

**ARGENTINA**

- Vigilancia epidemiológica de enfermedad tipo influenza

**AMÉRICA**

- Brasil: São Paulo ya cuadruplicó este año los casos de tos convulsa respecto de todo el año 2023
- Chile: Aumentan los casos de gonorrea
- Colombia: Después de 20 años, primer brote de malaria al sur del Tolima

- Estados Unidos: Por qué están aumentando los casos de tuberculosis tras 30 años de descenso
- Estados Unidos: Brote de triquinosis por consumo de carne de oso en tres estados
- México: Aumentaron los casos de picadura de alacrán

**EL MUNDO**

- África: Situación epidemiológica del dengue
- China: Caso humano fatal de influenza aviar A(H5N6) en la provincia de Fujian

- India: Más de 130 casos de hepatitis A en el distrito de Ernakulam, estado de Kerala
- Papúa Nueva Guinea: Temen otro deslave y brotes de enfermedades donde se produjo el desastroso alud
- Yemen: Más de 1.300 casos de cólera en Adén en lo que va del año
- El lavado de manos, la desinfección y las vacunas podrían evitar 750.000 muertes al año asociadas a superbacterias
- El misterioso aumento de los casos de tos convulsa

<b>Comité Editorial</b>	
<b>Editor Honorario</b> 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.	
<b>Editor en Jefe</b> ÍLIDE SELENE DE LISA	<b>Editores adjuntos</b> RUTH BRITO ENRIQUE FARÍAS
<b>Editores Asociados</b> 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	

<b>Patrocinadores</b>	
 Sociedad Argentina de Infectología WWW.SADI.ORG.AR	 CSL Seqirus WWW.SEQIRUS.COM.AR
<b>Adherentes</b>	
           	

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

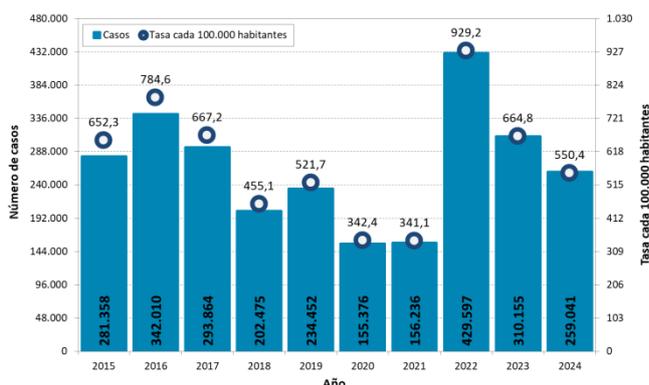
En el año 2024, hasta la semana epidemiológica (SE) 19, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS<sup>2.0</sup>) 259.041 casos de enfermedad tipo influenza, con una tasa de incidencia acumulada de 550,4 casos cada 100.000 habitantes.

En base a los datos del periodo 2015/2024, se observa que en 2022 se registró el mayor número de casos del período (429.597 casos), seguido del año 2016 (342.010 casos) y el 2023 (310.155 casos). El número de casos notificados en el año 2024 es sólo mayor a los correspondientes al periodo 2018/2021.

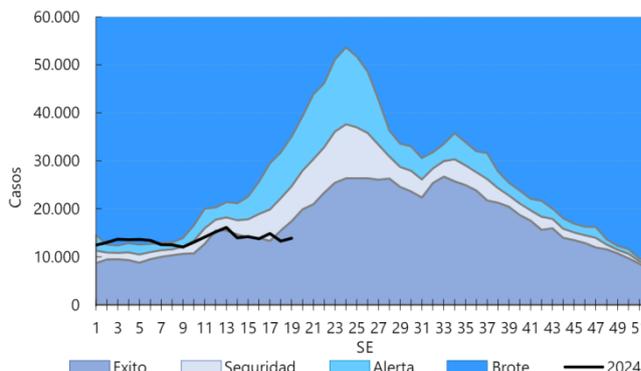
Los casos notificados presentan un ascenso en las primeras SE de 2024, que alcanza niveles de brote entre la SE 2 y la SE 6, con un descenso posterior, ubicándose en niveles de seguridad a partir de la SE 9, oscilando desde la SE 12 entre esta zona y los niveles esperados.

## Vigilancia en UMAs<sup>1</sup>

En el marco de la estrategia de vigilancia de las unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios (UMAs) se analizaron desde el inicio del año 2023, mediante la prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) 10.165 muestras para influenza, de las que 831 resultaron positivas (positividad de 8,18%). Tanto los casos registrados como el porcentaje de positividad presentaron un ascenso entre las SE 20 y 27 de 2023, con un descenso posterior y bajos niveles de actividad desde las últimas SE de 2023. Desde la SE 16 de



Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes. Argentina. Años 2015-2024, hasta semana epidemiológica 19. 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 años pandémicos 2020, 2021 y 2022). Argentina. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

<sup>1</sup> El objetivo de la estrategia de vigilancia de las unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios (UMAs) es mantener la vigilancia y monitoreo de covid en pacientes ambulatorios en todos los grupos de edad 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 sinicial respiratorio mediante la prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR).

2024 se registra un ascenso en las detecciones de influenza en UMAs, con 39 casos confirmados entre las 121 muestras analizadas durante las semanas 19 y 20 de 2024.

En relación con las muestras positivas para virus Influenza (831) desde la SE 1 de 2023, 791 (95,19%) correspondieron a Influenza A y 40 (4,81%) a Influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 184 muestras cuentan con subtipificación, de las que 155 fueron Influenza A(H1N1) pdm09 y 29 Influenza A(H3N2). Todos los casos de influenza B detectados en el periodo correspondieron a influenza B sin identificación de linaje.

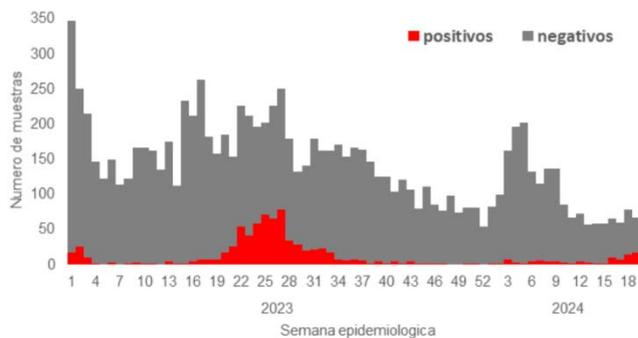
Desde el comienzo del año 2023 se notificaron casos de influenza, detectándose de manera predominante influenza A no subtipificado y A(H1N1)pdm09, con algunas detecciones de Influenza B principalmente entre las SE 1 y 4 de 2023, correspondientes al descenso de casos de influenza B/Victoria registrado en las últimas semanas de 2022. En lo que va de 2024, se registran en establecimientos UMA predominantemente casos de Influenza A sin subtipificar e influenza A(H3N2).

Desde el inicio del año 2023, los casos de influenza en UMAs se detectaron en todos los grupos etarios, con el mayor número de muestras positivas en los grupos de 45-64 años, 35-44 años, 25-34 años y 15-24 años.

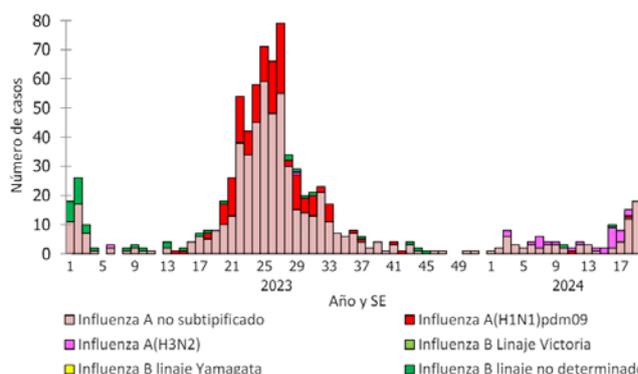
### Vigilancia en pacientes hospitalizados

Desde la SE 1 de 2023, se analizaron en laboratorio 35.276 muestras de pacientes hospitalizados, con 3.510 detecciones positivas (porcentaje de positividad de 9,95%); de éstas, 3.345 fueron Influenza A y 165 Influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 1.428 muestras contaron con subtipificación, de las cuales 1.318 (92,30%) correspondieron a Influenza A(H1N1)pdm09 y 110 (7,70%) a Influenza A(H3N2). Ninguna muestra positiva para Influenza B contó con identificación de linaje.

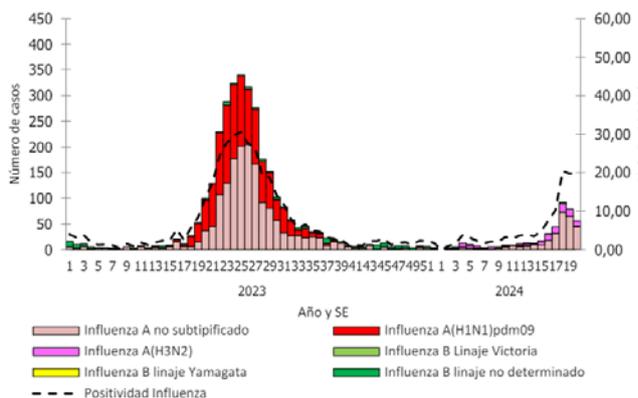
En relación a la distribución temporal de los casos de influenza en pacientes hospitalizados durante el año 2023, el porcentaje de positividad se mantuvo por debajo de 10% hasta la SE 19. A partir de la SE 18 presentó un ascenso que alcanzó un valor máximo de 30,59% en la SE 25, y luego su tendencia fue descendente. La positividad se ubicó nuevamente por debajo de 10% desde la SE 33, oscilando entre un mínimo de 1,01% y un máximo de 2,85% entre las SE 38 y 52 de 2023. Como se mencionó previamente, los casos de influenza registrados durante 2023 correspondieron a influenza A, principalmente A (H1N1), con algunas detecciones positivas para influenza B sin linaje.



