



BOLETÍN

JULIO 2026



EDITORIAL

Estimados miembros de la Sociedad Ecuatoriana de Pediatría filial Pichincha, en esta ocasión compartimos 2 temas de relevancia en salud pediátrica.

Se hace mención al día mundial contra la hepatitis donde cada 28 de julio se conmemora el Día Mundial contra la Hepatitis, una iniciativa impulsada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para concienciar sobre las hepatitis virales y fortalecer las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno. Esta fecha representa una oportunidad estratégica para fortalecer las políticas de prevención, vacunación y diagnóstico temprano de las hepatitis virales desde la infancia.

Por otro lado, se recuerda también el día mundial de las zoonosis, en este número les compartimos un análisis de las Arbovirosis en América Latina y su importancia en el contexto epidemiológico actual.

Las más frecuentes y ampliamente notificadas en la actualidad son dengue, chikungunya y zika. Sin embargo, otras arbovirosis, como las causadas por los virus Oropouche y Mayaro, están volviendo a ser relevantes debido a su potencial de reemergencia.

Nos encontramos ante un desafío que no conoce fronteras ni respeta desigualdades, pero que, paradójicamente, afecta con mayor intensidad precisamente a quienes menos tienen. El dengue, el zika y la chikungunya no son simplemente cifras en los boletines epidemiológicos: representan casi 60 millones de personas infectadas cada año en todo el mundo. Representan familias interrumpidas por el dolor, comunidades paralizadas por el miedo, economías debilitadas y futuros comprometidos.

Los invitamos a leer detalladamente estas actualizaciones esperando que sean de su agrado y puesta al día.

DRA. JOANNA ACEBO ARCENTALES
PAST PRESIDENTE SEPP



CONTENIDO

03-08

Día Mundial de la Hepatitis: Una oportunidad para fortalecer la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento en pediatría

Dr. Fabián Vásconez Muñoz / Gastroenterólogo Pediatra

09-16

Arbovirosis en América Latina y su importancia en el Contexto Epidemiológico Actual

Profa. Dra. Luiza Helena Falleiros Arlant

17

Reunión Mensual SEPP

18

Módulo 3 del 6to Curso de Educación Médica Continua 2026

19

Evaluación y Tratamiento de la primera Convulsión No Provocada

Dra. Pamela McDonnell / Neuróloga Pediatra

20-21

Jornadas Misceláneos de Pediatría

FORMA PARTE DE LA SEPP

Conoce los beneficios

1. Participar en los eventos académicos organizados por la Sociedad.
2. Descuentos y becas en Congresos Nacionales e Internacionales de Pediatría.
3. Cursos de capacitación gratuita de BLS y NRP para los socios activos, certificados por la AHA (American Heart Association)
4. Presentación de trabajos de investigación y publicación en la revista de la SEPP.
5. Contar con voz y voto en las Asambleas de la Sociedad.
6. Postular por las dignidades dentro de la Directiva de la Sociedad.
7. Disfrutar del departamento ubicado en Tonsupa con un descuento especial.
8. Ser parte del agasajo navideño que la SEPP brinda a distintos niños de la ciudad.
9. Entrega de canasta navideña para socios activos

INGRESA EN EL SIGUIENTE LINK PARA CONOCER MÁS

WWW.PEDIATRIAECUADOR.ORG

INFO@PEDIATRIAECUADOR.ORG



ESCRIBE A NUESTRO WHATSAPP



[099 860 9136](https://wa.me/0998609136)

FORMA PARTE DE LA SEPP

Condiciones para recibir los beneficios:

1. Estar al día en los aportes mensuales
2. Participar activamente en los eventos que organiza la SEPP
3. Asistir a las Asambleas convocadas
4. Acudir a la convocatoria de elecciones para depositar su voto, según los reglamentos de la SEPP

INGRESA EN EL SIGUIENTE LINK PARA CONOCER MÁS

WWW.PEDIATRIAECUADOR.ORG

INFO@PEDIATRIAECUADOR.ORG



ESCRIBE A NUESTRO WHATSAPP



[099 860 9136](https://wa.me/0998609136)



DÍA MUNDIAL DE LA HEPATITIS:

Una oportunidad para fortalecer la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento en pediatría

Dr. Fabián Váscquez Muñoz

Gastroenterólogo Pediatra
Hospital Metropolitano

Cada 28 de julio se conmemora el Día Mundial contra la Hepatitis, una iniciativa impulsada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para concienciar sobre las hepatitis virales y fortalecer las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno. Esta fecha fue elegida en honor al nacimiento del profesor Baruch Samuel Blumberg, galardonado con el Premio Nobel de Medicina en 1976 por descubrir el antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (HBsAg). En 2026, la celebración alcanza su 16.º aniversario, consolidándose como un hito que refleja los notables avances globales en la lucha contra esta enfermedad.

