

CÓRDOBA

- Sostenido descenso en las consultas e internaciones por infecciones respiratorias

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de neumonía

AMÉRICA

- Bolivia: En los primeros siete meses de 2023 se reportaron 92 casos de rabia canina
- Bolivia: Activa intervención para frenar la propagación de la tos convulsa
- Canadá: Brote de legionelosis en un hogar de ancianos de Nova Scotia
- Estados Unidos: La alergia a la carne transmitida por garrapatas puede afectar a cientos de miles de personas
- Estados Unidos: Advierten a los residentes de Connecticut sobre las infecciones graves por *Vibrio*
- México: Un brote de brucelosis en Guanajuato suma casi 100 casos

EL MUNDO

- Australia: Más hospitalizaciones de niños en la actual temporada de influenza
- Europa: El calor récord del verano de 2022 causó más de 61.000 muertes
- Europa: Brote multinacional de salmonelosis vinculado al consumo de tomates cherry
- Kenya: Dos casos de infección por poliovirus circulante tipo 2 derivado de la vacuna
- Invertir en la prevención de los ahogamientos para proteger a los niños
- Los países que tomaron medidas de prevención antes de la pandemia de covid tuvieron menos muertes

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
ANA CEBALLOS // DOMINIQUE PEYRAMOND // LOLA VOZZA
CARLA VIZZOTTI // FANCH DUBOIS // GUILLERMO CUERVO
DANIEL PRYLUKA // FERNANDO RIERA // CHARLOTTE RUSS
SALVADOR GARCÍA JIMÉNEZ // ALFONSO RODRÍGUEZ MORALES
PILAR AOKI // HUGUES AUMAITRE // MARÍA BELÉN BOUZAS
JORGE BENETUCCI // PABLO BONVEHÍ // ISABEL CASSETTI
HORACIO SALOMÓN // JAVIER CASELLAS // EDUARDO SAVIO
SERGIO CIMERMAN // GUSTAVO LOPARDO // EDUARDO LÓPEZ

Patrocinadores



Adherentes



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

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

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

En las últimas dos semanas epidemiológicas (SE), se observó un descenso en las consultas e internaciones por infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB) en menores de 5 años.

En la SE 29 se registraron 930 consultas pediátricas relacionadas con estas infecciones, por debajo de las 1.200 reportadas en la SE 28 y las 1.258 informadas en la SE 27.

De igual manera, esta baja se evidenció en las internaciones pediátricas, con 67 hospitalizaciones en la SE 29, que representan 7,2% de las consultas.

En cuanto a neonatología, en las últimas tres SE –desde la 27 en adelante– las consultas e internaciones se mantienen estables, por debajo de la media del resto de la temporada. En la SE 29, se registraron seis consultas y sólo dos internaciones, que representan 33% de estas.

En este sentido, cabe destacar que, del total de las internaciones hospitalarias, comienza a observarse una mayor incidencia de las enfermedades propias de los menores de 5 años, como las infecciosas, por traumatismo o quirúrgicas, por sobre las relacionadas con IRAB.

Esta tendencia a la baja, también se registró en los traslados.

Circulación viral

En base a la notificación agrupada de laboratorio –hasta la SE 29– 700 muestras en menores de 5 años fueron positivas para IRAB. En las últimas tres SE, se observa una mayor diversidad en la circulación viral, en comparación a la alta actividad del virus sincicial respiratorio (VSR) que se viene observando a partir de la SE 13.

De las 700 muestras positivas, 587 (83,9%) correspondieron al VSR, 57 (8,1%) a metapneumovirus, 23 (3,3%) a parainfluenza, 19 (2,7%) a adenovirus, y 14 (2%) a influenza.

En la SE 29 también descendieron 66% las muestras positivas de VSR en pacientes internados menores de 5 años, mientras que –desde la SE 25– se observa un incremento del total de muestras positivas para influenza.

Tos convulsa

En 2023, hasta la SE 29, se confirmaron 44 casos de tos convulsa. De estos, 27 (61,4%) corresponden a menores de seis meses, 11 casos (25,0%) al grupo de 7 a 18 meses, seis casos (13,6%) al grupo de 19 meses a seis años, y un caso (2,3%) en un niño mayor de 6 años.

Inmunizaciones

Hasta la fecha, se aplicó un total de 349.967 dosis de la vacuna antigripal.

En los equipos de salud, se alcanzó 62,2% de cobertura; en personas embarazadas, 49,3%; y en niños de 6 a 23 meses se alcanzó 65,6% con primera dosis y 48,5% con segunda dosis.

La cobertura de las vacunas que protegen contra la tos convulsa alcanzó a 44,3% con la 3ª dosis de la quintuple en menores de 1 año, y de 42,5% con la dosis de refuerzo de los 15 meses, por debajo de la meta esperada para este semestre, de 47,5 a 50%.

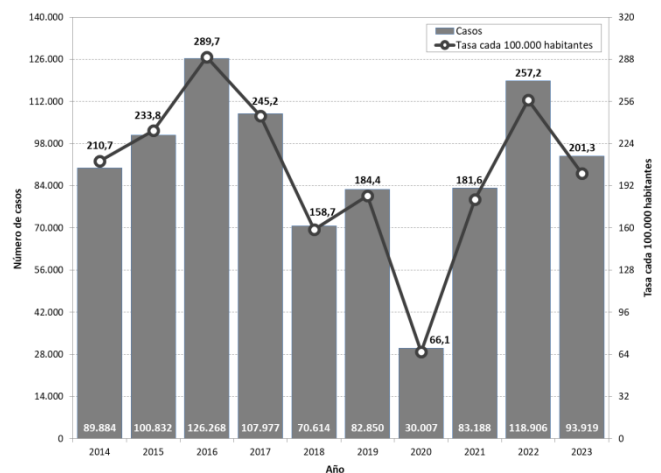
La cobertura de la vacuna triple bacteriana y triple bacteriana acelular alcanzó a 51,6% en el grupo de 5 años, y de 50,5% en el de 11 años, superando la meta esperada. Una menor cobertura se observa en la dosis correspondiente a las personas gestantes: 38,2%.

El Ministerio de Salud recordó que estas vacunas, incluidas en el Calendario Nacional, se aplican de manera gratuita en los más de 800 vacunatorios distribuidos en la provincia.

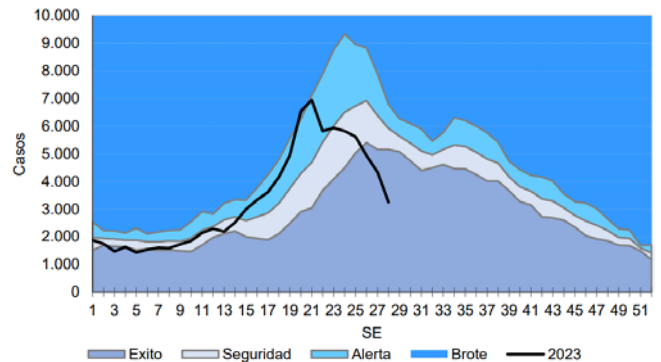
En el año 2023, hasta la semana epidemiológica (SE) 28, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}) 93.919 casos de neumonía, con una tasa de incidencia acumulada de 201,3 casos cada 100.000 habitantes.

En base a los datos de las primeras 28 SE de los últimos diez años, se observa que en 2016 se registró hasta la fecha el mayor número de casos del período (126.268 casos), seguido del año 2022 (118.906 casos). En el registro histórico desde el año 2014, el número de casos notificados en 2023 supera a los de los años 2014 y los del periodo 2018/2021.

