ISSN 2796-7050

REC Argentina

Reporte Epidemiológico de Córdoba

25 DE MARZO
2024
REC 2.790

CÓRDOBA

- Confirmaron 4.736 nuevos casos de dengue en la última semana

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de covid

AMÉRICA

- Situación epidemiológica de la fiebre amarilla
- Situación epidemiológica de la influenza aviar A(H5N1)
- Cuba: Confirmaron dos casos importados de malaria en Guantánamo y Sancti Spiritu
- Estados Unidos: Confirmaron en Rhode Island un caso de infección por el virus Powassan
- México: Confirmaron un caso importado de sarampión en Ciudad de México
- México: Confirmaron un caso de rabia humana en Cancún, Quintana Roo

EL MUNDO

- Australia: Desde septiembre de 2023 vienen aumentando los casos de criptosporidiosis en Victoria
- Japón: Primer caso de síndrome de fiebre severa con trombocitopenia por transmisión de persona a persona
- Laos: Brotes de carbunco en la provincia de Champassak
- Palestina: La crisis sanitaria de Gaza no respeta fronteras. La cooperación palestino-israelí es fundamental para todos
- Vietnam: Dramático incremento de las muertes humanas por rabia
- Detectar los casos de tuberculosis perdidos es la "clave para la eliminación"

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

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

sadi Sociedad Argentina de Infectología WWW.SADI.ORG.AR
CSL Seqirus WWW.SEQIRUS.COM.AR

Adherentes

SLAMVI Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero
GEMICOMED seimc.org
Comité Nacional de Infectología SAP
UCC

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.

Ministerio de SALUD | CÓRDOBA Seguimos haciendo

Confirmaron 4.736 nuevos casos de dengue en la última semana

22/03/2024

El Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, a través de la Dirección de Epidemiología, informó que, en la última semana epidemiológica, se sumaron 4.736 nuevos casos de dengue.

En lo que va de la temporada, entre octubre y marzo, son 14.052 los casos notificados en todo el sistema sanitario, con 14 personas fallecidas.

La mayoría de los pacientes fueron atendidos en forma ambulatoria: solo 5% del total de casos requirió internación.

En relación a los fallecimientos, se notificaron siete esta última semana; cuatro son oriundos de la ciudad de Córdoba y el resto es del interior provincial.

Entre los fallecidos, cuatro son mayores de 60 años, y la mayoría presentaba comorbilidades.

También se registró el fallecimiento de una gestante de la localidad de Porteña, de 24 años de edad, atendida en el Hospital Regional 'José Bernardo Iturraspe' de San Francisco.

De los 14.052 casos notificados, 13.470 son autóctonos y 582 son de personas que informaron haber realizado algún viaje. En la temporada anterior, para idéntico periodo, los casos autóctonos eran 483.

En relación con la distribución geográfica de los casos autóctonos, 216 localidades de 25 departamentos notificaron al menos un caso en lo que va de la temporada.

Las diez ciudades que registraron más de 100 casos autóctonos son: Córdoba (7.316); Arroyito (754); Brinkmann (613); San Francisco (428); Villa María (428); Las Varillas (416); Devoto (282); Luque (270); La Calera (257) y Villa del Rosario (249).

En cuanto a fiebre chikungunya, se registraron 32 casos: 27 autóctonos y cinco importados. Además, a la fecha, se registró un caso de co-infección por ambos virus.

Actualización del protocolo

El Ministerio de Salud unificó en toda la provincia el protocolo de atención a personas con síntomas de dengue. Este establece prioridades de atención y un sistema de triage para agilizar los tiempos de respuesta.

Ante la presencia de síntomas como fiebre, dolor de cabeza y detrás de los ojos, dolor muscular o en las articulaciones (en especial muñecas y tobillos), erupciones o manchas en la piel o malestar general, se debe acudir a los centros de atención primaria de la salud. En estos casos se realizará un examen clínico, y se les informará sobre las recomendaciones de hidratación, tratamiento ambulatorio y los signos de alarma que requieren atención inmediata.

En el caso de las personas gestantes, pacientes con comorbilidades o que tengan síntomas de alarma como dolor abdominal intenso, vómitos persistentes, sangrado de encías, nariz o genitales, entre otros; tendrán prioridad de atención en el segundo y tercer nivel de atención, es decir, en hospitales municipales o provinciales de la ciudad.

Además de la reorganización del sistema de salud es fundamental que los municipios profundicen las acciones de ordenamiento ambiental y control focal, además de las acciones de emergencia con productos químicos.

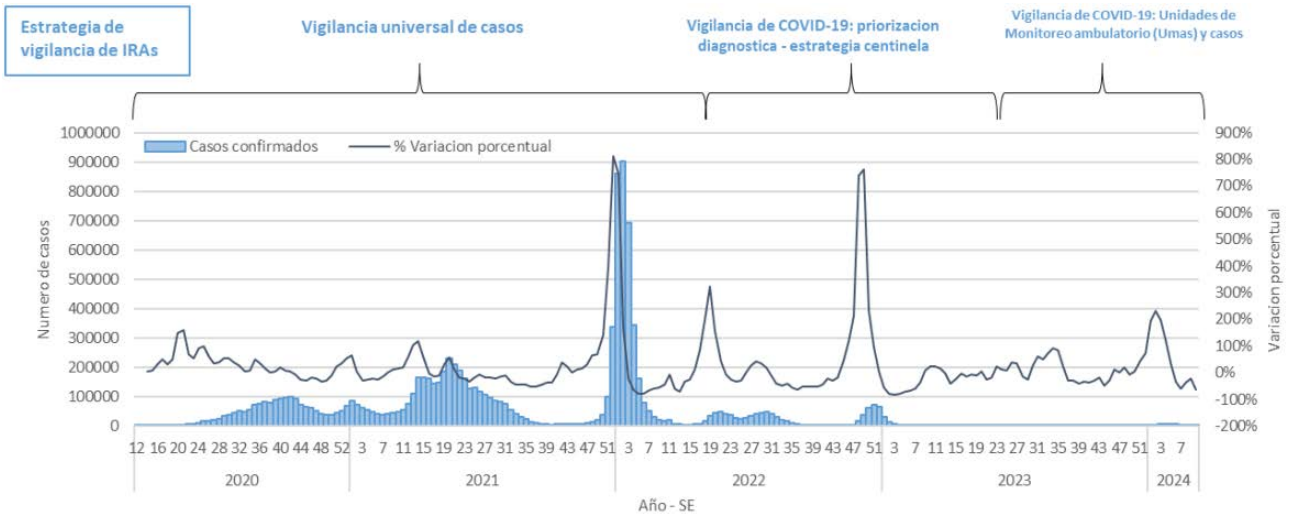
BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL
DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE COVID

17/03/2024

Si bien el número de casos confirmados de covid por semana epidemiológica (SE) durante el año 2023 y en lo que va del año 2024 es menor en comparación con los de años previos, se observa un ascenso de las detecciones de SARS-CoV-2 entre la SE 52 de 2023 y la SE 4 de 2024, con tendencia descendente de las notificaciones en las últimas seis SE (SE 5 a 10).

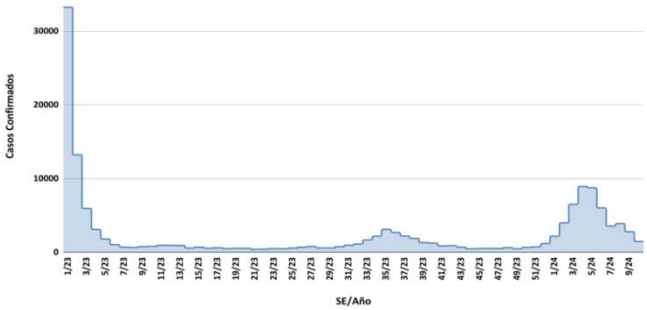
Considerando la distribución de los casos de covid por SE, se verifica una pendiente de ascenso pronunciada desde la SE 52 de 2023, si bien este incremento representa una variación porcentual menor en comparación con los ascensos observados en años anteriores. Respecto de las últimas SE analizadas, se registra una desaceleración de la tendencia ascendente de casos a partir de la SE 3 de 2024, con una variación porcentual negativa en la última SE analizada (-62,0% en la SE 10 respecto de la SE 8).



Casos confirmados y variación porcentual respecto a dos semanas epidemiológicas previas. Argentina. De semana epidemiológica 12 de 2020 a 10 de 2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Luego del ascenso en el número de casos registrado entre las SE 30 y 40 de 2023, las notificaciones permanecieron con una tendencia oscilante. Entre la SE 52 de 2023 y la SE 4 de 2024 se verificó un nuevo incremento en el número de casos confirmados, con un descenso en las SE 5 a 10, con un promedio de 4.494 casos entre la SE 52 de 2023 y la SE 10 de 2024. Si bien esto representa un número muy inferior al observado para el mismo periodo del año previo (promedio de 11.523 casos semanales entre la SE 52 de 2022 y la SE 10 de 2023), en la SE 4 de 2024 se registraron 8.946 casos confirmados, valor que supera al pico del último ascenso (SE 35 de 2023).

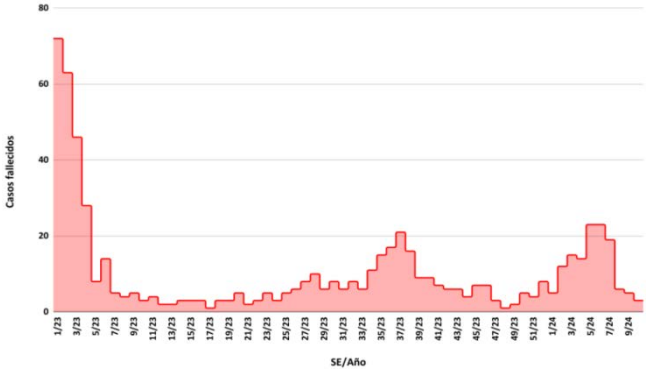
Respecto de los fallecimientos, se observa un ligero aumento en las notificaciones en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS$^{2.0}$) en concordancia con el último ascenso de casos, que alcanzó su máximo en las SE 5 y 6 de 2024, y posteriormente presenta una tendencia descendente, con tres fallecidos notificados en la SE 10 de 2024.



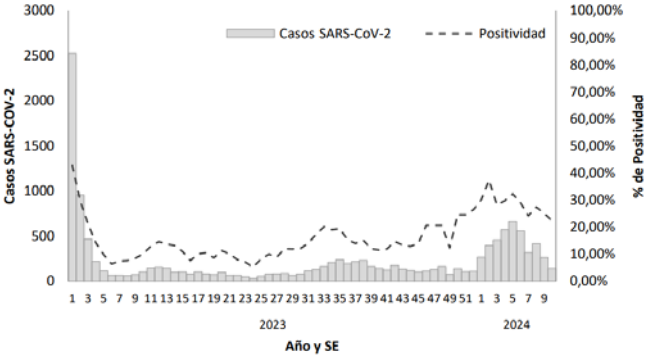
Casos confirmados. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 10 de 2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Vigilancia en unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios (UMAs)

Desde el inicio de 2023, se analizaron 69.264 muestras para SARS-CoV-2 por todas las técnicas: reacción en cadena de la polimerasa (PCR), amplificación isotérmica y test de antígeno. De éstas, 13.655 resultaron positivas. En 2024, hasta la SE 5, se observó un ascenso de los casos confirmados, acompañado de un ascenso del porcentaje de positividad, que alcanzó un máximo de 37,26% en la SE 2. Entre las SE 6 y 10 se verificó una tendencia descendente tanto en el número de casos como en la positividad, registrándose en la última SE analizada 141 casos confirmados entre las 634 muestras estudiadas por todas las técnicas, con un porcentaje de positividad de 22,24%.