Las hepatitis virales continúan representando una de las principales amenazas para la salud pública mundial. Según datos recientes de la OMS, aproximadamente 304 millones de personas viven con hepatitis B o C crónica, y cerca de 1,3 millones de muertes anuales se relacionan con complicaciones derivadas de estas infecciones, incluyendo cirrosis hepática y carcinoma hepatocelular —equivalente a 3.500 muertes diarias a nivel global—. A pesar de los importantes avances diagnósticos y terapéuticos de la última década, millones de personas desconocen su diagnóstico, favoreciendo la progresión silenciosa de la enfermedad y perpetuando la transmisión viral.

La **hepatitis A** continúa siendo una de las causas más frecuentes de hepatitis aguda infantil en regiones con limitaciones sanitarias. Aunque la mayoría de los casos pediátricos son leves y autolimitados, los niños pueden actuar como reservorios silenciosos favoreciendo la transmisión intrafamiliar y comunitaria. La vacunación universal ha demostrado reducir significativamente la incidencia y los brotes epidémicos. La **hepatitis B**, por su parte, continúa representando uno de los mayores desafíos de salud pública debido a su potencial de progresión hacia cirrosis y carcinoma hepatocelular, con más de 4,7 millones de niños afectados a nivel mundial. En relación con la **hepatitis C**, la transmisión vertical representa actualmente el principal mecanismo de infección pediátrica en países de ingresos altos; aproximadamente el 20% de los niños infectados en el período perinatal eliminarán espontáneamente el virus en los primeros 3-4 años de vida, mientras que el 70-80% desarrollarán infección crónica.

TRANSMISIÓN PERINATAL Y DIAGNÓSTICO EN EDAD PEDIÁTRICA

La transmisión perinatal del VHB es el mecanismo más relevante en la infancia y ocurre principalmente durante el trabajo de parto por microtransfusión materno-fetal o por contacto con fluido vaginal infectado. La transmisión transplacentaria se identifica en menos del 2% de los casos. La transmisión posparto es infrecuente, y la lactancia materna no está contraindicada cuando el neonato ha recibido profilaxis adecuada. El riesgo de cronificación depende estrechamente del momento de la infección: la infección perinatal se cronifica en el 90% de los casos, mientras que en niños de 1 a 5 años el porcentaje desciende al 20-50%, y en adultos apenas al 5%.

En cuanto al VHC, la tasa de transmisión vertical oscila entre el 5 y el 10% en hijos de madres mono-infectadas, y puede elevarse hasta el 10-20% en presencia de coinfección VHC/VIH. El tipo de parto no modifica significativamente el riesgo de transmisión, por lo que la cesárea programada no está indicada de forma rutinaria. Los adolescentes constituyen un grupo de riesgo adicional por la posible exposición a través del consumo de drogas por vía parenteral, tatuajes o vía sexual.

El **diagnóstico de las hepatitis virales** en la infancia representa un reto adicional por su frecuente presentación asintomática. El cribado prenatal del HBsAg en todas las gestantes es obligatorio en la mayoría de los países y permite identificar los neonatos en riesgo para aplicar profilaxis posnatal precoz. En hijos de madres HBsAg positivas, deben administrarse la vacuna contra la hepatitis B e inmunoglobulina específica anti-HBs dentro de las primeras 12 horas de vida, reduciendo la transmisión a menos del 5% en madres en fase inmunoactiva y a menos del 1% en portadoras crónicas con baja carga viral.

El diagnóstico del virus de la hepatitis C (VHC) en lactantes requiere estrategias precisas debido a que la transferencia pasiva de anticuerpos maternos impide el uso de la serología tradicional durante el primer año y medio de vida; por ello, se recomienda realizar una primera prueba de PCR de ARN del VHC a partir de los dos meses de edad, confirmarla entre los cuatro y seis meses, o bien optar por una serología después de los 18 meses, convirtiendo a la detección universal en mujeres embarazadas en una medida clave para vincular a la atención a los niños en riesgo. Sin embargo, el acceso global a estas herramientas enfrenta un panorama crítico: entre 2015 y 2022, apenas el 36 % de los casos de hepatitis C se identificaron a nivel mundial, una cifra alarmante frente al objetivo de diagnóstico del 90 % fijado para 2030. Esta brecha se profundiza drásticamente en los países de ingresos bajos y en comunidades rurales o marginadas, donde la disponibilidad de la PCR se limita a unos pocos centros de salud y persisten barreras severas como el costo económico, la distancia geográfica y la estigmatización social.

AVANCES GLOBALES Y METAS HACIA LA ELIMINACIÓN 2030

En la 75.^a Asamblea Mundial de la Salud se aprobaron estrategias globales para reducir la incidencia de hepatitis en un 90% y la mortalidad en un 65% para 2030. Durante la última década se han alcanzado avances significativos: la cobertura mundial de vacunación contra el VHB ha superado el 90% en varios países, y la prevalencia de HBsAg en menores de cinco años ha disminuido a niveles inferiores al 0,5%, cumpliendo uno de los principales indicadores de eliminación establecidos por la OMS. La prevención de la transmisión vertical ha demostrado tasas de éxito superiores al 97% cuando se implementan adecuadamente el tamizaje prenatal, la inmunización neonatal y el tratamiento antiviral materno en casos seleccionados.

