

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de la intoxicación por monóxido de carbono

AMÉRICA

- Brasil: Campinas confirmó la primera muerte por fiebre manchada brasileña de 2024
- Canadá: Aumento en los casos de enfermedad meningocócica invasiva
- Cuba: Situación epidemiológica de enfermedad por el virus Oropouche

- Colombia: Declararon la emergencia sanitaria en Cali por el brote de dengue

- Estados Unidos: El humo de los incendios mató a más de 50.000 californianos en 10 años

- Belize, Jamaica y Saint Vincent and the Grenadines eliminaron la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis

EL MUNDO

- Dinamarca: La carne molida vuelve a ser la causa de brotes de salmonelosis

- España: Campaña para visibilizar las ITS entre los jóvenes y disminuir su incidencia

- España: Confirman 94 casos de linfoma anaplásico de células grandes asociado a implantes de mama

- India: Caso de infección humana por el virus de la influenza aviar A(H9N2) en West Bengal

- Japón: Las infecciones estreptocócicas graves alcanzaron un nuevo récord a mitad de 2024

- Nigeria: Medidas de precaución ante un brote de cólera en Lagos

- Reino Unido: Se confirmaron 4.793 casos de tos convulsa en Inglaterra de enero a abril

Comité Editorial

Editor Honorario ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021)

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

Editor en Jefe

ÍLIDE SELENE DE LISA

Editores adjuntos

RUTH BRITO
ENRIQUE FARÍAS

Editores Asociados

ISSN 2796-7050

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

Patrocinador

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

Adherentes



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

© Copyright 2020 - ISSN 2796-7050 - [recfot](#) - All Rights Reserved

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

Argentina

BOLETÍN
EPIDEMIOLÓGICO
NACIONAL

DIRECCIÓN NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO

09/06/2024

En el año 2024, hasta la semana epidemiológica (SE) 22 se confirmaron 465 casos de intoxicación por monóxido de carbono. El 80% de estos se confirmó por criterio clínico, el 12,9% por laboratorio y el resto por criterio epidemiológico. En este período, se registró un caso fallecido.

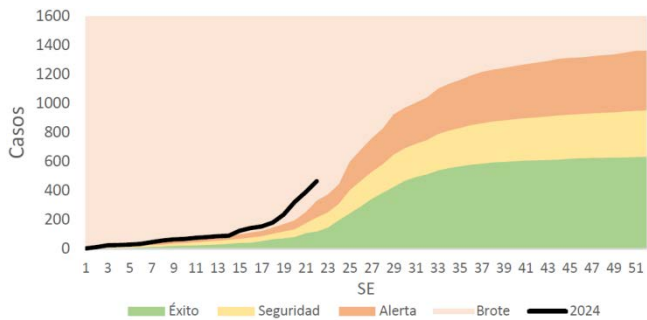
Tanto a nivel nacional como regional, el índice epidémico acumulado supera el valor máximo esperado, a excepción de la región del Noreste Argentino (NEA) que no registra casos para el año en curso. Para las jurisdicciones de Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las provincias de Entre Ríos y Río Negro, el índice epidémico acumulado se encuentra dentro de los valores esperados.

Provincia/Región	Casos hasta SE 22						Índice epidémico acumulado
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	20	1	2	12	11	11	1,00
Buenos Aires	38	17	44	58	38	83	2,18
Córdoba	31	2	2	22	8	15	1,88
Entre Ríos	3	7	4	6	10	7	1,17
Santa Fe	3	—	—	—	—	—	—
Centro	95	27	52	98	67	116	1,73
Mendoza	52	21	8	45	24	50	2,08
San Juan	6	6	6	21	4	13	2,17
San Luis	3	—	—	4	3	8	2,67
Cuyo	61	27	14	70	31	71	2,29
Chaco	—	—	1	—	—	—	—
Corrientes	—	—	—	—	—	—	—
Formosa	—	—	—	—	—	—	—
Misiones	—	—	—	1	—	—	—
Noreste Argentino	—	—	1	1	—	—	—
Catamarca	1	—	—	—	—	—	—
Jujuy	—	—	—	2	—	—	—
La Rioja	—	—	—	—	2	3	—
Salta	—	—	—	16	7	24	—
Santiago del Estero	—	—	—	—	—	1	—
Tucumán	8	10	9	15	15	22	2,20
Noroeste Argentino	9	10	9	33	24	50	5,00
Chubut	14	3	20	23	18	44	2,44
La Pampa	3	2	3	8	2	8	2,67
Neuquén	14	4	2	67	65	90	6,43
Río Negro	11	4	1	8	10	8	1,00
Santa Cruz	7	—	2	10	18	23	3,29
Tierra del Fuego	37	15	42	6	49	55	1,49
Sur	86	28	70	122	162	228	2,65
Total Argentina	251	92	146	324	284	465	1,85

Casos e índice epidémico acumulado de intoxicación por monóxido de carbono, según jurisdicción. Argentina. Años 2019/2024, hasta semana epidemiológica 22 (n=1.562). Fuente: Área de Análisis de Información e Investigación. Ministerio de Salud de Argentina.

El corredor endémico acumulado muestra que los casos en las primeras SE del año se mantuvieron en zona de alerta, mientras que a partir de SE 14 se registra un aumento en comparación con el registro de los casos históricos.

A excepción de la región NEA, que no registra casos en 2024, todas las regiones muestran un aumento de los casos en comparación con los casos históricos. En la región Centro, dicho aumento se observa a partir de la SE 08, en la Sur desde la SE 15 y en Cuyo y el Noroeste Argentino a partir de la SE 19.



Corredor endémico semanal acumulado. Argentina. Año 2024, hasta semana epidemiológica 22, en base a datos históricos de los años 2019/2023 (n=5.312). Fuente: Área de Análisis de Información e Investigación. Ministerio de Salud de Argentina.

El monóxido de carbono constituye una de las principales causas de muerte por envenenamiento para todas las edades, tanto en Argentina como en el mundo. En su gran mayoría, son el resultado de exposiciones no intencionales intradomiciliarias a diversas fuentes de combustión, y constituyen eventos prevenibles. Esto se debe a que es un gas inodoro, incoloro, insípido, no irritante que se produce a partir de la combustión incompleta de gas natural u otros productos que contengan carbono. Estas características hacen que no sea percibido por los sentidos y que la persona expuesta no presente ninguna reacción de defensa, facilitando el proceso de intoxicación por inhalación. Las intoxicaciones están relacionadas con la contaminación en el ámbito doméstico o laboral, derivada principalmente de las actividades diarias como cocinar y calefaccionarse en ambientes mal ventilados, así como también con la contaminación ambiental producto de las emisiones industriales y del parque automotor. Las personas gestantes, lactantes, niños pequeños, personas mayores y las que sufren de anemia, problemas cardíacos o respiratorios pueden ser mucho más sensibles al monóxido de carbono. La morbilidad presenta un problema significativo, con secuelas cognitivas luego de una intoxicación aguda grave, así como las cefaleas persistentes y el deterioro cognitivo en exposición crónica. La vigilancia de la aparición de casos de intoxicación por monóxido de carbono permite detectar su ocurrencia y posibilita el seguimiento de los mismos, así como la detección precoz de las posibles fuentes de emisión al ambiente con riesgos para la población.

CAMPINAS CONFIRMÓ LA PRIMERA MUERTE POR FIEBRE MANCHADA BRASILEÑA DE 2024

29/05/2024

La Secretaría de Salud de Campinas confirmó el 29 de mayo el registro de la primera muerte por fiebre manchada brasileña en la ciudad en 2024. La víctima es un hombre de 24 años, que falleció el 10 de mayo.

Según con la cartera, el joven visitó la laguna del Parque Botánico Amador Aguiar, en la región sur del municipio, presentó sus primeros síntomas el 4 de mayo y fue atendido en la red de salud pública.

“La laguna visitada es una zona conocida de transmisión de fiebre manchada brasileña en la ciudad y presenta señales de alerta”, destacó.

Tras la confirmación, la Secretaría de Salud, a través de la Unidad de Vigilancia de Zoonosis, destacó la necesidad de intensificar las actividades y orientaciones para la prevención y control de la fiebre manchada brasileña de mayo a noviembre.