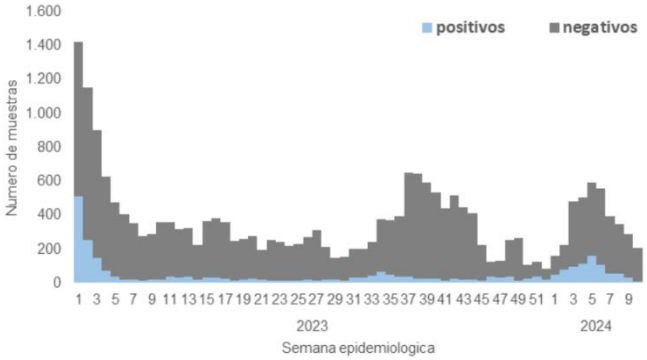


Casos fallecidos. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 10 de 2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Casos y porcentaje de positividad de SARS-CoV-2 por todas las técnicas. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 10 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Desde la SE 1 de 2023 se estudiaron para SARS-CoV-2 22.691 muestras mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR), de las que 2.962 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 13,05%. Este indicador presentó una tendencia descendente en las primeras seis SE del año 2023, oscilando posteriormente en valores bajos. Entre la SE 28 y la SE 36 se observó un ascenso en la positividad, asociado a un ligero aumento en el número de detecciones del virus. Durante las últimas SE de 2023, las detecciones de SARS-CoV-2 fueron estables en las UMAs, con algunas oscilaciones. En 2024, hasta la SE 5, se observó un ascenso tanto en las muestras estudiadas como en las detecciones de SARS-CoV-2 en UMAs mediante técnica molecular, con un descenso posterior, analizándose 205 muestras en la SE 10, de las cuales 9 resultaron positivas.



Muestras positivas y negativas para SARS-COV-2, mediante reacción en cadena de la polimerasa. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 10 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Vigilancia en personas internadas

Desde la SE 1 de 2023, en términos acumulados, se estudiaron 123.554 muestras para SARS-CoV-2 en casos hospitalizados, de las cuales 10.656 fueron positivas (porcentaje de positividad de 8,62%). Las detecciones de SARS-CoV-2 en personas hospitalizadas presentaron una tendencia descendente durante las nueve primeras SE de 2023, correspondiente al último ascenso del año previo. Posteriormente, las notificaciones semanales permanecieron en niveles bajos hasta la SE 23, cuando se registró un nuevo aumento de casos que alcanzó su máximo en la SE 35, aunque de menor magnitud que el ascenso previo. A partir de esa SE, la tendencia de notificaciones descendió hasta la SE 46, con una relativa estabilización de las notificaciones en las SE siguientes. Entre la SE 52 de 2023 y la SE 5 de 2024 se registró un aumento de las notificaciones, así como del porcentaje de positividad, que superó el 10% por primera vez desde la SE 36 de 2023. En la SE 10 de 2024 se notificaron 94 casos de SARS-COV-2 entre las 669 muestras estudiadas, con un porcentaje de positividad de 14,05%.

Nuevas variantes del SARS-CoV-2

A nivel mundial, durante el periodo de 28 días comprendido entre el 8 de enero y el 4 de febrero de 2024, fueron compartidas 25.304 secuencias del SARS-CoV-2 a través del GISAID.

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) está monitoreando cinco variantes de interés (VOI): XBB.1.5, XBB.1.16, EG.5, BA.2.86 y JN.1. Adicionalmente, se identificaron tres variantes bajo seguimiento (VUM) y sus linajes descendientes: XBB, XBB.1.9.1 y XBB.2.3.

En la actualidad, a nivel mundial, JN.1 es la VOI circulante dominante (notificada por 99 países), representando 88,2% de las secuencias en la SE 5 de 2024, en comparación con el 77,1% registrado en la SE 2. Su linaje parental, BA.2.86, se encuentra en descenso y representó 3,7% de las secuencias en la SE 5, en comparación con el 5,4% en la SE 2 de 2024.

En relación a los últimos sublinajes designados como VOI por la OMS, BA.2.86 fue designado el 21 de noviembre de 2023 y anteriormente designado como VUM el 17 de agosto de 2023, debido a una gran cantidad de mutaciones en la proteína spike. La variante JN.1, descendiente del linaje BA.2.86, ha sido clasificada por la OMS como VOI el 19 de diciembre de 2023.

Según la valoración de riesgo realizada por la OMS, JN.1 posee una mayor ventaja de crecimiento, ya que ha crecido rápidamente en algunos países de todas las regiones de la OMS.

Aun cuando estas variantes pudieran estar asociadas con un aumento en la incidencia de casos en algunos países y volverse dominantes, no hay informes de aumento de la gravedad asociado con estas variantes. Por lo tanto, según la evidencia disponible, el riesgo para la salud pública que representan BA.2.68 y JN.1 se evaluó como bajo a nivel global, en consonancia con el riesgo asociado con otras VOI actualmente en circulación.

Las otras VOI han disminuido su prevalencia global durante el mismo periodo. Además, respecto de las VUM, todas han mostrado una tendencia decreciente durante el periodo de notificación.

A nivel regional, durante las SE 2 a 4 de 2024, se dispuso de datos de secuenciación suficientes para calcular la prevalencia de variantes en cuatro regiones de la OMS: la Región de las Américas, la Región del Pacífico Occidental, la Región del Sudeste Asiático y la Región Europea. Entre las VOI, JN.1 fue la variante más reportada y mostró una tendencia en aumento en las cuatro regiones. Las demás VOI y todas las VUM observaron tendencias decrecientes en las regiones mencionadas.

Las tasas decrecientes de pruebas y secuenciación a nivel mundial hacen que sea cada vez más difícil estimar el impacto de la gravedad de las variantes emergentes del SARS-CoV-2. Actualmente no se han reportado datos de laboratorio o informes epidemiológicos que indiquen cualquier asociación entre VOI/VUM y una mayor gravedad de la enfermedad.

La situación en Argentina

En Argentina, la situación actual de variantes de SARS-CoV-2 se caracteriza por una circulación exclusiva de la variante Omicron. En relación a los linajes de Omicron, se verifica un predominio de las variantes JN.1*, XBB* y EG.5, con algunas detecciones de BA.2.86*.

Entre la SE 49 de 2023 y la SE 4 de 2024, se notificaron al SNVS$^{2.0}$ 347 muestras analizadas por secuenciación genómica de SARS-CoV-2, de las cuales JN.1 se identificó en 51,01% (177 casos), seguida de XBB* en 29,97% (104 casos), EG.5 en 13,54% (47 casos) y BA.2.86* en 1,15% (4 casos).

Entre las secuencias positivas para XBB*, 72,12% (75 casos) corresponden a XBB.1.5* y 4,81% (5 casos) a XBB.1.16*. (*Indica la inclusión de linajes descendientes).

En relación a las VOI designadas recientemente por la OMS, al 13 de marzo de 2024 se detectó en Argentina un total de 236 casos de la variante JN.1* y seis casos de la variante BA.2.86*.

Los casos fueron detectados a partir del trabajo conjunto de la Red Nacional de Virus Respiratorios, coordinada por el Laboratorio Nacional de Referencia de Virosis Respiratorias del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas/Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán' (INEI-ANLIS), la Red Federal de Genómica y Bioinformática y por el Laboratorio de Salud Pública, Área Genómica y Diagnóstico Molecular de la Facultad de Ciencias Exactas de la Universidad Nacional de La Plata.

En Argentina, al momento actual, y a los fines de la vigilancia epidemiológica, el estudio etiológico para SARS-COV-2 se recomienda en los casos asistidos en las UMAs de virus respiratorios distribuidas en las diferentes jurisdicciones del país y en aquellos casos que requieran internación por infección respiratoria aguda y/o fallecidos.

En este sentido, es importante mantener la vigilancia epidemiológica de virus respiratorios durante todo el año, incluido el periodo estival, según la estrategia nacional de vigilancia de infecciones respiratorias agudas (IRAs) vigente, así como también continuar fortaleciendo la vigilancia genómica de virus respiratorios.

Adicionalmente, se recomienda continuar con las medidas generales de prevención y control de las IRAs: mantener completos los esquemas de vacunación contra el SARS-CoV-2, así como también vacuna contra influenza, antineumocócica, contra *Bordetella pertussis* y contra *Haemophilus influenzae* tipo b, según los lineamientos nacionales, mantener una ventilación adecuada de los ambientes, lavado frecuente y adecuado de manos. Para aquellas personas que presenten síntomas de enfermedad respiratoria, como fiebre o síntomas que dificultan sus actividades habituales, lo recomendado (no solo en enfermedades respiratorias), es permanecer en su casa y evitar estar en contacto con otras personas hasta la mejoría sintomática.

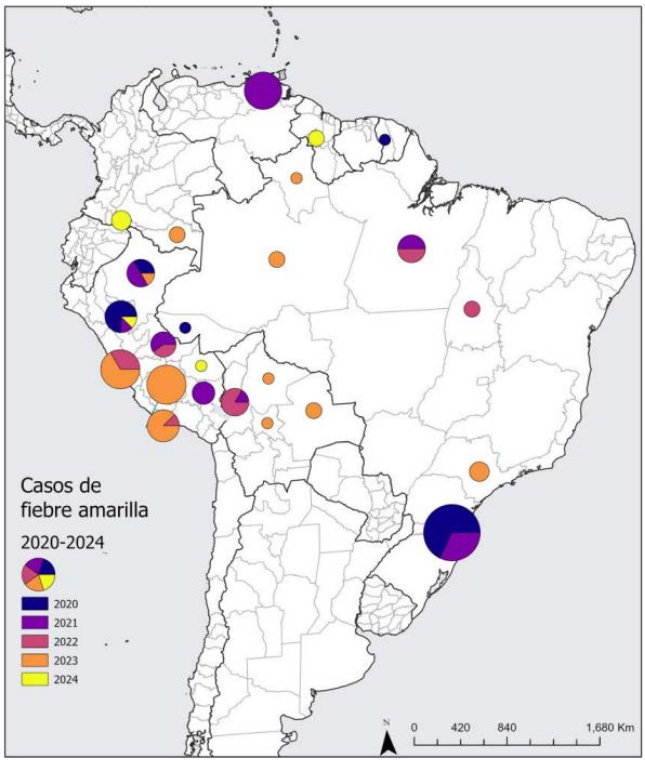
Situación epidemiológica de la fiebre amarilla

21/03/2024

En la Región de las Américas, el riesgo de ocurrencia de brotes de fiebre amarilla es alto. Si bien la inmunización es una de las intervenciones de salud pública más exitosas para prevenir esta enfermedad, la pandemia de covid, entre otros factores, llevaron a que las actividades de vacunación se vean afectadas, impactando en la cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla.

