

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de la mpox
- Buenos Aires: Nuevo brote de triquinelosis y ya son 61 los casos confirmados en lo que va del año

AMÉRICA

- Brasil: Alerta en Minas Gerais ante un caso de sarampión
- Colombia: Brote de malaria, la nueva emergencia en Chocó
- Cuba: Alerta ante el aumento de casos de fiebre de Oropouche

- Estados Unidos: Tres casos humanos de encefalitis equina del Este en lo que va del año

- Estados Unidos: Brote multiestatal de salmonelosis vinculado a tortugas mantenidas como mascotas

- México: Muerte por rickettsiosis en Ensenada, Baja California

EL MUNDO

- Francia: Un brote de salmonelosis vinculado con el consumo de queso enferma a 70 personas

- India: Hubo 22 muertes humanas por rabia en los primeros seis meses de 2024 en Tamil Nadu

- República Democrática del Congo: La crisis humanitaria contribuyó a convertir la mpox en una emergencia global

- Sri Lanka: Reportaron 16 muertes por dengue y los casos superan los 34.000

- Vietnam: Analizan declarar epidemia de sarampión en Thành phố Hồ Chí Minh

OPINIÓN

- Existe una oportunidad de detener la tuberculosis, si se actúa a tiempo

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.

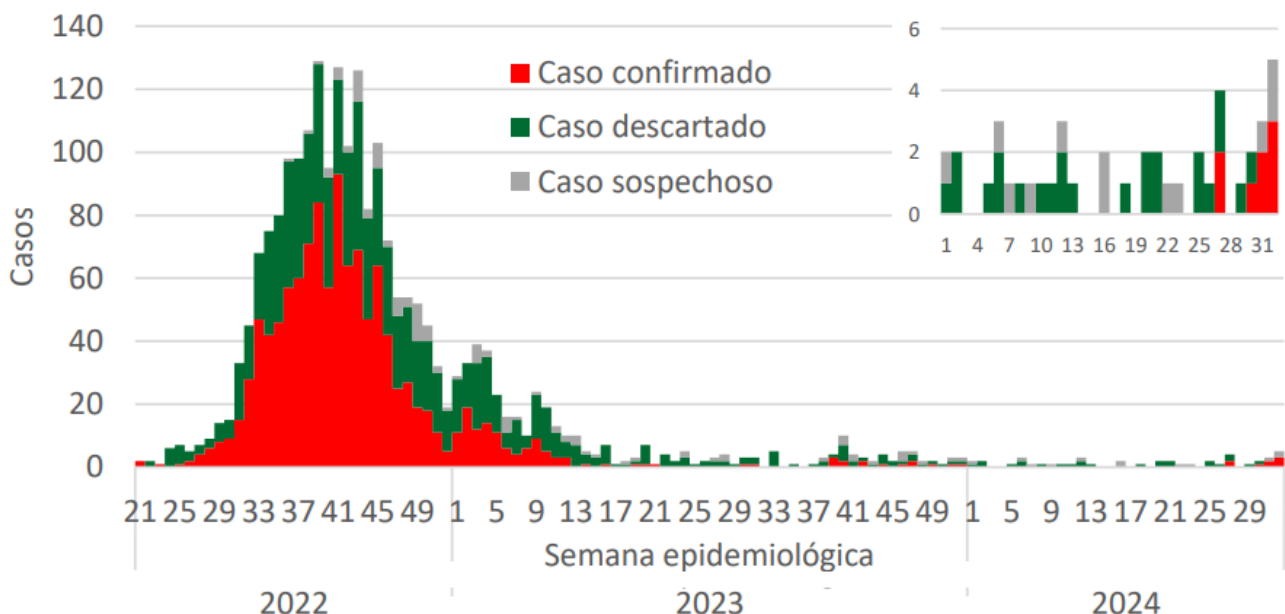
Argentina

BOLETÍN
EPIDEMIOLÓGICO
NACIONAL
DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MPOX

19/08/2024

En Argentina el primer caso confirmado de mpox se registró en la semana epidemiológica (SE) 21 de 2022. Desde entonces, se han registrado 1.157 casos confirmados con dos fallecidos. Los casos se distribuyeron de la siguiente manera: 1.025 en 2022, 124 en 2023 y ocho en lo que va de 2024. Los casos confirmados de 2024 se identificaron a partir de la SE 27. No se registraron casos fallecidos en el presente año. La mediana de edad fue de 34 años, con un mínimo de 23 años y un máximo de 44 años. De los ocho casos confirmados, siete corresponden a personas del sexo legal masculino, y con residencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (3 casos) y en las provincias de Buenos Aires (2), Corrientes (1), Santa Fe (1) y Río Negro (1). Cuatro casos registran antecedentes de viaje o contacto con viajeros, un caso no presenta estos antecedentes, mientras que los restantes se encuentran en investigación epidemiológica. Los casos se caracterizaron principalmente por la presencia de exantemas vesiculares en diferentes localizaciones (incluyendo genitales, perianales, manos y torso), fiebre y mialgias.



Casos notificados de mpox, según clasificación. Argentina. De semana epidemiológica 21 de 2022 a 32 de 2024. (N= 2.205). Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Provincia/Región	Año 2022	Año 2023	Año 2024 SE 1 a 32	Año 2024 SE 32	Totales 2022/24
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	675	53	2	1	730
Buenos Aires	275	28	3	1	306
Córdoba	23	32	–	–	55
Santa Fe	17	1	1	–	19
Centro	990	114	6	2	1.110
Mendoza	4	5	–	–	9
San Juan	1	–	–	–	1
Cuyo	5	5	–	–	10
Chaco	1	–	–	–	1
Corrientes	1	3	1	1	5
Formosa	–	1	–	–	1
Noreste Argentino	2	4	1	1	7
Jujuy	1	1	–	–	2
Salta	1	–	–	–	1
Tucumán	3	–	–	–	3
Noroeste Argentino	5	1	–	–	6
Chubut	2	–	–	–	2
Neuquén	3	–	–	–	3
Río Negro	5	–	1	–	6
Santa Cruz	4	–	–	–	4
Tierra del Fuego	9	–	–	–	9
Sur	23	–	1	–	24
Total Argentina	1.025	124	8	3	1.157

Casos confirmados de mpox, según jurisdicción de residencia. Argentina. De semana epidemiológica 21 de 2022 a 32 de 2024. (N= 1.157). Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

En 2024, hasta la semana epidemiológica (SE) 31, en la provincia de Buenos Aires se notificaron 157 casos sospechosos de triquinelosis, de los cuales se confirmaron 61 casos, tres son probables, dos fueron descartados y 91 permanecen en estudio. Hasta el 5 de agosto se confirmaron cinco brotes de triquinelosis vinculados al consumo de productos de faena casera.

- Primer brote: Se registró el 23 de junio en la localidad de Juan Bautista Alberdi, partido de Leandro Nicéforo Alem y una persona del partido de General Pinto. Se identificaron 19 personas con síntomas compatibles, vinculadas al consumo de embutidos y quesos de faena casera.
- Segundo brote: Se registró en Mar del Plata, partido de General Pueyrredón, el 25 de junio. Se trató de un evento familiar con consumo de chacinados caseros. Fueron identificadas hasta la fecha 12 personas sintomáticas.
- Tercer brote: Se registró en la localidad de Quequén, partido de Necochea, el 28 de junio. Se identificaron 45 personas expuestas, de las que 41 presentaron síntomas en un evento familiar.
- Cuarto brote: Se registró en el partido de Guaminí, el 3 de julio. Se identificaron 32 personas (algunas residentes en el partido de Coronel Suárez), todas con síntomas compatibles.
- Quinto brote: Se trató de un brote familiar que afectó a personas con residencia en los partidos de Florencio Varela y Quilmes. Se notificaron cuatro personas sintomáticas. En respuesta a este, se llevaron a cabo las acciones de control de foco desde las regiones sanitarias correspondientes, secretarías de Salud, direcciones de Bromatología de los partidos y referentes zonales de la Dirección Provincial de Fiscalización Agropecuaria.