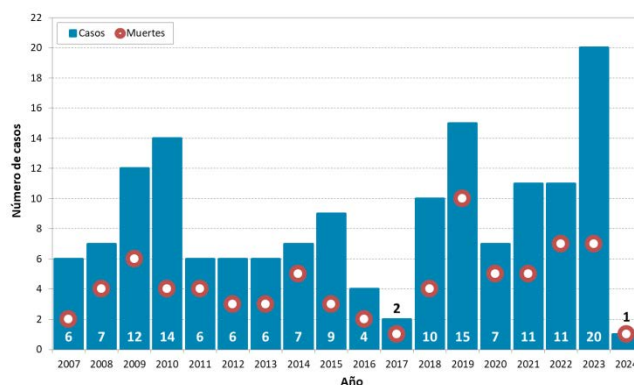
Esto se debe a que es el período de mayor predominio en el ambiente de los estadios jóvenes de la garrapata estrella (*Amblyomma sculptum*), vector de la enfermedad, lo que aumenta el riesgo de transmisión y aparición de la enfermedad.

La garrapata estrella en su etapa joven puede parasitar a cualquier animal, incluido el hombre, que frecuenta zonas con vegetación, especialmente donde hay carpinchos, caballos u otros animales silvestres.

Las garrapatas infestan pastos, céspedes y acumulaciones de hojas secas caídas, especialmente en áreas sombreadas.

El Panel de la Prefectura de Campinas que monitorea los casos de fiebre manchada brasileña indica, con este último registro, 154 personas infectadas en la ciudad desde 2007 –de las que 126 contrajeron la enfermedad sin salir de la ciudad– y 76 muertes.

En 2023, la ciudad confirmó 20 casos y siete muertes.



Casos confirmados y muertes por fiebre manchada brasileña. Campinas. Años 2007/2024 (2024 hasta el 29 de mayo). Fuente: Panel de Fiebre Manchada.



Funcionarios de salud pública de Canadá advirtieron el 12 de junio sobre el aumento de casos de enfermedad meningocócica invasiva.

Provincias como Ontario, Manitoba y Toronto han notificado un incremento de pacientes con dicha infección.

“Cuando llegan al hospital, ya pueden estar muy enfermos porque la aparición de los síntomas puede ser muy repentina”, advirtió el Dr. James Kellner, pediatra y especialista en enfermedades infecciosas. “Se puede pasar de estar bien a estar gravemente enfermo en menos de un día”, agregó.

Si bien Salud Pública de Toronto solo ha registrado 13 casos de enfermedad meningocócica invasiva en lo que va de 2024, esa cifra es mayor que el número total de infecciones registradas en cualquier año desde 2002.

Dos de los casos recientes en Toronto fueron fatales y se cobraron la vida de un adulto y un niño.

“En un año más típico, Toronto estaría registrando alrededor de seis casos”, afirmó la Dra. Vinita Dube, directora médica adjunta de salud.

Según la Agencia de Salud Pública de Canadá, hasta 10% de los casos son mortales, mientras que entre 10 y 20% de los supervivientes experimentan consecuencias que alteran sus vidas, como pérdida de audición, discapacidades neurológicas y amputaciones de dedos o extremidades.

A principios de este año, los funcionarios de salud pública también advirtieron sobre el número de casos en Manitoba, Kingston, Ontario, y los municipios del este de Quebec.

Las autoridades animan a las personas a recibir una vacuna antimeningocócica lo antes posible.

Un comunicado de prensa de Salud Pública de Toronto indica que “los padres, tutores y cuidadores deben asegurarse de que los niños estén vacunados contra la enfermedad meningocócica invasiva. La vacuna generalmente se administra a los 12 meses y en el séptimo grado, y es obligatoria según la Ley de Inmunización de Alumnos Escolarizados (ISPA) de Ontario. Los estudiantes que no hayan recibido la vacuna pueden recibirla de forma gratuita en una clínica de vacunación de Salud Pública de Toronto. También pueden recibirla de forma gratuita las personas de entre 18 y 36 años de edad que no recibieron la vacuna meningocócica cuando eran niños”.

La enfermedad meningocócica invasiva es una infección bacteriana que puede provocar meningitis. En casos graves, produce bacteriemia y sepsis, que pueden ser fatales.

La Agencia de Salud Pública de Canadá informó que hubo aproximadamente 115 casos anuales entre 2010 y 2021.

Los casos se registran con mayor frecuencia durante el invierno y la primavera y afectan a menos de una de cada 100.000 personas en Canadá.

El 27 de mayo de 2024, el Ministerio de Salud Pública de Cuba informó del primer brote de enfermedad por el virus Oropouche. Se reportaron 74 casos confirmados en las provincias de Santiago de Cuba (54 casos) y Cienfuegos (20 casos), los que fueron detectados a través de acciones fortalecidas de seguimiento y vigilancia luego de un aumento de casos de enfermedad febril inespecífica. En la provincia de Santiago de Cuba, reportaron casos los municipios de Santiago de Cuba (29 casos) y Songo-La Maya (25); en la provincia de Cienfuegos, reportaron los municipios de Cienfuegos (8), Rodas (5), Abreu (5), Aguada de Pasajeros (1) y Cumana-yagua (1). Se identificó el virus Oropouche en 74 muestras de las 89 analizadas en el laboratorio nacional de referencia del Instituto de Medicina Tropical 'Prof. Pedro Kourí Esmeja' (IPK).

Los casos confirmados informaron el inicio de los síntomas entre el 2 y el 23 de mayo, observándose un pico de casos en la semana epidemiológica 21. Los síntomas informados con más frecuencia fueron fiebre, dolor lumbar, dolor de cabeza, pérdida de apetito, vómitos, debilidad, dolor en las articulaciones y dolor retroocular. De los 74 casos confirmados, 36 son hombres y 38 mujeres, y la mediana de edad es de 34 años (rango: 6-72 años). El grupo de edad más representado es el de 15 a 19 años (12 casos).

Todos los casos mostraron signos de recuperación entre el tercer y cuarto día después del inicio de los síntomas. Hasta el 5 de junio no se han notificado casos graves o mortales.

Respuesta de salud pública

Las autoridades sanitarias locales y nacionales han implementando un plan para enfrentar las arbovirosis, que incluye acciones integradas e integrales de diversas entidades, a saber: Organización y Control de Acciones de Contingencia; Control de Vectores y Vigilancia Entomológica; Vigilancia Epidemiológica; Asistencia Médica; Ambiente y Participación Comunitaria; Investigación y Desarrollo; y Logística. Las acciones del plan incluyen:

- Activación de grupos de trabajo temporales para analizar la situación epidemiológica y realizar acciones de campo.
- Definición de criterios para casos sospechosos y confirmados de la enfermedad.
- Capacitación para todo el personal del Sistema Nacional de Salud Pública en arbovirus, incluido el virus Oropouche.
- Fortalecimiento de los recursos humanos para la atención médica en áreas sanitarias con transmisión.
- Refuerzo de las actuaciones de control de vectores incluyendo el tratamiento focal en las zonas de transmisión y bloques de muy alto riesgo, el tratamiento adulticida y el aumento de la vigilancia entomológica en las zonas de transmisión.
- Intensificación de las acciones de saneamiento ambiental.
- Emisión de una nota informativa sobre la situación.

Evaluación de riesgos de la OMS

Esta es la primera detección de la enfermedad en el país, por lo que es probable que la población sea altamente susceptible y existe un riesgo significativo de detección de casos adicionales.

les. Hasta la fecha, no hay evidencia de transmisión del virus Oropouche de persona a persona.

En la Región de las Américas, durante los últimos 10 años se han producido brotes de la enfermedad principalmente en la región del Amazonas. El virus es endémico en muchos países de América del Sur, tanto en comunidades rurales como urbanas. Periódicamente se informan brotes en Brasil, Bolivia, Colombia, Ecuador, Guayana Francesa, Panamá, Perú y Trinidad y Tobago.

Existe el riesgo de que la enfermedad se propague internacionalmente, ya que Cuba es un destino turístico internacional y el supuesto vector está ampliamente distribuido en la región de las Américas. Además, actualmente hay otros países con circulación activa del virus Oropouche.

