

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de bronquiolitis en menores de 2 años
- San Luis: Notificaron un caso importado de malaria

AMÉRICA

- Bolivia: Brote de meningitis en una academia de policías de La Paz
- Estados Unidos: Niños en Utah contrajeron *Escherichia coli* al jugar cerca de aspersores

- Estados Unidos: Brote de hepatitis A en el condado de Los Ángeles

EL MUNDO

- España: descubren por primera vez en el mundo decenas de casos humanos de hepatitis E murina
- India: Cuatro distrito de Kerala en alerta por un brote de hepatitis A
- Mozambique: La necesidad de agua limpia y segura para vivir libre de esquistosomosis en Mogovolas

- Níger: Situación epidemiológica de la meningitis

- Reino Unido: Brote de criptosporidiosis en el área de Brixham
- Tanzania: Situación epidemiológica del cólera
- Yemen: El cólera avanza agravando la situación humanitaria y el sufrimiento
- Aumentan las muertes asociadas al calor
- Actualizaron la lista de bacterias farmacorresistentes más peligrosas para la salud humana

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

Patrocinadores



Adherentes



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

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

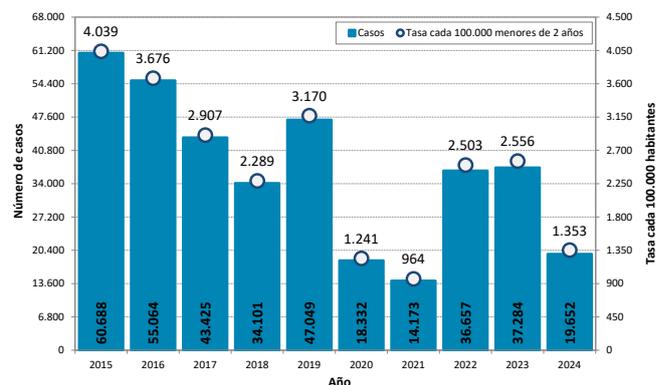
Nota de la Editorial: La Editorial no se responsabiliza por los conceptos u opiniones vertidos en entrevistas, artículos y documentos traducidos y/o reseñados en este Reporte, los cuales son de exclusiva responsabilidad de los respectivos entrevistados, traductores, autores o colaboradores.

12/05/2024

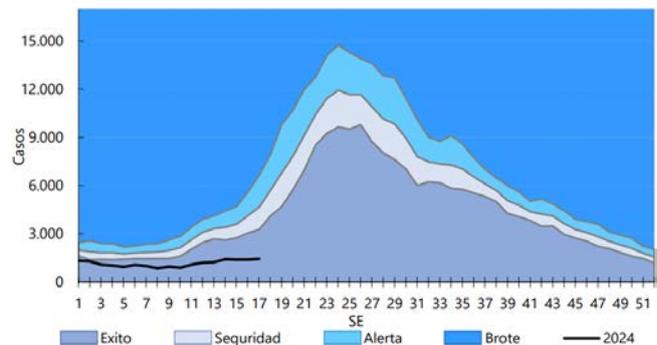
En el año 2024, hasta la semana epidemiológica (SE) 17 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}) 19.652 casos de bronquiolitis en menores de 2 años, con una tasa de incidencia acumulada de 1.352,7 casos cada 100.000 menores de 2 años.

El número de notificaciones en los nueve años previos (2015-2023) muestra que el año con mayor número de casos entre las SE 1 y 17 fue 2015 (60.688 casos), con un descenso paulatino y continuo en las notificaciones de los siguientes años, volviendo a incrementarse en 2019 respecto de los dos años previos, con un nuevo descenso en 2020 y con un valor inusualmente bajo en 2021. En los años 2022 y 2023 se registra nuevamente un aumento de las notificaciones. En el año 2024 las notificaciones son menores respecto de los registros históricos, superando únicamente las de 2020 y 2021.

En el año 2024, hasta la SE 17, las notificaciones se encontraron dentro de los límites esperados.



Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 menores de 2 años. Argentina. Años 2015-2024, hasta semana epidemiológica 17. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



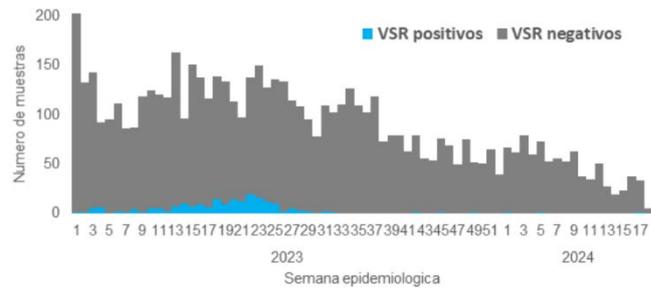
Corredor endémico semanal 2024, en base a datos de los años 2015/2023 (se excluyen los años pandémicos 2020, 2021 y 2022). Argentina. Año 2024, hasta semana epidemiológica 17. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Vigilancia en UMAs¹

Desde el inicio del año 2023, hasta la SE 18 de 2024, en el marco de la estrategia de vigilancia de las unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios (UMAs), se analizaron mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) 6.228 muestras para

¹ El objetivo de la estrategia de vigilancia de las unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios (UMAs) es mantener la vigilancia y monitoreo de la bronquiolitis en menores de 2 años en pacientes ambulatorios en las 24 jurisdicciones del país, logrando así una representatividad geográfica. Adicionalmente, entre aquellos casos que cumplen con la definición de enfermedad tipo influenza, se realiza un muestreo aleatorio o sistemático para el estudio de SARS-CoV-2, influenza y virus sincicial respiratorio mediante la prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR).

virus sincial respiratorio (VSR), con 199 detecciones y una positividad de 3,20%. El porcentaje de positividad presentó un ascenso entre las SE 18 y 23 de 2023, con un máximo de 13,77% en la SE 22. Posteriormente se registró un descenso en la actividad, con detecciones aisladas desde la SE 30 de 2023. En las últimas dos SE analizadas (SE 17 y 18 de 2024) se registró una detección entre 38 muestras estudiadas.



Muestras positivas y negativas para virus sincial respiratorio mediante técnica PCR. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 18 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

El mayor número de detecciones se observó en los grupos etarios de 45 a 64 años, de 25 a 34 años y en mayores de 65 años.

Vigilancia en pacientes hospitalizados

Entre la SE 1 de 2023 y la SE 18 de 2024, se analizaron en laboratorio 33.820 muestras de pacientes hospitalizados, con 9.190 detecciones positivas (porcentaje de positividad de 27,17%). La positividad entre las muestras analizadas en casos hospitalizados presentó un ascenso entre las SE 13 y 21 de 2023, alcanzando un máximo de 76,06% en la SE 21. Posteriormente, la tendencia fue descendente, permaneciendo en valores bajos desde la SE 33 de 2023, con un ligero ascenso de la positividad en las últimas tres SE, que alcanza el 9,15% en la SE 18 de 2024, con la detección de 14 casos entre las 153 muestras analizadas en personas internadas.

El mayor número de casos positivos registrados desde el inicio de 2023, se observó en menores de 5 años, particularmente en los niños menores de 1 año.

El Ministerio de Salud de San Luis informó que se notificó en la provincia el primer caso de malaria de 2024. Se trata de un hombre de 45 años que estuvo en Angola entre el 19 de febrero y el 4 de mayo.

El paciente ingresó a la guardia del Hospital Central 'Dr. Ramón José Carrillo' el 12 de mayo con fiebre, mialgia, cefalea, artralgia, dolor abdominal, dolor retroocular y tos. El Laboratorio de Salud Pública realizó el análisis correspondiente, que confirmó el diagnóstico. Actualmente el paciente se encuentra estable e internado en el Servicio de Cuidados Moderados de Adultos del hospital.