El **tratamiento de la hepatitis C** en pediatría ha experimentado una transformación radical con la llegada de los antivirales de acción directa (AAD). Frente al antiguo esquema de interferón pegilado más ribavirina —con escasa tolerabilidad y duración de 24-48 semanas—, los nuevos AAD ofrecen regímenes orales de 8-12 semanas, excelente perfil de seguridad y tasas de respuesta viral sostenida (RVS) del 98-100%, equivalente a curación definitiva de la infección. Combinaciones como sofosbuvir/ledipasvir, sofosbuvir/velpatasvir y glecaprevir/pibrentasvir están aprobadas para pacientes pediátricos desde los 3 años de edad. Las guías de la AASLD-IDSA recomiendan el tratamiento con AAD para todos los niños mayores de 3 años con infección crónica por VHC, independientemente de la gravedad histológica, dado que todos se beneficiarán de la terapia antiviral.

Sin embargo, persisten desafíos importantes. En 2022, únicamente el 13% de los pacientes con hepatitis B crónica y el 36% de los pacientes con hepatitis C habían sido diagnosticados. En América Latina, solo el 21% de los infectados por VHB tienen diagnóstico conocido y apenas el 4,4% reciben tratamiento, mientras que el 26% de los diagnosticados con VHC han accedido a terapia antiviral. Factores como el estigma social, las barreras geográficas, el acceso insuficiente a pruebas diagnósticas y las desigualdades sanitarias siguen dificultando el cumplimiento de las metas globales, especialmente en países de ingresos bajos y medios.

PREVENCIÓN Y PAPEL ESTRATÉGICO DEL PEDIATRA

La prevención constituye el principal eje de control de las hepatitis virales en pediatría. La OMS ha designado dos indicadores clave para la inmunización contra el VHB: la vacunación al nacer y la finalización de las tres dosis de la vacuna contra el VHB. Aquellas zonas con altas tasas de partos fuera del hogar y recursos limitados aún enfrentan obstáculos para aumentar las tasas de vacunación al nacer. Además, es necesario mejorar el sistema de atención médica en muchas zonas para administrar las dosis posteriores de la vacuna contra el VHB. La vacunación universal contra el VHB al nacimiento, idealmente dentro de las primeras 24 horas de vida, continúa siendo una de las intervenciones más costo-efectivas en salud pública. La vacuna anti-VHB es segura, altamente inmunógena y proporciona protección duradera en más del 95% de los vacunados. En gestantes con alta carga viral, el tratamiento con tenofovir disoproxil fumarato o tenofovir alafenamida durante el tercer trimestre ha demostrado reducir significativamente el riesgo de transmisión perinatal. La vacunación universal contra la hepatitis A ha demostrado, asimismo, importantes beneficios epidemiológicos en múltiples regiones del mundo.

El tamizaje prenatal para hepatitis B y C permite identificar embarazos de riesgo y establecer intervenciones dirigidas a disminuir la transmisión vertical. La educación sanitaria relacionada con higiene, acceso a agua segura y prevención de la exposición a sangre o fluidos corporales sigue siendo fundamental en la práctica pediátrica cotidiana.

El pediatra desempeña un rol estratégico frente a las metas de eliminación propuestas por la OMS. La revisión sistemática del esquema de vacunación, la identificación de factores de riesgo, el reconocimiento temprano de signos de enfermedad hepática y el adecuado seguimiento de niños expuestos perinatalmente son acciones esenciales para reducir el impacto futuro de estas infecciones. Más allá del ámbito clínico, el Día Mundial de la Hepatitis representa una oportunidad para fortalecer actividades de educación y sensibilización dirigidas a las familias y comunidades, promoviendo una cultura preventiva desde edades tempranas.

CONCLUSIONES

El Día Mundial de la Hepatitis constituye mucho más que una fecha conmemorativa; representa una oportunidad estratégica para fortalecer las políticas de prevención, vacunación y diagnóstico temprano de las hepatitis virales desde la infancia. La vacunación universal contra el VHB al nacimiento, el cribado prenatal y la profilaxis posnatal son medidas de eficacia demostrada para reducir la transmisión perinatal. Los AAD han transformado el pronóstico de la hepatitis C crónica en niños, logrando tasas de curación superiores al 95% con regímenes cortos y bien tolerados.

A pesar de los avances alcanzados, las hepatitis B y C continúan generando una importante carga de enfermedad y mortalidad a nivel global. La población pediátrica ocupa un lugar prioritario dentro de las estrategias de eliminación, especialmente por el impacto de la transmisión vertical y la posibilidad de intervenir tempranamente. La eliminación de las hepatitis virales para 2030 es técnicamente posible; sin embargo, alcanzar este objetivo requerirá fortalecer el acceso equitativo al diagnóstico, ampliar las coberturas vacunales y consolidar estrategias preventivas sostenidas desde la infancia.

El lema de 2025, "Hepatitis: Let's Break It Down", nos recuerda que el conocimiento, la difusión de información precisa y la eliminación de barreras estructurales son instrumentos esenciales para avanzar hacia la erradicación de estas enfermedades. El pediatra, como garante de la salud infantil, tiene la responsabilidad de liderar la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de las hepatitis virales en la población que atiende.