Consejo de la OMS

La proximidad de los criaderos de mosquitos vectores a las viviendas humanas es un factor de riesgo importante para la infección por el virus Oropouche. Las estrategias de prevención se basan en medidas de control o erradicación de los artrópodos vectores y medidas de protección personal. Las medidas de control de vectores se basan en la reducción de las poblaciones de mosquitos mediante la erradicación de los sitios de reproducción, lo que se logra reduciendo el número de hábitats naturales y artificiales llenos de agua que sustentan las larvas de mosquitos, reduciendo así las poblaciones de mosquitos adultos alrededor de las comunidades en riesgo. Las medidas de protección personal se basan en la prevención de las picaduras de mosquitos mediante barreras mecánicas (mosquiteros), dispositivos repelentes de insectos, ropa tratada con repelente y repelentes de mosquitos. Se ha demostrado que los insecticidas químicos como la deltametrina y el DEET (N,N-Dietil-meta-toluamida) son eficaces para controlar las especies de *Culicoides* y *Culex*.

Dada su presentación clínica y considerando que estamos en el inicio de la temporada de dengue en el Caribe y de otras enfermedades transmitidas por vectores en la Región de las Américas, el diagnóstico de laboratorio es esencial para confirmar casos, caracterizar un brote y monitorear las tendencias de la enfermedad.

Al tratarse de un arbovirus emergente y poco identificado en las Américas, la detección de una muestra positiva y la confirmación de un caso requieren del uso del Anexo 2 del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y su consecuente notificación a través de los canales establecidos en el RSI.

La OMS desaconseja aplicar restricciones a los viajes o al comercio basándose en la información actual disponible sobre este evento.

La enfermedad por el virus Oropouche es una enfermedad arboviral causada por el virus Oropouche, un virus de ARN monocatenario segmentado que forma parte del género *Orthobunyavirus* de la familia *Peribunyaviridae*. Se ha descubierto que el virus circula en América Central, del Sur y el Caribe. Se puede transmitir a los humanos principalmente a través de la picadura del jején *Culicoides paraensis*, que se encuentra en áreas boscosas y alrededor de cuerpos de agua, o del mosquito *Culex quinquefasciatus*. Se sospecha que la circulación viral incluye ciclos tanto epidémicos como selváticos. En el ciclo selvático, los primates, los perezosos y quizás las aves son los huéspedes vertebrados, aunque no se ha identificado un vector artrópodo definitivo. En el ciclo epidémico, los humanos son el huésped amplificador y el virus se transmite principalmente a través de la picadura del jején *C. paraensis*. Hasta la fecha, no hay evidencia de transmisión del virus de persona a persona.

Los síntomas de la enfermedad son similares a los del dengue y comienzan entre cuatro y ocho días (entre tres y 12 días) después de la picadura infecciosa. El inicio es repentino, generalmente con fiebre, dolor de cabeza, rigidez de las articulaciones, dolor, escalofríos y, a veces, náuseas y vómitos persistentes, durante un máximo de cinco a siete días. La presentación clínica grave es rara, pero puede provocar meningitis aséptica. La mayoría de los casos se recuperan en siete días; sin embargo, en algunos pacientes, la convalecencia puede tardar semanas. No existe un tratamiento antiviral ni una vacuna específicos para la enfermedad por el virus Oropouche.



Debido al comportamiento atípico del clima, con una temporada seca prolongada al inicio de año, así como la llegada de lluvias intermitentes y no consolidadas, las proyecciones epidemiológicas de los casos de dengue se han visto alteradas en todas las Américas. El actual se ha convertido en el mayor brote registrado en el continente.



Lo anterior, sumado a un probable aumento de casos por enfermedades respiratorias agudas y la realización de eventos masivos en los meses siguientes, como la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Biodiversidad (COP16), que no estaba contemplada en la planificación inicial, la Alcaldía de Santiago de Cali, a través de la Secretaría de Salud Pública, declaró la emergencia sanitaria en la ciudad. La medida se toma con un carácter anticipatorio y con el objetivo de intensificar las acciones preventivas contra el dengue para garantizar una atención de salud efectiva y oportuna a la ciudadanía.

“Desde la Alcaldía, no vamos a bajar la guardia. Por eso, seguimos intensificando acciones y tomando medidas preventivas para cortarle las alas al dengue en Cali de cara a los eventos masivos que se desarrollarán en el segundo semestre. Nuestra tarea como Administración es proteger la salud y la vida de los caleños”, explicó el alcalde de Cali, Álvaro Alejandro Éder Garcés.

Fortalecimiento preventivo para proteger a la ciudadanía

El objetivo, de acuerdo con Germán Escobar Morales, secretario de Salud Pública de Cali, es poder anticipar y manejar eficazmente una posible situación de salud extraordinaria, “Con base en el comportamiento que ha tenido la epidemia durante el primer semestre del año, las proyecciones epidemiológicas para el segundo semestre y la prolongación de la temporada de lluvias, que ponen más presión sobre el sistema de salud, hemos decidido declarar una emergencia sanitaria en la ciudad, como medida preventiva”, afirmó Escobar.

La declaración de la emergencia sanitaria busca movilizar a todos los sectores de la ciudad para controlar la reproducción del mosquito transmisor del dengue y proteger la red de servicios de salud.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), este es el brote de dengue más grave en América Latina en los últimos años.

Y aunque Cali está por debajo del promedio de mortalidad, no se puede bajar la guardia y desde la Administración Distrital y la Secretaría de Salud se han venido fortaleciendo las medidas para combatir el dengue.

En ese sentido, desde enero a la fecha, la Secretaría de Salud Pública de Cali ha adelantado:

- Más de 227.000 revisiones a sumideros en las 22 comunas de la zona urbana.

- Cerca de 3.500 visitas a lugares de concentración humana en 19 comunas y los corregimientos El Hormiguero y Montebello.
- Más de 7.500 visitas a viviendas en 18 de las 22 comunas y el corregimiento Montebello.
- Cerca de 3.000 viviendas fumigadas con motomochila.
- Cerca de 5.000 manzanas y más de 231.000 predios fumigados con máquina pesada en 16 comunas y los corregimientos La Buitrera y Montebello.
- 577 acciones de control biológico con peces guppys.

Colaboración ciudadana: clave en la prevención

De acuerdo con la Secretaría de Salud Pública de Cali, la colaboración ciudadana será fundamental para el éxito de las acciones preventivas, más teniendo en cuenta la temporada de eventos masivos que se llevarán a cabo en la segunda mitad del año, como el Festival de Música del Pacífico Petronio Álvarez, la Copa Mundial Femenina Sub-20 2024, la COP16 y la Feria de Cali.

En ese sentido, la Administración Distrital reiteró el llamado a la población para evitar los depósitos de agua que sirven de criadero para los mosquitos transmisores del dengue.

Situación epidemiológica

Hasta la semana epidemiológica 21, de acuerdo con la Secretaría de Salud Pública de Cali, se han registrado 19.545 casos de dengue en la ciudad, de los cuales:

- 12.452 (63,7 %) no presentaron signos de alarma.
- 6.918 (35,4 %) presentaron signos de alarma.
- 175 (0,9 %) casos presentaron dengue grave.

Se están registrando aproximadamente mil nuevos casos de dengue cada semana. Hasta el momento, se han confirmado cuatro muertes relacionadas con esta enfermedad, mientras que otras 13 están siendo investigadas para determinar su vínculo con el dengue.

Según un reciente [estudio](#), más de 50.000 personas han muerto prematuramente en California durante una década debido a la exposición a partículas tóxicas en el humo de los incendios forestales.

Los incendios forestales generan humo que contiene PM_{2.5}, partículas diminutas de aproximadamente la trigésima parte de un cabello humano que pueden introducirse profundamente en los pulmones e ingresar en el torrente sanguíneo. Las partículas han



Bomberos luchando contra un incendio forestal en Porter Ranch, California.

sido relacionadas con numerosas condiciones de salud y muerte prematura. [Investigaciones anteriores](#) han descubierto que el humo de los incendios forestales está exponiendo a millones de personas en Estados Unidos a este nocivo contaminante.

En este estudio, se utilizó un nuevo modelo epidemiológico para examinar los impactos de la exposición a las PM_{2.5} de los incendios forestales entre 2008 y 2018: un período que incluye algunas de las temporadas de incendios más destructivas y mortales del estado. Según el estudio, hubo al menos 52.480 muertes prematuras atribuidas a la exposición a las partículas inhalables de los incendios forestales, y al menos 432.000 millones de dólares en gastos de salud asociados con la exposición.

La investigación es la primera en cuantificar los impactos a largo plazo de la exposición crónica a PM_{2.5} específicamente de incendios forestales, en lugar de otras fuentes, y tiene implicaciones importantes para California. Los resultados sugieren que los incendios forestales son responsables de más muertes y mayores impactos económicos de lo que han indicado estudios anteriores.