Las notificaciones semanales se ubican en la zona de seguridad en las dos primeras SE de 2023, y posteriormente, entre las SE 3 y 6, se sitúan dentro de los límites esperados en relación con el comportamiento del evento en años históricos. A partir de la SE 7 los casos comienzan a ascender, ubicándose en la zona de seguridad y luego, en la SE 15, alcanzan la zona de alerta. Los registros alcanzan el nivel de brote únicamente en la SE 20, aunque el máximo nivel de notificaciones de 2023 se alcanza en la SE 21. A partir de ese momento, los casos registran un descenso, ubicándose a partir de la SE 26 en los niveles esperados.



Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes. Argentina. Años 2014-2023, hasta semana epidemiológica 28. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



Corredor endémico semanal 2023, hasta semana epidemiológica 28, en base a datos de los años 2015/2019. Argentina. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

Durante los primeros siete meses de 2023, se reportaron 92 casos de rabia canina en Bolivia, cuatro veces más que en la gestión 2022, cuando se registraron alrededor 22 casos. Ante esta situación, el Ministerio de Salud y Deportes, mediante las unidades responsables, prepara una campaña de vacunación con el fin de llegar a, por lo menos, 3 millones de mascotas; además se impulsará la tenencia responsable.



El responsable de Enfermedades Zoonóticas del Ministerio de Salud y Deportes, Grover Adolfo Paredes Martínez, señaló que los departamentos más afectados son Cochabamba (35 casos), Chuquisaca (28), Potosí (10), Tarija (9), La Paz (8) y Santa Cruz (2).

Además, Potosí se encuentra en alerta sanitaria, por lo que se han reforzado las acciones de vigilancia epidemiológica y de captación de personas con agresiones por perros propios y ajenos. En tanto que en Sucre, Chuquisaca, se realizó una campaña de vacunación.

Asimismo, debido al caso de posible rabia humana ocurrido en el municipio de Viacha (La Paz), en esa población también se hizo una campaña de vacunación y operativos de rastrillaje para detectar casos sospechosos de canes con rabia.

Al respecto, responsables de las unidades de Zoonosis de las ciudades de El Alto y La Paz, anunciaron que planifican campañas masivas de vacunación antirrábica para los meses de agosto y septiembre. En tanto, el programa gubernamental planifica una campaña de gran alcance y prevé trabajar con los Centros de Salud de cada barrio.

“Estamos apuntando, por lo menos, a vacunar más de 3 millones de mascotas, entre perros y gatos, en esta campaña de vacunación que tiene que ser muy estricta para poder cerrar la circulación de la rabia”, indicó Paredes Martínez.

Aseguró que el objetivo es llegar con la vacuna a los perros de las Villas y áreas periurbanas, por lo que el Ministerio de Salud y Deportes garantiza el 100% de los biológicos necesarios para la inoculación.

El experto lamentó que casi 80% de los canes que están en las calles son perros semidomiciliados; es decir, que tienen dueño pero prefieren dejarlos fuera de su vivienda. Por eso, inci-

dió en que debe trabajarse en la concienciación de las personas sobre la tenencia responsable de las mascotas.

Planteó que los municipios deberían contar con una ley municipal y su reglamentación para fortalecer la tenencia responsable de las mascotas y de esa manera que los dueños asuman su responsabilidad con el animal y la sociedad.

“Lo que se recomienda es evitar que los perros estén en la calle, que estén al día con sus vacunas zoonosanitarias y que sus dueños cuiden del bienestar de sus mascotas”, apuntó.

También manifestó que es importante trabajar en políticas municipales de esterilizaciones masivas y el control del mercado ilegal de venta de mascotas.

El Gobierno boliviano activó el Plan de Intervención y Prevención de la Tosferina con el objetivo de frenar la propagación de esa enfermedad en el departamento de Santa Cruz, mediante una vigilancia activa y pasiva, además de reforzar la vacunación pentavalente, aseguró el 27 de julio la ministra de Salud y Deportes, María Renée Castro Cusicanqui.

“Este plan de intervención de la tos convulsa en el municipio de Santa Cruz de la Sierra y los municipios de mayor incidencia tendrá un accionar en escalada; vamos a empezar con el municipio que tiene mayor cantidad de casos y vamos a ir avanzando hasta el resto de los municipios”, dijo la autoridad.

Castro Cusicanqui explicó que esa estrategia tendrá dos elementos: la vigilancia epidemiológica pasiva a través del manejo clínico en la red de establecimientos de primer y segundo nivel y la vigilancia epidemiológica activa a través de los equipos de respuesta rápida que movilizará a 11 profesionales distribuidos en cinco brigadas cada una de ellas con un supervisor.

Detalló que cada brigada ejecutará la notificación diaria de casos sospechosos para su referencia al establecimiento de salud de acuerdo al nivel de complejidad de cada uno de ellos y la labor principal es el avance de la vacunación y el reporte mediante el registro del sistema nominal de vacunación electrónica adecuado para las campañas.

La autoridad recordó que en noviembre de 2022 el Ministerio de Salud y Deportes emitió una alerta epidemiológica en la que cada Servicio Departamental de Salud del país debería emitir una estrategia de prevención del brote de tos convulsa y aplicar el esquema acortado de vacunación con la pentavalente y lamentó que, en algunos casos como Santa Cruz, no se cumplió.

La primera autoridad en salud del país mostró su preocupación por qué a la fecha se tienen 631 casos acumulados de tos convulsa, 402 de hasta 5 años y 229 mayores de esa edad. El 26 de julio se reportaron 99 casos, el mayor brote desde que reapareció la enfermedad; de ellos, 21 eran menores de 5 años 21 personas y 78 mayores, todos en el departamento de Santa Cruz, dejando el saldo de casos activos en 200; las personas recuperadas son 402, y se registran ocho fallecimientos.

“De todos los municipios del departamento de Santa Cruz, la mayor parte de los casos se concentran en Santa Cruz de la Sierra, que suma cerca de 309 casos”, añadió a tiempo de reiterar que esos datos llaman la atención, porque además se tiene una baja cobertura de vacunación.

Remarcó que las brigadas incidirán en la vacunación acortada que significa la inmunización contra la tos convulsa, la poliomielitis, la rotavirus y el neumococo con primera dosis a las seis semanas de nacido, la segunda a las 10 semanas, la tercera al año y dos meses, la cuarta al año y medio y la quinta a los 4 años.

Salud Pública de Nova Scotia continúa investigando casos de Legionelosis en el hogar de ancianos Glen Haven Manor y en el área de New Glasgow. Actualmente hay cinco casos positivos y 16 casos sospechosos, en espera de los resultados de laboratorio. De esos 21 casos, dos casos positivos y tres casos sospechosos están en la comunidad, fuera de Glen Haven Manor.



También hubo un caso de fiebre de Pontiac, una versión más leve de la misma enfermedad.

Legionella es común en Nova Scotia, sin embargo, rara vez causa enfermedades. Las personas con mayor riesgo de contraer legionelosis incluyen personas mayores de 40 años, personas que fuman o tienen afecciones de salud crónicas. Para otros, el riesgo es muy bajo.

Es importante tener en cuenta que *Legionella* no se puede transmitir de persona a persona. La mayoría de las infecciones por *Legionella* se contraen al respirar vapor de una fuente de agua contaminada, como los sistemas de agua caliente o las torres de refrigeración del aire acondicionado.

Salud Pública está trabajando en estrecha colaboración con sus socios en el Departamento de Medio Ambiente y Cambio Climático para realizar pruebas ambientales. Aún no se ha identificado una fuente definitiva, y puede llevar tiempo determinar esta fuente.

