

SADI – UNA SALUD

- *Staphylococcus aureus* resistentes a la meticilina con la mirada de Una Salud: los LA-SARM

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de dengue

AMÉRICA

- Los casos de sífilis aumentan en la Región

- Brasil: El brote de hepatitis A en Curitiba ya suma 255 casos y cinco muertes en 2024

- Chile: Decenas de personas han muerto desde 2018 por ataques de perros

- Chile: Confirmaron un caso importado de cólera en la Región Metropolitana

- Estados Unidos: La vacuna contra el VPH también previene el cáncer en los hombres

- Estados Unidos: Tercer caso humano de influenza aviar A(H5N1) vinculado a vacas lecheras

- Honduras: Declararon la emergencia sanitaria ante el inicio de la temporada alta del dengue

- Venezuela: Cómo la deforestación promueve la malaria

EL MUNDO

- Italia: Murieron tres bebés por tos convulsa y aumentaron 800% las hospitalizaciones

- Mayotte – Francia: Brote de cólera

- Palestina: Después de 33 semanas de conflicto, la comida se está acabando en Gaza

- La covid acabó con una década de avances en esperanza de vida a nivel mundial

Comité Editorial

Editor Honorario ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021)

Por su invaluable legado como científico y humanista destacado, y por su esfuerzo en la consolidación del proyecto editorial del REC, como órgano de divulgación destacado en el ámbito de la Epidemiología.

Editor en Jefe

ÍLIDE SELENE DE LISA

Editores adjuntos

RUTH BRITO
ENRIQUE FARÍAS

Editores Asociados

ISSN 2796-7050

ADRIÁN MORALES // ÁNGELA GENTILE // NATALIA SPITALE
SUSANA LLOVERAS // TOMÁS ORDUNA // DANIEL STECHER
ANA CEBALLOS // DOMINIQUE PEYRAMOND // LOLA VOZZA
CARLA VIZZOTTI // FANCH DUBOIS // GUILLERMO CUERVO
DANIEL PRYLUKA // FERNANDO RIERA // CHARLOTTE RUSS
SALVADOR GARCÍA JIMÉNEZ // ALFONSO RODRÍGUEZ MORALES
PILAR AOKI // HUGUES AUMAITRE // MARÍA BELÉN BOUZAS
JORGE BENETUCCI // PABLO BONVEHÍ // ISABEL CASSETTI
HORACIO SALOMÓN // JAVIER CASELLAS // EDUARDO SAVIO
SERGIO CIMERMAN // GUSTAVO LOPARDO // EDUARDO LÓPEZ

Patrocinadores



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.



Staphylococcus aureus resistentes a la meticilina con la mirada de Una Salud: los LA-SARM

 Junio
2024

Autor:
Gabriela Giacoboni

Staphylococcus aureus es una bacteria asociada a diferentes enfermedades en humanos y animales.

La evolución en cuanto a la resistencia que adquirió a los antimicrobianos y en especial a la meticilina (1960) hizo de éste un patógeno de importancia en la salud pública.

Así, *S. aureus* resistente a la meticilina (SARM) con resistencia múltiple se instaló en los hospitales y se los denominó HA-SARM (hospitalarios).

Surgieron infecciones de nuevas especies de SARM con otras resistencias fuera de los hospitales que se diseminaron rápidamente y se los llamó CA-SARM (adquiridos en la comunidad). En 2004 surgió un nuevo SARM aislado tanto en personal de un establecimiento porcino como de cerdos que luego de varios estudios se caracterizó y denominó LA-SARM (*livestock associated*) como un tercer grupo epidemiológico en el que se considera el reservorio a los animales de granja. Si bien al cerdo se lo considera el principal reservorio, LA-SARM se reportó en otros animales tales como bovinos, equinos, aves, animales de compañía y animales de vida silvestre.

En la última década se observó que los SARM están en continuo cambio y en la actualidad no es posible clasificarlos epidemiológicamente ni fenotípicamente. Es necesario recurrir a herramientas moleculares para poder diferenciarlos.

Entre los métodos para detectar y tipificar cepas de SARM está el *multilocus sequence typing* (MLST). Las cepas que comparten al menos 5 de los 7 alelos analizados en el MLST pertenecen al mismo complejo clonal (CC). En el caso de los LA-SARM, el CC más prevalente es el CC398. Este posee la capacidad de adquirir fácilmente material genético y además puede cruzar las barreras de las especies hospedadoras y transferir la resistencia antimicrobiana (RAM).

El riesgo de la presencia de CC398 en animales es la transferencia a humanos; de hecho, se han detectado en el ámbito clínico.

Existe el riesgo de que los seres humanos que entran en contacto directo con animales adquieran LA-SARM pero también existe el riesgo de que los animales adquieran SARM de humanos colonizados.

Los LA-SARM se pueden transmitir entre diferentes especies animales y a humanos que trabajan con ellos. Hay varios factores que pueden influir en la transmisión. La intensidad y el contacto con los animales es una de ellas. Por eso se registra con más frecuencia en los trabajadores de establecimientos de cría animal. También LA-SARM puede transmitirse de un hombre colonizado a otro. El personal que trabaja en las granjas son los que suelen ser portadores y luego lo diseminan a su

entorno. Se registran más casos en las personas que viven en zonas con mayor densidad ganadera (porcinos, bovinos y terneros).

La mayoría de las personas colonizadas por LA-SARM no llegan a tener una infección y, de producirse, es más leve que con CA-SARM o HA-SARM. Esto podría deberse al real origen de LA-SARM que, según estudios, surgió de la interacción y salto de huésped humano-animal de *S. aureus* meticilino sensible (CC398) que perdió el gen *scn* (relacionado con la adaptación del huésped humano) pero en animales adquirió los genes *mec* y *tet*, codificantes de resistencia a meticilina y tetraciclina, respectivamente. Se investiga día a día la capacidad de CC398 de adaptarse a diferentes especies.

Ante este panorama, es importante monitorear la presencia de LA-SARM en animales de cría intensiva con grandes concentraciones de cabezas, así como el personal que trabaja en las instalaciones, ya que son infecciones que pueden estar presentes tanto en humanos como en animales y se transmiten en ambas direcciones. A través de esta información se podrían tomar medidas de higiene, tratamiento y prevención para reducir la diseminación del clon.

En Argentina, desde 2019 se ha registrado la presencia de LA-SARM en cerdos de las provincias de Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba y San Luis.

Bibliografía

- Abdullahi, I.N.; Lozano, C.; Becker Simoes Saidenberg, A.; Latorre-Fernández, J.; Zarazaga, M.; Torres, C. Comparative review of the nasal carriage and genetic characteristics of *Staphylococcus aureus* in healthy livestock: Insight into zoonotic and anthroponotic clones. *Infection, Genetics and Evolution* (2023). 109, 105408. ([link](#)).
- Crespo-Piazuelo, D.; Lawlor, P.G. Livestock-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (LA-MRSA) prevalence in humans in close contact with animals and measures to reduce on-farm colonisation. *Irish Veterinary Journal* (2021) 74, 21. ([link](#)).
- Gagetti, P.; Giacoboni, G.I.; Nievas, H.D.; Nievas, V.F.; Moredo, F.A.; Corso, A. First Isolation of Methicillin-Resistant Livestock-Associated *Staphylococcus aureus* CC398 and CC1 in Intensive Pig Production Farms in Argentina. *Animals* (2023), 13, 1796. ([link](#)).

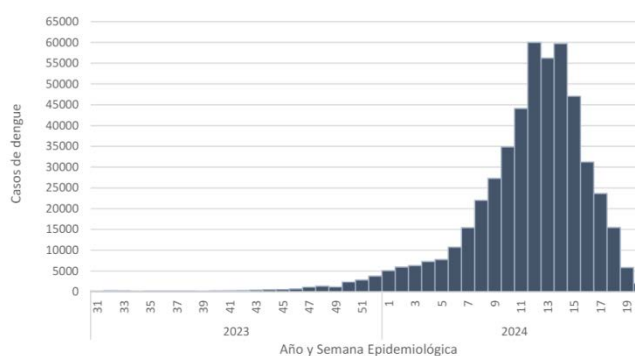
En términos acumulados, se han notificado 505.189 casos de dengue entre la semana epidemiológica (SE) 31 de 2023 y la SE 20 de 2024 (95% autóctonos, 3% en investigación y 2% importados), de los cuales 488.035 corresponden al año 2024. La incidencia acumulada hasta el momento en la temporada es de 1.073 casos cada 100.000 habitantes. En el mismo período, 1.155 casos (0,23%) fueron clasificados como dengue grave, y se registraron 343 casos fallecidos (tasa de letalidad de 0,068%).

Con respecto a las 12.397 notificaciones registradas durante la SE 20 de 2024, solo 2.039 corresponden a casos de esa SE; el resto corresponde a personas que enfermaron o consultaron en semanas previas.

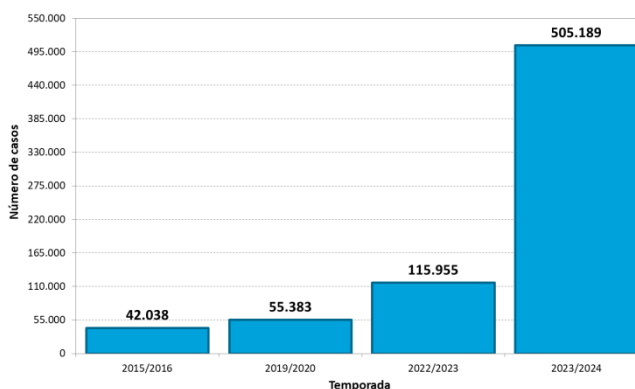
Los casos acumulados hasta la SE 20 representan 3,35 veces más que lo registrado en el mismo período de la temporada 2022/2023, y 8,12 veces más que lo registrado en el mismo período de la temporada 2019/2020.

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

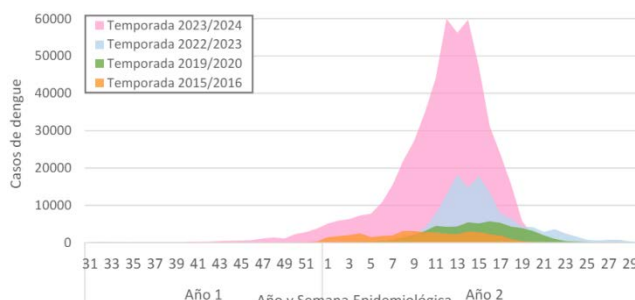
- Circulación viral persistente durante todo el período en la región Noreste Argentino (NEA) y adelantamiento del aumento estacional respecto de temporadas epidémicas previas.
- Mayor número de casos por semana: con la información disponible hasta el momento, desde la SE 8 de 2024 se ha superado el número de casos respecto del pico de la SE 13 de 2023, cuando se contabilizaron 18.211 casos.