Apenas se están comenzando a comprender los [impactos de la exposición a las PM_{2.5}](#) en la [salud humana](#), pero las partículas pueden reducir la función pulmonar y empeorar las condiciones de salud existentes, incluidos problemas respiratorios y enfermedades cardíacas.

Las partículas de los incendios forestales pueden ser más dañinas para la salud humana que las de otras fuentes, y están asociadas con enfermedades respiratorias y un aumento de las hospitalizaciones. Otros estudios [han relacionado](#) la exposición al humo de los incendios forestales con un mayor riesgo de ataques cardíacos y nacimientos prematuros.

California ha sido testigo de numerosos incendios devastadores en los últimos años, incluida una [temporada históricamente brutal en 2020](#) durante la cual murieron 31 personas y los cielos de todo el oeste de Estados Unidos se volvieron de un inquietante color naranja, exponiendo a 25 millones de personas al aire tóxico de los incendios.

Los expertos y científicos han atribuido la creciente intensidad de los incendios forestales a años de políticas equivocadas de extinción de incendios, prácticas de gestión forestal y un paisaje que se ha vuelto más cálido y seco en medio de la crisis climática. Los desastres han

matado a decenas de personas, destruido comunidades y expuesto a millones al humo de los incendios forestales.

La gente debería tomar medidas para protegerse del humo de los incendios forestales, pero los hallazgos de este estudio sugieren que la sociedad necesita invertir en la gestión forestal, la gestión de la interfaz urbana y forestal y la mitigación del cambio climático para obtener importantes beneficios para la salud pública.

La importancia de la gestión de incendios forestales no hará más que crecer en las próximas décadas a medida que la aridificación se intensifique con el cambio climático y más regiones se vuelvan susceptibles a los incendios.

Belize, Jamaica y Saint Vincent and the Grenadines son los últimos países de las Américas en recibir la certificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por haber eliminado la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis. El hito se celebró el 7 de junio en un evento conmemorativo organizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Kingston, Jamaica, con el apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), y con la participación de los ministros de salud de los tres países.



“Este logro es un testimonio de años de dedicación, trabajo arduo y colaboración entre gobiernos, profesionales de la salud y comunidades”, afirmó el Dr. Jarbas Barbosa da Silva Júnior, director de la OPS en el evento. Barbosa da Silva también reconoció la “resiliencia notable” demostrada por los tres países, asegurando la adaptación y continuidad de los servicios esenciales a pesar de los desafíos planteados por la pandemia de covid. “Confío en que la celebración de hoy inspirará a otros países a revitalizar sus compromisos hacia una generación libre de VIH y sífilis congénita”, destacó.

En 2010, los países de las Américas se comprometieron a eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis y respaldaron la estrategia regional, que fue actualizada en 2016 en el marco del Plan de acción de la OPS para la prevención y el control del VIH y las infecciones de transmisión sexual.

Para cumplir con los objetivos de eliminación, los países se centraron en fortalecer los servicios de prevención y tratamiento dentro de la atención primaria de salud y en la salud maternoinfantil, actualizar las guías, garantizar la detección efectiva en las mujeres embarazadas, monitorear los casos y dar seguimiento a los bebés expuestos al VIH y la sífilis.

En un mensaje de video, el Director General de la OMS, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, elogió a Belize por integrar la prevención y el tratamiento primarios de las enfermedades en los servicios de salud maternoinfantil. También destacó a Jamaica por el compromiso de sus organizaciones de la sociedad civil con los derechos humanos y valoró a Saint Vincent and the Grenadines por invertir en estructuras de laboratorios nacionales sólidas. “Si bien la validación es un logro tremendo, mantenerla requiere esfuerzos sostenidos para prevenir nuevas infecciones. La OMS y sus socios seguirán apoyando a todos los países de las Américas para que fortalezcan los sistemas de salud, presten servicios integrales y garanticen la participación de las mujeres en la planificación y la prestación de servicios”, dijo.

A nivel mundial, 19 países y territorios han sido certificados por eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH y/o de la sífilis, 11 de ellos ubicados en las Américas. En 2015, Cuba hizo historia al convertirse en el primer país del mundo en lograr la doble eliminación del VIH y la

sífilis congénita. Le siguieron Anguilla, Antigua and Barbuda, Bermuda, Cayman Islands, Montserrat y Saint Kitts and Nevis en 2017, y Dominica en 2020.

“El fin del sida es una oportunidad para un legado único y poderoso para los líderes de hoy. Celebramos nuevamente un gran hito de salud pública hoy, ya que los países del Caribe muestran liderazgo global en la agenda de eliminación para lograr una generación libre de VIH”, sostuvo Christine Stegling, Directora Ejecutiva Adjunta del ONUSIDA.

Las nuevas infecciones por VIH entre niños en el Caribe disminuyeron 25% entre 2010 y 2022. Durante ese período, los casos notificados anuales se redujeron de 2.000 a 1.500. Los casos reportados de sífilis congénita en el Caribe de habla inglesa ahora se sitúan en 36 cada 100.000 nacidos vivos, por debajo del objetivo de no más de 50 casos cada 100.000.

“El UNICEF celebra el compromiso de Belize, Jamaica y Saint Vincent and the Grenadines por lograr la doble eliminación de la transmisión vertical del VIH y la sífilis”, dijo Garry Conille, Director Regional del UNICEF para América Latina y el Caribe. “Estamos seguros de que este hito será un catalizador para que otros países de la región persigan la Agenda de Eliminación de la Transmisión Maternoinfantil hacia la meta de 2030: que ningún niño se quede atrás en el progreso para poner fin al sida”, agregó.

La OMS otorga esta certificación a los países que han logrado reducir la tasa de transmisión maternoinfantil del VIH a menos de 5%; han brindado atención prenatal y tratamiento anti-rretroviral a más de 90% de las mujeres embarazadas; han notificado menos de 50 casos nuevos de sífilis congénita cada 100.000 recién nacidos y han alcanzado una tasa de casos de VIH de menos de 500 cada 100.000 nacidos vivos.

La Iniciativa de Eliminación de la Organización Panamericana de la Salud busca poner fin a más de 30 enfermedades transmisibles, incluida la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis, en América Latina y el Caribe para 2030.

La iniciativa fue relanzada durante el 60° Consejo Directivo de la Organización en 2023 y busca aprovechar las lecciones aprendidas de la pandemia de covid, así como de las experiencias anteriores de eliminación para acelerar el fin de enfermedades en la región.

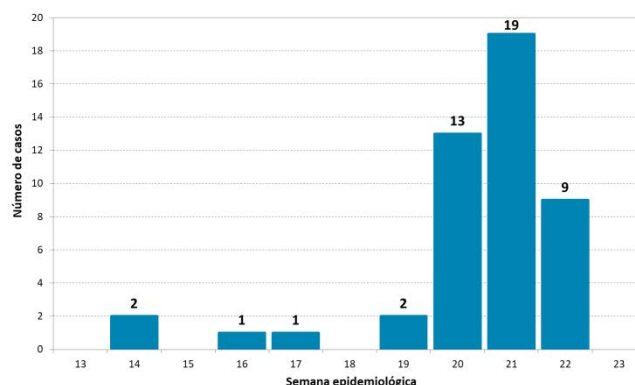


DINAMARCA

LA CARNE MOLIDA VUELVE A SER LA CAUSA DE BROTES DE SALMONELOSIS

10/06/2024

En Dinamarca está registrando un nuevo brote de salmonelosis que ya afecta a 47 personas. Hasta el momento, incluye a 28 hombres y 19 mujeres de entre 3 y 85 años, con una edad media de 40 años. Así lo muestran las cifras del Statens Serum Institut, que supervisa e investiga los brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos junto con el Instituto Nacional de Alimentos de la Universidad Técnica de Dinamarca y la Administración Veterinaria y Alimentaria de Dinamarca.



Casos notificados de infección por *Salmonella* monofásica. Dinamarca. Año 2024, de semana epidemiológica 13 a 23. Fuente: Statens Serum Institut.

Los casos se han registrado en las regiones de Hovedstaden (20 casos), Syddanmark (8), Midtjylland (7), Nordjylland (7) y Sjælland (5).

