

## CÓRDOBA

- Alerta por casos de triquinelosis en la provincia

## ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de bronquiolitis en menores de 2 años
- Salta: Fortalecen la vigilancia de la leishmaniosis visceral en los departamentos San Martín y Rivadavia

## AMÉRICA

- Situación epidemiológica de la fiebre amarilla

- Estados Unidos: Conglomerado de casos autóctonos de dengue sin precedentes en el condado de Los Ángeles

- Estados Unidos: La mitad de los hombres homosexuales negros serán diagnosticados con VIH, a pesar de los tratamientos preventivos

## EL MUNDO

- Camerún: Situación epidemiológica de la fiebre amarilla

- China: Confirman el origen del SARS-CoV-2 en un mercado de mariscos

- Filipinas: Se incrementaron en 2024 los casos de leptospirosis

- Ghana: Primer caso humano de infección por un virus de influenza zoonótica en el país

- Guinea: Situación epidemiológica de la difteria

- Israel: Los casos de fiebre del Nilo Occidental aumentaron a 913, y a 70 las muertes

- Italia: Los medicamentos contra la bronquiolitis no son accesibles en todas las regiones

- Sudán: Las inundaciones abren la puerta al cólera

### 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.

19/09/2024

El Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba, recordó que se debe evitar la compra y consumo de salames y chorizos de cerdo de lugares no habilitados o sin la debida inspección sanitaria, dada la notificación de ocho casos de triquinelosis, cinco de ellos relacionados, dos de la ciudad de Río Cuarto y uno de la ciudad de Córdoba.

Los casos relacionados a un alimento común, corresponden a dos pacientes de sexo masculino, de 31 y 51 años de edad, oriundos de Villa Allende y tres pacientes, de 15 años, 20 y 56 años oriundos de Unquillo. Uno de los casos de Villa Allende permanece internado en un hospital provincial de la ciudad de Córdoba. De acuerdo a la investigación epidemiológica se pudo conocer que los casos estarían relacionadas al consumo de chorizos provistos por uno de los casos de la localidad de Villa Allende. Continúa la investigación para determinar el origen de la carne de cerdo.

Respecto de los tres casos restantes, no se estableció por el momento vínculo o nexo de alimentos comunes. Estos pacientes fueron atendidos en instituciones provinciales, uno de ellos se encuentra internado en Río Cuarto.

Las investigaciones son llevadas a cabo por personal del Departamento de Zoonosis del Ministerio de Salud de Córdoba, de la Dirección de Calidad Alimentaria y la Dirección de Epidemiología de la Municipalidad de Córdoba, de la Municipalidad de Villa Allende, de la Municipalidad de Río Cuarto, de la Municipalidad de Unquillo y del Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria, con la participación de la Dirección General de Control de Industria Alimentaria del Ministerio de Producción, Ciencia e Innovación Tecnológica y de la Dirección General de Fiscalización y Control del Ministerio de Bioagroindustria.

---

La triquinelosis es una enfermedad transmitida por la ingesta de carne o derivados cárnicos de cerdo crudos o mal cocidos, contaminada con el parásito *Trichinella spiralis*. Las manifestaciones clínicas son muy variables y pueden cursar como una infección inadvertida o presentar síntomas que, por lo general, comienzan con fiebre, dolor muscular intenso, dolor de cabeza y dolor e hinchazón alrededor de los ojos. También pueden aparecer signos gastrointestinales como diarrea y vómitos.

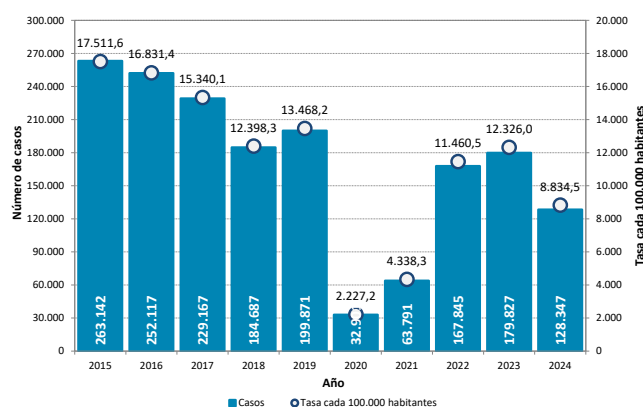
En el año 2024, hasta la semana epidemiológica (SE) 35, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS<sup>2.0</sup>) 128.347 casos de bronquiolitis en menores de 2 años, con una tasa de incidencia acumulada de 8.834,5 casos cada 100.000 menores de 2 años.

El número de notificaciones en los nueve años previos (2015-2023) muestra que los años con mayor número de casos entre las SE 1 y 35 fueron 2015 (263.142 casos) y 2016 (252.117 casos), con un descenso paulatino y continuo en las notificaciones de los siguientes años, volviendo a incrementarse en 2019, con un nuevo descenso y valores inusualmente bajos en 2020 (32.901 casos) y 2021 (63.791 casos). En los años 2022 y 2023 se registra nuevamente un aumento de las notificaciones. En el año 2024, las notificaciones son menores respecto de los registros históricos, superando únicamente las de 2020 y 2021.

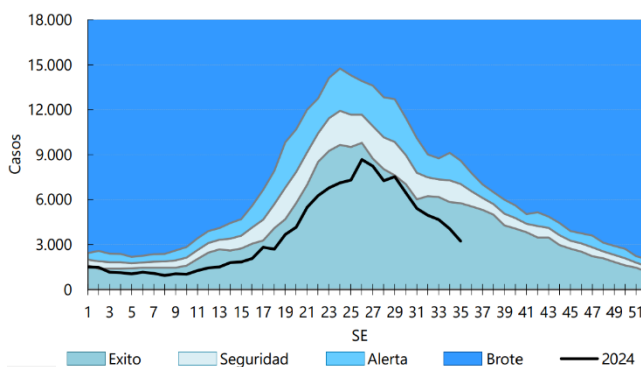
En las primeras dos SE del año, las notificaciones oscilaron entre la zona de éxito y seguridad, ubicándose posteriormente dentro de los límites esperados, en relación a los registros históricos. Las notificaciones presentan una tendencia ascendente desde la SE 11 y alcanzan su máximo en la SE 26, con un descenso en las semanas siguientes.

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

<sup>1</sup> El objetivo de la estrategia de vigilancia de las unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios (UMAs) es mantener la vigilancia y monitoreo de la bronquiolitis en menores de 2 años en pacientes ambulatorios en las 24 jurisdicciones del país, logrando así una representatividad geográfica. Adicionalmente, entre aquellos casos que cumplen con la definición de enfermedad tipo influenza, se realiza un muestreo aleatorio o sistemático para el estudio de SARS-CoV-2, influenza y virus sincicial respiratorio mediante la prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR).

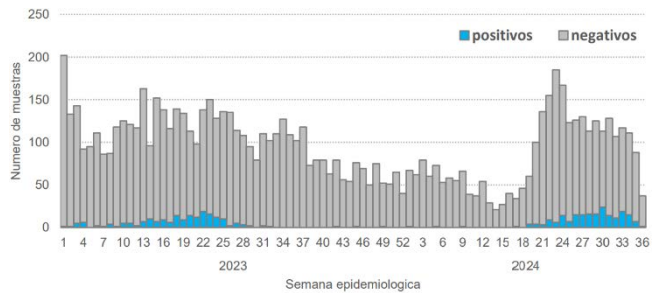


Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 menores de 2 años. Argentina. Años 2015-2024, hasta semana epidemiológica 35. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Corredor endémico semanal 2024, en base a datos de los años 2015/2023 (se excluyen los años pandémicos 2020, 2021 y 2022). Argentina. Año 2024, hasta semana epidemiológica 35. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

En 2024, hasta la SE 36, en el marco de la estrategia de vigilancia de las unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios (UMAs), se analizaron mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) 3.021 muestras para virus sincicial respiratorio (VSR), con 204 detecciones y una positividad acumulada de 6,75%. Se verificó un ascenso de las detecciones de VSR a partir de la SE 19, con 8 detecciones entre las 125 muestras estudiadas en las dos últimas SE analizadas (SE 35 y 36).