Hasta el 19 de marzo del 2024, Colombia, Guyana y Perú han notificado casos de fiebre amarilla en la Región de las Américas.

Es necesario que los países garanticen coberturas de vacunación mayores o iguales a 95% de forma homogénea y que las autoridades sanitarias aseguren contar con un inventario de reserva estratégico que les permita mantener la vacunación de rutina y al mismo tiempo responder a eventuales brotes.



Distribución geográfica de casos humanos de fiebre amarilla. Región de las Américas. De enero de 2020 a marzo de 2024. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

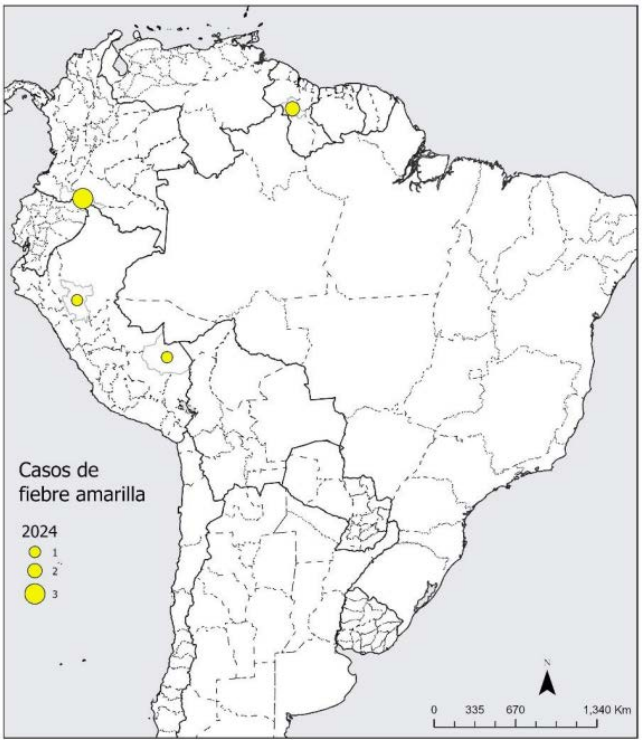
Situación epidemiológica

En una actualización epidemiológica, con fecha 21 de marzo de 2024, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), informó que en 2023, cuatro países de la Región de las Américas notificaron 41 casos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo 23 defunciones: Bolivia (cinco casos; dos defunciones), Brasil (seis casos, cuatro defunciones), Colombia (dos casos; una defunción) y Perú (28 casos, 16 defunciones).

En 2024, hasta el 19 de marzo, en la Región de las Américas se han confirmado siete casos de fiebre amarilla, incluyendo cuatro fatales. Los casos se han registrado en tres países de la Región: Colombia (tres casos fatales), Guyana (dos casos) y Perú (dos casos, una defunción). Además, Brasil ha confirmado casos de fiebre amarilla en primates no humanos.

- **Brasil**: Durante 2024 no se han registrado casos autóctonos de fiebre amarilla; sin embargo, para el período actual de monitoreo (julio de 2023 a junio de 2024), hasta la semana

epidemiológica (SE) 10, se informaron 1.157 eventos que involucraron primates no humanos (monos) muertos. De este total, seis (0,5%) fueron confirmados para fiebre amarilla por criterios de laboratorio en el estado de Rio Grande do Sul.



Distribución geográfica de casos humanos de fiebre amarilla. Región de las Américas. Año 2024. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

- **Colombia**: Durante la SE 11 de 2024 se notificaron tres casos fatales de fiebre amarilla, captados en la vigilancia por laboratorio e histopatología para mortalidad por dengue, confirmados mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR). Los casos provenían de los municipios de Villagarzón, Orito y Valle del Guamuez, en el departamento de Putumayo. Estos casos corresponden a tres hombres de entre 20 y 66 años, que iniciaron síntomas entre el 3 de enero y 18 de febrero de 2024; todos tuvieron antecedente de exposición a áreas silvestres o boscosas, debido a actividades laborales agrícolas, sin antecedentes de vacunación contra la fiebre amarilla. Adicionalmente, se encuentra en estudio un caso procedente del municipio de Magangué, departamento de Bolívar. Se trata de un joven de 17 años con antecedentes de vacunación contra la fiebre amarilla en 2007 y con antecedente de desplazamiento al municipio de Sucre, departamento de Sucre, con fecha de inicio de síntomas el 14 de febrero del 2024. El paciente fue dado de alta, se encuentra recuperado y en buen estado de salud general.

- **Guyana**: Durante la SE 11 de 2024, se confirmaron dos casos por laboratorio. El primer caso se identificó en Boa Vista, en el estado de Roraima, Brasil. Se trata de un joven de 17 años, residente en la comunidad de Massara, a 100 km de Lethen, que limita con Bonfim, Roraima, sin antecedentes de vacunación. El caso trabaja en una zona rural de Siparuni (región forestal) extrayendo árboles y presentó inicio de síntomas el 29 de febrero. El 12 de marzo de 2024, el Laboratorio Central de Salud Pública de Roraima detectó el virus selvático de la fiebre amarilla mediante la prueba de RT-PCR. El segundo caso fue identificado durante el proceso de investigación y la realización de pruebas de detección tras la identificación del caso índice. Se trata de una mujer de 21 años, sin antecedentes de vacunación, residente en Siparuni, en el mismo campamento maderero de donde procede el primer caso. Inició síntomas el 13 de marzo de 2024, con un resultado positivo para fiebre amarilla mediante RT-PCR el 16 de marzo de 2024. Ambos casos se encuentran estables y bajo control médico.

- **Perú**: En 2024, hasta la SE 11, se notificaron 25 casos probables de fiebre amarilla: 22 fueron descartados, un caso se mantiene en investigación en el departamento de San Martín y se confirmaron dos casos por laboratorio. Todos tuvieron antecedente de exposición a áreas silvestres y/o boscosas, debido a actividades laborales agrícolas. Los casos fueron confirmados en los departamentos de Madre de Dios en el municipio de Tambopata (un caso) y San Martín en el municipio de Lamas (un caso fatal), siendo este último caso la única defunción registrada para este período.

En la última actualización epidemiológica sobre los brotes de influenza aviar causados por el virus A(H5N1) en la Región de las Américas, publicado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el 21 de marzo de 2024, se informó que en el año 2023, las autoridades de Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela detectaron brotes por virus de la influenza aviar de alta patogenicidad A(H5N1) en aves domésticas, de granjas avícolas y/o silvestres. También se ha identificado el virus en mamíferos en Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Estados Unidos, Perú y Uruguay. Entre los mamíferos identificados, los zorros rojos y los zorrinos fueron los más frecuentemente afectados en América del Norte, y los lobos marinos en América del Sur.

País	Aves silvestres	Aves de granja	Aves de traspatio	Mamíferos
Argentina	●	●	●	●
Bolivia	●	●	●	
Brasil	●		●	●
Canadá	●	●	●	●
Chile	●	●	●	●
Colombia	●	●	●	
Costa Rica	●			
Cuba	●			
Ecuador	●	●	●	
Estados Unidos	●	●	●	●
Guatemala	●			
Honduras	●			
México	●	●	●	
Panamá	●			
Paraguay			●	
Perú	●	●	●	●
Uruguay	●		●	●
Venezuela	●		●	

Brotes de influenza aviar según tipo de animal afectado. Región de las Américas, hasta la semana epidemiológica 52 de 2023. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

Esta detección de brotes de influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP)[1] observada es una situación nunca registrada en la Región. Por un lado, dada la gran extensión geográfica, con 19 países y territorios con brotes reportados. Por otro lado, por el elevado número de brotes registrados en la Región, con más de 2.600 brotes en aves y más de 280 brotes en mamíferos, notificados a la Organización Mundial de la Salud Animal (OMSA), hasta el 31 de diciembre de 2023. Los brotes identificados se ubican principalmente en las áreas de la ruta migratoria del Pacífico.

Desde la introducción de la influenza aviar A(H5N1) en las Américas en 2014 y hasta el 21 de marzo de 2024, se han registrado tres infecciones humanas causadas por este virus: una en Estados Unidos, notificada el 29 de abril de 2022; una en Ecuador, notificada el 9 de enero de 2023; y una en Chile, notificada el 29 de marzo de 2023. No se han identificado ni reportado infecciones humanas en lo que va de 2024.

Resumen de la situación en 2024

- **Argentina**: En 2024, hasta el 18 de marzo, en el territorio de las Islas Malvinas, usurpado ilegalmente por el Reino Unido, el Departamento de Agricultura comunicó seis brotes de influenza aviar, todos relacionados a aves silvestres.
- **Brasil**: En 2024, hasta el 18 de marzo, se han confirmado siete focos de influenza aviar A(H5) en aves silvestres en los estados de Espírito Santo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul y São Paulo. Hasta la fecha no se han detectado focos en aves de producción ni casos en humanos.

[1] Los virus de influenza aviar se clasifican en virus de influenza aviar de baja patogenicidad (IABP) y virus de influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP), de acuerdo con la capacidad para causar la enfermedad en aves.

- **Canadá**: En 2024, hasta el 18 de marzo, se han reportado a la OMSA múltiples brotes por IAAP A(H5N1) en aves de corral y en aves silvestres en siete de las diez provincias del país: Alberta, Manitoba, Nova Scotia, Ontario, Prince Edward Island, Quebec y Saskatchewan. No se han reportado casos en humanos.
- **Ecuador**: En 2024, hasta el 18 de marzo, un foco de influenza aviar A(H5N1) en aves domésticas de traspatio fue reportado a la OMSA. El foco se identificó en la provincia de Pastaza.
- **Estados Unidos**: En 2024, hasta el 18 de marzo, se notificaron a la OMSA múltiples brotes por el virus IAAP A(H5) en aves silvestres, aves de corral comerciales o aves de traspatio, en 23 estados del país. Durante el mismo periodo, se han registrado dos brotes en mamíferos en los estados de Montana y Washington.
- **México**: En 2024, hasta el 18 de marzo, se notificaron a la OMSA dos brotes de influenza aviar en aves. Los mismos se registraron en los estados de Chihuahua, en aves silvestres, y en Jalisco, que afectó a aves domésticas.
- **Perú**: En 2024, hasta el 18 de marzo, se notificó a la OMSA un brote de IAAP A(H5) en aves domésticas de traspatio, en el departamento de La Libertad.

Confirmaron dos casos importados de malaria en Guantánamo y Sancti Spiritu

22/03/2024

Autoridades sanitarias de Guantánamo confirmaron el segundo caso de malaria en Cuba en lo que va de 2024, una situación que comienza a generar preocupación por tratarse de una enfermedad erradicada en la Isla desde hace décadas.

Según Leonel Heredia Carpintrú, subdirector del Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología, uno de los casos ingresó al país el 22 de febrero desde Angola y comenzó a manifestar síntomas el 10 de marzo. Actualmente, se encuentra bajo atención médica en el Hospital General Docente 'Dr. Agostinho Neto', con evolución satisfactoria.

El epidemiólogo explicó que se trata de un caso "no endémico". Aunque aseguró que no hay transmisión autóctona en el territorio, resaltó la importancia de intensificar las medidas de prevención, especialmente ante la proximidad de la época de lluvias y el aumento de la temperatura, condiciones que favorecen la proliferación del mosquito transmisor.

