los pacientes, no erradicar la enfermedad por completo.

El segundo desafío es el desconocimiento de los pacientes sobre los detalles de esta enfermedad incurable, lo que dificulta su diagnóstico preciso y su posterior detección temprana. Esto impulsó al centro a establecer dos instalaciones en los estados de Sennar y Kassala, en Sudán, principalmente con fines de concienciación y educación.

Desde ambos centros se lanzan campañas de campo, incluyendo un grupo de especialistas capacitados que se comunican con los residentes de las aldeas marginadas para educarlos sobre la enfermedad, identificar casos existentes y animarlos a visitar el centro lo antes posible. El centro también publica folletos y películas de concienciación.

La labor del centro no se limita a la atención de pacientes de Sudán. “Actualmente trabajamos con 58 casos de Egipto, Arabia Saudí, Yemen, Etiopía, Kenia y Bangladesh a través del departamento de telemedicina del centro. Los pacientes también pueden contactarnos directamente a través del sitio web del centro, WhatsApp y el centro de llamadas”, declaró Fahal.

El mayor desafío es “desarrollar una prueba en el punto de atención para detectar la enfermedad que sea efectiva, asequible y fácil de usar en aldeas y áreas remotas, especialmente porque los métodos de diagnóstico actuales son costosos, inexactos y solo están disponibles dentro de los pasillos del centro y sus instalaciones afiliadas”.

“Lograr un tratamiento eficaz requiere igualdad de acceso a la investigación, mayor colaboración internacional y soluciones innovadoras”, comentó Fahal. Uno de los asistentes intervino rápidamente, diciendo: “El micetoma evidencia la ausencia de justicia social”.

Como si el sufrimiento silencioso de los pacientes con micetoma no fuera suficiente, la guerra en Sudán añadió otro obstáculo al acceso de los pacientes al tratamiento. Uno de los edificios del centro sufrió daños durante los combates entre las fuerzas armadas y la milicia Fuerzas de Apoyo Rápido, y muestras de bacterias y hongos fueron destruidas debido a cortes de electricidad.

A pesar de lo anterior, Fahal asegura que estos problemas no han impedido ni impedirán que el centro siga funcionando, y afirmó: “Comenzaremos de nuevo para restaurar lo que perdimos y seguiremos prestando nuestros servicios lo mejor que podamos a los pacientes, a pesar de la guerra”.

Cuando se le preguntó sobre la posibilidad de reducir la incidencia de la enfermedad, Fahal explicó: “Esto es imposible, porque los patógenos ya están presentes en el suelo, y los infectados son pobres y tienen poca educación, y carecen de la protección y los conocimientos adecuados”.

Esto no es solo un grito; es un llamado al mundo, incluyendo a sus instituciones de investigación y financiación, para que reconsideren una tragedia silenciosa llamada “micetoma”, que los pobres sufren sin remedio. ¿Hay alguien dispuesto a responder?

El micetoma es una enfermedad crónica que suele originarse en el pie, aunque puede afectar a cualquier parte del cuerpo. La enfermedad se adquiere probablemente por inoculación traumática de determinados hongos o bacterias en el tejido subcutáneo. Por el momento, se han señalado como agentes causantes más de 70 bacterias y hongos diferentes.

Suele afectar a adultos jóvenes, sobre todo varones, de 15 a 30 años, en países en desarrollo y es más prevalente entre las personas de bajo nivel socioeconómico y los trabajadores manuales, como los agricultores, los jornaleros y los pastores.

El micetoma tiene numerosas consecuencias negativas, tanto médicas como socioeconómicas, para los pacientes, las comunidades y las autoridades sanitarias.

El micetoma se describió por vez primera a mediados del siglo XIX en Madura (India), por lo que también se conoce como pie de Madura o maduromicosis. Hasta la fecha, no se dispone de datos exactos sobre su incidencia ni prevalencia. Sin embargo, su detección y tratamiento precoces son clave para reducir la morbilidad y mejorar los resultados terapéuticos.

Los agentes etiológicos del micetoma se encuentran en todo el mundo, pero son endémicos en las zonas tropicales y subtropicales del llamado “cinturón del micetoma”, en el que se encuentran, entre otros, los siguientes países: Chad, Etiopía, India, Mauritania, México, Senegal, Somalia, Sudán, Tailandia, Venezuela y Yemen. Si bien el número de casos notificados difiere de un país a otro, por el momento la mayoría de los casos se han notificado en México y Sudán.

Es muy probable que la transmisión se produzca cuando el microorganismo causante penetra en el cuerpo a través de traumatismos menores o lesiones punzantes, generalmente causadas por espinas. Existe una correlación clara entre el micetoma y los individuos que caminan descalzos y son trabajadores manuales.