Bibliografía:

- World Health Organization. Global hepatitis report 2024. Geneva: WHO; 2024.
- Indolfi G, Hierro L, Dezsofi A, et al. Treatment of hepatitis C virus infection in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2024;78(2):231–245.
- Schillie S, Vellozzi C, Reingold A, Harris A, Haber P, Ward JW, Nelson NP. Prevention of Hepatitis B Virus Infection in the United States: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR Recomm Rep.* 2018 Jan 12;67(1):1-31.
- Jonas MM. Hepatitis B and pregnancy: an underestimated issue. *Liver Int.* 2009 Jan;29 Suppl 1:133-9.
- Terrault NA, Levy MT, Cheung KW, Jourdain G. Viral hepatitis and pregnancy. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2021 Feb;18(2):117-130..
- Centers for Disease Control and Prevention. Viral Hepatitis Surveillance and Prevention in Children. Atlanta: CDC; 2024.
- Hiebert-Suwondo L, Manning J, Tohme RA, et al; National Hepatitis Elimination Profile Collaborators. A 2024 global report on national policy, programmes, and progress towards hepatitis B elimination: findings from 33 hepatitis elimination profiles. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2025 Jul;10(7):671-684
- Pan American Health Organization (PAHO/OMS). World Hepatitis Day 2025: accelerating elimination efforts in the Americas. Washington: PAHO; julio 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/en/campaigns/world-hepatitis-day-2025>.
- World Health Organization. World Hepatitis Day 2025: Hepatitis: Let's Break It Down. Geneva: WHO; 2025.
- Alonso López P, Alonso Vicente C, Marugán de Miguelsanz JM. Hepatitis agudas. *Pediatr Integral.* 2025; XXIX(1):35-37. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2025-01/hepatitis-infecciosas/>
- Beyzaei Z, Geramizadeh B, Karimzadeh S, Weiskirchen R. Vaccination Strategies Against Hepatic Diseases: A Scoping Review. *Vaccines (Basel).* 2025 Dec 31;14(1):49.
- Pattyn J, Hendrickx G, Vorsters A, Van Damme P. Hepatitis B Vaccines. *J Infect Dis.* 2021 Sep 30;224(12 Suppl 2):S343-S351



ARBOVIROSIS EN AMÉRICA LATINA Y SU IMPORTANCIA EN EL CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO ACTUAL

Profa. Dra. Luiza Helena Falleiros Arlant

Doctora en Medicina por la Universidad Federal de São Paulo.

Profesora Doctora y Coordinadora del Departamento de Salud del Niño – Facultad de Medicina de la Universidad Metropolitana de Santos (UNIMES), São Paulo, Brasil.

Presidenta del Comité de Certificación para la Erradicación de la Poliomielitis – Ministerio de Salud de Brasil/OPS/OMS.

Miembro del Comité de Infectología de la Sociedad de Pediatría de São Paulo, Brasil.

Miembro del Comité de Vacunas y Biológicos de la Sociedad Latinoamericana de Infectología Pediátrica (SLIPE).

Expresidenta (2013–2015) y Miembro del Núcleo Asesor Permanente de la SLIPE.

En América Latina, diversas arbovirosis ya han sido diagnosticadas y notificadas oficialmente por los sistemas nacionales de vigilancia epidemiológica, así como por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Entre las más destacadas se encuentran: dengue, chikungunya, zika, fiebre amarilla, fiebre de Oropouche y fiebre de Mayaro.

Las más frecuentes y ampliamente notificadas en la actualidad son dengue, chikungunya y zika. Sin embargo, otras arbovirosis, como las causadas por los virus Oropouche y Mayaro, están volviendo a ser relevantes debido a su potencial de reemergencia.

Con respecto al agente transmisor (vector) de los virus del dengue, chikungunya y zika, el mosquito *Aedes aegypti* es responsable de la propagación de estas tres arbovirosis.

En la Región de las Américas, entre las semanas epidemiológicas 1 y 52 de 2023, se notificaron un total de 5.027.493 casos de enfermedades causadas por arbovirus. De este total, únicamente el dengue representó 4.572.274 casos (449,36 casos por cada 100.000 habitantes). San Bartolomé fue el país con la mayor incidencia acumulada. (1)

El dengue continúa circulando ampliamente en prácticamente toda América Latina tropical y subtropical. Entre otras medidas, que comentaremos al final, es fundamental evitar su proliferación, eliminando los criaderos con agua estancada, ya que la hembra necesita este ambiente para depositar sus huevos.

En algunas regiones, como Venezuela, el dengue evolucionó de una situación de baja endemicidad a una condición de hiperendemicidad, registrándose un aumento superior a cinco veces en la incidencia entre 2010 y 2016, alcanzando un promedio de 211 casos por cada 100.000 habitantes. (2)

En Brasil, por otro lado, se observó una reducción importante de los casos de dengue y de la mortalidad durante los dos últimos años. Recientemente, el país lanzó un observatorio nacional con mapas interactivos y actualización diaria de casos, registrando una reducción del 65% de los casos de dengue en 2025. (3)

Si se comparan las primeras 20 semanas de los años 2025 y 2026, la reducción es aún mayor, alrededor del 73,82%. (3)

En relación con la chikungunya, se notificaron 411.560 casos, con un coeficiente de incidencia de 40,58 casos por cada 100.000 habitantes. En 2023, Paraguay fue el país con la incidencia acumulada más alta durante ese período.