Muestras positivas y negativas para virus Influenza mediante técnica PCR. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 20 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad, en el marco de la estrategia de vigilancia de las unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios. Argentina. Semanas epidemiológicas 1 de 2023 a 20 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad, en pacientes hospitalizados. Argentina. Semanas epidemiológicas 1 de 2023 a 20 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

En lo que va de 2024, se registraron detecciones tanto de influenza A como B. En relación a los casos de influenza A, se registra predominantemente la circulación de Influenza A(H3N2), aunque también se detectan algunos casos de Influenza A(H1N1)pdm09. En las últimas SE se registra un ascenso tanto de las detecciones de influenza en hospitalizados, como del porcentaje de positividad, con 56 casos positivos notificados entre 277 muestras estudiadas en la SE 20 de 2024 (porcentaje de positividad de 20,22%).

Desde la SE 1 de 2023, las detecciones positivas para influenza predominaron en los grupos etarios de 65 años y más, de 45 a 64 años, de 5 a 9 años y en los menores de 1 año.

En el año 2023, se notificaron al SNVS<sup>2.0</sup> 106 fallecimientos con diagnóstico de influenza. En lo que va de 2024, se registran siete personas fallecidas con este diagnóstico etiológico.

	<p style="text-align: right;"><i>BRASIL</i></p> <p>SÃO PAULO YA CUADRUPLICÓ ESTE AÑO LOS CASOS DE TOS CONVULSA RESPECTO DE TODO EL AÑO 2023</p> <p style="text-align: right;"><i>27/05/2024</i></p>
---	---

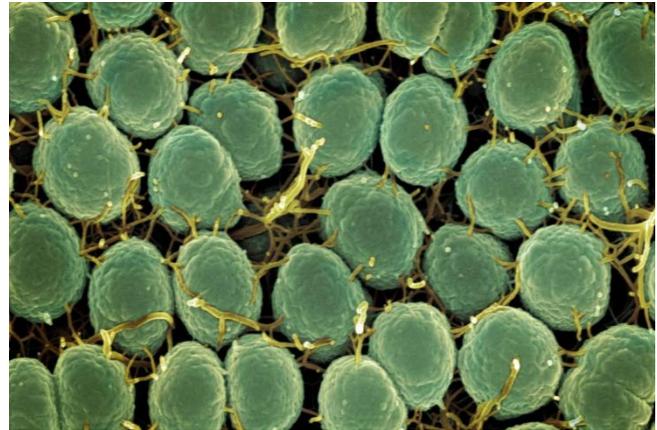
El estado de São Paulo registró 37 casos de tos convulsa este año. Sólo en la capital se confirmaron 32 casos, lo que representa cuatro veces más respecto de todo el año 2023, dijo la Secretaría Municipal de Salud (SMS), que no registra muertes por la enfermedad.

El año pasado, la cobertura de vacunación contra la tos convulsa fue de 90,42% para los niños menores de 1 año en la capital. La vacuna que se aplica es la pentavalente, que previene la difteria, el tétanos, la tos convulsa, la hepatitis B y las infecciones por *Haemophilus influenzae* tipo b.

“El aumento de los casos de tos convulsa se produjo no sólo en Brasil, sino en varios países, y no hay nada que lo explique. Sabemos que los casos de tos convulsa aumentan cíclicamente cada tres a cinco años. La principal razón del aumento es la baja cobertura de vacunación. Esto sucede en varios lugares y es un fenómeno que viene sucediendo desde antes de la pandemia de covid, se agravó durante la pandemia donde la cobertura de vacunación para prácticamente todas las vacunas, incluidas las más antiguas, como la de la tos convulsa, cayó en todo el mundo. E incluso después de la pandemia, esos valores no volvieron a los niveles anteriores”, afirmó el infectólogo Francisco Ivanildo de Oliveira, gerente médico del Hospital Infantil de Sabará.

Oliveira dijo que otra estrategia para reducir la circulación de la enfermedad es, además de asegurar la inmunización de los bebés, vacunar también a las mujeres embarazadas, porque el niño que nace de una madre vacunada ya recibió los anticuerpos y está más seguro hasta que recibe la primera vacuna. “La cobertura de vacunación de las mujeres embarazadas es muy baja y, al aumentarla, podremos controlar mejor la enfermedad y reducir el número de casos. La vacunación es la medida más segura y eficaz para reducir los casos de todas las enfermedades prevenibles mediante vacunación”.

La gonorrea es una infección de transmisión sexual (ITS) causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*, una de las principales a nivel mundial, junto con la sífilis y la clamidiosis. Su transmisión solo puede ser de persona a persona, ya que al ser microaerofílica muere en contacto con el oxígeno, por lo tanto, no queda en el ambiente, no se contagia por las superficies.



El profesor asistente del Departamento de Microbiología de la Facultad de Ciencias Biológicas de la Universidad de Concepción, Dr. Andrés Opazo Capurro, informó que también es posible contraer la infección por el tracto orofaríngeo al realizar sexo oral. “Otra forma en las cuales se puede transmitir es de manera vertical de la madre hacia el hijo: una madre infectada de gonorrea puede transmitir la bacteria al hijo y generar en el recién nacido problemas como conjuntivitis y en casos más graves infecciones diseminadas”, añadió el profesional, recomendando la asistencia sistemática a controles prenatales si se sabe de la infección, para asegurar su tratamiento.

### Las cifras en Chile

“En el país las cifras son alarmantes: Chile es uno de los países en Sudamérica que mayor incidencia tiene en ITS”, identificó Opazo. Estas estadísticas se pueden observar en el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, “donde se informa de que hasta el año 2015 teníamos una cantidad de diagnósticos que estaban estabilizados, o sea que no había ni aumento ni disminución. Ahora, del año 2015 al año 2017 se presentaron 2.768 casos nuevos, eso significa 80% más de lo que se encontraba en los años anteriores”, ahondó Espinoza, quien diferenció la tasa observada de 10,9 casos cada 100.000 habitantes en el Área Metropolitana, que contrasta con los 55,9 casos cada 100.000 habitantes en Arica. “Incluso en el año 2013 se vio que la edad de diagnóstico fue en personas menores, y que el grupo etario principal es el de 15 a 24 años”, puntualizó.

Tras el diagnóstico, el tratamiento es sencillo con antibióticos de la familia de las penicilinas. Opazo reforzó la importancia de terminar los tratamientos en su totalidad y no dejarlos a medias cuando se experimenta una mejoría. Actualmente se administra una inyección que actúa muy bien contra las cepas de esta bacteria encontradas en el país. Al realizar el diagnóstico de infección, el antibiótico que se entrega es siempre el mismo y al no hacer las pruebas de laboratorio para cultivar la muestra, no se sabe si la cepa es resistente y “se está haciendo un tratamiento a ciegas”. Su preocupación va más allá, explicando que, si se hicieran los cultivos, se sabría si esa cepa se puede tratar con un antibiótico más básico y no uno tan avanzado, dejando opciones y evitando la resistencia. “El problema es que ya hay reportes a nivel mundial de cepas resistentes a este antibiótico y contra las que ya no queda casi ninguna al-

ternativa, porque los antibióticos más antiguos ya prácticamente no tienen actividad sobre las cepas locales”, explicó.

El académico destacó el trabajo que realiza el Grupo de Estudio en Resistencia Antimicrobiana, equipo formado por profesionales de las Facultades de Ciencias Biológicas, Medicina y Farmacia. El grupo logró los permisos para tener acceso a muestras de pacientes reales de la Región del Biobío, con sus respectivos permisos de investigación. “Si tenemos la capacidad de identificar qué clones circulan en nuestra población, podemos saber muy bien si la terapia sigue siendo efectiva o no”, contó.

Trece casos de malaria identificados en la zona rural del municipio de Ortega, al sur del Tolima, pusieron en alerta a las autoridades sanitarias. Los casos se detectaron entre 47 muestras de un trabajo de tamizaje de 15 familias de Altozano, una vereda ubicada a unos 10 kilómetros del casco urbano, en la que la mayoría de sus habitantes forman parte de comunidades indígenas.

Esta enfermedad es causada por un parásito que se transmite a través de la picadura de un mosquito y puede ser mortal. Entre sus síntomas más comunes, que se manifiestan una semana después de adquirido el parásito, figuran fiebre, dolor de cabeza, escalofríos, vómitos, fatiga y dificultad al respirar.

La secretaria de Salud del Tolima, Ingrid Katherine Rengifo Hernández, indicó que desde abril se lleva adelante un trabajo de campo, a través del programa de las enfermedades transmitidas por vectores, en la vereda Altozano del municipio de Ortega.

“Logramos concluir que la presencia de la malaria puede ser secundaria, es decir, que haya sido importada por alguna persona virémica o una posible adaptación a los cambios climáticos que han favorecido al mosquito transmisor. Seguimos en estudio”, explicó la funcionaria.

La Secretaría de Salud tomó muestras a los pacientes y las envió al Instituto Nacional de Salud (INS) para reconfirmar los casos.

“Estamos muy preocupados porque hace más de 20 años no se registra esa patología en el Tolima. Solicitamos el apoyo del Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de Salud para fortalecer la capacidad del hospital de Ortega”, agregó Rengifo Hernández.