Debido a un mayor riesgo de legionelosis en el área, basado en la proximidad a los casos en la comunidad, se les pidió a los residentes de New Glasgow, Trenton y Stellarton que estén atentos a síntomas tales como fiebre, escalofríos, tos seca, dolores musculares y de cabeza, pérdida de apetito y diarrea. Estos síntomas pueden aparecer de 2 a 14 días después de la exposición. Las potenciales exposiciones pueden haber comenzado el 1 de julio.

Si alguien vive en una de estas comunidades y presenta estos síntomas, debe acudir a un proveedor de atención primaria para que le realicen pruebas y tratamiento.

Salud Pública no recomienda cambiar ningún comportamiento o actividad en este momento.

En promedio, la enfermedad afecta a menos de 100 personas en Canadá cada año.

Glen Haven Manor es un centro de vivienda y atención a largo plazo de propiedad y administración municipal, con 200 camas para residentes y 20 unidades de vivienda. Se planea analizar el sistema de agua de la instalación y las torres de enfriamiento del hospital cercano de Aberdeen para detectar *Legionella*, pero las pruebas también deben incluir agua de esta fuente.

La legionelosis es una enfermedad infecciosa causada por un bacilo gramnegativo del género *Legionella*, más comúnmente *L. pneumophila*. La legionelosis es la forma neumónica aguda de la enfermedad; más de 70% de los casos se deben al serogrupo 1 de *L. pneumophila*, excepto en Australia y Nueva Zelanda, donde el serogrupo 1 de *L. pneumophila* representa solo 45,7% de los casos de legionelosis adquirida en la comunidad, y *L. longbeachae* representa 30,4% de los casos.

Los factores de riesgo para la legionelosis incluyen edad mayor de 50 años, tabaquismo, diabetes, enfermedad cardíaca o pulmonar crónica e inmunosupresión.

La fiebre de Pontiac es una forma no neumónica, menos grave que la legionelosis. La fiebre de Pontiac se desarrolla en una proporción muy alta de personas desde horas hasta dos días después de la exposición, con fiebre, malestar general y dolores musculares, mientras que la legionelosis tiene una tasa de ataque mucho más baja y tiene un período de incubación de 2 a 14 días después de la exposición.

La legionelosis, y presumiblemente la fiebre de Pontiac, generalmente se adquiere por inhalación de una dosis infecciosa de *Legionella* en aerosol, pero la legionelosis también puede desarrollarse después de la aspiración de agua contaminada en pacientes propensos a la aspiración. Por lo general, el sistema de agua contaminada de un edificio se incrimina como la fuente. *Legionella* se encuentran principalmente en la porción de agua caliente de los sistemas de plomería y en las torres de enfriamiento. Las temperaturas del agua de 25 a 40°C soportan las concentraciones más altas del organismo en los tanques de almacenamiento de agua de los sistemas de plomería. La aerosolización del agua tibia contaminada puede ocurrir en duchas, piscinas de spa, rociadores de vapor en supermercados, fuentes, establecimientos de lavado de autos y torres de enfriamiento.

La genotipificación de los aislamientos clínicos de los casos de legionelosis ayuda a confirmar si se trata de un brote de fuente común, si los genotipos coinciden. La coincidencia de los genotipos de aislamientos clínicos y ambientales de *Legionella* identifica la fuente ambiental para los casos individuales. Sin embargo, si el diagnóstico de la legionelosis se basó únicamente en una prueba positiva de antígeno urinario de *Legionella*, no habrá aislamientos clínicos para la determinación del genotipo.

El síndrome alfa-gal es una reacción a un azúcar que se encuentra en la carne roja y los productos lácteos, y es causado por la picadura de una garrapata estrella solitaria. Ahora puede ser la décima alergia alimentaria más común en Estados Unidos y afecta hasta a 450.000 personas, según un reciente [estudio](#). También es una de las menos reconocidas.



La garrapata estrella solitaria (*Amblyomma americanum*) puede transmitir un azúcar llamado alfa-gal en su saliva que produce a las personas alergia a la carne.

Los científicos han comenzado recientemente a comprender el síndrome alfa-gal.

La garrapata estrella solitaria (*Amblyomma americanum*), y quizás otros tipos de parásitos, transmiten un azúcar conocido por los científicos por su difícil nombre formal: galactosa-alfa-1,3-galactosa o alfa-gal.

Al parecer, esta garrapata tiene una enzima en su saliva que puede producir alfa-gal. Cuando este parásito pica a alguien, el alfa-gal atraviesa la piel, que tiene sus propios centinelas inmunes esperando para abalanzarse sobre los invasores extraños. Estar expuesto de esta manera parece poner al cuerpo en alerta máxima por este azúcar, que se encuentra en mamíferos no primates y en productos elaborados con ellos. Las personas con síndrome alfa-gal a menudo deben evitar la carne roja como la carne de res, cerdo y cordero, los productos lácteos y una gran cantidad de productos menos obvios como cápsulas de gel y, a veces, maquillaje.

Las personas pueden vivir con alfa-gal ajustando su estilo de vida, pero eso solo si saben que lo tienen. Obtener un diagnóstico puede ser difícil porque muchos médicos no conocen el síndrome.

El estudio encuestó a 1.500 médicos y enfermeras practicantes en Estados Unidos y encontró que 42% dijo que nunca había oído hablar de la alergia. Otro tercio de los encuestados aseguró que no confiaba en su capacidad para diagnosticar o tratar a un paciente con alergia a alfa-gal.

Las encuestas de pacientes alfa-gal han encontrado que la [mayoría](#) tiene un retraso significativo entre sus primeros síntomas y su diagnóstico.

La alfa-gal no es como una alergia alimentaria típica, en la que la reacción física a un alimento ofensivo comienza segundos o minutos después de comerlo. En cambio, las personas con alergia alfa-gal tienden a enfermarse de cuatro a seis horas después de comer carne roja o lácteos, por lo que no siempre relacionan sus síntomas con lo que comen. Las reacciones pueden incluir urticaria, dificultad para respirar o incluso anafilaxia potencialmente mortal.

Diagnósticos en aumento

Los investigadores no han tenido una buena idea de cuántos estadounidenses podrían tener el síndrome alfa-gal.

Hasta 2022, un laboratorio comercial realizó la mayoría de las pruebas de alfa-gal en Estados Unidos: Viracor en Lenexa, Kansas. Para el nuevo estudio, se analizaron datos de pruebas anónimas de este laboratorio para análisis de sangre realizados entre 2017 y 2022. Los proveedores solicitaron casi 300.000 pruebas de alfa-gal durante este período, y 30% de ellas, aproximadamente 90.000, dieron positivo.

Al agregar los resultados de esas pruebas a los resultados de estudios anteriores, se dedujo que hubo 110.000 casos sospechosos de síndrome alfa-gal diagnosticados en Estados Unidos entre 2010 y 2022.

Debido a la falta de conocimiento entre los proveedores de atención médica, los investigadores ajustaron sus datos asumiendo que entre 20% y 78% de los casos probablemente no se diagnostican. Esto les llevó a estimar que entre 96.000 y 450.000 estadounidenses pueden haber sido afectados por el síndrome alfa-gal desde 2010.

Si la proyección y estimación de casi 450.000 casos es correcta, esta es la alergia número 10 en el país detrás del [sésamo](#), que es la número nueve y afecta aproximadamente a medio millón de personas.

Además, los números no fueron estables con el tiempo. Cada año, se detecta un mayor número de casos sospechosos mediante esta vigilancia basada en el laboratorio.

Se desconoce si los casos aumentaron debido a una mayor conciencia y pruebas para detectar el síndrome o por otra razón, como la proliferación de poblaciones de garrapatas en las temperaturas más altas causadas por el cambio climático.