Desde el Laboratorio de Salud Pública se coordinó con el Laboratorio de Microbiología del hospital el envío de muestras para realizar los controles de tratamiento del paciente según el protocolo establecido.

Alarma al interior de la Academia Nacional de Policías (ANAPOL) de La Paz tras la detección de cuatro casos de meningitis en la entidad formativa. No obstante, las autoridades de Salud intentan llevar calma garantizando que el brote se encuentra bajo control.

El viceministro de Promoción, Vigilancia Epidemiológica y Medicina Tradicional, Max Francisco Enríquez Nava, informó que de los cuatro pacientes positivos, uno de 19 años de edad fue internado en la unidad de terapia intensiva del Hospital Obrero N° 1 de La Paz, donde recibe tratamiento y se encuentra estable.

Agregó que los otros tres pacientes se encuentran aislados y están en proceso de recuperación y bajo observación.

El jefe de la Unidad de Epidemiología e Investigación del Servicio Departamental de Salud (SEDES), Javier Mamani, explicó que debido al intempestivo brote se realizó la quimioprofilaxis y otras acciones inmediatas como la búsqueda activa de contactos y familiares, se procedió a realizar el tratamiento de los casos sospechosos, además de implementar medidas de bioseguridad y la desinfección de alto nivel del lugar.

“Informamos a la población que la enfermedad ha sido controlada de manera eficaz y oportuna. Si por alguna situación uno de los cadetes presentará alguna sintomatología, de manera inmediata será transferido a un hospital de tercer nivel, como corresponde”, manifestó el funcionario.

El SEDES entiende que la problemática sanitaria se encuentra controlada. “Si bien esta enfermedad, por alguna situación, ha alarmado, a través del SEDES les indicamos que este brote ha sido controlado de manera eficaz y oportuna tras la movilización del personal”, apuntó Mamani.

Cadetes bajo monitoreo

Treinta y tres cadetes están bajo monitoreo, aislamiento y a la espera de conocer el resultado de sus estudios. Representan casos sospechosos de meningitis, puesto que presentan sintomatología asociada con la dolencia viral.



El viceministro de Promoción, Vigilancia Epidemiológica y Medicina Tradicional, Max Francisco Enríquez Nava, reveló el número de estudiantes en duda.

En cuanto a los rumores de supuestas bajas en la ANAPOL por la enfermedad, hay que decir que el comandante general de la Policía Boliviana, Álvaro José Álvarez Griffiths, le quitó todos los créditos a esa información.

“Hemos suspendido las actividades académicas porque no podemos correr el riesgo de que el profesor ingrese a un aula que está cerrada con varios cadetes y que luego salga y sea un virtual transmisor. Los cadetes al momento cumplen con el uso de barbijo, lavado de manos y distanciamiento físico”, informó Álvarez Griffiths.

El primer caso

El 11 de mayo, el SEDES paceño confirmó el primer caso de meningitis luego de que el cadete de 19 años proveniente de la ANAPOL ingresara de emergencia al Hospital Obrero N° 1.

Para evitar que el brote se propague al interior y exterior, desde la institución policial decidieron, en primera instancia, pausar las actividades académicas. También optaron por mantener aislados a los cadetes, además de efectuar desinfección en las instalaciones.

Saltar felizmente alrededor de los aspersores de césped o jugar con mangueras de jardín en un caluroso día de verano: una escena idílica de la infancia.

No es el caso de un grupo de niños en Utah, que contrajeron enfermedades graves por *Escherichia coli* debido al agua contaminada a la que estuvieron expuestos.

Niños de Utah contrajeron *E. coli* al jugar cerca de aspersores

En total, 13 niños con un promedio de edad de solo 4 años se infectaron a finales de julio de 2023 en una ciudad no identificada de Utah.

En siete de los 13 casos, la enfermedad por *E. coli* fue tan grave que los niños debieron ser hospitalizados. Dos de esos niños desarrollaron una afección renal potencialmente mortal que a veces se vincula con la *E. coli*, el síndrome urémico hemolítico. Afortunadamente, todos los niños finalmente se recuperaron.

Es posible que los padres no se den cuenta de que bacterias como *E. coli* pueden estar al acecho en el agua de los aspersores, pero los sistemas municipales de agua de riego son posibles fuentes poco reconocidas de enfermedades transmitidas por el agua.

El brote de Utah comenzó cuando seis niños contrajeron *E. coli* entre el 22 y el 30 de julio de 2023, y esos casos se ampliaron a 13 tras una investigación más profunda en el área. El último caso relacionado con este brote surgió un mes después, el 31 de agosto, según el [informe](#).

Los cuestionarios que circularon entre los padres encontraron que 12 de los 13 niños enfermos informaron haber estado expuestos al agua destinada al césped y los jardines (no al agua del grifo) durante la semana anterior a la aparición de los síntomas.

Esto incluyó jugar con mangueras de agua (cinco), juguetes inflables para el césped (tres) y mesas de agua (dos); beber (dos); y correr a través de aspersores (uno).

Los anuncios de salud pública sobre los peligros finalmente ayudaron a poner fin al brote.

Es posible que la gente no se dé cuenta, pero en muchos municipios de Estados Unidos, los estándares de higiene para el agua del grifo son mucho más estrictos que los destinados al riego de jardines.

En Utah, por ejemplo, los sistemas de agua de riego no están diseñados para beber o recrearse, y no se monitorean ni se analiza la calidad del agua.

E. coli puede llegar a los depósitos de agua a través de las heces, y se detectaron marcadores fecales aviáres, rumiantes y humanos en las muestras de agua realizadas después del brote.

Debido a esto, educar a los residentes de las comunidades con estos sistemas de riego sobre los riesgos de jugar o beber agua no tratada es crucial para prevenir brotes de enfermedades.





El Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles está investigando un brote de infecciones por hepatitis A. Se han identificado cinco casos entre personas sin hogar desde mediados de marzo de 2024. La hepatitis A es una infección hepática altamente contagiosa que puede transmitirse de persona a persona incluso antes de que se sienta enferma. La infección es causada por el virus de la hepatitis A, que se encuentra en las heces y la sangre de las personas infectadas. Las personas sin hogar corren un mayor riesgo de contraer la infección porque a menudo tienen acceso limitado a instalaciones sanitarias y para lavarse las manos.

Salud Pública está ofreciendo vacunas gratuitas contra la hepatitis A a las personas sin hogar en campamentos y en sitios de viviendas provisionales donde existe potencial riesgo de exposición. La vacuna contra la hepatitis A suele ser una serie de dos dosis que es segura y muy eficaz para prevenir la infección. Además, las personas que no han sido vacunadas previamente pueden recibir la vacuna contra la hepatitis A poco después de la exposición para protegerse contra la infección.

Salud Pública continúa monitoreando e investigando de inmediato los casos sospechosos de hepatitis A. Está trabajando estrechamente con los proveedores de atención médica para solicitarles que permanezcan atentos a la hepatitis A. Salud Pública también está trabajando con organizaciones que atienden a personas sin hogar para educar a la comunidad sobre el aumento de la hepatitis A, alentar a las personas con síntomas de hepatitis A a buscar atención médica y protegerse vacunándose.

Aunque el riesgo actual para el público es bajo, Salud Pública recomienda a los residentes tomar las siguientes medidas para ayudar a prevenir la propagación de enfermedades:

La hepatitis A puede variar desde una enfermedad leve que dura unas pocas semanas hasta una enfermedad grave que dura varios meses. Los síntomas de la hepatitis incluyen fiebre, náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea, orina oscura e ictericia. Aunque es poco común, la hepatitis A puede causar la muerte en algunas personas. Generalmente se transmite al consumir alimentos contaminados o por contacto cercano con una persona mientras está infecciosa y una persona con el virus puede transmitir la enfermedad hasta dos semanas antes de la aparición de los síntomas. Las áreas con acceso deficiente a servicios adecuados de agua, saneamiento e higiene tienen un alto riesgo de sufrir brotes.