Casos totales por semana epidemiológica. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2023 a 20 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



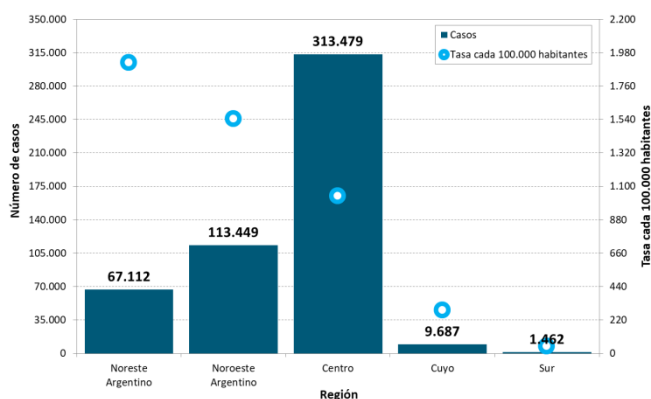
Casos acumulados en temporadas epidémicas, entre semanas epidemiológicas 31 a 20. Argentina. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



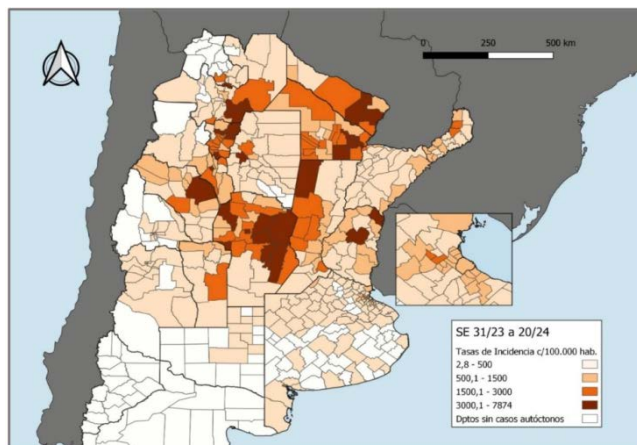
Casos por semana epidemiológica en temporadas epidémicas. Argentina. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Se registra un descenso del número de casos desde hace seis semanas, luego de las tres SE con mayor número de casos (SE 12 a SE 14), cuando se registró un promedio de 58.647 casos semanales. No obstante, el comportamiento de las distintas regiones tiene particularidades que se describen a continuación.

- Noreste Argentino: El pico se registró en la SE 4 de 2024. Hubo una continuidad de casos durante toda la temporada. Se observó un ascenso temprano durante 17 SE (desde la SE 40 de 2023 hasta la SE 4 de 2024). Se registra un descenso sostenido desde la SE 5 hasta la SE 16 y, debido a la progresiva integración de información por parte de los notificadores, un amesetamiento entre las SE 17 y 19, con un promedio de 850 casos (a expensas principalmente de Chaco, con un promedio de 451 casos entre las SE 13 y 19). En Corrientes ya se había observado dicho patrón, con un amesetamiento desde la SE 6 a la SE 16, un ligero aumento en las SE 14 y SE 15 y un posterior descenso desde la SE 17. La región suma 67.112 casos (13,3% del total nacional). La tasa de incidencia es de 1.913 casos cada 100.000 habitantes.



Casos e incidencia acumulada cada 100.000 habitantes, según región. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2023 a 20 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

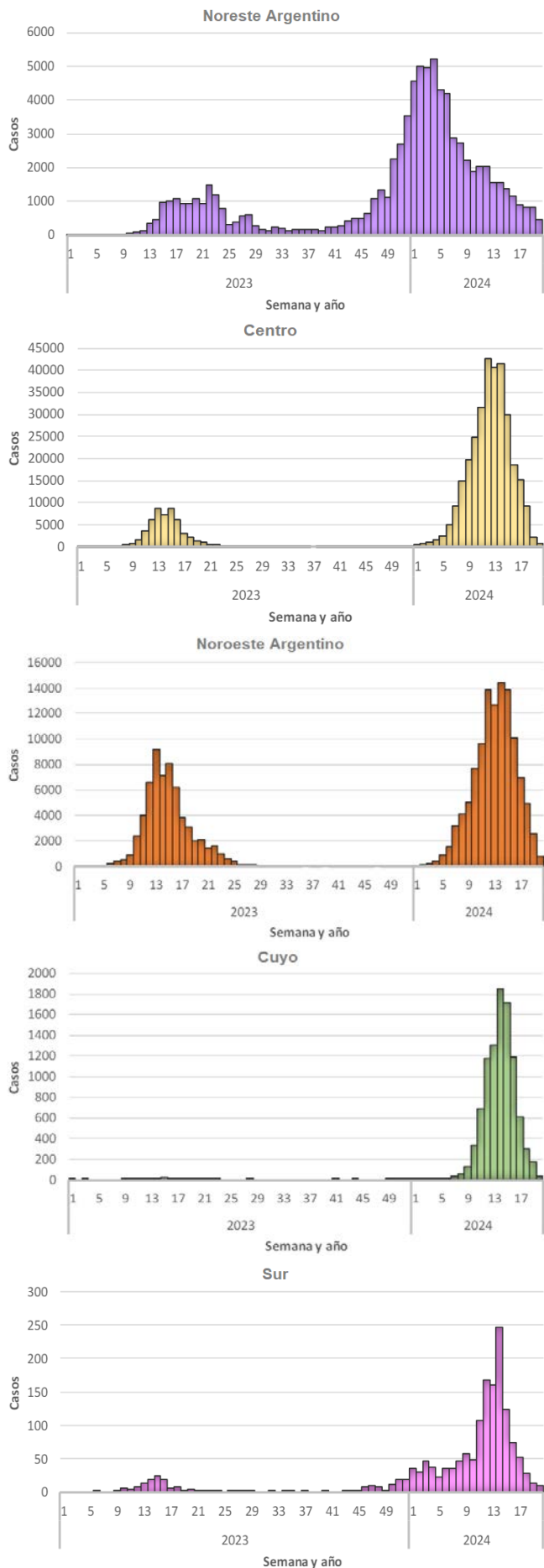


Incidencia acumulada por departamento con casos autóctonos (confirmados por laboratorio y por nexo epidemiológico) con al menos dos casos. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2023 a 20 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Provincia/Región	Temporada 2023/2024 (SE 31 a SE 20)			Año 2024 (SE 1 a SE 20)		
	Confirmados totales	Confirmados por laboratorio	Notificaciones totales	Confirmados totales	Confirmados por laboratorio	Notificaciones totales
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	23.706	22.786	50.018	23.655	22.736	49.369
Buenos Aires	102.285	30.110	140.483	102.039	29.877	139.155
Córdoba	117.703	10.644	143.522	117.620	10.561	142.281
Entre Ríos	17.711	4.658	22.708	17.689	4.637	22.428
Santa Fe	52.074	16.527	75.085	51.939	16.393	73.835
Centro	313.479	84.725	431.816	312.942	84.204	427.068
Mendoza	4.095	1.721	8.783	4.089	1.715	8.706
San Juan	1.946	696	3.192	1.943	693	3.181
San Luis	3.646	756	4.439	3.638	750	4.406
Cuyo	9.687	3.173	16.414	9.670	3.158	16.293
Chaco	27.546	21.150	40.196	20.667	14.664	29.520
Corrientes	9.570	6.835	13.778	8.001	5.282	11.135
Formosa	16.272	16.212	18.243	9.923	9.863	10.151
Misiones	13.724	8.672	20.124	12.151	7.318	16.818
Noreste Argentino	67.112	52.869	92.341	50.742	37.127	67.624
Catamarca	10.795	6.439	15.039	10.791	6.435	14.949
Jujuy	14.063	3.798	19.677	14.058	3.793	19.341
La Rioja	9.266	1.393	12.110	9.266	1.393	12.061
Salta	15.958	7.307	28.416	15.934	7.283	27.202
Santiago del Estero	15.609	3.311	21.629	15.534	3.236	21.047
Tucumán	47.758	28.238	68.341	47.723	28.204	67.300
Noroeste Argentino	113.449	50.486	165.212	113.306	50.344	161.900
Chubut	174	86	332	172	84	324
La Pampa	516	473	1.358	515	472	1.346
Neuquén	170	130	366	159	119	340
Río Negro	89	21	153	89	21	146
Santa Cruz	251	178	462	201	128	393
Tierra del Fuego	262	185	397	239	162	372
Sur	1.462	1.073	3.068	1.375	986	2.921
Total Argentina	505.189	192.326	708.851	488.035	175.819	675.806

Casos confirmados y notificaciones totales. Argentina. Temporada 2023/2024 (de semana epidemiológica 31 de 2023 a 20 de 2024) y año 2024 hasta semana epidemiológica 20. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

- **Centro:** Se registró el pico en la SE 12, con un amesetamiento alto durante las SE 13 y 14 (promedio de 41.610 casos entre las SE 12 y 14) y un descenso desde la SE 15. En cuatro de las cinco jurisdicciones se observa un descenso sostenido desde sus respectivos picos: Buenos Aires (SE 12), Entre Ríos (SE 12), Ciudad Autónoma de Buenos Aires (SE 13) y Córdoba (SE 14). Santa Fe presentó un patrón de amesetamiento entre las SE 9 y 15, con un pico en la SE 12 (promedio de 4.580 casos) y un descenso sostenido desde la SE 16. La región suma 313.479 casos (62,1% del total nacional). La tasa de incidencia es de 1.036 casos cada 100.000 habitantes.
- **Noroeste Argentino:** El pico de casos se registró en la SE 14. Entre las SE 12 y 15 se notificó un promedio de 13.715 casos, produciéndose un descenso desde la SE 16. Cinco de las seis jurisdicciones presentan una tendencia en descenso desde sus respectivos picos: Catamarca (SE 10), La Rioja (SE 13), Santiago del Estero (SE 12), Salta (SE 14) y Jujuy (SE 15). Tucumán presenta un amesetamiento alto entre las SE 12 y 16 (promedio de 5.382 casos) y un posterior descenso desde la SE 17. La región suma 113.449 casos (22,5% del total nacional). La tasa de incidencia es de 1.544 casos cada 100.000 habitantes.
- **Cuyo:** Se registró el pico de casos en la SE 14, con un descenso posterior de cuatro SE. San Luis y Mendoza experimentan un descenso durante cinco SE a partir del pico; San Juan tuvo su pico en la SE 16, y luego tres semanas en descenso. La región suma 9.687 casos (1,9% del total nacional). La tasa de incidencia es de 284 casos cada 100.000 habitantes.
- **Sur:** Presenta un pico de casos en la SE 14, con un descenso en las cinco SE posteriores. La Pampa es la única provincia con circulación viral confirmada en la región. La región suma 1.462 casos (0,3% del total nacional). La tasa de incidencia es de 47 casos cada 100.000 habitantes.



Casos totales por semana epidemiológica, según región. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2023 a 20 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Circulación de serotipos

En la presente temporada, hasta el momento, se han identificado tres serotipos circulando en el país. De 17.701 casos sin antecedentes de viaje serotipificados, 10.022 (56,62%) corresponden a DENV-2, 7.663 (43,29%) a DENV-1 y 16 (0,09%) a DENV-3.

Se detectaron 180 casos de coinfección por los serotipos DENV-1 y DENV-2, principalmente en las regiones Centro, NOA y NEA. Dos corresponden a casos fallecidos, en las provincias de Chaco y Salta.