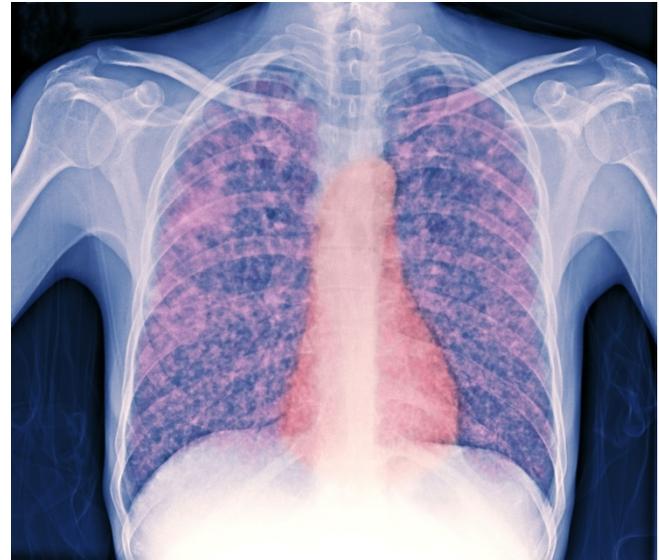
Por el momento, las personas afectadas se encuentran estables y en sus viviendas.

“La Secretaría de Salud del Tolima adelanta el fortalecimiento de la capacidad diagnóstica con el Hospital de Ortega, el tamizaje de las 15 familias de la vereda, la toma de muestras, la entrega de mosquiteros y, además, garantizan los medicamentos para su tratamiento completo”, concluyeron las autoridades sanitarias.

Por su parte, el alcalde de Ortega, Diego Arbey Matiz Garzón, destacó que el Ministerio de Salud ha estado atento para atender el brote de malaria y ha suministrado oportunamente los medicamentos que requieren los pacientes, al tiempo que ha fortalecido al Hospital ‘San José’.

Tras disminuir durante tres décadas, las tasas de tuberculosis en Estados Unidos han aumentado de forma constante desde 2020, según un nuevo informe de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Se trata de una tendencia preocupante, dado que 1,5 millones mueren de tuberculosis cada año, lo que la convierte en el agente infeccioso que más muertes causa a nivel mundial.

“Incluso las personas que no mueren de tuberculosis deben ser hospitalizadas y tienen muchos problemas a largo plazo”, afirmó Priya Shete, profesora asociada de medicina y codirectora del Centro de Tuberculosis de la Universidad de California (Estados Unidos).



Una radiografía coloreada del tórax de un paciente muestra lesiones (causadas por la tuberculosis, que consisten en tejido muerto infectado).

“Si permitimos que siga aumentando la tuberculosis en todo el mundo, con el tiempo eso también nos afectará a nosotros”.

A nivel nacional, en 2023 se registró el mayor número de casos de la última década. La mayoría de estos casos recientes no son casos de transmisión nueva, sino de activación repentina de infecciones latentes que no se detectaron o se trataron de forma inadecuada.

Aunque la tuberculosis afecta a miles de personas en todo Estados Unidos y a millones en todo el mundo, “la mayoría de los estadounidenses no corren riesgo de desarrollar tuberculosis”, dijo Philip LoBue, director de la División de Eliminación de la Tuberculosis de los CDC.

En comparación con países de alta incidencia de tuberculosis como India, China y Filipinas, la probabilidad de infección en Estados Unidos sigue siendo una de las más bajas del mundo. Pero el reciente cambio de tendencia ha suscitado dudas (y algunas señales de alarma) entre los expertos en enfermedades infecciosas y salud pública.

### Por qué es tan grave la tuberculosis

La tuberculosis es una de las enfermedades más antiguas y mortíferas de la historia de la humanidad. Durante milenios, ha afligido a personas de todo el mundo, ganándose apodos ominosos como “la peste blanca”, “la tisis” e incluso “el ladrón de la juventud”. Hace siglo y medio, la tuberculosis era básicamente una sentencia de muerte: aproximadamente 80% de las infecciones activas eran mortales. Desde entonces, las tasas han ido disminuyendo en todo el mundo, gracias a las nuevas vacunas, diagnósticos y tratamientos antibióticos.

La enfermedad es causada por una infección bacteriana muy contagiosa que afecta principalmente a los pulmones, pero también puede dañar los riñones, el corazón, los huesos, las articulaciones y los vasos sanguíneos. Si se propaga, puede causar meningitis o hepatitis.

La tuberculosis se transmite a través de la exposición prolongada a partículas infecciosas transportadas por el aire, por ejemplo al toser o estornudar. Una persona infectada de tu-

berculosis no suele mostrar síntomas ni saber que está enferma durante semanas o incluso años, lo que se conoce como infección latente. Pero la infección puede activarse y contagiarse en cualquier momento.

Incluso si se detecta la bacteria y se prescribe un antibiótico eficaz, el régimen de tratamiento es largo (varios meses), lo que dificulta el cumplimiento por parte del paciente.

“Necesitamos vigilancia y supresión constantes para mantener la tuberculosis en forma latente”, afirmó Jeffrey Cox, profesor de inmunología y patogénesis de la Universidad de California (Estados Unidos). “Si se elimina esa presión, la bacteria puede empezar a crecer de nuevo”.

Aunque prevenible y curable, la tuberculosis sigue siendo una de las principales causas de mortalidad infecciosa en todo el mundo, cobrándose más de un millón de vidas cada año. La enfermedad afecta a millones de personas en todos los países y grupos de edad, pero golpea con especial dureza a las poblaciones de ingresos bajos y medios.

### **Por qué están aumentando las tasas de tuberculosis en Estados Unidos**

Desde el punto de vista de la salud pública, no es ninguna sorpresa que los recuentos de tuberculosis hayan ido en aumento desde 2020. Cuando estalló la pandemia de covid, la notificación de otras enfermedades transmisibles como la tuberculosis se desplomó inicialmente, ya que la mayoría de los recursos se destinaron a la covid.

“La mayoría de los países en realidad tuvieron una caída en los casos en 2019 y 2020”, dijo Cox. “Pero eso no significa que la tuberculosis haya disminuido”.

De hecho, el énfasis de la era pandémica en el rastreo y tratamiento del SARS-CoV-2 puede haber permitido que las infecciones por tuberculosis se multipliquen sin control.

“Muchas de esas actividades menos prioritarias de la atención sanitaria –mantenimiento y prevención– se aplazaron”, dijo Shete. “No se estaba haciendo un buen trabajo priorizando la prevención de la tuberculosis”.

Cox describió una especie de efecto bola de nieve: si la gente no se hace las pruebas o no informa de las infecciones, no recibe el tratamiento que necesita y puede transmitir la infección a otros. La disminución del uso de barbijo y el aumento de los viajes también pueden exacerbar la propagación.

En comparación con casos anteriores, los nuevos pacientes de tuberculosis “suelen estar más enfermos en el momento en que se les diagnostica”, afirmó Shete. Durante la pandemia, algunos médicos pueden haber identificado mal o no haber tomado en serio sus síntomas: “Puede ser una especie de combustión lenta de una enfermedad en la que la gente empieza a perder peso, empieza a sentirse mal, tiene tos crónica, y tal vez no busque atención tan rápidamente”.

LoBue está de acuerdo, y citó “la similitud de la tuberculosis pulmonar y los síntomas de la covid” y la interrupción del acceso a la atención sanitaria durante la pandemia como factores clave en el descenso inicial y posterior aumento de los casos.

Al igual que antes de la pandemia, la mayoría de los casos recientes (80%) se producen cuando se activan infecciones latentes no tratadas. Según LoBue, esto suele ocurrir en personas cuyo sistema inmunitario está debilitado, sobre todo por enfermedades como el VIH o ciertos medicamentos inmunodepresores. En cambio, un sistema inmunitario sano podría mantener a raya la infección indefinidamente.

## Los más afectados

En Estados Unidos, las personas más susceptibles de contraer tuberculosis siguen siendo las nacidas o que visitan con frecuencia países donde la enfermedad es común, las que trabajan o viven en entornos de mayor riesgo, como escuelas y viviendas con hacinamiento, o las que tienen un sistema inmunitario debilitado, según Shete.

“La tuberculosis, en términos generales, suele definirse como una enfermedad de la pobreza”, afirmó. Las personas que sufren inseguridad alimentaria, acceso deficiente a los servicios sanitarios básicos y condiciones de vida inadecuadas o de hacinamiento corren un mayor riesgo de infección y a menudo carecen de los recursos necesarios para someterse a pruebas o recibir tratamiento.

Entre las personas nacidas en Estados Unidos, las tasas de tuberculosis son más elevadas entre quienes “han sido históricamente minorizados o marginados, socioeconómica o racial o étnicamente”, afirmó Shete, incluidas las poblaciones negra y latina. Según el último informe de los CDC, los estadounidenses de raza negra representaban el mayor número (33%) de casos de tuberculosis en nacidos en Estados Unidos, seguidos de los hispanos y los blancos.

Aun así, Cox subraya que las cifras nacionales “palidecen en comparación” con las del resto del mundo. Y aún está por verse si el aumento de casos es sólo un “parpadeo” o continúa la tendencia al alza. “Hasta que no dispongamos de más años de datos, no podremos asegurarlo”, coincidió LoBue, de los CDC.

## Las consecuencias más importantes de este aumento de las tasas

Los expertos instan a la población a mantenerse informada sobre la tuberculosis, sin crear alarmas innecesarias. Shete dice que es importante recordar que es totalmente prevenible, diagnosticable y tratable.

Por lo general, las personas que no pertenecen a grupos de alto riesgo no deben preocuparse a menos que noten síntomas o estén expuestas a alguien con una infección activa. Dicho esto, Shete añadió: “Dudo en restarle importancia a la mayoría de la gente sólo porque basta con que una persona de tu comunidad tenga tuberculosis”.