Muestras positivas y negativas para virus sincicial respiratorio mediante técnica PCR. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 36 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

### Vigilancia en pacientes hospitalizados

En 2024, hasta la SE 36, se notificaron 6.507 muestras positivas para VSR en pacientes hospitalizados, con un descenso de 28,00% respecto de las notificaciones de igual periodo del año anterior. Entre las SE 16 y 26 se registró una tendencia ascendente en las detecciones, permaneciendo en valores estables en las siguientes semanas, con 56 casos en la SE 36.

El mayor número de casos positivos registrados en 2024, se registró en menores de 5 años, particularmente en los niños menores de 1 año.

La Dirección General de Coordinación Epidemiológica de la provincia de Salta organizó en Tartagal una reunión con el equipo médico del Área Operativa con el fin de fortalecer la vigilancia de la leishmaniosis visceral en los departamentos San Martín y Rivadavia.

El Dr. Francisco García Campos, a cargo de la mencionada dirección, explicó que la provincia presenta una tendencia creciente de casos de leishmaniosis visceral en los departamentos San Martín y Rivadavia, los cuales se encuentran en un escenario epidemiológico de riesgo medio a alto de acuerdo con el índice combinado para leishmaniosis visceral del último trienio. “Ante esta situación, nos hemos reunido con los equipos de salud para fortalecer la vigilancia epidemiológica, ajustar la organización de los servicios, asegurar un manejo clínico eficiente, y proporcionar tratamiento oportuno para las complicaciones asociadas y el control de casos graves. Esto es esencial para prevenir complicaciones y reducir la mortalidad relacionada con esta enfermedad”, señaló.



### Situación epidemiológica

En el período 2001-2021 se registró en la Región de las Américas un total de 69.665 casos de leishmaniosis visceral, con un promedio anual de 2.488 casos. Los datos informados en 2021 muestran una reducción de 9,5% en relación con el año anterior y de 57% en relación con los 4.228 casos de 2017, la mayor cifra registrada en el período analizado. A pesar de esta disminución, algunos países como Venezuela, Paraguay y Argentina, registraron un aumento significativo del número de casos –400%, 123% y 45,5%, respectivamente– en comparación con el 2020.

La leishmaniosis visceral se encuentra distribuida en toda Latinoamérica, a excepción de Chile. En Argentina, Misiones detectó por primera vez el vector en el año 2000, y en 2006 el primer caso humano. Estudios posteriores demostraron la rápida dispersión del complejo parásito/vector *Leishmania infantum*/*Lutzomyia longipalpis* y de reservorio infectado hacia otras ciudades de la provincia de Misiones como así también a otras provincias: Corrientes, Santiago del Estero, Formosa, Salta, Entre Ríos y Chaco, donde aparecieron posteriormente casos en humanos. Se registran además casos caninos autóctonos en Córdoba y Jujuy (Pampa Blanca).

En la provincia de Salta el primer caso humano se registró en 2008 y en 2009, el primero investigado, asumido como autóctono.

### Situación actual en Salta

Hasta la semana epidemiológica 37 de 2024, se han registrado ocho nuevos casos de leishmaniosis visceral, elevando el total a 59 desde el año 2008. Los departamentos General José de

San Martín y Rivadavia presentan un riesgo epidemiológico de medio a alto. Al momento se registran dos personas fallecidas por la enfermedad, con residencia en Tartagal.

La población infantil es la más afectada. Esta patología puede asociarse a antecedentes de patologías previas y otras condiciones de inmunosupresión del paciente. En algunos casos de infección por *L. infantum* puede ser asintomática o haber transcurrido desapercibida, dependiendo de la inmunidad del paciente.

Lo importante para estos casos es la vigilancia epidemiológica, la sospecha clínico-epidemiológica para realizar un diagnóstico, tratamiento y control de foco oportuno.

El Ministerio de Salud está trabajando con el Colegio Médico Veterinario para controlar la enfermedad en los perros, “desarrollando una estrategia de identificación de canes enfermos y control de la población canina mediante castración para disminuir la cantidad de reservorios”, explicó Nicolás Ruiz de Huidobro, jefe del programa de Zoonosis.

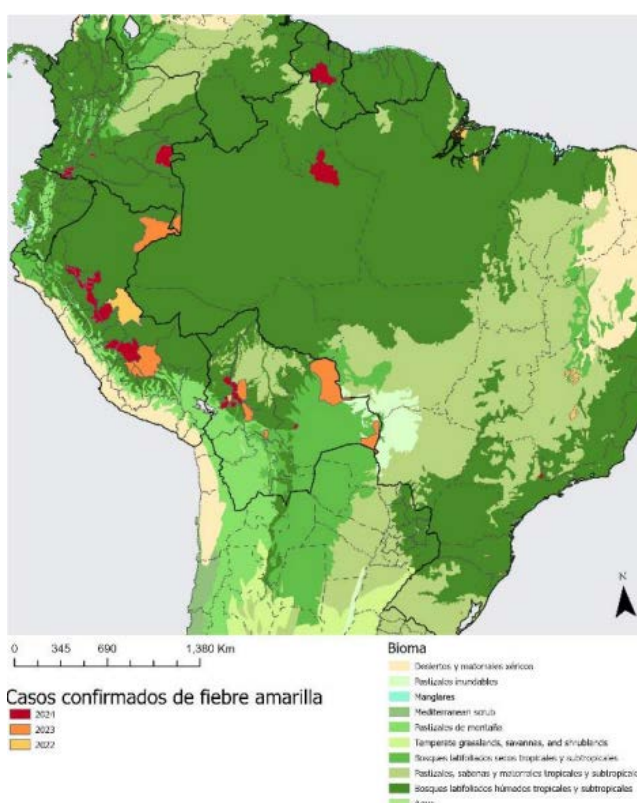


En 2024, hasta la semana epidemiológica (SE) 35, en la Región de las Américas se han notificado 38 casos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo 19 defunciones. Esto representa cinco casos (tres en Bolivia y dos en Perú) y dos defunciones (en Perú) adicionales desde la última actualización epidemiológica publicada el 29 de julio de 2024. Los 38 casos se han registrado en cinco países de la Región: Bolivia (7 casos; 3 defunciones), Brasil (3 casos; 2 defunciones), Colombia (8 casos; 5 defunciones), Guyana (2 casos) y Perú (18 casos; 9 defunciones).

Los casos se registraron principalmente a lo largo de la región amazónica de Bolivia, Perú, Brasil, Colombia y Guyana.

### Bolivia

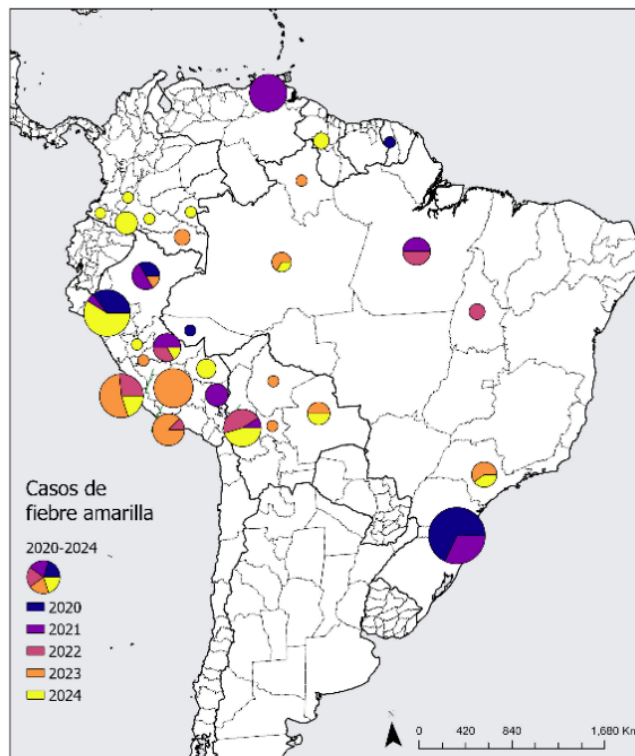
En 2024, hasta la SE 35, se han confirmado siete casos (seis por laboratorio y uno por clínica y nexa epidemiológico), incluyendo tres defunciones. Los casos corresponden a seis hombres y una mujer, de entre 15 y 64 años de edad, que iniciaron síntomas entre el 20 de abril y el 30 de agosto. Solo cuatro de los casos presentaron antecedentes vacunales y todos tuvieron antecedente de exposición a áreas silvestres y/o boscosas, debido a actividades laborales, entre otras. Los casos tuvieron lugar probable de exposición en el departamento de La Paz en los municipios de Caranavi (dos casos fatales), Guanay (un caso), el municipio de San Buenaventura (un caso fatal) y el municipio de Palos Blancos (un caso); y en el departamento de Santa Cruz, municipio de Porongo (dos casos). Desde el 29 de julio se confirmaron tres casos nuevos: uno en el municipio de Palos Blancos (La Paz) y dos en el municipio de Porongo (Santa Cruz).