También se mapearon [las ubicaciones de las pruebas positivas](#) y se descubrió que estaban concentradas en un cinturón de estados en el medio de Estados Unidos que abarca las regiones Sur, Medio Oeste y Medio Atlántico. Esta es prácticamente la misma región donde se sabe que la garrapata estrella solitaria causa otras enfermedades, como la erliquiosis.

Antes de saber que deben evitar ciertos productos de origen animal, muchas personas son llevadas repetidamente de urgencia a salas de emergencias con reacciones alérgicas potencialmente mortales que causan palpitaciones, dificultad para respirar y presión arterial peligrosamente baja. A menudo, son tratadas por ataques cardíacos.

La alfa-gal también afecta la forma en que el cuerpo procesa el colesterol, obstruyendo las arterias alrededor de su corazón.

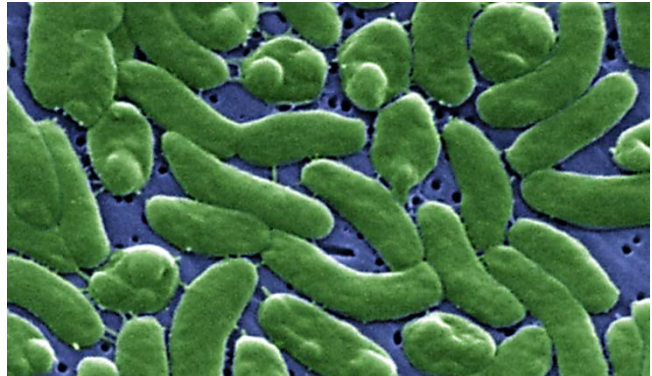
A veces, el simple hecho de respirar en un lugar donde alguien está cocinando carne, como un asador, puede provocar una reacción.



El Departamento de Salud Pública (DPH) de Connecticut advirtió a los residentes sobre los peligros potenciales del consumo de mariscos crudos y la exposición al agua salada o salobre a lo largo de Long Island Sound, debido a infecciones graves por *Vibrio vulnificus*.

Desde el 1 de julio, se han informado al DPH tres casos de infecciones por *V. vulnificus*.

Los tres pacientes tienen entre 60 y 80 años de edad. Los tres pacientes fueron hospitalizados y uno falleció. Un paciente informó haber consumido ostras crudas de un establecimiento fuera del estado. Dos pacientes informaron exposición a agua salada o salobre en Long Island Sound. Ambos pacientes tenían heridas o cortes abiertos preexistentes o sufrieron nuevas heridas durante estas actividades que probablemente condujeron a las infecciones.



“La identificación de estos casos graves, incluida una muerte, debido a *V. vulnificus* es preocupante”, dijo la comisionada del DPH, Manisha Juthani. “La población debe considerar el riesgo potencial de consumir ostras crudas y la exposición a agua salada o salobre y tomar las precauciones adecuadas. Particularmente durante los meses más calurosos del verano, es más probable que las bacterias aumenten en cantidad y contaminen los mariscos crudos. Dada la ola de calor actual, este puede ser un momento para tener especial precaución en lo que se consume”.

La infección por *V. vulnificus* es una enfermedad extremadamente rara. Se informaron cinco casos en 2020 en Connecticut, y ninguno en 2021 y 2022. Las infecciones por *V. vulnificus* de las ostras pueden provocar enfermedades graves, incluidas infecciones del torrente sanguíneo. *V. vulnificus* también puede causar infecciones de heridas cuando éstas se exponen a agua tibia salada o salobre. Las personas con una infección por *V. vulnificus* pueden enfermar gravemente y necesitar cuidados intensivos o la amputación de una extremidad. Aproximadamente una de cada cinco personas con este tipo de infección muere. Las personas con mayor riesgo de contraer la enfermedad por *V. vulnificus* son aquellas con sistemas inmunitarios debilitados y los ancianos.

La mayoría de los casos de infección por *V. vulnificus* en Estados Unidos provienen de áreas costeras relacionadas con ostras recolectadas localmente, pero dichas ostras pueden enviarse a áreas no endémicas. Como en estos casos, el contacto directo del organismo en una herida también puede ser la fuente. La sospecha rápida de esta infección es importante para minimizar la mortalidad.

Vibrio vulnificus es un patógeno oportunista, gramnegativo, halófilo, fermentador de lactosa, se encuentra en ambientes estuarinos y está asociado con varias especies marinas como plancton, mariscos (ostras, almejas y cangrejos) y peces. Factores ambientales responsables de controlar los números de *V. vulnificus* en los mariscos y en el ambiente incluyen la temperatura, el pH, la salinidad y las cantidades de sustancias orgánicas disueltas. Puede ser una flora normal en el agua salada, y la adquisición de este organismo a través de los mariscos o la exposición al agua no implica que el agua esté contaminada por aguas residuales.

Las infecciones de heridas son el resultado de contaminar una herida abierta con agua de mar que alberga el organismo o de lacerar una parte del cuerpo en corales, peces, etc., seguido de la contaminación con el organismo. La ingestión de *V. vulnificus* por personas sanas puede provocar gastroenteritis.

La forma de “septicemia primaria” de la enfermedad sigue al consumo de pescados y mariscos crudos que contienen el organismo por parte de individuos con una enfermedad crónica subyacente, particularmente una enfermedad hepática. El organismo

también puede entrar a través de la piel dañada. En estos individuos, el microorganismo ingresa al torrente sanguíneo, lo que provoca un shock séptico, a veces con fascitis necrosante, seguida rápidamente de la muerte en muchos casos (alrededor de 50% de los casos). Más de 70% de las personas infectadas presentan lesiones cutáneas ampollosas distintivas.

Tres puntos deben enfatizarse: en primer lugar, los *Vibrio* son flora normal en agua salada tibia; no son indicativo de ninguna contaminación por aguas residuales. En segundo lugar, la mayoría de las enfermedades que amenazan la vida ocurren en personas con enfermedades médicas subyacentes, incluidos estados inmunocomprometidos, enfermedades crónicas, enfermedad hepática y diabetes. Las personas sanas a menudo solo desarrollan gastroenteritis. Por último, la variedad de enfermedades causadas por *V. vulnificus* ahora está involucrando más áreas geográficas del norte a medida que el calentamiento global general entra en vigor.

En el este de Estados Unidos, entre 1988 y 2018, las infecciones de heridas por *V. vulnificus* aumentaron ocho veces (de 10 a 80 casos anuales), y el límite natural de los casos se desplazó hacia el norte 48 km por año. Para 2041-2060, las infecciones por *V. vulnificus* pueden expandir su rango actual hasta abarcar los principales centros de población alrededor de New York (40,7°N). Combinado con una población creciente y cada vez más anciana, el número de casos anuales puede duplicarse. Para 2081-2100, las infecciones por *V. vulnificus* pueden estar presentes en todos los estados del este de Estados Unidos con emisiones y calentamiento futuros de medianos a altos. La expansión proyectada de las infecciones de heridas por *V. vulnificus* subraya la necesidad de una mayor concienciación sobre la salud pública e individual en estas áreas.

Aunque la mayoría de los casos en Estados Unidos ha sido informada en los estados costeros del sur, las infecciones se han ido presentando en áreas más al norte de ambas costas, con estos casos en Connecticut como un buen ejemplo.

La Jurisdicción Sanitaria VI detectó en Pénjamo quesos contaminados con *Brucella*. Entre el 1 de enero y el 8 de julio de 2023, se registraron en Guanajuato 96 casos positivos de brucelosis, mientras que, en el mismo periodo de 2022 fueron 34, lo que indica un incremento de 182%.



“Estamos intensificando acciones en el municipio de Pénjamo, particularmente en la zona de Potrerillos, El Mármol, La Herradura y Comalillo de Tepamal, que es donde se está llevando a cabo esta investigación, porque allí es donde se ha detectado el queso contaminado con *Brucella*”, informó el jefe de la Jurisdicción Sanitaria VI, José Luis Martínez Cendejas.