La mayor carga recae sobre los profesionales sanitarios y el sistema de salud pública. Shete afirma que los médicos deberían realizar pruebas de detección de la tuberculosis con regularidad, especialmente entre las poblaciones de alto riesgo. Estas medidas preventivas deberían estar incluidas en la cobertura de Medicare, lo que no siempre ocurre. Apenas el año pasado, el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos [emitió una recomendación](#) para el cribado de adultos asintomáticos con mayor riesgo de infección tuberculosa latente por primera vez [desde 2016](#).

“El manejo a largo plazo de los casos de tuberculosis requerirá una inversión continua en investigación clínica y el desarrollo de diagnósticos y antibióticos más efectivos. Se necesita ese tipo de infraestructura y vigilancia constante y fondos del Gobierno para mantener esos programas en marcha”, dijo Cox.

El riesgo de tuberculosis para los residentes en Estados Unidos es afortunadamente bajo. Pero la mitigación eficaz de la infección en el país depende de que se ataque a escala mundial. Estados Unidos hizo de ello una prioridad, a través de programas internacionales como la [Estrategia Mundial contra la Tuberculosis de USAID](#) y la [División Mundial del VIH y la Tuberculosis de los CDC](#), que trabaja para combatir las dos epidemias simultáneamente.

Como dice Shete, “lo que ocurra en el mundo afectará también a Estados Unidos”.

En julio de 2022, el Departamento de Salud de Minnesota fue notificado de un hombre de 29 años que fue hospitalizado con fiebre, mialgias severas, edema periorbitario, eosinofilia y otras anomalías de laboratorio; los proveedores de atención médica sospecharon triquinelosis. El paciente había buscado atención cuatro veces por sus síntomas, que comenzaron a principios de julio, y había sido hospitalizado dos veces en un período de 17 días. Durante su segunda hospitalización, los médicos obtuvieron antecedentes de consumo de carne de oso y se inició un tratamiento empírico con albendazol para una probable triquinelosis. Se inició una investigación para confirmar el diagnóstico, identificar casos adicionales y determinar la fuente de infección para prevenir casos futuros. El diagnóstico del paciente índice se confirmó mediante un resultado positivo en la prueba de anticuerpos de inmunoglobulina (Ig) G para *Trichinella*.

Seis días antes de la aparición de los síntomas, el paciente y ocho miembros de su familia de tres estados (Arizona, Minnesota y South Dakota) se habían reunido durante varios días en South Dakota y compartieron una comida que incluía brochetas hechas con carne de oso negro (*Ursus americanus*), que había sido cazado por uno de los miembros de la familia en el norte de Saskatchewan, Canadá, en mayo de 2022. El cazador había recomendado congelar la carne para matar los parásitos. La carne se congeló durante 45 días hasta ser descongelada y asada con verduras. Inicialmente, la carne se sirvió cruda sin intención, debido a que su color impide determinar visualmente el nivel de cocción. Después de que algunos miembros de la familia comenzaron a comer y notaron que la carne estaba poco cocida, se la volvió a cocinar antes de servirla nuevamente.

Las autoridades de salud pública de Arizona, Minnesota y South Dakota entrevistaron a ocho de las nueve personas que habían asistido a la comida en cuestión. El noveno asistente fue una persona menor de 18 años cuyo estado de exposición no pudo confirmarse; sin embargo, según los informes, esa persona se mantuvo sana. Entre las ocho personas entrevistadas, cinco consumieron carne de oso y ocho consumieron verduras cocidas con ella. Seis de las ocho personas, incluidas cuatro que consumieron carne de oso y verduras, y dos que consumieron sólo verduras (pero no carne), tenían síntomas compatibles con triquinelosis y cumplían los criterios de caso (dos confirmados y cuatro probables).

Los pacientes con triquinelosis tenían edades comprendidas entre 12 y 62 años y vivían en tres estados: Arizona (uno), Minnesota (cuatro) y South Dakota (uno). Tres de las seis personas sintomáticas, dos de las cuales buscaron atención al menos dos veces antes de que se les ofreciera tratamiento, fueron hospitalizadas. Las tres personas hospitalizadas recibieron tratamiento con albendazol.

Las seis personas sintomáticas se recuperaron; los pacientes no hospitalizados no recibieron tratamiento porque sus síntomas se habían resuelto solo con cuidados de apoyo, y el beneficio del tratamiento después de la invasión larvaria del músculo no está claro.

Se obtuvieron muestras de carne de oso que había permanecido congelada durante 110 días y se enviaron a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) para su aná-

lisis. La microscopía identificó larvas móviles de *Trichinella*. Una prueba de reacción en cadena de la polimerasa múltiple en tiempo real de la carne dio positivo para *Trichinella nativa*.

---

La triquinelosis rara vez se reporta en Estados Unidos. Como resultado de los cambios en las prácticas de producción de carne de cerdo a partir de las normas históricas que fomentaron la transmisión, la mayoría de los casos reportados en los últimos años se atribuyen al consumo de carne de animales silvestres. Entre enero de 2016 y diciembre de 2022, se notificaron a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) siete brotes de triquinosis, que incluyeron 35 casos probables y confirmados; la carne de oso fue la fuente de infección sospechosa o confirmada en la mayoría de esos brotes. Las estimaciones de la prevalencia de la infección por *Trichinella* entre las especies hospedadoras de animales salvajes varían ampliamente. Se ha informado de una prevalencia de infección por *Trichinella* de al menos 1% a 24% entre los osos negros (*Ursus americanus*) de Canadá y Alaska, y se han reportado prevalencias aún mayores de infección entre especies de depredadores que son carnívoros estrictos, como el oso polar (*Ursus maritimus*), el glotón (*Gulo gulo*) o el puma (*Puma concolor*). La frecuencia con la que la carne de oso negro es la fuente implicada de infección humana podría deberse a las prácticas de caza, los factores ecológicos y la densidad de parásitos relativamente alta observada en el músculo de los osos negros infectados en comparación con el de otras especies.

Como los síntomas de la triquinelosis suelen ser inespecíficos, el diagnóstico de la infección requiere un alto índice de sospecha; sin embargo, el edema periorbitario y ciertas anomalías de laboratorio (p. ej., eosinofilia y niveles elevados de creatina quinasa) pueden proporcionar pistas etiológicas. La confirmación de laboratorio puede ser un desafío debido a la sensibilidad limitada de las pruebas de anticuerpos en las primeras etapas de la enfermedad. La utilidad clínica de los resultados de las pruebas de triquinelosis obtenidos después de una enfermedad aguda es limitada e históricamente, los investigadores de salud pública han tenido dificultades para obtener muestras de suero convalecientes de personas que se han recuperado.

Aunque la congelación mata las especies de *Trichinella* comúnmente implicadas en los brotes asociados con la carne de cerdo, las especies resistentes a la congelación, incluida *T. nativa*, predominan en las regiones árticas y subárticas. Las personas que consumen carne de caza, especialmente la recolectada en latitudes septentrionales, deben ser informadas de que una cocción adecuada es la única forma fiable de matar los parásitos *Trichinella*. Las autoridades de salud pública recomiendan cocinar la carne de animales silvestres a una temperatura interna de 74°C; las temperaturas deben verificarse con un termómetro para carnes. El color de la carne no es un buen indicador de la idoneidad de la cocción. Se recomienda manipular de forma segura la carne cruda (es decir, separar la carne cruda o poco cocida y sus jugos de otros alimentos) para prevenir la triquinelosis; investigaciones previas sugieren que la carne infectada con *Trichinella* puede contaminar otros alimentos. Las entidades gubernamentales y privadas que supervisan y organizan la caza deben educar a los cazadores sobre estos riesgos y las medidas preventivas eficaces.

La Secretaría de Salud del Gobierno de México encendió las alarmas a través de sus redes sociales, destacando un preocupante aumento en los casos de intoxicación por picadura de alacrán en varios estados del país.

El [Boletín Epidemiológico Nacional](#) destaca que los estados que registran los mayores números de casos en lo que va del año son

Guanajuato (21.375 casos), Guerrero (16.347), Jalisco (15.838), Michoacán (10.022), Morelos (9.207), Puebla (5.444), Estado de México (5.390), Nayarit (4.345) y Colima (3.301).

A nivel nacional, se observa un incremento del 5,3% en los casos, al pasar de 97.850 casos en 2023 a 103.081 en el presente año.

La Secretaría de Salud también informó que tres de los estados con más casos reportados –Jalisco, Estado de México y Nayarit– no cuentan con el vital antiveneno. Su falta pone en riesgo a miles de personas, subrayando la necesidad urgente de mejorar la distribución de este antídoto.

Las autoridades de salud instaron a la población a estar alerta y seguir las recomendaciones de primeros auxilios en caso de picadura de alacrán.

Esta situación resalta la importancia de una respuesta rápida y efectiva ante los casos de intoxicación por picadura de alacrán, así como la necesidad de garantizar el acceso equitativo a tratamientos que pueden salvar vidas.