Distribución geográfica de los municipios con ocurrencia de casos de fiebre amarilla en humanos. Bolivia, Brasil, Colombia, Guyana y Perú. Años 2022, 2023 y 2024 (hasta semana epidemiológica 35). Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

## Brasil

En 2024, hasta la SE 35, se han notificado tres casos confirmados, incluyendo dos defunciones, en los estados de Amazonas (un caso fatal), Minas Gerais (un caso fatal) y São Paulo (un caso). El primer caso corresponde a un hombre de 63 años residente en Presidente Figueiredo, estado de Amazonas, sin antecedente de vacunación contra fiebre amarilla, que inició síntomas el 5 de febrero y falleció el 10 de febrero. El segundo caso es un hombre de 50 años, sin antecedente de vacunación contra fiebre amarilla, residente en Águas de Lindóia, estado de São Paulo, y con sitio probable de infección en Monte Sião, estado de Minas Gerais, que inició síntomas el 23 de marzo y falleció el 29 de marzo. El tercer caso corresponde a un hombre de 28 años, con antecedente de vacunación contra fiebre amarilla en 2017, en el municipio de Serra Negra, estado de São Paulo, que inició síntomas el 1 de abril y se recuperó de la enfermedad. Todos los casos tuvieron antecedente de exposición a áreas silvestres y/o boscosas, debido a actividades laborales y fueron confirmados por laboratorio mediante la técnica de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR). Durante el período de monitoreo desde julio de 2023 hasta junio del 2024, se informaron 1.790 eventos que involucraron la muerte de primates no humanos (monos). De este total, 11 (0,6%) fueron confirmados para fiebre amarilla por criterios de laboratorio, seis en el estado de Rio Grande do Sul y cinco en el estado de Minas Gerais.



Distribución geográfica de casos de fiebre amarilla en humanos. Región de las Américas. De enero de 2020 a septiembre de 2024. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

En 2024, hasta la SE 35, se han notificado ocho casos confirmados, incluyendo cinco defunciones; siete de los casos han sido captados en la vigilancia por laboratorio e histopatología para dengue, confirmados a través de análisis por reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR). Se han registrado casos en cinco departamentos: departamento de Caquetá, municipio de El Doncello (un caso); en el departamento del Huila, municipio de Campoalegre (un caso fatal); en el departamento de Nariño, municipio de Ipiales (un caso); en el departamento de Putumayo, municipios de Orito (un caso fatal), San Miguel (un caso fatal), Valle del Guamuez (un caso fatal) y Villagarzón (un caso fatal); y el departamento de Vaupés, municipio de Mitú (un caso). Los casos corresponden a hombres de entre 18 y 66 años de edad, que iniciaron síntomas entre el 3 de enero y el 2 de julio; todos los casos tuvieron antecedente de exposición a áreas silvestres o boscosas, debido a actividades laborales agrícolas. Un caso registró antecedente de vacunación contra la fiebre amarilla.

## Colombia

En 2024, hasta la SE 35, se han notificado ocho casos confirmados, incluyendo cinco defunciones; siete de los casos han sido captados en la vigilancia por laboratorio e histopatología para dengue, confirmados a través de análisis por reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR). Se han registrado casos en cinco departamentos: departamento de Caquetá, municipio de El Doncello (un caso); en el departamento del Huila, municipio de Campoalegre (un caso fatal); en el departamento de Nariño, municipio de Ipiales (un caso); en el departamento de Putumayo, municipios de Orito (un caso fatal), San Miguel (un caso fatal), Valle del Guamuez (un caso fatal) y Villagarzón (un caso fatal); y el departamento de Vaupés, municipio de Mitú (un caso). Los casos corresponden a hombres de entre 18 y 66 años de edad, que iniciaron síntomas entre el 3 de enero y el 2 de julio; todos los casos tuvieron antecedente de exposición a áreas silvestres o boscosas, debido a actividades laborales agrícolas. Un caso registró antecedente de vacunación contra la fiebre amarilla.

## Guyana

En la SE 11 de 2024, se identificaron dos casos confirmados por laboratorio. El primer caso se identificó en Boa Vista, en el estado de Roraima, Brasil; se trató de un joven de 17 años, residente en la comunidad de Massara, a 100 km de Lethem, que limita con Bonfim, Roraima, sin



antecedentes de vacunación. El caso trabaja en una zona rural de Siparuni (región forestal) extrayendo árboles y presentó inicio de síntomas el 29 de febrero. El 12 de marzo, la prueba de RT-PCR confirmó la identificación del virus de la fiebre amarilla selvática por parte del Laboratorio Central de Salud Pública de Roraima. El segundo caso fue identificado durante el proceso de investigación y la realización de pruebas de detección tras la identificación del caso índice. Se trató de una mujer de 21 años, sin antecedentes de vacunación, residente en Siparuni, en el mismo campamento maderero de donde procedió el primer caso. Inició síntomas el 13 de marzo, con un resultado positivo para fiebre amarilla mediante RT-PCR el 16 de marzo. Ambos casos se recuperaron y, hasta la fecha, no se han reportado nuevos casos.

## **Perú**

En 2024, hasta la SE 35, se han confirmado 18 casos, incluyendo nueve defunciones. Los casos fueron confirmados en los departamentos de Huánuco, distrito de Mariano Dámaso Beraún (un caso fatal); departamento de Junín, distritos Pichanaqui (dos casos) y Satipo (un caso fatal); departamento de Madre de Dios, distrito de Tambopata (tres casos); departamento de San Martín, distritos de Alto Biavo (un caso fatal), El Porvenir (un caso fatal), Lamas (un caso fatal), Moyobamba (un caso fatal), Nueva Cajamarca (un caso), Tabaloso (un caso fatal), Pinto Recodo (un caso), Shamboyacu (un caso), Saposoa (un caso fatal) y Shapaja (un caso fatal); y en el departamento de Ucayali, distrito Padre Abad (un caso). Desde el 29 de julio, se confirmaron dos nuevos casos (Nueva Cajamarca y Tabaloso) y dos nuevas defunciones (Tabaloso y Saposoa). Los 18 casos corresponden todos a hombres de entre 18 y 83 años de edad, que iniciaron síntomas entre el 11 de enero y 2 de agosto. Todos los casos tenían antecedente de exposición a áreas silvestres y/o boscosas, debido a actividades laborales agrícolas y ninguno registraba antecedente de vacunación contra la fiebre amarilla.

Entre 2020 y 2023, todos los países mencionados tenían antecedentes de casos de fiebre amarilla, excepto Guyana, que identificó casos únicamente en 2024.

---

Puede consultar el informe completo haciendo clic [aquí](#).



El Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles está investigando dos nuevos casos autóctonos de dengue en personas que viven en la ciudad de Baldwin Park, que no viajaron a áreas donde la enfermedad se transmite comúnmente antes de presentar síntomas. Con estos dos casos adicionales, se eleva a tres el número total de casos autóctonos en el condado de Los Ángeles en 2024. Este es un número de casos autóctonos en la misma área sin precedentes para una región en donde el dengue no se ha transmitido comúnmente. Salud Pública reportó inicialmente un caso autóctono confirmado el 9 de septiembre de 2024.

Aunque los mosquitos *Aedes* –los vectores de la enfermedad– son comunes en el condado de Los Ángeles, los casos autóctonos de dengue son extremadamente raros. La mayoría de los casos en el condado de Los Ángeles se ha identificado en personas que viajaron a áreas donde el dengue circula comúnmente.

Estos nuevos casos autóctonos son un recordatorio importante para todas las personas en el condado de Los Ángeles de que se deben tomar medidas simples para prevenir la reproducción y las picaduras de mosquitos para reducir el riesgo de enfermedades transmitidas por estos insectos y prevenir una transmisión más sostenida en el futuro.