Todas las personas recibieron tratamiento con albendazol y mebendazol, y las muestras fueron derivadas para su diagnóstico al laboratorio del Departamento de Zoonosis Rurales del Ministerio de Salud.

Además, en el mes de mayo, se identificó un incidente alimentario sin casos, en los cuales hubo siete personas expuestas que no presentaron síntomas en el partido de Coronel Dorrego; todas recibieron tratamiento preventivo con mebendazol.

Los casos de este año superan a los del año anterior: para el mismo período del año 2023 se habían notificado 96 casos sospechosos, 53 de los cuales se confirmaron y cinco fueron probables. Además, se habían registrado cinco brotes en los partidos de Chivilcoy, Coronel Dorrego, Ayacucho, Tres Arroyos y uno de gran extensión, de origen comercial, que abarcó a 12 municipios de las regiones sanitarias I y III.

La triquinelosis es una enfermedad parasitaria causada por las larvas y parásitos adultos de nematodos del género *Trichinella*, que afecta al ser humano, mamíferos domésticos y silvestres, aves y reptiles. Se trata de una zoonosis, la cual se transmite al ser humano, de modo accidental, por la ingestión de carne o derivados cárnicos, crudos o mal cocidos, que contengan larvas musculares viables.

Los brotes se producen en su mayoría durante la época de bajas temperaturas, relacionado con el momento del año en que se realiza con mayor frecuencia la faena de animales provenientes de la crianza familiar. Asimismo, aumenta la elaboración de chacinados y embutidos, debido a que no se necesita de una cámara frigorífica para preservar los alimentos.

Ante la confirmación de un caso importado de sarampión en Belo Horizonte en la semana epidemiológica 33 de 2024, y el riesgo de aparición de casos secundarios, la Secretaría de Salud del Estado de Minas Gerais (SES-MG), reforzó la recomendación de que todas las Unidades Regionales de Salud mantengan a los municipios de sus regiones sanitarias ampliadas en alerta ante cualquier caso sospechoso de enfermedad febril exantemática. En caso de detección de casos sospechosos de esta enfermedad, deben ser notificados de inmediato y debidamente investigados.

Además, dada la persistencia de las bajas coberturas de primera y segunda dosis de la vacuna triple viral, el aumento de casos de sarampión en el mundo, la ocurrencia de casos importados en América, el flujo migratorio de poblaciones vulnerables y la circulación de turistas en el país, la vigilancia de nuevos casos se vuelve más necesaria e importante.

El 8 de agosto de 2024, la Secretaría Municipal de Salud de Contagem recibió la notificación de un caso sospechoso de sarampión atendido en la red suplementaria, con serología IgM positiva en un laboratorio privado. Se trata del caso de un joven de 17 años, residente en Belo Horizonte, que inició síntomas el 30 de julio, presentando tos, dolor de cabeza, linfadenopatía y dolor corporal. El 4 de agosto desarrolló un sarpullido. El paciente llegó de Inglaterra el 30 de julio con estado de vacunación no acreditado mediante carné de vacunación. Ante la sospecha y el resultado reactivo de laboratorio, Vigilancia Municipal recogió una muestra de secreción respiratoria (hisopado), la cual, previo análisis en la Fundação 'Ezequiel Dias' (FUNED), tuvo resultado detectable mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para sarampión el 14 de agosto. A partir de este resultado, se iniciaron todas las medidas de seguimiento y control con el apoyo del Centro de Informaciones Estratégicas en Vigilancia de la Salud del Estado de Minas Gerais, el área técnica y los municipios. Se llevaron a cabo aislamiento de casos, rastreo de contactos y vacunación de bloqueo.

En Brasil, el último caso de sarampión fue confirmado en 2022. En 2023 no hubo registros. En el mundo, hasta mayo de 2024, se notificaron 178.768 casos sospechosos y 121.413 (68%) confirmados, un aumento de 94% en comparación con 2023.

En 2016, Brasil recibió la certificación de eliminación del virus del sarampión, y hasta el año siguiente no hubo registro de la enfermedad en el país. En 2018 se confirmaron 9.325 casos.

Al año siguiente, el país perdió su certificación, año en el que se registraron 20.901 casos de la enfermedad. En 2020 se confirmaron 8.100 casos y, en 2021, hubo 676 casos confirmados. En 2022 se confirmaron 41 casos y en 2023 no se confirmó ninguno.

El paro armado del Ejército de Liberación Nacional en gran parte del departamento Chocó terminó el 19 de agosto a primera hora, pero los daños que esto generó no han dejado de presentarse. La Defensoría del Pueblo alertó por un brote de malaria en el municipio del Medio San Juan que afecta a 160 personas.



Este brote se produjo, de acuerdo a la entidad, debido a que los pobladores no pudieron recibir tratamientos médicos ni acceder a medicamentos durante los nueve días en los que el Frente de Guerra Occidental ‘Omar Gómez’ hostigó a cerca de 16 municipios con el paro armado.

Los principales afectados con malaria forman parte de la comunidad indígena La Lerma, que habita la zona rural del municipio chocoano. El reporte de este festivo es que cerca de 600 personas tienen síntomas, pero solo a 200 se les han podido practicar exámenes. De ellas, 160 arrojaron positivo en las pruebas.

El problema también está en que los municipios no tienen todavía combustible y por ende la movilización por los ríos San Juan, Sipí y Cajón se ha complicado, así como el transporte de medicamentos.

“Preocupa a la entidad de derechos humanos que los cerca de 45.000 afectados por la medida del grupo rebelde en cinco municipios –Nóvita, Istmina, Medio San Juan, Sipí y El Litoral del San Juan– estén sintiendo la ausencia de productos indispensables de la canasta familiar. Por consiguiente, la seguridad alimentaria debe ser garantizada en la subregión del San Juan”, explicó la entidad liderada por Julio Luis Balanta.

Con su bata blanca, el pelo y el bigote completamente canos, y el rostro noble y cansado, el Dr. Francisco Alberto Durán García, director nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública de Cuba, reapareció a inicios de julio en la televisión nacional para comunicar a los cubanos que el [virus de Oropouche](#), ese nombre raro del que tanto han oído hablar últimamente, se había extendido a 12 provincias de la isla. También pidió a la población no subestimar sus síntomas. Los cubanos le prestan atención a Durán García como a casi ningún otro funcionario. Fue el rostro que apareció en la televisión, día por día, advirtiendo del peligro de la covid [cuando la epidemia aterrizó en el país](#) y en todo el mundo, y leyó, día por día, los nombres y apellidos de las víctimas que el virus dejó tras su paso. Aunque no se trate de la covid, ahora el doctor alertó a los cubanos que no se desentiendan de los riesgos de un virus tropical que ha encontrado en Cuba un territorio fértil para expandirse.



“Es importante no subestimar los síntomas porque son [similares al dengue](#); pero el dengue sí te puede matar, de ahí la importancia que el diagnóstico lo haga un especialista”, dijo Durán García, quien también insistió en que condiciones como las intensas lluvias o el calor de los meses de verano aceleran la reproducción del mosquito *Culex quinquefasciatus*, el vector de la fiebre de Oropouche, que habita en la isla y se reproduce con facilidad en las estanques y aguas albañales. La directora general del Instituto de Medicina Tropical ‘Prof. Pedro Kourí Esmeja’, la doctora en Ciencias Vivian Kourí Cardellá, aseguró que la situación geográfica de Cuba, en la entrada del Golfo de México, además del [cambio climático](#) y los fenómenos naturales, la hace foco de infecciones como las arbovirosis.