El funcionario destacó la escasez de recursos para las campañas antivectoriales, como combustible, insecticidas y equipos de fumigación. A pesar de estas limitaciones, se han realizado tratamientos adulticidas intra y extradomiciliarios en las áreas donde el paciente afectado estuvo presente antes de detectarle la enfermedad.

Este caso se suma a otro registrado en enero en Sancti Spíritus. El paciente, residente en Jatibonico y recién llegado de Angola el 24 de diciembre de 2023, comenzó a presentar síntomas como fiebre y malestar general el 17 de enero. Su ingreso al Hospital Provincial 'Camilo Cienfuegos' se produjo el 23 de enero, confirmándose su diagnóstico al día siguiente tras análisis realizados por el Instituto de Medicina Tropical 'Dr. Pedro Kourí', en La Habana.

Ante el riesgo de propagación, el Ministerio de Salud Pública desplegó un conjunto de acciones preventivas y de control, entre ellas, la inspección de más de 10.000 hogares en las inmediaciones del domicilio del afectado, la fumigación de 1.025 viviendas con malatión y la instalación de trampas eléctricas para mosquitos.

Confirmaron en Rhode Island un caso de infección por el virus Powassan

29/02/2024

El Departamento de Salud de Rhode Island (RIDOH) informó un caso confirmado de infección por el virus Powassan, que fue detectado en un residente de Rhode Island. Este residente es un hombre de unos 70 años que vive en el condado de Kent. Comenzó a experimentar síntomas a fines de enero. Se está recuperando en su hogar.

El virus Powassan es transmitido por garrapatas, y se encuentra principalmente en el Noreste y en la región de los Grandes Lagos en Estados Unidos, y en el este de Canadá. Se han reportado más de 269 casos de enfermedad por el virus Powassan en Estados Unidos en los últimos 10 años (2014-2023). Los casos son raros, pero su número ha aumentado en los últimos años. En 2023, se informaron 25 casos en New England: 10 casos en Massachusetts, cinco casos en Connecticut, cinco casos en Maine, tres casos en New Hampshire, un caso en Vermont y un caso en Rhode Island.

Los síntomas iniciales de la infección por el virus Powassan incluyen fiebre, dolor de cabeza, vómitos y debilidad general. La enfermedad generalmente progresa a meningoencefalitis, que puede incluir signos meníngeos, alteración del estado mental, convulsiones, afasia, paresia, trastornos del movimiento o parálisis de pares craneales. Las personas con enfermedad grave a menudo necesitan ser hospitalizadas. No existe vacuna ni tratamiento para la enfermedad por el virus Powassan, por lo que prevenir la exposición a las garrapatas es la mejor estrategia para evitar esta enfermedad.

Los habitantes de Rhode Island deben tomar medidas para prevenir las enfermedades transmitidas por garrapatas, incluidas la enfermedad por el virus Powassan y la de Lyme, cuando pasan tiempo al aire libre. A mediados de marzo, el RIDOH lanzará su campaña anual de seguridad contra las garrapatas con mensajes de prevención presentados en televisión, radio y redes sociales. La campaña Tick Free Rhode Island destaca las tres claves para la seguridad de las garrapatas: repeler, controlar y eliminar.

El consejo de evitar las picaduras de garrapatas en Rhode Island es prudente. La mayoría de los casos de encefalitis causados por el virus Powassan ocurren en el Noreste y Centro-Norte de Estados Unidos. *Ixodes scapularis*, el vector en el Noreste, está presente en Rhode Island. Una garrapata infectada sólo necesita estar adherida a una persona durante 15 minutos para transmitir el virus. No existe vacuna contra el virus Powassan, por lo que evitar las picaduras de garrapatas es la única medida preventiva. La temporada de transmisión del virus recién comienza cuando las garrapatas se vuelven activas en la primavera, por lo que este es un buen momento para que el público tome conciencia y conozca cómo evitar las picaduras de garrapatas.

Confirmaron un caso importado de sarampión en Ciudad de México

21/03/2024

La Dirección General de Epidemiología (DGE) de la Secretaría de Salud del gobierno federal detectó en la Ciudad de México un caso importado de sarampión el pasado 14 de marzo.

Se trata de un niño de cuatro años y ocho meses, quien arribó al Aeropuerto Internacional de la Ciudad de México el 14 de marzo, proveniente de Londres. La madre refirió que los síntomas iniciaron el día previo al vuelo.

La detección inicial se realizó en el aeropuerto, y se evaluó en el consultorio de Sanidad Internacional de los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México. Se realizaron las pruebas correspondientes y el resultado fue positivo para sarampión, confirmando el diagnóstico al día siguiente de su identificación. Una vez que se identificó, se inició protocolo de respuesta rápida con los servicios de salud pública de la Ciudad de México.

Durante la exploración física presentaba síntomas compatibles con sarampión como exantema maculopapular con predominio en cabeza, tórax y miembros superiores; conjuntivitis, tos, coriza y fiebre.

Actualmente se encuentra estable y en recuperación en domicilio. Es originario de Rumania y residente de Hungría; los países de tránsito en los últimos tres meses fueron: Gran Bretaña, Francia, Rumania y Hungría.

Autoridades de la Secretaría de Salud aplican el siguiente plan de acción:

- Notificación al Punto de Contacto Regional de la Organización Mundial de la Salud para el Reglamento Sanitario Internacional.
- Informe al Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (CNE-RSI) del Reino Unido sobre la identificación de un caso de sarampión en un vuelo proveniente de Londres.
- Notificación a los CNE-RSI de los países en los cuales se identificaron viajeros que tuvieran su información de contacto.
- Vacunación contra sarampión-rubéola a personal expuesto sin antecedente vacunal.
- Establecimiento de red negativa (notificación activa diaria de ausencia de casos probables de sarampión) en todas las jurisdicciones sanitarias de la Ciudad de México.

Las autoridades sanitarias se mantienen alertas a la obtención de información que oriente las acciones de reforzamiento de la promoción de la salud y prevención específica, además del control de la enfermedad, con el propósito de evitar la reintroducción del virus del sarampión.

La Secretaría de Salud hace un llamado a padres y madres de familia, personas tutoras o cuidadoras de niñas, niños y adolescentes a completar esquemas de vacunación en las unidades del Sistema Nacional de Salud, a fin de que reciban el esquema completo.

Confirmaron un caso de rabia humana en Cancún, Quintana Roo

23/03/2024

El gobierno federal confirmó el primer caso de rabia humana en Quintana Roo, producto de la mordedura de un gato en Cancún. La víctima, una persona de 67 años de edad y que fue mordida en enero, falleció el 11 de febrero en el Hospital Regional N° 17 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Los resultados fueron dados a conocer a través de un oficio del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), que informó que los análisis realizados por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE) arrojaron resultados positivos para rabia humana.

El paciente, residente del municipio Benito Juárez, fue mordido durante el procedimiento de rescate de un gato sin antecedentes de vacunación que fue atropellado el 4 de enero pasado; debido a las heridas del accidente, el felino falleció y fue incinerado.

Sin embargo, no fue sino hasta un mes después que la persona mordida comenzó a manifestar síntomas como malestar general, sensibilidad y dolor en el sitio de la mordedura, por lo que solicitó atención de la herida a la Cruz Roja; posteriormente acudió a un médico particular y el 5 de febrero fue ingresado en el Hospital Regional N° 17 de Cancún.

“Presentó inicialmente signos y síntomas respiratorios y dolor y parestesias en el miembro afectado. Tuvo una evolución tórpida, con paro cardiorrespiratorio y deterioro neurológico hasta su fallecimiento el 11 de febrero”, indicó el CENAPRECE.

De acuerdo con las autoridades de Quintana Roo, tras el evento se realizó un operativo en los alrededores del domicilio del rescatista, informando a los habitantes y vacunando de manera preventiva a más de 3.000 caninos y felinos.

Las autoridades recordaron que es fundamental que todos los animales domésticos y de granja cuenten con la vacuna antirrábica, la cual debe ser aplicada de manera anual, siendo la primera dosis a los 6 meses de vida.

El próximo 31 de marzo dará inicio de manera oficial la Jornada de Vacunación Antirrábica Canina y Felina 2024, la que se extenderá hasta el 6 de abril, y en la que se contempla la aplicación de más de 125.000 dosis.

La Secretaría de Salud de Quintana Roo resaltó la importancia de vacunar a las mascotas y el ganado para proteger a los humanos de la rabia. “La medida de prevención más importante es mantener a las mascotas y al ganado con la vacuna antirrábica al día; en las personas no está indicada la vacunación si no existe una exposición al virus de la rabia, por lo que hacemos el llamado a seguir las recomendaciones y cuidados de la institución que conforman el sistema de salud, y acudir a la atención médica en caso de haber tenido una exposición a animales sospechosos de rabia y evitar el contacto con animales enfermos, salvajes o de origen desconocido”, señaló la Secretaría a través de un comunicado.

Australia

Desde septiembre de 2023 vienen aumentando los casos de criptosporidiosis en Victoria

19/03/2024

Ha habido un aumento significativo de casos de criptosporidiosis en Victoria desde principios de septiembre de 2023, y la semana pasada se notificaron 87 casos, el mayor número en una semana. Este año se han notificado 607 casos, 623% más que los 84 notificados en el mismo período de 2023.

Según datos del Sistema Nacional de Vigilancia de Enfermedades de Declaración Obligatoria, entre el 5 y el 18 de febrero, se notificaron 1.333 casos de criptosporidiosis a nivel nacional, en comparación con 93 durante el mismo período de 2023.

También los departamentos de salud de Queensland y New South Wales han emitido alertas tanto para los profesionales sanitarios como para los pacientes tras un aumento significativo de casos durante los meses de verano. Por su parte, South Australia registró 164 casos de criptosporidiosis en la que va del año; para el mismo periodo de 2023 había contabilizado 33 casos, lo que indica un aumento de casi 400%.

Muchos casos se han infectado después de asistir a piscinas públicas. El parásito *Cryptosporidium* es muy resistente a los niveles de cloro que normalmente se encuentran en las piscinas. Los nadadores pueden infectarse cuando accidentalmente tragan agua de la piscina contaminada con el parásito. Las investigaciones de salud pública han detectado personas que asisten a las piscinas mientras siguen siendo contagiosas.

Todas las personas pueden contraer criptosporidiosis. En Melbourne, el riesgo parece ser mayor para quienes están expuestos a piscinas, como los niños pequeños que asisten a clases de natación con otros niños y que tienen más probabilidades de tragar agua de la piscina, o para quienes son contactos domésticos de casos. Aunque la mayoría de las enfermedades son leves y autolimitadas, ciertos grupos tienen mayor riesgo de sufrir una enfermedad grave si se infectan, incluidos los niños más pequeños, las mujeres embarazadas y las personas con sistemas inmunitarios debilitados.

Los profesionales de la salud deben considerar criptosporidiosis en personas que presentan gastroenteritis, deben preguntar sobre exposiciones en las dos semanas previas a la consulta, brindar consejos sobre control de infecciones y exclusión, y notificar al departamento todos los casos positivos.

Las personas con criptosporidiosis conocida o una causa desconocida de diarrea no deben nadar mientras tengan diarrea y durante dos semanas completas después de que cese la diarrea. Esto evita contaminar el agua de la piscina y el riesgo de transmisión a otras personas.