# El mundo



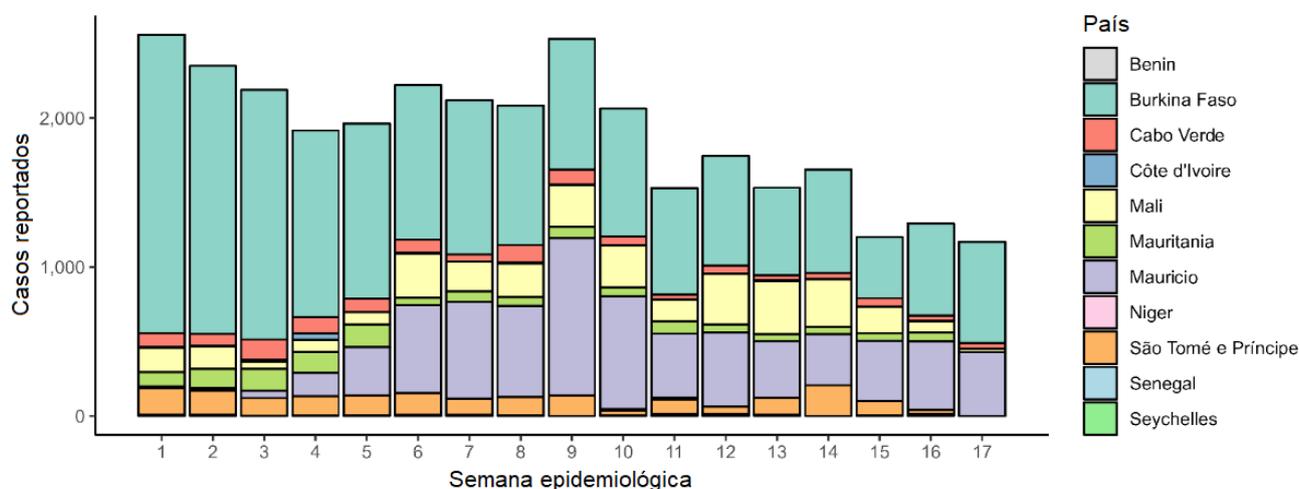
ÁFRICA

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL DENGUE

28/04/2024

En 2023, se notificaron brotes de dengue en 15 de los 47 países de la Región Africana de la Organización Mundial de la Salud (OMS): Benin, Burkina Faso, Cabo Verde, Chad, Côte d'Ivoire, Etiopía, Ghana, Guinea, Malí, Mauricio, Níger, Nigeria, São Tomé e Príncipe, Senegal y Seychelles. Los casos alcanzaron su punto máximo en la región en la semana epidemiológica (SE) 44, con 16.000 casos sospechosos y casi 8.000 casos confirmados registrados.

En 2024, hasta el 28 de abril, 13 países tuvieron transmisión activa continua del virus Dengue, incluidos 10 de los 15 países que registraron brotes en 2023 y tres países adicionales que registraron casos en 2024. Se han notificado 32.925 casos de dengue (14.095 confirmados) y 57 muertes en Benin, Burkina Faso, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Etiopía, Kenya, Malí, Mauritania, Mauricio, Níger, São Tomé e Príncipe, Senegal y Seychelles. Los datos de vigilancia de 2024, hasta la SE 17, están disponibles en 29 países. De estos 29 países, 16 no han registrado casos a través de sus respectivos marcos integrados de vigilancia y respuesta a enfermedades. En las últimas cuatro SE (14 a 17), se notificaron 5.318 nuevos casos y nueve muertes; sin embargo, ocho de 29 países no han completado la presentación de informes durante este período y, por lo tanto, se espera que el número de casos aumente. Juntos, Burkina Faso y Mauricio representan 74% de los casos de dengue notificados en 2024 hasta el 28 de abril: 52% y 22%, respectivamente. En la Región Africana de la OMS se ha identificado la circulación de tres de los cuatro serotipos del dengue: DENV-1, DENV-2 y DENV-3.



Casos reportados de dengue, según país. Región Africana de la Organización Mundial de la Salud. Año 2024, hasta el 28 de abril. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

## Situación en países prioritarios

- **Burkina Faso:** Sigue siendo el país más afectado por el actual brote en la región. Desde principios de 2023 hasta el 28 de abril de 2024, notificó 174.356 casos (72% del total de la región) y 780 muertes (89% de las muertes de la región). En 2024, hasta el 28 de abril, sigue siendo el país con la mayor carga de dengue: 17.098 casos (52%) y 38 muertes (67%). En 2024, el número de casos disminuyó constantemente en 79% entre la SE 1 (2.003 casos) y la SE 15 (411). El brote estaba casi bajo control cuando los casos comenzaron a aumentar a partir de la SE 16 y continuaron hasta la SE 17, con 680 nuevos casos reportados en la última SE informada. En el país se ha detectado la circulación de los tres serotipos del virus.
- **Mauricio:** Con una declaración inicial de brote en diciembre de 2023, Mauricio notificó hasta ahora 7.177 casos de dengue y 15 muertes durante las primeras 17 SE de 2024. La tasa de ataque acumulada del brote en Isla Rodrigues ha sido significativamente mayor que la de la isla de Mauricio, de 5% en la SE 17. En 2024, los casos alcanzaron su punto máximo a fines de febrero (SE 9), luego disminuyeron y se estabilizaron. A pesar de la meseta, el volumen de los nuevos casos semanales sigue siendo preocupante. Hasta el momento sólo se ha detectado el serotipo DENV-2 y el brote ha sido transmitido por *Aedes albopictus*.
- **Malí:** Los primeros casos del brote en Malí se notificaron en septiembre de 2023 en Bamako. Desde que comenzó el brote en 2023 hasta el 28 de abril de 2024, se han notificado 8.709 casos y 39 muertes. En 2024, hasta el 28 de abril, se notificaron 3.231 casos y tres muertes. Están circulando dos serotipos: DENV-1 y DENV-3. Se ha observado una disminución de 94% en los casos de dengue entre la SE 13, la que registró el mayor número de casos semanales en 2024 (356 casos), y la SE 17 (21 casos).
- **Mauritania:** En 2024, hasta la SE 16, el país notificó 1.323 casos, lo que representa una disminución de 17% en comparación con el mismo período de 2023. En 2024, el número de casos notificados disminuyó 62% desde un máximo anual de 152 casos (SE 5) a 58 casos (SE 16). No se han registrado muertes.
- **Cabo Verde:** Santiago, la isla más grande de Cabo Verde y hogar de la ciudad capital de Praia, informó los casos iniciales de dengue del brote actual el 3 de noviembre de 2023, los primeros casos registrados en el país desde 2017. El Ministerio de Salud de Cabo Verde declaró el estado de alerta el 7 noviembre de 2023 tras la hospitalización de tres casos sospechosos, de los cuales dos fueron confirmados positivos para el virus Dengue. El 20 de noviembre de 2023, se informó de un brote simultáneo en dos islas adicionales que comprenden el archipiélago de Cabo Verde, las vecinas Fogo y São Vicente. En 2024, hasta el 14 de abril, se informaron 1.127 casos, con 394 confirmados, y no se reportaron muertes. El brote de 2024 se caracteriza por un pico en la SE 3 (135 casos), seguido de una rápida disminución, y otro pico en la SE 8 (118 casos), seguido de una disminución de 62% en la SE 15, con 56 casos registrados. Existe cocirculación de los serotipos DENV-1 y DENV-3. El serotipo DENV-3 es más prevalente, mientras que el DENV-1 se limita al municipio de Praia.
- **Etiopía:** Desde el inicio del brote el 2 de abril de 2023 hasta el 22 de abril de 2024, se han notificado 26.512 casos y 21 muertes (tasa de letalidad de 0,1%) en cinco regiones afectadas. En 2024, hasta el 22 de abril, se notificaron 735 casos, sin muertes. Las regiones más afectadas han sido Dire Dawa y Somalia, que combinadas representan casi 98% de los casos y muertes. A partir de la SE 16 de 2024, el brote de dengue está activo únicamente en la ciudad de Gode, en la región de Somalia.

- **Côte d’Ivoire:** La última actualización se hizo en la SE 12, con un total de dos casos reportados. En 2024, hasta la SE 12, se han reportado 93 casos, sin muertes. En 2024, se detectaron los serotipos DENV-1 y DENV-3.
- **Kenya:** Hasta la SE 13 de 2024 se notificaron 88 casos en el campo de refugiados de Daghaley, en el condado de Garissa, a 90 kilómetros de la frontera oriental entre Kenya y Somalia. El brote comenzó con nueve casos iniciales registrados durante la última SE de noviembre de 2023. Los siguientes casos se registraron en enero de 2024, con un pico a mediados de febrero. Antes del brote actual, Kenya informó brotes de dengue por última vez en 2022.
- **Níger:** En 2024, hasta la SE 17, se notificaron 21 casos. Los casos se notificaron durante dos SE: ocho en la SE 10, y 13 en la SE 13.
- **São Tomé e Príncipe:** Hasta la SE 16 de 2024, se notificaron 1.868 casos, de los cuales 17 fueron confirmados, sin muertes. En particular, 12 de los 17 casos confirmados se notificaron en abril entre las SE 14 y 16. El brote comenzó en 2023 con 1.236 casos y 11 muertes notificadas en total durante el año.

El 27 de mayo de 2024, el Centro para la Protección de la Salud (CHP) del Departamento de Salud de la Región Administrativa Especial de Hong Kong estaba monitoreando de cerca un caso humano de infección por el virus de la influenza aviar A(H5N6).

Se trató de una mujer de 52 años que vivía en la ciudad de Quanzhou, provincia de Fujian, y que estuvo expuesta a aves de corral antes de la aparición de los síntomas. Desarrolló síntomas el 13 de abril y fue ingresada en un hospital para recibir tratamiento el 20 de abril. Falleció el 30 de abril.

Desde 2014 hasta la fecha, las autoridades sanitarias de China continental han informado 90 casos humanos de influenza aviar A(H5N6).

“Todas las nuevas infecciones de influenza A, incluida la A(H5N6), son enfermedades infecciosas de notificación obligatoria en Hong Kong”, dijo un portavoz del CHP.