Al día de hoy, el virus ya está presente en todas las provincias del país, con mayor fuerza en zonas rurales y semirurales. Los cubanos, que ya han tenido que lidiar antes con epidemias como la fiebre zika, la fiebre chikungunya, la influenza A(H1N1), el covid, la influenza aviar, la mpox y con los muchísimos casos de dengue que se reportan a diario, se han alarmado no solo por la presencia de un virus del cual aún se conoce muy poco, sino por los escasos recursos con que cuenta el país para hacer frente a la enfermedad.

Aunque, hasta el momento, el Gobierno no ha hecho pública la cifra oficial de personas infectadas, la Organización Mundial de la Salud aseguró en junio que, desde que el 27 de mayo el Ministerio de Salud Pública notificara el primer brote de la enfermedad en la provincia de Santiago de Cuba, se habían registrado en el país un total de 74 casos, de los cuales 36 eran hombres y 38 mujeres. Pero eso fue hace dos meses, por lo que se estima que las cifras hoy son mucho mayores.

El virus de Oropouche fue detectado por primera vez en 1955 en Trinidad y Tobago, aunque se considera que la primera gran epidemia tuvo lugar en 1960 en Brasil. Hasta hoy, nada

prueba que la enfermedad se transmite de persona a persona, sino a través de las picaduras de mosquitos, jejenes y garrapatas. En Cuba es la primera vez que se tiene noticias de su presencia. En América Latina suman más de 7.700 los casos reportados por Brasil, Ecuador, Guayana Francesa, Panamá, Bolivia, Perú o Colombia. En Europa, países como España, Italia y Alemania han registrado varios casos de personas infectadas con el virus, la mayoría tras sus recientes viajes a Cuba.

Las autoridades médicas del país y los pacientes han descrito síntomas como fiebre alta, fotofobia, cansancio, dolores musculares y de cabeza, artralgias, vómitos o náuseas, que pueden extenderse por varias semanas. Por el momento, hay una tendencia de las autoridades a disminuir el impacto mortal del virus, a pesar de que ya se reportaron los primeros dos fallecidos en el noroeste de Brasil. Aunque el Gobierno de Cuba aseguró que no ha registrado pacientes en estado de gravedad ni muertes, ya hay varias denuncias de cubanos que han fallecido tras ser diagnosticados con la enfermedad.

El padrastro de Ian Mario, un hombre “saludable” de 70 años, falleció hace unas semanas, al cuarto día de que le diagnosticaron fiebre de Oropouche en un centro médico de Cienfuegos. “En mi barrio casi todo el mundo prácticamente tenía la enfermedad”, dijo Ian Mario. “Mi padrastro se fue complicando, tenía fiebre, cansancio, y llegó el momento en que no podía orinar. Finalmente murió por una obstrucción urinaria. Al parecer, este virus desencadenó un grupo de problemas en su organismo. Todo fue muy rápido, de un momento a otro lo llevaron al hospital y a las horas le dijeron a mi mamá que le quedaba muy poco tiempo de vida. Ella no se lo podía creer. Fue así de golpe, al momento había muerto”.

“Síndrome febril” en lugar de fiebre de Oropouche

Varias denuncias en redes sociales aseguran que el Gobierno cubano esconde las cifras reales de los enfermos de fiebre de Oropouche, nombrando la enfermedad como “síndrome febril”. El panorama es desalentador en un país donde, al menos en la provincia de Guantánamo, se reportan 150 “casos febriles” por semana, según las propias fuentes oficiales. Uno de los casos que ha acaparado la atención de la prensa independiente fue el del joven de 22 años, Richard Daniel Nieves Chaveco, quien ingresó en el Hospital Clínico Quirúrgico Universitario ‘Dr. Ambrosio Grillo y Portuondo’ de Santiago de Cuba con síntomas de la fiebre de Oropouche y falleció tres días después.

Las autoridades sanitarias no contemplan la relación de estas muertes con el nuevo virus, y Durán García ha dicho que, aunque “no se reportan casos graves, críticos, ni fallecidos por la fiebre de Oropouche, no por ello se le puede restar importancia”. En el país –que comenzó una investigación junto a Rusia sobre la enfermedad en la región del Caribe– no se ha decretado una alerta sanitaria. No obstante, desde el 1 de agosto la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitieron una alerta epidemiológica instando a reforzar “las medidas de vigilancia entomológica, control vectorial y de protección personal de la población en mayor riesgo”.

Hasta el momento no existen vacunas o tratamientos específicos para la enfermedad, y en Cuba las autoridades han aconsejado tomar abundante líquido y mantener la higiene para evitar la propagación del vector. El hecho de que “se conoce muy poco acerca de las secuelas” que pueda dejar la infección, como aseguró la Dra. Carilda Emilia Peña García, viceministra del Ministerio de Salud Pública, hace que muchos sientan miedo de la presencia del virus en un país que atraviesa su peor crisis sanitaria, con escasez no solo de médicos, sino de recursos en los hospitales o disponibilidad de medicamentos en las farmacias.

El mismo gobernante cubano, Miguel Mario Díaz-Canel Bermúdez, reconoció que este año seguiría la “carencia de medicamentos”, y el grupo empresarial biofarmacéutico BioCubaFarma afirmó que en julio escaseaban 251 medicinas de las que se fabrican en el país. Ante la escasez, muchas personas han tratado de aliviar las fiebres con tés naturales, pero las autoridades alertaron públicamente que eliminen esta práctica, ya que muchos niños infectados con el virus terminan con cuadros diarreicos o vómitos.

La falta de combustible es otra de las causas que contribuye con la propagación de la fiebre de Oropouche en Cuba. Durán García aseguró recientemente que el país no cuenta con insecticidas ni combustible para llevar a cabo campañas de fumigación contra los mosquitos, que suelen ser particularmente molestos durante las horas de apagón. Muchas son las denuncias en los últimos tiempos a causa de la acumulación de basura en todo el país, y fundamentalmente en La Habana, donde no solo no hay combustible, sino tampoco camiones para eliminar los enormes basureros que crecen en cada esquina. Un informe del [Observatorio Cubano de Auditoría Ciudadana](#) aseguró que en la ciudad, donde se producen 23.000 metros cúbicos diarios de basura, las autoridades sólo recogen el 68%, mientras unos 7.600 metros cúbicos permanecen esparcidos por la capital, donde se han reportado no pocos casos de dengue.



En 2024, hasta el 17 de agosto, se han reportado tres casos humanos de encefalitis equina del Este (EEE) en Estados Unidos: en New Jersey, Vermont y, más recientemente, Massachusetts.

En New Jersey, los funcionarios de salud del condado de Atlantic confirmaron el primer caso humano de EEE a principios de este mes. Se trata del primer caso humano en el estado desde 2019. El paciente está bajo atención médica y se está recuperando.

En Vermont, los funcionarios de salud del estado anunciaron la semana pasada el primer caso humano de EEE en Vermont desde 2012. El caso, un hombre de unos 40 años del condado de Chittenden, fue hospitalizado el 16 de julio, pero salió del hospital una semana después.

El caso se detectó mediante pruebas de laboratorio y el informe del proveedor de atención médica. El Departamento de Salud coordinó el envío de muestras a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y recibió los resultados confirmatorios el 8 de agosto.

El 16 de agosto, el Departamento de Salud Pública de Massachusetts anunció el primer caso humano de EEE en el estado este año. Se trata de un hombre de unos 80 años que estuvo expuesto en el condado de Worcester. Este es el primer caso humano en Massachusetts desde 2020.