“Reducir el contacto con mosquitos y el riesgo de sus picaduras es muy importante para prevenir la transmisión de enfermedades transmitidas por mosquitos, incluyendo el dengue,” dijo Muntu Davis, Oficial de Salud del Condado de Los Ángeles. “Esto puede ser tan simple como usar repelente de insectos para prevenir las picaduras de mosquitos, eliminar el agua estancada alrededor de su casa donde los mosquitos pueden reproducirse y mantener su hogar libre de mosquitos usando o colocando mosquiteros en puertas y ventanas. Estas sencillas medidas pueden reducir significativamente el riesgo de enfermedades transmitidas por mosquitos.”

“El reciente descubrimiento de casos de dengue en Baldwin Park destaca la necesidad de vigilancia y medidas proactivas,” dijo la supervisora del Primer Distrito del Condado de Los Ángeles, Hilda L. Solís. “Mi oficina está coordinando con nuestro Departamento de Salud Pública para ampliar las estrategias preventivas inmediatas. Estoy comprometida a mantener informados a los residentes y continuaré trabajando incansablemente para proteger el bienestar de nuestras familias”.

“La ciudad de Baldwin Park está consciente de los recientes casos autóctonos de dengue en la comunidad. Aunque el riesgo de transmisión sigue siendo bajo, se debe tomar esta situación en serio y actuar de manera proactiva,” dijo el alcalde Emmanuel Estrada. “Como parte del Distrito de Control de Mosquitos y Vectores del Valle de San Gabriel, nuestra ciudad está trabajando de cerca con el Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles para monitorear la situación e implementar las medidas de control necesarias. La ciudad continuará actualizando a la comunidad durante este proceso”.

Salud Pública está trabajando con las agencias locales de control de vectores, la ciudad de Baldwin Park, y sus equipos de difusión comunitaria para brindar información puerta a puerta sobre el riesgo de dengue y las medidas de prevención y control de picaduras de mosquitos en el área local. El Distrito de Control de Mosquitos y Vectores del Valle de San Gabriel au-

mentó el uso de trampas para atrapar e identificar a los mosquitos e incrementó sus operaciones de eliminación para reducir el riesgo de propagación adicional en el vecindario afectado.

“Los esfuerzos del Distrito de Control de Mosquitos y Vectores del Valle de San Gabriel están en curso e incluyen un control agresivo de los mosquitos, una vigilancia intensificada y una participación activa con la comunidad,” dijo el gerente de distrito Jason Farned.

---

Este conglomerado de casos autóctonos de dengue es inusual en el área de Los Ángeles. Indica que los mosquitos vectores son lo suficientemente abundantes como para transmitir el virus con el riesgo de que las cadenas de transmisión se extiendan si no se produce una reducción oportuna de los mosquitos vectores. El informe no indica qué mosquito vector estuvo probablemente involucrado en la transmisión del virus Dengue. Los mosquitos más probablemente involucrados son *Aedes aegypti* o *Aedes albopictus*, ambos detectados en California durante los últimos 20 años. Las medidas preventivas para evitar la transmisión continua son evitar las picaduras de mosquitos y reducir sus poblaciones. Los distritos de control de mosquitos sin duda están tratando de controlar estos mosquitos vectores, pero esa es una tarea difícil y requiere la colaboración de los residentes locales para eliminar recipientes con agua en las que estos mosquitos se reproducen alrededor de sus hogares y otros edificios.

Tanto *Aedes aegypti* como *Aedes albopictus* se han encontrado en el condado de Los Ángeles. Se desconoce cuál de estos transmitió el virus a los residentes. Las infecciones adquiridas localmente siguen siendo extremadamente raras en California, pero la aparición de este conglomerado de casos indica que puede ocurrir la adquisición local del virus Dengue.

En una farmacia de Iowa, un hombre homosexual negro de 42 años no podía encontrar el medicamento que necesitaba. La farmacéutica, una mujer blanca, le dijo que no tenían ese medicamento en stock. Pero mientras esperaba para pagar sus otras compras, vio que otro cliente colocaba el medicamento que acababa de pedir en el mostrador.

“Me sentí muy mal”, dijo. “Creo que cuando la gente coloca sus prejuicios junto con su profesión, se dificulta el acceso a los servicios de salud”.



Uno de estos servicios incluye la profilaxis previa a la exposición (PrEP), un medicamento recetado muy eficaz que previene la propagación del VIH.

Los hombres negros homosexuales y bisexuales representaron aproximadamente 38% de los 37.981 nuevos diagnósticos de VIH estimados en Estados Unidos en 2022. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades estiman que aproximadamente 50% de estos hombres recibirán un diagnóstico de VIH durante su vida.

A pesar de verse afectados de manera desproporcionada por el VIH, los hombres negros homosexuales y bisexuales tienen una de las tasas más bajas de uso de PrEP entre todos los grupos de edad. Muchos de ellos viven en el sur, que tiene la mayor cantidad de personas que viven con VIH en Estados Unidos, pero una aceptación muy baja de la PrEP debido al estigma, el costo y la homofobia. Otras barreras incluyen la falta de confianza en el sistema de atención médica, la discriminación, la pobreza y el conocimiento limitado de los médicos sobre la PrEP.

La PrEP enfrenta importantes barreras para su uso generalizado entre las poblaciones más vulnerables. En 2022, solo 36% de los 1,2 millones de personas que podrían beneficiarse de la PrEP recibieron prescripción de medicamentos. Recientemente se publicó un estudio que destacaba algunas formas de mejorar la prevención entre los hombres negros homosexuales y bisexuales que tienen poco acceso a la PrEP en Iowa, un estado rural con tasas crecientes de infección por VIH, especialmente entre las minorías sexuales y de género.

## Confianza y discriminación

Las personas negras no hispanas representan solo 4% de la población estimada de Iowa de 3,1 millones. Sin embargo, representaron 24% de las personas de Iowa que vivían con VIH en 2022.

Un informe del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Iowa concluyó que solo un poco más de 23% de las personas que necesitaban PrEP en Iowa tenían recetas activas en 2021. Otro informe concluyó que un programa estatal diseñado para ampliar el acceso a la

PrEP a través de la telesalud, llamado Tele-PrEP, observó disparidades significativas en el inicio del tratamiento. Solo 10% de las personas que comenzaron la PrEP a través del programa eran negras. En contraste, 83% de quienes iniciaron la TelePrEP eran blancos.



Para entender mejor los factores que dificultan o ayudan a los hombres negros homosexuales y bisexuales de Iowa a acceder a la PrEP, se entrevistaron 12 miembros de la comunidad VIH negativos sobre sus experiencias con el fármaco. Tenían entre 20 y 42 años y vivían en los condados de Johnson y Black Hawk, donde se registran algunas de las tasas más altas de infecciones por VIH en el estado. Fueron reclutados a través de aplicaciones de citas, plataformas de redes sociales y organizaciones locales.

Algunos hombres estaban preocupados de que el uso de PrEP pudiera crear desconfianza en sus relaciones íntimas.

Algunos hombres estaban preocupados de que el uso de PrEP pudiera crear desconfianza en sus relaciones íntimas.

“Para poder tener una relación sexual con tu pareja, debe haber un cierto nivel de confianza”, dijo un participante. “Tener que tomar una droga antes de tener relaciones sexuales demuestra que no tienes confianza en tu pareja”.

A otros hombres les preocupaba sufrir estigma y discriminación. Algunas personas de la comunidad homosexual asocian el uso de la PrEP con la promiscuidad sexual, lo que genera temor a ser juzgados por el uso de la medicación.

“Si no tienes relaciones sexuales con alguien, ¿cuál sería el motivo para que tomaras PrEP?”, preguntó un participante.

Algunos hombres también tuvieron experiencias negativas con los servicios de atención médica, incluida la negación del acceso a medicamentos debido a su raza.

La mayoría de los hombres consideraban que la falta de un seguro médico era un obstáculo importante para el uso de la PrEP. Cinco de los participantes no tenían seguro médico y solo dos tenían cobertura médica pública. Algunos de los participantes eran estudiantes con acceso restringido a un seguro privado.

“Hay mucha gente que no tiene seguro”, dijo un participante. “Sería bueno que el gobierno pudiera hacer que esto sea algo a lo que todos puedan acceder, como el kit de autodiagnóstico del VIH”.

Muchos de los hombres tenían poco o ningún conocimiento previo sobre la PrEP. “No estoy muy familiarizado con la PrEP”, dijo un participante. “Por eso decidí participar en este estudio, para aprender más sobre ella”.