Este problema de hepatitis A, que se remonta a más de seis años en Estados Unidos, se informó por primera vez en San Diego, California y finalmente afectó a tres cuartas partes de los estados americanos, principalmente a grupos de personas desafortunadas, marginadas y desconectadas de la sociedad, en particular las personas sin hogar y las consumidoras de drogas ilícitas. Después de que comenzó la pandemia de covid, el desvío de recursos de salud pública probablemente afectó la notificación de nuevos casos, pero también pudo haber ayudado a disminuir los casos mediante los esfuerzos para abordar grupos de personas como estos que pueden funcionar como conglomerados de covid.

Esta gran epidemia presentó una epidemiología bastante diferente en Estados Unidos. En lugar de la infección asociada con alimentos contaminados, esto estaba realmente relacionado con la falta de saneamiento adecuado.

Estos brotes se deben a la incapacidad de lidiar con las poblaciones marginadas. Los dramáticos recortes en la infraestructura de salud pública en algunos de estos estados claramente alimentaron estos brotes. Deben abordarse continuamente reforzando los recursos de salud pública y la educación y abordando directamente las necesidades de las poblaciones marginadas.

Investigadores de Córdoba, España, descubrieron decenas de pacientes con una nueva y misteriosa enfermedad, la hepatitis E murina, lo que supone la mayor serie de casos descrita en el mundo de una dolencia identificada por primera vez en Hong Kong en 2018. La infección, causada por el virus *Rocahepevirus ratti* (RHEV), está todavía rodeada de muchos interrogantes. Se sabe que cerca de un tercio de las ratas que viven en las ciudades españolas son portadoras del patógeno, pero no se tiene una idea muy clara de cómo este se transmite al ser humano. Tampoco se conoce la incidencia real, aunque los primeros resultados indican que cada año se producen en España más de un centenar de casos.

Frente a toda esta incertidumbre, dos elementos para la tranquilidad. El primero es que no hay indicios que apunten a que la cifra de afectados crecerá en los próximos años, sino que se está aclarando la causa de muchas hepatitis calificadas hasta ahora como “de origen desconocido”. El segundo es que averiguar el impacto real del virus y aclarar las vías de transmisión será el primer paso para adoptar medidas que puedan reducir el número de infecciones.

“Estamos ante una enfermedad emergente muy desconocida. Tenemos varias líneas de investigación abiertas que nos aportan datos sobre su prevalencia, auténtica dimensión como problema de salud pública y las formas clínicas de manifestarse. Pero nos queda mucho trabajo por delante”, afirmó Antonio Rivero Juárez, investigador especializado en hepatitis del Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC) y del Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Infecciosas (CIBERINFEC).

Esta hepatitis forma parte de un grupo de infecciones virales que producen inflamación en el hígado. Las más importantes han sido nombradas con una letra, de la A a la E. La murina ha sido considerada hasta ahora un tipo de la E, aunque esto podría cambiar. “Dentro del virus de la hepatitis E (VHE), se consideraba que había ocho genotipos diferentes y el murino estaba incluido en este grupo común. Pero al hacer los análisis filogenéticos se ha visto que las diferencias son suficientemente grandes para considerarlo otro género diferente dentro de la misma familia”, explicó Federico García García, jefe de servicio de Microbiología del Hospital San Cecilio (Granada) y presidente de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). Actualmente, para distinguirlas, las dos dolencias son llamadas hepatitis E y hepatitis E murina, respectivamente.

Las hepatitis B, C y D tienden a evolucionar hacia formas crónicas y más graves, con una mortalidad significativa (aunque para la C existe un tratamiento efectivo). La A y la E, en cambio, son consideradas más leves por los expertos. Pueden causar cuadros agudos, pero estos suelen ser autolimitados y el sistema inmunológico es capaz de superarlos en unas pocas sema-

nas, salvo en personas inmunodeprimidas. La mortalidad también es mucho más reducida. En este sentido, “por lo que sabemos hasta ahora, las infecciones por el RHEV son parecidas a las de la hepatitis E”, añadió García García.

Este virus fue descubierto por primera vez en Alemania en 2010, aunque inicialmente se consideró que no podía infectar al ser humano. Esto cambió en 2018, cuando investigadores de Hong Kong detectaron el primer caso en un paciente que había recibido un trasplante de hígado, al que han seguido hasta la fecha algunos diagnósticos más, hasta 16, en esta ciudad semiautónoma de China.

“Nosotros hicimos un primer estudio en España, en el que investigamos pacientes con hepatitis aguda de origen desconocido e identificamos los tres primeros casos de hepatitis murina en Sevilla, Córdoba y Pamplona. Uno de ellos sufría un cáncer metastásico y falleció por un fallo hepático agudo”, explicó Rivero Juárez.

El primer problema con el que se toparon las investigaciones fue la falta de pruebas diagnósticas adecuadas. “Estos casos eran solo la punta del iceberg. No diagnosticábamos más simplemente porque no teníamos las herramientas adecuadas para hacerlo, así que lo primero que tuvimos que hacer fue mejorarlas”, contó Antonio Rivero Román, catedrático de enfermedades infecciosas en la Universidad de Córdoba y jefe de la sección en el Hospital Reina Sofía de la ciudad. Él es el padre de Rivero Juárez y ambos han liderado las investigaciones sobre la nueva enfermedad.

Una investigación reciente amplió el número de casos detectado en España hasta 40, aunque la cifra sigue creciendo a medida que avanzan los estudios. “Los nuevos pacientes son de varias partes de España alejadas entre sí, como Andalucía, Galicia, Navarra y Catalunya. Esto sugiere que el virus está presente en buena parte del territorio. Los 40 casos los hemos descubierto analizando muestras de algo más de 250 pacientes con hepatitis agudas de origen desconocido de 10 hospitales, lo que nos indica una prevalencia de 14% en este grupo. Son pacientes inmunodeprimidos y también personas inmunocompetentes”, explicó Rivero Juárez.

La decena de hospitales estudiados atienden a algo menos de 15% de la población española y los datos corresponden a un periodo de tiempo de 18 meses, así que una primera estimación indica que los casos anuales en España superan ampliamente el centenar. De los 40 casos, dos han fallecido por fallo hepático agudo y un tercero por otras complicaciones aparentemente no relacionadas con la infección.

“La otra línea que hemos seguido ha sido investigar la presencia del virus en ratas. Hemos analizado muestras de más de un millar de animales procedentes de toda España, también Canarias y Baleares. Y hemos visto que cerca de 30% son portadoras del virus. No sabemos mucho del impacto que tiene en ellas, aunque es probable que también les produzca una hepatitis”, añadió este investigador.

Confirmada la presencia del virus en una amplia proporción de roedores y en un número significativo de pacientes, la gran pregunta que se hacen ahora los investigadores es cómo se transmite el patógeno desde las ratas a las personas. “Tenemos dos hipótesis. Sabemos que los animales excretan el virus por las heces y, muy probablemente, también por la orina, así que la primera posibilidad es que por esta vía se contaminen alimentos y líquidos, o superficies e instrumentos que entran en contacto con ellos, que luego son consumidos por las personas”, expuso Rivero Juárez.

La segunda opción es que exista otra especie de animal que actúe como hospedador intermedio asintomático. Al igual que ocurre con la hepatitis E, el cerdo es el principal candidato y los

contagios se producirían –aunque esto no ha sido probado– al consumir productos elaborados con partes del animal no sometidas a tratamientos térmicos o de otro tipo con la suficiente intensidad para eliminar el virus. Un [estudio](#) reciente investigó la presencia del virus en cinco granjas de cerdos españolas y lo encontró en 44 animales (11,4% del total). El 93,2% de los positivos se detectó en la misma granja.

