

SADI – UNA SALUD

- Especies compañeras y familias interespecie: Aporte de la antropología a la perspectiva Una Salud

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de dengue

- Las posibles razones detrás del descenso de los casos de dengue

AMÉRICA

- Brasil: Paraná ya confirmó seis casos de fiebre de Oropouche

- Estados Unidos: Se están atendiendo más pacientes con sífilis con síntomas inusuales y graves

- Guatemala: Declaran la emergencia nacional por epidemia de dengue

EL MUNDO

- África: Los datos fortalecen la lucha contra la malaria

- Dinamarca: Brote de infecciones por *Salmonella* Typhimurium

- Fiji: Aumento en los casos de leptospirosis

- Islandia: Alerta por casos de listeriosis

- Mayotte: Brote de cólera

- Palestina: Los “asesinatos silenciosos” en Gaza por enfermedades prevenibles y la falta de acceso a atención médica

- Taiwán: ¿Puede la inteligencia artificial predecir la distribución de los brotes de dengue?

- Yemen: El número de casos de sarampión no muestra signos de disminuir

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

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

CSL Seqirus
WWW.SEQIRUS.COM.AR

Adherentes



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

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

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



Especies compañeras y familias interespecie: aporte de la antropología a la perspectiva Una Salud

 Mayo
2024

Autor:
Andrea Mastrángelo

Soy una antropóloga social dedicada a la epidemiología de campo. Investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), he trabajado en varios equipos interdisciplinarios en la comprensión de los ciclos zoonóticos de parásitos (las leishmaniosis, la enfermedad de Chagas) y virus (dengue, fiebre hemorrágica argentina) en localidades argentinas de diversas ecorregiones y escalas.

La antropología es una ciencia empírica que se vale de estadías en el lugar de estudio (zona del brote o la endemia) para comprender mediante conversaciones y observación, holísticamente y de modo no directivo, las perspectivas de humanos y no humanos sobre el fenómeno en estudio. Por esto, les pido que me acompañen a pensar en profundidad, pero brevemente, situaciones humanimales de campo, para comprender la ayuda que la antropología ofrece a las intervenciones sanitarias Una Salud.

Durante una investigación sobre dengue, la esposa de un fletero me buscó para conversar con un interés particular. Le habían contado que mi trabajo era entender los comportamientos humanos y estaba preocupada porque su marido había adoptado un jabalí como mascota. Vivían en un barrio periurbano de viviendas sociales en una localidad santiagueña de unos 23.000 habitantes. El fletero prestaba servicios en el pueblo, pero en cierto paseo por los descampados cercanos sintió empatía por un jabato que se le acercó. Hacía unos seis meses que la cría de jabalí crecía cuidado y acompañado por su adoptante humano. Dormía dentro de la casa en un cajón-cuna, compartía el alimento de la familia humana. Lo que la humana me requería era convencer a su esposo de “dejar de pasear con el jabalí en la chata y devolverlo al monte”. Ese pedido incluía la súplica de que haga entender a su marido que el jabalí estaba masticando todos los muebles de su casa, empezando por las patas de su cama.

La convivencia con el jabalí en un barrio rural de Santiago del Estero, con una corzuela en otro patio del mismo pueblo; la denuncia policial a la Dirección de Fauna de un aguará guazú que merodeaba un patio en Resistencia (Chaco); perras preñadas a punto de parir abandonadas por familias criollas y turistas en las inmediaciones de una aldea mbyá en Puerto Iguazú (Misiones); tropas de monos carayás en árboles del ejido urbano y la demanda a veterinarios voluntarios para curar quemaduras de gatos domésticos y de coatíes durante los incendios forestales en Santo Tomé (Corrientes) son algunas de mis experiencias de campo en los últimos 10 años.

¿Por qué pasa esto?

Están ocurriendo en simultáneo dos procesos: intensificación de usos y transformación de la subjetividad animal.

Debido a la intensificación de usos, aun con protección legal, los bosques nativos y humedales de Argentina están en disminución frente al avance de distintos tipos de neo extractivismo (forestal, minero, sojero, próximamente trigo HB4) y privatizaciones (por ejemplo, urbanizaciones gentrificadas). Este tipo de economía primarizada, intensiva en biotecnologías, tiene lugar mercantilizando procesos orgánicos (genética vegetal, selección artificial de organismos ornamentales, productores de carne, leche, huevos) que se controlan con mediaciones laboratoriales (clonación animal); a campo (como es el caso de los híbridos de maíz o los clones de pino) o químicas (“agentes promotores del cultivo”, agrotóxicos, controladores de “plagas, vectores”). Las consecuencias bioambientales de este modelo socioproductivo se van conociendo a medida que acontecen (eutrofización, cianobacterias y exceso de agrotóxicos en el río Uruguay).

Los núcleos intangibles de las áreas naturales protegidas se reducen o aíslan. En esta trama de la vida, las relaciones inter especie se intensifican. El modelo es compasivo: ofrece clonar lo que está en riesgo de extinción, el *rewilding* en reservas naturales donadas al estado y con gestión público-privada es una nueva tendencia científica.

Por otra parte, en la intimidad está teniendo lugar una transformación de las subjetividades animales. Es un cristal espejado por los dos lados. Por un lado, estamos animalizándonos los humanos (lo moralmente correcto es ser “natural”, comer “natural”, pero ¿qué es “lo natural” ¿la paleo dieta, el ayuno intermitente o ser vegetarianos y suplementarnos con B12?) a la vez que se dota de condiciones morales como la razón, el sufrimiento y los sentimientos a las entidades naturales (los perros se deprimen, tienen obesidad; se mascotizan fieras –los linceos pueden ser cariñosos, se hibrida el serval con el gato doméstico–, cucarachas de Madagascar y petauros del azúcar).

¿Qué aporta la teoría social a la epidemiología?

Para la zootecnia y la biología evolucionistas de principios del siglo XX, el taxón de especies se componía de categorías excluyentes de próximo (domesticado, doméstico, sea de producción o compañía) a lejano con los humanos (lo salvaje se define por oposición a la cultura). En un principio las mascotas fueron animales domesticados, pero el modelo de sionaturaleza contemporáneo, con élites que eligen vivir en el paisaje y mayorías excluidas en urbanizaciones espontáneas, sin servicios básicos, nos aproxima a lo salvaje.

Los accidentes ambientales de Chernobyl y Bopal en Asia, las tragedias de Mariana y Brumadinho en América del Sur, marcaron la disociación del deseo del desarrollo industrial con gobierno de la naturaleza. La crisis ambiental del desarrollismo interpeló a la teoría social y ocurrió el giro ontológico, se generó una antropología más allá de lo humano, que nos propone comprender las relaciones con “lo natural” como vínculos sociales y no meramente como un paisaje de fondo. Ya no se piensa a la naturaleza o la ecología en un prístino equilibrio que excluye al Hombre.

En el modelo que oponía sociedad y naturaleza, esta última era una fuente de recursos. Un ámbito donde las leyes naturales debían ser descubiertas por la investigación (en oposición a las leyes sociales que eran convencionales). Resabios de esta concepción emergen cuando se describen los *spillover* o los brotes epidémicos como expresión de un desequilibrio o venganza natural.

En esta antropología más allá de lo humano, emergencias y reemergencias patógenas, al igual que la multirresistencia microbiana pueden ser comprendidas por la acción u omisión de procesos sociales tales como los que describimos en el subtítulo anterior. Este marco teórico permite a la perspectiva colaborativa multidisciplinaria Una Salud entender los ciclos zoonóticos de un modo biocéntrico y no antropocéntrico. Abriendo la posibilidad, como aconteció en el estudio de la leishmaniosis visceral en la frontera de Argentina con Brasil y Paraguay, de entender cómo en la

misma sociedad conviven concepciones de naturaleza diferentes, en las que el perro doméstico es para unas un pariente consanguíneo (un hijo), para otros un animal de trabajo cuya voluntad se gobierna por la genética y para los mbyá guaraní una forma de vida que debe aprender a cuidarse por sí misma.

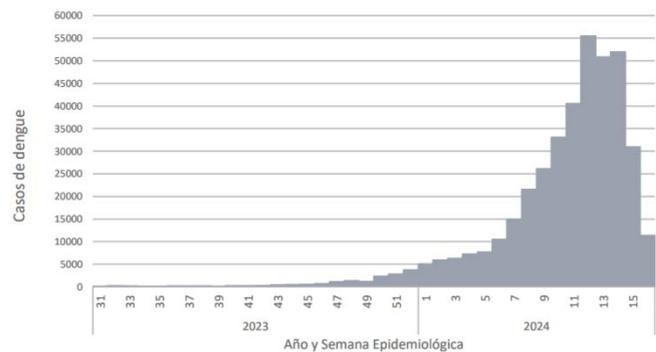
Finalmente, como gestores de la salud pública, este enfoque biocéntrico, orientado a dar cuenta de los enredos en las formas de vida para abordar la vigilancia sanitaria, nos devela una dimensión ética: otra especie no se transforma en enemigo de la humanidad por ser reservorio, vector o la enfermedad misma.

Recomendamos de la misma autora *Amor y enfermedad. Etnografía de una zoonosis*. 2021. Editorial Universidad Nacional de San Martín. Buenos Aires.