“Estamos registrando un brote de rápido crecimiento, con 47 pacientes que han contraído salmonelosis. Sabemos que el número real de pacientes es mucho mayor, ya que no todos los afectados consultan a un médico o se hacen un análisis. Un examen de las bacterias demostró que el tipo de *Salmonella* es exactamente el mismo a nivel de ADN. Esto significa que los pacientes se infectaron a partir de la misma fuente. Las entrevistas con los pacientes nuevamente apuntan a la carne molida, como en el último brote”, dijo Luise Müller, epidemióloga del Statens Serum Institut.

La bacteria detectada es *Salmonella enterica enterica* monofásica Typhimurium. Mediante la secuenciación del genoma completo de las bacterias aisladas de los pacientes, se vio que estaban muy relacionadas y todas pertenecían a la secuencia tipo 34.

Aún no está claro el origen de la carne, pero las autoridades actualmente están realizando entrevistas a pacientes y revisando la información sobre los sitios de adquisición de este producto. El objetivo es encontrar puntos en común entre las compras de los pacientes para intentar lograr un gran avance en la investigación.

“Hemos comprobado que dos tercios de los pacientes actuales han probado la carne cruda o han utilizado carne picada normal para elaborar el filete tártaro. Lo desaconsejamos enfáticamente”, subrayó Annette Perge, jefa de sección de la Administración Danesa de Alimentos y Medicamentos.

La razón es que puede haber bacterias en la carne picada que pueden causar enfermedades. Puede ser *Salmonella*, pero también puede ser la particularmente peligrosa bacteria *Escherichia coli*.

El filete tártaro es un plato elaborado con carne de vacuno picada cruda. Se suele servir con cebolla picada muy finamente, alcacharras y diversos ingredientes (desde muy antiguo incorpora pimienta negra recién molida y salsa Worcestershire); algunas veces se incorpora una yema de huevo cruda.

El Ministerio de Sanidad español presentó el 10 de junio la campaña “Yo soy del sexo seguro”, cuyo objetivo es visibilizar las infecciones de transmisión sexual (ITS) entre la población joven, fomentar la prevención, el autocuidado y la responsabilidad individual en su propia salud sexual y la de las personas con las que se relacionan, en un marco de auge de ITS en España y en Europa.

Muchas ITS no presentan signos ni síntomas tras haberlas contraído, lo cual facilita su transmisión. El preservativo se ha demostrado como la medida más eficaz de prevención de las ITS durante las relaciones sexuales.

La iniciativa se ha presentado más de 30 años después del famoso “Póntelo, pónselo”, que se popularizó a principios de la década de 1990 para prevenir el VIH. En el spot que se ha dado a conocer el 10 de junio, se visualiza a diferentes jóvenes que pronuncian las siguientes frases: “Yo soy del sexo que habla. Yo soy del sexo sin culpa. Yo soy del sexo que respeta. Yo soy del sexo sin infecciones”, para acabar diciendo “Yo soy del sexo seguro”.

Según explicó Inmaculada Puig Baviera, subdirectora general de Atención a los Ciudadanos, la primera parte “apela a los valores, como la comunicación, la libertad sexual, la empatía y el respeto”, y luego se alinea con “la prevención y el autocuidado”. En la segunda parte, se hace una “llamada a la acción” de los jóvenes contra las ITS.

El director general de Salud Pública, Pedro Gullón Tosio, alertó que las ITS llevan en auge “más de 20 años”. “Tenemos que cambiar el foco, hablar de poblaciones especialmente vulnerables, más allá de la población general”, señaló. Si bien las estimaciones “no son nada halagüeñas”, recordó que la prioridad es evitar que en 2030 estas infecciones sean “un grave problema de salud pública”.

Por su parte, la directora de la división de Control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Julia Del Amo Valero, señaló que esta campaña está enmarcada en el Plan Estratégico de Prevención y Control del VIH, que tiene como objetivo poner un foco diferente en función de las poblaciones “clave”. Con respecto a la campaña, Del Amo Valero aseguró que hay mucha nostalgia del “Póntelo, pónselo”, pero incidió en que en todas las campañas del ministerio está presente el preservativo, aunque en este anuncio sea más sutil.

En este sentido, Del Amo Valero resaltó que el preservativo es clave, ya que es un método de prevención-barrera fundamental, siendo un objetivo claro en el Plan Estratégico. “En el Ministerio, dentro del equipo actual, hay un interés marcado por facilitar el acceso del preservativo a los jóvenes, lo que implica la gratuidad del mismo para aquellos de entre 16 a 22 años, a través de un presupuesto de 10 millones de euros”, recordó.



Según el Informe Juventud en España 2020, aunque las personas jóvenes prefieren utilizar el preservativo en sus relaciones sexuales con penetración (80%), un 37% informó que no lo ha utilizado en alguna ocasión en el último año por diversas causas.

En torno a 27% alegó haber usado otro método anticonceptivo; 25% que conocía lo suficiente a la persona; y 13% que no tenía preservativo en aquel momento. Por edades, 77% de los jóvenes entre 15 y 24 años usan el preservativo, pero cae a 69% entre aquellos comprendidos entre los 25 y los 29 años.

Auge de las ITS

Según los datos que aportó Victoria Hernando Sebastián, investigadora del Centro Nacional de Epidemiología, en 2022, el 10,6% de los nuevos diagnósticos de VIH correspondieron a jóvenes menores de 25 años, siendo los hombres y las personas nacidas en el extranjero los más afectados. La principal vía de transmisión fue a través de relaciones sexuales.

Por otro lado, 37% de estos jóvenes presentaba un retraso en el diagnóstico. En cuanto a otras ITS, como sífilis, gonorrea y clamidiosis, el porcentaje de jóvenes afectados también es significativo, especialmente en el grupo de 20 a 24 años.

Las mujeres presentan mayores tasas de incidencia en gonorrea y clamidiosis, mientras que los hombres son los más afectados por la sífilis.

En resumen, 10,6% de los nuevos diagnósticos de VIH se dan en menores de 25 años. En la sífilis, 10,2% de los casos se registran en este grupo de edad. Igualmente, 23,8% de los casos de gonorrea se notifican en menores de 25 años, un porcentaje que sube a 37,6% en el caso de la clamidiosis.

Por su parte, María del Mar Vera García, del grupo de estudio de ITS de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), señaló que “los adolescentes y los jóvenes presentan una vulnerabilidad que, unida a las barreras habituales para la utilización de las diferentes medidas preventivas, los convierte en uno de los colectivos de mayor riesgo para adquirir y transmitir las diferentes ITS”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a esta población como “específica” para adquirir y transmitir las ITS, al igual que los trabajadores del sexo y clientes, hombres que tienen sexo con otros hombres, personas transgénero, reclusos y consumidores de drogas.

De hecho, en Estados Unidos insisten que en el colectivo de adolescentes y jóvenes de entre 15 y 24 años, aunque constituyen solo 27% de la población general, conllevan la mitad de las 20 millones de nuevas infecciones que se diagnostican anualmente.

Así, 70% de las gonorreas, 63% de las clamidiosis; 49% de la enfermedad relacionada con el virus del papiloma humano (VPH); 45% de la infección por el virus herpes simplex tipo 1, tipo 2 a nivel genital; 26% de los nuevos diagnosticados de infección por el VIH y 20% de la sífilis se dan en el colectivo de jóvenes de entre 15 y 24 años.

Asimismo, detalló que los jóvenes tienen una predisposición al contagio de las ITS “desde dos puntos de vista: el biológico y el comportamental”. Biológicamente, por la inmadurez del sistema inmunológico característico de esta edad. En lo que respecta al ámbito comportamental, porque cada vez se está viendo un inicio más precoz en las relaciones sexuales. En España, el comienzo se sitúa en los 16,2 años.

Para mejorar esta situación, Vera García abogó por transmitir “mensajes en positivo”, y hablar más de “salud sexual”, en lugar de “infecciones de transmisión sexual”, y normalizar los cribados rutinarios en este sentido.

Para la presidenta del Consejo de la Juventud de España, Andrea González Henry, una de las claves para atajar este problema reside en la educación sexual, en detrimento del consumo de pornografía. “La edad a la que se mantienen relaciones sexuales por primera vez entre los jóvenes está entre los 12 y los 14 años aproximadamente. Pero el consumo de pornografía por primera vez nos lo encontramos entre los 9 y los 11 en hombres, un poquito más tardío”, alertó, para añadir que “la primera charla sexual no llega hasta los 14-15 años”.

En este sentido, ha llamado a una comunicación “efectiva y no paternalista” hacia los jóvenes. “Tenemos que ser parte del proceso”, reclamó.