La detección ocurrió en junio pasado, cuando el personal de la Jurisdicción Sanitaria VI realizó 269 verificaciones sanitarias en establecimientos como rastros, carnicerías, expendios con ventas de alimentos, específicamente lácteos y cárnicos. Se tomaron muestras de quesos artesanales que se produjeron en Pénjamo, y se sometieron a pruebas de laboratorio que revelaron la presencia de la bacteria *Brucella*.

“Llevamos adelante un operativo muy intenso en toda la zona de Pénjamo, a fin de evitar que sea un foco de riesgo para la salud de la población. Hemos identificado algunos casos, y de inmediato se realizó todo el protocolo de atención, incorporando a los servicios de salud, a fin de evitar que esta enfermedad se propague y genere problemas más severos en la población. Por eso, este trabajo se hace de manera muy cercana a la población”, dijo Martínez Cendejas.

Además del muestreo de productos lácteos, el personal de la Jurisdicción realiza talleres y cursos de capacitación con los productores sobre todo en cuanto a la pasteurización, pues existe el mito de que este proceso elimina las características y propiedades de los quesos, crema y otros lácteos.

En contraparte, hasta el momento en Irapuato, Pénjamo, Cuerámaro, Pueblo Nuevo, Huanímaro y Abasolo, no se han detectado casos positivos de clombuterol en cárnicos, según la dependencia.

La brucelosis es una de las zoonosis bacterianas más frecuentes, que infecta cada año a 500.000 personas en todo el mundo, su incidencia varía entre 1,3 y 70 casos cada 100.000 habitantes y en países en desarrollo sigue siendo un problema de salud pública por el impacto económico y social, además de ser causal de grandes pérdidas económicas en la ganadería.

Esta infección es causada por microorganismos del género *Brucella*, bacilos gramnegativos, no encapsulados, inmóviles, no formadores de esporas, de crecimiento lento, aerobios estrictos e intracelulares facultativos. De las especies clasificadas, sólo *B. melitensis*, *B. abortus*, *B. suis* y *B. canis* infectan al ser humano. *B. abortus* ocurre principalmente en ganado vacuno, mientras que *B. melitensis* ocurre en cabras, *B. suis* en cerdos y *B. canis* en perros. Las infecciones por *Brucella* se transmiten en animales a través de semen, embriones abortados, secreciones, inhalación e ingesta oral. En humanos el contagio es a través de la ingesta, inhalación o contacto estrecho con secreciones o productos derivados de animales infectados, tales como leche de vaca, de cabra o queso blando/fresco. Las vacunas de uso veterinario, vivas y atenuadas, que no se eliminan comúnmente en la leche, son otra fuente de contaminación.

En Latinoamérica las tasas de prevalencia de brucelosis bovina van de 0,5 a 10%. México es uno de los países con mayor incidencia de brucelosis de esta región y se considera un país donde la enfermedad es endémica. Durante los años 2012 a 2017, la enfermedad representó la zoonosis más importante en cuanto a morbilidad humana, con 15.496 casos registrados.

AUSTRALIA

The Sydney Morning Herald

MÁS HOSPITALIZACIONES DE NIÑOS EN
LA ACTUAL TEMPORADA DE INFLUENZA

23/07/2023

Después de una pausa de cuatro años debido a la pandemia de covid, los casos de influenza B están aumentando en Australia, provocando un aumento en la cantidad de niños hospitalizados, algunos en estado crítico después de desarrollar complicaciones raras y potencialmente mortales.

Los médicos advierten que la temporada de influenza aún está por llegar a su punto máximo en Victoria, y ahora que la escuela ha regresado después de las vacaciones de mitad de año y las tasas de vacunación contra esta enfermedad son más bajas de lo habitual, los hospitales del estado se preparan para un aumento en los casos entre los niños.



La semana pasada, dos niños, un estudiante de noveno año de la costa central de New South Wales y una niña de 11 años de Queensland, murieron después de contraer influenza B, lo que llevó a las autoridades sanitarias a instar a los padres a vacunar a sus hijos.

La profesora Kristine Macartney, directora del Centro Nacional para la Investigación y Vigilancia de la Inmunización, que está rastreando el brote de influenza, dijo que hubo un aumento en la cantidad de niños en edad escolar infectados con influenza B en los últimos dos meses.

“Están en casa con terribles dolores de cabeza, dolores musculares y dolor de garganta”, dijo.

“Pero varios de estos niños presentaron complicaciones inusuales por el propio virus, que puede causar infección, miocarditis, miositis, encefalitis, convulsiones y neumonía viral”.

Macartney dijo que algunos niños también llegaban a los hospitales con infecciones secundarias, como estreptococo y neumococo, que pueden provocar un deterioro rápido o enfermedades graves, como meningitis o sepsis.

“Los niños deben estar preparados: la influenza es el primer gran golpe y luego la infección bacteriana secundaria es el segundo gran golpe”, dijo. “Por eso está llegando una proporción de los niños a nuestra unidad de cuidados intensivos y a las máquinas de circulación extracorpórea”.

Macartney dijo que hasta hace unos dos meses, la cepa común de influenza A representaba alrededor de 75% de todos los casos en Australia, pero la influenza B había aumentado hasta representar alrededor de 50% del total de notificaciones.

Las autoridades de salud de Queensland advirtieron este mes que el estado estaba en un territorio desconocido en medio de un brote que había provocado un aumento significativo en la cantidad de niños hospitalizados con influenza. También ha surgido una imagen similar en New South Wales, con las autoridades sanitarias locales advirtiendo que los casos de influenza B se mantienen en niveles preocupantes.

El jefe de infección e inmunidad del Monash Children's Hospital, el Dr. Jeremy Carr, dijo que en Victoria los casos habían comenzado a aparecer durante junio y julio. "Y continúan aumentando entre los niños, dado que las clases acaban de comenzar", dijo.

El mes pasado, 200 niños infectados con influenza fueron admitidos en el hospital de Monash Health, y ocho requirieron cuidados intensivos. Eso es más del doble del número de admisiones de mayo.

"No hemos visto un aumento rápido en los casos críticos que requieren cuidados intensivos", dijo. "Esas presentaciones respiratorias realmente graves no parecen ser diferentes a las de años anteriores".

El Royal Children's Hospital de Melbourne informó 425 admisiones por influenza este año, incluidas 179 en el mes de junio.

Alrededor de 10% de los niños que terminan en el hospital con influenza pueden tener problemas neurológicos, como pérdida de memoria, convulsiones y dificultades de aprendizaje y del habla.

Las razones más comunes por las que los niños con influenza acuden a los departamentos de emergencia son fiebres prolongadas, deshidratación y dificultad para respirar.

"La mayoría de los niños que acuden a la atención médica primaria pueden manejarse en casa con los consejos adecuados sobre la hidratación", dijo Carr, y agregó que los padres deben confiar en sus instintos y buscar ayuda médica si están preocupados.

Australia no ha experimentado una ola significativa de influenza B desde 2019, antes de la pandemia de covid, lo que hizo que los niños pequeños sean vulnerables.

"Lo que pasa con la influenza B es que tiende a afectar a más niños en edad escolar", dijo Macartney. "Causa enfermedades ligeramente diferentes, incluida mucha inflamación muscular".

Hasta el 9 de julio, alrededor de 70% de los australianos ingresados en el hospital por influenza en 2023 eran menores de 16 años, según datos del gobierno federal. Alrededor de 5,9% estaban tan enfermos que fueron admitidos directamente en cuidados intensivos.