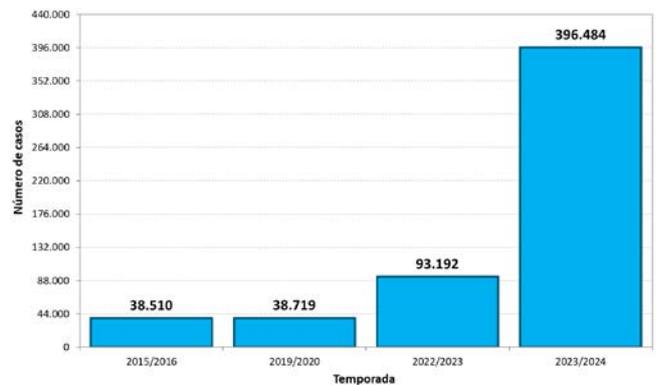
En términos acumulados, se han notificado 396.484 casos de dengue entre la semana epidemiológica (SE) 31 de 2023 y la SE 16 de 2024 (91% autóctonos, 7% en investigación y 2% importados), de los cuales 379.341 corresponden al año 2024. La incidencia acumulada hasta el momento para la temporada es de 842 casos cada 100.000 habitantes. En el mismo período, 871 casos (0,2%) fueron clasificados como dengue grave, y se registraron 280 casos fallecidos (tasa de letalidad de 0,071%).

En comparación con otros años epidémicos, la actual temporada se caracteriza por:

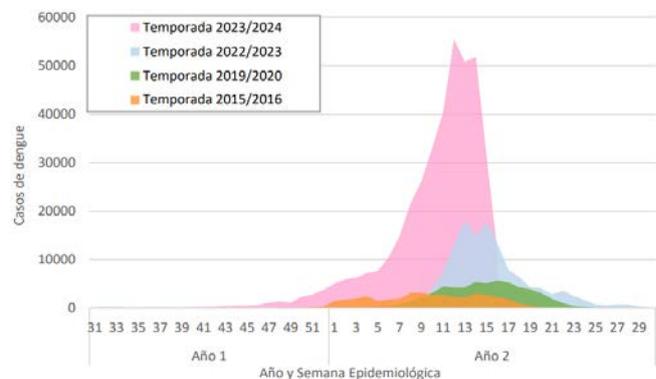
- Mayor magnitud que temporadas epidémicas previas: los casos acumulados hasta la SE 16 equivalen a 4,25 veces los registrados en el mismo período de la temporada 2022/2023; y a 10,2 veces más que lo registrado en el mismo período de 2019/2020.
- Circulación viral persistente durante todo el período en la región NEA y adelanto del aumento estacional respecto de años epidémicos previos.
- Mayor número de casos por semana: con la información disponible hasta el momento, desde la SE 8 de 2024 se ha superado el número de casos respecto al pico registrado en la SE 13 de 2023, cuando se contabilizaron 18.211 casos.



Casos totales por semana epidemiológica. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2023 a 16 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Casos acumulados en temporadas epidémicas, entre semanas epidemiológicas 31 a 16. Argentina. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



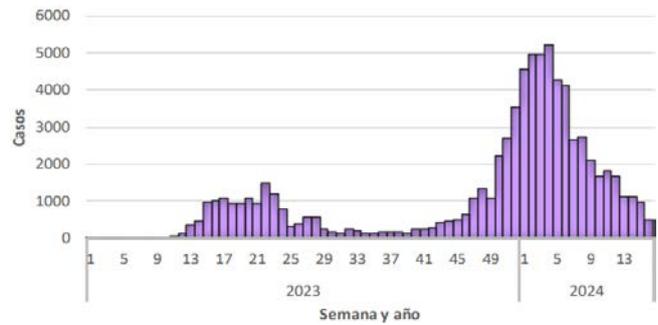
Total de casos por semana epidemiológica en temporadas epidémicas. Argentina. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

La curva epidémica de dengue a nivel nacional registra el pico hasta el momento en la SE 12, con 55.476 casos; en las tres SE posteriores se registran disminuciones de 8%, 6% y 44% respecto del pico.

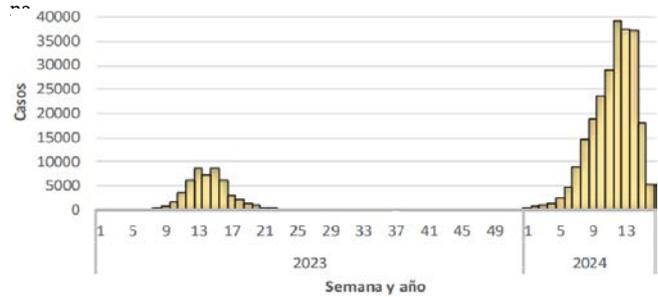
Se deben tomar con prudencia los casos de las últimas SE, porque pueden modificarse de acuerdo con la sucesiva integración de información por parte de los notificadores.

La curva de casos a nivel nacional está fundamentalmente influenciada por el comportamiento observado en la región Centro, que presenta una curva similar a la nacional vinculado con el número de casos que aporta. No obstante, el comportamiento de las distintas regiones tiene particularidades que se describen a continuación.

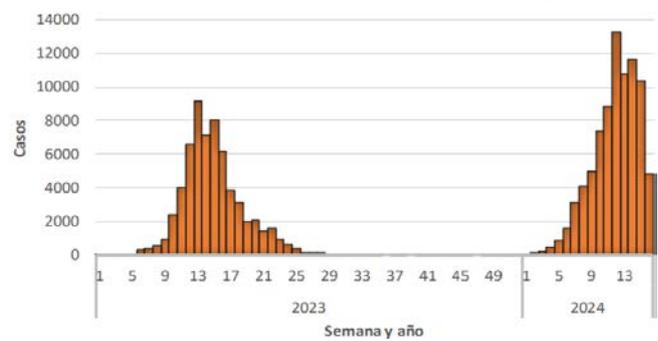
- Noreste Argentino: El pico se registró en la SE 4 de 2024. Se registra un descenso de casos durante 11 SE desde el pico. Hubo un ascenso temprano a partir de la SE 40 de 2023, durante 17 SE. Chaco, Misiones y Formosa presentan una tendencia sostenida en descenso, mientras que en Corrientes se observa un amesetamiento desde la SE 6 de 2024 con ligero aumento en las últimas dos SE, respecto de las anteriores. La región suma 60.883 casos (15,4% del total nacional). La tasa de incidencia es de 1.401 casos cada 100.000 habitantes.
- Centro: Se registró el pico en la SE 12. Se registra un descenso en los casos durante tres SE a partir del pico. Este patrón es similar al de las provincias de Buenos Aires y Entre Ríos, mientras que en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) son dos las SE con menor número de casos que el pico, Córdoba una y Santa Fe presenta un patrón de amesetamiento alto. La región suma 243.968 casos (61,5% del total nacional). La tasa de incidencia es de 806 casos cada 100.000 habitantes.
- Noroeste Argentino: El pico de casos se registró en la SE 12, y se observa un descenso durante tres SE a partir del pico. En las siguientes tres SE continúa un número



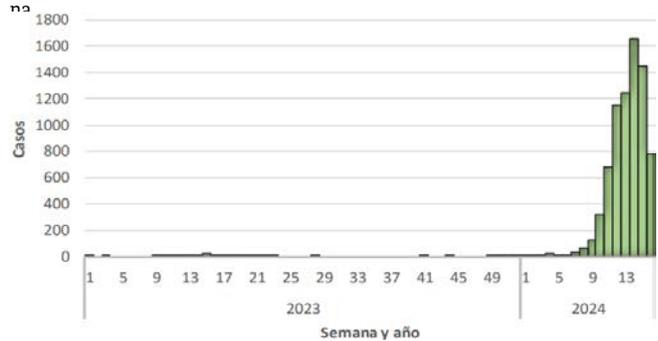
Casos totales por semana epidemiológica. Región Noreste Argentino. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 16 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



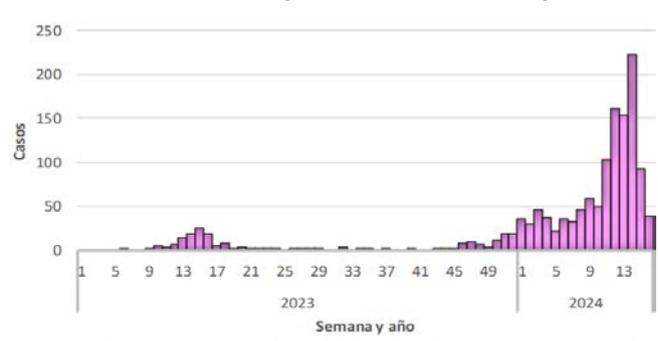
Casos totales por semana epidemiológica. Región Centro. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 16 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Casos totales por semana epidemiológica. Región Noroeste Argentino. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 16 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Casos totales por semana epidemiológica. Región Cuyo. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 16 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



