

ARGENTINA

- Situación epidemiológica de la psitacosis

AMÉRICA

- América Latina: El abuso de antibióticos, una epidemia silenciosa
- Brasil: Se confirmó la circulación del virus Mayaro en el estado de Roraima
- Chile: La influenza golpea la región de Ñuble

- Cuba: Confirmaron la presencia del virus de Oropouche en la provincia de Santiago de Cuba

- Estados Unidos: Brotes de salmonelosis vinculados a aves de corral de traspatio

- Estados Unidos: Señales de aumento de casos de covid en California

EL MUNDO

- África: Situación epidemiológica de la mpox
- España: Brote de sarampión en Canarias

- Europa: Se notificaron 56.634 casos de sarampión en los tres primeros meses de 2024

- Filipinas: Aumentaron más de 400% los casos de fiebre chikungunya respecto del año anterior

- India: Más de 100 casos de fiebre de la Selva de Kyasanur en Uttara Kannada, Karnataka

- Palestina: El número de muertos en Gaza es en realidad mayor de lo informado

- Uganda: Intensifican la campaña contra la fiebre amarilla en medio de dudas sobre la vacuna

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
GUSTAVO LOPARDO // 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 // EDUARDO LÓPEZ // ISABEL CASSETTI
HORACIO SALOMÓN // JAVIER CASELLAS // EDUARDO SAVIO
SERGIO CIMERMAN

Patrocinadores



Adherentes



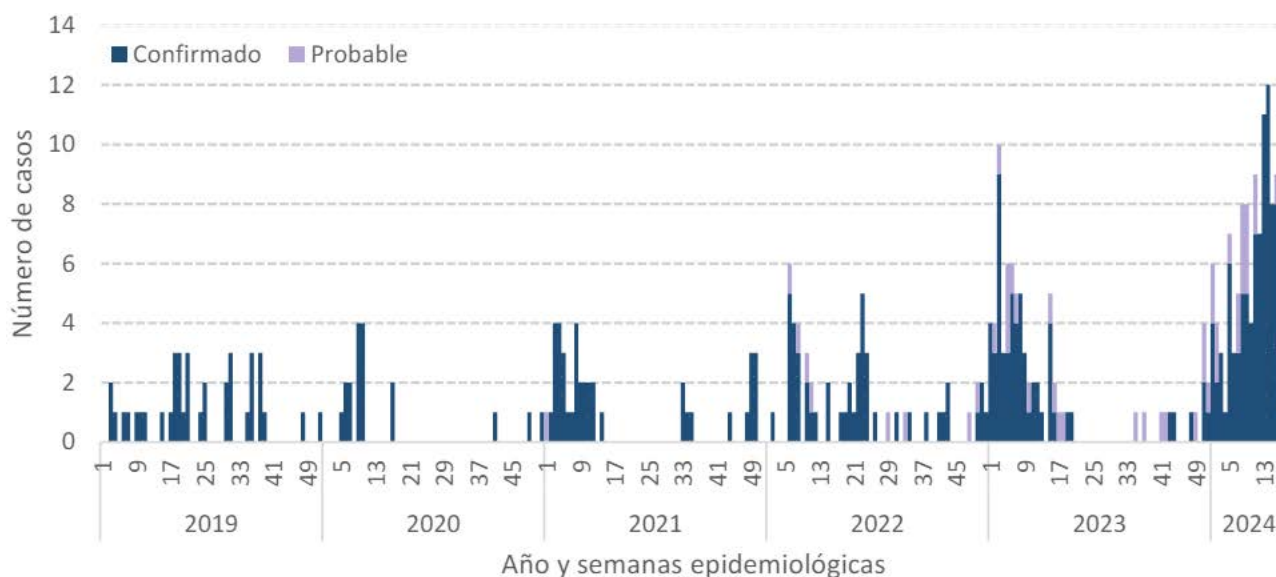
Distinguido por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

© 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.

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 de 2019 y la SE 15 de 2024, en Argentina se registraron 305 casos confirmados de psitacosis y 45 probables, de un total de 1.886 sospechosos investigados.¹

En la curva de casos confirmados y probables se observan, a nivel nacional, aumentos en las primeras SE de cada año, que se corresponden con los meses más calurosos, con un pico máximo en la SE 14 de 2024, con 12 casos confirmados.



Casos confirmados y probables de psitacosis según semana epidemiológica y año. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2019 a semana epidemiológica 20 de 2024. Fuente: Dirección de Epidemiología y Coordinación de Zoonosis, Ministerio de Salud de Argentina. (N=350)

El 85% de los 305 casos del periodo se registraron en la región Centro, con las provincias de Buenos Aires y Entre Ríos concentrando el mayor número de casos, seguidas por Santa Fe y Córdoba. Le sigue en número de casos la región Noroeste Argentino (NOA), Cuyo y Sur. La región Noreste Argentino no registra casos confirmados en el período.

¹ Se consideraron como casos confirmados de psitacosis a aquellos que cumplen con uno o más de los siguientes criterios: métodos directos positivos para *Chlamydia psittaci* (PCR o aislamiento), seroconversión de anticuerpos IgG y nexa epidemiológico, y casos clasificados por el notificador como “confirmado *Chlamydia psittaci*”. Se consideraron casos probables a aquellos que tuvieron resultado positivo de anticuerpos IgG en una sola muestra con un valor título mayor a 1/160 y nexa epidemiológico. Los casos que no quedaron clasificados en alguna de las categorías precedentes se consignaron como “en estudio”.

Provincia/Región	2019	2020	2021	2022	2023	2024 (hasta SE 20)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	2	3	1	2	8	5
Buenos Aires	16	2	5	19	17	61
Córdoba	2	1	13	2	4	4
Entre Ríos	4	7	10	13	13	13
Santa Fe	—	3	7	6	10	5
Centro	24	16	36	42	52	88
Mendoza	1	—	—	1	—	—
San Juan	2	—	—	1	—	5
San Luis	2	—	—	—	1	4
Cuyo	5	—	—	2	1	9
Catamarca	—	1	—	—	—	1
Jujuy	6	1	—	3	—	1
Salta	1	—	—	—	—	—
Santiago del Estero	—	—	—	—	—	4
Tucumán	—	—	—	—	4	—
Noroeste Argentino	7	2	—	3	4	6
La Pampa	—	—	3	—	1	2
Río Negro	2	—	—	—	—	—
Sur	2	—	3	—	1	2
Total Argentina	38	18	39	47	58	105

Casos confirmados de psitacosis por jurisdicción. Argentina. Años 2019/2024 (2024 hasta semana epidemiológica 20) (n=305). Fuente: Dirección de Epidemiología y Coordinación de Zoonosis; Ministerio de Salud de Argentina.

Situación epidemiológica actual

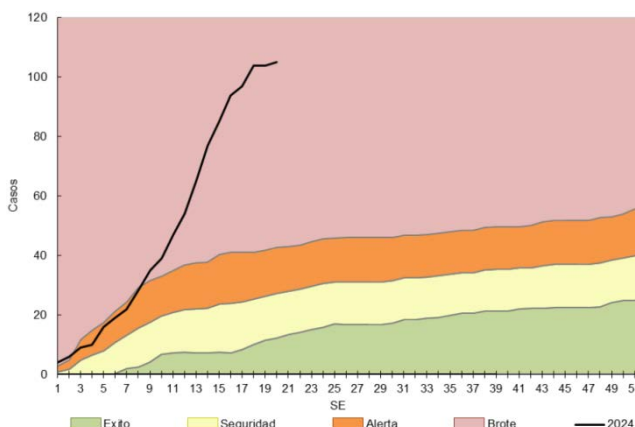
En 2024, hasta la SE 20, se notificaron 518 casos de psitacosis, de los cuales 105 (20%) resultaron confirmados, 16 (3%) probables, y los demás fueron categorizados como “en estudio”.

En lo que va del año se identificaron casos confirmados en 11 jurisdicciones: 84% se concentró en la región Centro (hubo casos en todas las provincias de la Región, principalmente en la de Buenos Aires); el 9% en Cuyo (San Juan y San Luis); el 6% en el NOA (Santiago del Estero, Catamarca y Jujuy); y el 2% en la región Sur (La Pampa).

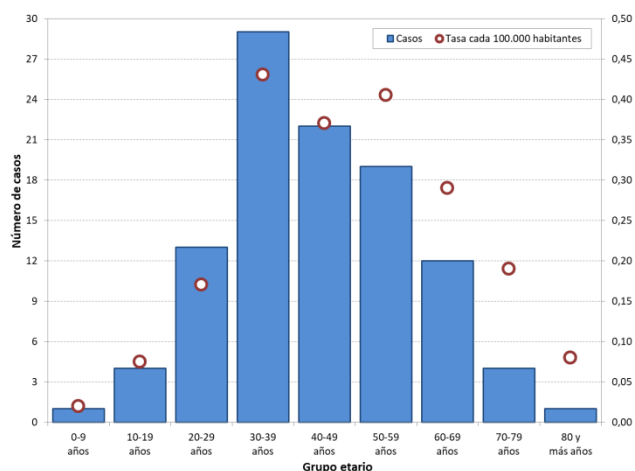
El corredor endémico acumulado muestra que los casos confirmados en 2024 se encuentran a partir de la SE 3 en el umbral de alerta, alcanzando el nivel de brote a partir de la SE 10.

En 2024, hasta la SE 20, la incidencia acumulada de casos confirmados se observó en la población adulta de 30 a 39 años, seguida por la de 50 a 59, y la de 40 a 49 años. El mayor número de casos se registró en el grupo de 30-39 años (29), seguido por el de 40 a 49 años (22) y el de 50 a 59 años (19).

En 2024, hasta la SE 20, se registraron cuatro fallecimientos entre los casos confirmados. La media de edad fue de 52 años. Tres de los fallecidos eran residentes de la provincia de Buenos Aires, y el restante de la provincia de Entre Ríos. Los seis casos estaban internados.



Corredor endémico acumulado de casos confirmados de psitacosis. Argentina. Año 2024, hasta semana epidemiológica 20, en base a datos de los años 2019/2023. (n=305). Fuente: Dirección de Epidemiología y Coordinación de Zoonosis; Ministerio de Salud de Argentina.