El informe de vigilancia respiratoria de Salud de New South Wales mostró que durante la semana que finalizó el 8 de julio, 3.976 de los 7.202 casos informados de todas las cepas de influenza fueron personas de 19 años o menos. Casi la mitad de todas las admisiones a hospitales por enfermedades similares a la influenza en New South Wales fueron en niños de 16 años o menos.

Carr dijo que, si bien la influenza circulaba a niveles preocupantes entre los niños en edad preescolar y escolar de Victoria, tenía el potencial de extenderse a los australianos mayores que corren un mayor riesgo de contraer una enfermedad grave.

Los datos nacionales muestran que 14,3% de los australianos de 5 a 15 años se vacunaron contra la influenza este año, en comparación con casi 22% el año pasado. Para los niños de 6 meses a cinco años, las tasas de vacunación contra la influenza rondan 24,5%, en comparación con el 28,9% del año pasado.

“La mejor defensa contra la influenza todos los años es la vacuna contra la influenza”, dijo Macartney, instando a los padres a que mantengan a sus hijos en casa si no se encuentran bien. La vacunación contra la influenza es gratuita para los niños australianos menores de cinco años.

Se han reportado 25.960 casos de influenza en Victoria en lo que va del año y casi 150.000 a nivel nacional. Al menos 134 personas han muerto.

Los informes sobre la desaparición de la influenza B continúan siendo exagerados. Al igual que se vio a fines del verano o principios del otoño de 2022 en la Costa Este de Estados Unidos, una vez que la influenza B se establece, se propaga rápidamente por grandes áreas. Esto parece deberse a la combinación de grandes disminuciones en la exposición/infección por influenza y la falta de inmunidad resultante durante la pandemia de covid combinada con disminuciones año tras año en la aceptación de la vacunación contra la influenza. El tiempo dirá si la influenza B volverá a alcanzar su pico anual o adoptará una periodicidad menos frecuente dados los grandes brotes que se han producido en todo el mundo durante el último año.

El verano de 2022 fue el más caluroso jamás registrado en Europa y estuvo caracterizado por una serie intensa de olas de calor que batieron récords de temperatura, sequía e incendios forestales. Si bien Eurostat, la oficina estadística europea, ya notificó un exceso de mortalidad inusualmente alto para esas fechas, hasta ahora no se había cuantificado la fracción de la mortalidad atribuible al calor. Eso precisamente es lo que ha hecho un reciente [análisis](#), que estimó que entre el 30 de mayo y el 4 de septiembre de 2022 se produjeron 61.672 muertes atribuibles al calor.



Se obtuvieron datos de temperatura y mortalidad para el periodo 2015-2022 en 823 regiones de 35 países europeos, cuya población total representa más de 543 millones de personas. Se usaron estos datos para estimar modelos epidemiológicos y predecir la mortalidad atribuible a las temperaturas para cada región y semana del periodo estival.

El verano de 2022 fue una estación sin tregua en lo que respecta al calor. Los registros muestran que las temperaturas estuvieron por encima de la media durante todas las semanas del periodo estival. La mayor anomalía térmica se registró durante la canícula estival, de mediados de julio a mediados de agosto. Esta coincidencia magnificó la mortalidad por calor, causando 38.881 muertes entre el 11 de julio y el 14 de agosto. Dentro de ese periodo de poco más de un mes se produjo una intensa ola de calor paneuropea, entre el 18 y el 24 de julio, a la que se atribuyen un total de 11.637 muertes.

Los países con mayor mortalidad atribuible al calor

En términos absolutos, el país con mayor número de muertes atribuibles al calor a lo largo de todo el verano de 2022 fue Italia, con un total de 18.010 muertes, seguido de España (11.324) y Alemania (8.173).

Si se ordenan los datos en base a la tasa de mortalidad por calor, el país que encabeza la lista es Italia, con 295 muertes por millón, seguida de Grecia (280), España (237) y Portugal (211). La media europea se estimó en 114 muertes por millón.

Por otra parte, si se atiende únicamente al incremento en la temperatura, el país que registró un valor más alto fue Francia, con +2,43°C sobre los valores promedios del periodo 1991-2020, seguido de Suiza (+2,30°C), Italia (+2,28°C), Hungría (+2,13°C) y España (+2,11°C).

Más muertes relacionadas con el calor entre las mujeres

El estudio incluyó un análisis por edad y sexo, mostrando un incremento muy marcado de la mortalidad en los grupos de edad más avanzada, y sobre todo en las mujeres. Así, se estima que se produjeron 4.822 muertes entre menores de 65 años, 9.226 muertes entre los 65 y los 79 años, y 36.848 entre los mayores de 79 años.

En lo que respecta al análisis por sexos, los datos apuntan a que la mortalidad prematura atribuible al calor fue un 63% superior en mujeres que en hombres, con un total de 35.406 fallecimientos prematuros (145 muertes por millón), frente a los 21.667 estimados en hombres (93 muertes por millón). Esta mayor vulnerabilidad de las mujeres al calor se observa en el conjunto de la población y, sobre todo, en mayores de 80 años, donde la tasa de mortalidad es 27% superior a la de los hombres. En cambio, la tasa de mortalidad masculina es 41% más elevada en menores de 65 años, y 13% mayor entre los 65 y los 79 años.

Lecciones de la ola de calor de 2003

Hasta la fecha, el verano con mayores registros de mortalidad en Europa fue el del año 2003, en el que se registró un exceso de mortalidad de más de 70.000 muertes.

El verano de 2003 fue un fenómeno excepcionalmente raro, incluso cuando se tiene en cuenta el calentamiento antropogénico observado hasta entonces. Esta naturaleza excepcional puso de manifiesto la falta de planes de prevención y la fragilidad de los sistemas de salud para hacer frente a emergencias relacionadas con el clima, algo que en cierta medida se trató de corregir en años posteriores.

En cambio, las temperaturas registradas en el verano de 2022 no pueden considerarse excepcionales, en el sentido de que podían haberse previsto siguiendo la serie de temperaturas de los años precedentes, y que muestran que durante la última década el calentamiento se ha acelerado.

El hecho de que en el verano del 2022 muriesen más de 61.600 personas en Europa por calor pese a que, a diferencia de en 2003, muchos países ya contaban con planes de prevención activos, sugiere que las estrategias de adaptación de las que se dispone en la actualidad pueden ser todavía insuficientes. La aceleración del calentamiento observada en los últimos diez años subraya la necesidad urgente de reevaluar y fortalecer de manera substancial los planes de prevención, poniendo especial atención a las diferencias entre países y regiones europeas, así como las brechas de edad y sexo, que actualmente marcan las diferencias en vulnerabilidad al calor.

Europa es el continente que está experimentando un mayor calentamiento, hasta de 1°C más que la media global. Las estimaciones apuntan a que, en caso de no mediar una respuesta adaptativa eficaz, el continente se enfrentará a un promedio de más de 68.000 muertes prematuras cada verano hacia 2030 y más de 94.000 hacia 2040.

El Centro Europeo para el Control y la Prevención de Enfermedades (ECDC) activó una nueva [alerta sanitaria](#). Desde agosto de 2022 y hasta el 12 de julio de 2023, se han notificado 92 casos de infección por *Salmonella enterica enterica* serovariedad Senftenberg ST14, la mayoría con aislados genéticamente similares, en Alemania (26), Francia (16), Finlandia (12), Suecia (11), Austria (5), Países Bajos (5), Bélgica (4), Chequia (4), Reino Unido (4), Estonia (1), Irlanda (1), Noruega (1) y Estados Unidos (2). Un paciente murió a causa de la infección.