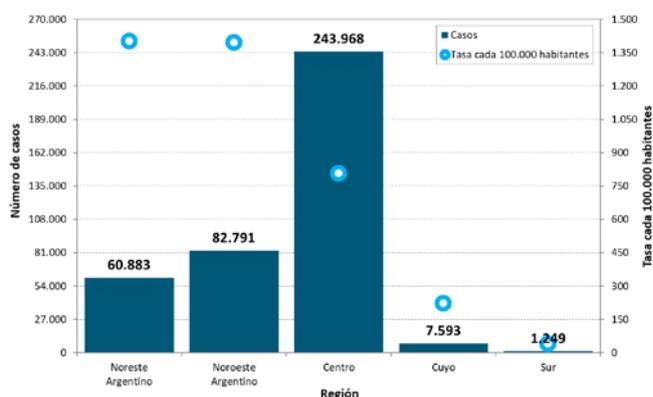
Casos totales por semana epidemiológica. Región Sur. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 16 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Provincia/Región	Temporada 2023/2024 (SE 31 a SE 16)			Año 2024 (SE 1 a SE 16)		
	Confirmados totales	Confirmados por laboratorio	Notificaciones totales	Confirmados totales	Confirmados por laboratorio	Notificaciones totales
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	15.755	14.999	40.804	15.708	14.953	40.155
Buenos Aires	86.129	23.983	123.117	85.886	23.753	121.788
Córdoba	83.678	9.649	105.915	83.595	9.566	104.675
Entre Ríos	13.992	3.815	18.193	13.970	3.794	17.913
Santa Fe	44.414	14.799	66.068	44.279	14.665	64.818
Centro	243.968	67.245	354.097	243.438	66.731	349.349
Mendoza	3.370	1.639	7.690	3.364	1.633	7.612
San Juan	1.408	661	2.601	1.405	658	2.590
San Luis	2.815	627	3.541	2.807	621	3.508
Cuyo	7.593	2.927	13.832	7.576	2.912	13.710
Chaco	25.570	20.094	36.843	18.691	13.607	26.167
Corrientes	8.172	6.148	11.717	6.607	4.599	9.078
Formosa	15.797	15.746	17.769	9.448	9.397	9.677
Misiones	11.344	7.602	16.744	9.771	6.248	13.438
Noreste Argentino	60.883	49.590	83.073	44.517	33.851	58.360
Catamarca	9.434	6.144	13.180	9.430	6.140	13.090
Jujuy	10.080	3.089	14.366	10.075	3.084	14.033
La Rioja	4.529	1.244	6.875	4.529	1.244	6.826
Salta	12.482	6.108	22.186	12.458	6.084	20.972
Santiago del Estero	12.539	2.946	17.822	12.464	2.871	17.240
Tucumán	33.727	24.234	50.964	33.692	24.200	49.923
Noroeste Argentino	82.791	43.765	125.393	82.648	43.623	122.084
Chubut	139	70	287	137	68	279
La Pampa	440	404	1.130	439	403	1.118
Neuquén	140	104	324	129	93	298
Río Negro	72	19	126	72	19	119
Santa Cruz	226	170	408	176	120	339
Tierra del Fuego	232	171	348	209	148	323
Sur	1.249	938	2.623	1.162	851	2.476
Total Argentina	396.484	164.465	579.018	379.341	147.968	545.979

Casos confirmados y notificaciones totales. Argentina. Temporada 2023/2024 (de semana epidemiológica 31 de 2023 a 16 de 2024) y año 2024 hasta semana epidemiológica 16. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

alto de casos, de entre 10.300 y 11.700. Catamarca, La Rioja, Santiago del Estero y Tucumán registran al menos tres SE por debajo del pico; Salta presenta oscilaciones en la notificación de las tres SE posteriores al pico; Jujuy presenta una tendencia en ascenso. La región suma 82.791 casos (20,9% del total nacional). La tasa de incidencia es de 1.396 casos cada 100.000 habitantes.

- Cuyo: Se registró el pico de casos en la SE 14, con descenso en la SE posterior. San Luis y Mendoza experimentan un descenso de una SE a partir del pico, en cambio San Juan presenta tendencia al ascenso. La región suma 7.593 casos (1,9% del total nacional). La tasa de incidencia es de 222 casos cada 100.000 habitantes.
- Sur: Presenta un pico de casos en la SE 14, con un descenso a la SE siguiente. La Pampa es la única provincia con circulación viral confirmada en la región. La región suma 1.249 casos (0,3% del total nacional). La tasa de incidencia es de 40 casos cada 100.000 habitantes.



Los descensos o ascensos inferiores a tres semanas no permiten establecer tendencias.

Casos e incidencia acumulada cada 100.000 habitantes, según región. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2023 a 16 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Circulación de serotipos

En la presente temporada, hasta el momento, se han identificado tres serotipos circulando en el país. De 15.279 casos serotipificados sin antecedentes de viaje, 8.692 (56,89%) corresponden a DENV-2, 6.571 (43,01%) a DENV-1 y 16 (0,10%) a DENV-3.

Durante las últimas SE, se detectaron 162 casos de coinfección por los serotipos DENV-1 y DENV-2, correspondientes principalmente a las regiones Centro y NEA. En la SE 13 se registró el primer fallecido con coinfección: una persona de sexo masculino, de 37 años, oriundo de la provincia de Chaco.

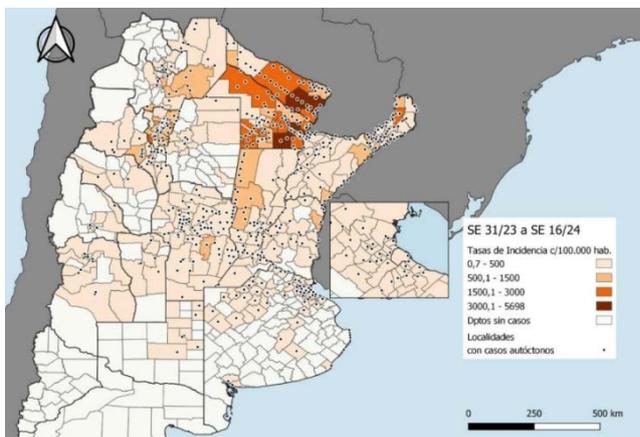
Morbimortalidad por grupos etarios

Entre la SE 31 de 2023 y la SE 16 de 2024, el 55% de los casos correspondió a personas de sexo femenino y 45% de sexo masculino. La incidencia acumulada más elevada y el mayor número de casos se observa en personas de 20 a 39 años. La incidencia más baja se registra en los mayores de 80 años y en los menores de 10 años.

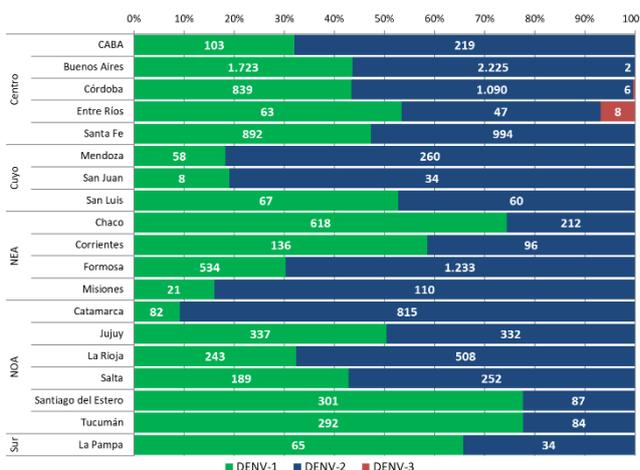
En el mismo período se registró un total de 871 casos con criterio de dengue grave en 21 jurisdicciones y 280 casos fallecidos en 18 jurisdicciones; 270 casos corresponden al año 2024. El 54% de los casos fallecidos se registró en personas de sexo femenino, y 46% en personas de sexo masculino. La mediana de edad de los casos fallecidos fue de 49 años. Los casos fallecidos se registraron en todos los grupos de edad, con la mayor tasa de mortalidad en los mayores de 80 años, seguidos por los de 70 a 79, de 60 a 69 años y de 50 a 59 años, mientras que el mayor número de casos se presentó en personas de entre 30 y 79 años.

Con respecto a los menores de 15 años, se registraron hasta el momento 67.473 casos (tasa de incidencia de 607 casos cada 100.000 habitantes), de los cuales 125 se notificaron como dengue grave (0,19%) y 16 fallecidos (cuya mediana de edad fue de 6 años y la letalidad específica de 0,02%).

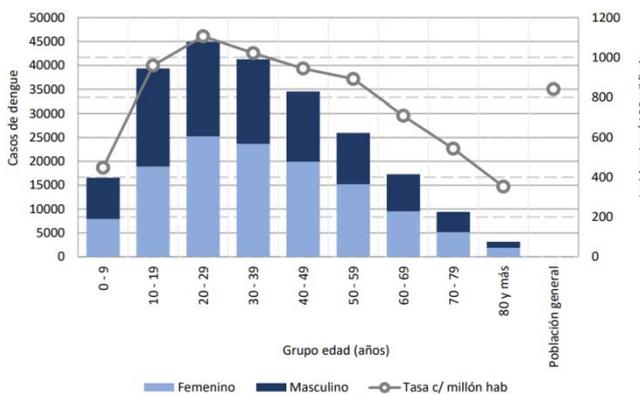
En cuanto a personas gestantes, se registraron 1.871 casos en este grupo poblacional, con una mediana de edad de 25 años. Entre las personas gestantes con diagnóstico de dengue, 15 casos se notificaron como dengue grave y cuatro casos como fallecidos.



Incidencia acumulada por departamento con casos autóctonos y localidades con al menos dos casos. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2023 a 16 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Distribución proporcional de serotipos según jurisdicción de residencia. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2023 a 16 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

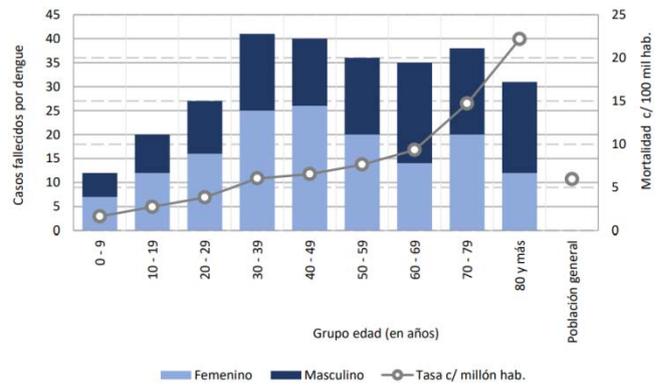


Casos e incidencia acumulada según grupos etarios. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2023 a 16 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

En 108 de los casos se pudo determinar el serotipo involucrado: 69 casos correspondieron al serotipo DENV-2, 38 casos al serotipo DENV-1, y en uno de los casos se detectó coinfección por ambos serotipos.