Casos confirmados de psitacosis e incidencia acumulada, según grupo de edad. Argentina. Año 2024, hasta semana epidemiológica 20. (n=105). Fuente: Dirección de Epidemiología y Coordinación de Zoonosis; Ministerio de Salud de Argentina.

La psitacosis es una zoonosis que tiene como principal reservorio a las aves. Los síntomas en los seres humanos incluyen fiebre, escalofríos, cefaleas, mialgia y malestar, tos seca, dificultad respiratoria y confusión con o sin síntomas respiratorios. Con menos frecuencia puede observarse neumonía, endocarditis, miocarditis, hepatitis, artritis, conjuntivitis y encefalitis. Los síntomas ocasionales suelen ser rash inespecífico, diarrea, vómitos y dolor abdominal.

Se la debe diferenciar de la enfermedad pulmonar por hantavirus, leptospirosis, legionelosis, y la infección por virus Influenza, *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, SARS-COV-2 entre otros. La enfermedad se manifiesta en casos aislados o en forma de brotes. La detección y la notificación temprana es fundamental para mejorar el pronóstico de los pacientes y evitar las complicaciones. Es de gran importancia incluir en la anamnesis de casos con sintomatología compatible el antecedente epidemiológico: si poseen o tuvieron contacto con aves. Además, esto permite evitar el aumento en el número de casos por el bloqueo temprano del brote.

Las aves aparentemente sanas, pueden ser portadoras y actúan como reservorios de *Chlamydia psittaci* en todo el mundo. Es frecuente observar signos clínicos y contagio a humanos desde aves psitácidas (loros, cotorras y guacamayos). Menos frecuente es el contagio a partir de palomas y de aves de corral (gallinas, pollos, patos y gansos). La transmisión se produce principalmente por inhalación de aerosoles contaminados, o por contacto con excreciones o secreciones de aves infectadas o plumas de estas. De manera poco frecuente y abordado en algunos trabajos, sobre todo publicados en los últimos 15 años, está descripta la transmisión de persona a persona.

En Argentina, la psitacosis constituye un evento de notificación obligatoria en el marco de la ley 15.465 y la resolución 2827/2022.

La estrategia de vigilancia de psitacosis en humanos es universal y la modalidad es nominal e inmediata ante la sospecha.

La investigación de casos incluye información poblacional sobre los afectados, clínica, laboratorio e investigación epidemiológica.

Por otra parte, para la vigilancia en animales, se incorporó en la última actualización del Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria, realizada en 2022, el evento clamidiasis aviar de modalidad individual inmediata.

El Ministerio de Salud de Argentina publicó el 21 de abril de 2024 el documento [*Recomendaciones ante el aumento de casos de psitacosis en el contexto de neumonías agudas graves en diferentes partidos del Área Metropolitana de Buenos Aires*](#), elaborado en forma conjunta por los equipos técnicos del Ministerio de Salud, de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán', del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, la Sociedad Argentina de Infectología (SADI), la Sociedad Argentina de Medicina (SAM) y la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI).



A mediados de 2023, un hombre de 80 años ingresó a urgencias de un hospital en Buenos Aires por una psicosis infecciosa. “Deliraba; estaba tan fuera de sí que tuvimos que administrarle un sedante para poder examinarlo”, recordó Yinier Hinestroza, uno de los médicos que lo atendió.

La responsable era la bacteria *Klebsiella pneumoniae* afincada en su vejiga. Hacía cinco días que el paciente no mejoraba con los antibióticos que le recetaron para tomar en casa y la fiebre comenzaba a provocar estragos en su organismo, inmunodeprimido por un cáncer que sufrió en el pasado.



El uso excesivo y exagerado de antibióticos puede exacerbar la aparición de microorganismos multirresistentes.

Un hemocultivo reveló la presencia de la temible cepa conocida como KPC. “Le llamamos ‘superbacteria’, porque es una *K. pneumoniae* resistente a casi todos los antibióticos de primera, tercera y hasta cuarta línea”, precisó Hinestroza.

La aparición y propagación silenciosa de ese tipo de microbios pudo exacerbarse debido a lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) denominó un “uso excesivo y generalizado” de estos fármacos en todo el mundo durante la pandemia de covid. El 75% de las personas hospitalizadas recibieron antibióticos, aunque solo 8% los requería por coinfecciones bacterianas, detalló en un reciente [comunicado](#).

Los hallazgos se basan en datos de la Plataforma Clínica Mundial de la OMS para la covid, un depósito de datos clínicos anónimos que recopiló información de unos 450.000 pacientes ingresados en hospitales por covid en 65 países entre enero de 2020 y marzo de 2023.

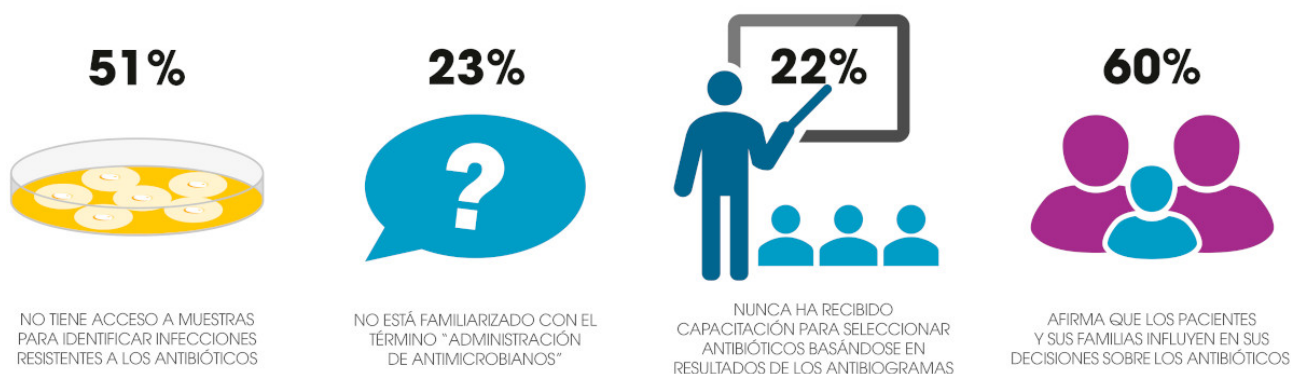
Asimismo, la OMS alertó que los antibióticos con altas posibilidades de generar resistencia –como la azitromicina o la ceftriaxona– fueron los más recetados. Puesto que estos medicamentos no actúan contra los virus, su prescripción ‘por si resultaban de ayuda’ no solo no benefició la evolución clínica de los pacientes, sino que hubo casos en los que se asoció a un riesgo de muerte 20 veces mayor.

“Estos datos nos enseñan varias lecciones. La más importante es que iniciar un tratamiento con antibióticos a ciegas no tiene ninguna utilidad. Actualmente existen mejores métodos diagnósticos y si las bacterias no crecen o no se las documenta con estas herramientas, en-

tonces el uso de antibióticos no se justifica”, advirtió Patricia Cornejo Juárez, presidenta de la Asociación Mexicana de Infectología y Microbiología Clínica.

La intervención adecuada con antibióticos en América Latina enfrenta varios desafíos. En una [encuesta](#) –aplicada en 42 hospitales de Guatemala, Panamá, Ecuador, Colombia y Argentina– el 51% de los trabajadores sanitarios señaló la falta de acceso a pruebas para identificar infecciones resistentes. Además, 22% de los prescriptores admitió no haber recibido capacitación para seleccionar antibióticos con base en resultados de cultivos.

UNA ENCUESTA REALIZADA A TRABAJADORES DE SALUD DE 42 HOSPITALES EN GUATEMALA, PANAMÁ, ECUADOR, COLOMBIA Y ARGENTINA SOBRE EL USO DE ANTIBIÓTICOS, MOSTRÓ:



Otro reto en la región es la automedicación con antibióticos que, según una [revisión](#) reciente que analizó artículos publicados entre 2019 y 2023, oscila entre 14 y 80%, según cada país. Perú, según ese estudio, registró 80% de automedicación, Colombia entre 24 y 47%, Brasil entre 24,6 y 53,8%, entre otros.

Asimismo, otra [investigación](#) realizada en 35 países de América Latina halló que, en 2019, al menos 569.000 muertes estuvieron relacionadas con la resistencia bacteriana a los antimicrobianos (RAM). Los cinco países con la mayor mortalidad fueron Haití, Bolivia, Guatemala, Guyana y Honduras.

Sonia Urrutia, por ejemplo, aprendió de su madre a usarlos por cuenta propia ante la mínima molestia: “Es algo súper temerario. A mis hijos obviamente nunca les enseñé lo mismo porque yo tuve consecuencias”, dijo.

Hace poco más de una década que esta mujer chilena de 52 años padece infecciones multi-resistentes. La última ocurrió en enero de 2024, cuando mediante un cultivo de su orina se detectaron bacterias que no ceden frente a toda una familia de antibióticos, los [betalactámicos](#). Urrutia estuvo internada siete días en la Clínica Santa María con el único tratamiento endovenoso disponible.

“Se debe concientizar a la población de que la mayoría de las infecciones gastrointestinales y respiratorias son virales. Si se usan antibióticos en esos casos, lo único que logran es generar en su cuerpo colonias de bacterias resistentes que pueden transmitirse y proliferar en los grupos más vulnerables, como personas con cáncer, diabetes, desnutrición u obesidad”, apuntó Cornejo Juárez.

Esos impactos se suman a los del sector pecuario, que por sí solo consume 66% de los antibióticos a nivel global. Los emplea para tratar infecciones en las granjas y aumentar la talla del ganado, pero esta última práctica ha sido descartada como uso veterinario porque infringe las normas internacionales de la Organización Mundial de Sanidad Animal y compromete la lucha contra la resistencia bacteriana.

En el contexto latinoamericano, un estudio encontró que solo tres de los cinco grandes productores de carne –Argentina, Chile y Colombia– cuentan con normas clasificadas como “fuertes” para limitar el uso de antibióticos como promotores de crecimiento. Los otros dos –Brasil y Uruguay– tienen legislaciones “intermedias”, y en todos hace falta información sobre el cumplimiento de esas leyes.