La criptosporidiosis es una afección de notificación obligatoria de rutina según las Regulaciones de Salud Pública y Bienestar de 2019 y requiere una notificación por escrito por parte de los proveedores médicos y los servicios de patología dentro de los cinco días posteriores al diagnóstico.

La criptosporidiosis, una forma de gastroenteritis, es causada por el parásito *Cryptosporidium*. La infección puede ocurrir cuando se ingiere por vía oral una pequeña cantidad de ooquistes. Si bien las vías de transmisión más comunes son de persona a persona y de animal a persona (vía fecal-oral), la infección parasitaria también puede transmitirse a través de alimentos y agua contaminados.

El período de incubación puede ser de entre uno y 12 días después de la infección con el parásito.

La mayoría de los casos de criptosporidiosis ocurren en niños menores de 10 años y el parásito se transmite comúnmente en las guarderías. Cuando una cantidad significativa de adultos están infectados, es probable que se transmita por el agua, ya sea por agua potable tratada inadecuadamente o por piscinas y represas.

El aumento de los casos de criptosporidiosis de este año en Victoria se debe en gran medida a un aumento de las actividades acuáticas recreativas. En general, los casos aumentan durante los meses cálidos de primavera y verano, cuando las personas hacen un uso más frecuente de las piscinas públicas.

El síndrome de fiebre severa con trombocitopenia (SFST) es una infección viral emergente causada por el virus de la SFST (SFSTV). Los síntomas de esta enfermedad son fiebre repentina, síntomas gastrointestinales como diarrea y melena, así como disminución de plaquetas y glóbulos blancos; los casos graves desarrollan insuficiencia orgánica múltiple y mueren. La tasa de mortalidad en Japón llega a 27%, y hasta la fecha no existe un tratamiento específico para el SFST. Se cree que la principal vía de infección es la picadura de garrapata, pero se han notificado casos de transmisión de persona a persona en China y Corea del Sur. Desde que se informó el primer caso de SFST en Japón en 2013, no se había registrado ninguna infección de persona a persona en el país.

El doctor A era un hombre de unos 20 años que trabajaba en nuestro hospital.

En abril de 2023, un paciente masculino de más de 90 años visitó el servicio de urgencias del Hospital Universitario Yamaguchi, en Ube, con síntomas de anorexia, fiebre y dificultad para moverse. Un médico usó una mascarilla quirúrgica para entrevistar al paciente y realizó un examen físico sin guantes, pero no realizó ningún examen o tratamiento que implicara contacto directo con los fluidos corporales del paciente.

Los análisis de sangre revelaron una disminución de los glóbulos blancos, la disminución de las plaquetas y niveles elevados de lactato deshidrogenasa y enzimas hepáticas, y se sospechó de SFST, por lo que el paciente fue trasladado de urgencia al hospital, y quien lo atendió se convirtió en el médico tratante.

Al paciente se le diagnosticó SFST al día siguiente de su ingreso en el hospital, pero su estado general se deterioró rápidamente con la aparición de alteraciones de la conciencia y convulsiones, y murió a los tres días.

Once días después del primer contacto con el paciente (nueve días después de su muerte), el médico tratante, de entre 20 y 30 años de edad, notó fiebre de 38°C y dolor de cabeza. Gradualmente se desarrollaron artralgia, diarrea, pérdida de apetito y tos seca, y un análisis de sangre cinco días después del inicio reveló hallazgos anormales sugestivos de SFST; se le realizó una prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR), lo que confirmó al diagnóstico de SFST. Los síntomas mejoraron gradualmente con la observación de seguimiento y los resultados de los análisis de sangre mejoraron el día 12 después del inicio. El médico no tenía antecedentes de actividades al aire libre que hubieran provocado picaduras de garrapatas antes de la aparición del SFST, y no tenía antecedentes de tener mascotas.

La secuenciación del genoma viral demostró en ambos casos el mismo virus, por lo que se determinó que se trató de un caso de infección de persona a persona, del paciente al médico.

No se observaron síntomas sugestivos de infección por SFST en otros trabajadores sanitarios que entraron en contacto con el paciente. Mientras el paciente estuvo hospitalizado, los familiares usaron mascarillas, batas y guantes quirúrgicos durante las visitas. Los trabajadores de la funeraria que transportaron el cuerpo desde el hospital a la casa solo llevaban máscaras y

guantes. No hubo informes posteriores de infección entre los familiares del paciente ni entre los involucrados en el funeral.

Aunque ha habido múltiples informes de transmisión de SFST de persona a persona en China y Corea del Sur, este caso es el primero en Japón. En cuanto al uso de equipos de protección personal en entornos médicos cuando se trata a pacientes con SFST, además de mascarillas y protectores oculares para proteger las mucosas, se utilizan guantes dobles y delantal en los dedos y la parte anterior del tronco, que se contaminan fácilmente con sangre y fluidos corporales. Además, se recomienda el uso de mascarilla N95 al realizar actividades que puedan generar aerosoles, como la reanimación cardiopulmonar o la intubación endotraqueal

De las entrevistas sobre este caso surgieron dos posibilidades sobre cómo se pudo haber transmitido la infección del paciente al médico. La primera fue la primera visita al servicio de urgencias, durante la cual el paciente fue examinado usando únicamente una mascarilla quirúrgica, y la segunda fue durante un procedimiento *post mortem* de extracción y sutura del catéter venoso central, en el cual el médico usó guantes individuales, una bata y una mascarilla quirúrgica, pero no usó protectores para los ojos. Los procedimientos brindaron oportunidades de exposición a la sangre, aunque no directamente. También se pensó que el paciente pudo haber sido infectado por gotitas de la conjuntiva o haber entrado en contacto con sangre mientras se quitaba el equipo de protección personal.

En el futuro, para prevenir infecciones entre humanos como la de este caso, se deberían implementar más exhaustivamente las precauciones estándar y las precauciones específicas de vía de acuerdo con las directrices clínicas de la SFST. En particular, si el paciente está gravemente enfermo como el de este caso, se pueden realizar procedimientos invasivos como la inserción de un catéter venoso central y la hemostasia. Si existe la posibilidad de que se derrame sangre durante dicho procedimiento, es necesario recordar a los trabajadores de la salud que tomen medidas exhaustivas de prevención de infecciones, como proporcionar protección para los ojos (protectores faciales, protectores para los ojos, etc.). Además, un informe que examina las infecciones grupales del SFST encontró que el contacto con sangre de cadáveres tiene un mayor riesgo de infección. Si existe la posibilidad de contacto con sangre durante el tratamiento *post mortem*, se deben tomar medidas similares de control de infecciones.

Brotes de carbunco en la provincia de Champassak

19/03/2024

Más de una docena de personas han contraído carbunco en dos distritos de la provincia sureña de Champassak, y las autoridades respondieron con restricciones al movimiento y al sacrificio de animales de granja, informaron funcionarios gubernamentales.

Funcionarios de salud provinciales anunciaron el 12 de marzo que se detectó carbunco en los cadáveres de 97 vacas, búfalos y cabras.

Tres personas en Champassak dieron positivo para carbunco la semana pasada, pero ese número aumentó a 14 el 19 de marzo, según el Departamento de Salud provincial.

Los 14 pacientes presentaban lesiones grandes y oscuras en la piel y están recibiendo tratamiento, dijo un funcionario de salud. Las autoridades creen que contrajeron carbunco al consumir carne de vacas o búfalos infectados.

El carbunco generalmente afecta al ganado como el ganado vacuno, ovino y caprino, pero los humanos pueden infectarse si están expuestos a animales contaminados o sus productos.

El Departamento de Salud provincial emitió una alerta instando a los centros médicos y a las autoridades locales a informar cualquier caso nuevo y exhortando a cualquier persona que desarrolle costras oscuras en el cuerpo a consultar a un médico lo antes posible.

“Estamos preocupados. Hemos dejado de consumir carne vacuna”, dijo un residente del distrito de Soukhoumma. “Ahora sólo comemos carne de cerdo y pescado”.

Se ha prohibido temporalmente el transporte y el sacrificio de animales de granja y se exige a las personas que entierren adecuadamente a sus animales muertos, dijo el departamento.

Un trabajador del matadero dijo que están cumpliendo la orden y han dejado de comprar animales a los ganaderos locales.

Un funcionario agrícola del distrito de Pathoumphone dijo que las autoridades han intensificado los esfuerzos de vigilancia y han advertido oficialmente al público que no consuma carne vacuna de animales sacrificados localmente.

Mientras Gaza se tambalea tras cinco meses de bombardeos israelíes que han matado a más de 30.000 personas, otra profunda crisis está en marcha. Con su infraestructura sanitaria en ruinas, Gaza se enfrenta a una catástrofe de salud pública de una escala asombrosa. El hambre, la contaminación masiva y la propagación de infecciones mortales ya han comenzado.

El personal inspecciona los daños causados por un proyectil de artillería que impactó en el Hospital de Maternidad dentro del Complejo Médico Nasser, el 17 de diciembre de 2023 en Khan Yunis, Gaza. Una persona murió y otras resultaron heridas cuando un proyectil alcanzó la sala de maternidad y de niños del hospital.

A pesar de la guerra, israelíes y palestinos son parte de una familia epidemiológica. Independientemente de las actitudes políticas de cada uno hacia Israel, Hamás o la guerra, todos deberían estar preocupados: la crisis de salud pública que se avecina afectará a todos en Gaza y no se detendrá en las fronteras.

Aunque las relaciones entre israelíes y palestinos nunca han sido peores, ambas partes necesitan una estrategia de salud pública coordinada e inmediata, desarrollada por profesionales israelíes y palestinos y respaldada por las autoridades para garantizar su implementación. Tal cooperación puede parecer imposible en tiempos de guerra, pero la colaboración en materia de atención de salud no puede esperar. Como necesidad material, incluso un gobierno israelí de línea dura puede justificar políticamente dicha cooperación. Al mismo tiempo, establecer sistemas de cooperación fortalecerá las bases para la implementación de cualquier futuro acuerdo de paz integral, al crear relaciones de trabajo y aclarar la interdependencia palestino-israelí, haciendo que cada parte invierta más en el bienestar de la otra.

La crisis de salud pública no puede resolverse sin un alto el fuego, pero también hay una serie de acciones que pueden ocurrir incluso antes de un alto el fuego y que requieren la cooperación de Israel: entrada de cantidades mucho mayores de suministros y equipos médicos, medicinas y vacunas; combustible, electricidad y agua para instalaciones médicas; reconstrucción de hospitales en zonas controladas por el ejército israelí; y entrada de personal médico adicional.

Es probable que la élite política gobernante de Israel rechace cualquier propuesta de cooperación formal con los palestinos, especialmente en Gaza. Esa decisión sería contraproducente e insostenible. La fría verdad es que Israel no tiene otra opción: la gestión cooperativa de la salud pública con los palestinos es una cuestión de puro interés propio.

La cooperación con los israelíes también será difícil de vender entre muchos palestinos, ya sea debido a una comprensible desconfianza, actitudes contra la normalización o intimidación política. Pero también en Gaza hay pocas opciones. Durante la guerra, es poco probable que cambie la coordinación minimalista con las autoridades israelíes para una pequeña cantidad de ayuda humanitaria. Pero a largo plazo, se necesita una cooperación amplia para una

verdadera rehabilitación de la infraestructura de salud pública y para una estrategia de salud pública integral y sostenible.