Hasta el año 2023, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), dependiente del Ministerio de Sanidad, recibió la notificación de 129 sospechas de casos de linfoma anaplásico de células grandes (LACG) asociado a implantes de mama en España; de esas sospechas se han confirmado 94 casos.



La mayor parte de los casos de LACG asociado a implantes mamarios tuvieron un curso clínico benigno tras la retirada de la cápsula periprotésica y de los implantes, aunque, en algunos casos precisaron de un tratamiento asociado, que dependió del estadio clínico. Aun así, desde el comienzo del seguimiento se han notificado cuatro muertes.

El número estimado de mujeres implantadas en España desde 2012 –fecha en la que se notificó el primer caso de linfoma– es de 581.000, por lo que la incidencia de esta enfermedad resulta baja.

El número estimado de mujeres implantadas en España desde 2012 –fecha en la que se notificó el primer caso de linfoma– es de 581.000, por lo que la incidencia de esta enfermedad resulta baja.

La comunidad con más notificaciones es Madrid (21 casos confirmados), seguida de Catalunya (13), Comunidad Valenciana (13), Andalucía (12), Murcia (6), Canarias (5), Euskadi (4), Baleares (3), Castilla y León (3), Aragón (2), Asturias (1), Cantabria (1), Castilla-La Mancha (1) y Navarra (1). Además, hay ocho casos confirmados de origen desconocido.

Entre los 94 casos confirmados, 22 pacientes eran portadoras de implantes mamarios debido a la necesidad de una reconstrucción tras una mastectomía, mientras que 40 lo eran por razones estéticas; en el resto de los casos, no se disponemos de esa información.

En los casos de LACG asociado a implantes mamarios en los que se cuenta con la identificación del implante, se ha encontrado que este linfoma está asociado más frecuentemente con los implantes mamarios con cubierta texturada respecto de los de cubierta lisa. No obstante, se debe tener en cuenta que hasta hace unos años eran también las prótesis mamarias más utilizadas. De los 94 casos confirmados, en 77 se trataba de prótesis con cubierta texturada, tres de poliuretano y en 14 casos se desconoce el tipo de cubierta.

Estos son los datos más relevantes del último informe de *Seguimiento del protocolo para la detección del linfoma anaplásico de células grandes (LACG) asociado a implantes de mama*, publicado el 10 de junio, y que lleva realizando desde hace años como medida de seguimiento, junto con las sociedades médicas y el resto de Estados miembro, de los casos y de la evidencia científica que se recoge para garantizar que estos implantes cumplen con garantías de seguridad y eficacia.

En febrero de 2019, la Comisión Asesora de Implantes Mamarios y Afines, junto con expertos en oncología médica y en hematología y hemoterapia, elaboró un protocolo para la detección

y estudio de los casos de LACG asociado a implantes mamarios que acaba de ser actualizado teniendo en cuenta las últimas publicaciones y avances en lo que respecta a esta enfermedad.

Los objetivos de este protocolo clínico son detectar los casos de LACG asociados a mujeres portadoras de implantes mamarios; establecer los pasos a seguir, por parte del profesional sanitario, en el caso de sospecha de LACG asociado a implantes mamarios, para su correcto diagnóstico e identificación y posterior tratamiento; y recabar información que permita evaluar una posible asociación entre LACG y la implantación de prótesis mamarias.

En base a los protocolos, y según lo establecido en la legislación nacional, los profesionales de la sanidad tienen la obligación de notificar aquellos incidentes graves relacionados con productos sanitarios de los que tengan conocimiento, como es el caso del LACG asociado a implantes mamarios.

Así, de las 70 notificaciones de incidentes por parte de profesionales, se han confirmado 63 casos. En 39 de los casos confirmados, el profesional utilizó el protocolo para la detección de LACG asociado a implantes mamarios en su notificación. El fabricante también tiene la obligación de notificar a la AEMPS los incidentes graves que ocurren con sus productos y los resultados de la investigación de los mismos. De los 53 incidentes de LACG notificados por el fabricante, se confirmaron posteriormente 27 casos y nueve de estas notificaciones se correspondían con casos bibliográficos.

Desde que está disponible el portal NotificaPS, los pacientes también pueden notificar por esta vía cualquier sospecha de incidente: fallo o problema que haya tenido lugar con un producto sanitario, durante su uso o posteriormente, y que pueda o haya podido tener consecuencias graves para su salud. Por este motivo desde junio de 2019 hasta 2023 se han recibido cinco notificaciones de LACG asociado a implantes mamarios de pacientes, de las cuales se han confirmado cuatro a fecha de este informe.

El linfoma anaplásico de células grandes asociado a implantes mamarios es un tipo raro de linfoma no Hodgkin que afecta a gran variedad de tejidos, incluyendo la mama en aquellas mujeres portadoras de implantes mamarios. Actualmente está englobado dentro de una categoría de trastornos linfoproliferativos con un amplio espectro de comportamientos clínicos. La clave diagnóstica es la presencia siempre de células malignas infiltrando la cápsula periprotésica o en el líquido periprotésico.

Se postula que el linfoma anaplásico de células grandes asociado a implantes mamarios se desarrolla a partir de los linfocitos que participan en la formación de la cápsula fibrosa que se forma alrededor del implante mamario, como consecuencia de la reacción del organismo a un cuerpo extraño.

El 22 de mayo de 2024, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recibió una notificación del Punto Focal Nacional del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) sobre un caso humano de infección por el virus de la influenza aviar A(H9N2) en el estado de West Bengal, India.

El paciente es un niño de 4 años que reside en el estado de West Bengal. El caso, previamente diagnosticado de enfermedad hiperreactiva de las vías respiratorias, acudió inicialmente al pediatra con fiebre y dolor abdominal el 26 de enero de 2024. El 29 de enero el paciente desarrolló convulsiones y fue llevado al mismo pediatra. El 1 de febrero, fue ingresado en la unidad de cuidados intensivos pediátrica (UCIP) de un hospital local debido a la persistencia de dificultad respiratoria grave, fiebre alta recurrente y calambres abdominales. Fue diagnosticado con bronquiolitis posinfecciosa causada por neumonía viral. El 2 de febrero, el paciente dio positivo para influenza B y adenovirus en el Laboratorio de Diagnóstico e Investigación de Virus del hospital del gobierno local. Fue dado de alta del hospital el 28 de febrero de 2024.

El 3 de marzo, con una recurrencia de dificultad respiratoria grave, lo derivaron a otro hospital público, lo ingresaron en la UCIP y lo intubaron. El 5 de marzo, se envió un hisopo nasofaríngeo al Laboratorio de Diagnóstico e Investigación de Virus de Kolkata y dio positivo para influenza A (no subtipificada) y rinovirus. La misma muestra fue enviada al Centro Nacional de Influenza del Instituto Nacional de Virología en Pune para su subtipificación. El 26 de abril, la muestra fue subtipificada como influenza A(H9N2) mediante reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real. El 1 de mayo, el paciente fue dado de alta del hospital con oxígeno. La información sobre el estado de vacunación y los detalles del tratamiento antiviral no estaban disponibles al momento de redactar el informe.

El paciente tuvo exposición a aves de corral en su domicilio y alrededores. No se conocían personas que reportaran síntomas de enfermedad respiratoria en la familia, el vecindario o entre los trabajadores de la salud en los centros de salud atendidos por el caso al momento del informe.

Esta es la segunda infección humana por el virus de la influenza aviar A(H9N2) notificada a la OMS desde India; la primera ocurrió en 2019. Podrían presentarse más casos humanos esporádicos, ya que éste es uno de los virus de la influenza aviar más prevalentes que circulan entre las aves de corral en diferentes regiones.

Respuesta de salud pública

La OMS está brindando apoyo continuo al Gobierno de India a través de asesoramiento técnico, actualizaciones sobre la evaluación de riesgos y actualización de planes de contingencia, tanto en el sector humano como en el animal, de acuerdo con las orientaciones globales.

El Gobierno de India ha implementado las siguientes actividades de coordinación en respuesta al incidente:

- Se formó un equipo compuesto por un especialista en salud pública, un pediatra y funcionarios veterinarios del Departamento de Ganadería y la Facultad de Veterinaria, y el Go-

bierno de West Bengal para investigar la aparición de enfermedades tipo influenza en aves de corral locales.