Morbimortalidad por grupos etarios

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

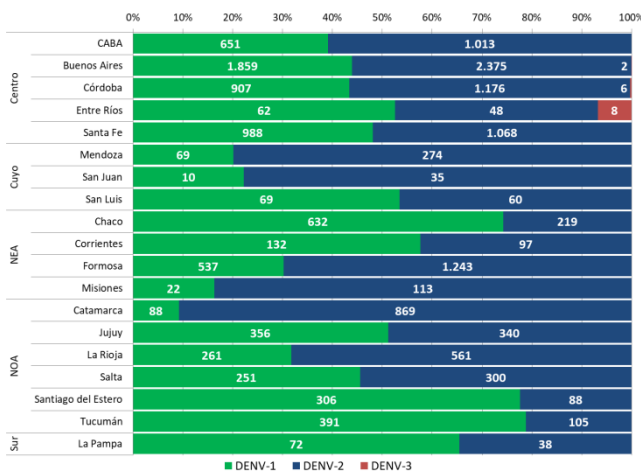
En el mismo período se registró un total de 1.155 casos con criterio de dengue grave en 21 jurisdicciones y 343 casos fallecidos en 18 jurisdicciones; 333 casos corresponden al año 2024. El 54% de los casos fallecidos se registró en personas de sexo femenino, y 46% en personas de sexo masculino. La mediana de edad de los casos fallecidos fue de 49 años. Los casos fallecidos se registraron en todos los grupos de edad, con la mayor tasa de mortalidad en los mayores de 80 años, seguidos por los de 70 a 79, de 60 a 69 años y de 50 a 59 años.

Con respecto a los menores de 15 años, se registraron hasta el momento 89.252 casos (tasa de incidencia de 802 casos cada 100.000 habitantes), de los cuales 161 se notificaron como dengue grave (0,18%) y 24 fallecidos (cuya mediana de edad fue de 6,5 años y la letalidad específica de 0,027%).

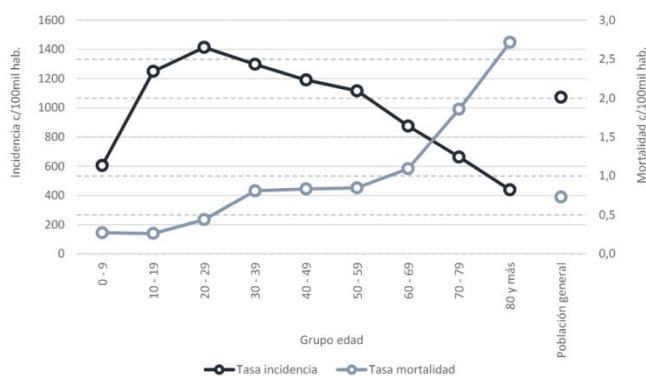
En cuanto a personas gestantes, se registraron 2.251 casos en este grupo poblacional, con una mediana de edad de 27 años. Entre las personas gestantes con diagnóstico de dengue, 19 casos se notificaron como dengue grave y cuatro casos como fallecidos.

Los signos y síntomas más frecuentes entre los casos fallecidos con información clínica completa (297 casos) fueron: fiebre, cefalea, mialgias y artralgias, náuseas y vómitos, diarrea y dolor abdominal. En 19 de los 24 menores de 15 años fallecidos, se cuenta con datos completos respecto de los signos y síntomas asociados a la enfermedad. En 12 de estos 19 casos fallecidos (63%) se notificaron manifestaciones gastrointestinales.

En 124 casos fallecidos (36%) se registraron comorbilidades, siendo las más frecuentes: enfermedad cardíaca, obesidad, diabetes, enfermedad neurológica crónica e insuficiencia renal crónica. Hasta el momento, no se registraron datos sobre comorbilidades preexistentes en los 219 casos fallecidos restantes (64%).



Distribución proporcional de serotipos según jurisdicción de residencia. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2023 a 20 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Tasa de incidencia y mortalidad cada 100.000 habitantes según grupo etario. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2023 a 20 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

En 163 de los casos se pudo determinar el serotipo involucrado: 97 casos correspondieron al serotipo DENV-2, 64 casos al serotipo DENV-1, y en dos casos se detectó coinfección por ambos serotipos.

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



LOS CASOS DE SÍFILIS AUMENTAN EN LA REGIÓN

22/05/2024

Los nuevos casos de sífilis entre adultos de 15 a 49 años aumentaron 30% entre 2020 y 2022 en las Américas, según un nuevo informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) titulado *Implementación de las estrategias mundiales del sector de la salud sobre el VIH, las hepatitis virales y las infecciones de transmisión sexual, 2022-2030*.

La sífilis, una infección bacteriana de transmisión sexual, es prevenible y curable, pero los casos han aumentado en todo el mundo en más de un millón en 2022, alcanzando un total de 8 millones. Las Américas se enfrentan actualmente a la mayor incidencia mundial, con 3,37 millones de casos (o 6,5 casos cada 1.000 habitantes), lo que representa 42% de todos los nuevos casos.

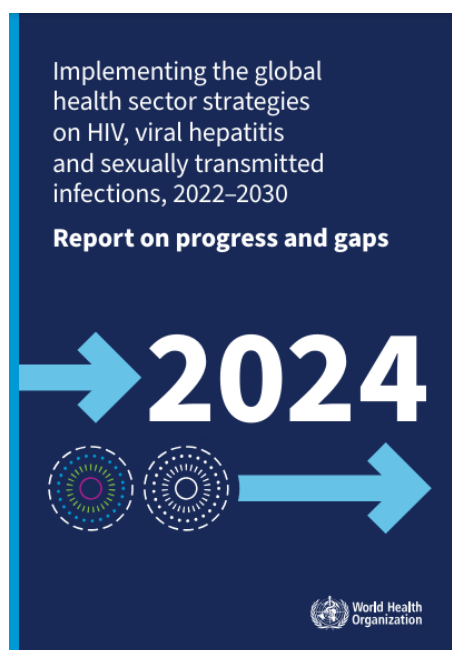
El aumento de las infecciones por sífilis puede atribuirse a varios factores, como la insuficiente concienciación sobre la enfermedad, las disparidades en el acceso a los servicios de salud y en el diagnóstico y tratamiento, y el persistente estigma en torno a las infecciones de transmisión sexual, que puede disuadir a las personas de buscar asistencia médica.

“Eliminar la sífilis y la sífilis congénita es posible, pero exige un enfoque integral que aborde la alta prevalencia de la sífilis en la población general, protegiendo a todos”, afirmó el Director de la OPS, Dr. Jarbas Barbosa da Silva Júnior. “Los países deben reafirmar su compromiso político y acelerar el paso para poner fin a esta enfermedad prevenible y curable”, añadió.

Si no se trata, la sífilis puede causar graves problemas de salud, como enfermedades cerebrales y cardiovasculares. Muchas personas con sífilis no tienen síntomas o no los notan. Las pruebas rápidas de detección permiten el inicio oportuno del tratamiento. El uso correcto y consistente del preservativo durante las relaciones sexuales puede prevenir la sífilis.

La sífilis también puede transmitirse durante el embarazo, provocando complicaciones graves como aborto espontáneo, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer, anomalías congénitas, lesiones en órganos como el hígado, el bazo y los huesos, así como daños neurológicos.

El informe publicado por la OMS también destaca un aumento de los casos entre las mujeres embarazadas. En la región, el porcentaje de embarazadas con sífilis aumentó 28% en los dos últimos años.



Esta tendencia se ha traducido en un aumento de la sífilis congénita, que alcanzó un estimado de 4,98 casos cada 1.000 nacidos vivos en 2022, superando significativamente la meta de la OMS de 0,5 casos cada 1.000 nacidos vivos. Ese año se estima que 68.000 bebés nacieron con sífilis en la región.



”Debemos reforzar los servicios de atención prenatal para garantizar la prueba universal de sífilis a todas las embarazadas y el tratamiento rápido y adecuado de las que den positivo y de sus parejas sexuales si queremos lograr la eliminación de la sífilis congénita para 2030”, sostuvo el Dr. Sylvain Aldighieri, Director del Departamento de Prevención, Control y Eliminación de Enfermedades Transmisibles de la OPS.

La OPS recomienda a los países aumentar la sensibilización pública sobre la sífilis, incluidas sus vías de transmisión y las medidas preventivas. También, ofrecer pruebas rápidas para el diagnóstico temprano y asegurar el tratamiento oportuno y adecuado con penicilina para curar eficazmente la infección, evitando así la transmisión de la enfermedad y las posibles complicaciones.

La OPS trabaja con los países de las Américas para mejorar la vigilancia de la sífilis y fortalecer las capacidades del personal de los servicios de atención prenatal para la sífilis y la sífilis congénita. También colabora con las comunidades y la sociedad civil para abogar y promover la eliminación de estas enfermedades. Tanto la sífilis como la sífilis congénita están incluidas en la Iniciativa de Eliminación de la OPS, cuyo objetivo es poner fin a más de 30 enfermedades y afecciones relacionadas para 2030.

A nivel regional, la OMS ha certificado a 11 países y territorios de las Américas por eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH y/o la sífilis desde 2015.



El Centro de Epidemiología de la Secretaría Municipal de Salud (SMS) identificó que el brote de hepatitis A en Curitiba se transmite de persona a persona, principalmente a través de relaciones sexuales sin protección, es decir que la transmisión ocurre al compartir objetos, manos contaminadas o sexo anal/oral entre una persona que contraído el virus de la hepatitis A y otra que está sana. El contagio se produce por el contacto de las heces con la boca.

En 2024, hasta el 24 de mayo, se confirmaron en Curitiba 255 casos. De estos, 193 afectaron a hombres (76%) y 62 a mujeres (24%). De ellos, 120 fueron hospitalizados (47%) y 10 requirieron cuidados intensivos. Un hombre de 46 años fue sometido a un trasplante de hígado debido a hepatitis A aguda y se confirmaron cinco muertes a consecuencia de la enfermedad. Una sexta muerte que estaba bajo investigación fue descartada por la investigación del Centro de Epidemiología.

“Las personas a las que se les ha confirmado esta enfermedad deben tener especial cuidado de no transmitir el virus a sus contactos. Incluso después de recuperarse de la enfermedad, la persona continúa eliminando el virus en las heces por hasta cinco meses, lo que refuerza la necesidad de cuidados higiénicos”, explicó el director del Centro de Epidemiología del SMS, Alcides Augusto Souto de Oliveira.

Generalmente, la hepatitis A es una enfermedad benigna, que puede curarse, especialmente cuando afecta a niños. Sin embargo, tiende a empeorar cuando afecta a adultos, quienes pueden desarrollar una afección aguda que compromete el hígado, provocando hospitalizaciones e incluso la muerte.

El principal foco de contaminación en el brote registrado en Curitiba son los adultos jóvenes, principalmente hombres entre 19 y 39 años, que no fueron inmunizados contra la enfermedad durante su infancia.

Desde 2014, la vacuna contra la hepatitis A está disponible en el Sistema Único de Salud (SUS) para niños de hasta cinco años, lo que redujo la aparición de la enfermedad en los niños. Anteriormente, los contagios estaban más relacionadas con las malas condiciones sanitarias y el consumo de alimentos y agua contaminados, pero esta no es la situación actual en Curitiba.