Una bomba de tiempo para la salud pública

La crisis de salud pública en Gaza no podría ser más grave. Tras los ataques de Hamás del 7 de octubre, la guerra de Israel contra Gaza ha matado a decenas de miles de personas, incluida una alta proporción de mujeres y niños. El Ministerio de Salud de Gaza también informa que la guerra ha herido a más de 70.000 personas y ha desplazado a casi 2 millones de palestinos.

En el contexto de una enorme destrucción de la infraestructura civil, el ataque militar ha demolido la atención sanitaria en Gaza. Según la Organización de Naciones Unidas (ONU), a mediados de febrero sólo funcionaba un tercio de los hospitales y están sobrecargados hasta el 388% de su capacidad de ocupación de camas. Sólo 13 de los 77 centros de atención primaria de salud estaban en funcionamiento y más de 600 trabajadores de la salud habían muerto. Alrededor de 93% de la población de Gaza estaba "enfrentando niveles críticos de hambre", en la terminología de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Las políticas de Israel obstruyen enormemente el acceso de los habitantes de Gaza a tratamiento médico. La ONU ha informado que Israel restringe la importación de medicamentos, suministros e incluso fármacos como plumas de insulina para niños.

Los casos de enfermedades se incrementan rápidamente. La OMS ha informado de cientos de miles de casos de infecciones respiratorias, diarrea, erupciones cutáneas, varicela, meningitis y hepatitis A. Existe el riesgo de que se produzca un brote de sarampión debido a la falta de acceso a las vacunas, y el cólera y otros males plantean graves peligros.

Gran parte de esta crisis no es nueva. El bloqueo de casi 17 años de Israel contra Gaza ya había dejado la salud pública del territorio tambaleándose. Mucho antes de la guerra actual, la falta de combustible para las plantas de tratamiento de aguas residuales de Gaza provocó tifus y cólera, que amenazan con extenderse a Israel. Las aguas residuales de Gaza contaminan las playas de Israel y han provocado numerosos cierres de sus plantas desalinizadoras.

En varios momentos durante el bloqueo, Israel impidió, limitó o retrasó la importación de máquinas de rayos X, máquinas de imágenes computarizadas para hospitales y yodo radiactivo necesarios para el tratamiento del cáncer. Israel retrasó, a veces durante varios años, la exportación de equipos médicos para reparaciones por parte de fabricantes extranjeros, afectando áreas como el tratamiento de quemaduras, la administración de anestesia y las tomografías computarizadas. Esta es sólo una muestra de tales restricciones, que Israel justifica diciendo que los artículos restringidos tienen el potencial de "doble uso" y podrían desviarse para uso militar.

Ahora, una catástrofe de salud pública amenaza con envolver tanto a Gaza como a Israel. La cooperación y, en última instancia, una política de salud compartida no es un lujo ni una actividad para sentirse bien: es una necesidad esencial.

La salud no puede esperar por la paz

Vale la pena repetirlo: sólo un alto el fuego y una paz justa pueden resolver en última instancia los problemas de salud pública de Gaza. Pero incluso sin un alto el fuego, hay varias medidas a corto plazo que Israel debe tomar, por el bien de los derechos humanos palestinos, la salud de todos los palestinos e israelíes y la posición internacional de Israel.

Los riesgos para Israel de una catástrofe sanitaria en Gaza son múltiples: la atención sanitaria en Gaza es tan deficiente que se han abusado de los antibióticos, lo que ha provocado la propagación de infecciones resistentes a los medicamentos. Y los soldados israelíes –por no hablar de los civiles de Gaza– han contraído raras infecciones fúngicas y disentería. Un brote de sarampión también amenazaría a Israel, especialmente teniendo en cuenta los grupos de personas no vacunadas en la población. Los expertos en salud pública y control de enfermedades advierten que las enfermedades no pueden encerrarse geográficamente, tanto más ahora que Israel despliega planes para ocupar Gaza indefinidamente.

Otro imperativo para Israel es el derecho internacional. Israel enfrenta cargos de genocidio en la Corte Internacional de Justicia, y si no logra detener la crisis de salud pública, el tribunal se acercará más a un veredicto de culpabilidad. Finalmente, el Cuarto Convenio de Ginebra responsabiliza a las potencias ocupantes de las necesidades médicas de la población ocupada. Israel argumentó que, después de retirar el ejército y los asentamientos israelíes de Gaza en 2005, ya no era una potencia ocupante en el territorio, aunque la ONU y otros organismos internacionales han determinado que Israel todavía ejercía un control efectivo sobre Gaza.

Pero en la actualidad es indiscutible que Israel está ocupando físicamente el territorio. Además, Benjamín Netanyahu, el primer ministro, publicó un plan para continuar el control militar israelí. El propio Netanyahu argumentó ya en noviembre que Israel debe permitir la entrada de combustible a Gaza para alimentar la infraestructura básica. En diciembre, su oficina declaró que era necesario un apoyo "mínimo" para prevenir brotes de enfermedades en Gaza.

El liderazgo político de Israel ha adoptado lo que podría llamarse un enfoque mínimo para permitir la entrada de suministros o infraestructura médicos a Gaza, lo que refleja su enfoque general hacia la ayuda humanitaria. Israel debería abandonar inmediatamente este enfoque mínimo y desarrollar una política integral de salud pública destinada a la estabilización, la rehabilitación y la cooperación, incluso durante la guerra. Este enfoque más amplio podría incluir, por ejemplo, permitir la entrada de más personal médico extranjero en lugar de bloquearlo. Para abordar la destrucción de hospitales y la muerte de personal médico, Israel podría permitir que personal médico palestino-israelí ingrese a zonas de Gaza para apoyar los servicios médicos o proporcionar capacitación y suministros. Israel también debería revisar las categorías de doble uso para ampliar la entrada de suministros médicos.

Además, incluso durante la guerra, ese enfoque debería involucrar tanto a profesionales de la salud pública israelíes como palestinos (idealmente con experiencia en cooperación transfronteriza) para mapear las necesidades y coordinar actividades, y a organismos oficiales con autoridad para implementar políticas. Estos mismos principios, aumentados por los principios de asociación y cooperación, deberían guiar la evolución de una comisión de salud pública permanente y compartida.

Mejor coordinación a largo plazo

La crisis en Gaza presenta una urgencia extrema, pero israelíes y palestinos enfrentarán versiones ampliadas de estos mismos desafíos en el futuro previsible. La gestión conjunta a largo plazo de las políticas de salud es esencial y existen precedentes. Pero dos aspectos deben cambiar en el futuro.

En primer lugar, una comisión de salud común –integrada por funcionarios y profesionales de la salud pública israelíes y palestinos– debería coordinar las numerosas formas dispersas de cooperación, que involucran a gobiernos, hospitales y la sociedad civil. El objetivo sería promover una estrategia de salud pública integral y de gran alcance que establezca objetivos

a corto, mediano y largo plazo para maximizar el trabajo existente. En segundo lugar, los responsables de la formulación de políticas que lideran el marco político –presumiblemente israelíes y palestinos, con apoyo internacional– deberían desarrollar una nueva política basada en la igualdad y la asociación entre las dos partes en todos los asuntos relacionados con la salud pública. El marco político existente de coordinación entre los representantes oficiales israelíes y palestinos actualmente prioriza el control político y militar israelí sobre los palestinos por encima de todo. Una política común puede tener en cuenta la seguridad, pero quienes toman las decisiones deben entender que la seguridad es una necesidad mutua de israelíes y palestinos. Y el control político no puede ser la fuerza rectora de la política de salud pública.

Manifestantes israelíes bloquean camiones de ayuda humanitaria que ingresan a Gaza por el cruce de Nitzana, el 27 de febrero de 2024, en Nitzana, Israel.

Una comisión de salud pública compartida debe tener como objetivo reducir las desigualdades en salud, lo que beneficiará a ambas poblaciones. Un organismo de este tipo debe estar impulsado por conocimientos profesionales, lo que requiere expertos médicos, de salud pública y epidemiológicos adecuados de ambas partes. Pero para ser eficaz, una comisión conjunta debe estar integrada en las instituciones políticas, de modo que tenga la autoridad para implementar políticas dentro del gobierno respectivo de cada lado.

La cuestión de la representación palestina es importante, aunque su forma es difícil de predecir. Por el momento, nadie sabe qué tipo de gobierno palestino surgirá después de la guerra, ni la identidad del gobierno israelí (ni, de hecho, cuándo se celebrarán elecciones en Israel). Pero algunos palestinos han abogado por un gobierno tecnocrático y profesional para una fase provisional, algo que Israel también podría aceptar. Un caso así crearía las mejores circunstancias posibles para la cooperación en materia de salud pública. A medida que los palestinos reconstruyen estructuras e instituciones de gobernanza unificadas permanentes, lo ideal sería que estos organismos incluyeran agencias diseñadas para dicha cooperación. Los políticos israelíes también deberían legitimar este tipo de cooperación política en materia de gobernanza. Los formuladores de políticas con visión de futuro deberían desarrollar y adoptar estas ideas y, en última instancia, legitimarlas en el discurso público. Sin este marco político para la implementación, la comisión corre el riesgo de quedar reducida a una agencia de recomendación y sus esfuerzos desestimados.

Dado el actual entorno político hostil, en realidad una comisión de salud permanente sólo se formará en fases. Es importante que los líderes lleguen a legitimar la importancia de dicha cooperación. Pero en el futuro inmediato, la política es más importante que la publicidad. En la actualidad, la política de salud pública debe verse a través del filtro de las necesidades de salud pública compartidas, en lugar de a través del prisma de la victoria y el control militar israelí, tanto durante como inmediatamente después de la guerra. Tan pronto como sea políticamente factible, los líderes políticos de ambos lados deberían adoptar oficialmente los esfuerzos existentes de la sociedad civil para compartir equipos de salud pública. Los responsables de la formulación de políticas internacionales deberían adoptar una posición firme en defensa de ese proceso. Todos los esfuerzos de cooperación en salud pública en las primeras etapas deberían formar el núcleo de una futura comisión permanente de salud pública.

Principios rectores

En conversaciones con activistas de la sociedad civil y profesionales involucrados en la cooperación palestino-israelí en salud pública, los siguientes principios rectores han surgido como base para una comisión conjunta de salud seria y eficaz:

- formulación de políticas permanentes a largo plazo, en lugar de estrategias *ad hoc* a corto plazo;
- establecer relaciones personales y profesionales sólidas y continuas, en lugar de asociaciones *ad hoc*;
- estrategias preventivas en lugar de sólo medidas correctivas;
- intercambio de datos e información;
- reducir las desigualdades en la calidad y el acceso a la atención médica en general, para fortalecer las bases para la preparación ante enfermedades o desastres.