Uso de los antibióticos en la ganadería



La utilización indiscriminada de antibióticos es el principal acelerador de la resistencia bacteriana y en la región se asocia con el surgimiento de esta característica en al menos ocho especies de bacterias, sugiere una [revisión](#) de investigaciones publicadas en la última década.

Alejandro Macías –infectólogo con más de 30 años de práctica médica y catedrático de la Universidad de Guanajuato en México– afirmó que el escenario donde absolutamente ningún antibiótico funciona es poco común aún, pero otras manifestaciones de la resistencia bacteriana sí son un problema de todos los días.

“Típicamente, llegan personas con infecciones urinarias que ya no responden a los antibióticos orales. Entonces debemos escalar a opciones inyectables, aumentar las dosis, hay mayores efectos secundarios y el costo también se eleva, tanto para las familias como para las instituciones de salud”, comentó Macías.

Fue lo que pasó con el paciente bonaerense de Yinier Hinestroza. Luego de 30 días de batalla en el hospital, bajo un estricto aislamiento y cerca de agotar todo el arsenal de antibióticos, sobrevivió. Sin embargo, se fue a casa con consecuencias irreversibles.

No todos lo logran. Una [investigación](#) de fines de 2023 estimó que en América Latina la tasa de letalidad de las bacterias multirresistentes es de 45%. Es decir, casi una de cada dos personas que adquiere una de estas infecciones, fallece. Con esas cifras podría convertirse en la principal causa de muerte en el mundo, si no se hace algo al respecto.

Un reciente [estudio](#) de epidemiología molecular investigó la circulación activa del virus Mayaro en pacientes con enfermedad febril aguda durante 2018-2021 en la región amazónica del estado de Roraima, Brasil.

Entre diciembre de 2018 y diciembre de 2021, se recolectaron muestras de suero de 822 pacientes con enfermedad febril aguda que acudieron a unidades de atención primaria de la salud en 11 de los 15 municipios del estado de Roraima. Se recopiló información del paciente, como edad, sexo, ocupación, fecha de toma de muestras, fecha de aparición de los síntomas y de los registros médicos.

Todas las muestras de suero fueron sometidas a una prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa en tiempo real (rRT-PCR) para detectar el ARN de los virus Mayaro, Chikungunya, Zika, Dengue y Oropouche.

De los 822 pacientes evaluados, 190 (23,1%) dieron positivo para más de un arbovirus. Se detectó ARN del virus Mayaro en 28 pacientes (3%), 15 de ellos (54%) originarios de Boa Vista, el municipio más poblado del estado de Roraima. Diecinueve de los casos positivos para virus Mayaro (68%) ocurrieron entre enero y julio de 2021. Entre los pacientes positivos para virus Mayaro, la edad media fue de 31 años (rango intercuartílico 26-43 años) y la proporción entre hombres y mujeres fue de 1:5. Los signos y síntomas más comunes informados fueron fiebre y mialgia, los cuales se informaron en 23 casos (82%); 6 (21%) informaron artralgia y 3 (11%) erupción cutánea. La mediana de tiempo entre la aparición de los síntomas y el intervalo de toma de la muestra fue de tres días. Tres de los casos (11%) afectaron a pescadores que tuvieron contacto directo con animales silvestres.

El análisis filogenético de máxima verosimilitud mostró que las cepas del virus Mayaro que circularon en el estado de Roraima en 2021 pertenecen al genotipo D.

Finalmente, también se detectó ARN de virus Chikungunya en 16 muestras (2%) y de virus Dengue en 146 muestras (17,8%). Este número incluye 63 pacientes con DENV-1, 89 pacientes con DENV-2 y seis casos de coinfección DENV-1/DENV-2. La mayoría de los casos de fiebre chikungunya (13 casos; 81%) se detectó durante enero-julio de 2021, superponiéndose con el pico de detección del virus Mayaro. Por el contrario, los casos de dengue se confirmaron predominantemente (110 casos; 75,3%) entre julio de 2019 y enero de 2020. Ninguna muestra analizadas fue positiva para virus Zika, virus Oropouche y los serotipos DENV-3 y DENV-4.

Este estudio informa la circulación activa del virus Mayaro en humanos durante la epidemia simultánea de fiebre chikungunya y dengue en el estado de Roraima. Los casos fueron causados por el genotipo D, lo que sugiere que este genotipo extendido continuó circulando en la Región Amazónica durante más de 60 años. Además, este mismo genotipo ha sido detectado en brotes en Venezuela, que al igual que Guyana comparte frontera con Brasil a través del estado de Roraima.

La artralgia se ha descrito como una característica clínica importante de la infección por el virus Mayaro en humanos. Sin embargo, sólo 21% de los pacientes positivos informaron artralgia en este estudio. Los datos sugieren que se debe considerar el diagnóstico de laborato-

rio de virus Mayaro en pacientes con enfermedad febril en áreas endémicas, incluso en ausencia de características clínicas típicamente asociadas con la infección. También se descubrió que los adultos jóvenes y los hombres representan la mayoría de los casos de infección, probablemente debido a la exposición ocupacional. Las personas que trabajan en entornos forestales (p. ej., en la minería, la tala y la pesca) podrían ser un puente para facilitar la eventual introducción y establecimiento de la transmisión del virus Mayaro en entornos urbanos. Además, la implementación de una vigilancia molecular y genómica mejorada en poblaciones de vectores humanos y urbanos (es decir, mosquitos *Ae. aegypti* y *Ae. albopictus*) será fundamental para monitorear el posible establecimiento del virus en un ciclo de transmisión amplificado por humanos.

En conclusión, el estudio identificó la cocirculación activa de los virus Mayaro, Dengue y Chikungunya en pacientes con enfermedad febril en el estado de Roraima. Estos hallazgos subrayan la necesidad crítica de un diagnóstico de laboratorio continuo del virus Mayaro para determinar la prevalencia del mismo en la Región Amazónica y los posibles cambios asociados con la urbanización.

El virus Mayaro es un alphavirus endémico y desatendido transmitido por mosquitos que causa una enfermedad artritogénica debilitante aguda y crónica en América Latina y el Caribe. La infección por este virus puede causar fiebre, erupción cutánea y artralgia que pueden persistir durante más de un año en algunos pacientes. Se transmite en su ciclo enzoótico principalmente por mosquitos selváticos *Haemagogus janthinomys*, entre primates no humanos y otros mamíferos, lo que puede provocar el contagio a los humanos. Sin embargo, algunos estudios experimentales sugieren que el virus Mayaro podría establecer un ciclo amplificado por humanos en entornos urbanos cuando es transmitido por los mosquitos *Aedes aegypti* y *Ae. albopictus*, lo que podría generar una mayor amenaza para la salud pública. No hay vacunas ni medicamentos antivirales específicos disponibles para tratar o prevenir la infección por el virus Mayaro.

Se han notificado infecciones por el virus Mayaro en América Central y del Sur desde la década de 1950. Sin embargo, los informes de circulación activa en poblaciones humanas siguen siendo escasos, incluso en las áreas endémicas.

Las autoridades de la región de Ñuble, a 410 kilómetros al sur de Santiago de Chile, confirmaron el 22 de mayo la muerte de una niña de seis años y de una joven de 21 años debido a complicaciones por la [influenza A](#), un virus que se ha expandido con fuerza en el país en medio de una [fría y lluviosa temporada otoñal](#). Se ha solicitado que el Gobierno de Gabriel Boric Font declare la emergencia sanitaria en la zona.



Un trabajador de la salud transporta una camilla en un hospital chileno.

El fallecimiento de la menor fue informado el 22 de mayo por el Servicio de Salud de Ñuble, que detalló que la paciente fue atendida en una primera ocasión en el Hospital de San Carlos, en donde se confirmó el diagnóstico de influenza. “En dichas ocasiones, dada su condición clínica, se le indicó continuar el tratamiento establecido en su hogar, y volver al centro de salud si los síntomas se agravaban”, señaló la entidad encargada de la salud pública en la localidad.

La autoridad sanitaria explicó que tras ser enviada a su casa, sin embargo, la niña experimentó un empeoramiento en su estado de salud, por lo que fue enviada al Centro de Salud Familiar (CESFAM) de San Nicolás, a donde ingresó cerca de la medianoche del 20 de mayo. “A pesar de los esfuerzos del equipo médico y del apoyo brindado por un móvil avanzado del Servicio de Atención Médica de Urgencia, la paciente falleció”, declararon las autoridades locales.

El Servicio de Salud de Ñuble detalló que el caso será investigado con un sumario administrativo, para analizar la actuación de los médicos que atendieron a la niña. La indagatoria también se extenderá hacia el municipio encargado de la atención primaria de la menor fallecida, San Nicolás.

El Ministerio de Salud lamentó la muerte de la niña y respaldó el inicio del sumario para conocer los detalles del procedimiento clínico. El subsecretario de Redes Asistenciales, [Oswaldo Hernán Bernardo Salgado Zepeda](#), manifestó su inquietud con los efectos de esta ola de contagios. “Es una noticia que nos duele profundamente y estamos revisando los antecedentes que nos han enviado. Hemos solicitado, por cierto, que nuestro equipo evalúe esa situación. Estamos preocupados porque la influenza está teniendo bastante agresividad en algunos grupos de edad”, dijo la autoridad.

Horas después de que se informara este deceso, el gobernador de la región de Ñuble, Óscar Manuel Crisóstomo Llanos, confirmó la muerte de otra persona infectada por influenza A. La autoridad local dijo que la víctima era una joven de 21 años que estaba internada en el Hospital Clínico ‘Herminda Martín Mieres’ de Chillán, en la capital regional. Crisóstomo Llanos solicitó al Ejecutivo que declare una emergencia sanitaria en la zona. “Tenemos condiciones climáticas adversas, bajas temperaturas, contaminaciones que no teníamos desde hace muchos años lo que, indudablemente, están generando efectos en la salud y en la vida de nues-

tros habitantes y, para ello, queremos pedirle al Ministerio de Salud, de Educación y al Gobierno Central, que tomemos medidas que nos permitan adelantarnos y hacer frente a esta situación”, dijo.

El brote de influenza en Chile

Una ola de frío y un sistema frontal cargado de lluvias cambió el panorama de un otoño mes de mayo, que habitualmente es seco y templado. Este cambio en el clima incidió además en el aumento paulatino de las enfermedades respiratorias entre la población, en especial la influenza, que está cerca de alcanzar el pico de contagios.