El micetoma se caracteriza por una masa subcutánea indolora con múltiples fístulas y un exudado que contiene granos. El agente causante se encuentra dentro del grano. Generalmente se extiende y afecta a la piel, las estructuras profundas y el hueso, con la consiguiente destrucción, deformidad y deterioro de la capacidad funcional, que puede ser mortal. El micetoma suele darse en las extremidades, la espalda y los glúteos, pero puede afectar a cualquier otra parte del cuerpo. Dada la lentitud de la progresión de la enfermedad y su carácter indoloro, junto con la falta generalizada de educación sanitaria y la escasez de establecimientos de salud en las zonas endémicas, muchos pacientes no solicitan atención médica hasta que la infección está ya muy avanzada, cuando el único tratamiento disponible suele ser la amputación. Las infecciones bacterianas secundarias son frecuentes y, si no se tratan, pueden causar dolor, discapacidad y septicemia mortal (una infección grave que afecta a todo el cuerpo). La infección no se transmite de persona a persona.

El diagnóstico del micetoma se basa en la presentación clínica y la detección de los microorganismos causantes, que pueden detectarse examinando directamente los granos exudados por las fístulas. Es posible obtener muestras mediante una aspiración con aguja fina o una biopsia quirúrgica. Si bien el examen microscópico de los granos facilita la detección del microorganismo causante, es importante clasificarlo debidamente mediante cultivo e, incluso así, se cometen errores de clasificación. El método más fiable es la identificación mediante reacción en cadena de la polimerasa, pero esta prueba tiene un costo elevado y las técnicas no están normalizadas. No hay ninguna prueba serológica de diagnóstico que pueda utilizarse sobre el terreno. Las técnicas de diagnóstico por imagen, como las radiografías, las ecografías, las resonancias magnéticas y las tomografías computadorizadas, también resultan útiles para evaluar el alcance de las lesiones y planificar su gestión clínica.

El tratamiento depende de los microorganismos causantes. En el caso del micetoma bacteriano, el tratamiento consiste en una combinación de antibióticos; en cambio, contra el micetoma fúngico se utiliza una combinación de antimicóticos y cirugía. El tratamiento es largo, acarrea múltiples efectos secundarios, es caro, no está disponible en las zonas endémicas y, sobre todo, suele resultar insatisfactorio. En el caso del micetoma fúngico, son frecuentes las amputaciones y las infecciones recurrentes.

El micetoma no es una enfermedad de declaración obligatoria, y todavía se está desarrollando un sistema mundial de vigilancia. Siguen sin existir programas de control del micetoma, salvo en Sudán. Es una infección difícil de prevenir, pero se debe recomendar a las personas que viven o viajan a zonas endémicas que no caminen descalzas.

Robert Francis Kennedy Jr., secretario de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, lleva mucho tiempo criticando las vacunas y ha expresado en varias ocasiones que las inyecciones infantiles causan enfermedades del desarrollo e incluso autismo. Estas afirmaciones han generado un aumento de los movimientos contrarios a las vacunas.

Un estudio reciente sugiere que, a pesar del éxito de los programas de vacunación que han prevenido más de 154 millones de muertes infantiles en los últimos 50 años, la cobertura vacunal mundial se ha atascado o incluso empeorado. Una de las razones tiene que ver con la desinformación y la desconfianza hacia la vacunación. Se pone ya en duda uno de los objetivos de la Agenda de Inmunización de conseguir reducir a la mitad el número de niños sin ninguna dosis de vacuna para 2030.



Autismo y vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola

El trastorno del espectro autista es un grupo heterogéneo de trastornos del neurodesarrollo caracterizados por alteraciones en la interacción social, déficits en la comunicación verbal y no verbal, y patrones restringidos, repetitivos y estereotipados de comportamiento. El término incluye el autismo, el trastorno de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo.

Uno de los grandes problemas es su heterogeneidad clínica, de hecho, es un cajón de sastre donde se agrupan numerosos síndromes clínicos. La mayoría de estos síntomas suelen aparecer al año y medio de edad. Las causas del autismo se desconocen y existe un intenso debate y mucha investigación al respecto. Influyen varios factores, desde genéticos, neurológicos y bioquímicos hasta ambientales.

La coincidencia en la edad en la que aparecen los síntomas del autismo y en la que se administran las vacunas ha hecho que se relacionen ambos hechos sin ningún fundamento científico. El autismo se ha relacionado con las vacunas en dos escenarios: con la vacuna triple viral –contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola–, y con el timerosal y el aluminio, conservantes que se añadían en algunas vacunas.

¹ Ignacio López-Goñi es catedrático de Microbiología, miembro de la Sociedad Española de Microbiología, Universidad de Navarra.