Según el médico del SMS, el virus encontró una población vulnerable, que no recibió la vacuna en la infancia y no fue infectada siendo niño, ya que la inmunidad contra la hepatitis A se adquiere al infectarse por el virus o la vacuna.

Ante la cantidad de casos de hepatitis A y la gravedad de la enfermedad, el SMS emitió una alerta a todos los servicios de salud para el diagnóstico temprano de la enfermedad.

Tras el rechazo en la Cámara de Diputados del proyecto de ley que declaraba a los perros asilvestrados como especie invasora, el problema de los canes ha generado debate por las consecuencias que trae esta situación, incluyendo los ataques a personas.

Estos animales (en su gran mayoría sin supervisión), según han acusado distintos centros de rescate, se han convertido en uno de los principales motivos de lesiones y muertes de fauna nativa, tales como pudúes, guanacos, coipos y distintas especies de aves.

Pero además, los perros llegan a significar un peligro para las propias personas en distintos puntos del país. La Secretaría Regional Ministerial de Salud de Antofagasta informó que durante 2023 fueron 3.387 las personas mordidas por canes en la región, lo que podría traducirse en un promedio de 9,2 por día. “La responsabilidad de los ataques recae en los dueños de los canes”, planteó la secretaria regional ministerial de Salud, Jessica Andrea Bravo Rodríguez. “En cuanto a accidentes en la vía pública provocados por animales sin dueños, corresponde a las respectivas municipalidades, de acuerdo con la normativa vigente”.



Ataques mediáticos

En octubre pasado una guía turística de 27 años murió en San Pedro de Atacama tras ser atacada por una jauría canina. En tanto, a principios del 2024, una brasileña con residencia en la zona también fue mordida y quedó herida de gravedad. Otro final fatal se dio en Alto Jahuel, comuna de Buin, hace poco más de un año, cuando una mujer de 34 años iba por uno de sus hijos al colegio local.

Según datos del Servicio Médico Legal (SML), entre 2018 y 2024 se han realizado 24 autopsias a fallecidos por mordeduras o ataques de perros. La mayor cantidad, nueve, se registró en la Región de Valparaíso, seguida de la Metropolitana, con seis. Y la mayoría de estos casos han afectado a adultos mayores.

En noviembre pasado, la subsecretaria de Salud Pública, Andrea Albagli Iruretagoyena, asistió a la comisión de Agricultura de la Cámara Baja, donde indicó que las mordeduras de perros son un problema de salud pública, incluyendo la transmisión de rabia como uno de los riesgos. En promedio, detalló que anualmente ocurren 50.000 mordeduras de perros a humanos, siendo la mitad de estas de canes abandonados.

Este es un resumen de lo que ha sucedido con la rabia en la zona. Sin embargo, no aborda un plan de vacunación de animales ni educación pública para alertar a la gente sobre los signos de la rabia tanto muda como furiosa, especialmente en el perro. Además, no aborda la estrategia de vacunación para otros animales, como los gatos o el ganado. Aquí no se aborda la educación de los murciélagos en el hogar ni los encuentros con quirópteros. No se menciona a las desafortunadas personas que fueron mordidas y que recibieron un preventivo posterior a la exposición. La educación pública sobre la situación y la vacunación de mascotas, caballos y otros animales domésticos es importante a la hora de intentar disminuir los incidentes de rabia en animales y personas. Es imperativo recibir profilaxis post exposición si alguien ha sido mordido por un animal con rabia.

Un caso de cólera fue confirmado por la Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Salud de la Región Metropolitana. Se trata de un paciente menor de edad que viajó al extranjero durante este mes.

A través de un comunicado público emitido el 30 de mayo, la SEREMI informó que “es un caso importado y que las autoridades sanitarias están investigando los factores y el lugar de exposición, así como realizando el seguimiento epidemiológico”.

Además, indicaron que se llevará a cabo “el estudio de contactos con la finalidad de realizar los seguimientos epidemiológicos respectivos”.

Cabe destacar que los últimos casos que se registraron en Chile fueron en San Pedro de Atacama, en la Región de Antofagasta, en 1998, con un total de 23 casos. En 2011, se reportó un caso importado desde República Dominicana y, en 2013, se confirmaron otros dos casos importados.

El desarrollo y la aceptación de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) han sido cruciales para reducir las tasas de cánceres de cuello uterino vinculados con el virus en las mujeres.

Ahora, los datos acumulados sugieren que la vacuna también está salvando a los hombres de cánceres fatales.

En general, los hombres que recibieron la vacuna –por lo general cuando eran niños– vieron reducidas a la mitad sus probabilidades de cánceres relacionados con el VPH, según un reciente estudio.



Los tumores en hombres que se sabe que están relacionados con la infección por el VPH incluyen cánceres de cabeza y cuello, áreas anales y pene. La tasa general de esos cánceres entre los hombres vacunados fue de 7,5 casos cada 100.000 hombres, pero esa tasa se redujo a 3,4 entre los hombres que habían sido vacunados.

Los mayores descensos se observaron en la prevención de los cánceres masculinos de cabeza y cuello: 2,8 casos cada 100.000 pacientes vacunados frente a 6,3 cada 100.000 pacientes no vacunados.

“Sabemos que la vacuna contra el VPH reduce las tasas de infección oral con el VPH, pero este estudio muestra que en los niños y en los hombres en particular, la vacunación reduce el riesgo de cánceres orofaríngeos de cabeza y cuello relacionados con el VPH”, señaló el Dr. Glenn Hanna, que no participó en la nueva investigación.

“La vacunación contra el VPH es prevención del cáncer”, señaló Hanna, quien dirige el Centro de Innovación Terapéutica del Cáncer, que forma parte del Centro de Oncología de Cabeza y Cuello del Instituto Oncológico Dana-Farber de Boston.

Las directrices actuales de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos aconsejan que todos los niños se vacunen de forma rutinaria contra el VPH a los 11 o 12 años, aunque la vacunación se puede realizar a partir de los 9 años.

El VPH se transmite a través del contacto sexual, por lo que el razonamiento es que las personas se vacunan antes del inicio de la actividad sexual.

Dado que el VPH es responsable de la gran mayoría de los cánceres de cuello uterino, el foco de la vacunación ha sido durante mucho tiempo las niñas. Pero los expertos saben que los niños y los hombres también pueden verse afectados por cánceres de boca, garganta, cabeza/cuello, ano y pene relacionados con el VPH a medida que envejecen.

La nueva investigación fue dirigida por Jefferson DeKloe, investigador de la Universidad Thomas Jefferson en Philadelphia. Su equipo rastreó las tasas de cánceres relacionados con el

VPH en unos 5,5 millones de estadounidenses, de los cuales unos 949.000 habían sido vacunados contra el VPH.

Además de los hallazgos alentadores en los hombres, el estudio también afirmó que la vacunación redujo las probabilidades de que las mujeres parecieran cánceres relacionados con el VPH.

Por ejemplo, la tasa de cánceres de cuello uterino en las mujeres se redujo de 10,4 cada 100.000 pacientes no vacunadas a 7,4 casos cada 100.000 pacientes vacunadas, encontró el estudio. También tuvieron una tasa más baja para todos los cánceres relacionados con el VPH combinados: 15,8 cada 100.000 pacientes no vacunados frente a 11,5 casos cada 100.000 pacientes vacunados.

Por razones que no están claras, las mujeres no recibieron ningún beneficio de la vacunación en términos de incidencia de cáncer de cabeza y cuello, a diferencia de la tendencia observada entre los hombres.

“Aun así, los beneficios de la vacunación para las mujeres y los hombres son obvios”, dijo DeKloe.

“Este estudio se suma a un creciente cuerpo de evidencias que demuestran unas tasas más bajas de cáncer relacionado con el VPH entre las personas que recibieron la vacuna contra el VPH”, dijo.

Desafortunadamente, las tasas de inmunización siguen siendo demasiado bajas.

“Los CDC reportaron que en 2022, menos de 60% de los niños de 15 a 17 años habían sido vacunados contra el VPH, lo que sugiere que una gran parte de la población es más vulnerable a la infección y, a su vez, más vulnerable al desarrollo de cánceres relacionados con el VPH”, anotó DeKloe. “Identificar intervenciones efectivas que aumenten las tasas de vacunación contra el VPH es fundamental para reducir la carga excesiva de cáncer en Estados Unidos”.

Hay algunas razones para la esperanza: un segundo estudio muestra que las tasas de vacunación contra el VPH aumentan constantemente entre los adolescentes estadounidenses.

Al observar los datos entre 2011 y 2020, un equipo dirigido por Jacqueline Nguyen, del Centro Oncológico MD Anderson en Houston, encontró que la aceptación de la vacunación contra el VPH entre los adolescentes aumentó en alrededor de 20% en general (de 23,3% a 43,0%) y en todos los grupos raciales y étnicos.

El aumento en la inmunización fue más pronunciado entre los chicos, con un aumento de 7,8 a 36,4%, encontró el estudio. Aun así, esa cifra sigue estando significativamente por debajo de la tasa de vacunación de 49,4% lograda por las chicas y las mujeres en 2020, anotó el equipo de Nguyen.

Estos informes se presentarán en la próxima reunión de la Sociedad Americana de Oncología Clínica (American Society of Clinical Oncology, ASCO) en junio. Los hallazgos de estos estudios deben considerarse preliminares hasta que se publiquen en una revista revisada por pares.



Se identificó un segundo caso humano de infección por el virus de la influenza aviar altamente patógena (IAAP) A(H5) en el estado de Michigan. Este es el tercer caso humano asociado con un brote multiestatal de influenza A(H5N1) en vacas lecheras de Estados Unidos. Ninguno de los tres casos está asociado con los demás. Al igual que con los dos casos anteriores (uno en Texas, otro en Michigan), la persona es un trabajador de una granja lechera que estuvo expuesto a vacas infectadas, lo que lo convierte en otro caso de probable contagio de vaca a persona. Este es el primer caso humano de A(H5) en Estados Unidos que reporta síntomas más típicos de enfermedad respiratoria aguda asociada con la infección por el virus de la influenza, incluidos los virus A(H5N1). Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) continúan monitoreando de cerca los datos disponibles de los sistemas de vigilancia de la influenza, particularmente en los estados afectados, y no ha habido signos de actividad inusual de la influenza en humanos, incluido un aumento en las visitas a la sala de emergencias por influenza y ningún aumento en la detección de laboratorio de casos de influenza humana.

Según la información disponible hasta el momento, este caso no cambia la actual evaluación de riesgos para la salud humana de la influenza aviar A(H5N1) de los CDC para la población general de Estados Unidos, porque los tres casos aislados tuvieron contacto directo con vacas infectadas. El riesgo depende de la exposición y, en este caso, la exposición relevante es a animales infectados. El riesgo para el público en general que no ha estado expuesto a animales infectados sigue siendo bajo. Sin embargo, esta situación resalta la importancia de las recomendaciones de precaución para personas expuestas a animales infectados o potencialmente infectados. Las personas con exposición cercana o prolongada y sin protección a aves u otros animales infectados (incluido el ganado), o a ambientes contaminados por aves u otros animales infectados, tienen un mayor riesgo de infección, y deben tomar precauciones.