De acuerdo con una nueva alerta epidemiológica de la OPS, en 2025 los mayores brotes de chikungunya se concentraron en América del Sur — especialmente en Bolivia, Brasil y Paraguay— y en algunas zonas del Caribe. Estos brotes estuvieron asociados a los genotipos asiático y África Oriental/Central/Meridional, reflejando una evolución del patrón observado desde 2014.(1)

Hasta el 9 de agosto de 2025, catorce países de la región habían notificado 212.029 casos sospechosos de chikungunya y 110 defunciones. Más del 97% de los casos se concentraron en América del Sur. En 2024 se notificaron 431.417 casos y 245 defunciones, observándose una disminución en 2025, aunque aún persistían brotes focales activos. (1)

Con respecto al zika, en 2023 se notificaron 37.659 casos, con un coeficiente de incidencia de 3,75 casos por cada 100.000 habitantes. Belice fue el país con la incidencia acumulada más elevada. (1)

La chikungunya inició su expansión pandémica en 2005 y llegó a las Américas en 2013, mientras que el virus del zika emergió en 2014 con un brote explosivo, causando graves anomalías congénitas y trastornos neurológicos. (4) (5)

Un estudio de seroprevalencia realizado en Río de Janeiro reveló que los casos notificados subestiman drásticamente la verdadera carga de estas enfermedades: la seroprevalencia del zika podría ser al menos cinco veces mayor y la de chikungunya hasta 45 veces superior a los casos oficialmente reportados. (6)

Aproximadamente el 48,6% de la población de Río de Janeiro presentó evidencia de infección por algún flavivirus y el 18% específicamente por chikungunya. (6)

El principal vector del virus Oropouche es el insecto *Culicoides paraensis*, conocido popularmente como jején o mosquito-pólvora. En menor escala, el mosquito común (*Culex quinquefasciatus*) también actúa como vector de la enfermedad. La transmisión ocurre exclusivamente a través de la picadura de estos insectos infectados, sin que exista contagio directo de persona a persona.

El virus Oropouche se expandió significativamente en la Amazonía y el Caribe entre 2024 y 2025.

Durante los últimos años se observó un aumento importante de las notificaciones de fiebre de Oropouche en países amazónicos y caribeños, especialmente en Brasil, Perú, Bolivia, Colombia y Cuba.

En los primeros siete meses de 2025 se notificaron más de 12.700 casos confirmados de Oropouche en once países de la región, incluidos casos autóctonos en Brasil, Colombia, Cuba, Panamá, Perú y Venezuela. (7)

Ante los brotes localizados de chikungunya y la circulación sostenida de Oropouche, la OPS ha solicitado fortalecer la vigilancia epidemiológica y el control vectorial en las Américas. (8)

En cuanto a la fiebre de Mayaro, el principal vector es el mosquito silvestre *Haemagogus janthinomys*. Al igual que ocurre con la fiebre amarilla selvática, posee hábitos diurnos y habita en las copas de los árboles. Otros vectores incluyen especies del género *Sabethes*, mosquitos comunes del género *Culex* y *Aedes aegypti*. La transmisión ocurre exclusivamente por la picadura de mosquitos infectados y no existe contagio directo entre personas. El ciclo selvático involucra principalmente a primates no humanos (como los monos) como huéspedes principales, mientras que los seres humanos son considerados huéspedes accidentales. (1)

La fiebre de Mayaro también ha sido identificada en diversos países latinoamericanos, incluidos Brasil, Perú, Bolivia, Venezuela y Panamá, aunque con menor vigilancia epidemiológica. (9)

Además, informes epidemiológicos recientes de Brasil incluyen notificaciones simultáneas de dengue, zika, chikungunya, Oropouche y Mayaro. (10)

Estas arbovirosis representan una de las principales preocupaciones de salud pública en América Latina, con una incidencia creciente durante las últimas décadas. (4) (5)

Sin duda, el mayor impacto se ha observado en poblaciones vulnerables de América Latina durante los últimos años, afectando de manera desproporcionada a comunidades con infraestructura sanitaria deficiente, viviendas inadecuadas y acceso limitado a los servicios de salud. (1) (5)

Los factores de vulnerabilidad para dengue, zika y chikungunya en las poblaciones latinoamericanas incluyen condiciones socioeconómicas desfavorables, saneamiento inadecuado, falta de acceso al agua potable, barreras para el acceso a los servicios de salud, urbanización desordenada, factores climáticos adversos y migración poblacional. Estos factores interactúan de manera compleja, creando entornos propicios para la transmisión vectorial y perpetuando las desigualdades en salud. (11) (12) (13) (14) (15)

Mitigar el impacto de las arbovirosis en América Latina requiere enfoques integrados que combinen el control vectorial con intervenciones dirigidas a abordar todos los factores de vulnerabilidad anteriormente mencionados.