Rivero Román puso el foco en otras cuestiones clínicas que también quedan por resolver. “Estamos investigando cómo se manifiestan estas hepatitis, para ver si presentan algunas características que las hagan diferentes del resto. También queremos definir si el virus causa otros cuadros, como procesos neurológicos y síndromes febriles”, expuso.

Todos los expertos consultados coinciden en señalar que no hay razones para pensar que la presencia del virus y los casos de hepatitis murina sean menos frecuentes en otros países. Si no se han diagnosticado hasta ahora, apuntan, es porque no se ha investigado con las técnicas diagnósticas precisas. Recuerdan que el virus fue detectado por primera vez en ratas de Alemania, luego el primer caso en humanos fue descubierto en Hong Kong y ahora es España la que más ha avanzado en las investigaciones, así que es muy probable que la dolencia tenga en realidad una distribución tan global como la de los roedores.

Aclarar esto en Europa es el objetivo de un próximo estudio europeo. Los hospitales participantes remitirán las muestras a Córdoba, donde serán analizadas. Los primeros resultados se esperan para fin de año. “Nuestro objetivo es ver si el RHEV está presente en Europa. No hay datos y no sabemos qué tan frecuente es. Así que nuestro objetivo es conocer la prevalencia e incidencia de este tipo de infección”, afirmó Gülşen Özkaya Şahin, miembro del Grupo de Estudio de Hepatitis Virales de la ESCMID y consultora senior en Microbiología Clínica en Lund (Suecia).

Este trabajo se presentó en el congreso de la Sociedad Europea de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas (ESCMID Global), celebrado en Barcelona, España. Las investigaciones presentadas en reuniones por lo general se consideran preliminares hasta que se publiquen en una revista revisada por profesionales.

Kerala está experimentando el peor brote del virus de la hepatitis A en los últimos años. El estado informó 1.977 casos confirmados y 12 muertes en los primeros cuatro meses y medio de este año, según mostraron datos del gobierno.

Además de los casos confirmados, este año se han reportado otros 5.536 casos sospechosos en el estado y se sospecha que 15 muertes más fueron causadas por el virus.

La ministra de Salud del estado, Veena George, emitió una alerta para los cuatro distritos

–Kozhikode, Malappuram, Thrissur y Ernakulam– en el que informó del mayor número de casos. “Se han emitido instrucciones para fortalecer los planes de acción a nivel de base en estos distritos. Las fuentes de agua en todas las zonas afectadas serán cloradas y se ha pedido a los restaurantes que sólo suministren agua hervida. Se inspeccionarán los restaurantes para comprobar si todos los empleados tienen la tarjeta sanitaria obligatoria”, afirmó.

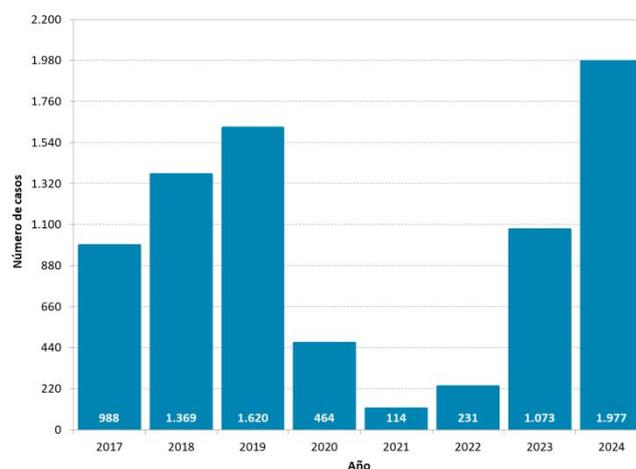
El Dr. N.M. Arun, experto en salud pública, afirmó que la calidad del agua en el estado ha disminuido significativamente en los últimos años. “El virus de la hepatitis A se propaga principalmente a través de las heces de personas infectadas. En muchos lugares, las tuberías de agua con fugas quedan expuestas a la contaminación. Esto se vuelve evidente durante el verano, cuando el suministro de agua se vuelve errático”, afirmó.

Según Arun, un gran número de infectados en Kerala son personas que pueden haber adquirido algún tipo de inmunidad contra infecciones asintomáticas en su infancia. “Un gran número de personas en Kerala, donde la dependencia de los servicios de catering para obtener alimentos está generalizada, están expuestas a alimentos contaminados. Además, tenemos una población vulnerable debido a enfermedades generalizadas del estilo de vida y al alcoholismo”, afirmó.

Una de las zonas más afectadas es el panchayat de Vengoor, en Ernakulam, donde alrededor de 200 personas han sido infectadas con el virus desde el 17 de abril. El panchayat ha registrado una muerte y 41 personas se encuentran actualmente en el hospital, donde se dice que el estado de cuatro de ellos es crítico.

La presidenta del Panchayat, Shilpa Sudheesh, dijo que el departamento de salud descubrió que el brote fue causado por agua contaminada suministrada por la autoridad estatal de agua. “No había una cloración adecuada del agua”, dijo.

El martes, el panchayat formó un comité de ayuda para movilizar fondos para cubrir las facturas médicas de quienes reciben soporte vital. “Muchas familias han embargado o vendido sus propiedades para pagar las facturas del hospital. Estamos pidiendo a la gente que contribuya al fondo de ayuda”, dijo Sudheesh.



Casos de hepatitis A. Kerala. Años 2017/2024 (2024 hasta el 30 de abril). Fuente: Departamento de Salud de Kerala.

En la región norte de Mozambique, específicamente en el distrito de Mogovolas, donde la prevalencia de la esquistosomosis es notablemente alta, el acceso a agua limpia se convierte en un auténtico sufrimiento.

La población se ve obligada a recurrir a fuentes de agua no seguras para satisfacer sus necesidades básicas, exponiéndose así a la contaminación por esta enfermedad debilitante y otras infecciones transmitidas por el agua. Esta situación deja a los habitantes vulnerables a complicaciones de salud prolongadas.



Rabia Chico maneja hábilmente el mecanismo de manivela para extraer agua del pozo.

Esta difícil situación ha llevado a Médicos Sin Fronteras (MSF), a implementar de manera urgente soluciones sostenibles con el objetivo de proporcionar acceso a agua limpia y segura mediante el establecimiento de seis pozos protegidos en este distrito, junto con iniciativas de concientización comunitaria.

Estas actividades no solo abordan las preocupaciones de salud inmediatas asociadas con la esquistosomosis y otras enfermedades de transmisión hídrica, sino que también sientan las bases para una respuesta comunitaria a largo plazo para mitigar estas enfermedades infecciosas.

¿Cómo funcionan los pozos?

Los pozos protegidos han sido diseñados para soportar cambios ambientales, asegurando un acceso confiable a agua potable segura durante todo el año. Cada pozo se erige como un salvavidas para la comunidad a la que sirve.

Castro Pereira, Técnico de Agua y Saneamiento de MSF, lideró la ejecución de esta actividad que ahora está apoyando aproximadamente a 350 hogares. Pero su trabajo no se detiene ahí: tomó muestras de agua para su evaluación por parte de las autoridades. El análisis de laboratorio reveló que el agua de estos pozos no solo está limpia, sino que está certificada como segura para el consumo.

Desarrollo para el futuro

Los sistemas son amigables para todas las personas, haciendo que los pozos sean accesibles para personas de todas las edades y capacidades.

Rabia Chico, madre de dos hijos, vive en la comunidad de Muepane en Mogovolas. “Estoy increíblemente agradecida por el regalo de este pozo porque nunca antes habíamos tenido acceso a algo así. Anteriormente, soportábamos rutas largas y peligrosas para recolectar agua, lo cual era más o menos lo mismo que hacíamos cuando necesitábamos llegar al hospital.