Los signos y síntomas más frecuentes entre los casos fallecidos con información clínica completa (251 casos) fueron: fiebre, cefalea, mialgias y artralgias, náuseas y vómitos, diarrea y dolor abdominal. En 13 de los 16 menores de 15 años fallecidos, se cuenta con datos completos respecto de los signos y síntomas asociados a la enfermedad. En ocho de estos 13 casos fallecidos (62%) se notificaron manifestaciones gastrointestinales.

En 104 casos fallecidos se registraron comorbilidades, siendo las más frecuentes: enfermedad cardíaca, obesidad, diabetes, enfermedad neurológica crónica e insuficiencia renal crónica. Hasta el momento, no se registraron datos sobre comorbilidades preexistentes en los 176 casos fallecidos restantes (63%).



Casos fallecidos y mortalidad acumulada según grupos etarios. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2023 a 16 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

El análisis de la información para la caracterización epidemiológica de dengue se realiza “por temporada”, entendiendo por tal un período de 52 semanas desde la semana epidemiológica 31 de un año hasta la 30 del año siguiente, para considerar en conjunto los meses epidémicos.

El Ministerio de Salud de Argentina, al desglosar la situación actual del dengue en el país, reveló un panorama detallado sobre la incidencia de la enfermedad viral transmitida por el mosquito *Aedes aegypti*.

Según el último [Boletín Epidemiológico Nacional](#), el pico de la curva epidémica se registró en la semana epidemiológica 12 de 2024, aproximadamente a mediados de marzo, y las semanas posteriores a este pico muestran una disminución en el número de infecciones semanales.



La inquietud que se hace inevitable en este marco es por qué en las últimas semanas hubo un descenso en los casos de dengue, más allá de que aún no se pueda establecer una tendencia firme, tal como plantearon desde el Ministerio de Salud.

“Los casos de dengue bajaron porque empezaron a disminuir las poblaciones de mosquitos adultos por los cambios bruscos de temperatura en el área, con días con temperaturas de 10 a 11°C. Por otra parte, hay numerosos casos con diagnóstico por nexos epidemiológico todavía no notificados. En tanto, en algunas localidades pequeñas se agotó la epidemia porque no hay más personas susceptibles al virus Dengue circulante”, dijo la médica infectóloga Silvia Elena González Ayala, presidenta de la Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica.

En ese tono, según analizó Rogelio Daniel Pizzi, decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba y titular de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Facultades y Escuelas de Medicina, “el pico de casos de la semana epidemiológica 12 se reflejó luego de Semana Santa, por la gran movilidad y el turismo que hubo. La actual baja de contagios se debe a que están llegando temperaturas más bajas y eso no es propicio para la actividad de un mosquito de ambientes tropicales o subtropicales tropicales como *Aedes aegypti*, que requiere de temperaturas cálidas y regímenes de humedad y lluvias. A temperaturas por debajo de los 15°C, pierde su actividad. No obstante, se debe aclarar que la cifra informada de casos presenta un importante subregistro”.

“La actividad del mosquito disminuye por debajo de los 15°C, pero esa temperatura debe ser sostenida, al menos, por 15 días. Por eso no hay que relajarse: hay que seguir cuidándose y tomar todas las medidas sanitarias que emite el Ministerio de Salud de la Nación y los gobiernos provinciales. Los casos van a seguir bajando siempre y cuando se cumpla con todas las normas sanitarias”, agregó Pizzi.

A su turno, Elena María Obieta, infectóloga jefa del Servicio de Enfermedades Transmisibles y Emergentes de la Municipalidad de San Isidro y miembro de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI), apuntó: “Es alentador que tengamos menos casos de dengue, pero no podemos pensar que el dengue se ha ido y no debemos creer que desaparecerá. Todavía hay muchos casos en áreas donde la temperatura siempre está entre los 20 y los 24°C, o incluso más. Se debe estar preparado contra el dengue durante todo el año, tanto para brindar asistencia a los

pacientes y asegurarnos de no pasar por alto casos con signos de alarma que podrían derivar en formas graves, como para pensar en la prevención durante todo el año”.

Mientras que Florencia Troglia, médica infectóloga e integrante de la Comisión de Enfermedades Emergentes y Endémicas de la SADI, apuntó: “El descenso de casos seguramente tiene una relación directa con las temperaturas. La actividad del mosquito *Aedes aegypti*, que transmite la enfermedad, es directamente proporcional a las temperaturas y a la humedad. El mosquito tiene mayor actividad y pica más cuando hace calor. Además, el periodo de incubación extrínseco, que es el tiempo que tarda el mosquito en ser infectante, es decir, en picar a una persona y poder transmitir el virus, también se alarga cuando hace frío. En estas últimas semanas, en todo el país, se registraron temperaturas más bajas, así que probablemente tenga que ver con eso”.

De todos modos, según Troglia, “debemos ser prudentes porque la temporada de dengue no cerró, termina en la semana epidemiológica 30 de 2024. O sea, que faltan todavía 15 semanas. Y, por otra parte, siempre la notificación de casos tiene un pequeño retraso. Estamos en un año marcado por el fenómeno de El Niño y se estima que sus efectos se pueden extender hasta fines de mayo o junio”.

El fenómeno de El Niño es un evento natural caracterizado por la fluctuación de las temperaturas del océano en la parte central y oriental del Pacífico ecuatorial, asociada a cambios en la atmósfera. Tiene una gran influencia en las condiciones climáticas de diversas partes del mundo y tiende a registrar precipitaciones superiores a las normales, según el Servicio Meteorológico Nacional.

Por su parte, la bióloga Laura Harburguer, investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas en la Unidad de Investigación y Desarrollo Estratégico para la Defensa, consideró: “Es posible que los días sostenidos de frío bajen los casos y, para eso, debería pasar que haya varios días con temperaturas menores a 15°C de forma consecutiva”.

La especialista explicó que “en este momento es necesario eliminar a los adultos de los mosquitos que están circulando; a las hembras, que son las que se alimentan de sangre. Entonces, si hay un solo día de baja temperatura, esto no ocurrirá. Pero con días sostenidos de baja temperatura puede descender la población de hembras adultas, que son las que pican y transmiten la enfermedad”.

“Las larvas, que son acuáticas, pueden tolerar temperaturas diferentes porque, en general, el agua está a una temperatura menor que la temperatura ambiente. Entonces, el período de tiempo que tarda esa larva en convertirse en adulto se extiende. El período entre que la larva nace hasta que se convierte en adulto es de entre 5 a 10 días, dependiendo de las condiciones ambientales y de la latitud. Bajo temperaturas no óptimas, como 15 o 10°C, ese período se alarga: en vez de hasta diez días, puede durar 20 días y hasta un mes”, agregó Harburguer.

De acuerdo a la bióloga, “esto puede traer como consecuencia que las larvas queden latentes y que cuando se produzcan días calurosos haya nuevos adultos. Probablemente bajen los casos de dengue por temperaturas bajas sostenidas, porque van a eliminar al mosquito adulto, pero no necesariamente a las larvas y mucho menos a los huevos, que pueden resistir temperaturas realmente bajas y atravesar todo el invierno”.



BRASIL

PARANÁ YA CONFIRMÓ SEIS CASOS
DE FIEBRE DE OROPOUCHE

25/04/2024

La Secretaría de Salud del Estado (SESA) de Paraná registró el 24 de abril un caso de fiebre de Oropouche en Apucarana, en la Región Norte del Estado. El diagnóstico fue confirmado por el Laboratorio Central del Estado (LACEN-PR), a través de una unidad centinela, que toma muestras de sangre de los pacientes. Ahora, el Estado investigará el origen del virus para verificar si el caso es importado o autóctono, además de otras particularidades.



Otros cinco casos ya habían sido detectados en Paraná este año, todos importados. Los registros ocurrieron en los municipios de Curitiba, Lupionópolis y Foz do Iguaçu. Pacientes de Manaus y Rio Branco que fueron atendidos en el estado también dieron positivo para la enfermedad.

“El Estado monitorea continuamente la evolución de los casos registrados, con el fin de garantizar un panorama completo de la enfermedad y actuar de manera más asertiva. Vale la pena considerar que, como en los casos de dengue, la fiebre de Oropouche es una enfermedad prevenible, especialmente con acciones de gestión ambiental”, afirmó el secretario de Estado de Salud, Carlos Alberto Gebrim Preto.

La fiebre de Oropouche es una enfermedad causada por un arbovirus del género *Orthobunyavirus*, perteneciente a la familia *Peribunyaviridae*. Es transmitida por mosquitos del género *Culicoides*, conocidos popularmente como “maruim” o “mosquito pólvora”. Generalmente se encuentra en regiones con alta humedad y presencia de materia orgánica.

Los detectives de enfermedades de Chicago afirman que han estado observando una tendencia preocupante: los pacientes se quejan de síntomas inusuales como problemas de visión y oculares, dolores de cabeza y pérdida de audición o mareos causados por la sífilis, una infección de transmisión sexual.

Los médicos saben desde hace mucho tiempo que la sífilis puede dañar permanentemente la visión y la audición de una persona e incluso puede causar cambios psiquiátricos, pero estos síntomas generalmente se asocian con infecciones que no han sido diagnosticadas ni tratadas durante años.

Un reciente [estudio](#) reveló que el año pasado hubo más de dos decenas de casos con este tipo de síntomas en Chicago, y casi un tercio de los casos se encontraban en las primeras etapas del desarrollo de la infección.