Aunque es poco frecuente –solo se informan unos pocos casos en Estados Unidos cada año y la mayoría de los casos ocurren en los estados del Este o de la costa del Golfo–, la encefalitis equina del Este (EEE) es una enfermedad grave y potencialmente mortal que puede afectar a personas de todas las edades. Generalmente se transmite a los humanos a través de la picadura de un mosquito infectado

La EEE se transmite por la picadura de un mosquito infectado con el virus de la EEE (EEEV). El EEEV también puede infectar a una amplia variedad de animales, incluidos mamíferos, aves, reptiles y anfibios. La propagación del EEEV a los mamíferos (incluidos los seres humanos y los caballos) se produce a través de la picadura de mosquitos infectados que se alimentan tanto de aves como de mamíferos.

La mayoría de las personas infectadas con el virus no presentan síntomas o estos son leves, como fiebre, escalofríos, fatiga y dolores en las articulaciones y el cuerpo. Aunque es poco frecuente, la EEE puede provocar una enfermedad grave, incluida la encefalitis. La EEE es mortal en aproximadamente un tercio de las personas que desarrollan una enfermedad grave. Muchas de las personas que se recuperan de la enfermedad grave quedan con secuelas.

No existen vacunas para prevenir ni medicamentos para tratar la encefalitis equina del Este.



Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y funcionarios de salud pública de varios estados están recopilando [diferentes tipos de datos](#) en la investigación de un brote multiestatal de infecciones por *Salmonella enterica enterica* serovariedad Stanley y *Salmonella enterica enterica* serovariedad Poona.

La información epidemiológica, de laboratorio y de rastreo muestra que el contacto con tortugas acuáticas pequeñas es la causa de este brote.

Se ha reportado un total de 51 personas infectadas con las cepas del brote de salmonelosis en 21 estados: Florida (7 casos), California (6), New York (6), Georgia (4), New Jersey (3), Tennessee (3), Virginia (3), Illinois (2), Indiana (2), Maryland (2), Ohio (2), Pennsylvania (2), Alabama (1), Alaska (1), Colorado (1), Connecticut (1), Kentucky (1), Massachusetts (1), Michigan (1), New México (1), North Carolina (1).

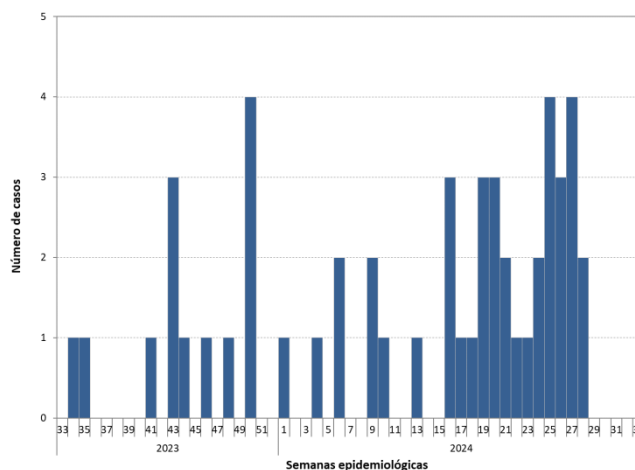
De estos casos notificados, 38 se infectaron con la serovariedad *Salmonella* Stanley y 13 con la serovariedad *Salmonella* Poona. Las enfermedades comenzaron en fechas que van desde el 20 de agosto de 2023 hasta el 9 de julio de 2024. De 48 personas con información disponible, 23 (48%) han sido hospitalizadas y no se han reportado muertes.

Es probable que la cantidad real de casos en este brote sea mayor que la informada, y es posible que el brote no se limite a los estados que han notificado casos. Esto se debe a que algunas personas se recuperan sin atención médica y no se les realizan pruebas de detección de *Salmonella*. Además, es posible que aún no se hayan informado los casos recientes, ya que generalmente se necesitan de tres a cuatro semanas para determinar si un caso forma parte de un brote.

La información disponible sobre las personas afectadas en este brote es la siguiente:

- Edad (de 51 casos): rango de 1-78 años; media de 8 años. El 35% son menores de 5 años y 20% son menores de 1 año. El brote causado por *Salmonella* Poona tiene proporciones más altas de niños (46% son niños de un año o menos).
- Sexo (de 51 casos): 53% mujeres, 47% hombres.
- Raza (de 42 casos): 52% blancos; 45% afroamericanos/negros; 2% asiáticos.
- Etnia (de 43 casos): 60% no hispanos, 40% hispanos El brote causado por *Salmonella* Poona tiene proporciones más altas de personas que se identificaron como hispanas (67%).

Los funcionarios de salud pública estatales y locales están entrevistando a las personas sobre los animales con los que estuvieron en contacto la semana previa a enfermarse. De 41 personas entrevistadas, 27 (66%) informaron haber tenido contacto con tortugas acuáticas como mas-



Casos de salmonelosis vinculados al contacto con tortugas acuáticas pequeñas mantenidas como mascotas. Estados Unidos. De semana epidemiológica 33 de 2023 a 33 de 2024. Fuente: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

cotas. De las 23 personas que informaron el tamaño de la tortuga, 21 (91%) informaron haber tenido contacto con tortugas con caparazones de menos de 10 cm de largo.

La secuenciación del genoma completo mostró que las bacterias obtenidas de muestras de las personas enfermas están estrechamente relacionadas genéticamente, lo que significa que es probable que los casos que forman parte de estos brotes enfermaron a causa del mismo tipo de animal.



El análisis de [secuenciación del genoma completo](#) de las bacterias de las muestras de 49 personas no predijo resistencia a ningún antibiótico. Se predijo que un aislado sería resistente a los siguientes antibióticos: ampicilina, ceftiofur, ceftriaxona, ciprofloxacino y trimetoprima-sulfametoxazol. Hay más información disponible en el sitio del [Sistema Nacional de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos \(NARMS\)](#). La mayoría de las personas con enfermedad causada por *Salmonella* se recuperan sin antibióticos. Sin embargo, si se necesitan antibióticos, es poco probable que esta resistencia afecte la elección del antibiótico utilizado para tratar a la mayoría de los casos.

En junio de 2024, se recogieron muestras de la tortuga de una persona enferma en California para realizar pruebas. Esta tortuga fue comprada a un vendedor ambulante. La secuenciación del genoma completo realizada por el Laboratorio del Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles mostró que el serotipo Poona de *Salmonella* de la tortuga estaba estrechamente relacionado con la bacteria de las personas enfermas.

En julio de 2024, se recogieron muestras de una tortuga y su entorno en la casa de una persona enferma en Illinois para realizar pruebas. La tortuga se compró en una tienda de recuerdos. La secuenciación del genoma completo realizada por el Laboratorio del Departamento de Salud Pública de Illinois mostró que la *Salmonella* Poona presente en la tortuga y su entorno era la misma que la bacteria del individuo enfermo.

Dieciocho personas en ambos brotes informaron haber comprado o recibido estas pequeñas tortugas en una variedad de lugares: vendedores ambulantes (5 casos; 28%), minoristas en línea (4 casos; 22%), tiendas de recuerdos (4 casos; 22%), recibidas como regalo (2 casos; 11%), intercambios (1 caso; 6%), tiendas de mascotas (1 caso; 6%) y redes sociales (1 caso; 6%).

No se identificó un proveedor común de tortugas en estos lugares.

Un joven de 14 años, residente de la colonia Las Tres Presas, ubicada en el Ejido Padre Kino 2, falleció recientemente debido a las complicaciones por rickettsiosis tras una picadura de garrapata.