La comisión debería ser responsable de las políticas en una variedad de campos. Hay numerosos expertos palestinos capaces de liderar el esfuerzo y resolver los detalles. Un pensador destacado sobre el tema es Yasmeen Abu Fraiha, médica palestina y especialista en medicina interna, becaria de cuidados críticos en el Centro Médico Beth Israel Deaconess de Boston e investigadora de la Iniciativa de Medio Oriente de Harvard. Abu Fraiha también es una experta en salud pública y se desempeñó como directora de políticas de salud en el Grupo de Trabajo para la Promoción de la Salud en la sociedad árabe del Ministerio de Salud de Israel. En su trabajo, ha ampliado las áreas que requieren una amplia cooperación porque son cuestiones transfronterizas de manual.

Basándose en el pensamiento de Abu Fraiha y los aportes de otros, una lista de responsabilidades compartidas de salud pública podría incluir la prevención de enfermedades, incluido el acceso, la distribución y los protocolos de vacunas, la capacitación y las técnicas de laboratorio. De manera similar, la comisión podría abordar medidas de contención de enfermedades y políticas para pandemias, y adoptar políticas comunes para prepararse para desastres naturales, como inundaciones o terremotos, que tienen consecuencias para la salud pública. Una comisión compartida puede desarrollar y armonizar las normas y licencias para drogas y medicamentos. También puede seguir coordinando intercambios de tratamiento y formación, con el objetivo de reducir las desigualdades en la atención sanitaria. Otro objetivo a largo plazo que Abu Fraiha ha discutido es el desarrollo de políticas para reducir la contaminación y las emisiones de los sistemas de atención médica.

Además, si bien es muy probable que una comisión de este tipo no pueda establecerse durante la guerra, los responsables de las políticas deberían aspirar a establecer el organismo en un futuro próximo, lo que implicará trabajar en duras condiciones de posguerra. La cooperación sanitaria no puede iniciar un proceso de paz liderado políticamente, pero la comisión debe orientarse hacia los valores que estabilizarán la situación, como la reducción de las desigualdades de condiciones y recursos que afectan la salud pública. Y aunque en el pasado fueron principalmente palestinos quienes buscaron capacitación y tratamiento israelíes, la comisión debería prepararse para un momento en el que los israelíes puedan participar en la atención médica palestina, o los organismos de atención médica palestinos e israelíes colaboren en programas para profesionales médicos extranjeros visitantes.

Precedente de cooperación

La cooperación puede parecer descabellada en las circunstancias actuales, pero hay muchos precedentes a los que recurrir. Lo que hay que cambiar son principalmente los marcos políticos y el equilibrio de poder.

En la actualidad, el gobierno y el ejército israelíes regulan o restringen fuertemente el flujo de personas y bienes hacia Cisjordania y Gaza (durante la guerra, Israel casi ha clausurado efectivamente Gaza). La Coordinación de Actividades Gubernamentales en los Territorios (COGAT) y la Administración Civil, ambas bajo la autoridad del ejército, tienen una unidad específica y personal individual dedicado a cuestiones médicas y de salud para Cisjordania y Gaza. Este organismo coordina con la Autoridad Palestina y los ministerios de salud israelíes para aprobar o denegar permisos de entrada a pacientes, por ejemplo. La coordinación de la importación de equipos médicos también puede involucrar al Ministerio de Relaciones Exteriores de Israel. En 2021, los ministros de salud y ambiente de Israel y la Autoridad Palestina se reunieron para reactivar la cooperación, en un gobierno israelí de corta duración. Sin embargo, en un marco político dominado por la ocupación israelí, estos sistemas existentes han alimentado desigualdades drásticas en los servicios de salud palestinos e israelíes, al tiempo que han profundizado la dependencia palestina de Israel. Aun así, existe el precedente de coordinación.

Los Acuerdos de Oslo de la década de 1990 previeron una cooperación real en salud pública y otras áreas, y establecieron esfuerzos de enlace civil. En ese momento, los ministerios de salud establecieron el Comité Conjunto de Salud Pública para trabajar en la distribución y los estándares de vacunas, la prevención de enfermedades, el intercambio de datos y las hospitalizaciones transfronterizas. Durante la Segunda Intifada de principios de la década de 2000, el esfuerzo comenzó a debilitarse.

Aun así, los hospitales israelíes y palestinos continúan coordinándose para que miles de pacientes palestinos ingresen a Israel para recibir tratamiento médico, incluso desde Gaza. (No es que el acceso sea fácil: Israel rechaza las solicitudes de muchos palestinos para ingresar para recibir atención médica, y las solicitudes de sus acompañantes, lo que puede hacer imposible que un paciente viaje en la práctica). El Ministerio de Salud de la Autoridad Palestina debe aprobar el seguro médico para cubrir dichos costos hospitalarios, que es otra área que requiere coordinación.

Numerosos proyectos de la sociedad civil y de organizaciones no gubernamentales (ONG) se centran en la salud pública, la atención médica o la formación profesional. Estos proyectos implican la cooperación con profesionales israelíes y palestinos y requieren coordinación con las autoridades, incluso con Hamás como autoridad de facto que controla la administración sanitaria y hospitalaria de Gaza. Una muestra de proyectos incluye la cooperación entre Médicos por los Derechos Humanos de Israel y el Programa de Salud Mental de la Comunidad de Gaza, en cuestiones de salud mental relacionadas con el cierre de Gaza. El Centro Peres tiene programas de formación médica y tutoría para médicos palestinos en hospitales israelíes (lo que también contribuye al tratamiento de pacientes israelíes). Healing Across the Divides apoya a las ONG israelíes y palestinas que cooperan en la salud ocupacional de los trabajadores palestinos en Israel. Empresas del sector privado han participado en la importación de equipos médicos y la Cámara de Comercio Israelí-Palestina ha establecido un foro de salud palestino-israelí.

Dos instancias *ad hoc* específicas de corporaciones de salud pública demuestran la necesidad y el potencial de coordinación.

En 2006, un consorcio para la prevención de enfermedades en el que participaron profesionales de la salud pública israelíes, palestinos y jordanos tomó medidas rápidas y exitosas para contener la propagación de la influenza aviar en la región. El consorcio se había establecido varios años antes, por iniciativa de dos ONG internacionales, con la participación directa de tres ministerios de salud y los profesionales pertinentes de los servicios de salud pública y los

ministerios de cada parte. Estos actores se habían estado reuniendo para compartir datos y participar en programas conjuntos de capacitación para la prevención de enfermedades y tecnología de laboratorio. Por lo tanto, los participantes habían desarrollado mejores prácticas y tenían sólidas relaciones de trabajo, lo que permitió una acción rápida para contener la influenza aviar.

En 2020, cuando la covid empezó a avanzar, Israel y los palestinos volvieron a enfrentarse a la realidad de que representan una "familia epidemiológica", en palabras de los participantes del consorcio de 2006. A pesar del boicot de las autoridades de Hamás, el personal médico de Gaza entró discretamente en Israel para recibir formación. El esfuerzo habría requerido una coordinación de facto entre el Ministerio de Salud de Gaza dirigido por Hamas y COGAT. Pero, en última instancia, las brechas en la atención médica entre palestinos e israelíes llevaron a una tasa de mortalidad significativamente mayor entre los palestinos que entre los israelíes, según datos recopilados por Abu Fraiha.

Un bien público para todos

Las recomendaciones aquí sólo podrán avanzar en serio una vez que las dos partes hayan alcanzado un alto el fuego, pero la cooperación inmediata no puede esperar. A largo plazo, el trabajo de dicha comisión depende de la facilidad de acceso y movimiento, el reconocimiento de poblaciones interrelacionadas y un marco político para resolver el conflicto palestino-israelí con mecanismos incorporados para una asociación entre dos Estados basada en las necesidades.

Incluso si no contribuye a una cooperación más amplia, la colaboración en salud es una necesidad vital y un bien público importante por derecho propio.

No importa cuánto demore un futuro acuerdo político, ciertos desafíos compartidos abarcarán para siempre tanto la geografía como la política, como la seguridad, la economía, la salud pública, los recursos naturales y la crisis climática, como mínimo. Y para que cualquier acuerdo futuro tenga éxito, se deben sentar ahora las bases para la igualdad y la asociación basada en las necesidades.

Tuổi trẻ

DRAMÁTICO INCREMENTO DE LAS MUERTES HUMANAS POR RABIA

21/03/2024

Las autoridades sanitarias de Thành phố Hồ Chí Minh han emitido un despacho urgente exigiendo a todas las unidades médicas y centros de vacunación contra la rabia que adopten rápidamente medidas para frenar la enfermedad que mató a más de 20 personas en Vietnam en los dos primeros meses de este año.

En el mensaje de emergencia emitido el 20 de marzo, el Departamento de Salud solicitó que todas sus unidades en los distritos y el Centro para el Control de Enfermedades (HCDC) de la ciudad vigilen de cerca los casos sospechosos de rabia, generalmente resultantes de mordeduras de perros o gatos, ofrezcan orientación sobre las vacunas contra la rabia y abordar rápidamente los brotes de esta enfermedad.

Según el Ministerio de Salud, la rabia mató a 22 personas en Vietnam en los dos primeros meses de 2024, en comparación con los 10 casos registrados hace un año.

El Instituto 'Dr. Louis Pasteur' de Thành phố Hồ Chí Minh administró 4.813 vacunas contra la rabia en el mismo período, incluidas 2.622 inoculaciones en febrero, muy por encima del promedio de 2.100 por mes en los dos primeros meses de 2023.

El Hospital de Enfermedades Tropicales de Thành phố Hồ Chí Minh también registró un fuerte aumento en la inmunización contra la rabia, con 5.296 dosis en los dos primeros meses de este año, frente a los 4.221 del año anterior.

Durante este período, el hospital admitió a siete pacientes con rabia, todos los cuales sucumbieron a la enfermedad, en contraste con solo dos casos reportados en el mismo período de 2023.

El departamento pidió a las autoridades sanitarias de base que coordinen con los centros de medicina animal para proporcionar información oportuna sobre casos de personas mordidas por perros o gatos que tienen o aparentemente tienen rabia.

El departamento también pidió aumentar la comunicación sobre los peligros y las consecuencias de la rabia, junto con medidas destinadas a prevenir y controlar la enfermedad, como abogar por la vacunación antirrábica tanto para humanos como para animales.

Se debe alentar a las personas a buscar atención médica de inmediato para exámenes, consultas y vacunación contra la rabia si son mordidas por perros o gatos sospechosos de tener rabia.

El departamento encargó al HCDC brindar orientación, monitoreo y supervisión de los esfuerzos para combatir la rabia en humanos, así como coordinar con el Subdepartamento de Ganadería y Medicina Veterinaria del Departamento de Agricultura y Desarrollo Rural de la ciudad para investigar y abordar rápidamente los brotes, con el objetivo de prevenir la transmisión de la rabia de los animales a los humanos.

Hace una semana, el primer ministro Phạm Minh Chính emitió un comunicado oficial instando al sector de la salud y a otras agencias a realizar esfuerzos para prevenir y controlar la rabia en todo el país.

Según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que la rabia causa 59.000 muertes humanas anualmente en más de 150 países, y 95% de los casos ocurren en África y Asia.

La OMS dijo que las mordeduras de perros son la principal fuente de muertes por rabia humana, responsables de 99% de todas las transmisiones a humanos. Por tanto, la prevención de la rabia se puede lograr vacunando a los perros y previniendo sus mordeduras.