Ahora, estos recursos esenciales están justo en nuestra puerta. Las enfermedades que antes nos infectaban están desapareciendo gradualmente porque hoy tenemos acceso a agua limpia y segura. Esto ha marcado la diferencia, especialmente para nuestros hijos, que solían sufrir mucho de enfermedades transmitidas por el agua. Los días de privación finalmente han quedado atrás”.

Con la construcción de estos pozos protegidos, se ha aliviado la carga de la recolección de agua, lo que permite a Rabia y otros integrantes de la comunidad dedicarse a actividades generadoras de ingresos como la agricultura, el sustento común en Mogovolás.



Rabia Chico maneja hábilmente el mecanismo de manivela para extraer agua del pozo.

“Usamos el agua para todo, desde cocinar y beber hasta bañarnos y otras necesidades del hogar. Tener acceso a agua limpia realmente ha transformado nuestras vidas. Nos brinda una sensación de seguridad”, mencionó Chico.

MSF trabaja en colaboración con los líderes comunitarios y las autoridades de salud. El Comité de Agua Comunitario desempeña un papel crítico en asegurar la sostenibilidad de los pozos protegidos. Está compuesto por miembros dedicados de la comunidad local como Fátima Aluano, que recibieron capacitación especializada en prácticas de higiene segura y mantenimiento de pozos para abordar posibles fallas. El comité fue promovido por MSF, y son una especie de guardianes de los pozos, pues supervisan su gestión y mantenimiento.

“He tenido la suerte de recibir una capacitación que me permite colaborar eficazmente con mi comunidad para garantizar el acceso a largo plazo a fuentes de agua cercanas. A través de esta capacitación, he podido movilizar a mi gente para participar activamente en iniciativas destinadas a mantener los pozos”, explicó Aluano.

La propietaria es la comunidad

Las responsabilidades de este comité incluyen movilizar a la comunidad para participar en actividades como la limpieza regular de los pozos, organizar la fila para obtener agua y realizar inspecciones rutinarias para identificar cualquier problema potencial.

Además, el comité sirve como enlace entre la comunidad y MSF, pues identifican los recursos y el apoyo para mantener la funcionalidad de los pozos. Al fomentar un sentido de propiedad y responsabilidad colectiva, el Comité de Agua Comunitario protege estas fuentes de agua esenciales para su longevidad y beneficio continuo para todos.

“Antes de la construcción de los pozos, debíamos depender del agua del río para satisfacer nuestras necesidades básicas. Esto a menudo significaba exponernos a fuentes de agua contaminada, lo que llevaba a numerosas preocupaciones de salud para nuestra comunidad. Sin embargo, con la construcción de pozos protegidos, ahora tenemos acceso a agua limpia y segura dentro de nuestro pueblo. Nos da tranquilidad el sentirnos seguros”, concluyó Aluano.

Al integrar intervenciones de agua, saneamiento e higiene con estrategias de adaptación climática más amplias para mitigar enfermedades tropicales desatendidas, este proyecto está creando soluciones combinadas que, a su vez, promueven la resiliencia de la salud y la sostenibilidad de los recursos para las comunidades en Mogovolás.

Desde principios de 2024, Níger ha estado respondiendo a un brote grave de meningitis, y se informaron novedades significativas en la semana epidemiológica (SE) 18. Durante esta SE, se notificaron 185 nuevos casos sospechosos en 33 de los 72 distritos sanitarios de las ocho regiones del país, lo que representa 45,8% de todos los distritos. Además, se informaron 25 muertes esa SE, lo que llevó a una tasa de letalidad de 13,5%, lo que representa un aumento con respecto a la tasa de letalidad de la SE anterior de 9,3%.



Casos y muertes sospechosos de meningitis, y tasa de letalidad. Níger. Año 2024, hasta semana epidemiológica 18. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Los distritos de Bilma, Agadez y Aderbissanat en la región de Agadez superaron notablemente el umbral epidémico con incidencias de 34,2, 13,9 y 11,6 casos cada 100.000 habitantes, respectivamente. Además, distritos como Gazoua en Maradi, Niamey I y Niamey III en Niamey y Tanout en Zinder están en alerta, con incidencias que oscilan entre 3 y 6,1 casos cada 100.000 habitantes. Entre las SE 1 y 18 de 2024, hubo 2.401 casos sospechosos, incluidas 168 muertes, lo que corresponde a una tasa de letalidad global de 7,0%. Esto representa un aumento de 39,0% de casos y un aumento de 66,3% de muertes respecto al mismo período de 2023, que registró 1.727 casos y 101 muertes con una tasa de letalidad de 5,8%.

Los casos han afectado predominantemente a personas de entre 1 y 19 años, siendo los hombres los más afectados que las mujeres, como lo demuestra una proporción de sexos de 1,6. El brote mostró fluctuaciones dinámicas en el número de casos, alcanzando un máximo de 238 en la SE 13. Los picos significativos en la tasa de letalidad alcanzaron el 15,2% en la SE 3, el 14,0% en la SE 7 y el 13,5% en la SE 18.

Niamey ha sido la región más afectada, con 841 casos y una tasa de ataque acumulada de 56,4 cada 100.000 habitantes. Zinder y Maradi también informaron de un número considerable de casos, con tasas de ataque acumuladas de 8,4 y 5,5 cada 100.000, respectivamente. Aunque Agadez notificó menos casos (160), experimentó la tasa de letalidad más alta (16,3%) y la segunda tasa de ataque acumulada más alta de 1,9 cada 100.000 después de Niamey.

Los análisis de laboratorio realizados por el Centro de Investigaciones Médicas y Sanitarias de 2.051 muestras de líquido cefalorraquídeo procedentes de Níger revelaron una tasa de positividad nacional de 48,0%. El análisis identificó *Neisseria meningitidis* tipo C y *N. meningitidis* W135 como las cepas bacterianas predominantes, constituyendo 44,0% y 39,0% de los aislados, respectivamente. En particular, *N. meningitidis* tipo C prevalece en Maradi, Zinder y Agadez, mientras que *N. meningitidis* W135 se encuentra comúnmente en Niamey, Dosso, Tillabéri y Tahoua.

Acciones de salud pública

- El Ministerio de Salud ha coordinado varias medidas de salud pública a nivel nacional y dentro de los distritos afectados.

- Se convocan reuniones periódicas de coordinación para abordar los brotes simultáneos de meningitis, sarampión, difteria y poliomielitis. Estas reuniones permiten una respuesta unificada, facilitando el intercambio efectivo de recursos, el intercambio de información y la planificación estratégica en varios sectores de la salud.
- Se han intensificado los esfuerzos de vigilancia para detectar rápidamente nuevos casos y rastrear las tendencias epidemiológicas, asegurando respuestas oportunas a los cambios en el patrón del brote.
- Las capacidades de gestión de casos han mejorado, lo que incluye garantizar la disponibilidad de suministros médicos adecuados y capacitar al personal de atención médica.
- Lanzada el 2 de mayo de 2024 en Niamey y extendiéndose a otras regiones que han superado los umbrales epidémicos, la campaña de vacunación selectiva cuenta con el apoyo del Grupo Internacional de Coordinación para el Suministro de Vacunas, que ha autorizado 860.040 dosis de vacunas antimeningocócicas y 40.000 dosis de ceftriaxona. Esta nueva vacuna ofrece protección contra cinco cepas de meningitis (A, C, W, X e Y) prevalentes en Níger, con la ventaja de que requiere una sola dosis.
- Se están llevando a cabo campañas activas de concientización comunitaria, sensibilizando al público sobre los síntomas de la meningitis, la importancia crítica de la intervención médica temprana y las prácticas preventivas como mantener la higiene personal y evitar áreas concurridas.