Una enfermera vacuna a una mujer contra la influenza en Santiago de Chile.

El último reporte del Instituto de Salud Pública (ISP), el organismo público a cargo de la regulación sanitaria de Chile, informó que en la semana epidemiológica 19 se reportaron 1.441 casos. En todas las semanas analizadas se han totalizado 5.992 casos de influenza, lo que significa un aumento de 72% si se toman de referencia las 19 semanas contabilizadas en 2023. El brote alcanzó a la cantante mexicana María Guadalupe Araujo Yong, conocida artísticamente como Ana Gabriel, quien debió suspender dos veces un concierto en Santiago debido a una infección que derivó en una grave neumonía.

El incremento de las infecciones encendió las alarmas del Ministerio de Salud. Uno de los aspectos que más preocupa a las autoridades del Gobierno es la baja tasa de vacunación contra la influenza, un rezago que incluso abarcaría a la población más vulnerable frente a la enfermedad (niños, mujeres embarazadas, enfermos crónicos y ancianos). El jefe del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, Christian Rodrigo García Calavaro, detalló la situación el 22 de mayo. “Ya alcanzamos el 58%, prácticamente el 60% de cobertura, lo que es bastante, pero tenemos algunos grupos que están un poco rezagados, sobre todo las personas de 60 años y más, con más o menos la mitad de esa cobertura”, dijo el funcionario.

La vacuna contra la influenza es proporcionada de manera gratuita por el Estado y se puede aplicar de forma simultánea con la de la covid. En este caso, el grupo objetivo corresponde al personal de salud sector público y privado; personas de 60 años y más; personas con enfermedades crónicas, entre los 11 y hasta los 59 años; embarazadas en cualquier etapa de gestación; niños desde los seis meses hasta quienes cursen 5° año básico (educación escolar primaria); familiares de lactantes prematuros o inmunocomprometidos; cuidadores de adultos mayores; y trabajadores de criaderos de aves y cerdos.

El resto de la población puede acceder a esta vacuna, pero la debe adquirir en una farmacia o en vacunatorios privados autorizados.

Aumentan las infecciones respiratorias en esta parte del mundo. Los virus de la influenza aparentemente han relegado al SARS-CoV-2 a un segundo plano; y en algunos lugares no se les presta la atención debida. La estación fría hace que muchas personas permanezcan en sus domicilios y es época escolar, lo cual favorece los contagios. Por otro lado, las tasas de vacunación distan de ser las óptimas, lo cual completa el círculo vicioso. Deberán intensificarse las estrategias para mejorar las tasas de vacunación, a la vez que las campañas de educación para la población, las cuales deberían ser permanentes y no limitarse a ciertas temporadas.

El Ministerio de Salud Pública de Cuba confirmó la presencia del virus de Oropouche en dos áreas de salud de los municipios de Santiago de Cuba (Ernesto Guevara) y Songo-La Maya (Carlos Juan Finlay). El organismo no especificó la cantidad de casos.

La confirmación se da una semana después de que las autoridades de la provincia de Santiago de Cuba informaran sobre ocho pacientes ingresados por “síndromes febriles inespecíficos”.

El Dr. Francisco Alberto Durán García, director nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública, explicó que el virus de Oropouche se transmite al ser humano principalmente a través de la picadura del jején *Culicoides paraensis*, que está presente en la Región de las Américas, pero también puede ser transmitido por el mosquito *Culex quinquefasciatus*.

Además, detalló que los casos se han estudiado e ingresado como parte de la vigilancia clínico-epidemiológica que realiza el Instituto de Medicina Tropical ‘Prof. Pedro Kourí Esmeja’, donde se encuentran los laboratorios de referencia nacional.

Expuso que no se han registrado casos críticos, ni graves, tampoco fallecidos. Los enfermos han mostrado una evolución satisfactoria de la enfermedad a partir del tercer y quinto días de mostrar los síntomas.

El Director Nacional de Epidemiología comentó que no existe un tratamiento determinado para el virus, por lo que se tratan las afecciones específicas que manifieste el paciente.

Expuso que los síntomas más comunes son un cuadro febril acompañado por dolores musculares, en las articulaciones, en la cabeza y, en ocasiones, se han reportado vómitos y diarreas.

Durán García alertó que, ante cualquier síntoma, las personas deben acudir al área de Salud, para determinar la presencia de este virus o de otros como el dengue que suelen provocar más complicaciones.

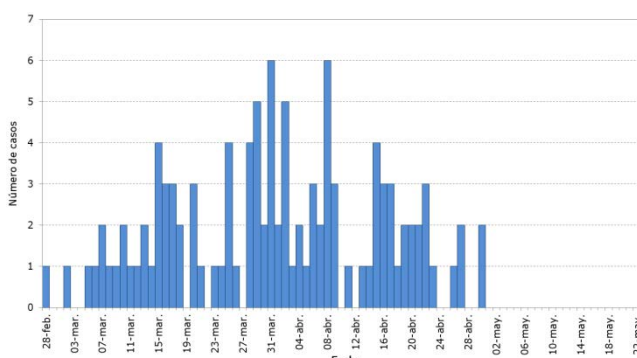
Subrayó que para combatir este virus es vital el saneamiento de los espacios, aun conociendo la situación existente con la recogida de desechos en el país por diferentes factores.

Aclaró que, dado que la transmisión es a través de la picadura de un jején, no es necesario ni efectivo aislarse o usar barbijo, pues no se trata de un padecimiento respiratorio, sino de un proceso de incubación de cinco a siete días entre la picadura y la aparición de los síntomas.



Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y los funcionarios de salud pública de varios estados están recopilando diferentes tipos de datos para investigar brotes multiestatales de infecciones por las serovariedades Altona, Indiana, Infantis, Mbandaka y Typhimurium de *Salmonella enterica enterica*.

Los datos epidemiológicos, de laboratorio y de rastreo muestran que el contacto con aves de corral es la causa de las enfermedades.



Casos notificados de salmonelosis vinculados a aves de corral de traspatio. Estados Unidos. Del 28 de febrero al 23 de mayo de 2024. Fuente: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

Hasta el 16 de mayo de 2024, se han reportado 109 personas infectadas con una de las cepas de *Salmonella* del brote en 29 estados: Missouri (19 casos), Texas (14), Oklahoma (11), Alabama (6), Nebraska (6), Arkansas (5), Minnesota (5), Illinois (4), Kansas (4), California (3), Colorado (3), Mississippi (3), Washington (3), Georgia (2), Montana (2), New México (2), Oregon (2), Pennsylvania (2), Rhode Island (2), Wisconsin (2), Arizona (1), Indiana (1), Louisiana (1), Massachusetts (1), North Carolina (1), Ohio (1), South Carolina (1), Tennessee (1) y Utah (1).

Las enfermedades comenzaron en fechas que van desde el 28 de febrero de 2024 hasta el 30 de abril de 2024. De 82 personas con información disponible, 33 (40%) debieron ser hospitalizadas. No se han reportado muertes.

Es probable que el número real de personas enfermas en este brote sea mucho mayor que el informado, y es posible que el brote no se limite a los estados que han notificado casos. Esto se debe a que muchas personas se recuperan sin atención médica y no se les hacen pruebas para detectar *Salmonella*. Además, es posible que aún no se informen casos recientes, ya que normalmente se necesitan de 3 a 4 semanas para determinar si un caso forma parte de un brote.

Los funcionarios de salud pública recopilan muchos tipos diferentes de información de las personas enfermas, incluida su edad, raza, origen étnico, otros datos demográficos y los animales con los que entraron en contacto, durante la semana anterior a enfermar. Esta información proporciona pistas para ayudar a los investigadores a identificar el origen del brote. A continuación se detallan algunas de las características de los casos:

- Edad (de 109 casos): Rango de menos de 1 a 93 años, con una media de 10 años. El 43% son menores de 5 años.
- Sexo (de 107 casos): 55% son mujeres y 45% hombres.
- Raza (de 74 casos): 89% son blancos, 4% afroamericanos/negros, 1% nativos americanos o nativos de Alaska, 1% asiáticos y 1% nativos de Hawai'i u otras islas del Pacífico. El 3% informó más de una raza.
- Etnia (de 74 casos): 20% son hispanos y 80% no hispanos.

Los funcionarios de salud pública estatales y locales están entrevistando a personas sobre los animales con los que entraron en contacto la semana antes de enfermarse. De 70 personas entrevistadas, 51 (73%) informaron haber tenido contacto con aves de corral.



De 27 personas con información disponible, 18 (67%) informaron haber comprado u obtenido aves de corral antes de que comenzara su enfermedad. Las personas informaron haber comprado aves de corral en varias tiendas minoristas y directamente en un criadero. Varios criaderos suministraron aves a las tiendas minoristas. No se ha identificado un proveedor común de aves de corral en todos los brotes.

La [secuenciación del genoma completo](#) demostró que las bacterias de muestras de personas enfermas están estrechamente relacionadas genéticamente. Esto significa que las personas en este brote probablemente se enfermaron por el mismo tipo de animal.

Investigadores en Ohio y Utah recolectaron muestras del interior de las cajas utilizadas para transportar aves de corral desde los criaderos a las tiendas minoristas, incluido el revestimiento de la caja y el material de cama. La secuenciación del genoma completo demostró que las *Salmonella* Altona y *Salmonella* Mbandaka encontradas en estas muestras son las mismas que las encontradas en personas enfermas.

La secuenciación del genoma completo de bacterias de 101 muestras de personas y cuatro muestras ambientales no predijo resistencia; las muestras de siete personas predijeron resistencia a uno o más de los siguientes antibióticos: amoxicilina-ácido clavulánico, ampicilina, cefoxitina, ceftiofur, ceftriaxona, cloranfenicol, ciprofloxacina, gentamicina, kanamicina, estreptomina, sulfisoxazol y tetraciclina. Hay más información disponible en el sitio del Sistema [Nacional de Monitoreo de la Resistencia a los Antimicrobianos \(NARMS\)](#). La mayoría de las personas con salmonelosis se recuperan sin antibióticos. Sin embargo, si se necesitan antibióticos, algunas enfermedades en este brote pueden ser difíciles de tratar con algunos antibióticos comúnmente recomendados y pueden requerir una opción antibiótica diferente.