- Se mejoró la vigilancia de las ETI en humanos en el distrito notificante y en las zonas vecinas.
- El Departamento Veterinario del Distrito intensificó la vigilancia de los animales.
- El Departamento de Ganadería compartirá información sobre la vigilancia de los virus de la influenza aviar (todos los subtipos bajo vigilancia) en aves de corral, aves silvestres, etc., en las zonas afectadas y aledañas con las autoridades de Salud del Estado y a nivel central con el Ministerio de Salud y Bienestar Familiar, Gobierno de India.
- La OMS continúa apoyando el fortalecimiento de las capacidades básicas del RSI del país, asegurando que los colegas del Ministerio de Salud y del Departamento de Ganadería, junto con sus socios, se mantengan informados sobre los riesgos globales emergentes de la influenza aviar en la interfaz entre animales y humanos.
- De conformidad con el Plan de Acción Conjunto Una Salud, la OMS está trabajando activamente para mejorar el enfoque Una Salud mediante el desarrollo de capacidades para evaluaciones conjuntas de riesgos.
- La OMS está brindando apoyo técnico para actualizar los planes de contingencia de influenza aviar/pandémica específicos de cada país, según lo solicitado.

Evaluación de riesgos de la OMS

La mayoría de los casos humanos de infección por el virus de la influenza aviar A(H9N2) se han expuesto al virus a través del contacto con aves de corral infectadas o ambientes contaminados. La infección humana tiende a provocar una enfermedad clínica leve. Sin embargo, a nivel mundial, se han reportado algunos casos hospitalizados y dos casos fatales en el pasado. Dada la continua detección del virus en las poblaciones de aves de corral, se pueden esperar casos humanos esporádicos.

No se han reportado casos confirmados adicionales en el área local, según investigaciones conjuntas.

Actualmente, la evidencia epidemiológica y virológica disponible sugiere que este virus no ha adquirido la capacidad de transmitirse de manera sostenida entre humanos. Por tanto, la probabilidad de transmisión de persona a persona es baja. Sin embargo, la evaluación de riesgos se revisará si se dispone de más información epidemiológica o virológica.

Los viajeros internacionales de regiones afectadas pueden presentar infecciones durante sus viajes o después de su llegada a otros países. Incluso si esto ocurriera, se considera poco probable una mayor propagación a nivel comunitario, ya que este virus no ha adquirido la capacidad de transmitirse fácilmente entre humanos.

Consejo de la OMS

Este caso no cambia las recomendaciones actuales de la OMS sobre medidas de salud pública y vigilancia de la influenza en la interfaz humano-animal y ambiental. Es esencial realizar una investigación exhaustiva de cada infección humana.

El público debe evitar el contacto sin protección con aves de corral vivas, entornos de alto riesgo como mercados o granjas de animales vivos y superficies que puedan estar contaminadas con excrementos de aves de corral.

Se deben aplicar medidas de prevención y control de infecciones, incluida la higiene de manos frecuente, ya sea con agua y jabón o usando soluciones desinfectantes con alcohol para

garantizar que las manos estén visiblemente limpias, además de la limpieza y desinfección ambiental.

Los consejos de la OMS sobre la implementación temprana de medidas de prevención y control de infecciones para prevenir la propagación nosocomial de la enfermedad incluyen:

- Sensibilizar al personal sanitario sobre casos sospechosos.
- Implementar un sistema de detección y triaje (categorización de pacientes) en los hospitales.
- Implementar precauciones estándar, contra gotitas y precauciones contra la transmisión aérea (N95/FFP2/FFP3) cuando se lleven a cabo procedimientos de generación de aerosoles en casos sospechosos.
- Monitorear a los trabajadores de la salud para detectar fiebre y enfermedades tipo influenza.
- Proporcionar equipo de protección personal y formación adecuada en su uso.

Todas las infecciones humanas causadas por un nuevo subtipo de virus de la influenza son de declaración obligatoria según el RSI (2005). Los Estados Partes en el RSI (2005) deben notificar inmediatamente a la OMS cualquier caso confirmado por laboratorio de una infección humana reciente causada por un virus de la influenza A con potencial pandémico.

La OMS desaconseja aplicar restricciones a los viajes o al comercio basándose en la información actual disponible sobre este evento. La OMS no recomienda ninguna medida específica para los viajeros.

Los virus de la influenza animal normalmente circulan entre los animales, pero también pueden infectar a los humanos. Las infecciones en humanos se han adquirido principalmente por contacto directo con animales infectados o por contacto indirecto con ambientes contaminados. Dependiendo del huésped original, los virus de la influenza A se pueden clasificar como influenza aviar, influenza porcina o influenza por otros tipos de animales.

Las infecciones por el virus de la influenza aviar en humanos pueden causar enfermedades que van desde una infección leve del tracto respiratorio superior hasta enfermedades más graves y pueden ser fatales. También se han notificado conjuntivitis, síntomas gastrointestinales, encefalitis y encefalopatía.

Se requieren pruebas de laboratorio para diagnosticar la infección humana por influenza. La Organización Mundial de la Salud actualiza periódicamente los protocolos de orientación técnica para la detección de influenza zoonótica mediante métodos moleculares.

Japón continúa experimentando un pronunciado aumento de infecciones bacterianas estreptocócicas invasivas graves y sólo en los primeros cinco meses de 2024 alcanzaron una cifra récord para el país.

Hasta el 2 de junio se habían confirmado en el archipiélago nipón 977 de estas infecciones, , causadas por una variante poco común de estreptococo que en el peor escenario puede causar una enfermedad con una tasa de mortalidad de 30%.

La cifra supone casi el triple de los 349 casos contabilizados en el mismo período de 2023 y supera ya el número anual del año pasado, cuando se detectó un número récord de 941 de estas infecciones.

La prefectura de Tokio informó el mayor número de casos, con 145.

Las infecciones por estreptococos pueden causar raramente el síndrome de choque tóxico estreptocócico, provocado principalmente por estreptococos del grupo A (más común en niños) y con una tasa de mortalidad de 30%.

Los profesionales sanitarios están instando a la población a buscar atención médica de inmediato si presentan síntomas como dolor en las extremidades o fiebre, dado que el empeoramiento puede ser rápido y algunos casos provocar necrosis en las extremidades.

Las heridas en los pies son particularmente susceptibles a la infección bacteriana estreptocócica, y las lesiones pequeñas como ampollas o pie de atleta pueden ser puntos de entrada. En pacientes de edad avanzada, pueden pasar tan solo 48 horas desde la infección hasta la muerte.



El gobierno del estado de Lagos hizo un llamamiento a una mayor vigilancia y a la adopción de medidas de precaución para prevenir la propagación de un probable brote de cólera en el estado. Este llamamiento se produce tras un aumento en los casos de gastroenteritis grave notificados en Lagos en las últimas 48 horas.

El Comisionado de Salud del Estado de Lagos, Prof. Akin Abayomi, reveló que se han notificado casos de gastroenteritis grave en comunidades de las áreas de gobierno local de Eti-Osa, Lagos Island, Ikorodu y Kosofe, lo que ha causado alrededor de 60 ingresos hospitalarios y cinco muertes, principalmente de pacientes que se presentaron tarde, con deshidratación extrema.

“Hemos activado una mayor vigilancia y respuesta en todo el estado. La Dirección de Salud Ambiental del Ministerio de Salud y la Agencia de Protección Ambiental del Estado de Lagos (LASEPA) han sido alertadas para investigar una posible fuente de contaminación del agua en el eje Lekki-Victoria Island. Sospechamos de un probable brote de cólera; sin embargo, se han tomado muestras para confirmarlo. Al 28 de abril de 2024, Nigeria notificó 815 casos sospechosos de cólera y 14 muertes en 25 estados”, dijo.

El comisionado señaló que tras las recientes lluvias, el estado de Lagos ha experimentado un aumento notable en los casos de vómitos intensos y deposiciones líquidas, y añadió que los barrios marginales urbanos y las zonas superpobladas con saneamiento deficiente están particularmente en riesgo. Explicó que el cólera es una enfermedad altamente contagiosa que causa diarrea severa y puede poner en peligro la vida, y agregó que plantea una carga de salud significativa en áreas con tratamiento de agua y saneamiento deficientes, y podría afectar al estado de Lagos.