Interpretación de la situación

Las diferentes tasas de ataque acumuladas y la tasa de letalidad en las diferentes regiones de Níger en el actual brote de meningitis resaltan las disparidades en la propagación de la enfermedad y la eficacia de la atención sanitaria. Las altas tasas de ataque con tasas de letalidad bajas en áreas como Niamey sugieren un tratamiento médico eficaz. Por el contrario, regiones como Agadez, con tasas de ataque más bajas, pero tasas de mortalidad más altas, indican desafíos en el acceso a la atención médica o virulencia de las cepas. Esta variación subraya la necesidad de estrategias de salud pública adaptadas, incluidas vacunas específicas y capacitación sanitaria, para abordar las condiciones locales y mejorar la gestión general de los brotes.

South West Water emitió un Alerta para que se hierva el agua corriente a alrededor de 16.000 hogares y empresas en el área de Brixham, advirtiéndoles que no la utilicen para beber sin hervirla y luego enfriarla.

Esta medida se tomó después de que la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKHSA) confirmara que está investigando 22 casos de criptosporidiosis. Los clientes de las áreas de Alston y Hillhead de la red, que abastece a clientes en Brixham, Boohay, Kingswear, Roseland y North West Paignton, se ven afectados.

Las actualizaciones periódicas de South West Water incluyen información sobre los puntos de recolección de agua embotellada para el público. La compañía confirmó que los clientes domésticos a los que se les haya emitido el Alerta recibirán un pago automático antes del 21 de mayo. La empresa también realiza entregas a clientes vulnerables, residencias de ancianos, escuelas y hospitales.

South West Water cree que ha localizado el origen del problema, pero continúa con sus investigaciones. Por lo tanto, el Alerta de hervir el agua sigue vigente.

El consejo a los clientes es no beber agua del grifo sin antes hervirla y dejarla enfriar. Esto se aplica al agua que se utiliza para beber, cocinar, preparar alimentos o lavarse los dientes. El agua hervida se puede almacenar en un recipiente tapado en el refrigerador hasta por 24 horas. Puede utilizar agua corriente del grifo para lavarse, bañarse y tirar la cadena del inodoro.

Los ministros reciben actualizaciones periódicas sobre la situación y se reúnen con altos representantes de South West Water y la autoridad local para garantizar que se tomen todas las medidas necesarias para resolver la situación y devolver el suministro de agua potable lo antes posible.

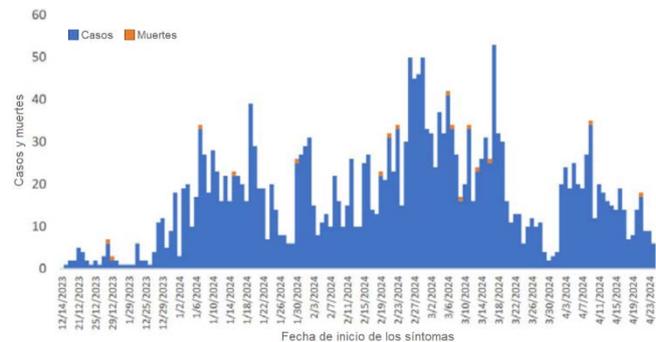
El Ministro de Agua, Robbie Moore, dijo: “Recibo actualizaciones periódicas de South West Water, que está trabajando con la Inspección de Agua Potable y la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido, para identificar la fuente de la contaminación. Necesitamos que South West Water resuelva este problema y garantice que el agua limpia regrese al área de Brixham lo antes posible”.

“También trabajaré con las autoridades locales, los parlamentarios y otros socios locales para garantizar que la comunidad local reciba apoyo durante este tiempo. Puedo asegurar a los residentes que el agua hervida es segura y les pido que sigan las medidas de hervido según lo recomendado”.

Un portavoz de la Inspección de Agua Potable afirmó que “la Inspección de Agua Potable ha sido informada de patógenos que afectan el suministro en el área de Brixham, Devon. South West Water está investigando estos informes y está trabajando con las autoridades sanitarias pertinentes. La Inspección ha sido notificada de la posible contaminación del agua potable y está investigando la causa, el alcance y las acciones de la empresa”.

Desde el 5 de septiembre de 2023, Tanzania ha estado respondiendo a un brote de cólera, que se ha notificado en 18 regiones de Tanzania continental, con un total de 3.301 casos y 55 muertes (tasa de letalidad de 1,7%).

Al 24 de abril de 2024, seis regiones – Dodoma, Simiyu, Mwanza, Morogoro, Mara y Dar es Salaam– seguían activas, con un total acumulado de 1.939 casos y 19 muertes (tasa de letalidad de 1,0%).



Casos y muertes sospechosos de cólera, y tasa de letalidad. Tanzania. Año 2024, hasta el 24 de abril. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Durante la semana epidemiológica (SE) 17 de 2024, se notificaron seis nuevos casos en dos regiones: Morogoro (cuatro casos) y Dar es Salaam (dos casos); no se notificaron muertes. La región de Simiyu fue la más afectada con 780 casos notificados (40,2%), seguida de Mwanza (758 casos, 39,1%), Morogoro (225 casos, 11,6%), Dar es Salaam (89 casos, 4,6%), Mara (72 casos, 3,7%) y Dodoma (15 casos, 0,8%).

De los casos notificados en regiones actualmente activas, la mayoría de los casos (912 casos, 47,0%) tenían entre 15 y 49 años, seguidos por los mayores de 50 años (501 casos, 25,8%). Los niños menores de cinco años fueron los menos representados (191 casos, 9,8%) y, en general, se notificaron más casos entre las mujeres (1.023 casos, 52,8%, proporción entre hombres y mujeres 0,9).

Acciones de salud pública

- El Ministerio de Salud y sus socios lideran la respuesta al brote y celebran periódicamente reuniones de coordinación. Se están realizando controles de salud a los viajeros en el punto de ingreso, junto con pruebas de calidad del agua.
- Se están llevando a cabo actividades de vigilancia y laboratorio para investigar casos, monitorear los casos de diarrea en todas las regiones afectadas y apoyar a los laboratorios en los entornos afectados con el suministro de kits de pruebas.
- Se está llevando a cabo la gestión de casos sospechosos, además de proporcionar cápsulas de doxiciclina a los contactos en la escuela secundaria Kasoma y Makojo Village.
- Se está capacitando a trabajadores de la salud en las Unidades de Tratamiento del Cólera para apoyar eficazmente las actividades de gestión de casos.
- Se desplegó un equipo de expertos en agua, saneamiento e higiene en las regiones de Dodoma, Simiyu, Morogoro y Dar es Salaam para fortalecer estas actividades, que incluyeron la recolección de muestras de agua y alimentos para pruebas de laboratorio, la distribución de purificadores de agua y kits de higiene a las comunidades, la descontaminación de hogares y el tratamiento de fuentes de agua.
- En todos los distritos afectados se han fortalecido las actividades de comunicación de riesgos y participación comunitaria, incluida la educación sanitaria sobre la enfermedad y las medidas de prevención.

Interpretación de la situación

La declaración del fin del brote de cólera en aproximadamente dos tercios de las regiones afectadas puede indicar la eficacia de las intervenciones llevadas a cabo hasta ahora. Sin embargo, se siguen notificando nuevos casos en regiones activas específicas, lo que subraya el imperativo de mantener e intensificar los esfuerzos para frenar el brote de manera concluyente. Persisten los desafíos, principalmente en relación con los requisitos de insumos para la confirmación de laboratorio y la falta de apoyo financiero suficiente para mantener y fortalecer las intervenciones de respuesta, que abarcan la vigilancia, la gestión de casos, la comunicación de riesgos, la participación comunitaria y las actividades. El Ministerio de Salud y sus socios deben esforzarse por movilizar recursos para implementar diversas acciones e iniciativas para controlar este brote.



El sufrimiento de los civiles en Yemen es enorme y se ha agudizado por un creciente brote de cólera, dijo el 13 de mayo el responsable de la [Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios \(OCHA\)](#) al [Consejo de Seguridad](#) de la Organización de Naciones Unidas (ONU).