Algunos hombres tenían miedo de los posibles efectos secundarios de los medicamentos. Un participante estaba preocupado por el riesgo de desarrollar cáncer por el uso de los medicamentos a largo plazo. No hay evidencia de que la PrEP aumente el riesgo de cáncer, pero una infección por VIH sí puede.

Por último, algunos hombres también estaban preocupados por la eficacia de los medicamentos y si podían confiar en ellos si tenían una pareja que vivía con VIH. Sin embargo, cuando se toma adecuadamente, la PrEP puede reducir el riesgo de infección por VIH de transmisión sexual en aproximadamente 99%.

Las poblaciones entrevistadas para otros estudios han planteado preocupaciones similares sobre el tratamiento, incluidas las [mujeres transgénero en Colombia](#) y los [hombres homosexuales y bisexuales en el Medio Oeste de Estados Unidos](#).

## **Mejorar el acceso a la PrEP**

A pesar de los importantes obstáculos que enfrentan los hombres negros homosexuales y bisexuales para acceder a la PrEP en Iowa, el estudio también [destacó posibles soluciones](#).

La mayoría de los participantes coincidieron en que la concienciación y la educación sobre la PrEP en materia de salud pública son fundamentales. “Se podría llegar a la gente a través de la radio y de folletos. Se podrían colocar en la peluquería, el salón de belleza, el supermercado”, sugirió un participante. “Creo que esos son lugares públicos a los que la gente podría acceder realmente”.

Algunos destacaron la importancia de desarrollar programas educativos que tengan en cuenta las diferencias culturales en diversas plataformas para lograr una mayor participación de la comunidad. Como comentó un participante: “Realizar seminarios y debates en grupos de discusión y enseñar a la gente sobre la PrEP podría ser de gran ayuda”.

Los participantes también sugirieron que proporcionar PrEP independientemente de la condición de seguro ayudaría a abordar las barreras financieras para acceder a esta medicación preventiva. Por ejemplo, el [acceso gratuito o barato a todas las formas de PrEP](#), especialmente para las personas de bajos ingresos en riesgo de contraer el VIH, podría ser un cambio radical.

Los participantes también destacaron el papel que podrían desempeñar los médicos de confianza. “Para convencerme de que empiece a tomar algo como la PrEP, tendría que venir de alguien en quien ya confío”, dijo un participante. “Su experiencia y conocimiento personal de mi salud harían que su consejo fuera particularmente persuasivo”.



CAMERÚN

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA  
DE LA FIEBRE AMARILLA

25/08/2024

Camerún es uno de los principales países de África afectados por la fiebre amarilla y ha notificado casos confirmados desde 2020. En 2021, se notificaron 44 casos confirmados: 41 por seroneutralización y tres por reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

En 2023, diez regiones se vieron afectadas, con 65 casos confirmados: Est (30), Littoral (14), Nord (9), Sud (8), Adamaoua (7), Extrême-Nord (5), Centre (4), Sud-Ouest (4), Nord-Ouest (4) y Ouest (3).

Desde principios de 2024, el brote de fiebre amarilla ha seguido afectando a 10 regiones de Camerún y corre el riesgo de propagarse a otras regiones. Se registró un total de 1.361 casos sospechosos acumulados en Littoral (283 casos; 20,8% del total), Extrême-Nord (201; 14,8%), Centre (149; 10,9%), Ouest (148; 10,9%), Sud (118; 8,7%), Adamaoua (116; 8,5%), Nord (116; 8,5%), Est (81; 6,0%), Nord-Ouest (74; 5,4%) y Sud-Ouest (75; 5,5%). En 2024, la tasa de investigación es de 7,0 cada 100.000 habitantes, y 76,9% de los casos positivos se producen entre habitantes urbanos, lo que indica una mayor prevalencia de brotes en las zonas urbanas. Según la clasificación de casos de 2024, se notificaron cinco casos confirmados y dos muertes en cuatro regiones de Adamaoua (1), Littoral (1), Centre (1) y Nord (1) en Camerún, lo que representa una tasa de mortalidad de 40%. Ningún caso confirmado estaba vacunado.

Once casos pendientes de resultados de seroneutralización en 2024 tuvieron una tasa de incidencia positiva de 0,46 cada 100.000 habitantes. No se registraron nuevos casos confirmados ni nuevas muertes en las semanas epidemiológicas (SE) 33 y 34, aunque las investigaciones aún están en curso. Según los datos epidemiológicos de la SE 33, la evolución del número de casos sospechosos muestra un aumento por región en comparación con las SE anteriores de 2024.

Camerún introdujo la vacuna contra la fiebre amarilla en su calendario de vacunación sistemática en 2004 y ha llevado a cabo campañas de vacunación masiva preventiva a nivel nacional. Los puntos de ingreso al país, como los aeropuertos, exigen prueba de la vacunación contra la fiebre amarilla, que es obligatoria para todos los viajeros. A pesar de estas medidas, desde 2020 se han notificado casos en varios distritos.

## Acciones de salud pública

- El Ministerio de Salud está coordinando la respuesta a la fiebre amarilla junto con otros socios implementadores. Varios socios, entre ellos la Organización Mundial de la Salud, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de África y el Fondo de las Naciones Uni-

das para la Infancia, han brindado apoyo técnico y financiero para ayudar en las iniciativas de investigación y respuesta.

- Las iniciativas de vacunación están en curso, con campañas de respuesta realizadas en regiones como Adamaoua, Nord y Sud. Se llevó a cabo una campaña de vacunación de respuesta dirigida en las tres regiones y se lograron altas tasas de cobertura, superiores a 80%.
- El equipo de vigilancia ha seguido realizando investigaciones en distritos que han notificado casos confirmados y está haciendo un seguimiento de las discrepancias en los datos de seroneutralización.
- Se está llevando a cabo la armonización de datos entre la vacunación en eventos masivos y las bases de datos posteriores a la evaluación de actividades masivas, lo que incluye el desarrollo de informes de situación y el seguimiento de las discrepancias en las cargas de datos y los casos confirmados.

### **Interpretación de la situación**

Camerún es uno de los 27 países de alto riesgo de fiebre amarilla en África y ocupó el segundo lugar en 2023. Desde principios de 2024, Camerún notificó un aumento de los casos sospechosos, y las personas afectadas presentaron fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, dolor muscular, fatiga, náuseas y vómitos, ictericia, dolor abdominal y sangrado, entre otros síntomas. La respuesta al brote, en particular las iniciativas de vacunación, ha logrado una cobertura superior a 80% en algunas regiones, a pesar de algunos desafíos operativos que pueden retrasar la lucha contra el brote de manera integral. Si bien no se han notificado nuevos casos en las últimas SE, las investigaciones en curso destacan la posibilidad de que haya más casos, y se necesita más apoyo para responder al brote de manera eficaz.



Un nuevo [estudio](#) confirmó que el origen del SARS-CoV-2, responsable de la pandemia de covid, se sitúa en el mercado de pescado de Huanan, en China.

El trabajo proporciona una lista de las especies de fauna silvestre presentes en el mercado del que muy probablemente surgió el SARS-CoV-2 a fines de 2019.

El estudio se basa en un nuevo análisis de los datos publicados por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de China, unos datos que proceden de más de 800 muestras recogidas en el mercado mayorista de marisco de Huanan y sus alrededores a partir del 1 de enero de 2020, y de genomas virales notificados de los primeros pacientes de covid.



### El volumen de datos recopilados más importante

Se trata de uno de los conjuntos de datos más importantes que existen sobre el origen de la pandemia, y los nuevos resultados apuntalan la idea de que los animales infectados se introdujeron en el mercado a mediados o fines de noviembre de 2019, lo que desencadenó la pandemia.

El 1 de enero de 2020, después de que se retiraran los animales y apenas unas horas después de que se cerrara el mercado, los investigadores del CDC chino fueron al mercado a recoger muestras.

Los investigadores tomaron muestras del suelo, las paredes y otras superficies de los puestos; volvieron días después para centrarse en las superficies de los puestos de venta de animales salvajes, como una jaula y los carros utilizados para trasladar a los animales, y también recogieron muestras de los desagües y las alcantarillas.

El equipo chino llevó a cabo la secuenciación de las muestras para obtener todas las secuencias de ARN (y que también puede captar ADN) de todos los organismos presentes en las muestras: virus, bacterias, plantas, animales y seres humanos.