Es posible que California se encamine a un comienzo más temprano de lo normal de la temporada de verano de covid, con un aumento de las concentraciones del coronavirus en las aguas residuales en algunas áreas y de las tasas de positividad de las pruebas en todo el estado.

La tendencia se produce cuando la última familia de subvariantes del SARS-CoV-2, denominada colectivamente FLiRT, ha logrado avances significativos a nivel nacional.

Las [subvariantes FLiRT](#) –oficialmente conocidas como KP.2, KP.3 y KP.1.1– han superado a la cepa invernal dominante, JN.1. Durante el período de dos semanas que terminó el 25 de mayo, se estimó que en conjunto representaban un 50,4% de las infecciones por SARS-CoV-2 del país, frente al 20% del mes anterior.

En lugar de que California experimente una reducción en la circulación del SARS-CoV-2, como ocurrió a principios de esta primavera, los funcionarios de salud estatales dijeron que estiman que la propagación ahora es estable o está aumentando lentamente.

“Las concentraciones de SARS-CoV-2 en las aguas residuales sugieren aumentos en varias regiones de California desde principios de mayo. La positividad de las pruebas de covid ha ido aumentando lentamente desde mayo”, dijo el 24 de mayo el Departamento de Salud Pública del estado en un comunicado.

Durante el período de siete días que finalizó el 20 de mayo, alrededor de 3,8% de las pruebas de covid dieron positivo; a finales de abril, esa proporción era de 1,9%. La tasa máxima de pruebas positivas del verano pasado fue de 12,8%, a fines de agosto.

Los médicos de los hospitales del sur de California y del área de la Bahía de San Francisco también están viendo un aumento en la propagación del SARS-CoV-2.

“Ciertamente estamos viendo un pequeño aumento. Y todo esto se debe a las variantes FLiRT”, dijo la Dra. Elizabeth Hudson, jefa regional de enfermedades infecciosas de Kaiser Permanente en el Sur de California.

Hasta ahora, el aumento se ha observado principalmente en casos ambulatorios en Kaiser.

“Cada vez que aparece una nueva variante, desafortunadamente, ésta presenta la capacidad de superar la inmunidad resultante de una infección previa, y si ha pasado un tiempo desde que alguien fue vacunado, obviamente no tendrá el mismo nivel de protección que alguien que fue vacunado más recientemente”, dijo Hudson.

En San Francisco, los médicos infectólogos están notando que hay más personas en el hospital con neumonía causada por la covid.



Viajeros obteniendo sus tarjetas de embarque y facturando su equipaje en la terminal de Delta Air Lines en el Aeropuerto Internacional de Los Ángeles.

“He visto más personas enfermas por covid de lo que esperaba en el hospital”, dijo el Dr. Peter Chin-Hong, infectólogo de la Universidad de California en San Francisco. El número era sólo un puñado, “pero definitivamente hacía notar”.

Según su lectura de los datos de aguas residuales, “sabemos que ha aumentado y que ha aumentado antes”, dijo Chin-Hong sobre la actividad del SARS-CoV-2.

“El año pasado, creo que fue a fines de junio cuando empezó a subir, y este año es como a fines de mayo. Así que es un poco antes, pero estamos empezando desde un lugar muy bajo”, dijo Chin-Hong.

“Y, como dato anecdótico, parece que la gente en el Área de la Bahía habla más sobre covid”, dijo Chin-Hong. Recordó haber oído hablar de un caso de covid en el aula de uno de sus hijos hace unos días.

“No es necesariamente una cifra alarmante ahora, pero estamos a principios del verano, así que eso es lo que esperamos”, dijo Chin-Hong.

El Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles también ha comenzado a notar un pequeño aumento en los casos en los últimos días.

Del 10 al 15 de mayo, según los datos más recientes disponibles, hubo un promedio de 82 a 92 casos de covid por día, un aumento con respecto a principios de primavera. Hubo un promedio de 60 a 80 casos nuevos por día entre el 25 de marzo y el 9 de mayo, dijeron funcionarios de salud del condado de Los Ángeles. Los recuentos de casos generalmente reflejan pruebas realizadas en centros médicos y no incluyen pruebas caseras, ni tampoco las infecciones en personas que no se hacen las pruebas.

“Es demasiado pronto para decir si este pequeño aumento de los últimos días se convertirá en un repunte sostenido. Estos recuentos de casos son bajos, lo que dificulta en este momento evaluar las tendencias reales”, dijo el Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles.

Los niveles de SARS-CoV-2 en las aguas residuales del condado de Los Ángeles se mantienen relativamente estables, en un 9% del pico del invierno pasado. Pero los datos de esos hallazgos tienen un retraso significativo en los informes: los datos más recientes disponibles corresponden al período de 10 días que finalizó el 11 de mayo.

En otras partes del estado, los niveles del virus en las aguas residuales están aumentando, incluido el [condado de Santa Clara](#), el más poblado del norte de California y hogar de Silicon Valley. En las últimas semanas, los niveles de SARS-CoV-2 alcanzaron el umbral “alto” en el alcantarillado de Palo Alto.

Dado que la temporada de viajes de verano comenzará en serio este [fin de semana del Día de los Caídos](#), los médicos instaron a las personas a considerar actualizar sus vacunas, especialmente si tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones graves por covid.

En California, solo 36% de las personas mayores de 65 años han recibido [la vacuna contra la covid actualizada](#), que estuvo disponible por primera vez en septiembre. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos [han instado](#) a todas las personas mayores de 6 meses a recibir una dosis de la vacuna actualizada. También [se recomienda](#) una segunda dosis para personas de 65 años o más, siempre que hayan pasado al menos cuatro meses desde la última dosis.

Es especialmente importante que las personas mayores reciban al menos una dosis actualizada. “De los pacientes que he atendido recientemente que tenían covid grave, ninguno había

recibido una vacuna actualizada desde septiembre y todos eran mayores o estaban inmunocomprometidos”, dijo Chin-Hong.

“Todavía vemos personas hospitalizadas y, según los datos de los CDC presentados en febrero, más de 95% de los hospitalizados no habían recibido la vacuna actualizada 2023-2024”, dijo el Departamento de Salud Pública del condado de Los Ángeles. [Los datos de los CDC](#) han demostrado que recibir la vacuna actualizada ofreció 54% más de protección contra la covid en comparación con aquellos que no la recibieron.

Para las personas mayores que ahora están considerando una segunda vacuna actualizada contra la covid, los factores a considerar incluyen planes de viaje o si tienen un trabajo en el que interactúan con muchas personas, dicen los médicos. Hay mucho tiempo para recibir esa vacuna ahora y también para recibir la nueva formulación esperada en otoño.

“Al recibir su refuerzo ahora, estarán realmente protegidos para superar esta probable ola de verano”, dijo Hudson.

Aunque para muchas personas la covid ya no significa una visita al hospital, “para otras es un gran problema”, dijo Chin-Hong. “Y esas son las personas que vi en el hospital: estaban muy, muy enfermas y estuvieron allí por algún tiempo”.

A nivel nacional, desde principios de octubre, más de 43.000 personas [han muerto](#) a causa de la covid, según los CDC, incluidas más de 3.400 en California. Por el contrario, la influenza probablemente [ha provocado](#) menos muertes a nivel nacional: unas 25.000 durante el mismo período.

El riesgo de muerte entre los hospitalizados es mayor para aquellos con covid que con influenza, especialmente entre las personas mayores, según el Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles.

“Cuando estás hospitalizado, pueden suceder muchas otras cosas, como contraer infecciones intrahospitalarias. Por eso siempre hay que evitar la hospitalización”, dijo Chin-Hong.

California logró recientemente un hito importante en materia de covid: cero muertes en un solo día calendario, el 2 de abril, una hazaña que no se había logrado desde los primeros días de la pandemia. El condado de Los Ángeles también experimentó un nuevo mínimo histórico de muertes: un promedio de 0,14 muertes por día durante un período semanal, que se registró durante el período de siete días que finalizó el 2 de abril.

“Es verdaderamente un triunfo de la ciencia que hayamos llegado a un punto en el que tenemos un día sin muertes por covid”, dijo Hudson, atribuyendo el mérito a factores como el desarrollo de vacunas y medicamentos anti-covid, además del perfeccionamiento de las técnicas utilizadas para tratar a los pacientes.

Aun así, “la covid no es sólo una gripe o un resfrío. Para algunas personas, puede tener potencialmente un impacto muy duradero. La covid prolongada realmente hace que las cosas sean diferentes”, dijo Hudson.

“Cada vez hay más pruebas de que cuantas más veces se contrae covid, más probable es que [se desarrolle covid prolongada](#). Y parece que las personas de entre 30 y 40 años son las que tienen más probabilidades de tener covid prolongada”, dijo Hudson.

“En algunos pacientes, la covid prolongada ha provocado discapacidad permanente, pero en la mayoría de las personas, al parecer, después de 12 meses, a veces 18 meses, todos los síntomas se resuelven. Pero es mucho tiempo para no sentirse bien”, dijo Hudson.

Se ha debatido mucho que la prevalencia de la covid prolongada es menor que al principio de la pandemia. Pero incluso ahora, cada vez que alguien contrae covid, todavía existe la posibilidad de que se desarrolle covid prolongada.

“Algunos pacientes tienen problemas para respirar”, dijo Hudson. Otros pueden desarrollar algo llamado síndrome de taquicardia postural ortostática (POTS), y puede causar picos agudos en el ritmo cardíaco y mareos.

“La covid prolongada puede afectar el sistema nervioso autónomo de maneras que aún no entendemos al 100%. Pero sabemos que las personas terminan con este síndrome en particular y puede alterarles la vida”, dijo Hudson.