Enrique Flores Silva, del Programa de Zoonosis de la IV Jurisdicción Sanitaria, informó que la zona se encuentra en alerta máxima para una intervención conjunta entre la comunidad y las autoridades de salud.



Según el médico veterinario zootecnista, el joven falleció en la ciudad de Ensenada debido a las complicaciones derivadas de la picadura de la garrapata. Flores Silva explicó que la joven comenzó a presentar síntomas el 15 de agosto, y al día siguiente fue trasladado de urgencia a Ensenada y falleció en un hospital de ese municipio al día siguiente.

Flores Silva también señaló que este caso no fue comunicado previamente por las autoridades de la IV Jurisdicción de Salud. El certificado médico realizado por el legista confirmó que el joven padecía rickettsiosis.

Con base en esta información, las autoridades de salud de diversos programas acudieron a la colonia, que ha sido declarada foco rojo. Se llevaron a cabo acciones inmediatas en el domicilio de la menor, que incluyeron un estudio entomológico y actividades conjuntas con la comunidad, extendiéndose a nueve manzanas aledañas.

Urgen a tomar medidas

El médico agregó que, en lo que va del año, se han registrado más casos positivos, así como algunos descartados. Según las estadísticas de 2023, hay una mayor incidencia en niños. Por ello, invitó a la ciudadanía a realizar una limpieza inmediata en sus domicilios, predios y áreas colindantes, y a continuar con los programas de fumigación en curso.

Los síntomas de la enfermedad incluyen fiebre y dolor de cabeza; si no se atienden, pueden evolucionar a dolor abdominal, en las articulaciones, vómitos, diarrea y erupciones cutáneas.

Finalmente, Flores Silva destacó que la presencia de garrapatas no se limita al verano, sino que puede ocurrir en otras temporadas también.



FRANCIA

UN BROTE DE SALMONELOSIS VINCULADO CON EL
CONSUMO DE QUESO ENFERMA A 70 PERSONAS

15/08/2024

En Francia, un brote de salmonelosis afectó a 72 personas. El brote está vinculado con el consumo de quesos de pasta blanda Le Chateau, producidos en Cantal por GAEC Deflisque, entre principios de marzo y principios de agosto.

El Instituto 'Dr. Louis Pasteur' y Salud Pública de Francia identificaron los casos de infección por *Salmonella enterica enterica* serovariedad Typhimurium monofásicos con características similares entre fines de julio y principios de agosto.

Más de la mitad de los casos fueron identificados en Puy-de-Dôme, Corrèze y Creuse; otros se detectaron recientemente en las regiones de Nouvelle-Aquitaine, Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire, Pays de la Loire, Bretagne, Grand-Est y Occitanie.

Los cuestionarios alimentarios realizados a los pacientes y el trabajo de trazabilidad en los lugares de compra y consumo permitieron identificar los productos implicados.

El 23 de julio, las autoridades de Cantal cerraron la quesería y confiscaron los quesos que se encontraban allí. El 1 de agosto, las muestras confirmaron la contaminación de los quesos con la cepa del brote.

Se aplicó el retiro de todos los lotes de quesos Le Chateau de GAEC Deflisque y todas las fechas de caducidad vendidas a partir de marzo de 2024.

En 2022, se confirmó la presencia de *Salmonella* en 158 brotes en Francia, con 975 casos y 165 hospitalizaciones. La leche y los productos lácteos se relacionaron con nueve brotes confirmados o sospechosos de salmonelosis.

Los alimentos contaminados con la bacteria *Salmonella* no suelen tener aspecto, olor o sabor diferente. Cualquier persona puede contraer una infección por *Salmonella*. Los bebés, los niños, las personas mayores y las personas con sistemas inmunitarios debilitados corren un mayor riesgo de sufrir una enfermedad grave porque sus sistemas inmunitarios son frágiles.

Cualquier persona que haya consumido productos retirados del mercado y haya desarrollado síntomas de intoxicación alimentaria por *Salmonella* debe buscar atención médica. Las personas enfermas deben informar a sus médicos sobre la posible exposición a la bacteria, ya que se necesitan pruebas especiales para diagnosticar la salmonelosis. Los síntomas de la infección por *Salmonella* pueden parecerse a los de otras enfermedades, lo que con frecuencia conduce a un diagnóstico erróneo.

Los síntomas de la infección por *Salmonella* pueden incluir diarrea, calambres abdominales y fiebre entre 12 y 72 horas después del consumo de alimentos contaminados. Por lo demás, los adultos sanos suelen estar enfermos durante cuatro a siete días. Sin embargo, en algunos casos, la diarrea puede ser tan grave que los pacientes requieren hospitalización.

Los adultos mayores, los niños, las mujeres embarazadas y las personas con sistemas inmunitarios debilitados, como los pacientes con cáncer, tienen más probabilidades de desarrollar enfermedades graves y, a veces, potencialmente mortales. Algunas personas se infectan sin enfermar ni presentar síntomas. Sin embargo, pueden transmitir la infección a otras personas.

En este caso, se trata de una variante monofásica de *Salmonella enterica enterica* serovariedad Typhimurium. La serovariedad Typhimurium (4,[5],12:i:1,2) es la serovariedad aislada con mayor frecuencia en casos de salmonelosis en Europa, y su variante monofásica (4,[5],12:i:-) ha sido cada vez más responsable de brotes de salmonelosis en humanos.

El informe no indica qué tipo de leche se utilizó ni si el producto estaba pasteurizado.

Un niño de cuatro años, que fue mordido por un perro callejero el 27 de junio, murió el 14 de agosto con sospecha de rabia en Tamil Nadu.

El niño, originario de Arkonam en el distrito de Ranipet en Tamil Nadu, fue mordido por un perro callejero mientras jugaba en la calle cerca de su casa.

Desde entonces, estuvo internado en el Hospital Universitario de Medicina Gubernamental de Chengalpattu, pero no mostró ninguna mejoría durante su estancia en el hospital y falleció en la madrugada del 14 de agosto.



Según los registros de Salud Pública de Tamil Nadu, 22 personas murieron de rabia mientras que se reportaron 242.000 mordeduras de perros en el estado hasta junio. Sin embargo, en 2023, solo hubo 18 muertes debido a la rabia, pero el estado reportó 443.000 mordeduras de perros.

En 2023, dos de los principales hospitales gubernamentales de la ciudad (el Hospital Universitario de Medicina Stanley y el Hospital General Gubernamental Rajiv Gandhi) atendieron al menos entre 5.500 y 6.000 personas por mordeduras de perros. Las cifras se han mantenido bastante constantes en los últimos años, afirmaron los médicos.

Un estudio realizado por el gobierno de Tamil Nadu concluyó en que más de la mitad de las personas que murieron de rabia entre 2018 y 2022 en Tamil Nadu no se habían vacunado contra la enfermedad. De hecho, un análisis de estas muertes mostró que los perros domésticos eran la principal fuente de infección.

El director del Departamento de Salud Pública, Dr. Selvavinayagam, escribió una carta a todos los funcionarios de salud del distrito, pidiéndoles que mantengan al menos 20 viales de vacuna antirrábica en todos los Centros de Salud Primaria y Centros de Salud de la Ciudad en todo momento.

Sarah Bagheni llevaba días con dolor de cabeza, fiebre y unas inusuales lesiones en la piel que le producían picor, pero no tenía ni la más remota idea de que sus síntomas podrían estar causados por la mpox y que el suyo podría ser un caso más en una creciente emergencia de salud global.

Tampoco sabía a dónde acudir para recibir ayuda médica.

Ella y su esposo viven en el campo de desplazados de Bulengo, en el este de República Democrática del Congo, una región que es la zona cero de una serie de brotes de mpox en África.