Antecedentes del caso

Un trabajador lechero que estuvo expuesto a vacas infectadas con influenza A(H5N1) –en una granja diferente a la del caso de la semana pasada– informó a los funcionarios de salud locales acerca de síntomas del tracto respiratorio superior que incluían tos sin fiebre y molestias oculares con secreción acuosa. El paciente recibió tratamiento antiviral con oseltamivir, se encuentra aislado en su domicilio y sus síntomas están remitiendo. Los contactos domésticos del paciente no han desarrollado síntomas, están siendo monitoreados para detectar la enfermedad y se les ha ofrecido oseltamivir. Ningún otro trabajador en la misma granja ha reportado síntomas y todo el personal está siendo monitoreado. No hay indicios de transmisión de persona a persona del virus A(H5N1) en este momento.

Se tomaron muestras del paciente, una de las cuales resultó positiva para el virus de la influenza A(H5) mediante la prueba de los CDC en el laboratorio del Departamento de Salud estatal. Las muestras fueron enviadas a los CDC para más análisis. Fueron recibidos el 29 de mayo y los resultados confirmaron la infección por el virus A(H5). Luego se notificó a Michigan de los resultados.

La designación de la neuraminidasa del virus de la influenza (la N en el subtipo) está pendiente de la secuenciación genética en los CDC y los resultados estarán disponibles dentro de uno a dos días, si tienen éxito. Análisis genéticos adicionales buscarán cualquier cambio en el virus que pueda cambiar la evaluación de riesgos de la agencia.

Actividades de los CDC y evaluación de riesgos

Este caso fue detectado a través del programa de monitoreo activo de Michigan para personas expuestas a ganado infectado, en colaboración con los CDC. La identificación de un nuevo caso de influenza A(H5) no es inesperado y muestra la importancia de una respuesta proactiva de salud pública. Dado el alcance de la propagación de este virus en las vacas lecheras, no sería sorprendente que se presentaran más casos humanos en personas con mayor exposición al riesgo. Una prioridad de los CDC en este momento es prevenir casos adicionales de infecciones por A(H5N1) en trabajadores de hatos lecheros, que corren un mayor riesgo de exposición. Los CDC han proporcionado previamente recomendaciones provisionales actualizadas para la protección de los trabajadores para incluir a aquellos que trabajan con vacas lecheras y han pedido a los estados que proporcionen equipo de protección personal a los trabajadores agrícolas. Además, la agencia está llevando a cabo actividades de divulgación continua con grupos que representan a los trabajadores agrícolas.

Recomendaciones de los CDC

- Las personas deben usar el equipo de protección personal recomendado cuando interactúan con animales infectados o potencialmente infectados y controlar su salud durante 10 días después de su exposición más reciente.
- Las personas deben evitar la exposición cercana, prolongada o sin protección a animales enfermos o muertos, incluidas aves silvestres, aves de corral, otras aves domésticas y otros animales salvajes o domésticos (incluidas las vacas).
- Las personas también deben evitar la exposición sin protección a excrementos de animales, camas de animales, leche no pasteurizada o materiales que hayan estado en contacto con aves u otros animales con sospecha o confirmación del virus A(H5N1), o cerca de ellos.

Honduras declaró la emergencia sanitaria nacional tras registrar un aumento de las hospitalizaciones y muertes por dengue, anunció el 31 de mayo la Secretaría de Salud.

El Gobierno dio instrucciones a las autoridades sanitarias para que tomen todas las medidas necesarias, incluidas acciones de prevención y control y la búsqueda de fondos para gestionar el brote.

La Secretaría de Salud hondureña notificó 23.037 casos sospechosos de dengue en las primeras 20 semanas del año. Se trata de uno de los totales más altos de América, según los datos recogidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Toda la región ha reportado ya más de 8,65 millones de casos en los primeros cinco meses de 2024, casi el doble de los más de 4,5 millones de casos notificados en todo 2023, que entonces era un récord.

El Cono Sur de las Américas ha concentrado la mayoría de los casos en la primera mitad de 2024, con Brasil registrando 7,2 millones. Pero ahora, la región sur está experimentando una disminución significativa de las infecciones, mientras que América Central y el Caribe están comenzando a entrar en sus temporadas pico de dengue, según la OPS.

“Honduras ha entrado en zona epidémica debido al aumento de casos en todos los departamentos del país, así como el número de ingresos de pacientes en todos los hospitales del país por esta enfermedad”, dijo el viernes la Secretaría de Salud de Honduras.

Honduras ha registrado el segundo mayor número de casos en el Istmo Centroamericano y la subregión en México este año, solo por detrás de México, que ha registrado más de 69.000.

La OPS y la Organización Mundial de la Salud recomiendan a los países de esas zonas “adoptar las medidas necesarias para preparar la respuesta al aumento del dengue, incluyendo la organización de los servicios de salud para asegurar el manejo clínico adecuado, la prevención de complicaciones y evitar la saturación de los servicios de atención especializada”.

Si algo quiere hacer María Eugenia Grillet Márquez, doctora en Ecología y profesora investigadora de la Universidad Central de Venezuela (UCV), es llamar la atención acerca de que no es posible tener una estrategia de salud pública sin considerar el ambiente, un enfoque de Una Salud, pero –muy específicamente– la deforestación, una de las acciones humanas que más está acelerando cambios ambientales cruciales en la Amazonía.

En los últimos años, la investigadora del Instituto de Zoología y Ecología Tropical de la Facultad de Ciencias de la UCV ha estado estudiando –junto con un grupo de investigadores– el impacto que tiene la deforestación en la Amazonía venezolana en la emergencia de la malaria y otras zoonosis virales.

“La mayoría de las enfermedades infecciosas humanas emergentes son de origen zoonótico, causadas principalmente por virus propensos a eventos epidémicos. Las zoonosis son cada vez más frecuentes e intensas, impulsadas principalmente por importantes cambios ambientales tales como la deforestación. Dos de los bosques tropicales más amenazados de América del Sur son la selva amazónica y la selva o mata atlántica”, advirtió.

Y sobre esto, un laboratorio de ensayo es el sur venezolano: Bolívar y Amazonas donde, desde 2014 ha habido un incremento de la actividad minera. “Todo es producto de la grave crisis económica y social, la permisividad y/o falta de regulaciones territoriales ante la expansión minera y el debilitamiento del sistema de salud en Venezuela”, señaló.

Esa intensificación de la deforestación también ocurre en Brasil desde 2015. “En consecuencia, ambos países han aportado más de 50% de los casos de malaria en Latinoamérica en los últimos 10 años. Lamentablemente, la malaria cuando no es tratada a tiempo puede ser mortal, principalmente en niños, como lo evidencian estudios en comunidades Yanomami”.

Grillet y su equipo están estudiando la ecología de las dos especies vectoras de malaria en Sifontes (Bolívar), el principal foco caliente de la enfermedad en Venezuela.

– En el contexto de la Amazonía venezolana, ¿cuáles son las enfermedades transmitidas por vectores que más le preocupan actualmente? ¿Hay alguna tendencia emergente que esté observando?

– Sin duda alguna, la malaria, es la enfermedad transmitida por vectores de mayor importancia en los estados Bolívar y Amazonas. El 73% de los casos de malaria por *Plasmodium vivax* y *Plasmodium falciparum* durante 2022 fue reportada solo por tres países: Venezuela (28%), Brasil (27%) y Colombia (18%), según datos de 2023 de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Venezuela reportó 154.683 casos de malaria en 2022, habiendo reportado en años previos 467.421 (2019), 223.349 (2020) y 204.683 (2021). Durante la última década se ha desarrollado una epidemia de malaria sin precedentes en el país que lo ha llevado a ser el que reporta más casos y muertes por malaria en la región desde 2016.

A principios de la década de 1960, Venezuela eliminó la malaria en aproximadamente 76% de su territorio, dejando la transmisión de *P. vivax* y *P. falciparum* sólo concentrada en los bos-

ques bajos del sur de los estados Bolívar y Amazonas, siendo estos dos estados los más endémicos para malaria. En particular, el estado Bolívar contribuyó con entre 60% (1992-1995) y 88% (2000-2014) del total de casos durante estos años. Pero desde 2014 en adelante, la malaria en Venezuela no solo se ha intensificado en esta región endémica, sino que se ha extendido ampliamente a nuevas áreas geográficas dentro del país.

La epidemia de malaria ha sido causada principalmente por la crisis económica y social ya descrita, pero la crisis económica ha impulsado a su vez a la minería ilegal de oro. Como resultado, la migración interna ha aumentado hacia y desde el sur de Venezuela –estado Bolívar, principalmente–, región donde se concentran las actividades mineras de oro y donde se han identificado focos persistentes de malaria minera en los últimos 20 años. La población migra desde diferentes regiones del país o dentro de la misma región endémica –estados Bolívar y Amazonas– a estas zonas mineras en busca de oportunidades económicas. Posteriormente, estos migrantes infectados regresan a su localidad de origen donde existe una alta receptividad para la malaria –por la presencia de los vectores *Anopheles*–, reintroduciendo la infección en áreas donde previamente había sido eliminada o creando nuevas áreas de transmisión y un nuevo panorama epidemiológico.

La reemergencia y aumento de la malaria en Venezuela durante estos últimos años, sumado a la migración masiva de venezolanos a los países vecinos debido a la crisis humanitaria, se ha convertido en una amenaza epidémica para la región, poniendo en peligro particularmente los esfuerzos de eliminación de la malaria de los principales países vecinos fronterizos –Brasil y Colombia–, causando la llamada malaria de frontera. Adicionalmente, los frecuentes movimientos de población humana minera entre los países del Escudo Guayanés (Guyana, Guayana Francesa, Surinam y partes de Colombia, Venezuela y Brasil) podrían estar amplificando el impacto regional del aumento de la malaria en el sur de Venezuela, con el riesgo latente del establecimiento de un corredor regional de malaria.

Amazonas, segundo estado endémico más importante para malaria en Venezuela, se ha caracterizado por un incremento significativo de la transmisión de malaria a partir del año 2010, pasando de 3.548 casos registrados en dicho año, a más de 60.000 casos en 2017. Hubo luego un descenso de 79% entre 2017 y 2020, y luego un aumento en 2021 y 2022. Los principales municipios maláricos son los de Alto Orinoco, Manapiare, Atabapo y Autana. Este incremento de casos es similar a lo que ocurre en Bolívar, con la expansión minera dentro del estado Amazonas y se relaciona con el aumento de la migración interna de personas hacia hábitats selváticos para la búsqueda del oro. Debido a las dificultades de acceso y a la importante afectación de la población indígena –como los Yanomami–, se asume que el subregistro de casos y muertes por malaria puede ser mayor y más crítica en algunos municipios difíciles de acceder tal como el de Alto Orinoco. De hecho, actualmente, la expansión minera ilegal de oro dentro de ese municipio está amenazando el bienestar del pueblo Yanomami.

– ¿Qué especies de insectos son los principales vectores de enfermedades en la Amazonía? ¿Hay alguna especie particularmente preocupante debido a su eficiencia como vector?