Los viajeros al continente u otras áreas afectadas deben evitar visitar mercados de aves vivas o granjas. Deben estar alertas a la presencia de aves de corral de traspatio cuando visiten a familiares y amigos. También deben evitar comprar aves de corral vivas o recién sacrificadas y evitar tocar aves de corral/aves o sus excrementos. Deben observar estrictamente la higiene personal y de manos cuando visiten cualquier lugar con aves vivas.

Los viajeros que regresan de áreas afectadas deben consultar a un médico de inmediato si desarrollan síntomas e informar al médico sobre su historial de viaje para un diagnóstico y tratamiento rápidos de posibles enfermedades. Es fundamental comunicar si se ha estado en contacto con aves vivas durante el viaje, lo que puede implicar una posible exposición a ambientes contaminados. Esto permitirá que el médico evalúe la posibilidad de influenza aviar y organice las investigaciones necesarias y el tratamiento adecuado de manera oportuna.

Mientras se implementan las medidas locales de vigilancia, prevención y control, el CHP permanecerá alerta y trabajará en estrecha colaboración con la Organización Mundial de la Salud y las autoridades sanitarias pertinentes para monitorear los últimos desarrollos.

El distrito de Ernakulam, estado de Kerala, registró más de 130 casos confirmados de hepatitis A desde enero de este año. Además, en el distrito se notificaron 440 casos sospechosos, según estimaciones del Departamento de Salud.

El número de casos experimentó un aumento, especialmente después del brote en el panchayat de Vengoor. Se han notificado más de 220 casos sospechosos en los barrios afectados de Vengoor. El primer caso se informó en el distrito de Kaippilly el 18 de abril.

Sólo en Vengoor se han reportado tres muertes. En los últimos cinco meses se han notificado cuatro muertes sospechosas debido a la infección viral. Además de Vengoor, las áreas que informaron casos de hepatitis incluyen Sreemoolanagaram, Mattancherry, Kalamassery, Nellikuzhi, Kothamangalam, Nedumbassery, Malayattoor, Payipra, Kizhakkambalam y Avoli.

En un comunicado, las autoridades sanitarias señalaron que sólo era potable el agua previamente hervida y enfriada. También se podría realizar una supercloración de las fuentes de agua, incluidos los pozos.

Las personas deben abstenerse de automedicarse y buscar tratamiento médico tan pronto como se observen los síntomas iniciales. También deben evitar los remedios no probados o pseudocientíficos que podrían complicar la enfermedad. Tanto los infectados como los cuidadores deben tomar precauciones especiales mientras la persona infectada se recupera de la enfermedad. Las manos deben lavarse con agua y jabón con frecuencia, especialmente antes de ingerir alimentos y después de ir al baño, ya que la enfermedad se propaga por vía fecal-oral.

Se debe utilizar una solución de lavandina para limpiar el inodoro y otras superficies utilizadas por la persona infectada. En los albergues o dormitorios, las personas infectadas deben alojarse por separado.

Las autoridades temen que un segundo deslave y un brote infeccioso acechen en el sitio del desastre masivo en Papúa Nueva Guinea debido a los cuerpos y arroyos que quedaron sepultados bajo toneladas de escombros que arrasaron un poblado. Miles de personas recibieron instrucciones de prepararse para evacuar, según dijeron las autoridades el 28 de mayo.

Una masa de rocas, tierra y árboles rotos devastó la localidad de Yambali, en las remotas tierras altas de la nación insular del Pacífico Sur, cuando una ladera de piedra caliza se desprendió el 24 de mayo. “El manto de escombros se ha vuelto más inestable debido a las lluvias recientes y a los arroyos que quedaron atrapados entre el suelo y los restos”, dijo Serhan Aktoprak, director de la misión de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) en Papúa Nueva Guinea.

Esa agencia de Naciones Unidas tiene funcionarios en el lugar de la provincia de Enga que ayudan a albergar a 1.600 personas desplazadas. La agencia calcula que 670 pobladores fallecieron, mientras que el gobierno de Papúa Nueva Guinea informó a la Organización de Naciones Unidas (ONU) que cree que más de 2.000 personas quedaron sepultadas. Seis cuerpos habían sido extraídos de los escombros para el 28 de mayo, según un comunicado de la ONU.

“Estamos escuchando suposiciones de que podría ocurrir otro deslave y tal vez sea necesario evacuar a 8.000 personas”, dijo Aktoprak.

“Esto es una gran preocupación. El movimiento de tierra, los escombros, está causando un grave riesgo y en suma, el número total de personas que podrían verse afectadas podría ser de 6.000 o más”, explicó. Eso incluye aldeanos cuya fuente de agua potable se ha visto sepultada y campesinos de subsistencia que perdieron sus huertos.

“Si esta masa de escombros no se detiene, si sigue moviéndose, puede ganar velocidad y seguir arrollando otras comunidades y pueblos montaña abajo”, dijo Aktoprak.

Un comunicado posterior de la ONU estimó la población afectada en 7.849 personas, incluidas personas que podrían necesitar una evacuación o reubicación. El 42% de ellos tienen menos de 16 años, añadió la ONU.

Algunos vecinos fueron evacuados el 28 de mayo, según dijo el responsable del comité provincial de desastres, Sandis Tsaka. No estaba claro cuántos. El 29 de mayo se evacuaría a tanta gente como fuera posible, añadió Tsaka.

Reubicar a los sobrevivientes en terrenos más seguros ha sido una prioridad en los últimos días, y se han establecido centros de evacuación a ambos lados de la masa de tierra desplazada, que mide hasta 8 metros de alto y se extiende por una zona equivalente a tres o cuatro campos de fútbol, según la ONU.



Vecinos buscan entre los restos de un deslave en la población de Yambali, en las tierras altas de Papúa Nueva Guinea, el 27 de mayo de 2024.

Las escenas de vecinos excavando con las manos desnudas entre escombros y barro para buscar los restos de sus familiares también eran motivo de preocupación.

“Mi mayor temor en este momento es que los cadáveres se están descomponiendo. El agua fluye y esto va a plantear graves riesgos para la salud en relación a enfermedades contagiosas”, dijo Aktoprak.

La agencia de Aktoprak tenía previsto expresar esas preocupaciones el 28 de mayo en una reunión virtual de manejo de desastres con rescatistas nacionales e internacionales.

Se esperaba que pronto llegaran al lugar expertos geotécnicos y equipamiento pesado para desplazar tierras.

El gobierno de Papúa Nueva Guinea pidió oficialmente el 26 de mayo a la ONU ayuda internacional y que coordine las contribuciones de los distintos países.

Un equipo australiano de respuesta a desastres llegó el 28 de mayo a Papúa Nueva Guinea, que es el vecino más cercano de Australia. El equipo incluye expertos en análisis de riesgo geológico y drones para ayudar a hacer un mapa del lugar.

“Su papel será en particular ayudar a hacer un monitoreo geotécnico para establecer el alcance del deslizamiento, la inestabilidad de la tierra, obviamente hacer algo de trabajo en cuanto a identificar dónde hay cuerpos”, explicó Murray Watt, ministro australiano de manejo de desastres.

El gobierno australiano ofreció apoyo logístico de largo plazo para despejar escombros, recuperar cuerpos y respaldar a los desplazados. El gobierno anunció un paquete inicial de ayuda de 1,7 millones de dólares.

Se esperaba que el equipamiento de desplazamiento de tierras operado por el ejército de Papúa Nueva Guinea llegara pronto, tras viajar desde la ciudad de Lae, 400 kilómetros al este, indicó Justine McMahon, directora en el país de la agencia humanitaria CARE International.

El deslave cubrió un tramo de 200 metros de la principal autopista de la provincia. Pero la autopista se había despejado desde Yambali a la capital provincial, Wabag, pasando por Lae, indicaron el 28 de mayo las autoridades en Enga.

“Uno de los factores que lo complicaban fue la destrucción de partes de la carretera, así como la inestabilidad del suelo, pero tienen algo de confianza en que podrán llevar el equipamiento pesado hoy”, dijo McMahon el 28 de mayo.

Una excavadora donada por un constructor local se convirtió el 26 de mayo en la primera pieza de maquinaria pesada que llegaba para ayudar a los vecinos, que excavaban con palas y herramientas agrícolas en busca de cuerpos.

Desolada y frustrada, Evit Kambu, residente en Yambali, dio las gracias a los que intentaban encontrar a sus parientes desaparecidos.

“Tengo a 18 miembros de mi familia enterrados bajo los restos y la tierra sobre la que estoy parada”, dijo. “Pero no puedo recuperar los cuerpos, de modo que estoy aquí parada impotente”.

El viceprimer ministro australiano, Richard Marles, dijo que un avión de la fuerza aérea australiana llevaba suministros a la capital de Papúa Nueva Guinea, Port Moresby. Otros dos aviones estaban ya en la ciudad, que se encuentra a 600 kilómetros al sureste del pueblo arrasado.

“Hay más que queremos hacer, pero para ser sinceros, parte de la cuestión es no abrumar un sistema que ya está bajo mucha presión”, explicó Marles al Parlamento.

El plan era transportar los suministros en avión de la capital a Mount Hagen, capital de la provincia de Tierras Altas Occidentales, desde donde el cargamento se llevaría por carretera a la vecina provincia de Enga. Ese plan sufrió un revés con las noticias de que el puente entre Mount Hagen y Wabag se había derrumbado el 28 de mayo, según las autoridades. La causa del derrumbe no se explicó, pero no estaba relacionada con el alud de tierra.

Un desvío añadiría entre dos y tres horas al recorrido, según la OIM. Había esfuerzos en marcha para reparar el puente con urgencia.

Papúa Nueva Guinea es una nación diversa y en desarrollo con 800 idiomas y 10 millones de habitantes, en su mayoría granjeros de subsistencia.