Además de ponerse al día con las vacunas, los médicos ofrecieron los siguientes consejos sobre cómo prepararse para un aumento esperado en la circulación del SARS-CoV-2:

- Evitar a las personas enfermas. En algunas, los síntomas iniciales de la covid pueden hacer pensar en un simple “resfrío”.
- Hacerse análisis diariamente si se está enfermo. A veces, después del inicio de la enfermedad, una prueba rápida de covid tarda más en dar positivo. “Es conveniente realizarse una prueba rápida de covid una vez al día durante tres a cinco días consecutivos después de la aparición de los síntomas de tos y resfrío”, recomendó Hudson. Hacerlo puede ayudar a la persona enferma a tomar medidas para aislarse posteriormente y limitar la propagación de la enfermedad a otras personas.
- Considerar el [uso de Paxlovid](#) si se enferma. Paxlovid es un medicamento antiviral que, cuando lo toman personas con riesgo de sufrir covid grave que tienen una enfermedad leve a moderada, reduce el riesgo de hospitalización y muerte.
- Los barbijos son mucho menos comunes hoy en día, pero aún pueden ser una herramienta útil para prevenir infecciones. Usar un barbijo en un vuelo lleno de gente donde hay personas tosiendo cerca puede ayudar a reducir el riesgo de infección.

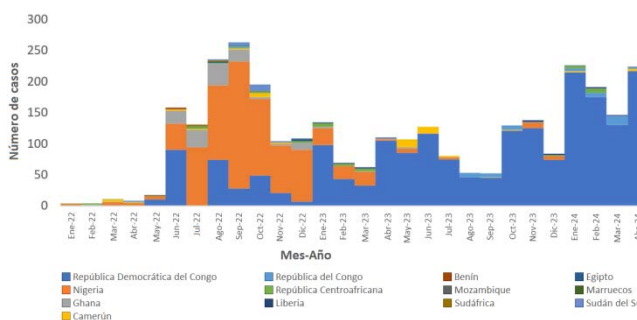
La Región de África de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estado luchando contra una epidemia de mpox desde el 1 de enero de 2022. Al 30 de abril de 2024, la región ha notificado 3.171 casos confirmados por laboratorio y 25 muertes, lo que da como resultado una tasa de letalidad de 1,0% en 13 estados miembros.

La República Democrática del Congo ha notificado el mayor número de casos (1.982 casos; 62,5%), seguida de Nigeria (861 casos; 27,2%), Ghana (127 casos; 4,0%), República del Congo (55 casos; 1,7%), Camerún (50 casos; 1,6%), República Centroafricana (43 casos; 1,4%) y Liberia (22 casos; 0,7%). La epidemiología genómica del virus mpox reveló que el Clado I (el clado de África Central) y el Clado II (el Clado de África Occidental) están en circulación en la región.

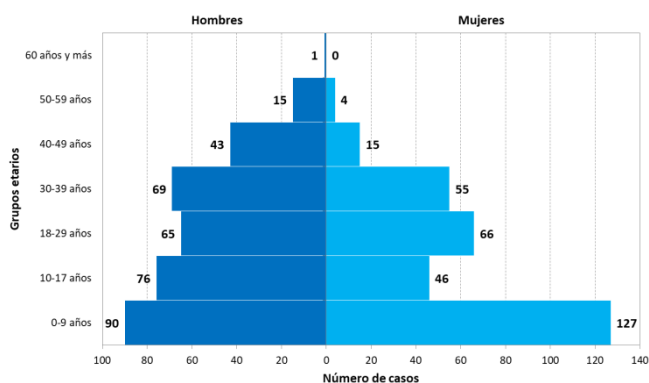
En abril de 2024 se notificaron 223 casos confirmados, frente a 146 en marzo, un aumento de 53,0%. La República Democrática del Congo representó el 97,0% (217 casos), seguida por la República del Congo y Camerún con el 2,0% (tres casos cada uno). El cambio porcentual mensual indica un aumento de 67,0% en la República Democrática del Congo (130 casos en marzo y 217 en abril). Hay nuevos brotes de mpox que se propagan por transmisión sexual en la República Democrática del Congo, especialmente entre trabajadoras sexuales de entre 20 y 40 años de edad.

En 2024, hasta el 30 de abril, la OMS recibió informes de 786 casos confirmados de cinco países. La República Democrática del Congo notificó 737 casos (94,0%), seguida de la República del Congo con 29 casos (4,0%), la República Centroafricana con 11 casos, Camerún con cinco casos y Liberia con cuatro casos.

A nivel mundial, las regiones de la OMS han registrado un total acumulado de 95.226 casos confirmados por laboratorio y 662 casos probables, incluidas 185 muertes. Al 31 de marzo de



Casos mensuales de mpox, según países. Región Africana de la Organización Mundial de la Salud. De enero de 2022 a abril de 2024. Fuente: Organización Mundial de la Salud.



Casos confirmados de mpox, según sexo y grupo etario. Región Africana de la Organización Mundial de la Salud. De enero de 2022 a marzo de 2024. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

2024, se habían notificado 2.929 casos confirmados de mpox en la región y 23 muertes. Estos representan 3,0% de los casos globales y 12,0% de las muertes globales, respectivamente.

La capacidad ampliada de secuenciación genómica se centró en estrategias de vacunación y un sólido enfoque de salud pública proporciona una base sólida para controlar el brote de mpox en la Región Africana. Abordar las brechas de infraestructura y experiencia, realizar investigaciones de clados específicos e implementar un enfoque de Una Salud son pasos críticos para mitigar el impacto de la mpox y otras enfermedades infecciosas.

Acciones de salud pública

La OMS, los Centros Africanos para el Control de Enfermedades y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) organizaron una reunión interministerial sobre mpox, cuyo anfitrión fue el Ministro de Salud Pública, Higiene y Prevención de la República Democrática del Congo en Kinshasa del 11 al 13 de abril de 2024. Los objetivos de la reunión fueron:

- Compartir las últimas investigaciones y conocimientos sobre mpox, incluida la epidemiología, la transmisión y las estrategias de prevención.
- Revisar y mejorar los marcos de respuesta y los mecanismos de colaboración existentes entre los países afectados.
- Fomentar asociaciones y coordinar esfuerzos con organizaciones sanitarias internacionales y donantes para una respuesta y gestión eficaces de los brotes, incluida la vacunación.
- Desarrollar un plan de acción integral para la vigilancia, el control y la prevención de la mpox en toda África.

Interpretación de la situación

Aunque la Región Africana ha mostrado niveles fluctuantes de informes de vigilancia, el brote de mpox ha continuado con una tendencia creciente en los últimos meses. Por lo tanto, la información disponible debe interpretarse con cautela, ya que probablemente subestima el número de casos. La República Democrática del Congo informa el mayor número de casos confirmados. La distribución de casos en múltiples regiones resalta el potencial de propagación regional y subraya la necesidad de una vigilancia sólida e intervenciones específicas en las áreas afectadas. La identificación del Clado 2 mediante secuenciación genómica proporciona información crucial para comprender la composición genética del virus y puede informar las vacunas y estrategias terapéuticas.

La Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, a través de la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud, recordó la importancia de la vacunación para evitar la transmisión del sarampión, una enfermedad de la que no se estaban notificando nuevos casos desde hace años y que ha vuelto a estar presente en las islas al registrarse un brote, cuyo caso inicial es una menor que no se encontraba vacunada.

El sarampión es una enfermedad febril exantemática que comienza con fiebre, congestión nasal, tos y en ocasiones pueden aparecer pequeñas manchas eritematosas con el centro blanquecino en la mucosa oral. El exantema, que aparece entre el tercer y el séptimo día tras el inicio de síntomas, empieza en la cara y se extiende por todo el cuerpo. Es muy contagioso y se transmite por el aire a través de gotitas o por contacto directo con personas infectadas.

En el año 2017, la Organización Mundial de la Salud declaró a España país libre de transmisión endémica de sarampión por los pocos casos y brotes identificados. Sin embargo, recientemente se han notificado casos en nueve comunidades autónomas y de ellas cinco han registrado brotes.

Casos notificados

Hasta la primera semana de mayo, en España se habían notificado 42 casos confirmados de sarampión.

En Canarias, se ha notificado un brote de sarampión con cuatro casos confirmados, de los que tres son menores y un adulto. El caso índice corresponde a una menor que no estaba vacunada, mientras que a los dos bebés afectados aún no les correspondían la administración de la vacunación. La Dirección General de Salud Pública hizo el seguimiento de más de 400 contactos de los afectados para comprobar su estado de vacunación e informarles de medidas en caso de comenzar con síntomas.

La vacuna contra el sarampión se administra en dos dosis, a los 12 meses y a los tres años, y 95% de la población canaria está correctamente vacunada en el primer año de vida.

La Dirección General de Salud Pública insistió en que la vacuna es el medio más eficaz para evitar contraer o transmitir el sarampión.

Los casos de sarampión siguen aumentando en toda Europa, y la cifra de casos registrados este año pronto superará el número total de casos registrados en todo 2023, según advirtieron la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que alertaron de que durante los tres primeros meses de 2024 se notificaron oficialmente 56.634 casos de sarampión y cuatro muertes, mientras que, a lo largo de 2023, se notificaron 61.070 casos y 13 muertes.



El sarampión tiene un efecto devastador en la salud de los niños, siendo los más pequeños los que corren mayor riesgo de sufrir complicaciones graves. Las altas tasas de hospitalización y el debilitamiento duradero del sistema inmunitario de los niños los hacen más vulnerables a otras enfermedades infecciosas.

Más de la mitad de las personas que contrajeron sarampión en la Región Europea de la OMS en 2023 –en 45 de los 53 países– fueron hospitalizadas, lo que demuestra la grave carga que supone para las personas, las familias y los sistemas de atención sanitaria.

“Incluso un único caso de sarampión debería ser una llamada urgente a la acción. Nadie debería sufrir las consecuencias de esta enfermedad devastadora pero fácilmente prevenible. Aplaudo a todos los países que han acelerado sus esfuerzos para interrumpir la transmisión mediante la vacunación de recuperación. Insto a todos los países a que adopten medidas inmediatas, incluso allí donde la cobertura general de inmunización sea alta, para vacunar a las personas vulnerables, cerrar las brechas de inmunidad y evitar así que el virus se instale en cualquier comunidad”, explicó el Dr. Hans Henri Marcel Paul Kluge, director regional de la OMS para Europa.

Por otro lado, los datos muestran que casi la mitad de los casos notificados en 2023 se produjeron en menores de cinco años, lo que refleja una acumulación de niños que no recibieron la vacunación sistemática contra el sarampión y otras enfermedades prevenibles mediante inmunización durante la pandemia de covid, junto con una lenta recuperación de la cobertura de vacunación en 2021 y 2022.