– Las dos especies de vectores de malaria en el sur de Venezuela son *Anopheles darlingi* y *Anopheles albivittatus* sensu lato. Lo preocupante quizás es que se ha demostrado en Sifontes (Bolívar) que los hábitats acuáticos de reproducción más productivos para ambas especies son las lagunas o pozos a cielo abierto de la excavación minera, que luego son abandonados y con el tiempo se hacen ecológicamente adecuados para la colonización de estas dos especies vectores. En otras palabras, estas especies se ven favorecidas, porque aumentan en abundan-

cia por la acción minera y la deforestación que acompaña esta actividad, lo que explica el aumento de malaria en estas regiones intervenidas por la minería.

– ¿Qué estrategias de control vectorial se están implementando en la Amazonía venezolana y cuál ha sido su eficacia hasta ahora?

– La estrategia técnica mundial para eliminar la malaria 2016-2030 desarrollada por la OMS es un marco integral de estrategias alineadas para interrumpir la transmisión y eliminar a la malaria como problema de salud pública en los países endémicos.

Las principales líneas de la intervención se basan en el diagnóstico, detección y tratamiento oportuno con los medicamentos antimaláricos disponibles y en uso actualmente, el uso de mosquiteros impregnados con insecticidas de larga duración –como medida de prevención–, y el control vectorial indirecto, ya que el insecticida no solo repele al insecto de noche cuando estos se acercan a picar, sino que los mata por su acción residual.

El control del vector bajo un contexto minero es difícil, pero el uso de mosquiteros impregnados con insecticidas como una forma de prevención del contagio por parte del minero de la malaria es una opción. Si ellos no se contagian no propagan la malaria. El programa de malaria trabaja actualmente en esa línea, y por supuesto, realizar el diagnóstico a tiempo y tratar a esta población móvil y difícil de seguir en el tiempo y el espacio porque se mueven por toda la selva en actividades ilegales.

– ¿Qué tipo de investigación está en curso sobre enfermedades vectoriales en la Amazonía venezolana? ¿Hay colaboraciones internacionales involucradas?

– Actualmente estamos estudiando la ecología de las dos especies vectoras de malaria en Sifontes, en el estado Bolívar. La hipótesis que evaluamos es cómo la fragmentación del bosque por las actividades mineras puede influir en la eficiencia de transmisión de estas dos especies vectoras en el sur de Venezuela.

Para ello analizamos cómo los cambios actuales en el uso de la tierra, bosque por lo general, a lo largo de una serie de localidades con más o menos minería –lo que implica más o menos deforestación– ubicadas en Sifontes, pueden afectar la composición de los mosquitos y la densidad de picada sobre humanos de las dos especies vectoras.

– ¿Cuáles han sido los resultados de este estudio?

– Entre 2022-2023, encontramos que las tasas de contacto hombre-mosquito (número de picaduras de mosquito por hora que recibe una persona) de las dos principales especies vectoras en las localidades mineras estudiadas en Sifontes varían con la estación: mayor en la época seca que en la temporada lluviosa. Detectamos que *An. darlingi* es menos abundante (43%) que *An. albicans* (57%) en general. En relación con el gradiente de minería y deforestación, observamos que aquellas localidades con bosque más denso y menos fragmentado –o menos intervenidas– es un hábitat más favorable para *An. darlingi*. Pero que a medida que nos movemos hacia localidades más intervenidas por la minería –más deforestadas–, pareciera que se favorece más la otra especie, *An. albicans*. Esto corrobora que la malaria en el municipio Sifontes es mantenida por estas dos especies de mosquitos, pero la importancia de cada una de estas especies y, por ende, la intensidad de transmisión de la malaria varía de acuerdo a los cambios en los patrones de cobertura del suelo causados por la deforestación. Resultados preliminares sugieren que coberturas intermedias de bosque o actividad minera intermedia es el paisaje ideal para la presencia de ambas especies, y por ende, de más riesgo de malaria.

– ¿Cómo se pueden equilibrar la conservación de la biodiversidad, el desarrollo económico y las necesidades de salud pública, especialmente en un área tan biodiversa y sensible como la Amazonía venezolana?

– En los últimos años he estado estudiando el impacto que tiene la deforestación de la Amazonia en Venezuela y la región sobre la emergencia de la malaria y otras zoonosis virales emergentes o reemergentes. En este sentido, mi visión de este problema socioambiental es que debe ser abordado desde una perspectiva de Una Salud.

La mayoría de las enfermedades infecciosas humanas emergentes son de origen zoonótico, es decir son infecciones que se originan en animales vertebrados. Las zoonosis son cada vez más frecuentes e intensas, impulsadas principalmente por importantes cambios ambientales tales como la deforestación. Dos de los bosques tropicales más amenazados de América del Sur son la selva amazónica y la selva o mata atlántica. Ha habido una considerable atención al impacto que tiene la deforestación en la pérdida de función, valor y servicios proporcionados por el ecosistema de la selva amazónica. Sin embargo, el número de estudios que evalúan los efectos de la deforestación en la aparición y/o resurgimiento de enfermedades zoonóticas virales en esta región es muy limitado a pesar de sus implicaciones locales, regionales y globales para la salud. Como un ejemplo, hay estudios que han evidenciado cómo la deforestación ha promovido o está promoviendo la aparición/reemergencia de los hantavirus, el virus de la fiebre amarilla y el virus de la rabia en los bosques altamente fragmentados de Brasil. Nuestros estudios en Venezuela están demostrando cómo la deforestación promueve más malaria.

La mayor parte de esta evidencia sugiere el papel protector de la biodiversidad de especies en aquellos bosques menos degradados. Esto es, la biodiversidad actúa como una barrera protectora contra la aparición y propagación de estas zoonosis. Según un modelo de proyección, de 2021 a 2025, la deforestación en la Amazonía superaría casi el 130% (237.038 km²) respecto del quinquenio anterior, 2016-2020. Bajo este escenario pesimista, el bosque tropical más grande del mundo podría perder, en un período de cinco años, la mitad de lo que perdió en los últimos veinte años, es decir, un territorio equivalente al Reino Unido, unos 542.000 km². En un escenario moderado, la deforestación aumentaría casi 60%, es decir 165.693 km². Por tanto, la presión humana sobre este bioma continuará en la región, aumentando la probabilidad de que surjan nuevas zoonosis y se intensifiquen las que ya están establecidas.

La conservación de grandes paisajes forestales minimizando los efectos de borde son principios fundamentales de la biología de la conservación, que deben tenerse en cuenta para reducir el riesgo de desbordamiento y propagación de las enfermedades zoonóticas en los paisajes cambiantes de la selva amazónica y la mata atlántica. Por otro lado, el manejo de las zoonosis emergentes requerirá de una comprensión integrada de cómo los impactos en cascada de la conversión de bosques afectan la salud humana y animal lo que conlleva a adoptar un enfoque multidisciplinario como el de Una Salud.

– ¿Cuáles son las intervenciones de salud pública más urgentes en este momento en la Amazonía venezolana?

– El control de la malaria, la vigilancia de una eventual reemergencia de brotes de fiebre amarilla producto de la acción minera, y el eventual aumento del dengue en Bolívar y Amazonas, producto del aumento y propagación del mosquito *Aedes aegypti*.

– ¿Qué impactos específicos del cambio climático en la Amazonía venezolana ha podido observar que afecten directamente a los vectores de enfermedades?

– Hemos encontrado que los suelos desnudos por la deforestación son sitios donde la temperatura es mayor y esto puede influir en el aumento de la malaria. Es decir, la actividad minera en Venezuela está asociada con puntos críticos de transmisión de malaria, pero el aumento de las temperaturas en esos puntos exagera la transmisión de malaria en dichas áreas mineras deforestadas.

– **¿Qué estrategias de mitigación y adaptación recomendaría para gestionar los riesgos de enfermedades transmitidas por vectores en la Amazonía?**

– Vigilancia, diagnóstico oportuno, tratamiento y control.

Venezuela sigue actualmente la estrategia adoptada en la región de las Américas para la eliminación de la malaria, la cual está enmarcada en la estrategia global de la OMS. El país, bajo la coordinación del Ministerio del Poder Popular para la Salud y el programa de malaria (Dirección de Salud Ambiental), y en coordinación con los donantes financieros (Fondo Global), los asociados, los interesados directos (comunidades de bajo riesgo o que padecen la enfermedad), y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) promueven la estrategia de diagnóstico, tratamiento, investigación y respuesta, que conlleva a la intensificación de las medidas para mejorar la detección y el tratamiento oportuno de los casos. Otros elementos fundamentales son la estratificación basada en la receptividad y el riesgo de importación de los casos, así como la actividad dirigida a la detección y la eliminación de los focos de malaria con la suma de la prevención y control vectorial a través del uso de los mosquiteros impregnados con insecticidas de larga duración.

Las personas vulnerables, marginadas o de difícil acceso como las comunidades indígenas del estado Amazonas no pueden acceder a servicios de prevención, tratamiento y atención, debido a barreras como lo son la situación de emergencia humanitaria compleja o la falta de servicios y políticas de salud pública. A medida que las epidemias, como la de la malaria, se concentran cada vez más entre quienes no reciben estos servicios del sector formal de la salud, es esencial fortalecer el liderazgo, el compromiso y la capacidad de las comunidades afectadas, en este caso, los indígenas.

La respuesta de Venezuela a la malaria enfrenta muchos desafíos, incluyendo:

- 1) la red de diagnóstico, ya que el pilar principal del programa nacional de malaria, carece de suficientes recursos;
- 2) la débil conectividad digital y las deficiencias de los equipos de salud que dificultan el envío de datos en línea para el monitoreo y evaluación en zonas remotas;
- 3) el transporte fluvial o aéreo inexistente o limitado para el personal médico y equipos de salud para llegar a las personas más afectadas; y
- 4) falta de equipos y material básicos de salud.

En Venezuela, la participación comunitaria está consagrada en la Constitución. El programa de malaria se basa en estructuras que operan a nivel municipal, parroquial y de la comunidad. De allí que las comunidades pueden ayudar e integrarse a la red de mejora de la detección y diagnóstico de casos, así como participar en la educación para la salud y el uso adecuado del mosquitero para la prevención de la malaria.

En materia de dengue nada se hace, lamentablemente.

– **¿Por qué?**

– Porque el gobierno no está haciendo casi nada en materia de vigilancia de enfermedades de transmisión vectorial, excepto por la malaria. ¿Por qué? Porque el programa de malaria en Venezuela aún conserva su estructura y personal. La comunidad internacional y los organis-

mos como la OPS/OMS han presionado para que el gobierno controle su malaria ya que ésta se escapa a otros países y afecta a los programas de esos otros países. También porque el programa de vigilancia y control de dengue que tuvimos en el pasado, ya no existe. Se fue la gente, no hay diagnóstico, no hay personal que haga control ni vigilancia del mosquito. Por eso es que, cuando nos agarre la epidemia, a partir de agosto de este 2024, no me imagino lo que va a pasar. Seguramente muchos casos.

– Basándose en su experiencia, ¿qué métodos de control de vectores han demostrado ser más efectivos en la Amazonía venezolana?

– Para malaria, como ya mencioné, lo único efectivo podría ser el uso de mosquiteros impregnados con insecticida.