Respecto a la vacuna triple viral, la polémica comenzó en 1998 cuando el médico [Andrew Jeremy Wakefield](#) sugirió una posible relación entre la vacuna y el autismo. La noticia se difundió en todos los medios de comunicación, cundió el pánico y se redujeron drásticamente las coberturas vacunales en muchos países.

Sin embargo, se acabó demostrando que Wakefield había cometido fraude científico al falsificar datos: se demostró que algunos niños ya tenían síntomas neurológicos antes de ponerles la vacuna; algunos síntomas aparecieron varios meses después de la vacunación, por lo que no se podía demostrar la relación directa entre ambos hechos; y los pacientes del estudio habían sido reclutados durante una campaña anti-vacunación. Wakefield fue expulsado del registro de médicos de Gran Bretaña.

Posteriormente, se realizaron gran cantidad de estudios con el objetivo de evaluar la seguridad de la vacuna. En ninguno de ellos se encontró nunca una relación entre esta vacuna y el autismo. Por ejemplo, [en 2014 se revisaron más de mil trabajos científicos](#) en los que habían participado cerca de 1,3 millones de niños en Reino Unido, Japón, Polonia, Dinamarca y Estados Unidos. Los resultados demostraron que no existe ninguna relación entre la vacunación y el trastorno del espectro autista, incluso sugiere que entre los grupos de niños vacunados el riesgo de autismo sería inferior.

Y de forma similar se publicó en 2021, en una [revisión exhaustiva](#) de más de 56.000 artículos relacionados con las vacunas. Las conclusiones confirmaban lo que ya se había publicado con anterioridad: existe una fuerte evidencia de que no hay ninguna relación entre las vacunas y el autismo y otros eventos adversos graves.

El timerosal y el aluminio de las vacunas

El [timerosal](#) (o tiomersal) es un derivado del mercurio de muy baja toxicidad y con gran poder antiséptico y antifúngico. Es un compuesto orgánico que contiene etilmercurio, que ha sido empleado como conservante en algunas vacunas, para prevenir el crecimiento de microorganismos que las puedan contaminar. No solo se usa en las vacunas sino también en otros productos médicos como preparaciones de inmunoglobulinas, antígenos para diagnóstico de alergias, antiseros, productos nasales y oftálmicos.

No todas las vacunas llevan timerosal. Únicamente las vacunas en formato multidosas contienen dosis muy bajas, para asegurar que se conservan de manera adecuada, evitando que crezcan bacterias u hongos.

La preocupación por el mercurio surgió a partir de las intoxicaciones por [metilmercurio](#) en el pescado, un compuesto neurotóxico capaz de concentrarse en el organismo y de pasar por la cadena alimentaria. Pero el etilmercurio del timerosal no es lo mismo que el metilmercurio. El etilmercurio no se acumula en el organismo y se elimina rápidamente.

La baja toxicidad del timerosal se puso en evidencia tras su utilización como sustancia [para el tratamiento de la meningitis](#) durante una fuerte epidemia ocurrida en Indiana (Estados Unidos) en 1929, cuando todavía no había antibióticos. El timerosal no funcionó como método curativo de la meningitis, pero ya entonces quedó clara su inocuidad en dosis 10.000 veces superior a la que contenían las vacunas. Hay una sólida evidencia de que los niños autistas tienen los mismos niveles de mercurio que los no autistas.

Respecto del aluminio, se acaba de publicar otro [estudio](#) para investigar si la exposición acumulada a este compuesto contenido en las vacunas administradas durante los primeros 2 años de vida está asociada con el desarrollo posterior de enfermedades autoinmunes, alérgicas o neurológicas, como el autismo.

Han analizado datos de todos los niños nacidos vivos en Dinamarca entre el 1 de enero de 1997 y el 31 de diciembre de 2018. Se ha estudiado la cantidad total de aluminio recibida a través de las vacunas (difteria, tétanos, tos convulsa acelular, poliomielitis inactivada, *Haemophilus influenzae* tipo b, neumococo) hasta los 2 años y se ha hecho un seguimiento hasta los 5 años de edad.

No se encontró asociación entre la exposición acumulada al aluminio por las vacunas en los primeros años de vida y el riesgo de desarrollar enfermedades autoinmunes, atópicas/alérgicas o trastornos del neurodesarrollo. Este estudio proporciona una evidencia poblacional sólida y bien controlada para refutar preocupaciones infundadas sobre que las vacunas con aluminio causen autismo u otras enfermedades crónicas.

En conclusión, existe una extensa y sólida evidencia epidemiológica respecto a la ausencia de relación entre las vacunas, el timerosal, el aluminio y la prevalencia de autismo en la población. Las vacunas son los medicamentos más regulados, vigilados y seguros, y son la mejor estrategia para prevenir enfermedades que pueden llegar a ser mortales.

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

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

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