Se han considerado e implementado diversas medidas preventivas para proteger a las poblaciones vulnerables en América Latina, entre ellas: control vectorial integrado con participación comunitaria, mejoras en la infraestructura sanitaria y habitacional, detección y tratamiento de casos, y educación para la salud, con enfoques específicos para cada enfermedad. (7) (16)

El enfoque más eficaz combina múltiples estrategias. Una revisión de 122 estudios realizados en América Latina demostró que las intervenciones integradas centradas en la participación comunitaria alcanzaron resultados más sostenibles que el uso aislado del control químico. (17)

Sin duda, existen numerosos desafíos. Apoyo financiero insuficiente, recursos limitados, falta de colaboración intersectorial y legislación inadecuada han sido identificados como barreras para la implementación. (1) (17) Asimismo, existen importantes barreras culturales y/o logísticas que limitan la efectividad de estas intervenciones preventivas en América Latina, distribuidas en múltiples niveles del sistema de salud y de la comunidad.

La falta de prioridad otorgada al problema y la escasez de recursos materiales y humanos constituyen los obstáculos más importantes. Además del financiamiento insuficiente, la limitada disponibilidad de personal y la falta de compromiso de los responsables de formular políticas públicas fueron identificadas como restricciones principales. (17) (18)

Las barreras transversales, relacionadas con la gobernanza, incluyen la falta de coordinación entre los niveles central y local, la discontinuidad de las intervenciones y de los grupos técnicos, así como el abordaje aislado por sectores y disciplinas. En una encuesta realizada a 76 profesionales clave de 13 países latinoamericanos, el 38% informó falta de compromiso por parte de los responsables políticos y escasez de recursos para implementar el enfoque One Health, mientras que el 34% señaló la fragmentación entre sectores y disciplinas. (19)

CONCLUSIONES

Nos encontramos ante un desafío que no conoce fronteras ni respeta desigualdades, pero que, paradójicamente, afecta con mayor intensidad precisamente a quienes menos tienen. El dengue, el zika y la chikungunya no son simplemente cifras en los boletines epidemiológicos: representan casi 60 millones de personas infectadas cada año en todo el mundo. Representan familias interrumpidas por el dolor, comunidades paralizadas por el miedo, economías debilitadas y futuros comprometidos.

La ciencia nos muestra el camino: sabemos que el control vectorial integrado funciona, que la educación comunitaria transforma realidades y que el saneamiento básico salva vidas. Sin embargo, el conocimiento sin acción es apenas un potencial desperdiciado. Necesitamos transformar la evidencia en políticas públicas, los datos en decisiones y la urgencia en movilización colectiva.

Cada recipiente con agua estancada eliminado, cada repelente aplicado y cada comunidad educada representan una victoria contra estos virus. Pero las victorias individuales no son suficientes: necesitamos estrategias coordinadas, inversiones sostenidas y, sobre todo, el compromiso de no dejar a nadie atrás.

Las poblaciones más vulnerables, que viven en condiciones precarias de saneamiento y con acceso limitado a los servicios de salud, no pueden seguir siendo las más afectadas.

¡El futuro que construiremos depende de las decisiones que tomemos hoy! Podemos aceptar pasivamente el aumento de treinta veces en la incidencia del dengue durante las últimas cinco décadas, o podemos actuar con determinación para revertir esta trayectoria. La pregunta no es si tenemos la capacidad de enfrentar estas arbovirosis; la ciencia ya ha demostrado que sí la tenemos. La verdadera pregunta es: ¿existe la voluntad política y el compromiso colectivo necesarios para hacerlo?

¡El momento de actuar es ahora! Cada día de inacción representa vidas en riesgo. Juntos, con ciencia, solidaridad y acción coordinada, podemos ganar esta batalla.

Bibliografía:

- PAHO.org-Epidemiological Update for Dengue, Chikungunya and Zika in 2023.Updated: Jan 1 2026 9:16AM https://ais.paho.org/ha_viz/Arbo/Arbo_Bulletin_2023.asp?env=pri
- Grillet M, Hernández-Villena J, Llewellyn M et al. Venezuela's humanitarian crisis, resurgence of vector-borne diseases, and implications for spillover in the region. *The Lancet Infectious Diseases*, 2019; 19, e149-e16
- Ministerio da Saude. Observatorio de Arboviroses. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/cnie/observatorio-de-arboviroses>. Acessado em 27 de maio de 2026.
- Segura NA, Muñoz AL, Losada-Barragán M, Torres O, Rodríguez AK, Rangel H, Bello F. Minireview: Epidemiological impact of arboviral diseases in Latin American countries, arbovirus-vector interactions and control strategies. *Pathog Dis*. 2021 Sep 6;79(7):ftab043. doi: 10.1093/femspd/ftab043. PMID: 34410378.
- Espinal MA, Andrus JK, Jauregui B, Waterman SH, Morens DM, Santos JI, Horstick O, Francis LA, Olson D. Emerging and Reemerging Aedes-Transmitted Arbovirus Infections in the Region of the Americas: Implications for Health Policy. *Am J Public Health*. 2019 Mar;109(3):387-392. doi: 10.2105/AJPH.2018.304849. Epub 2019 Jan 24. PMID: 30676796; PMCID: PMC6366516.
- Périssé ARS, Souza-Santos R, Duarte R, Santos F, de Andrade CR, Rodrigues NCP, Schramm JMA, da Silva ED, Jacobson LDSV, Lemos MCF, Sobral A. Zika, dengue and chikungunya population prevalence in Rio de Janeiro city, Brazil, and the importance of seroprevalence studies to estimate the real number of infected individuals. *PLoS One*. 2020 Dec 17;15(12):e0243239. doi: 10.1371/journal.pone.0243239. PMID: 33332373; PMCID: PMC7746276.
- PAHO.org-Countries of the Americas Strengthen Preparedness for Oropouche Virus. <https://www.paho.org/en/news/9-7-2024-countries-americas-strengthen-preparedness-oropouche-virus>
- PAHO.org-Diante de surtos localizados de chikungunya e da circulação sustentada de Oropouche, OPAS pede fortalecimento da vigilância e controle vetorial nas Américas. <https://www.paho.org/pt/noticias/29-8-2025-diante-surtos-localizados-chikungunya-e-da-circulacao-sustentada-oropouche-opas>
- Ganjian N, Riviere-Cinamond A. Mayaro virus in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica*. 2020 Feb 11;44:e14. doi: 10.26633/RPSP.2020.14. PMID: 32051685; PMCID: PMC7008609.
- FVS-RCP_2025_Informe_epidemiologico_das_Arboviroses- Infográfico. https://www.agenciaamazonas.am.gov.br/wp-content/uploads/2025/08/FVS-RCP_2025_Informe_epidemiologico_das_Arboviroses_AM_07.08.2025-2.pdf?utm_source=chatgpt.com

Bibliografía:

- Carabali M, Harper S, Lima Neto AS, Dos Santos de Sousa G, Caprara A, Restrepo BN, Kaufman JS. Spatiotemporal distribution and socioeconomic disparities of dengue, chikungunya and Zika in two Latin American cities from 2007 to 2017. *Trop Med Int Health*. 2021 Mar;26(3):301-315. doi: 10.1111/tmi.13530. Epub 2020 Dec 13. PMID: 33219561.
- Queiroz ERDS, Medronho RA. Spatial analysis of the incidence of Dengue, Zika and Chikungunya and socioeconomic determinants in the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Epidemiol Infect*. 2021 Aug 2;149:e188. doi: 10.1017/S0950268821001801. PMID: 34338179; PMCID: PMC8365848.
- Dalvi APR, Gibson G, Ramos AN Jr, Bloch KV, Sousa GDS, Silva TLND, Braga JU, Castro MC, Werneck GL. Sociodemographic and environmental factors associated with dengue, Zika, and chikungunya among adolescents from two Brazilian capitals. *PLoS Negl Trop Dis*. 2023 Mar 16;17(3):e0011197. doi: 10.1371/journal.pntd.0011197. PMID: 36928657; PMCID: PMC10047540.
- Carabali M, Harper S, Lima Neto AS, Dos Santos de Sousa G, Caprara A, Restrepo BN, Kaufman JS. Decomposition of socioeconomic inequalities in arboviral diseases in Brazil and Colombia (2007-2017). *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2022 Aug 5;116(8):717-726. doi: 10.1093/trstmh/trac004. PMID: 35088864.
- Morgan J, Strode C, Salcedo-Sora JE. Climatic and socio-economic factors supporting the co-circulation of dengue, Zika and chikungunya in three different ecosystems in Colombia. *PLoS Negl Trop Dis*. 2021 Mar 11;15(3):e0009259. doi: 10.1371/journal.pntd.0009259. PMID: 33705409; PMCID: PMC7987142.
- Côrtes N, Lira A, Prates-Syed W, Dinis Silva J, Vuitika L, Cabral-Miranda W, Durães-Carvalho R, Balan A, Cabral-Marques O, Cabral-Miranda G. Integrated control strategies for dengue, Zika, and Chikungunya virus infections. *Front Immunol*. 2023 Dec 18;14:1281667. doi: 10.3389/fimmu.2023.1281667. PMID: 38196945; PMCID: PMC10775689.
- Mulderij-Jansen V, Pundir P, Grillet ME, Lakiang T, Gerstenbluth I, Duits A, Tami A, Bailey A. Effectiveness of Aedes-borne infectious disease control in Latin America and the Caribbean region: A scoping review. *PLoS One*. 2022 Nov 2;17(11):e0277038. doi: 10.1371/journal.pone.0277038. PMID: 36322603; PMCID: PMC9629598.
- Tapia-López E, Bardach A, Ciapponi A, Alcaraz A, García-Perdomo HA, Ruvinsky S, Belizán M. Experiencias, barreras y facilitadores en la implementación de intervenciones de control del *Aedes aegypti* en América Latina y Caribe: estudio cualitativo [Experiences, barriers and facilitators to the implementation of interventions for controlling *Aedes aegypti* in Latin America and the Caribbean: a qualitative study]. *Cad Saude Publica*. 2019 May 20;35(5):e00092618. Spanish. doi: 10.1590/0102-311X00092618. PMID: 31116251.
- Cediél Becerra NM, Olaya Medellín AM, Tomassone L, Chiesa F, De Meneghi D. A Survey on One Health Approach in Colombia and Some Latin American Countries: From a Fragmented Health Organization to an Integrated Health Response to Global Challenges. *Front Public Health*. 2021 Oct 25;9:649240. doi: 10.3389/fpubh.2021.649240. PMID: 34760857; PMCID: PMC8573084.