Las entrevistas de casos en Austria, Alemania, Francia y Suecia sugirieron tomates cherry como un posible vehículo de infección. El primer caso se notificó en Francia con fecha de aislamiento el 22 de agosto de 2022 y el caso más reciente se notificó el 24 de junio de 2023 en Suecia. La mayoría de los casos se informaron entre octubre de 2022 y marzo de 2023, con una disminución en el número de países con exposición después de diciembre de 2022. Actualmente, el riesgo de nuevas infecciones es bajo.

La cepa del brote, que presenta una resistencia de codificación genética a las quinolonas, se detectó en un plato de ensalada mixto que contenía tomates cherry entre verduras de hoja verde preparado el 17 de agosto de 2022 en Francia. Los tomates en ensalada en Francia y los tomates sospechosos de ser vehículos de infecciones en Austria fueron rastreados hasta mayoristas en Alemania, los Países Bajos y España, y hasta productores de tomate en los Países Bajos, España y Marruecos. En ausencia de evidencia microbiológica de los tomates, no se pudo establecer el papel de las empresas de alimentos rastreadas y los productores, como fuentes de infecciones y/o puntos de contaminación.

Varios animales pueden ser reservorios de *Salmonella*, y los humanos generalmente se infectan al consumir alimentos crudos contaminados o mal cocidos. El período de incubación y los síntomas dependen de la cantidad de bacterias ingeridas, el estado inmunitario de la persona y el tipo de *Salmonella*.

Los síntomas generalmente aparecen de 12 a 36 horas después del consumo de alimentos contaminados. Estos incluyen fiebre, diarrea, dolor abdominal, náuseas y vómitos; los síntomas suelen durar unos días. Normalmente no se necesita tratamiento con antibióticos, pero debido al efecto de la deshidratación, puede ser necesario el ingreso hospitalario. En casos raros, la infección puede ser fatal, particularmente en ancianos y personas inmunosuprimidas.

El Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) animó a las autoridades de salud pública a continuar la colaboración con las autoridades de seguridad alimentaria en los países donde se han notificado casos.

El Ministerio de Salud de Kenya notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) dos casos confirmados de infección por poliovirus circulante tipo 2 derivado de la vacuna (cVDPV2) el 28 de junio de 2023 en el campamento de refugiados de Hagadera, subcondado de Fafi, condado de Garissa. Los casos fueron detectados y confirmados como parte de las actividades de vigilancia de rutina de parálisis flácida aguda en curso en todo el país.

El primer caso es un varón de 34 meses con inicio de parálisis el 26 de mayo, mientras que el segundo caso, que tiene un historial reciente de viaje a Somalia, es una mujer de 19 meses con inicio de parálisis el 27 de mayo. Ambos casos son residentes del campo de refugiados de Hagadera en Kenya.

El análisis de muestras de materia fecal entre los contactos asintomáticos de los casos también muestra aislamientos de cVDPV2 de un niño de 2 años en la misma área. Según los informes, este contacto comunitario asintomático tenía antecedentes de viajes recientes a la región de Jubbada Hoose, en el sur de Somalia. El análisis de secuenciación genética reveló que los tres aislamientos tienen entre 65 y 73 cambios de nucleótidos de Sabin y están vinculados a los cVDPV2 que circulan actualmente en la región de Banaadir, en el sur de Somalia. Se sabe que los residentes del campo de refugiados de Hagadera tienen frecuentes movimientos de población con la vecina Somalia.

El último caso informado de cVDPV2 en Kenya fue en enero de 2021. El país permanece libre de poliovirus salvaje desde que notificó sus últimos casos autóctonos de poliomiélitis salvaje en 2013. Según las estimaciones de la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia de las coberturas nacionales de inmunización para 2022, la de la tercera dosis de la vacuna oral contra la poliomiélitis (OPV3) fue de 87% y la de la primera dosis de la vacuna antipoliomiéltica inactivada (IPV1) fue de 89%.

Acciones de salud pública

- El Ministerio de Salud, a través de la División de Vigilancia y Respuesta a Enfermedades y el Centro de Operaciones de Emergencia de Salud Pública, activó un Comité Técnico de Coordinación para montar una respuesta de emergencia al brote.
- Se llevó a cabo una investigación de campo y una evaluación de riesgos del evento, dirigida por el Ministerio de Salud con el apoyo de los socios de la Iniciativa Global para la Erradicación de la Poliomiélitis.
- La respuesta al brote está diseñada para ser consistente con las pautas acordadas internacionalmente para la respuesta al brote, incluida la implementación rápida de actividades de inmunización complementarias a gran escala con la vacuna contra la poliomiélitis tipo 2 más apropiada y disponible.
- La vigilancia de rutina de la parálisis flácida aguda para la detección de casos de poliomiélitis continúa en curso en las áreas afectadas y el resto del país.
- Se está realizando un análisis de los niveles de inmunidad de la población con énfasis en áreas subnacionales para identificar poblaciones subinmunizadas para intervenciones específicas.

Interpretación de la situación

La reciente detección de casos de infección por cVDPV2 en Kenya, vinculados a un brote en curso en Somalia, donde los frecuentes movimientos e intercambios de población entre los dos países pueden facilitar la exposición transfronteriza y la propagación del patógeno, es motivo de preocupación. Esto está ocurriendo en el contexto de una cobertura de inmunización subóptima entre la población de refugiados, donde el hacinamiento, las altas tasas de desnutrición, el agua y el saneamiento inadecuados y la afluencia de recién llegados al campamento desde Somalia pueden exacerbar la situación. La OMS aconsejó a los Estados miembros y a los Estados Partes que mantengan una cobertura de inmunización de rutina alta y uniforme a nivel subnacional para minimizar las consecuencias de la introducción de cualquier nuevo virus. La estrategia actual de respuesta al brote debe ser de naturaleza integral, incluida la cobertura de áreas en la vecina Somalia para una respuesta eficaz.

Este año, en el Día Mundial para la Prevención de los Ahogamientos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un [argumentario a favor de la inversión en prevención de los ahogamientos](#) en el que se demuestra que con tan solo dos medidas –invertir en cuidados para niños en edad preescolar y enseñar técnicas básicas de natación a niños en edad escolar– podrían protegerse millones de vidas. Cada dólar invertido en dichas medidas puede arrojar beneficios que multiplican hasta por nueve la inversión inicial.



Los ahogamientos son un problema de salud pública infravalorado pero mortal. En la última década, más de 2,5 millones de personas han muerto por ahogamiento, 90% de ellas –un porcentaje alarmante– en países de ingresos bajos y medios. En todos los grupos etarios, las tasas más altas de ahogamiento se registran entre los niños de 1 a 4 años y de 5 a 9 años, lo que pone de relieve la necesidad de tomar medidas de inmediato para proteger a las generaciones futuras.

Existen soluciones eficaces. En el nuevo argumentario a favor de la inversión se demuestra que, para 2050, si se incrementa la inversión mundial en tan solo dos medidas se podría salvar la vida de más de 774.000 niños, prevenir cerca de un millón de ahogamientos no mortales entre la población infantil y evitar traumatismos graves y mortales en 178.000 víctimas de ahogamiento.

También podrían evitarse posibles pérdidas económicas superiores a 400.000 millones de dólares en países de ingresos bajos y medios con alta carga de ahogamientos, y obtenerse beneficios acumulados valorados en unos 9 dólares por cada dólar invertido. Países como Bangladesh, Sudáfrica, Tailandia y Vietnam ya han invertido en esas intervenciones costoeficaces que benefician a los niños y sus familias al reducir el riesgo de ahogamientos, al tiempo que brindan nuevas oportunidades para mejorar la salud, el desarrollo y el bienestar.