“Para prevenir el cólera, se insta a los ciudadanos a garantizar que el agua sea segura hirviéndola, clorándola o utilizando agua embotellada, y evitando productos helados elaborados con agua no tratada. Es fundamental mantener un saneamiento adecuado mediante el uso de sanitarios, la eliminación segura de las heces y evitando la defecación al aire libre. Es fundamental practicar una buena higiene, como lavarse las manos con jabón y agua limpia con regularidad, especialmente antes de comer, preparar los alimentos y después de ir al baño, y seguir las directrices de seguridad alimentaria”, aconsejó el Comisario.

Si bien destacó la importancia de mantener altos estándares de higiene y tomar medidas proactivas para prevenir brotes de cólera, Abayomi prometió mantener informado al público y reiteró el compromiso del gobierno de garantizar la salud y el bienestar de sus ciudadanos.

“Exhortamos a todos a adoptar estas medidas preventivas y reportar oportunamente cualquier caso sospechoso para salvaguardar a nuestras comunidades”, afirmó.

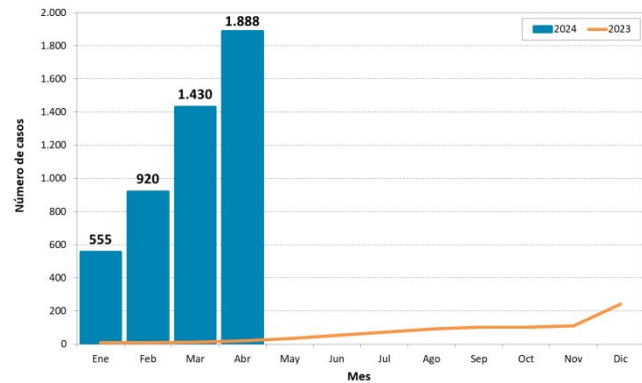
El cólera se ha vuelto endémico en muchos entornos de bajos recursos debido al suministro deficiente de agua, la mala higiene de los alimentos y la falta de disponibilidad o uso de servicios sanitarios básicos. La población de Nigeria es muy móvil, por lo que enfermedades infecciosas como el cólera también se propagan por esas rutas. Otros estados han informado de brotes de cólera y ahora el estado de Lagos ha informado de más de 60 casos y 5 muertes. El bajo índice de sospecha y la presentación tardía a los centros de salud son responsables de muchas muertes debido a deshidratación grave y shock.

Entre enero y abril de 2024, Inglaterra notificó provisionalmente a la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKHSA) 4.793 casos de tos convulsa confirmados por laboratorio. Esto se compara con 858 casos (provisionales) notificados en 2023. Se han notificado ocho muertes de bebés que desarrollaron tos convulsa entre enero y abril de 2024.

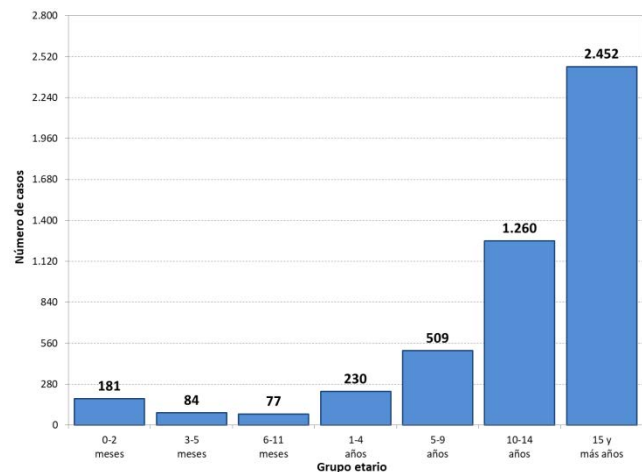
La tos convulsa es una enfermedad cíclica que alcanza su punto máximo cada 3 a 5 años; el último aumento cíclico se produjo en 2016 y el último brote importante en 2012. Las medidas de intervención implementadas para ayudar a controlar la propagación de la covid entre marzo de 2020 y julio de 2021 también tuvieron un impacto en otras enfermedades infecciosas, incluida la tos convulsa. En consecuencia, la actividad de la tos convulsa fue excepcionalmente baja en toda Inglaterra desde abril de 2020 y persistió en niveles bajos hasta el verano de 2023, cuando el número de casos comenzó a aumentar. Las cifras generales en 2023 siguieron siendo inferiores a las de los años anteriores a la pandemia. El reciente aumento de casos se ha observado en todos los grupos de edad y en todas las regiones de Inglaterra y el número de casos ha seguido aumentando durante los primeros cuatro meses de 2024, como se esperaba según los patrones estacionales habituales.

De los 4.793 casos confirmados entre enero y abril de 2024, alrededor de la mitad (2.452 casos; 51,2%) correspondieron a personas de 15 años o más y el 26,3% a niños de entre 10 y 14 años (1.260 casos).

El número de casos confirmados en bebés menores de 3 meses –que corren mayor riesgo de enfermedad grave y son demasiado pequeños para estar completamente vacunados– alcanzó un máximo de 407 casos en el brote anterior de 2012 y luego cayó después de la introducción de la vacunación materna. En los últimos años, los casos en bebés menores de 3 meses aumentaron de dos casos en 2022 a 48 casos en 2023, pero se mantuvieron por debajo de los años pico cíclicos pre-pandémicos; en 2019 se presentaron 83 casos en menores de 3 meses. La incidencia siguió siendo más alta en bebés menores de 3 meses en 2023. Entre enero y abril de 2024 hubo 181 niños menores de 3 meses con tos convulsa confirmada, mientras que en el mismo período de 2012 hubo 101 casos.



Casos de tos convulsa confirmados por laboratorio. Inglaterra. Desde enero de 2023 hasta abril de 2024. (n=5.651). Fuente: Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido.



Casos de tos convulsa confirmados por laboratorio, según grupos etarios. Inglaterra. Año 2024, hasta abril. (n=4.793). Fuente: Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido.

En los 12 años previos a la introducción de la vacunación materna contra la tos convulsa en octubre de 2012, se produjeron 63 muertes en bebés menores de un año con tos convulsa confirmada. Desde la introducción de la vacuna contra la tos convulsa durante el embarazo, desde 2013 hasta finales de abril de 2024, ha habido 29 muertes de bebés con tos convulsa confirmada que eran demasiado pequeños para estar completamente protegidos por la vacunación infantil. Lamentablemente, esto incluye ocho muertes de bebés que contrajeron tos convulsa entre enero y abril de 2024. De los 29 bebés que murieron, 23 tenían madres que no fueron vacunadas durante el embarazo.

La vacunación materna es muy eficaz contra la tos convulsa y la hospitalización. La eficacia calculada de la vacuna materna contra la muerte infantil se actualizó para incluir las muertes recientes hasta fines de marzo de 2024 y sigue siendo muy alta, de alrededor de 92%.

Los niveles de vacunación entre mujeres embarazadas, bebés y niños pequeños han disminuido en los últimos años en toda Inglaterra. La adopción de la vacuna materna cayó de 74,7% en diciembre de 2017 a 59,5% en diciembre de 2023, aunque esto representa un aumento con respecto a alrededor de 58% en septiembre de 2023. La vacunación durante el embarazo es clave para proteger pasivamente a los bebés antes de que puedan ser protegidos directamente por el programa de vacunación infantil. La vacuna contra la tos convulsa se recomienda en todos los embarazos y las mujeres normalmente deben recibir la vacuna contra la tos convulsa alrededor del momento de la exploración a mitad del embarazo (generalmente a las 20 semanas), pero pueden recibirla a partir de las 16 semanas. Para ayudar a brindar una protección óptima, la vacuna debe administrarse antes de las 32 semanas; pero las mujeres que no la reciban antes de ese momento pueden recibirla más adelante. También es importante que los bebés sean vacunados a tiempo cuando sean elegibles para recibir las dosis infantiles a las 8, 12 y 16 semanas de edad y que aquellos que omiten la vacunación sean vacunados lo antes posible.

Las pautas para el manejo de la tos convulsa en salud pública brindan detalles sobre la investigación de laboratorio adecuada de los casos sospechosos. Este consejo de salud pública se basa en la edad del caso sospechoso y el tiempo desde la aparición de sus síntomas. Las pruebas de confirmación adecuadas permiten seguir de cerca la situación, garantizan que se adopten medidas de salud pública cuando sea necesario y respaldan una gestión clínica adecuada. Recientemente se han publicado orientaciones adicionales sobre la gestión de la salud pública durante períodos de mayor actividad de tos convulsa para utilizarlas junto con las orientaciones principales.

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.