Los investigadores del CDC publicaron sus datos y resultados en 2023, pero ahora aclaran que aquel artículo dejaba sin resolver las identidades exactas de las especies animales encontradas en los datos que podrían representar huéspedes intermedios plausibles, aunque aquellos datos de su secuenciación quedaron en repositorios públicos y abiertos.

### Virus en perros mapache y gatos civeta

Según el último análisis de estos datos, el SARS-CoV-2 estaba presente en algunos de los mismos puestos que los animales salvajes que se vendían en el mercado, incluidos perros mapache (*Nyctereutes procyonoides*) y gatos civeta (*Paguma larvata*).

En algunos casos, incluso se encontró material genético del SARS-CoV-2 y de estos animales en los mismos hisopos.

Muchas de las especies animales clave habían sido eliminadas antes de que llegaran los equipos chinos de investigación, por lo que no existen pruebas directas de que los animales estuvieran infectados.

Se trata del mismo tipo de animales que facilitaron la propagación del coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo (SARS) a los humanos en 2002. Los investigadores alertan de que lo más arriesgado que se puede hacer es tomar animales salvajes repletos de virus y luego jugar con fuego poniéndolos en contacto con seres humanos que viven en el corazón de las grandes ciudades, cuya densidad de población facilita el arraigo de estos virus.

### **Amenazas para la seguridad y la salud mundial**

El nuevo estudio encontró una breve lista de especies animales del mercado de animales silvestres encontradas en las muestras virales o cerca de ellas que podrían representar los hospedadores intermediarios más probables del SARS-CoV-2.

Figuran ahí el perro mapache, una especie susceptible al SARS-CoV-2 y que portó el SARS-CoV en 2003, y que resultó ser el animal genéticamente más abundante en las muestras de los puestos de animales salvajes del mercado.

En un puesto también se encontró material genético del coronavirus en gatos civeta, que también se asociaron con el brote anterior de SARS-CoV; y en otras especies, como la rata de bambú (*Rhizomys pruinosus*) y el puercoespín malayo (*Hystrix brachyura*), también se hallaron en muestras positivas para el SARS-CoV-2, además de en una multitud de otras especies.

Los investigadores subrayaron la importancia de comprender los orígenes de la pandemia de covid, sobre todo a la luz de otras propagaciones recientes, como la del virus de la influenza aviar en el ganado en Estados Unidos.

E incidieron en que ha habido mucha desinformación sobre dónde se originó el SARS-CoV-2, y en que desvelar ese origen es muy importante porque afecta a la seguridad y a la salud pública en todo el mundo.

Los investigadores advirtieron que, desde que empezó la pandemia hace más de cuatro años, aunque se ha prestado más atención a la seguridad en los laboratorios, no se ha hecho mucho para disminuir la posibilidad de que vuelva a producirse un escenario zoonótico como éste.

El Departamento de Salud de Filipinas informó un aumento de 11% en los casos de leptospirosis en 2024, según las últimas cifras.

Desde principios de año hasta el 7 de septiembre, el Departamento de Salud reportó 4.575 casos de leptospirosis, en comparación con los 4.112 casos registrados durante el mismo período en 2023.

El número de muertes por leptospirosis disminuyó respecto del año pasado: 393 en lo que va de 2024, frente a 475 muertes en 2023 a esta misma fecha.

La buena noticia es que los casos han ido disminuyendo en las últimas semanas. Se notificaron 1.726 casos del 28 de julio al 10 de agosto de 2024, cifra que disminuyó 77%, hasta solo 396 casos del 11 al 24 de agosto, según el Departamento de Salud.

Y el recuento continúa su tendencia a la baja, cuando solo se reportaron 124 casos del 25 de agosto al 7 de septiembre.

Sin embargo, los funcionarios advierten que esto podría cambiar con los informes entrantes debido al reciente tifón y las inclemencias del tiempo.



El 26 de agosto de 2024, el Centro Nacional de Enlace del Reglamento Sanitario Internacional de Ghana notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) una infección humana confirmada por el virus de la influenza aviar A(H9N2). Se trata de la primera infección humana por un virus de influenza zoonótica notificada desde Ghana a la OMS.

El paciente es un niño menor de cinco años, residente en la región Upper East, situada en la frontera con Burkina Faso.

La enfermedad comenzó el 5 de mayo y se caracterizó por dolor de garganta, fiebre y tos. El 7 de mayo, el paciente fue examinado en un hospital local, donde se le diagnosticó una enfermedad tipo influenza y fue tratado con antipiréticos, antihistamínicos y antibióticos.

Las muestras respiratorias recolectadas el 7 de mayo dieron positivo para el virus de la influenza estacional A(H3N2) mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) el 15 de mayo en el Centro Nacional de Influenza (NIC) de Ghana, Instituto Noguchi Memorial de Investigación Médica.

El 9 de julio, el análisis de la secuencia genómica realizado por el NIC de Ghana indicó la presencia del virus de la influenza aviar A(H9N2). Posteriormente, se envió una alícuota de la muestra a los Centros Colaboradores de la OMS ubicados en el Reino Unido (el Instituto Francis Crick) y en Estados Unidos (los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, CDC), para realizar pruebas adicionales y validarlas. El 6 de agosto, los CDC de Estados Unidos confirmaron que las muestras eran positivas para el virus de la influenza A(H9N2).

Tras confirmarse la infección por el virus A(H9N2), la Dirección Regional de Salud de Upper East visitó al paciente y observó que presentaba nuevamente síntomas respiratorios. Ese mismo día se obtuvieron muestras de suero y de las vías respiratorias, que se enviaron al NIC para su posterior análisis. Los resultados de las pruebas dieron negativo para influenza y el paciente se recuperó por completo desde entonces.

El paciente no tenía antecedentes conocidos de exposición a aves de corral ni a ninguna persona enferma con síntomas similares antes de la aparición de los síntomas. Las muestras respiratorias de contactos cercanos dieron negativo en la prueba de influenza. No se han identificado en la comunidad otros casos de infección humana con virus de influenza A(H9N2) asociados con este caso.

Se han notificado casos de enfermedades en aves de corral en la región de Upper East, pero al momento de la notificación no se había confirmado la causa de la enfermedad. Sin embargo, desde noviembre de 2017 se han notificado casos de influenza aviar de baja patogenicidad A(H9N2) en granjas avícolas de Ghana.

### **Respuesta de salud pública**

El gobierno de Ghana ha implementado una serie de medidas destinadas a monitorear, prevenir y controlar la situación.

Se ha establecido una vigilancia intensificada de los casos, junto con la realización de investigaciones epidemiológicas y el seguimiento de los contactos estrechos.

Se están llevando a cabo iniciativas de comunicación pública de riesgos para aumentar la conciencia pública y alentar la adopción de estrategias de autoprotección, en particular entre los grupos ocupacionales clave que corren un mayor riesgo de exposición.

## **Evaluación de riesgos de la OMS**

Se trata del primer caso humano de infección por un virus de influenza zoonótica notificado por Ghana. Las pruebas de laboratorio confirmaron que se trata del virus de la influenza A(H9N2).

La mayoría de las infecciones humanas por el virus A(H9N2) se producen por contacto con aves de corral infectadas o entornos contaminados y suelen dar lugar a síntomas clínicos leves. Cabe esperar que se produzcan más casos humanos en personas expuestas al virus en animales infectados o a través de entornos contaminados, ya que el virus sigue detectándose en las poblaciones de aves de corral. Hasta la fecha, no se ha informado la transmisión sostenida del virus A(H9N2) entre humanos.

Las evidencias epidemiológicas y virológicas existentes sugieren que este virus no ha adquirido la capacidad de transmitirse de forma sostenida entre humanos. Por lo tanto, la probabilidad de una propagación sostenida entre humanos es baja. Si las personas infectadas en las áreas afectadas viajan al extranjero, su infección podría detectarse en otro país durante el viaje o después de la llegada. Sin embargo, si esto ocurre, se considera poco probable que se produzca una mayor propagación a nivel comunitario.

## **Consejos de la OMS**

Este caso no cambia las recomendaciones actuales de la OMS sobre medidas de salud pública y vigilancia de la influenza.

Debido a la naturaleza en constante evolución de los virus de la influenza, la OMS continúa enfatizando la importancia de una investigación epidemiológica exhaustiva y oportuna y una vigilancia global para detectar y monitorear los cambios virológicos, epidemiológicos y clínicos asociados con los virus de influenza emergentes o circulantes que puedan afectar la salud humana y animal y el intercambio oportuno de virus para la evaluación de riesgos.