En un informe al órgano resolutorio, Martin Griffiths destacó la necesidad crítica de intensificar los esfuerzos de paz para ese país.



“El conflicto en Yemen ha socavado profundamente la economía, ha diezmado la mitad de las instalaciones de salud, ha desplazado a millones de personas y ha permitido que el hambre y las enfermedades prosperen”, alertó.

Más de 40.000 casos de cólera

A estos desafíos se suma un brote de cólera que escala rápidamente, con más de 40.000 casos sospechosos y un número de muertes en aumento, que afecta particularmente a las zonas controladas por los hutíes (conocidos también como Ansar Allah), donde se reportan cientos de nuevas infecciones diariamente.

“Las inminentes lluvias e inundaciones que exacerbarán la crisis en las próximas semanas”, advirtió Griffiths.

La guerra en Gaza afecta los esfuerzos de paz

Por su parte, el enviado especial de la ONU para Yemen, reportó al Consejo que, en diciembre, el Gobierno y Ansar Allah acordaron un “conjunto de compromisos”, incluido un alto el fuego a nivel nacional.

Hans Grundberg agregó que estos compromisos tienen el propósito de garantizar la ayuda humanitaria para la población e iniciar un proceso político inclusivo que ponga un fin sostenible al conflicto.

El diplomático explicó, no obstante, que los desafíos persisten debido a la guerra en [Gaza](#) y a una inestabilidad regional más amplia.

Además, recordó los anuncios de Ansar Allah que indican que extenderá el alcance de los ataques en el Mar Rojo, calificándolos como una “provocación preocupante en una situación de por sí volátil”.

Proteger el progreso en Yemen

Griffiths también se refirió al impacto de los conflictos regionales, haciendo hincapié en la necesidad de proteger el progreso en Yemen.

”No podemos permitir que las perturbaciones en el comercio mundial en torno al Mar Rojo descarrilen los esfuerzos de paz en Yemen”, subrayó.

El coordinador de Ayuda de Emergencia expresó gran preocupación por los civiles y pidió el apoyo internacional colectivo y el fin de las medidas económicas hostiles.

Asimismo, instó a las partes en conflicto a hacer su parte para reducir la tensión en el país y en la región.

Pugnó igualmente por reanudar las exportaciones de petróleo para estabilizar la economía y fortalecer los servicios públicos vitales.

El pueblo de Yemen merece un alivio

Griffiths, quien dejará su cargo en junio por motivos de salud, habló de la importancia que tiene Yemen para él.

“Mi primera exposición informativa ante el Consejo de Seguridad como coordinador de Ayuda de Emergencia, hace casi tres años, fue sobre Yemen. Parece apropiado que hoy les hable sobre Yemen en una de mis últimas sesiones informativas”, reflexionó.

“Después de casi diez años de conflicto devastador, el pueblo de Yemen merece alivio”, concluyó, y recalcó la importancia de proteger a los civiles, garantizar el acceso humanitario y avanzar hacia una paz duradera.



Niños estudiando en un aula destruida de la escuela Al-Khair, en la provincia de Taiz, Yemen.

Las olas de calor son uno de los efectos más evidentes del cambio climático. Estos periodos (siempre superiores a tres días) en el que las temperaturas máximas y mínimas se encuentran por encima de los valores climatológicamente normales para esa época del año afectan negativamente a la salud.

Un equipo de investigadores llevó a cabo el primer mapa mundial de la mortalidad relacionada con las olas de calor durante tres décadas, de 1990 a 2019. Los expertos descubrieron que estos ciclos provocaron más de 153.000 muertes adicionales, casi la mitad de ellas en Asia.



En comparación con 1850-1990, la temperatura global de la superficie aumentó 1,14°C en 2013-2022 y se espera que aumente otro 0,41-3,41°C para 2081-2100. Es más, con el creciente impacto del cambio climático, se ha observado que las olas de calor están aumentando no solo en frecuencia, sino también en gravedad y magnitud.

El [estudio](#) analizó datos sobre muertes diarias y temperatura de 750 localidades de 43 países o regiones. Así, entre 1990 y 2019 las olas de calor provocaron un aumento de 236 muertes por cada diez millones de habitantes en cada estación cálida del año.

Las regiones con más muertes relacionadas con las olas de calor se encontraban en Europa meridional y oriental, en zonas con climas polares y alpinos, y donde los residentes tenían ingresos altos.

En el mundo cada vez hay más olas de calor con periodos más largos y mayor intensidad. Sin embargo, aún no se dispone de estadísticas sobre cuántas muertes causan. Conocer el número es crucial para la gestión de la salud pública y la elaboración de políticas, la asignación de recursos, la sensibilización de la población, la promoción de la equidad sanitaria y el avance de la investigación científica.

Además, este conocimiento puede construir comunidades más resistentes ante el aumento de las temperaturas globales, orientando la planificación urbana, dando forma a las estrategias de adaptación al clima y promoviendo comportamientos protectores e innovaciones. Este enfoque integral puede reducir significativamente los efectos del calor extremo sobre la salud y salvar vidas.

Los datos revelan que las olas de calor aumentan el riesgo de muerte debido a la sobrecarga térmica del cuerpo humano y a la disfunción de múltiples órganos, así como al agotamiento, los calambres y la insolación. De igual manera, el estrés térmico también puede agravar enfermedades crónicas preexistentes y provocar muertes prematuras, trastornos psiquiátricos y otras consecuencias.

Las olas de calor están asociadas a una carga de mortalidad sustancial que varía espacio-temporalmente en todo el planeta en los últimos 30 años. Es necesaria una planificación de adaptación localizada y una gestión del riesgo en todos los niveles de gobierno.



Mayor riesgo en las personas mayores

Otro [estudio](#) apunta que hasta 246 millones más de adultos mayores de todo el mundo estarán expuestos a un calor agudo y peligroso de aquí a 2050.

Los resultados de este trabajo pueden contribuir a la evaluación de los riesgos regionales del calor, a la planificación de la adaptación al cambio climático y a la toma de decisiones en materia de salud pública.

Los autores cuantificaron la exposición crónica a temperaturas medias elevadas, así como la frecuencia e intensidad de la exposición aguda a temperaturas extremadamente altas, en diferentes grupos de edad de todo el mundo.

Descubrieron que, para 2050, más de 23% de la población mundial mayor de 69 años vivirá en climas con una exposición aguda al calor superior al umbral crítico de 37,5°C, frente a 14% en 2020. Además, se prevé que los efectos sean más graves en Asia y África, que también pueden tener las capacidades de adaptación más bajas.

Es probable que las zonas con poblaciones envejecidas y una creciente exposición al calor se enfrenten a considerables demandas de servicios sociales y sanitarios, lo que requerirá intervenciones políticas novedosas.

Las mujeres sufren más mortalidad

Otro [artículo](#) advierte de los [impactos en la salud de esta crisis climática en Europa](#). El informe muestra que las muertes por calor han crecido en Europa en la última década, pero los fallecimientos son el doble en mujeres que en hombres.

De igual forma, el calentamiento global también tiene un fuerte componente socioeconómico: las personas con bajos ingresos tienen mayor probabilidad de sufrir inseguridad alimentaria y las zonas desfavorecidas se ven más expuestas a las partículas contaminantes de los incendios forestales.

Esta investigación también revela que el sur de Europa tiende a verse más afectado por las enfermedades relacionadas con el calor, los incendios forestales, la inseguridad alimentaria, la sequía, las enfermedades transmitidas por mosquitos y la leishmaniosis.

Veranos cada vez más calurosos

El verano de 2023 fue el más cálido en las regiones extratropicales del Hemisferio Norte en los últimos 2.000 años, según otro [artículo](#). Los investigadores emplearon una combinación de datos de observación y reconstrucciones para analizar las temperaturas del aire en superficie entre junio y agosto en estas zonas y periodo de tiempo.