El Director del Departamento de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud Pública y Población en la capital de Yemen, Adén, Dr. Majdi Al-Daari, anunció que se registraron 80 casos de cólera en la ciudad en un solo día, destacando que este es el mayor número de casos registrado en un día desde el inicio de la pandemia en noviembre de 2023.



Al-Daari confirmó que la situación del cólera es inestable en Adén, señalando que el número de casos de la enfermedad registrados entre los ciudadanos que viven en la ciudad desde principios de año alcanza aproximadamente los 1.300 casos, además de nueve muertes registradas durante este período.

Al-Daari explicó que desde fines de marzo se han registrado muchos casos y muertes en toda la capital, pero los casos están más concentrados en los distritos de Dar Saad, Sheikh Othman, Buraïqa y Mansoura.

El Director de Vigilancia Epidemiológica reveló que un tercio de los casos registrados debieron ser hospitalizados en el centro de aislamiento sanitario del Hospital Al-Sadaqa, en el distrito de Sheikh Othman, que es el único centro de tratamiento en Adén y sus gobernaciones vecinas para aquellos casos de cólera cuya condición es crítica.

El Dr. Majdi Al-Daari dijo que la mayoría de los casos provenientes de las gobernaciones vecinas eran de la gobernación de Lahj, que alcanzó aproximadamente los 100 casos, además de un caso de muerte proveniente de la gobernación de Abyan, así como un número de personas infectadas que habían venido de la misma gobernación.

Al-Daari señaló que la situación epidemiológica sigue siendo inestable y su administración sigue de cerca el asunto, añadiendo que el sector de la salud está planificando la apertura de otros centros de tratamiento para hacer frente a la enfermedad, porque el Hospital Al-Sadaqa tiene una capacidad de cincuenta camas y este número no es suficiente, y el centro de tratamiento del hospital está formado por tiendas de campaña, que no son adecuadas debido al calor extremo. Los edificios oficiales incluyen los sistemas de refrigeración que los pacientes necesitan mientras reciben tratamiento en los centros de aislamiento sanitario cuando estos estén establecidos. La limpieza también es importante, y las tiendas de campaña carecen de ella.

El funcionario señaló que se habían hecho promesas de abrir un centro sanitario de aislamiento en el distrito de Al-Mualla y otro en el distrito de Dar Saad, pero hasta el momento no se han abierto, pero espera que se lo haga en los próximos días.

Al-Daari dijo que “muchos ciudadanos no siguen las directrices que los protegen del cólera, incluida la higiene personal y la abstención de comer alimentos de los vendedores ambulantes, quienes son conocidos por no respetar la limpieza al preparar y cocinar alimentos y bebi-

das., Las verduras provenientes de las gobernaciones del norte son regadas con aguas residuales, y se ha confirmado que la epidemia de cólera se está extendiendo en estas gobernaciones, y si los ciudadanos no lavan estas verduras, especialmente las legumbres, esto conducirá inevitablemente a que el cólera se propague aún más. Algunos habitantes de Adén se han visto obligados a buscar agua a través de camiones cisterna que se abastecen de pozos de origen desconocido, en los que el agua no ha sido potabilizada. Todas las situaciones antes mencionadas han provocado que la incidencia del cólera haya aumentado en los últimos días”.

Al-Daari concluyó subrayando que su departamento está sobre el terreno y que equipos de vigilancia epidemiológica están dando seguimiento a la situación. Los equipos están investigando cada caso y brindando asesoramiento y orientación sanitaria a las familias de los infectados para evitar un aumento en el número de casos, mientras los equipos de educación sanitaria y salud escolar siguen trabajando para educar a los estudiantes y a las administraciones escolares sobre los peligros de esta enfermedad hasta que se contenga la epidemia.

---

Yemen ha sido duramente golpeado por un brote prolongado de cólera en los últimos años. Los esfuerzos combinados de las autoridades sanitarias y los socios internacionales han detenido temporalmente la enfermedad, pero parece haber resurgido nuevamente, especialmente en las gobernaciones del sur.

Una universitaria india enferma de tuberculosis, un veterinario de Kenya hospitalizado durante meses por una infección tras una cirugía, una gimnasta estadounidense afectada con un estafilococo, o un bebé en Indonesia con problemas respiratorios, vómitos y diarrea: todos han sufrido la “pandemia silenciosa”, como califica la Organización Mundial de la Salud (OMS) de las bacterias resistentes a los antibióticos. Estas están presentes en casi cinco millones de muertes



Una matrona auxiliar se lava las manos antes de atender a una embarazada en un centro en Shrawasti (Uttar Pradesh, India), como parte de un programa de salud del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

anuales (es decir, los afectados tenían una infección, aunque se registrase otra causa de fallecimiento), y son la causa directa de 1,27 millones de ellas. África Subsahariana y Asia Meridional son las dos regiones con mayor incidencia de muertes atribuidas a la resistencia a antibióticos, con más de 20 cada 100.000 habitantes, frente a las 13 de media en los países desarrollados.

Unos 750.000 fallecimientos asociados a superbacterias se podrían evitar cada año, sobre todo en países de ingresos bajos y medios, mejorando medidas como el lavado de manos y la desinfección en entornos sanitarios, el acceso a agua limpia o la extensión de las vacunas infantiles. Es una de las conclusiones de una serie de artículos sobre el “acceso sostenible a antibióticos eficaces”. Los autores, 38 expertos en resistencia antimicrobiana y salud global de todo el mundo, advierten que es un problema en aumento que causará cada vez más muertes si no se ataja –un estudio de 2016 estimaba que en 2050 provocaría 10 millones de fallecidos al año–, y que afecta en especial a los grupos más vulnerables.

“El pequeño conjunto de antibióticos eficaces se ha reducido, especialmente en entornos con pocos recursos, y las personas muy jóvenes, muy mayores y gravemente enfermas son especialmente susceptibles de contraer infecciones resistentes”, afirma el primero de los cuatro textos, que se centra en el ámbito global del problema y en cómo medirlo. Las bacterias resistentes a los antibióticos “suponen un obstáculo importante para la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, incluidas las metas de supervivencia neonatal, progreso en el envejecimiento saludable y mitigación de la pobreza”, continúa.

Una de las coautoras, Iruka Okeke, profesora de Microbiología farmacéutica de la Universidad de Ibadan, en Nigeria, describió el escenario si no se actúa ya: “Más personas se infectarán y morirán por infecciones resistentes. La resistencia a los medicamentos de último recurso podría ser más del doble de frecuente en 2035 que en 2005. Los tratamientos serán más caros y potencialmente inaccesibles para las personas en los entornos con recursos más limitados”.

Estos entornos, que a su vez tienen mayor incidencia de enfermedades infecciosas y menor capacidad en sus sistemas sanitarios, son precisamente “los que más pueden beneficiarse de la contención de la resistencia antimicrobiana” a través de herramientas ya existentes, expli-

có Okeke. Así, en los países de ingresos bajos y medios (o en vías de desarrollo), se podrían evitar 337.000 muertes al año asociadas a bacterias resistentes adquiridas en centros sanitarios –una de las formas de contagio más frecuentes–, frente a los 1,7 millones de muertes al año actuales, mejorando la prevención y el control de infecciones en los mismos.

Estas intervenciones incluyen una mayor observancia de las normas de higiene, principalmente en cuanto al lavado de manos del personal sanitario, y mejoras en la limpieza ambiental, las técnicas antisépticas y las medidas de desinfección y esterilización, para prevenir infecciones a través de vías centrales o periféricas, catéteres o ventiladores, y de la cirugía. Para llegar a esa reducción de muertes, habría que alinear los estándares de prevención y control de estos países a los de ingresos altos, según el modelo matemático elaborado por los autores, abordado en el segundo artículo de la serie.

El estudio también estima cuántas muertes se evitarían en estos países al prevenir enfermedades infecciosas en las comunidades y reducir el uso de antibióticos para combatirlos. Uno de los métodos es garantizar el acceso universal a servicios de agua, saneamiento e higiene, que evitaría 247.800 muertes asociadas a la resistencia antimicrobiana, aunque el artículo advierte de que para alcanzar esta cifra, se requieren intervenciones de mayor calidad que las que se plantean actualmente.

La otra herramienta es lograr la cobertura universal de las vacunas pediátricas, lo que evitaría 181.500 muertes, tanto por la prevención directa de infecciones resistentes como por la reducción del consumo de antibióticos, según el análisis.

### **Triple objetivo**

Okeke consideró que estas intervenciones, que permitirían reducir la incidencia de muertes asociadas a las bacterias resistentes en los países en desarrollo en un 18%, “son realistas, incluso en entornos con recursos limitados”. Los autores de la serie aspiran a un triple objetivo a nivel global en 2030, expuesto en el cuarto de los artículos: reducir la resistencia antimicrobiana en 10%, disminuir el uso inadecuado de antibióticos en humanos en 20%, y el uso inadecuado en animales en 30%. Para ello, llaman a que se prioricen las acciones propuestas en la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas, que tendrá lugar en septiembre.

“Nuestros hallazgos indican que la reducción de la incidencia mundial de la resistencia antimicrobiana en 10% para el año 2030 es alcanzable con las intervenciones existentes. Nuestros resultados deberían orientar las inversiones en intervenciones de salud pública hacia aquellas con el mayor potencial para reducirla”, dice el texto.

Sin embargo, estas acciones no son suficientes para que cualquiera que lo necesite pueda acceder a medicamentos asequibles y eficaces. “El creciente número de infecciones bacterianas en todo el mundo que no responden a los antibióticos disponibles indica la necesidad de invertir en –y garantizar el acceso a– nuevos antibióticos, vacunas y medios de diagnóstico”, sostiene el tercer artículo de la serie.