“Un aumento de los casos de sarampión es un signo claro de una interrupción de la cobertura de inmunización. A medida que los casos de sarampión siguen aumentando, necesitamos una acción gubernamental urgente tanto para reforzar los sistemas sanitarios como para aplicar medidas eficaces de salud pública que garanticen la protección de todos los niños contra esta enfermedad peligrosa pero prevenible”, afirmó Regina De Dominicis, directora regional del UNICEF para Europa y Asia Central.

Entre los niños menores de cinco años que contrajeron el sarampión en 2023, más de tres cuartas partes no habían recibido ninguna dosis de la vacuna contra esta enfermedad. Alre-

dedor de 99% de estos no recibieron dos dosis de la vacuna que contiene el virus del sarampión, que confiere la protección necesaria.

Más de 300.000 casos de sarampión en todo el mundo

Los casos de sarampión están aumentando en todo el mundo. En 2023 se produjeron más de 300.000 casos de sarampión en todo el mundo y las cifras notificadas hasta ahora en 2024 indican que el total del año igualará o superará el total de 2023. Las importaciones del virus entre países y continentes se producen con regularidad, y los brotes de esta enfermedad altamente infecciosa se producirán allí donde el virus encuentre focos de personas no vacunadas o insuficientemente vacunadas.

Los países que actualmente no tienen casos o brotes de sarampión deben ser proactivos en la planificación y preparación por si se producen estos brotes, para evitar que el virus se propague dentro y fuera del país.

Los países que actualmente experimentan brotes deben proseguir sus esfuerzos para vacunar a todas las personas susceptibles, intensificar la búsqueda de casos y el rastreo de contactos, y utilizar los datos epidemiológicos para identificar las lagunas en la cobertura de vacunación, de modo que los programas puedan garantizar la protección de las comunidades afectadas y prevenir futuros brotes.

La OMS recordó que el sarampión es una de las enfermedades más contagiosas del mundo, que se propaga cuando una persona infectada respira, tose o estornuda. El virus permanece activo y contagioso en el aire o en superficies infectadas hasta 2 horas.

Cualquier persona no inmune puede infectarse. El síntoma más visible es una erupción cutánea prominente, mientras que las complicaciones pueden incluir ceguera, encefalitis, diarrea grave y deshidratación relacionada, infecciones de oído y neumonía.

Se están produciendo casos y brotes de sarampión en 27 de los 33 Estados miembros de la Región Europea de la OMS en los que la organización ha verificado la eliminación del sarampión de circulación endémica. Estos países pueden correr el riesgo de perder su estatus si la circulación actual del virus del sarampión continúa durante más de 12 meses.

Los casos de fiebre chikungunya en Filipinas aumentaron 439% de enero a marzo en comparación con el mismo período del año pasado, informó el 25 de mayo el Departamento de Salud.

En su último informe de vigilancia de enfermedades, el Departamento de Salud dijo que se registraron 383 casos de fiebre chikungunya hasta el 16 de marzo, en comparación con 71 el año pasado.

Mimaropa registró el mayor número de casos con 105, seguida de Hilagang Mindanao con 91; Tangway ng Zamboanga con 41; Caraga, 38, y Lambak ng Cagayan con 35.

Los datos de la Oficina de Epidemiología del Departamento de Salud mostraron que no se han producido muertes por fiebre chikungunya desde enero de este año. Tampoco se registraron muertes durante el mismo período del año pasado.

El distrito de Uttara Kannada, en el estado de Karnataka, registró 108 casos de fiebre de la Selva de Kyasanur en lo que va de año.

Según el Departamento de Salud, el número de casos empezó a aumentar después de 2019, año en el que el distrito registró 50 casos. “Este año tenemos el mayor número de casos después de 2019. Hemos iniciado las medidas para contener la propagación de la enfermedad en el distrito”, dijo el Dr. Neeraj, responsable de salud del distrito.



Sólo Siddapur ha registrado 100 casos. Los ocho casos restantes se han detectado en Joida, Sirsi y Ankola. En lo que va del año, nueve personas, incluidos dos niños de cinco y nueve años, han muerto. Curiosamente, todas las muertes se han reportado en el taluk de Siddapur. “Los niños sucumbieron a la enfermedad debido a una inmunidad deficiente. Los demás, en su mayoría personas mayores, que sucumbieron a la enfermedad, presentaban comorbilidades”, dijo Neeraj.

Neeraj dijo que el departamento ha intensificado las pruebas en todo el distrito. Los voluntarios buscan monos muertos en los bosques y en aldeas remotas. Además, se han puesto en marcha programas de sensibilización en el distrito.

“Desde el 20 de enero hemos analizado 2.242 muestras de sangre. De ellos, 108 dieron positivo para la fiebre de la Selva de Kyasanur. Se están enviando muestras de sangre al laboratorio en Shivamogga. Una persona murió en mayo y otra en abril. Siete murieron en marzo. El virus estará activo hasta la llegada del monzón”, afirmó Neeraj.

Atribuyó el aumento del número de casos a la prolongada sequía y al aumento de la temperatura este año.

Se ha lanzado una campaña especial en zonas de alto riesgo donde los voluntarios visitan casas y educan a la gente sobre la fiebre de la Selva de Kyasanur y sus síntomas. Recogen muestras de sangre de personas con fiebre y las envían para su análisis. Los voluntarios también educan a las personas que se aventuran en los bosques en busca de productos forestales menores. “Les proporcionamos aceite con DEPA (N,N-dietil fenilacetamida) para que se lo apliquen antes de ingresar a los bosques”, dijo.

“En todos los hospitales del distrito se han reservado 10 camas para casos de fiebre de la Selva de Kyasanur. Dado que la vacuna se ha vuelto ineficaz, se ha pedido al Consejo Médico de Investigación Médica (ICMR) que desarrolle una nueva. Se está instalando una unidad de pruebas de la enfermedad en Sirsi”, agregó.

El virus es transmitido por garrapatas que se alimentan de la sangre de monos. El virus prospera durante el verano. Se detectó por primera vez en Kyasanur, en el distrito de Shivamogga. El primer caso en el distrito de Uttara Kannada se detectó en la aldea de Korlakai en el taluk de Siddapur.

Las cifras de víctimas mortales en la Franja de Gaza durante los últimos siete meses son espantosas. Según la Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA), más de 34.000 personas han muerto y más de 77.000 han resultado heridas, y otras 11.000 han quedado atrapadas bajo los escombros de sus casas y se las considera desaparecidas.



Palestinos observan los daños mientras se eleva el humo de un incendio entre los escombros en el lugar donde se produjo un ataque por parte de las fuerzas de ocupación en un área designada para personas desplazadas, en Rafah, en el sur de la Franja de Gaza, el 27 de mayo de 2024.

Pero esto es sólo una parte del panorama. Creemos que las cifras de morbilidad y mortalidad en Gaza son en realidad más altas.

Nuestra conclusión se basa en comparaciones con los desafíos de salud pública [en los campos de refugiados inmediatamente después de la guerra de 1948](#) y en la familiaridad con los datos epidemiológicos en general. Creemos que la magnitud del número de personas asesinadas, así como la incidencia de enfermedades y muertes debido a la falta de condiciones sanitarias básicas, alimentos y atención médica, exigen un debate público urgente.

Las organizaciones de ayuda estiman que todas las enfermedades de transmisión hídrica ya están muy extendidas en Gaza.

Una lectura de documentos históricos revela varios paralelismos importantes, así como diferencias, principalmente en detrimento de la situación actual. Entonces, como ahora, cientos de miles de personas debieron abandonar sus hogares sin poder regresar.

[En 1948, alrededor de 700.000 refugiados fueron dispersados en Cisjordania](#), Gaza y los países árabes. En Cisjordania, una población de 400.000 habitantes absorbió a 300.000 refugiados, mientras que los 80.000 habitantes de Gaza acogieron tres veces más refugiados. En la guerra actual, el asedio a Gaza y el cierre de la frontera con Egipto durante el invierno obligaron a alrededor de 1,5 millones de personas a trasladarse a Rafah, una zona con una población normalmente de una décima parte de esa cifra. La gente está tan apiñada que las implicaciones son potencialmente mortales.

En 1948 y 1949, las organizaciones humanitarias internacionales se esforzaron por prevenir lo que se consideraba un peligro para las vidas de todas las personas de la región, no sólo de los refugiados. Un tipo de intervención fue la prevención de la hambruna mediante el suministro de harina, aceite, azúcar y frutos secos, [así como leche para los niños \(financiada por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF\)](#). Estos productos, bajos en proteínas y vitaminas, se consideraron adecuados durante el corto período hasta que las partes llegaron a un acuerdo, lo que, como sabemos, nunca se logró.

Pero, como señaló la Cruz Roja Internacional, ya el 7 de octubre las entregas de alimentos a Gaza se redujeron drásticamente y sin precedentes en comparación con rondas de combates

² Liat Kozma es historiadora y Wiessam Abu Ahmad es bioestadístico de la Universidad Hebrea de Jerusalén.

anteriores. La destrucción de las pocas tierras agrícolas existentes dejó a los habitantes de Gaza sin alternativas locales.

Lo que al comienzo de la guerra provocó el aumento de los precios de los alimentos y la pobreza, se convirtió en una verdadera hambruna en los meses siguientes, inicialmente en el norte de Gaza y ahora para más de 2 millones de personas. Hay informes de familias que subsisten con piensos para el ganado, insectos y plantas normalmente no comestibles, una nutrición deficiente que no es apta para el consumo humano. No llegan suficientes camiones de ayuda, por lo que la necesidad de alimentos y productos básicos está lejos de ser cubierta. El lanzamiento de provisiones desde el aire es ineficaz, a veces incluso mortal, y parte de la ayuda cae al mar.



Palestinos observan la destrucción después de un ataque de las fuerzas de ocupación donde los desplazados se alojaban en Rafah, Franja de Gaza, el lunes 27 de mayo de 2024.

Sin un sistema de vigilancia y con la destrucción de la fuerza policial en Gaza, las bandas se apoderan de los paquetes de ayuda y los venden a los necesitados a un alto precio. Así pues, los alimentos todavía no llegan a la población hambrienta y el número de muertes por hambre está aumentando.