Más de dos tercios de estos pacientes (68%) no presentaban los síntomas típicos de la sífilis, como sarpullido o chancro, que podrían alertar a los médicos sobre la infección.

“Los proveedores definitivamente necesitan realizar más pruebas de detección y ser conscientes de que esto es lo que están viendo”, dijo la autora principal del estudio, la Dra. Amy Nham, funcionaria del Servicio de Inteligencia Epidémica (EIS) de primer año, o “detective de enfermedades”, asignada al Departamento de Salud Pública de Chicago.

Los casos de sífilis están aumentando en todo Estados Unidos. En 2022, se notificaron más de 207.000 casos, [la cifra más alta](#) desde la década de 1950, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos.

Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) tradicionalmente han tenido la mayor carga de sífilis en Estados Unidos, y eso sigue siendo cierto; pero en los últimos años, la demografía de la infección ha ido cambiando, y las infecciones se han más que duplicado en hombres y mujeres heterosexuales desde 2019. La sífilis congénita, en la que la infección se transmite de una mujer embarazada a su bebé, también está aumentando.

Nham dijo que sus supervisores del Departamento de Salud Pública de Chicago le pidieron que investigara casos con síntomas inusuales (llamados sífilis NOO, por neurosífilis, sífilis ocular y sífilis ótica) después de escuchar que los proveedores de toda la ciudad estaban atendiendo más de estos casos.

La Dra. Amy Nham buscó en un depósito de registros médicos de toda la ciudad para buscar casos de pacientes que tuvieran signos o síntomas compatibles con la [sífilis NOO](#) y 28 personas cumplieron con su definición de caso. La mayoría (75%) eran hombres y negros (71%). Los pacientes tenían edades comprendidas entre 23 y 82 años. Seis eran hombres HSH, pero aproximadamente la mitad dijeron que eran heterosexuales. Uno de cada tres era VIH positivo, que era un porcentaje menor de lo que Nham dijo que esperaba, dado que las personas que viven con VIH generalmente tienen síntomas más graves de sífilis. Según los últimos datos de los CDC, [más de un tercio](#) de los HSH con sífilis primaria y secundaria también tenían VIH.

El estudio de Nham encontró que los síntomas más comunes que experimentaban los pacientes eran dolor de cabeza, cambios de personalidad o alteración del estado mental y problemas oculares como pérdida de visión, sensibilidad a la luz o hinchazón del ojo.

“No son los síntomas más específicos, por lo que es realmente importante que los proveedores realicen pruebas de detección adecuadas y pregunten a los pacientes sobre los factores de riesgo” y cosas como su historial sexual, dijo Nham.

El estudio de Nham solo analizó Chicago, pero ella ha estado recopilando informes de casos y dice que los médicos están viendo cosas similares en otras partes del país.

Dijo que no sabe con seguridad por qué están viendo más casos con estos síntomas atípicos, pero tiene algunas teorías.

El tratamiento preferido para la sífilis es una inyección de una forma de acción prolongada del antibiótico penicilina, llamada Bicillin L-A, que ha estado en escasez durante un año. Debido a que las inyecciones son el único tratamiento eficaz durante el embarazo, los CDC han aconsejado que los proveedores de atención médica den prioridad a esas inyecciones para las personas embarazadas y los bebés.

Los hombres pueden tomar un antibiótico diferente (doxiciclina) para curar sus infecciones. Pero la doxiciclina es una pastilla que debe tomarse dos veces al día durante varias semanas para que sea efectiva, y algunas personas no terminan el tratamiento completo, lo que puede permitir que la infección empeore.

“Podría haber simplemente un aumento en el número de pacientes no tratados o tratados de forma inadecuada, lo que está causando resultados más graves de sífilis”, dijo Nham.



Guatemala declaró el 30 de abril la emergencia sanitaria nacional ante el aumento de casos de dengue.

La medida fue anunciada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que instó en un documento a los organismos públicos y privados del sector a coordinar acciones con la cartera para prevenir brotes con jornadas de fumigación y mantener la vigilancia para disminuir la mortalidad.



El 26 de abril, el ministerio informó la cantidad de casos de dengue acumulados en 2024, que hasta la semana epidemiológica 16 sumaban 14.697 a escala nacional. En el mismo periodo, se han registrado 19 casos de dengue grave, de los cuales hay nueve fallecidos.

Según el organismo, en 2024 el incremento de casos de dengue es de 479% respecto de los 2.537 casos registrados en 2023.

En lo que va de 2024, también se registraron 14 casos de fiebre zika y 21 de fiebre chikungunya.

El ministerio informó que en al menos 12 departamentos del país los casos se han quintuplicado en comparación con los registros de 2023, en el mismo periodo. Los departamentos con mayor incidencia de casos de dengue son Zacapa, Jutiapa, El Progreso y Santa Rosa, en el este del país.

En todo el año 2023, el dengue dejó 118 muertes y unos 65.000 casos en Guatemala, un máximo histórico que superó el registro de 2019, cuando hubo más de 50.000 casos, de acuerdo con estadísticas oficiales.

A inicio de marzo de 2024, el Gobierno del presidente César Bernardo Arévalo de León declaró una alerta epidemiológica nacional debido “al inicio de la temporada en la que aumenta la transmisión del dengue en el país”.

Luego de la publicación oficial, el ministro de Salud, Oscar Arnoldo Cordón Cruz, amplió detalles del por qué se tomó la decisión de declarar la alerta.

“Lo que estamos presenciando es un efecto más del cambio climático: la cantidad de casos de dengue que tenemos a este momento quintuplica la cantidad de casos que teníamos el año pasado”, dijo el funcionario.

Agregó que esta situación no solo se está observando en Guatemala, sino en todo el continente americano, lo que obliga a tomar esta acción de declarar la emergencia para que los centros de salud y hospitales estén pendientes.

Remarcó que buscan que las medidas de prevención con la población se fortalezcan y que los protocolos de atención estén al día para que “no se pierda tiempo” cuando a los servicios ingrese un paciente con signos graves

“No sabemos cuánto tiempo va a durar esto, pero lo que nos atrevemos a proyectar es que seguramente vamos a ver todavía más casos”, dijo Córdón Cruz en relación al tiempo que estará la emergencia.

Cuando se le preguntó si Guatemala podría llegar a la situación de Brasil en el tema de casos, el funcionario dijo que “es muy probable” y por esa razón la alerta se activó y espera que el personal de Salud y la población respeten las recomendaciones.

Córdón Cruz hizo una proyección de los dos posibles escenarios en Guatemala en relación con la epidemia de dengue. “El mejor escenario sería no tener casos graves, que no se tenga que lamentar pacientes fallecidos. El peor escenario es que si no se siguen las medidas de recomendación y prevención, el número de casos desborde la capacidad que tengan en atención los servicios de Salud”, vaticinó.



Año tras año, cientos de miles de vidas en África se pierden a causa de la malaria, una enfermedad prevenible y tratable.

Al ser la región más afectada por la malaria, hay mucho en juego. En marzo, los ministros de salud de 11 países con la mayor carga de malaria en el continente se reunieron en Yaundé, Camerún, y se comprometieron a acelerar la reducción de la mortalidad por malaria.

Hicieron una declaración: “[Nadie morirá de malaria](#)“. Una declaración de este tipo requiere nuevas ideas sobre la mejor manera de reducir la carga de la malaria.

A pesar de los enormes avances logrados en la lucha contra la malaria en las últimas dos décadas, los avances se han estancado. África experimentó un aumento en los casos, con cifras que pasaron de [218 millones en 2019](#) a [233 millones en 2022](#).

Ante amenazas como la resistencia a los insecticidas y el estancamiento de la financiación para la lucha contra la malaria, debemos ser más estratégicos en el uso de las herramientas actuales y futuras.

Ahora, países de todo el continente están adoptando un nuevo enfoque: uno que utiliza datos de alta calidad para seleccionar la combinación óptima de herramientas para un entorno local. Estas estrategias ayudan a los países a maximizar el impacto de los recursos limitados para poner a África en un camino acelerado para poner fin a la malaria para siempre.

La transmisión de la malaria varía considerablemente a lo largo del continente y dentro de los países. Un ejemplo es el de Mozambique, un país clasificado entre los cuatro primeros a nivel mundial en casos y muertes por malaria. En las provincias del norte, la [prevalencia de la malaria](#) se dispara hasta 57%. Por el contrario, la parte sur del país está en camino de eliminar la malaria, con una prevalencia de sólo 1%.

Este sorprendente contraste dentro de una nación subraya la necesidad crítica de adaptar las intervenciones en función del entorno local. Los enfoques generales distribuyen demasiados recursos valiosos, dejando áreas de alto riesgo vulnerables y áreas de bajo riesgo con herramientas que podrían usarse mejor en otros lugares.

Las estrategias personalizadas utilizan datos oportunos y precisos, sobre todo, desde la incidencia de la malaria hasta las precipitaciones y las poblaciones de mosquitos, para identificar la combinación más eficaz de herramientas en función de las condiciones locales. Este es el espíritu del llamado de la Declaración de Yaundé a un “uso estratégico de la información para la acción”.

Kenya, Mozambique, Tanzania y Nigeria son los cuatro países que lideran esta tendencia. Estos países están empleando estrategias sofisticadas basadas en datos para determinar la combinación más adecuada de herramientas, como mosquiteros tratados, fumigación con insecticidas y vacunas para cada distrito, reduciendo rápidamente la carga de malaria en sus respectivos países.

En particular, Kenya fue uno de los primeros innovadores en la utilización de datos subnacionales para adaptar las intervenciones de manera efectiva.