Para el dengue, la OPS recomienda la vigilancia epidemiológica continua, el diagnóstico oportuno (clínico/laboratorial), el manejo adecuado del paciente y las medidas de prevención y control de *Ae. aegypti*. Para ello, la OPS insta a hacer un uso efectivo de los recursos disponibles para prevenir y/o controlar la infestación de vectores en zonas afectadas. Esto se logra a través de la implementación de estrategias integradas de control vectorial, tales como: selección de varios métodos de control actuando sobre distintas fases de *Ae. aegypti* y utilización de estas múltiples intervenciones en combinación y de manera sinérgica; colaboración del sector salud con sectores públicos y privados vinculados con la gestión del ambiente, cuya labor impacte en la reducción del vector; e integración de los individuos, las familias y otros socios clave (educación, finanzas, turismo, agua y saneamiento y otros) a las actividades de prevención y control. Respecto a la participación de la comunidad, se deben hacer todos los esfuerzos para obtener el apoyo de la comunidad para la prevención de dengue.

Los materiales simples de Información, Educación y Comunicación (IEC) se pueden difundir a través de varios medios de comunicación (incluidas las redes sociales). Se debe alentar a los miembros de los hogares a eliminar las fuentes de reproducción de mosquitos, tanto domiciliarias como peridomiciliarias. Los criaderos de mosquitos altamente productivos, como los contenedores de almacenamiento de agua (tambores, tanques elevados, pipotes, poncheras, tarros, materos, etc.) deben ser objeto de medidas de prevención contra la reproducción del vector. Otros sitios de reproducción, como las canaletas del techo y otros contenedores de retención de agua, también deben limpiarse periódicamente. Los equipos locales regularmente saben cómo hacer que esta información sea más efectiva, y en muchos casos las campañas y mensajes a nivel nacional no son tan efectivos como las iniciativas locales.

EFE:

ITALIA

MURIERON TRES BEBÉS POR TOS CONVULSA
Y AUMENTARON 800% LAS HOSPITALIZACIONES

24/05/2024

Tres recién nacidos han fallecido en lo que va del año por tos convulsa en Italia, donde han aumentado 800% las hospitalizaciones, según la Sociedad Italiana de Pediatría (SIP), que alertó de que la epidemia afecta principalmente a bebés y lactantes no vacunados.

“Entre enero y mayo, se registraron 110 casos de tos convulsa, con más de 15 hospitalizaciones de lactantes y tres recién nacidos fallecidos”, reveló Alfredo Guarino, presidente de la SIP de la región de Campania, una de las tres más afectadas por la onda epidémica junto a Sicilia y Lazio.

“Los datos proceden del proyecto de la red clínica INF-ACT, cuyo objetivo es desarrollar nuevas estrategias para la detección precoz, la prevención y el tratamiento de las amenazas infecciosas y se recogieron en siete centros de alta especialización distribuidos por todo el territorio nacional”, explicó la SIP.

El Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) ya había alertado de que se habían detectado casi 60.000 casos de tos convulsa en toda Europa entre 2023 y abril de 2024, un aumento de más de 10 veces en comparación con 2022 y 2021.

La presidenta de la SIP, Annamaria Staiano, explicó que la tos convulsa “es altamente contagiosa y peligrosa, especialmente en los primeros meses de vida y en los bebés, con un mayor riesgo de complicaciones y muerte. En este grupo de edad, la mortalidad oscila entre 1% y 1,5%”.

“Podemos proteger a esta población particularmente vulnerable a través de la inmunización de la madre durante el segundo y tercer trimestre del embarazo, que es altamente segura y eficaz para proteger a los niños que todavía son demasiado pequeños para ser vacunados”, añadió.

Guarino, por su parte, señaló que se ha registrado “un aumento de 800% en las hospitalizaciones por tos convulsa en comparación con 2022 y 2023, en la mayoría de los casos de recién nacidos y lactantes no vacunados menores de 4 meses. El 95% de las madres de estos niños no estaban vacunadas y 80% no había recibido ninguna información sobre la disponibilidad de una vacunación prenatal”.

Se trata de “casos graves, por lo que son solo la punta del iceberg con respecto a la circulación de la tos convulsa, ya que no se tienen en cuenta los casos no hospitalizados. La dinámica y el análisis de flujos proporcionan las tendencias, pero no las cifras absolutas, que llegarán más tarde, lo que permite una intervención temprana en materia de salud pública”, agregó.

Especialmente preocupante es la situación en Campania, donde se han registrado más de 30 hospitalizaciones de lactantes con tos convulsa en los centros de enfermedades infecciosas pediátricas de Napoli, mientras que 17 pacientes fueron hospitalizados en los primeros cuatro meses de 2024 en el Hospital 'Umberto I' de Roma, tres de los cuales terminaron en cuidados intensivos.

Tras el resurgimiento del cólera en África Oriental en 2021, desde el 2 de febrero de 2024 se inició una epidemia de cólera en las Comoras, cuya circulación se ha intensificado en las últimas semanas, especialmente en Anjouan.

Esta epidemia se extendió al archipiélago francés de Mayotte, donde hasta el 29 de mayo de 2024, se han notificado 125 casos de cólera, desde el primer caso registrado el 18 de marzo, de los cuales 106 son autóctonos y 19 fueron importados de las Comoras o países del continente africano.

Desde el inicio de la epidemia se han registrado 12 casos que requirieron cuidados intensivos y dos muertes.

La gran mayoría de los casos (71) fueron detectados en la comuna de Koungou, en un barrio precario con dificultades de acceso al agua potable (algunos vecinos de este barrio consumen agua de río) y saneamiento deficiente (falta de eliminación de aguas residuales, uso compartido de letrinas), que son los principales riesgos de propagación de la enfermedad. Esta transmisión comunitaria del cólera en Koungou y el riesgo de importar nuevos casos de cólera desde las Comoras exponen a Mayotte a un riesgo de transmisión local en todo el territorio, particularmente en otros barrios precarios. El 14 de mayo se informó de un nuevo brote en la comuna de Mtzangamouji.

La misión de la Agencia Regional de Salud de Mayotte es limitar al máximo la introducción y la propagación de la enfermedad en el territorio. Para ello, ha fortalecido el seguimiento sanitario e implementado el cribado y diagnóstico de las personas que ingresan al territorio, así como medidas de control en torno a cada caso diagnosticado.

La Agencia Regional de Salud de Mayotte realiza investigaciones de campo, visitando los domicilios de las personas infectadas o las unidades hospitalarias dedicadas al tratamiento del cólera para entrevistar a las personas o a su entorno. Estas investigaciones tienen como objetivo determinar si se trata o no de una infección contraída en Mayotte o si existe un vínculo epidemiológico con enfermos con cólera ya confirmado, con el objetivo de rastrear la cadena de transmisión y evitar nuevos casos.

También se está recopilando otra información, como datos clínicos que incluyen fecha de inicio y tipo de síntomas, presencia de otras personas enfermas en los alrededores, acceso al agua, otras posibles fuentes de exposición. Esta información se comparte con los refuerzos de la Reserva Sanitaria desplegados sobre el terreno para ayudarles en sus acciones: desinfección de viviendas, vacunación, cribado, búsqueda activa de casos.

La crisis humanitaria en Gaza se está agudizando rápidamente. Los constantes bombardeos desde aire, tierra y mar amenazan vidas y destruyen lo poco que queda en Gaza. Los que han sobrevivido se enfrentan a un hambre mortal.



Después de que comenzara el conflicto a principios de octubre, más de 21.000 palestinos murieron en un lapso de tres meses. Más de 36.000 hombres, mujeres y niños han sido asesinados en Gaza, lo que equivale a unos 154 por día desde que comenzó el conflicto. Otras 81.000 personas han resultado heridas, entre ellas mujeres, niños, personal médico y trabajadores de ayuda humanitaria.

Al menos 85% de la población se ha visto obligada a desplazarse. Parte del personal de Acción contra el Hambre ha sido desplazado cerca de una docena de veces.

Desde octubre, más de 70.000 viviendas han sido destruidas, dejando a 1,7 millones de personas hacinadas en zonas densamente pobladas e insalubres.

Muchas familias han sido desplazadas por la fuerza varias veces, pasando de un campamento improvisado a otro. Sólo en mayo, aproximadamente 800.000 personas se vieron obligadas a abandonar Rafah. Muchas personas buscan refugio en campos de desplazados, donde enfrentan niveles crecientes de enfermedades, desde diarrea hasta infecciones respiratorias y hepatitis.

Debido a la invasión militar de Rafah, los pacientes ya no pueden utilizar el Hospital An Najjar, que tenía una capacidad de 220 camas. Hoy en día, el Hospital Kuwaití, con 36 camas, sigue siendo el principal proveedor de atención traumatológica. Con la intensificación de las operaciones militares en las últimas dos semanas, las consultas médicas diarias han disminuido 40%.

La respuesta de Acción contra el Hambre a la crisis

Acción contra el Hambre ha estado en la zona desde 2005 y pudo comenzar su respuesta a principios de octubre. Los equipos trajeron camiones cisterna con proveedores locales y, en ocasiones, distribuyeron botellas de agua. También distribuyeron comida caliente en los hospitales, especialmente para mujeres lactantes o embarazadas y sus hijos. El personal de la ONG ha enfrentado innumerables desafíos y ha sido testigo de un sufrimiento increíble. Son nada menos que héroes.

Las tasas de hambre están aumentando

La Agencia de Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en Cercano Oriente (UNRWA) suspendió la distribución de alimentos en Rafah debido a la escasez. Sólo diez panaderías siguen operativas en Gaza, pero están en peligro y es posible que pronto se queden sin com-

bustible para cocinar. El Director General de la OMS calificó la situación de “más que catastrófica”.

Con Gaza al borde de la hambruna, Acción contra el Hambre es una de las pocas organizaciones humanitarias que trabaja incansablemente para brindar ayuda. A pesar de la construcción de un nuevo muelle por parte de Estados Unidos, la entrada de mercancías y el acceso humanitario siguen siendo limitados. Entre el 1 y el 20 de mayo, sólo 50% de las misiones de ayuda en el sur de Gaza y 37% de las misiones en el norte de Gaza fueron facilitadas por el ejército de ocupación. A menudo, estos proyectos se impiden o se niegan por completo.



Aguas residuales inundando las calles, procedentes de los campamentos improvisados de tiendas de campaña en Rafah, Gaza.

La mayoría de las distribuciones realizadas por Acción contra el Hambre se basan en la ayuda que ya se encuentra dentro de Gaza. Esto se debe a la cantidad de impedimentos humanitarios. Puede resultar extremadamente difícil y arriesgado entrar y salir de Gaza, y muchos cruces fronterizos han sido cerrados.

La organización coordina con sus socios humanitarios para distribuir las necesidades. A menudo, esto puede llevar más tiempo de lo previsto. Recientemente pudieron distribuir kits de protección para refugios, que incluían colchones, almohadas y sábanas. Pero esto llevó meses desde el inicio del proceso de adquisición en Jordania hasta la entrega real en Gaza. Hay muchas restricciones sobre quién puede ingresar y cuándo se puede brindar ayuda.