En caso de una infección humana confirmada o sospechosa causada por un nuevo virus de la influenza A con potencial pandémico, incluido el virus de la influenza aviar, se debe realizar una investigación epidemiológica exhaustiva (incluso mientras se esperan los resultados de laboratorio confirmatorios) de los antecedentes de exposición a animales o viajes, junto con el rastreo de contactos. La investigación epidemiológica debe incluir la identificación temprana de eventos inusuales que podrían indicar la transmisión de persona a persona del nuevo virus. Las muestras clínicas obtenidas de casos humanos sospechosos deben analizarse y enviarse a un Centro Colaborador de la OMS para una caracterización más detallada.

Cuando se ha producido una exposición humana a un brote conocido de un virus de la influenza A en aves de corral domésticas, aves silvestres u otros animales, o cuando se ha identificado un caso humano de infección por dicho virus, se hace necesaria una vigilancia intensificada en las poblaciones humanas potencialmente expuestas. La vigilancia intensificada debe tener en cuenta el comportamiento de búsqueda de atención sanitaria de la población. Podría incluir una serie de enfoques de atención sanitaria activa y pasiva y/o comunitaria, incluida la vigilancia reforzada en los sistemas locales de las enfermedades tipo influenza

(ETI)/infección respiratoria aguda grave (IRAG), la detección activa en hospitales y en grupos que pueden correr un mayor riesgo ocupacional de exposición, y la inclusión de otras fuentes como curanderos tradicionales, médicos privados y laboratorios de diagnóstico privados.

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

Además, se recomienda mantener una buena higiene de manos lavándose frecuentemente las manos con jabón o usando desinfectante de manos a base de alcohol.

El público en general y las personas en riesgo deben informar de inmediato a las autoridades veterinarias sobre casos de enfermedad o muerte inesperada de animales. Se debe evitar manipular aves de corral enfermas o muertas inesperadamente, lo que incluye sacrificarlas, descuartizarlas y prepararlas para el consumo.

Cualquier persona expuesta a animales potencialmente infectados o a entornos contaminados que se sienta mal debe buscar atención médica rápidamente e informar a su proveedor de atención médica sobre su posible exposición.

La OMS no recomienda realizar controles especiales a los viajeros en los puntos de ingreso ni imponer otras restricciones debido a la situación actual de los virus de la influenza en la interfaz entre humanos y animales.

Los Estados Partes en el Reglamento Sanitario Internacional (2005) deben notificar inmediatamente a la OMS cualquier caso confirmado por laboratorio de infección humana causada por un nuevo subtipo de virus de la influenza. No se requieren pruebas de la enfermedad para esta notificación.

---

Los virus de la influenza animal circulan normalmente entre los animales, pero también pueden infectar a los seres humanos. Las infecciones en los seres humanos se han adquirido principalmente a través del contacto directo con animales infectados o entornos contaminados. Según el huésped original, los virus de la influenza A pueden clasificarse como virus de la influenza aviar, virus de la influenza porcina o virus de la influenza de otros tipos de animales.

Las infecciones por el virus de la influenza aviar en humanos pueden causar infecciones de las vías respiratorias superiores de leves a graves y se han notificado muertes asociadas a la influenza en personas con o sin comorbilidades. También se han notificado casos de conjuntivitis, síntomas gastrointestinales, encefalitis y encefalopatía.

Para diagnosticar la infección humana por influenza se requieren pruebas de laboratorio. La Organización Mundial de la Salud actualiza periódicamente los protocolos de orientación técnica para la detección de la influenza zoonótica mediante métodos moleculares, como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

En Guinea está activo un brote de difteria. En la semana epidemiológica (SE) 34 se notificó un total de 40 nuevos casos sospechosos en cuatro distritos sanitarios del país: Siguiri (34 casos; 85% del total), Mandiana (3 casos; 7,5%), Kankan (2 casos; 5%) y Conakry (1 caso; 2,5%). De los 40 casos sospechosos notificados, 39 se clasificaron como clínicamente compatibles y uno fue confirmado por el laboratorio de referencia. Se registraron cuatro muertes entre los casos confirmados, lo que dio como resultado una tasa de letalidad de 10,0%. Además, se identificaron 325 contactos en la región de Kankan durante la misma SE.

Desde la SE 27 de 2023 hasta la SE 34 de 2024, se notificaron 6.409 casos sospechosos y 161 muertes en la región de Kankan. Esta región sigue siendo el epicentro del brote, y el distrito sanitario de Siguiri registra el mayor número de casos desde el inicio del brote. Entre los 6.409 casos sospechosos, 427 casos (6,7%) fueron descartados, 5.787 (96,7%) fueron clasificados como clínicamente compatibles, 86 (1,4%) fueron confirmados por laboratorio y 109 (1,9%) fueron confirmados a través de vínculos epidemiológicos. Desde que comenzó el brote, 318 casos sospechosos fueron examinados con tinción de Gram, de los cuales 231 fueron positivos.

Entre todos los casos notificados (tanto sospechosos como confirmados) desde el comienzo del brote, el grupo de edad de 6 a 10 años sigue siendo el más afectado, representando 23,0% de los casos. A este le sigue el grupo de edad de 11 a 15 años, con 20,0%, y el de 16 a 20 años, con 19,0%. En general, 59,0% de los casos sospechosos son mujeres.

### Acciones de salud pública

- Las actividades de vigilancia incluyen investigaciones epidemiológicas de casos, identificación y seguimiento de contactos, búsquedas activas de casos y aislamiento de los casos confirmados.
- Se difunden periódicamente productos informativos a nivel provincial y regional para actualizar al público sobre la difteria.
- Se realizan recolecciones y transportes regulares de muestras a laboratorios de referencia para su análisis con el fin de confirmar los casos.
- Continúan las actividades de prevención y control de infecciones (PCI), que incluyen la provisión de profilaxis antibiótica a los contactos (distrito sanitario de Siguiri) y sesiones informativas permanentes para los trabajadores de la salud sobre las pautas de PCI para minimizar la transmisión nosocomial.
- Continúa la segunda ronda de la campaña de vacunación en Siguiri.
- Continúa la atención médica para pacientes con difteria, con 40 pacientes hospitalizados en el centro de tratamiento, que recibe continuamente medicamentos esenciales, vacunas y kits de muestreo.
- Se están llevando a cabo actividades de comunicación de riesgos y participación comunitaria, que se centran principalmente en informar a la población sobre la importancia de

vacunar a los niños, reconocer los síntomas de la enfermedad y tomar medidas preventivas (vacunación de rutina). Además, se está educando a los contactos de casos sobre la difteria y se está realizando la vacunación en anillo a los que han tenido contacto con casos positivos.

- También se está difundiendo información en los lugares de culto para informar a los feligreses sobre la difteria en la región de Kankan.

### **Interpretación de la situación**

El brote de difteria en Guinea sigue siendo preocupante, ya que el número de muertes en los centros de tratamiento sigue aumentando. Esto pone de relieve la necesidad urgente de reforzar el manejo de los casos. Además, deben reforzarse otras actividades de respuesta, como las investigaciones de casos, las confirmaciones de laboratorio, la gestión de los casos (en particular, garantizando la disponibilidad de antibióticos), la comunicación de riesgos y la prevención de infecciones. Las iniciativas de vacunación también necesitan un seguimiento estrecho para garantizar que la población en riesgo esté vacunada.



El Ministerio de Salud de Israel informó que el número de pacientes diagnosticados con fiebre del Nilo Occidental aumentó a 913.

Un total de 70 personas a las que se les diagnosticó la enfermedad han muerto desde que comenzó el brote en junio.

El virus del Nilo Occidental ha afectado a Israel durante años, generalmente apareciendo entre junio y noviembre, y no suele infectar a grandes cantidades de personas.

Los mosquitos infectados transmiten el virus del Nilo Occidental a los humanos; el virus no se transmite de persona a persona.

Alrededor de 80% de las personas infectadas con el virus del Nilo Occidental no presentan síntomas. Alrededor de 20% puede experimentar diversos síntomas, como fiebre, dolores de cabeza y dolores corporales. Menos de 1% de las personas infectadas presentará posibles complicaciones poco frecuentes, como inflamación aguda del cerebro o meningitis.

El riesgo de padecer una enfermedad grave es más alto entre las personas mayores y las personas con sistemas inmunitarios debilitados.