El Programa Nacional de Control de la Malaria de Tanzania fue uno de los primeros en adoptar un enfoque que utiliza datos, incluidos modelos matemáticos, para adaptar la combinación de herramientas a los contextos locales, lo que ha informado su estrategia contra la malaria en todo el país.

Mozambique adoptó el uso de tecnología de vigilancia integrada. A través del Proyecto Atlas de Malaria, que utiliza datos genómicos, el país está combinando datos de casos de malaria de rutina del sistema de salud con encuestas de prevalencia puntuales para crear mapas granulares del riesgo de malaria y tener en cuenta la variabilidad estacional. Los resultados hablan por sí solos: debido a la ampliación de los enfoques basados en datos, la prevalencia de la malaria en niños pequeños en Mozambique cayó 17% en cinco años.

Nigeria está trabajando actualmente para desarrollar un panel que simule el uso de una combinación de diferentes herramientas para prevenir la malaria en diferentes áreas del país. Estos escenarios están ayudando al Ministerio de Salud a tomar decisiones sobre dónde la vacuna contra la malaria puede tener el mayor impacto y las regiones a las que se debe dirigir su implementación.

La ciencia africana (y los científicos africanos) están en el centro de este enfoque transformador. Instituciones como el Centro Internacional de Investigación y Capacitación en Genómica Aplicada y Vigilancia de la Salud (CIGASS) en Senegal y el Centro Africano de Excelencia en Genómica de Enfermedades Infecciosas (ACEGID) en Nigeria están utilizando secuenciación genómica de vanguardia para identificar y comprender los patrones de resistencia a los medicamentos contra la malaria y a los insecticidas utilizados para controlar los mosquitos. Luego, los programas nacionales de control de la malaria adaptan sus estrategias para responder con la combinación adecuada de soluciones que tendrán el mayor impacto en función de esos patrones de resistencia.

La ampliación de soluciones adaptadas puede poner al mundo en una vía rápida hacia la erradicación de la malaria, pero sólo si se hace de la erradicación de la malaria una máxima prioridad. El costo de la inacción es demasiado alto.

La demora genera resistencia, lo que podría costar millones de vidas más y miles de millones de dólares en pérdidas económicas. Los medicamentos e insecticidas que alguna vez funcionaron pueden fallar, lo que podría provocar un retroceso en el progreso logrado con tanto esfuerzo durante los últimos 20 años.

Por lo tanto, los gobiernos de los países más afectados deben priorizar estrategias localizadas e invertir en la próxima generación de herramientas para combatir la malaria. Los donantes deben respaldar financieramente estas soluciones y las soluciones empresariales del sector privado deben adoptarse a través de asociaciones innovadoras.

Desde Yaundé llegó una promesa audaz: no más muertes innecesarias por malaria. África tiene el ingenio para cumplir esa promesa y finalmente marcar el comienzo de un mundo donde nunca más se pierdan vidas a causa de la malaria, pero se debe actuar con rapidez.

Desde mediados de marzo se han registrado 40 pacientes enfermos con el mismo tipo de *Salmonella*. Se trata de 24 hombres y 16 mujeres de edades comprendidas entre 0 y 83 años. Las primeras investigaciones muestran que los pacientes no viajaron, no comieron en los mismos restaurantes y no participaron en ningún evento conjunto. Como los pacientes viven en toda Dinamarca, esto sugiere que se trata de un alimento que se ha vendido en los supermercados de todo el país.



“Estamos trabajando para descubrir la causa del brote. Las investigaciones preliminares indican que la fuente de infección podría ser carne picada vendida en supermercados”, afirmó la epidemióloga Luise Müller, del Statens Serum Institut.

Annette Perge, de la Administración Danesa de Alimentos y Medicamentos, explicó: “Aunque todavía no sabemos con certeza qué es lo que está enfermando a las personas con *Salmonella*, nos gustaría que los consumidores presten especial atención a una buena higiene en la cocina. Es importante cocinar bien la carne picada, mantener la carne lista para comer separada de la carne cruda y evitar probar la carne cruda”, dijo.

Todos los pacientes están infectados con el mismo tipo de la bacteria *Salmonella*.

“*Salmonella enterica enterica* serovariedad Typhimurium se ha encontrado anteriormente en la carne de ganado vacuno y porcino, así como en productos avícolas extranjeros, y anteriormente ha dado lugar a brotes”, afirmó la investigadora principal Marianne Sandberg, del Instituto de la Alimentación, de la Universidad Técnica de Dinamarca.

La infección por *Salmonella* suele provocar malestar general, diarrea, dolor de estómago, posiblemente náuseas, vómitos y fiebre. La infección suele ir acompañada de dolor en las articulaciones, dolor muscular y dolor de cabeza. Es importante beber muchos líquidos para prevenir y tratar la deshidratación causada por la diarrea y los vómitos. En la mayoría de los casos, los síntomas de la salmonelosis son leves y desaparecen por sí solos. Si los síntomas persisten, debe consultarse con un médico.

La Western Division ha notificado 212 casos de leptospirosis, mientras que ha habido 31 casos confirmados por laboratorio en la Subdivisión Médica de Kadavu desde principios de este año.

Como resultado, el Ministerio de Salud ha declarado brotes de leptospirosis en la Western Division y Kadavu, ya que el número de casos está significativamente por encima de los niveles esperados para esta época del año.

El Ministerio dice que en Western Division, en las dos o tres semanas anteriores, el número de casos notificados por laboratorio superó el umbral de brote, y la mayoría de los casos provinieron de las subdivisiones médicas de Lautoka y Ba.

La mayoría de los casos en Western Division corresponde al grupo de edad de 10 a 29 años. En Kadavu, la mayoría de los casos se encuentra en el grupo de 10 a 19 años.

Se ha movilizado un equipo de apoyo para ayudar al Equipo de Respuesta a Brotes de la Subdivisión de Kadavu a implementar actividades de prevención y control.

El Ministerio dijo que los equipos de salud divisionales y subdivisionales han sido capacitados para investigar casos e implementar las medidas de prevención de salud pública necesarias para la vigilancia y el control de vectores específicos.

El Ministerio instó a la población a aprender sobre la leptospirosis, tomar precauciones para prevenir la infección y presentarse rápidamente a un centro médico en caso de desarrollar síntomas.

Las bacterias *Leptospira* se transmiten a través de abrasiones o cortes en la piel, o a través de la conjuntiva y las mucosas. La piel macerada resultante de la exposición prolongada al agua es otra vía sospechosa de infección. Los seres humanos pueden infectarse por contacto directo con orina o fluidos reproductivos de animales infectados, por contacto con fuentes de agua dulce o suelo húmedo contaminados con orina, o por el consumo de alimentos o agua contaminados. La infección rara vez se produce por mordeduras de animales o por contacto de persona a persona. Los roedores son un reservorio importante de *Leptospira*, pero la mayoría de los mamíferos, incluidos perros, caballos, ganado vacuno y porcino, y muchas especies de animales silvestres, pueden infectarse y eliminar la bacteria en la orina.

Estudios limitados han demostrado que la quimioprofilaxis con doxiciclina (200 mg por vía oral, semanalmente) iniciada 1 o 2 días antes y continuada durante el período de exposición, podría ser eficaz para prevenir la enfermedad clínica en adultos y podría considerarse para personas con alto riesgo y con exposiciones a corto plazo.

El predominio de casos en el grupo de edad de 10 a 29 años podría estar relacionado con una exposición específica en las dos áreas geográficas notificadas y debería investigarse si este rango de edad es diferente al de años anteriores. Tampoco hay ninguna indicación en el cable de noticias anterior si los casos prevalecen más en los hombres.

Las autoridades de Islandia emitieron una alerta después de que a seis personas se les diagnosticara listeriosis.

La Autoridad Alimentaria y Veterinaria de Islandia (MAST) quería aumentar la concienciación sobre la enfermedad entre los grupos en riesgo y sobre las medidas preventivas que las empresas alimentarias pueden tomar.

Los grupos de riesgo son las personas con el sistema inmunológico debilitado, las que toman medicamentos inmunosupresores o están en tratamiento contra el cáncer, las mujeres embarazadas, los niños pequeños y los ancianos.

Aún no se ha identificado la fuente de la infección transmitida por los alimentos. Las autoridades no dijeron si los casos fueron aislados o parte de un brote.

En los últimos años, se han reportado entre dos y cinco casos anuales en Islandia. Aun así, en 2024 se diagnosticaron seis casos de listeriosis mediante hemocultivo en el Departamento de Bacteriología y Virología del Hospital de la Universidad Nacional de Islandia. De cinco casos con información disponible, cuatro son hombres y uno es mujer. Tienen entre 70 y 85 años.

En Islandia, la infección por *Listeria* se convirtió en una enfermedad de declaración obligatoria en 1997. En un estudio realizado entre 1978 y 2000, se describieron 40 casos y la tasa de mortalidad fue de alrededor de 33%.

En un boletín electrónico publicado por la Dirección de Salud de Islandia, se señaló como motivo de preocupación la creciente incidencia de listeriosis en Europa, especialmente entre las personas mayores, debido a la gravedad de la enfermedad en personas vulnerables.

La nota decía que era esencial educar a los grupos de alto riesgo sobre la asociación de *Listeria* con ciertos alimentos que se sirven crudos, como quesos de leche blanda y cruda, verduras y ensaladas, y alimentos listos para comer como sándwiches y salmón ahumado.

La MAST aconsejó a las empresas que se aseguren de limpiar adecuadamente las superficies en contacto con los alimentos y otras áreas y que sean conscientes de las biopelículas que ayudan a la supervivencia de *Listeria*. También se hizo hincapié en el mantenimiento para evitar que las bacterias sobrevivan o se multipliquen en el entorno de producción.