### **Garantizar el acceso**

“El modelo tradicional de desarrollo de fármacos, que depende de ingresos sustanciales para motivar la inversión, ya no es económicamente viable sin incentivos”, afirma. “Además, es improbable que los medicamentos desarrollados a través de estos mecanismos sean asequibles para todos los pacientes que los necesitan, sobre todo en los países de renta baja y media”. El texto defiende los “nuevos modelos de financiación pública basados en asociaciones

entre el sector público y el privado” para respaldar la inversión en antibióticos y alternativas novedosas, a la vez que reducir los gastos para los pacientes.

Nour Shamas, libanesa de 36 años, es farmacéutica clínica especializada en enfermedades infecciosas, y miembro del [grupo de trabajo establecido en 2023 por la OMS](#) de supervivientes de resistencias antimicrobianas. Conoce muy bien el problema, no solo por su trabajo, sino porque hace unos años, su madre, que ahora tiene 69, contrajo una infección de tracto urinario resistente y recurrente tras estar hospitalizada por una operación de columna. Shamas valora las medidas propuestas en los artículos, pero advirtió que aunque parecen muy sencillas, “cada una tiene su dificultad”. “Por ejemplo, lavarse las manos: aunque se disponga de agua limpia y jabón, puede que no haya suficientes enfermeras en el hospital, así que las que hay están muy sobrepasadas. A veces no se lavan las manos, a veces se las lavan, pero no se toman 30 segundos para frotarse. O tal vez se olvidan porque van de un paciente a otro. Y a veces la gente se cansa y se quema”, explicó.

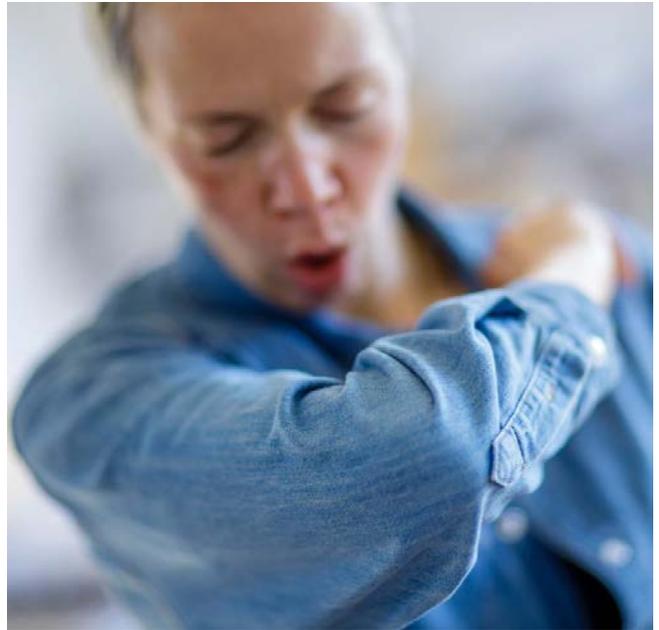
Shamas se reconoce como privilegiada por poder permitirse pagar los caros antibióticos y las pruebas que aún necesita su madre, en El Líbano, cada dos o tres meses. Un país en crisis en el cual, incluso con dinero, [es difícil encontrar los medicamentos](#). “Pagamos por pruebas de laboratorio para comprobar qué tipo de resistencia tenía e identificar el mejor antibiótico para tratar el episodio inicial. Y ahora, cada vez que vuelve a tener la infección, tiene que hacerse otro test para saber qué antibiótico usar. A menudo empieza con uno y a los dos o tres días tiene que cambiar a otro”, describió.

El grupo de trabajo de la OMS en el que participa, formado por 12 supervivientes o familiares de afectados (algunas de cuyas historias se citaban al inicio), escribió un comentario, publicado también en la revista científica, que pide “a todos los que trabajan en la resistencia antimicrobiana que tengan en cuenta la voz del paciente en su trabajo e incorporen un enfoque centrado en las personas”. “La resistencia antimicrobiana trasciende fronteras y requisitos de visado y zonas de conflicto. Puede afectar a cualquiera, independientemente de su riqueza, raza o región en todo el mundo”, recuerdan.

En el invierno de 2023, expertos sanitarios de toda Europa empezaron a notar que estaba pasando algo raro. Los casos de tos convulsa estaban aumentando. Y el fenómeno se replicaba también en Estados Unidos, además de Reino Unido.

Solo en los tres primeros meses de 2024 se notificaron alrededor de 32.000 casos, no muy lejos de los 38.000 contagios anuales registrados en promedio en el Viejo Continente.

El más reciente reporte del Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades señala que la mayoría de los casos se produjeron en bebés, la población en la que la tos convulsa puede resultar mortal. El segundo grupo con mayor número de contagios notificados es el de 10 a 14 años.



“Estas cifras deben interpretarse con cautela”, dijo Paul Hunter, profesor de medicina en la Universidad de East Anglia (Reino Unido). “Los casos podrían ser más que los notificados oficialmente”, estimó. Y debido a que la enfermedad es más grave en los bebés, tienen más probabilidades de ser diagnosticados que otros grupos etarios. Por ello, existe la posibilidad de que haya más casos en personas mayores que no han sido descubiertos.

### **Vacunarse en el embarazo**

En sus etapas iniciales, la tos convulsa se presenta como un resfrío común. Los pacientes pueden experimentar fiebre leve, estornudos y tos ocasional. Sin embargo, tras algunas semanas, pueden comenzar los ataques de tos caracterizados por un ruido agudo. Esta etapa puede durar hasta 10 semanas.

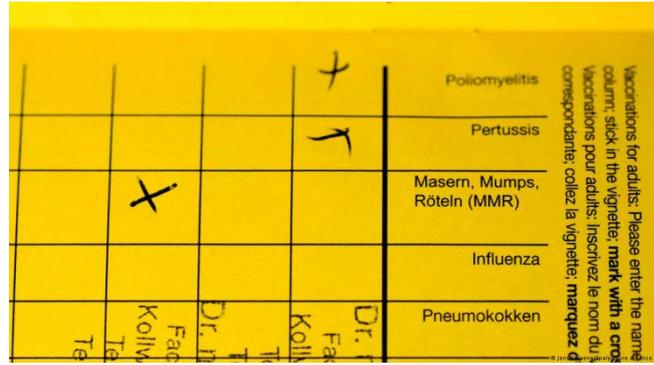
Los expertos no saben por qué los casos están aumentando. Como ocurre en la mayoría de los brotes de este tipo, podría tratarse de una combinación de varios factores.

Junto con una disminución general en las tasas de vacunación infantiles, podría también influir una caída en toda Europa en los niveles de inmunización contra la tos convulsa durante el embarazo. Esto ayudaría a explicar el incremento de los casos en bebés, que cuando nacen no tienen protección contra esta enfermedad si sus madres no se han vacunado.

Las tasas de vacunación varían enormemente dentro del continente europeo. En España, alrededor de 88% de las mujeres embarazadas se vacunaron contra la tos convulsa en 2023. En Chequia, donde ha habido un fuerte incremento de los casos, solo 1,6% de las mujeres embarazadas se había vacunado.

## El papel del SARS-CoV-2

Otro factor que debe considerarse es lo que los expertos en salud llaman una caída en la inmunidad de toda la población desde la pandemia de covid. Con los estrictos protocolos aplicados durante la pandemia para protegerse del coronavirus –barbijos, lavado de manos, distanciamiento físico–, los casos de influenza y de infecciones por estreptococos cayeron a mínimos históricos.



Desde que finalizó la pandemia, han vuelto a subir. Pero Hunter dijo que esto no puede explicar del todo el dramático aumento de casos de tos convulsa, porque esa enfermedad no era masiva entre la población antes de la pandemia. Y si bien los casos de influenza han aumentado al doble desde el fin de la pandemia, los de tos convulsa lo han hecho por diez.

## Vacuna contra la tos convulsa

El tercer factor podrían ser las propias vacunas contra la tos convulsa. La primera inmunización se introdujo a mediados del siglo XX en países desarrollados. Aunque fue muy eficaz, se asoció con efectos secundarios negativos. A fines de la década de 1990 se introdujo una vacuna contra la tos convulsa de segunda generación. Y si bien no generó efectos secundarios, fue un poco menos eficaz y su protección duraba menos.

“El aumento de los casos presenta preguntas difíciles”, dijo Andrew Preston, profesor y experto en tos convulsa de la Universidad de Bath, en Reino Unido. “Los refuerzos en la vacunación podrían ayudar a reducir los contagios, pero no se sabe con qué frecuencia se puede vacunar sin que pierda eficacia”.

Preston señaló que existen nuevas vacunas, algunas de las cuales podrían ofrecer una protección muy superior a la disponible hasta ahora. Sin embargo, eso requeriría cambios en el calendario de vacunas actual. En buena parte de Europa, la inmunización contra la tos convulsa se incluye junto a otras cinco en una sola vacuna. “Habría que reformular todas esas otras vacunas, y esa tarea es titánica”, dijo el especialista.

100% online

Otorga créditos SADI  
Inicio: junio

sadi Sociedad Argentina  
de Infectología

mednet

Curso virtual

# Uso de Antimicrobianos en Infecciones Odontogénicas

### Directores:

Dra. Rosa Contreras, Dr. Javier Farina

### Coordinador:

Dr. Fernando Mozún



Más info e inscripciones | [www.mednet.com.ar](http://www.mednet.com.ar)

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 [reporteepidemiologicocoba@gmail.com](mailto:reporteepidemiologicocoba@gmail.com) aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.