Las distribuciones se han vuelto menos diversas y menos nutritivas, que fue lo que ocurrió con los programas de la ONG en el norte de Gaza. Ya no se pudo distribuir carne ni huevos, y durante algunas semanas ya no se pudo distribuir pan. Por lo tanto, la distribución consistía en artículos como aceitunas, tomates enlatados, tomillo o dukkah (un condimento hecho de hierbas, nueces y especias), insuficientes para evitar la desnutrición.

Acción contra el Hambre ha estado intentando reactivar las comunidades agrícolas locales, pero la mayor parte de la tierra está degradada o destruida. Los agricultores no pueden cultivar frutas y verduras frescas en parcelas plagadas de bombas sin detonar.

La situación empeora

Casi no había desnutrición en Gaza antes del 7 de octubre. Que la situación empeore hasta la situación actual en el lapso de siete meses, con el riesgo de hambruna y muertes por inanición, es casi inaudito.

En Gaza, la guerra es el hambre. El hambre es guerra. Es un vínculo directo. La destrucción de la infraestructura civil, el colapso del sistema agrícola y la dependencia total de la ayuda humanitaria no eran el caso antes del 7 de octubre. Esto por sí solo revela cuán terrible es realmente la situación.

Cuando se declara la hambruna, ya es demasiado tarde. Esperar esa declaración significa que la gente ya ha muerto y seguirá muriendo, y hay poco que la gente pueda hacer en ese momento. Por eso la prevención es fundamental.

Las necesidades de salud mental

En este momento, la población de Gaza difícilmente puede procesar el trauma mental que está soportando cuando lo enfrentan día tras día.

El personal de apoyo psicológico de Acción contra el Hambre recuerda que es extremadamente difícil abordar la salud mental hasta que las personas tengan necesidades básicas como comida y agua y un lugar seguro. Ésta no es la realidad en Gaza.

El trauma mental de este conflicto tendrá efectos en cadena durante una década, 20 años, 30 años después. Estas son cosas que pueden perdurar a través de generaciones.

Acción contra el Hambre pretende responder a esta angustia mental lo antes posible, pero el primer paso es un alto el fuego permanente.



Equipos de Acción contra el Hambre distribuyendo alimentos y suministros de higiene en Gaza.

Proteger al personal

Más de 200 trabajadores de ayuda humanitaria han muerto durante este conflicto. Una gran mayoría de ellos son trabajadores palestinos que no han sido reconocidos.

Acción Contra el Hambre aboga constantemente por la seguridad y protección de los trabajadores humanitarios. También invierte en herramientas y capacitación que pueden ayudar a promover la seguridad, y necesita que los donantes comprendan la necesidad de priorizar el financiamiento para estos esfuerzos críticos y que potencialmente salvan vidas.

Su personal trabaja duro para mantener a nuestro personal seguro. Los civiles a los que apoya también merecen estar seguros. Dado que muere gente todos los días, es necesario que cada trabajador sobre el terreno haga todo lo que pueda. En este momento no existe la duplicación de esfuerzos.

Detener la crisis

Para detener esta crisis, es esencial, por un lado, respetar el derecho humanitario internacional.

También es necesario un acceso humanitario efectivo para que los equipos de las organizaciones como Acción contra el Hambre puedan continuar haciendo su trabajo y ayudar a las personas necesitadas. Antes del 7 de octubre, se tardaba una hora en llegar desde Rafah a la ciudad de Gaza. Hoy en día, se necesitan seis horas, y eso no incluye las dos o tres horas que a veces pasan los trabajadores humanitarios en los puntos de control.

Un alto el fuego permanente e inmediato no es sólo el objetivo final. Es el primer paso. Es lo único que hace posible la protección de los civiles y la protección de los trabajadores humanitarios.

Acción contra el Hambre es una organización humanitaria global fundada en 1979 por un grupo de médicos, científicos y escritores franceses. Está comprometida a acabar con el hambre en el mundo. La organización ayuda a niños desnutridos y brinda a las comunidades acceso a agua potable y soluciones sostenibles al hambre. El físico Alfred Kastler, ganador del Premio Nobel, fue el primer presidente de la organización. Actualmente, el empresario y filántropo Ashwini Kakkar, radicado en Mumbai, se desempeña como presidente internacional de la red Acción contra el Hambre.

Acción contra el Hambre ha estado trabajando en Gaza desde 2005 y en Cisjordania desde 2002. Desde el 7 de octubre, ha llegado a más de 837.000 personas en Gaza, incluidas más de 709.000 a través de programas de agua, saneamiento e higiene. Su asistencia incluye la distribución de comidas calientes y kits de higiene; transportar agua potable en camiones a las comunidades; conectar a las personas con refugios; y brindar asistencia con la eliminación de la gestión de residuos sólidos.

La última edición de las [Estadísticas Mundiales de Salud](#) publicadas el 24 de mayo por la Organización Mundial de la Salud (OMS) revela que la pandemia de covid invirtió la tendencia de aumento constante en la esperanza de vida al nacer y de la esperanza de vida sana (EVAS) al nacer.

La pandemia acabó con casi una década de avances en la mejora de la esperanza de vida en solo dos años. Entre 2019 y 2021, la esperanza de vida mundial se redujo en 1,8 años, hasta los 71,4 años (un retroceso al nivel observado en 2012). De modo similar, la esperanza de vida sana a nivel mundial se redujo en 1,5 años hasta los 61,9 años en 2021 (también un retroceso al nivel observado en 2012).

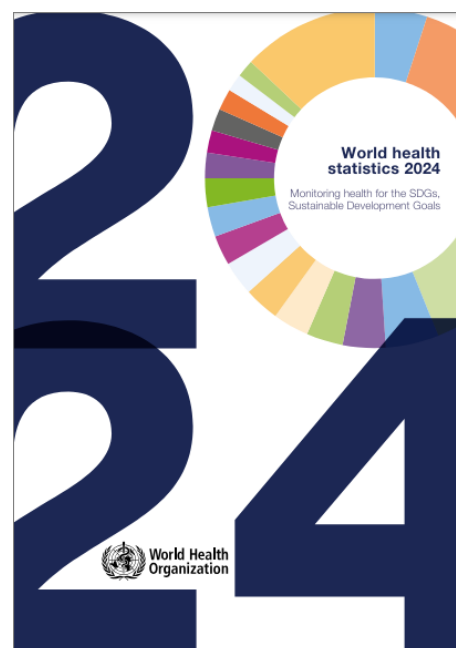
El informe de 2024 también destaca cómo los efectos se han sentido de manera desigual en todo el mundo. Las regiones de las Américas y del Sudeste Asiático de la OMS fueron las más afectadas: entre 2019 y 2021 se produjo una reducción de la esperanza de vida de aproximadamente 3 años y de la esperanza de vida sana de 2,5 años. En contraste, la Región del Pacífico Occidental se vio mínimamente afectada durante los dos primeros años de la pandemia: se produjeron pérdidas de menos de 0,1 años en la esperanza de vida y de 0,2 años en la esperanza de vida sana.

“Sigue habiendo grandes avances en la salud mundial: miles de millones de personas disfrutan de una mejor salud, un mejor acceso a los servicios de salud y una mejor protección frente a las emergencias sanitarias”, dijo el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS. “Pero debemos recordar lo frágil que puede ser el progreso. En solo dos años, la pandemia de covid borró una década de avances en la esperanza de vida. Por eso es tan importante el nuevo Acuerdo sobre Pandemias: no solo para fortalecer la seguridad sanitaria mundial, sino también para proteger las inversiones a largo plazo en salud y promover la equidad dentro de los países y entre ellos”.

Las enfermedades no transmisibles siguen siendo la principal causa de muerte

La covid se convirtió rápidamente en una de las principales causas de muerte, situándose como la tercera causa a nivel mundial en 2020 y la segunda en 2021. Durante este período se perdieron casi 13 millones de vidas. Las estimaciones más recientes revelan que, excepto en las regiones de África y el Pacífico Occidental, la covid fue una de las cinco principales causas de muerte y, concretamente, la principal en las Américas durante ambos años.

El informe de la OMS también destaca que las enfermedades no transmisibles, como la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular, los cánceres, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, y la diabetes eran las principales causas de muerte antes de la pandemia, responsables de 74% de todas las muertes



en 2019. Incluso durante la pandemia, las enfermedades no transmisibles siguieron representando 78% de las muertes no relacionadas con la covid.

Aumento de la obesidad y la desnutrición

El mundo se enfrenta a un problema masivo y complejo de doble carga de malnutrición: coexiste la desnutrición con el sobrepeso y la obesidad. En 2022, más de mil millones de personas de cinco años o más vivían con



obesidad, mientras que más de 500 millones tenían insuficiencia ponderal. La malnutrición infantil también fue impresionante, y es que 148 millones de niños menores de cinco años padecían retraso del crecimiento (eran demasiado pequeños para su edad), 45 millones sufrían emaciación (eran demasiado delgados para la estatura) y 37 millones tenían sobrepeso.

El informe destaca además los importantes problemas de salud a los que se enfrentan las personas con discapacidad, los refugiados y los migrantes. En 2021, alrededor de 1.300 millones de personas, o 16% de la población mundial, tenían alguna discapacidad. Este grupo se ve afectado de manera desproporcionada por las desigualdades en materia de salud resultantes de condiciones evitables e injustas.

El acceso a la atención médica para los refugiados y migrantes sigue siendo limitado, ya que solo la mitad de los 84 países encuestados entre 2018 y 2021 proporcionaba servicios de salud financiados por el Gobierno a estos grupos a niveles comparables a los de sus ciudadanos. Esto pone de relieve la necesidad urgente de que los sistemas de salud se adapten y respondan a las desigualdades persistentes y las necesidades demográficas cambiantes de las poblaciones mundiales.

Progresos hacia las metas de los 3.000 millones y los ODS

A pesar de los retrocesos causados por la pandemia, el mundo ha logrado algunos avances en el camino hacia las metas de los 3.000 millones y en relación con los indicadores relacionados con la salud de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Desde 2018, otros 1.500 millones de personas han logrado mejorar su salud y bienestar. A pesar de los avances, el aumento de la obesidad, el alto consumo de tabaco y la persistente contaminación atmosférica obstaculizan el progreso.

La cobertura sanitaria universal se amplió a 585 millones de personas más, lo que supuso quedarse por debajo de la meta de mil millones. Además, es probable que para 2025 solo haya 777 millones de personas más que estén adecuadamente protegidas frente a las emergencias sanitarias, lo que supone no haber alcanzado la meta de los mil millones establecida en el 13º Programa General de Trabajo de la OMS. Esta protección es cada vez más importante, ya que los efectos del cambio climático y otras crisis mundiales amenazan cada vez más la seguridad sanitaria.

“Aunque hemos avanzado hacia la consecución de las metas de los 3.000 millones desde 2018, aún queda mucho por hacer. Los datos son el superpoder de la OMS. Tenemos que utilizarlos mejor para lograr un mayor impacto en los países”, dijo la Dra. Samira Asma, Subdirectora General de Datos, Análisis y Cumplimiento en pro del Impacto de la OMS. “Si no se aceleran los avances, es poco probable que se cumpla alguno de los ODS de salud para 2030”.

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

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 aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.