La agencia añadió que las empresas que producen alimentos listos para el consumo deben controlar periódicamente la *Listeria* en el entorno de producción y en los productos, y la frecuencia de los análisis depende de una evaluación de riesgos.

Los consumidores pueden asegurarse de que la temperatura de su refrigerador sea inferior a 4°C, no consumir alimentos después de su fecha de caducidad y calentar los platos preparados a 75°C.

Los alimentos contaminados con *Listeria monocytogenes* pueden no verse ni oler en mal estado, pero aun así pueden causar infecciones graves y, en ocasiones, potencialmente mortales. Cualquier persona que haya desarrollado síntomas de infección por *Listeria* debe buscar tratamiento médico e informar a sus médicos sobre una posible exposición a *Listeria*.

Además, las personas deben controlar los síntomas durante las siguientes semanas porque pueden pasar hasta 70 días después de la exposición a *Listeria* para que se desarrollen los síntomas de listeriosis.

Los síntomas de la infección por *Listeria* pueden incluir vómitos, náuseas, fiebre persistente, dolores musculares, dolor de cabeza intenso y rigidez del cuello. Se requieren pruebas de laboratorio específicas para diagnosticar las infecciones por *Listeria*, que pueden simular otras enfermedades.

Las mujeres embarazadas, los ancianos, los niños pequeños y las personas con sistemas inmunitarios debilitados, como los pacientes con cáncer, corren especial riesgo de sufrir enfermedades graves, infecciones potencialmente mortales y otras complicaciones. Aunque las mujeres embarazadas infectadas pueden experimentar sólo síntomas leves similares a los de la gripe, sus infecciones pueden provocar un parto prematuro, infección del recién nacido o incluso la muerte fetal.

Dos días después de la confirmación de los tres primeros casos autóctonos de cólera en Mayotte, la prefectura y la Agencia Regional de Salud (ARS) anunciaron, el 28 de abril, que el número total de casos en la isla ascendía a 26, precisando que se inauguró una nueva “unidad de cólera” en un centro médico. Un informe anterior había informado trece casos el 26 de abril.

“Ante la situación, y para garantizar la asistencia a todos los enfermos, la ARS y el centro hospitalario de Mayotte han tomado la decisión de abrir a partir de hoy una segunda unidad de cólera”, en el centro médico de referencia de Dzoumogné. La primera unidad, capaz de acoger a un máximo de 14 personas en el centro hospitalario de Mayotte, ya no puede acoger nuevos pacientes.

A la espera de la llegada de futuros refuerzos, el centro hospitalario de Mayotte está concentrando su personal en el tratamiento relacionado con el cólera. La zona carece de personal sanitario. Según Olivier Brahic, director general de la ARS, “la situación del centro hospitalario de Mayotte, en términos de recursos humanos, sigue siendo muy crítica, en particular en el servicio de urgencias”.

El 26 de abril se identificaron los tres primeros casos de cólera autóctono en Koungou, al norte de Mamoudzou. Hasta entonces, desde mediados de marzo se habían registrado diez casos importados entre personas llegadas especialmente de las vecinas islas Comoras. Para contener y reducir el riesgo en la comuna de Koungou, la ARS reforzó sus intervenciones sobre el terreno y creó un centro de detección y orientación. “También se están organizando las operaciones de vacunación sobre el terreno”, precisó la ARS, que al mismo tiempo prosigue sus operativos sanitarios para garantizar una amplia difusión de las recomendaciones y orientar a las personas hacia los sistemas de vacunación y de detección.

“La epidemia se puede propagar sin control real en los barrios de la zona urbana de Mamoudzou-Koungou, densamente poblada, especialmente en los barrios marginales desprovistos de los servicios sanitarios públicos más básicos”, advirtió el diputado de los Republicanos de Mayotte, Mansour Kamardine, recordando que “todo el territorio de Mayotte sigue sujeto a restricciones de acceso al agua corriente”. El parlamentario pidió en particular “un plan general de vacunación accesible a todos, en particular a los niños y a las personas vulnerables”.

El sistema de salud de Gaza ha quedado devastado: hombres, mujeres y niños corren un riesgo cada vez mayor de sufrir desnutrición aguda y su salud física y mental se deteriora rápidamente, según un reciente informe publicado el 29 de abril por la organización médica internacional Médicos Sin Fronteras (MSF), titulado *Los asesinatos silenciosos de Gaza: la destrucción del sistema de salud y la lucha por la supervivencia en Rafah*.



Más de seis meses después del inicio de la invasión a Gaza, la devastación se extiende mucho más allá de los muertos por los bombardeos y ataques aéreos israelíes. MSF describe la lucha masiva que enfrentan hoy los palestinos en Gaza para acceder a la atención médica y advierte sobre un gran número de muertes evitables causadas por interrupciones en la atención médica crítica.

“¿Cuántos niños han muerto ya de neumonía en hospitales saturados?”, se preguntó Mari-Carmen Viñoles, jefa de programas de emergencia de MSF. “¿Cuántos bebés han muerto a causa de enfermedades prevenibles? ¿Cuántos pacientes con diabetes quedan sin tratamiento? ¿Qué pasa con las consecuencias mortales del cierre de las unidades de diálisis renal en los hospitales atacados? Estos son los asesinatos silenciosos de Gaza que no se reportan en todo este caos, causado por el colapso del sistema de salud en toda Gaza”.

Los equipos de MSF que trabajan en Rafah informan que el diezmado sistema de salud y las condiciones de vida inhumanas también aumentan el riesgo de brotes de enfermedades, desnutrición y el impacto a largo plazo del trauma psicológico. MSF advierte que una incursión militar en Rafah, además de la actual crisis humanitaria en Gaza, sería una catástrofe insondable y pide un alto el fuego inmediato y sostenido.

Las condiciones de vida en Rafah agravan los problemas de salud

Las condiciones de vida actuales en Rafah no son propicias para la supervivencia, afirma el informe de MSF, basándose en datos médicos y testimonios de pacientes. Hay una escasez desesperada de agua potable para beber o bañarse, mientras que la basura y las aguas residuales se acumulan en las calles de esta pequeña porción de tierra que ahora alberga a más de un millón de personas que fueron desplazadas por la fuerza del norte de Gaza.

En sólo dos de los centros de atención primaria de MSF en las áreas de Al-Shaboura y Al-Mawasi, sus equipos brindan un promedio de 5.000 consultas médicas cada semana, muchas de ellas relacionadas con las condiciones de vida deficientes de la gente. Más de 40% de estas consultas son para pacientes con infecciones del tracto respiratorio superior. MSF observó un número cada vez mayor de casos sospechosos de hepatitis A. En los últimos tres meses de 2023, los casos de enfermedades diarreicas notificados entre niños menores de cinco años

fueron 25 veces mayores que durante el mismo período de 2022. Entre enero y marzo de 2024, los equipos trataron 216 niños menores de cinco años por desnutrición aguda moderada o grave, una condición que prácticamente no existía antes del conflicto actual.

Con los hospitales abrumados por pacientes traumatizados, las personas con otros tipos de necesidades médicas, como mujeres embarazadas con complicaciones y personas que viven con enfermedades crónicas, a menudo no pueden recibir la atención que necesitan. En el hospital emiratí, donde MSF apoya al departamento de posparto, los equipos médicos luchan por atender cerca de 100 partos al día, cinco veces más que antes de la guerra. En las clínicas de MSF, las consultas por hipertensión, diabetes, asma, epilepsia y cáncer han aumentado a medida que los pacientes buscan seguimiento y medicación. Sin embargo, si su condición empeora y necesitan medicamentos o equipos especializados, que son cada vez más difíciles de conseguir en Gaza, poco se puede hacer por ellos. Hoy en día, muchas derivaciones médicas en Gaza se retrasan o simplemente no son posibles.

La salud mental de la población de Gaza –incluido el personal médico– también está hecha pedazos. La mayoría de los pacientes que llegan a las clínicas de MSF presentan síntomas relacionados con la ansiedad y el estrés, incluidas condiciones psicósomáticas y depresivas. Algunas personas que cuidan a familiares con graves trastornos de salud mental han recurrido a sedación excesiva para mantenerlos seguros y evitar que se hagan daño a sí mismos o a otros, debido a la falta de servicios especializados que aún funcionen en Gaza.

Para MSF, intentar apoyar el devastado sistema sanitario de Gaza ha sido un gran desafío debido a la inseguridad. MSF también ha enfrentado desafíos sustanciales para llevar suministros médicos y ayuda humanitaria a Gaza debido a retrasos y restricciones por parte de las autoridades israelíes, que se describen en detalle en el anexo del informe.

“Como organización médica de emergencia internacional, tenemos la experiencia y los medios para hacer mucho más y ampliar nuestra respuesta”, afirmó Sylvain Groulx, coordinador de emergencias de MSF. “El personal médico palestino está altamente cualificado y sólo necesita que se le proporcionen los medios para trabajar en condiciones aceptables y dignas para tratar y salvar vidas. Pero hoy todo esto sigue siendo absurdamente imposible. Sin un alto el fuego inmediato y sostenido y la entrada de asistencia humanitaria significativa, seguiremos viendo morir a más personas”.



Los brotes de enfermedades zoonóticas están aumentando a nivel mundial debido al cambio climático. En particular, la propagación de enfermedades transmitidas por mosquitos es muy sensible al cambio climático, y Taiwán ha visto un aumento preocupante en el número de casos de dengue en los últimos años.