Según la OCHA, alrededor de 31% de los niños menores de 2 años en el norte de Gaza y alrededor de 10% en Rafah sufren desnutrición grave. Aún no se conocen las cifras de muertos por hambruna, pero está claro que muchas personas están sufriendo daños irreversibles. Las personas que subsisten a base de malezas y alimento para el ganado durante meses no sobrevivirán por mucho tiempo.

La segunda intervención en 1948 fue la comprensión de que sin agua potable y condiciones sanitarias adecuadas, las epidemias transmitidas por el agua y los insectos serían fatales para todos los habitantes de la región. Por esta razón, las organizaciones se esforzaron en proporcionar agua potable y vacunas, mientras implementaban cuarentenas durante los brotes de enfermedades y fumigaban frecuentemente con pesticidas. Este último resultó tóxico a largo plazo, pero a corto plazo salvó a las concentraciones de refugiados de epidemias letales.

Hoy, sin embargo, la mayoría de los residentes de Gaza prácticamente no tienen acceso a agua potable. Las organizaciones de ayuda estiman que todas las enfermedades de transmisión hídrica ya están muy extendidas en Gaza. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el número de personas que padecen enfermedades prevenibles pronto podría superar el número de víctimas de ataques militares. La falta de agua potable y de atención médica puede provocar un brote de enfermedades letales transmitidas por el agua, incluso el cólera.

La portavoz de la OMS, Margaret Harris, dijo que ya a principios de noviembre, la diarrea entre los niños en los campos de Gaza era más de 100 veces superior al nivel normal. Sin un tratamiento disponible, esto puede provocar deshidratación e incluso la muerte; la diarrea grave es la segunda causa más común de muerte entre niños menores de 5 años en todo el mundo. También están aumentando las infecciones del tracto respiratorio superior, la varicela y las dolorosas enfermedades de la piel.

Además, las zonas con un gran número de cadáveres y partes de cuerpos esparcidos al aire libre son un entorno ideal para las bacterias y la aparición de enfermedades a través del aire, el agua, los alimentos y los animales. En condiciones de alta densidad de población, es prácticamente imposible implementar cuarentenas o fumigar con pesticidas y, al carecer de una

infraestructura sanitaria adecuada, también es imposible frenar las enfermedades de transmisión hídrica.

Una tercera intervención en 1948 fue la creación de clínicas y hospitales. Las organizaciones de ayuda ampliaron los hospitales existentes, establecieron otros nuevos y abrieron clínicas en campos y centros de refugiados. Nada de esto está sucediendo hoy. Los bombardeos y el largo asedio han destruido totalmente el sistema de salud de Gaza. Los hospitales que aún funcionan parcialmente sufren una grave escasez de equipos médicos y medicamentos.



Palestinos buscan comida entre escombros quemados después de un ataque de las fuerzas de ocupación en un área designada para personas desplazadas, en Rafah, en el sur de la Franja de Gaza, el 27 de mayo de 2024.

Hace ya seis meses comenzaron a circular informes sobre cesáreas y amputaciones sin anestesia. El sistema de salud no sólo es incapaz de brindar tratamientos de rutina y atención preventiva, sino que tampoco puede brindar tratamiento de emergencia. La continua ausencia de estos tres tipos de tratamientos (de rutina, preventivos y de emergencia) puede provocar un aumento exponencial de las tasas de mortalidad, enfermedades e incluso epidemias. Las enfermedades crónicas –incluidas las enfermedades cardíacas, renales, el cáncer y la diabetes– no reciben tratamiento, y es muy dudoso que los pacientes crónicos hayan sobrevivido a la guerra; sólo unos pocos afortunados han logrado salir de Gaza para recibir atención médica en Egipto.

En este contexto, el silencio está costando vidas. Y cada día que pasa –con su escasez de alimentos, condiciones sanitarias adecuadas y atención médica disponible– aumenta aún más el costo humano. Cualquier debate sobre la guerra debe tener en cuenta sus implicaciones de largo alcance y largo plazo para todos los que viven en esta tierra.

Uganda lanzó en abril una campaña de vacunación masiva contra la fiebre amarilla, una enfermedad transmitida por mosquitos. Esperaban llegar a millones de personas, pero las dudas sobre las vacunas han dejado cientos de dosis sin usar en hospitales de todo el país.

No existe un tratamiento específico para la fiebre amarilla, potencialmente mortal. Sin embargo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), existe una vacuna que puede ofrecer protección de por vida contra la enfermedad.

En una universidad en las afueras de Kampala, la capital de Uganda, los estudiantes acudieron a recibir sus vacunas como parte del programa de vacunación masiva del gobierno.

Esta era la segunda fase de la campaña, que se suponía que se desarrollaría entre el 2 y el 8 de abril, pero se extendió una semana debido a la baja participación.

El año pasado, en junio de 2023, el gobierno llevó a cabo una campaña con la esperanza de llegar a 13 millones de personas. En conjunto, se suponía que los programas de vacunación masiva de 2023 y 2024 administrarían suficientes inyecciones como para proteger a 27 millones de personas. Pero hasta la fecha, sólo 12 millones han sido inmunizadas, y las dudas sobre las vacunas están obstaculizando el objetivo del gobierno de erradicar del país el virus transmitido por mosquitos.

La fiebre amarilla representa una amenaza importante para la seguridad sanitaria mundial, especialmente en África Central y América del Sur.

Según la OMS, 27 países de África, incluida Uganda, han sido clasificados como de alto riesgo para fiebre amarilla y 90% de los casos mundiales notificados se producen en el continente.

Los síntomas incluyen fiebre, dolor de cabeza, ictericia, dolor muscular, náuseas, vómitos, fatiga y sangrado de la nariz y los ojos.

La OMS estima que hay entre 84.000 y 170.000 casos graves de fiebre amarilla en África cada año, y hasta la mitad de estos casos provocan la muerte.

El Dr. Michael Baganizi, director del Programa Nacional Ampliado de Inmunización de Uganda, informó que a principios de este año se han producido casos esporádicos de la enfermedad, pero afirmó que incluso un único caso puede convertirse en un riesgo nacional para la salud.

“Uganda es uno de los 27 países que todavía se consideran países de alto riesgo en el mundo hasta ahora, lo que significa que se podría contraer fiebre amarilla en el país, por lo que cuando alguien viaja se le exige un comprobante de vacunación”, afirmó Baganizi.

Consideró que la reticencia de la población a vacunarse se debe a que la enfermedad no es tan conocida como otras, como la malaria.

James Odite es enfermero titulado en un hospital privado de Kampala, designado por el gobierno como uno de los centros de vacunación. Dijo que la instalación todavía tiene cientos de dosis no utilizadas de la vacuna contra la fiebre amarilla.

Agregó que la mayoría de las personas que fueron a vacunarse eran personas que querían viajar a otro país donde la vacuna es un requisito legal para ingresar.

“En las primeras semanas la concurrencia fue escasa, porque la gente dudaba sobre la vacuna, se preguntaban por qué el gobierno estaba lanzando esta campaña contra la fiebre amarilla, y pensaban que el gobierno quería aplicarles vacunas caducadas”, dijo Odite.

“La vacuna contra la fiebre amarilla es obligatoria para las personas que entran y salen de Uganda, por lo que quienes aceptan esta vacuna gratuita suelen ser viajeros”, según Odite.

A pesar de ser un concejal que participa en la elaboración de leyes locales en Kampala, Mosh Ssendi se opone vehementemente al programa de vacunación. Sostiene que se están exagerando los efectos de la enfermedad para alentar a las personas a vacunarse.

Según los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos, desde 1937 se dispone de una vacuna segura contra la fiebre amarilla. Pero Ssendi sostiene que a las personas se les debería dar la opción de desarrollar una respuesta inmune sobreviviendo a una infección.

“Se supone que debemos desarrollar inmunidad y no introducir sustancias químicas en sus cuerpos. Por eso llamé personalmente a la escuela donde concurre mi hijo y les dije que no quiero oír nada sobre la vacunación masiva”, dijo.

Baganizi cree que la población está dispuesta a correr el riesgo de contraer fiebre amarilla porque la mayoría nunca la ha visto de cerca.

“En casi todos los hogares se sabe de qué se trata cuando se habla de malaria, pero la fiebre amarilla no es lo mismo, aunque la amenaza puede ser mayor”, explicó. “Entonces, educar al público es aún más difícil porque si no se conoce la enfermedad, nunca se ha visto a nadie con la enfermedad, o que haya muerto a causa de la enfermedad, de alguna manera tengo la sensación de que no estoy ante una amenaza”, añadió.

Baganizi sabe que tiene mucho trabajo por delante para convencer a un público escéptico de que se vacune, pero no se rinde en su lucha contra el mortal virus.

Uganda tenía previsto inmunizar contra la fiebre amarilla a más de 17 millones de personas, incluidos adultos y niños, según anunció un alto funcionario del Ministerio de Salud el 12 de marzo de 2024. La respuesta ha sido decepcionante hasta el momento. Es frustrante para las autoridades sanitarias de Uganda tener que hacer frente a la resistencia a la vacunación contra la fiebre amarilla. Cuando actualmente no se produce ningún brote en el país, es difícil convencer a la población y a los responsables políticos de que es mejor prevenir un brote que hacer frente a la emergencia en caso de que surja. El brote de fiebre amarilla de Angola de 2015-2016 ilustra la rapidez con la que la enfermedad puede propagarse a través de una población susceptible donde abundan los mosquitos vectores, causando cientos de muertes en un período de tiempo muy corto.

Ocurren esporádicamente casos de fiebre amarilla en Uganda. En un informe del 28 de octubre de 2023, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de África informaron 12 casos de fiebre amarilla en ese país sin muertes ese año. El objetivo de la Organización Mundial de la Salud es que más de 80% de la población esté inmunizada contra la fiebre amarilla. Para mantener ese nivel de inmunidad, lo ideal sería que la vacunación contra la fiebre amarilla fuera un componente del calendario nacional de vacunación infantil para evitar campañas de vacunación general a nivel nacional difíciles de implementar.

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 Zubaldia**

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

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.