El alarmante incremento de los casos este año, incluida una nueva forma del virus identificada por los científicos en el este del país, llevó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a declarar el 14 de agosto una emergencia de salud global. La agencia de la Organización de Naciones Unidas dijo que la nueva variante podría propagarse más allá de los cinco países del continente en los que ya se ha detectado, una oportuna advertencia que se produjo un día antes de que Suecia reportara su primer caso de la nueva cepa.

En la vasta nación centroafricana de República Democrática de Congo, que cuenta con más de 96% de los casi 17.000 casos de mpox registrados en todo el mundo este año –y unos 500 decesos a causa de la enfermedad– muchos de los más vulnerables no parecen saber de su existencia o la amenaza que supone.

“No sabemos nada sobre esto”, dijo el esposo de Bagheni, Habumuremyiza Hire, el 15 de agosto acerca de la enfermedad. “Observo su estado con impotencia porque no sé qué hacer. Seguimos compartiendo la misma habitación”.

Se cree que millones de personas no tienen acceso a ayuda o a asesoramiento médico en la conflictiva región, donde docenas de grupos rebeldes llevan años luchando contra el ejército congoleño por el control de las zonas ricas en minerales, lo que ha causado una enorme crisis de desplazados. Cientos de miles de personas como Bagheni y su marido se han visto obligadas a vivir hacinadas en campos de refugiados en torno a Goma, y muchas otras han buscado cobijo en la ciudad.

Las condiciones en los campamentos son duras y las instalaciones médicas son prácticamente inexistentes.

Mahoro Faustin, que dirige el campo de Bulengo, contó que hace unos tres meses los administradores empezaron a notar que algunos tenían fiebre, dolor corporal y escalofríos, síntomas que podrían corresponder a la malaria, al sarampión o a la mpox.

“No hay forma de saber cuántos casos de mpox podría haber en Bulengo debido a la falta de pruebas”, dijo. No ha habido ninguna campaña sanitaria reciente para educar a las decenas de miles de residentes acerca de la enfermedad, y Faustin se mostró preocupado por cuánta gente podría no estar diagnosticada.

“Basta con mirar el hacinamiento que hay aquí”, dijo señalando a un mar de tiendas destartadas. “Si no se hace nada, todos nos infectaremos, o quizás ya estamos todos infectados”.

“Alrededor de 70% de los nuevos casos de mpox en la zona de Goma en los dos últimos meses que fueron registrados en un centro de tratamiento gestionado por Medair procedían de campos para desplazados”, dijo el Dr. Pierre Olivier Ngadjole, asesor sanitario del grupo de ayuda internacional en el país. “El más joven de los afectados tenía un mes de vida, y el mayor 90 años”, agregó.

En los casos graves, los pacientes pueden desarrollar lesiones en el rostro, las manos, los brazos, el pecho y los genitales. Aunque la enfermedad se originó en animales, en los últimos años el virus se ha propagado entre humanos a través del contacto físico estrecho, incluyendo las relaciones sexuales.

La mejor opción de Bagheni para recibir un diagnóstico de sus lesiones es un hospital público que está a dos horas en coche. Pero es imposible, dado que ya tenía problemas de movilidad por la amputación de las dos piernas.

En República Democrática de Congo hay siete millones de desplazados internos, de los cuales más de 5,5 millones viven en el este, según la Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). Además, tiene la mayor población en campos de desplazados de África, y una de las más grandes del mundo.

“La crisis humanitaria en el este presenta casi todas las complicaciones posibles para detener un brote de mpox”, dijo el Dr. Chris Beyrer, director del Instituto de Salud Global de la Universidad de Duke.

“Esto incluye la guerra, las industrias de minería ilegal que atraen a trabajadoras sexuales, las poblaciones en tránsito cerca de las regiones fronterizas y una pobreza arraigada. Además, la comunidad internacional ha pasado por alto múltiples señales de advertencia”, agregó.

“Le estamos prestando atención ahora, pero la mpox lleva propagándose desde 2017 en República Democrática del Congo y Nigeria”, afirmó Beyrer, que añadió que los expertos llevan tiempo reclamando que se compartan vacunas con África, aunque con poco éxito. La declaración de emergencia de la OMS fue “tardía”, cuando ya hay más de una docena de países afectados.

A diferencia de la covid o el VIH, para la mpox hay una buena vacuna y buenos tratamientos y diagnósticos, pero “los problemas de acceso son peores que nunca en lugares como el este de República Democrática del Congo”, dijo Beyrer.

En 2022 hubo brotes en más de 70 países en todo el mundo, lo que llevó a la OMS a declarar una emergencia que duró hasta mediados de 2023. En los países ricos se atajó en cuestión de meses gracias a las vacunas y tratamientos, pero en África había pocas dosis disponibles.

La nueva cepa, posiblemente más contagiosa, fue detectada por primera vez este año en una localidad minera en el este de República Democrática del Congo, a unos 450 kilómetros al sur de Goma. No está claro cuánto depende de la nueva variante, pero el país está sufriendo ahora su peor brote hasta la fecha y al menos 13 naciones africanas han registrado casos, cuatro de ellas por primera vez.

Los brotes en cuatro países –Burundi, Kenya, Rwanda y Uganda– han sido relacionados con el de República Democrática del Congo, y Médicos Sin Fronteras dijo el 16 de agosto que el repunte allí “amenaza con una importante propagación de la enfermedad a otras naciones”.

Salim Abdool Karim, un experto en enfermedades infecciosas que preside el comité de emergencias de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de África (CDC-África), dijo que el brote de República Democrática de Congo tiene un cambio especialmente

preocupante, y es que afecta de forma desproporcionada a los jóvenes. Los menores de 15 años suponen 70% de los casos y 85% de los decesos registrados en el país, según los CDC-África.

A diferencia del brote global de 2022, que afectó en su mayoría a hombres homosexuales y bisexuales, el actual parece estar propagándose en poblaciones heterosexuales.

Las 26 provincias de República Democrática del Congo han registrado casos de mpox. Pero el ministro de Salud, Samuel-Roger Kamba, declaró el 15 de agosto que el país no tiene aún ninguna dosis de vacuna.

La Dra. Rachel Maguru, que dirige el centro multiepidémico del hospital provincial de Nord-Kivu de Goma, apuntó que tampoco disponen de medicamentos ni de ningún tratamiento establecido para la mpox y que dependen de otros especialistas, como los dermatólogos, para ayudar en lo que puedan. Un brote más grande en la ciudad y en sus numerosos campos de desplazados, ya abarrotados por la llegada de gente, sería “terrible”, afirmó.

Además, llamó la atención sobre un problema fundamental: los pobres y los desplazados tienen otras prioridades, como ganar dinero suficiente para comer y sobrevivir. Las agencias de ayuda y las autoridades locales ya tienen problemas para proporcionar alimentos, alojamiento y una atención médica básica a los millones de desplazados, mientras lidian también con brotes de otras enfermedades como el cólera.

El recuento de casos de dengue registrados en 2024 ha superado la marca de 34.000 con 16 muertes relacionadas con la enfermedad reportadas, según la Unidad de Epidemiología.

En 2024, hasta el 11 de agosto, se habían notificado un total de 34.053 casos, siendo el número más alto el del distrito de Colombo, que se situó en 8.201.

La Provincia Occidental registró 13.822 casos, la cifra más alta a nivel provincial, mientras que en el mes de agosto se registraron 1.308 casos de dengue.

Ante el aumento de casos, las autoridades sanitarias instan a las personas a mantener limpio su entorno y destruir los lugares de reproducción de mosquitos para mantener a raya el dengue.

El Departamento de Salud de Thành phố Hồ Chí Minh propuso a la administración municipal declarar el sarampión como una epidemia, ya que los casos están aumentando y tres niños han muerto trágicamente a causa de la enfermedad.