“Gracias a la aplicación de medidas de prevención eficaces, al aumento de las inversiones y a la mejora de la concienciación, podemos salvar innumerables vidas”, declaró el Director General de la OMS, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus. “Al conmemorar hoy el Día Mundial para la Prevención de los Ahogamientos, pedimos a los países y a los asociados que se unan para hacer de la prevención del ahogamiento una prioridad mundial”.

En mayo de 2023, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó su primera resolución sobre la prevención de los ahogamientos. En esta resolución se invitó a la OMS a liderar los esfuerzos dentro del sistema de la Organización de Naciones Unidas para prevenir los ahogamientos y facilitar la celebración del Día Mundial para la Prevención de los Ahogamientos el 25 de julio de cada año.

Como se pide en la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud, la OMS puso en marcha la Alianza Mundial para la Prevención de los Ahogamientos. La Alianza es una red de asociados que trabajarán juntos con el fin de coordinar, fortalecer, mejorar y ampliar los esfuerzos para prevenir las muertes por ahogamiento, en consonancia con las prioridades de la OMS. La Alianza funciona según los principios de alineación y coordinación, agilidad y capacidad de respuesta, fomento de la acción en los países, transparencia, enfoques basados en la evidencia y coordinación entre las partes interesadas.

“En la última década, más de 2,5 millones de personas han muerto por ahogamiento”, declaró Michael R. Bloomberg, fundador de Bloomberg LP y Bloomberg Philanthropies y Embajador Mundial de la Organización Mundial de la Salud para las Enfermedades No Transmisibles y los Traumatismos. “Bloomberg Philanthropies colabora con nuestros asociados para poner en marcha soluciones de reconocida eficacia para salvar vidas, como enseñar técnicas básicas de natación y supervivencia y ofrecer servicios de cuidados infantiles. Ahora, al reunir a Gobiernos y asociados de todo el mundo, podemos contribuir a difundir esta labor y salvar muchas más vidas”.

Además, la OMS está en proceso de preparar un informe sobre la situación mundial de la prevención de los ahogamientos con el fin de comprender mejor las consecuencias del problema y analizar las medidas adoptadas por los Gobiernos en todo el mundo. Dicho informe facilitará información crucial que permitirá a los encargados de formular políticas y los directores de programas acelerar la adopción de medidas para aplicar intervenciones recomendadas por la OMS de bajo costo, ampliables a escala y eficaces en la prevención de los ahogamientos. Se invitará a participar a los 194 Estados Miembros.

La gran mayoría de los países que entraron en la pandemia de covid con una gran capacidad para prevenir, detectar y responder a las amenazas de la enfermedad lograron tasas de mortalidad pandémica más bajas que las naciones menos preparadas, según un nuevo e importante [estudio](#).

El estudio concluyó en que, al tener en cuenta dos diferencias clave entre países –la edad de sus poblaciones y su capacidad para diagnosticar los casos y muertes por covid–,



la pandemia era claramente menos mortífera en los países mejor clasificados en el Índice de Seguridad Sanitaria Mundial (GHS), que mide la capacidad de preparación frente a pandemias de 195 países.

Para tratar de entender cómo actuaron los distintos países durante la pandemia de covid y cómo se relaciona esto con su capacidad de preparación ante una pandemia medida por el Índice GHS, se evaluó la actuación de los países ante la pandemia examinando los “índices comparativos de mortalidad”, lo que implicaba ajustar el “exceso de muertes” de los países para tener en cuenta las diferencias en la edad de la población de cada país.

El exceso de muertes se calcula comparando el número de muertes ocurridas durante la pandemia con las tendencias de mortalidad anteriores a la pandemia. Cuando los investigadores adoptaron este enfoque, encontraron una correlación significativa entre los niveles más altos de capacidad de preparación para una pandemia y un menor exceso de mortalidad por covid.

En general, estos resultados corrigen observaciones anteriores según las cuales los países que obtuvieron puntuaciones altas en preparación, incluso en el Índice GHS, paradójicamente experimentaron los peores resultados generales y las tasas más altas de mortalidad por covid.

El análisis confirmó lo que cabía esperar, es decir, que prepararse para las pandemias antes de que ocurran significa que se pueden salvar más vidas durante una emergencia sanitaria mundial.

Los países que tomaron medidas significativas antes de la pandemia para invertir en capacidad de prevención, detección y respuesta a este tipo de eventos fueron mucho más eficaces en la protección de la salud de sus poblaciones y tuvieron resultados mucho mejores en general.

El estudio es el primer análisis exhaustivo de la “tasa de mortalidad comparativa”, que tiene en cuenta un factor clave que puede distorsionar las tasas de mortalidad nacionales: la demografía de la población en función de la edad.

Tener en cuenta la edad es importante a la hora de medir los resultados de la respuesta a una pandemia, porque los países con poblaciones de más edad suelen tener tasas de mortalidad de referencia más elevadas.

El uso de la “tasa de mortalidad comparativa” también tiene en cuenta el hecho de que algunos países con sistemas deficientes de detección y notificación de la enfermedad tienden a notificar menos casos y muertes por covid, lo que puede distorsionar los datos y hacer que parezca que los países mejor preparados lo hicieron peor que aquellos con menos capacidades.

El hecho de no tener en cuenta la edad y las capacidades de notificación ha llevado a algunos a la conclusión errónea de que una fuerte capacidad de preparación ante una pandemia ha tenido escasa repercusión en los resultados de la covid.

Es crucial conocer bien los detalles al analizar la relación entre la capacidad de preparación ante una pandemia y los resultados. A medida que los países evalúan sus resultados de covid, ahora se pueden señalar pruebas claras del inmenso valor de crear una capacidad esencial de preparación frente a pandemias y de las consecuencias mortales de no hacerlo.

Aunque la mayoría de los países altamente preparados parecen haber utilizado bien sus capacidades, Estados Unidos se reveló como un caso atípico clave. A pesar de ocupar el puesto más alto en el Índice, 62 países tuvieron tasas de mortalidad comparativas inferiores a las de Estados Unidos, lo que ilustra que la forma en que un país utiliza las herramientas y los recursos de que dispone también influye en sus resultados generales.

El estudio destaca un factor que podría ayudar a explicar la actuación de Estados Unidos. Entró en la pandemia con una puntuación relativamente baja en lo que el Índice GHS denomina el “entorno de riesgo”, que incluye medidas de la capacidad de un país para desarrollar y aplicar políticas que pueden afectar a su capacidad para organizar una respuesta oportuna y eficaz.

El estudio explica que en Estados Unidos estas deficiencias se manifestaron en una respuesta desorganizada al covid que probablemente se vio obstaculizada por diferentes medidas de control en distintos estados, normas que ralentizaron la distribución de equipos de análisis y mensajes incoherentes que pueden haber socavado el cumplimiento de medidas de control de la pandemia como el distanciamiento físico y la vacunación.

Por otra parte, el estudio descubrió que los países con mejores resultados en la categoría de entorno de riesgo del Índice GHS –incluidos Islandia, Australia y Nueva Zelanda– también registraron algunas de las tasas de mortalidad más bajas durante la pandemia.

El estudio ofrece pruebas convincentes de que la falta de preparación provocó trágicamente una mayor pérdida de vidas durante la pandemia de covid, y estas vulnerabilidades seguirán poniendo en peligro a las poblaciones cuando surjan inevitablemente nuevas amenazas de enfermedades infecciosas en el futuro.

Estas pruebas, obtenidas a partir del Índice GHS, ponen de relieve la importancia de conseguir que todos los países, especialmente los de renta baja, dispongan de información completa y debidamente analizada para impulsar una respuesta eficiente y eficaz ante una pandemia. Esto subraya el valor de las evaluaciones continuas del Índice GHS.



España (2023).

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 reporteepi-demilogicocoba@gmail.com aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.