La rabia es una enfermedad viral, zoonótica y prevenible mediante vacunación que afecta el sistema nervioso central, y una vez que aparecen los síntomas clínicos de la rabia, la enfermedad es prácticamente 100% fatal, y los niños de cinco a 14 años representan 40% de la cifra de muertes, según la OMS.

El período de incubación de la rabia suele ser de dos a tres meses, pero puede variar de una semana a un año, dependiendo de factores como el sitio de la mordedura y la carga viral.

Los primeros síntomas de la rabia pueden ser similares a los de la influenza, incluyendo debilidad o malestar, fiebre o dolor de cabeza, pero los pacientes pueden tener malestar, picazón o sensación de picazón en el lugar de la mordedura. Estos síntomas pueden durar días antes de progresar a disfunción cerebral, ansiedad, confusión y agitación.

A medida que avanza la enfermedad, los pacientes pueden experimentar delirio, comportamiento anormal, alucinaciones, hidrofobia e insomnio antes de morir.

En el camino hacia un mundo libre de tuberculosis, el primer paso crucial comienza con la identificación de las personas afectadas por la enfermedad.

Las máquinas GeneXpert en Brazzaville, República del Congo, analizan alrededor de 70 muestras cada día para detectar tuberculosis.

A nivel mundial, alrededor de 1,3 millones de personas murieron a causa de la tuberculosis en 2022, lo que la convierte en la segunda causa de muerte infecciosa después de la covid, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Sin embargo, muchas personas con esta enfermedad, que es especialmente frecuente en la región del Pacífico Occidental y África, ni siquiera reciben un diagnóstico adecuado.

Los expertos en salud pública dicen que la tarea de rastrear estos casos perdidos requiere un enfoque triple, que implica la participación de la comunidad, la ampliación del uso de las tecnologías disponibles y una gestión eficaz de los programas.

“Al poner a las comunidades en el centro, se garantiza que participen plenamente en el proceso de lograr que sus aldeas estén libres de tuberculosis”, dijo Prabodh Bhambal, director ejecutivo de Union South East Asia Trust (USEA Trust), en un seminario web organizado por Citizen News Service (CNS) el 19 de marzo.

El USEA Trust es un fideicomiso independiente patrocinado por la Unión Internacional Contra la Tuberculosis y las Enfermedades Pulmonares (La Unión) en New Delhi, con un proyecto emblemático que apunta a que 1.000 aldeas estén libres de la tuberculosis con el apoyo de la Fundación JSW, el brazo de desarrollo social del JSW Group, un conglomerado indio cuyos negocios incluyen acero, cemento, automotores y pinturas.

La OMS estima que India enfrenta la epidemia de tuberculosis más extensa del mundo. En 2022, el país informó una tasa de incidencia de 199 casos cada 100.000 habitantes.

En Uganda, donde hubo una tasa de incidencia similar de 198 casos cada 100.000 habitantes, el gobierno está utilizando camionetas móviles para realizar exámenes de detección en las comunidades locales como parte de una campaña de concientización, pruebas y prevención.

En el centro de la campaña está el reconocimiento de que depender únicamente de las comunidades para que se lleguen hasta los centros de salud no garantiza la aceptación de los servicios ni el control eficaz de la tuberculosis a nivel comunitario o familiar.

La campaña enfatiza la necesidad de un deseo colectivo de cambio, inspirando a las personas a actuar y buscar voluntariamente servicios de atención médica. El objetivo es mejorar la búsqueda de casos, abordar los casos de tuberculosis faltantes dentro de las comunidades, abordar el incumplimiento del tratamiento y mejorar el uso de medidas de prevención.

Stavia Turyahabwe, comisionada adjunta para tuberculosis y lepra del Ministerio de Salud de Uganda, dice que este enfoque ha sido muy eficaz. En 2022, más de 94.000 ugandeses fueron

diagnosticados con tuberculosis a través de la iniciativa, lo que contribuyó significativamente a mejorar las tasas de detección de enfermedades, dijo en una cumbre de dos días sobre tuberculosis y lepra realizada en Kampala el 19 y 20 de marzo.

Sin embargo, añadió que el ministerio aún tenía que evaluar su impacto en la prevalencia de la tuberculosis.

Aprovechando la tecnología y la inteligencia artificial

Bhambal sugirió que, aprovechando eficazmente las tecnologías actuales para la detección y el diagnóstico de la tuberculosis, se puede identificar una parte sustancial de los casos de tuberculosis no detectados.

"En la pequeña población de 5.000 personas que hemos examinado hasta ahora en el marco de nuestro proyecto, lo hicimos en función de los síntomas, utilizamos rayos X portátiles y utilizamos una aplicación de inteligencia artificial".

"A través de este enfoque integral, hemos detectado con éxito casos de tuberculosis que de otro modo se habrían pasado por alto si nos hubiéramos basado únicamente en los síntomas", explicó Bhambal, y agregó: "La tecnología desempeña un papel crucial en la búsqueda de estos casos; sólo necesitamos encontrar la combinación adecuada".

Charles Olaro, director de servicios clínicos del Ministerio de Salud de Uganda, destacó varias innovaciones que se están empleando en la lucha del país contra la tuberculosis, incluida la tecnología GeneXpert, que diagnostica rápidamente la tuberculosis y la resistencia a los medicamentos.

"No dependemos únicamente del microscopio", afirmó. "Para cualquier portaobjetos que dé positivo, los analizamos para detectar resistencia a los medicamentos utilizando GeneXpert".

Sriram Natarajan, cofundador de la empresa india de diagnóstico Molbio Diagnostics, destacó las limitaciones de la microscopía en términos de detección.

Sin embargo, añadió que durante la última década, la OMS ha aprobado herramientas de diagnóstico molecular que pueden utilizarse incluso en el consultorio del médico.

Dijo que estas herramientas moleculares cuentan con tasas de sensibilidad de hasta 98%, lo que significa que los pacientes pueden ser diagnosticados en una etapa temprana. "Sin embargo, a pesar de que estas herramientas están disponibles desde hace aproximadamente una década, sólo entre 25 y 30% de los casos de tuberculosis en todo el mundo se diagnostican con ellas", dijo Natarajan.

"Ahora tenemos al menos dos herramientas disponibles, pero su adopción sigue siendo una preocupación importante", dijo en el seminario web del CNS.

"Ambos países y sus programas deben comprometerse a implementar estas herramientas en el nivel primario para garantizar que todos reciban una prueba molecular como herramienta de confirmación".

Inversión "crucial"

Natarajan dijo que se necesita un mayor compromiso por parte de las agencias de financiación globales para centrarse en hacer que estas herramientas sean asequibles y accesibles para todos.

“Si realmente queremos poner fin a la tuberculosis para el año objetivo de 2030, estas intervenciones deben ampliarse y acelerarse”, añadió. “Es crucial que estos esfuerzos se tomen en serio”.

Lucica Ditiu, directora ejecutiva de la Alianza Alto a la Tuberculosis, dijo en el seminario web del CNS: “Es posible acabar con la tuberculosis. Vemos países con una alta carga de tuberculosis que están encontrando los casos y los tratándolos”.

Los países con una alta carga incluyen India, Indonesia, Bangladesh, Nigeria, Sudáfrica y Etiopía.

“En muchos países, la participación del sector privado es crucial para encontrar y tratar a todos los pacientes con tuberculosis”, añadió Ditiu.

Guy Marks, experto en medicina respiratoria de la Universidad de New South Wales y presidente y director ejecutivo interino de The Union, dijo que la tuberculosis debe tratarse como un problema de salud pública, no simplemente como una cuestión de atención al paciente individual.

“Debemos ser valientes y reconocer que la estrategia actual para acabar con la tuberculosis en los países con una alta carga no está logrando los resultados que esperamos”, afirmó.

“Necesitamos cambiar nuestro enfoque si queremos ganar la lucha contra esta enfermedad infecciosa”.

100% online
Otorga créditos SADI
Inicio: Abril

Curso virtual

Los animales de compañía y las familias, desde la perspectiva de Una Salud

Zoonosis, multirresistencia y otros temas clave

Directores:
Dra. Susana Lloveras, Dr. Pablo Borrás

Programa

Módulo 1 | Los animales de compañía en la familia

1. Una Salud y Animales de Compañía (AC). Dinámica humano-animal. Situación actual. **Dra. Susana Lloveras**

2. Animales y personas: reflexiones desde la antropología social. **Dra. Andrea Mastrangelo**

3. Tenencia responsable. Vacunación, esterilización, control de reproducción, desparasitación y prevención de mordedura, desde los centros de zoonosis. ¿Cómo se trabaja en un centro de Zoonosis? **Dr. Gustavo Martinez**

Módulo 2 | Animales de compañía y riesgos para la salud

1. Los animales de compañía como centinelas para la Salud pública. **Dr. Gabriel Cicuttin**

2. Enfermedades zoonóticas en animales de compañía: nuevos escenarios. **Dr. Pablo Borrás**

3. Enfermedades zoonóticas asociadas a animales de compañía exóticos o no tradicionales. Venta ilegal de especies exóticas. **Dr. Guillermo Wiemeyer**

4. Los animales de compañía en la casa de personas con inmunosupresión. **Dra. Claudia Salgueira**

5. Enfermedades y problemas relacionados con AC en pediatría. **Dra. Silvia Gonzalez Ayala**

Módulo 3 | Animales de compañía y resistencia antimicrobiana

1. Diseminación de bacterias resistentes entre animales de compañía y humanos. Los mecanismos de resistencia más relevantes. **Dra. Paula Gagetti**

2. Dificultades en el tratamiento de algunas enfermedades frecuentes de los animales de compañía. El Diagnóstico microbiológico como pilar del tratamiento adecuado. **Dra. Gabriela Giacobonni**

Módulo 4 | Las nuevas tendencias en relación con los AC

1. La alimentación de los animales de compañía y las nuevas tendencias de dietas crudas. **Dra. Marta Zubaldia**

2. Atención centrada en el paciente: rol de los animales de compañía en la recuperación de pacientes (Los AC dentro de los hospitales). Riesgos y beneficios. **Lic. Daiana Anabel Pugliese**

Inscribite aquí con un beneficio especial

30% OFF
Por inscripción anticipada

Cuotas sin interés
Con Mercado Pago

Y promociones especiales para alumnos y ex alumnos del campus, residentes y Socios SADI. ¡Descuentos acumulativos hasta 50% OFF!

El Reporte Epidemiológico de Córdoba hace su mejor esfuerzo para verificar los informes que incluye en sus envíos, pero no garantiza la exactitud ni integridad de la información, ni de cualquier opinión basada en ella. El lector debe asumir todos los riesgos inherentes al utilizar la información incluida en estos reportes. No será responsable por errores u omisiones, ni estará sujeto a acción legal por daños o perjuicios incurridos como resultado del uso o confianza depositados en el material comunicado.	A todos aquellos cuyo interés sea el de difundir reportes breves, análisis de eventos de alguna de las estrategias de vigilancia epidemiológica o actividades de capacitación, les solicitamos nos envíen su documento para que sea considerada por el Comité Editorial su publicación en el Reporte Epidemiológico de Córdoba.	Toda persona interesada en recibir el Reporte Epidemiológico de Córdoba en formato electrónico, por favor solicitarlo por correo electrónico a reporteepidemiologicocba@gmail.com aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.