Esta propuesta fue parte de un informe urgente presentado al Comité Popular municipal, en busca de orientación sobre cómo abordar la creciente propagación del sarampión.



El número de casos sospechosos de sarampión comenzó a aumentar a fines de mayo, con 60 casos reportados en la semana más reciente, según datos departamentales.

Desde junio, tres niños han muerto a causa de la enfermedad, dijo el Centro para el Control de Enfermedades de Thành phố Hồ Chí Minh (HCDC).

Entre los fallecidos había una niña de cuatro meses que aún no había alcanzado la edad de vacunación, una niña de tres años que no había sido inmunizada y un niño de siete años que había recibido dos dosis de la vacuna contra el sarampión. Los tres tenían problemas de salud subyacentes antes de contraer el sarampión.

Los tres distritos con el mayor número de casos de sarampión son Bình Chánh, Bình Tân y Hóc Môn.

En 2024, hasta el 4 de agosto, la ciudad registró 505 casos sospechosos de sarampión, de los cuales 262 dieron positivo posteriormente.

Cabe destacar que 50% del total de pacientes fueron transferidos desde otras localidades.

En lo que va del año, se ha confirmado que 116 residentes locales tienen sarampión, un aumento significativo en comparación con solo un caso confirmado en la ciudad durante el período 2021-23.

Entre estos casos confirmados, 27,6% eran menores de nueve meses y 78,4% eran menores de cinco años.

Actualmente, 48 barrios y comunas en 14 distritos de la ciudad han reportado casos confirmados de sarampión.

Del total de pacientes, 66% no ha sido vacunado o no ha completado el esquema de vacunación de dos dosis, mientras que alrededor de 30% tiene un historial de vacunación desconocido.

En la región sur de Vietnam, se registraron 1.147 casos sospechosos de sarampión en los primeros siete meses de este año, un aumento de 5,5 veces en comparación con el año anterior,

con 481 casos que dieron positivo para la enfermedad, según el Instituto 'Dr. Louis Pasteur' de Thành phố Hồ Chí Minh.

A la luz del aumento de casos, el HCDC recomendó a las autoridades de la ciudad que inicien una campaña de vacunación contra el sarampión para niños de 1 a 5 años, independientemente de su historial de vacunación, ya que este grupo de edad tiene la mayor incidencia de la enfermedad.

El Dr. Le Hong Nga, subdirector del HCDC, enfatizó la importancia de que los padres lleven a sus hijos a los centros médicos para recibir ambas dosis de la vacuna contra el sarampión.

La primera dosis debe administrarse a los nueve meses y la segunda a los 18 meses, según el calendario de vacunación recomendado.

El Ministerio de Salud ordenó que cualquier caso sospechoso de sarampión debe ser reportado y examinado para detectar la enfermedad.

The New York Times

EXISTE UNA OPORTUNIDAD DE DETENER LA
TUBERCULOSIS, SI SE ACTÚA A TIEMPO

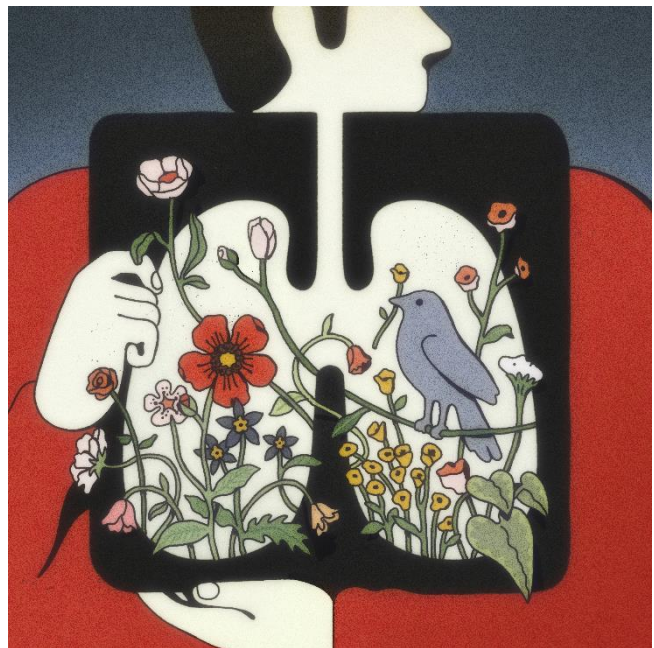
AUTOR: ATUL GAWANDE¹

19/08/2024

Este año, visité un refugio enorme para personas sin techo en Delhi, India, donde la tuberculosis estaba fuera de control. Conocí a un niño cuyos padres eran jornaleros. Poco después de que llegaron ahí, cuando el niño tenía 6 años, él y su hermana mayor enfermaron. No se les diagnosticó tuberculosis sino hasta que llegaron a una etapa crítica de la enfermedad. El niño me contó que, luego de dos años de tratamiento, él sobrevivió, pero su hermana falleció. El tratamiento había sido insuficiente y llegó demasiado tarde para ella.

Desde hace décadas, la humanidad tiene las herramientas para diagnosticar, tratar y prevenir la tuberculosis. Por ello, esta enfermedad respiratoria causada por una bacteria que se transmite por el aire, la cual alguna vez fue la causa de alrededor de 25% de todas las muertes en Estados Unidos, ya no es una amenaza generalizada para la salud pública en países de altos ingresos. Pero la situación es muy distinta para los países de menores ingresos. Si bien, desde el año 2000, iniciativas internacionales de salud pública han reducido un cuarto las tasas de casos de tuberculosis a nivel mundial, y las tasas de letalidad por la mitad, esta sigue siendo la enfermedad infecciosa más letal del mundo. La tuberculosis cobra más de un millón de vidas al año.

Sin embargo, hay nuevos avances en la detección, la prevención y el tratamiento que ahora posibilitan un progreso drástico, si los aprovechamos. El éxito depende de que todos contribuyamos.



¹ Atul Gawande es un cirujano, escritor e investigador de salud pública estadounidense. Es profesor en el Departamento de Política y Gestión de la Salud de la Escuela de Salud Pública TH Chan de Harvard y Profesor de Cirugía Samuel O. Thier en la Escuela de Medicina de Harvard. En salud pública, es director ejecutivo de Ariadne Labs, un centro conjunto para la innovación de sistemas de salud, y presidente de Lifebox, una organización sin fines de lucro que trabaja para reducir las muertes en cirugía a nivel mundial. Ha escrito extensamente sobre medicina y salud pública para *The New Yorker* y *Slate*, y es autor de los libros *Complicaciones: notas de un cirujano sobre una ciencia imperfecta*, *Notas de un cirujano sobre el rendimiento*, *El Manifiesto de la Lista de Verificación* y *Ser mortal: la medicina y lo que importa al final*. El 9 de noviembre de 2020 fue nombrado, por el presidente Joseph Robinette Biden Jr., miembro del Consejo Asesor para la COVID-19.

En países como India, con altas cargas de tuberculosis, el gobierno, el sector privado y las organizaciones de la sociedad civil tienen que comprometerse a financiar y producir herramientas nuevas para frenar esta enfermedad, lo cual es posible, como ya se demostró en India. Los fabricantes deben bajar sus costos, y los países ricos deben hacer su parte. Estados Unidos es el líder mundial en cuanto a innovación, conocimientos y apoyo a los países que combaten la tuberculosis, directamente a equipos locales en contextos de alto riesgo, como el refugio que visité, y mediante el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. El año pasado, el Congreso ofreció apoyo adicional, pues le permitió a mi equipo de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) crear nuevos acuerdos con países afectados, entre ellos Filipinas y Etiopía. Esta es una buena medida, pero detener el flagelo de la tuberculosis requerirá que el Congreso mantenga estas inversiones y que otras naciones industrializadas hagan más para cerrar las brechas.