Al combinar las mediciones de miles de estaciones meteorológicas (30-90 grados norte, que abarca territorios de Europa), los científicos descubrieron que las temperaturas terrestres en

esta región septentrional eran 2,07°C más altas en el verano de 2023 que las medias instrumentales entre los años 1850 y 1900.

De hecho, comprobaron que el verano de 2023 superó en 2,20°C las temperaturas medias preinstrumentales de los años 1-1890. En comparación con el verano más frío reconstruido durante este periodo (536 dC, en el que las temperaturas se vieron influidas por una erupción volcánica), el de 2023 fue 3,93°C más cálido.



Si bien el calentamiento registrado no puede aplicarse a escala mundial, las estimaciones demuestran la naturaleza sin parangón del calentamiento actual y la necesidad de tomar medidas urgentes para reducir las emisiones de carbono.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó el 17 de mayo su nueva [lista de patógenos bacterianos prioritarios correspondiente a 2024](#), en la que figuran 15 familias de bacterias resistentes a los antibióticos clasificadas en tres categorías (crítica, alta y media) para facilitar el establecimiento de prioridades. Esta lista proporciona orientaciones para obtener nuevos tratamientos que son necesarios para frenar la propagación de resistencias a los antimicrobianos.



Las resistencias a los antimicrobianos ocurren cuando estos fármacos pierden su actividad contra las bacterias, los virus, los hongos y los parásitos. Como consecuencia de ello, las enfermedades que ocasionan son más graves y aumenta el riesgo de que se propaguen y se transmitan a más personas, causando más morbimortalidad. La principal causa de la aparición de resistencias es el uso excesivo e indebido de antimicrobianos. En esta lista actualizada se han incorporado nuevas pruebas e información proporcionada por expertos que será de utilidad para llevar a cabo la investigación y el desarrollo de nuevos antibióticos, fomentar la coordinación internacional e impulsar la innovación.

Yukiko Nakatani, Subdirectora General interina de la OMS para la Resistencia a los Antimicrobianos, señaló: “Para elaborar la lista de patógenos bacterianos prioritarios se ha determinado la carga mundial de infecciones por bacterias farmacorresistentes y se ha analizado su repercusión en la salud pública. Por ello, esta lista es fundamental para orientar la inversión y superar los obstáculos que dificultan la obtención de nuevos antibióticos y el acceso a ellos. La amenaza de la resistencia a los antimicrobianos ha aumentado desde la publicación de la primera lista en 2017, lo cual mina la eficacia de numerosos antibióticos y puede echar por tierra muchos logros de la medicina moderna”.

Los patógenos de prioridad crítica, como las bacterias gramnegativas resistentes a los antibióticos de último recurso y *Mycobacterium tuberculosis* resistente al antibiótico rifampicina, son amenazas muy peligrosas en todo el mundo a causa de la incidencia de las enfermedades que provocan y de su capacidad de resistir los tratamientos y transmitir las resistencias a otras bacterias. Las bacterias gramnegativas pueden encontrar nuevas formas de resistir los tratamientos y transferir a otras bacterias material genético que las hace también resistentes.

Los patógenos de alta prioridad, como *Salmonella* y *Shigella*, causan mucha morbimortalidad en países de ingresos medianos y bajos, al igual que *Pseudomonas aeruginosa* y *Staphylococcus aureus*, que ocasionan problemas importantes en los establecimientos de salud.

Otros patógenos de alta prioridad, como *Neisseria gonorrhoeae* y *Enterococcus faecium* farmacorresistentes, entrañan problemas específicos para la salud pública, como infecciones persistentes y resistencia a varios antibióticos, por lo que requieren intervenciones de salud pública y estudios específicos.

Entre los patógenos de prioridad media figuran los estreptococos de los grupos A y B (que se han añadido a la lista en 2024), *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*, que dan lugar a una elevada carga de morbilidad. Estos patógenos requieren una mayor vigilancia, sobre todo en las poblaciones vulnerables, como los niños y los ancianos, en especial en los lugares con pocos recursos.

El Dr. Jérôme Salomon, Subdirector General de la OMS para Cobertura Sanitaria Universal/Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles, dijo: “La resistencia a los antimicrobianos pone en jaque nuestra capacidad para tratar eficazmente infecciones que causan mucha morbimortalidad, como la tuberculosis, lo que provoca enfermedades graves y un aumento de las tasas de mortalidad”.

En la lista de 2024 también se hace hincapié en la necesidad de adoptar un enfoque integral de la salud pública para hacer frente a la resistencia a los antimicrobianos, que incluya el acceso universal a medidas de calidad y asequibles para prevenir, diagnosticar y tratar correctamente las infecciones, como se explica en el [enfoque de la OMS centrado en las personas para combatir la resistencia a los antimicrobianos](#) y en el conjunto básico de intervenciones en esta esfera, lo cual es fundamental para atenuar las repercusiones de la resistencia a los antimicrobianos en la salud pública y la economía.

Modificaciones en la lista de 2024 con respecto a la de 2017

En la lista de 2024 se han eliminado cinco combinaciones de patógenos y antibióticos incluidas en la lista de 2017 y se han añadido cuatro combinaciones nuevas. Las enterobacteriales resistentes a las cefalosporinas de tercera generación figuran en un grupo independiente dentro de la categoría de prioridad crítica, lo que pone de manifiesto su carga de morbimortalidad y la necesidad de aplicar intervenciones específicas para hacerles frente, sobre todo en los países de ingresos bajos y medianos.

Además, la infección por *Pseudomonas aeruginosa* resistente a los carbapenémicos se ha trasladado de la categoría crítica a la de prioridad alta para reflejar los informes recientes que muestran la reducción de las resistencias a nivel mundial. A pesar de ello, sigue siendo importante invertir en investigación y desarrollo (I+D) y en otras estrategias de prevención y control de esta infección, habida cuenta de la elevada carga que supone en algunas regiones.

La lista de patógenos bacterianos prioritarios de la OMS correspondiente a 2024 incluye estas bacterias:

- **Prioridad crítica**
 - *Acinetobacter baumannii* resistente a los carbapenémicos;
 - Enterobacteriales resistentes a las cefalosporinas de tercera generación;
 - Enterobacteriales resistentes a los carbapenémicos;
 - *Mycobacterium tuberculosis* resistente a la rifampicina (que se ha incluido tras efectuar un análisis independiente con criterios adaptados paralelamente y tras la posterior aplicación de una matriz adaptada de análisis para decidir en función de varios criterios).
- **Prioridad alta**
 - *Salmonella* Typhi resistente a las fluoroquinolonas;
 - *Shigella* spp. resistente a las fluoroquinolonas;
 - *Enterococcus faecium* resistente a la vancomicina;
 - *Pseudomonas aeruginosa* resistente a los carbapenémicos;
 - Salmonelas no tifoideas resistentes a las fluoroquinolonas;

- *Neisseria gonorrhoeae* resistente a las cefalosporinas de tercera generación y/o a las fluoroquinolonas;
- *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina.

- **Prioridad media**

- Estreptococos del grupo A resistentes a los macrólidos;
- *Streptococcus pneumoniae* resistente a los macrólidos;
- *Haemophilus influenzae* resistente a la ampicilina;
- Estreptococos del grupo B resistentes a los macrólidos.

Los cambios introducidos con respecto a 2017 reflejan la dinámica de la resistencia a los antimicrobianos, que obliga a adaptar las intervenciones. A fin de poder usar esta lista como herramienta en todo el mundo, se debe adaptar a los contextos nacionales y regionales teniendo en cuenta las variaciones regionales en la distribución de los patógenos y en la carga de las resistencias. Por ejemplo, *Mycoplasma genitalium* farmacorresistente, que no está incluido en la lista, plantea problemas de forma creciente en algunas partes del mundo.

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.