Reunión Mensual SEPP



Educación Médica CONTINUA

Módulo 3  SOCIEDAD ECUATORIANA DE PEDIATRÍA **6to Curso DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA EN PEDIATRÍA 2026**

Modalidad Presencial



MODERADOR
Dr. Francisco Espinel
Neurólogo Peditra



CONFERENCISTA
Dr. Nicolás Espinosa
Neurólogo Peditra



CONFERENCISTA
Dra. Hipatia Monge
Neuropsicología Clínica Infantil

Tema: La necesidad de identificar subtipos dentro del trastorno del espectro autista

Tema: ¿Diferentemente diferentes? Perfil social y cognitivo del autismo en el sexo femenino

Fecha: 23 de Junio de 2026
Hora: 18h00
Lugar: Hotel Sheraton - Quito
Salón: Los Cóndores
Dirección: Av. República del Salvador y Av. Naciones Unidas

Con el Aval:
Requisitos de aprobación 80% de asistencia
Certificado emitido por la Sociedad Ecuatoriana de Pediatría con Aval Universitario

SAVAL
Siempre junto a ti



hm Hospital
Metropolitano

CH Children's Hospital
of Philadelphia®



EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA PRIMERA CONVULSIÓN NO PROVOCADA

Acompáñanos
en esta charla



**DRA. PAMELA
MCDONNELL**
Neuróloga Pediatra

 Auditorio del Hospital
Metropolitano

MODERADOR
Dr. Dennis López

JUEVES
2 DE JULIO
14H00

¡Te esperamos!





JORNADAS MISCELÁNEOS DE PEDIATRÍA

2026

Programa Científico

Viernes 24 de Julio
Hotel Sheraton
Salón Bolivar



JORNADAS MISCELÁNEOS DE PEDIATRÍA

2026



Viernes 24 de Julio

MÓDULO GASTROENTEROLOGÍA

08:30 – 09:00	Evidencia de las cepas probióticas en el manejo integral de la enfermedad diarreica aguda y reequilibrio de la microbiota	Dr. Oscar Maldonado	
09:05 – 09:35	Reflujo fisiológico vs ERGE: ¿Estamos sobremedicando?	Dr. Edison Aymacaña	
09:40 – 10:10	Alergia a las proteínas de leche de vaca: Retos en el diagnóstico y oportunidades en el pronóstico	Dra. María Clara Jijón	

10:10 – 10:40

Receso

MÓDULO NEUROLOGÍA

10:40 – 11:10	TDAH en la consulta pediátrica: diagnóstico temprano y manejo práctico	Dr. Francisco Espinel	
11:15 – 11:45	Cefalea en niños: cuándo sospechar patología neurológica	Dr. Nicolás Espinosa	

MÓDULO NEUMOLOGÍA

11:50 – 12:20	Tos crónica, un abordaje diagnóstico para el pediatra	Dra. Gloria Pila	
12:25 – 12:55	Rx de Tórax en Pediatría: Neumonía y sus complicaciones, presentación y casos clínico Radiológicos.	Dr. Mario Díaz	

13:00 – 14:00

Receso

MÓDULO INFECTOLOGÍA

14:00 – 14:30	Infecciones ambulatorias por Neumococo	Dra. María Luisa Ávila	
14:35 – 15:05	Resistencia bacteriana, epidemiología en Ecuador	Dra. Jeannete Zurita	
15:10 – 15:40	Cambio de paradigma: Abordando la reticencia vacunal	Dra. María Luisa Ávila	

MÓDULO DERMATOLOGÍA

15:45 – 16:15	Dermatitis atópica del gen a la clínica en el niño	Dra. Silvana Narváez A.	
16:20 – 16:50	Manejo del acné en Pediatría: Guía de práctica clínica	Dra. Carmen Elena Sánchez	

MÓDULO NEUMOLOGÍA

16:55 – 17:25	Marcha atópica y su impacto en la salud respiratoria del niño	Dr. Jorge Beltrán	
17:30 – 18:00	Asma y crisis asmática: de los mitos a la evidencia en pediatría	Dra. Gloria Pila	

**REVISTA DIGITAL
ECUATORIANA DE PEDIATRÍA**



LES INVITAMOS A SCANEAR EL QR DE NUESTRAS REVISTAS

Departamento en la playa con vista al mar

DISPONIBLE PARA SOCIOS



CONJUNTO TORRESOL: PARAÍSO EN TONSUPA
INCLUYE: PISCINA Y CANCHAS DEPORTIVAS
CAPACIDAD: 8 PERSONAS

DA CLIC EN EL ENLACE Y REALIZA TU RESERVA

[HTTPS://WA.LINK/9BJUY4](https://wa.link/9BJUY4)