La tuberculosis es una enfermedad que se fortalece con la pobreza y el colapso social: las personas debilitadas por el hambre y sistemas inmunitarios agotados, que viven en condiciones de hacinamiento o privadas de atención médica, son las más vulnerables. Mientras que solo uno de cada 38.000 estadounidenses padece de tuberculosis activa, una de cada 500 personas en India la padece. Entre la población sin hogar en Delhi, una de cada 12 personas padece la enfermedad, una tasa impresionante. Esto significa que las personas sin techo de Delhi enfrentan una de las peores tasas de tuberculosis en una ciudad con una de las peores tasas de tuberculosis en un país con el mayor número de casos de tuberculosis en el mundo.

La estrategia que acabó con la tuberculosis en Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial ha funcionado sin excepción donde quiera que se aplica: evaluar a todas las poblaciones vulnerables en busca de casos, atender a los infectados y frenar la transmisión mediante tratamientos preventivos para las personas expuestas, aunque no tengan síntomas. La bacteria de la tuberculosis puede ocultarse en el cuerpo durante meses o años antes de brotar y convertirse en una enfermedad en forma.

Por simple que suene esta estrategia, es difícil de implementar. Las herramientas de detección convencionales son costosas o lentas a la hora de producir resultados. Los regímenes comunes de medicamentos no son baratos y requieren dosis diarias a lo largo de meses o a veces años. Los efectos secundarios pueden ser considerables, desde náuseas hasta daños a los órganos. El tratamiento para la tuberculosis es más similar a la quimioterapia contra el cáncer que a las muestras faríngeas y a los cinco días de antibióticos con los que estamos acostumbrados a combatir otras infecciones bacterianas.

Brindar servicios médicos complejos para los marginados y oprimidos no es una iniciativa fácil de vender. Los fondos públicos jamás son suficientes, mucho menos para la tuberculosis que para otros padecimientos infecciosos. Lo más común es que los especialistas en tuberculosis tomen decisiones brutales sobre quién tiene acceso a los suministros limitados y quién no. El sacrificio más frecuente es la evaluación y tratamiento preventivo para las personas expuestas a la enfermedad, lo cual implica renunciar a detener la transmisión.

No obstante, en los dos últimos años, hemos visto avances en todos los aspectos del control y prevención de la tuberculosis. Estos avances hacen que sea posible acelerar en gran medida la reducción de la tuberculosis a nivel mundial.

En términos de detección, el equipo para realizar radiografías digitales de tórax ahora es más barato y pequeño, a tal grado que se puede transportar en mochila y entregarse a clínicas de atención primaria. Ahora, existe software de inteligencia artificial que puede interpretar –al instante– radiografías de tórax y detectar indicios de tuberculosis u otros padecimientos con

la misma precisión que los radiólogos. En Nigeria, la evaluación de personas con una combinación de dispositivos de rayos X ultraportátiles asistidos por inteligencia artificial y pruebas moleculares de resultados rápidos ayudó a mejorar casi 40% la detección de casos de tuberculosis en un solo año.

En cuanto al tratamiento y la prevención, los nuevos regímenes farmacológicos también son más breves, más eficaces y menos tóxicos. Por ejemplo, el régimen preventivo más nuevo para personas expuestas a la tuberculosis, solo requiere doce dosis del medicamento una vez por semana en lugar de hasta nueve meses de medicamentos diarios. Eso ha impulsado las tasas de finalización de tratamiento a más del doble.

También ha habido avances en términos de costos. El otoño pasado, la USAID se unió a un consorcio de compradores sin fines de lucro que negoció para reducir los precios de los medicamentos y las pruebas de tuberculosis de 20 a 55%. Esto significa que se podrá atender a millones más con los presupuestos existentes.

Esto me remite al refugio para personas sin techo en Delhi, donde iniciativas conjuntas combinan todas estas herramientas. Hablé con un grupo de varones adolescentes que hacían fila afuera de una carpa al aire libre, en espera de que les hicieran una evaluación digital de detección de tuberculosis. Les pregunté por qué estaban ahí. Uno de ellos respondió que tenía tos y le preocupaba que fuera por tuberculosis. Los demás dijeron que les preocupaba haberse contagiado de su amigo.

¿Tenían familia? No, contestó el de la tos. Se cuidaban entre sí. Los habían echado de sus casas por consumir drogas. No quisieron decir cuáles. Les pregunté si les daban miedo las drogas. Respondieron que no, pero la tuberculosis, sí.

Si resultaba que el chico con tos estaba enfermo, obtendría los medicamentos necesarios y tendría una alta probabilidad de sobrevivir, si completaba su tratamiento. Sus amigos expuestos recibirían un tratamiento profiláctico que detendría la propagación de la bacteria.

Aún existen grandes retos. Hay días en los que escasea el suministro de medicamentos que facilita el gobierno indio para el refugio que visité. Otros lugares similares con altas cargas de tuberculosis siguen en espera del paquete completo de radiografías, pruebas y tratamientos. Pero en India, a diferencia de la mayoría de los países, el gobierno ha aumentado por mucho el financiamiento para combatir la tuberculosis, a más de 1.800 millones de dólares en los últimos cuatro años. En combinación con proyectos comunitarios y del sector privado, esto está produciendo resultados a nivel nacional. Ahora se diagnostica casi 90% de los casos estimados de tuberculosis. Las tasas de tratamientos exitosos son igual de altas. Y la cantidad de personas expuestas que reciben medicamentos preventivos se ha disparado exponencialmente.

En un lugar con una de las tasas más altas de tuberculosis en el planeta, vi que la enfermedad se puede detener con las nuevas herramientas disponibles. Y hay más en camino. Se están realizando ensayos clínicos de cinco vacunas contra la tuberculosis cuyos resultados preliminares son prometedores. Tras décadas en las que no hubo avances significativos, ahora tenemos un flujo constante de innovaciones. Pero estas no servirán de nada si el mundo no se compromete a desplegarlas.

Curso virtual

100% online

Otorga créditos SADI
Inicio: septiembre

sadi Sociedad Argentina
de Infectología

mednet

Curso virtual

Infecciones en el paciente inmunocomprometido

Una realidad en continua evolución

Directora:
Dra. Claudia Salgueira

Coordinadores:
Dr. Diego Torres, Dra. Ana Laborde

Organiza: Comisión de Infecciones
en el Paciente Inmunocomprometido

Con el patrocinio de:



Beneficios
EXCLUSIVOS!

Cuotas
SIN INTERÉS

Programa

Módulo 1 | Los desafíos que nos plantean las terapias target y la inmunoterapia en patología neoplásica. Parte 1

Módulo 2 | Terapias target e inmunoterapia en patología neoplásica. Parte 2. Nuevas moléculas en OH: manejo de situaciones problema.

Módulo 3 | Prevención bajo las nuevas moléculas: anticipándonos al riesgo

Módulo 4 | Infecciones endémicas y emergentes en Latam: manejo y prevención bajo terapias target

Módulo 5 | Ampliando los horizontes en enfermedad autoinmune

Módulo 6 | Cuando los desafíos son grandes en los pacientes pequeños, ¿cómo abordarlos?

Inscríbete aquí con beneficios especiales

30% OFF

Por inscripción anticipada

Cuotas sin interés

Con Mercado Pago

¡Además, 50% OFF para socios SADI!

sadi Sociedad Argentina
de Infectología

Completando el curso obtendrás
un certificado por 100 hs. cátedra
con **30 créditos SADI**

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 reporteepi-demiologicocba@gmail.com aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.