Al igual que para la mayoría de las enfermedades conocidas, el dicho popular “una onza de prevención vale una libra de cura” también se aplica al dengue. Dado que todavía no existe una vacuna segura y eficaz para todos a escala mundial, los esfuerzos de prevención del dengue se basan en limitar los lugares donde los mosquitos pueden poner sus huevos y dar a las personas una advertencia temprana cuando es probable que ocurra un brote. Sin embargo, hasta el momento, no existen modelos matemáticos que puedan predecir con precisión la ubicación de los brotes de dengue con anticipación.

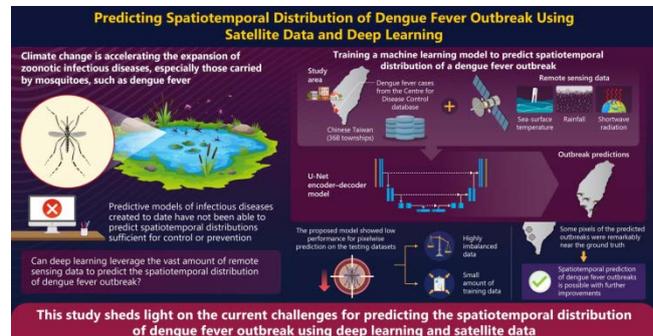
Para abordar este problema, un estudio combinó inteligencia artificial (IA) con datos de teledetección para predecir la distribución espaciotemporal de los brotes de dengue en Taiwán.

En el trabajo se recopilaron datos climáticos de Taiwán desde 2002 hasta 2020, incluidos datos sobre precipitaciones, temperatura de la superficie del mar y radiación de onda corta. También se recopiló información sobre el lugar de residencia de todos los casos de dengue registrados en el Centro para el Control de Enfermedades de Taiwán. Esto permitió preparar un conjunto de datos de entrenamiento etiquetado para el modelo de IA, que idealmente debería ser capaz de encontrar patrones ocultos entre los casos de dengue y los parámetros climáticos.

El modelo de IA en cuestión era una red neuronal convolucional con una arquitectura de codificador-decodificador basada en U-Net. El modelo U-Net funciona con muy pocas imágenes de entrenamiento y produce una segmentación semántica más precisa cuando se le proporciona la información de ubicación. Este diseño suele funcionar bien en tareas de segmentación de imágenes, incluso cuando se entrena con pocas muestras. Después de entrenar el modelo, se intentó validarlo utilizando los datos recopilados restantes.

Desafortunadamente, el modelo no funcionó tan bien como se esperaba. La mayoría de los píxeles en el mapa de Taiwán marcados como lugares previstos para el brote de dengue no coincidían con los datos originales. Sin embargo, no se pierden todas las esperanzas con este enfoque: si bien la mayoría de los píxeles de brotes pronosticados no se superpusieron con la realidad del terreno, algunos de ellos se ubicaron bastante cerca de las ubicaciones reales de los brotes. Esto implica que es posible la predicción espaciotemporal de los brotes de dengue utilizando datos de teledetección.

A pesar de la baja precisión del modelo de IA, este estudio sacó a la luz algunos de los desafíos actuales del uso de datos de teledetección para predecir la distribución espaciotemporal de



los brotes de enfermedades zoonóticas. El equipo de investigación cree que usar una arquitectura de modelo diferente, encontrar una manera de equilibrar el conjunto de datos de entrenamiento y recopilar datos satelitales de mayor resolución podrían ser formas prometedoras de lograr el rendimiento necesario.

Se requerirá más trabajo antes de poder utilizar el aprendizaje automático como una herramienta para identificar las posibles zonas de brotes de enfermedades en función de los datos climáticos. Las visualizaciones espaciotemporales generadas por modelos de aprendizaje profundo podrían guiar potencialmente la implementación de medidas efectivas contra brotes de enfermedades en el momento y lugar óptimos para la prevención y el control de enfermedades.





Seis meses después de que aumentara el número de niños con sarampión, el Dr. Ei Ei Khaing, jefe del equipo clínico de Médicos Sin Fronteras (MSF) en el hospital materno infantil de Taiz Houban, Yemen, describe los esfuerzos para abordar esta enfermedad potencialmente mortal.

“He visto de primera mano cómo el actual aumento de casos de sarampión afecta a los niños en el hospital de MSF en Taiz Houban. Aunque el sarampión es una enfermedad prevenible, la cobertura de vacunación contra el sarampión entre los menores tratados es sólo de 16%. Una vez que el virus se propaga en la comunidad, la morbilidad y la mortalidad pueden ser elevadas, especialmente entre los niños pequeños.

El sarampión es endémico en la zona donde trabajamos. En nuestro hospital materno infantil estamos acostumbrados a atender un promedio de ocho pacientes con sarampión cada mes. Pero en junio pasado, el patrón empezó a cambiar. De repente, las cifras aumentaron de forma alarmante, y llegaron a nuestro hospital niños de muchos distritos de la gobernación de Taiz.

Pronto el número de pacientes con sarampión se duplicó. No podíamos arriesgarnos a la contaminación cruzada en nuestras salas, así que a fines de agosto decidimos abrir una unidad de aislamiento dedicada al sarampión. Seis meses después, el aumento de los casos de sarampión no muestra signos de disminuir y nuestros esfuerzos para abordar y contener la infección parecen bastante limitados.

En el período inicial, es fácil pasar por alto o diagnosticar erróneamente los síntomas. Hasta el cuarto día de contraer sarampión, el menor presenta síntomas parecidos a los de la gripe: fiebre, tos, rinitis y dolor de garganta. Después del cuarto día, se desarrollan las notorias manchas del sarampión.

Los niños menores de cinco años se ven especialmente afectados por el sarampión, ya que su sistema inmunológico no está lo suficientemente desarrollado para resistir la infección. Una vez que contraen sarampión, una inmunodepresión temporal provoca infecciones relacionadas, como neumonía, conjuntivitis, otitis, diarrea y encefalitis.

Recibimos muchos pacientes pediátricos con casos complicados de sarampión, más de los que he conocido en mi vida. No hay una razón sencilla para esto.

La población de Taiz, igual que en el resto de Yemen, tiene dificultades para acceder a la atención sanitaria. El conflicto de casi una década en Yemen ha tenido un costo devastador en la infraestructura sanitaria del país. Muchos centros de salud no funcionan o no están bien equipados para atender las necesidades de las personas. Además, los servicios básicos de salud en los establecimientos de salud públicos son costosos para la mayoría de la población, cuya capacidad económica es bastante limitada.

La falta de servicios de atención primaria de salud empuja a los cuidadores a retrasar la llegada de sus hijos enfermos a nuestro hospital. Tienen la esperanza de que los síntomas se resuelvan por sí solos con remedios caseros o medicamentos de la farmacia local, si la tienen.

Además, las largas distancias que hay que recorrer para llegar hasta aquí suponen una limitación adicional, ya que la mayoría apenas puede permitirse los gastos de transporte.

Nuestro hospital no cuenta con unidad de cuidados intensivos, por lo que derivamos a otros hospitales a los pacientes que requieren ventilación mecánica. A veces, los cuidadores me dicen que prefieren tener a sus hijos en nuestras instalaciones gratuitas y dejar el resto a la voluntad de Dios.

Mohammad*, de cuatro años y medio, llegó al hospital una semana después de desarrollar una erupción de sarampión. Tenía encefalitis, una de las raras complicaciones posteriores al sarampión. Sus síntomas eran fiebre, desorientación y debilidad en la parte inferior del cuerpo. Mohammad pasó 15 días en el hospital, tras los cuales sus síntomas desaparecieron gradualmente y pudo volver a caminar. Ver a los pacientes mejorar y ayudar a aliviar su sufrimiento me da una gran sensación de utilidad.

Sin embargo, existen limitaciones en lo que podemos hacer cuando los pacientes llegan a nuestro hospital tarde en su enfermedad. Nunca olvidaré a Abdallah*, de dos años y medio, que ingresó en la unidad de sarampión una tarde a las 19:30 horas. Llegó con sarpullido, fiebre y enormes úlceras alrededor de la boca y los labios. Sospechamos que, además de su infección de sarampión, había contraído difteria.

A las 23:30 horas, Abdallah estaba cada vez más angustiado y no podía respirar bien.

A las 00:30 horas empezó a mostrar signos de shock séptico. Nos preparábamos para trasladarlo a un hospital público donde tratan la difteria, pero nos preocupaba que su cuerpo no pudiera soportar el viaje de dos horas.

A las 3:30 horas entró en shock séptico con signos de obstrucción aguda de las vías respiratorias, por lo que lo intubamos para ayudarlo a respirar mejor. Desafortunadamente, todas estas complicaciones desbordaron su cuerpo y Abdallah sufrió un paro cardiopulmonar. No sobrevivió. Me destrozó el corazón.

Entre agosto y diciembre de 2023, nuestra unidad de sarampión recibió a 1.332 pacientes pediátricos, el 85% de ellos menores de cuatro años. Sólo en febrero de 2024 recibimos 220 pacientes con sarampión.

Nuestras proyecciones epidemiológicas no prevén una disminución de los ingresos de pacientes a corto plazo. Si no se contiene la transmisión del sarampión, los niños de esta zona sufrirán una serie de enfermedades que pueden llegar a ser mortales si no se tratan adecuadamente y a tiempo”.

* Los nombres se han cambiado para proteger la privacidad.

Curso virtual

100% online
Otorga créditos SADI
Inicio: Abril



sadi Sociedad Argentina de Infectología

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 Martínez**

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 Giacobboni**

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 Zubaldía**

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**

Inscríbete 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!



Video de presentación

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.