Las personas en el centro de Israel y el área metropolitana de Tel Aviv corren un riesgo especial de contraer la enfermedad, ya que la alta humedad crea un buen caldo de cultivo para los mosquitos que la propagan, según el Ministerio de Salud.

Por su parte, el Ministerio de Protección Ambiental informó que se encontraron mosquitos transmisores de la fiebre del Nilo Occidental en Shefaram y en los consejos regionales de Mateh Asher y Mateh Yehuda.

El ministerio impartió instrucciones a estas autoridades locales para que amplíen aún más sus sistemas de vigilancia y control de plagas en sus zonas, al tiempo que piden a la población tomar medidas preventivas.

Se acerca la epidemia estacional de infecciones por el virus sincicial respiratorio (VSR), que puede llevar a casos graves de bronquiolitis en recién nacidos, y entre los médicos ya ha saltado la alerta por esta infección que cada año en el mundo causa la muerte de alrededor de 100.000 niños menores de 5 años.



Existe una vacuna contra la bronquiolitis que no está incluida en los niveles esenciales de asistencia ni en el calendario nacional de vacunación. Por lo tanto, las regiones deben asumir el costo de las dosis y administrarlas a los pacientes pediátricos.

Se trata de un nuevo medicamento que podría marcar un cambio en la prevención y tratamiento de este virus tan insidioso para los más pequeños: se trata del anticuerpo monoclonal nirsevimab, que ha demostrado prevenir 90% de las hospitalizaciones y que el Ministerio de Salud anunció que quiere poner a disposición gratis, a cargo del Servicio Nacional de Salud, en todas las regiones para el tratamiento de los recién nacidos.

Se trata de una campaña de inmunización importantísima, fundamental para proteger al menos a 400.000 niños hasta el primer año de edad. España y Alemania introdujeron el nirsevimab hace un año y los datos confirman una reducción de las hospitalizaciones de al menos 70%.

Sin embargo, el medicamento hoy no está disponible gratis en todas las regiones italianas. El tiempo disponible es escaso: el otoño y las temperaturas frías están cerca y por lo tanto los contagios podrían explotar. El inicio de conversaciones con la Agencia Italiana del Medicamento (AIFA) para proceder al traslado del Nirsevimab-Bey® de los medicamentos de categoría C a los de categoría A, por lo tanto, a cargo del Servicio Nacional de Salud, fue anunciado y comunicado en una nota a las regiones por el Ministerio de Salud precisamente “en consideración del aumento de la incidencia del VSR en la población pediátrica”.

Pero el problema es que muchas regiones no pueden disponer del Fondo Sanitario Regional para proporcionar la vacuna gratuitamente y deberán encontrar recursos en otros capítulos del presupuesto extra sanitario.

### **La circular que ha desatado la alarma**

El anuncio de las conversaciones abiertas con la AIFA llegó después de que una circular – fechada el 18 de septiembre – alertó a las regiones en plan de ajuste (Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Puglia, Sicilia), es decir, principalmente en el sur, sobre la oportunidad de garantizar de manera autónoma la administración de este medicamento.

La nota es categórica y compromete, de hecho, la adquisición de las reservas de este medicamento tan importante. Porque dice que “las regiones en plan de ajuste del déficit sanitario

(Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Puglia, Sicilia), no pueden, a día de hoy, garantizar la administración del anticuerpo monoclonal nirsevimab, ya que, como ya se ha representado, se trata de una prestación por fuera de los niveles esenciales de asistencia (LEA)”. Esto significa que en estas regiones el medicamento deberá ser pagado por los ciudadanos de su propio bolsillo. Mientras que en las otras regiones que no han tenido problemas de déficit será gratuito. Una evidente disparidad, por lo tanto.

Por eso la nota ha encendido inmediatamente una polémica, con el Partido Democratico y Azione que han definido como “vergonzoso” el intento de negar el medicamento en algunas regiones hablando de “primeros efectos” de la ley denominada ‘Rompe Italia’ sobre la autonomía diferenciada. Luego, la aclaración del ministerio en una nueva circular a las regiones.

“Es nuestra intención –aseguró Maria Rosaria Campitiello, jefa del departamento de la Prevención del Ministerio de Salud– reforzar las estrategias de prevención e inmunización universal para proteger a los niños en todo el territorio nacional, garantizando a todas las regiones la administración del anticuerpo monoclonal sin costos para los pacientes”.

La aclaración del ministerio ha sido recibida con beneplácito por médicos y pediatras, que piden poder iniciar la profilaxis con nirsevimab a partir de noviembre en toda Italia. Se manifestó satisfecho el consejo del Calendario para la Vida –del que forman parte varias sociedades científicas, entre ellas pediatras y médicos de familia– subrayando que es “urgente ofrecer una prevención eficaz para este grave problema de salud y garantizar la equidad de oferta a todos los niños italianos”. El consejo espera por lo tanto que la interlocución iniciada con la AIFA para permitir la reclasificación de nirsevimab como medicamento garantizado en régimen de gratuidad a todos los ciudadanos “se lleve a cabo rápidamente, para poder ofrecer protección a los recién nacidos en la inminente temporada invernal”.

### **En 2023 hubo 15.000 hospitalizaciones pediátricas**

La preocupación por el VSR, que afecta sobre todo a los recién nacidos durante los primeros seis meses de vida, es muy alta: el año pasado, según el presidente de la Sociedad Italiana de Neonatología (SIN), Luigi Orfeo, “se registraron en Italia alrededor de 15.000 hospitalizaciones por bronquiolitis, de las cuales 3.000 en cuidados intensivos, y hubo 16 muertes. Si, como esperamos, podemos iniciar la profilaxis desde noviembre para todos los recién nacidos, se podría cambiar la historia de esta infección”.

“El año pasado, nirsevimab aún no estaba disponible en Italia, excepto en el Valle d’Aosta, donde se llevó a cabo una administración piloto. Sin embargo, ya estaba disponible en otros países de la Unión Europea, como España. Hasta ahora, por lo tanto, hemos utilizado otro anticuerpo monoclonal, el palivizumab, que se administraba solo a los recién nacidos en riesgo, una vez al mes durante el tiempo de la epidemia”, aclaró.

El nuevo anticuerpo, por el contrario, es de larga duración y actúa durante los 5-6 meses del período epidémico, previendo una sola administración. Está dirigido, concluyó Orfeo, “a to-



dos los recién nacidos durante el período epidémico, y también deberían ser vacunados los niños que tienen menos de 6 meses al inicio de la temporada epidémica del VSR”.

### **La polémica política: “Garantizar medicamentos a todos los ciudadanos”**



La circular del ministerio hizo estallar el caso político porque representó para muchos una grave disparidad de tratamiento. Las regiones involucradas, especialmente en el sur, desde Lazio hasta Sicilia, se alarmaron. Pero también desde el frente sanitario se expresó preocupación. El presidente de la federación de la Orden de los Médicos, Filippo Anelli, recordó que por Constitución “todos los ciudadanos son iguales ante la ley” y considera la circular un mero anticipo de la Autonomía Diferenciada.

### **Las garantías y el retroceso por “posibles perfiles de inequidad territorial”**

Después de la circular que alarmó al mundo de la salud el ministerio se apresuró a tranquilizar a todos. En una nueva circular difundida ayer, firmada por el director general de la ex Dirección de Programación Sanitaria, Americo Cicchetti, se aclara de hecho que “en consideración de los posibles perfiles de inequidad territorial en el acceso a las terapias basadas en el anticuerpo monoclonal nirsevimab-Beyfortus®, utilizado para el tratamiento de las infecciones por el VSR en edad pediátrica, derivables de la aplicación de la nota del 18 de septiembre de 2024, el ministerio ya ha iniciado las oportunas interlocuciones con la Agencia Italiana del Medicamento y la Dirección General de Prevención de este ministerio, con el fin de garantizar un acceso equitativo y oportuno para los pacientes a todas las terapias aprobadas que muestren adecuados perfiles de adecuación, seguridad y eficacia en todo el territorio nacional”.

### **Muchas regiones no pueden proporcionar el medicamento**

El problema es que existe actualmente una normativa restrictiva para las regiones en plan de ajuste que hace actualmente difícil la provisión de medicamentos no incluidos en los LEA a través de una decisión autónoma por parte de estas regiones.

En la primera nota a las regiones del 18 de septiembre, firmada por el director general del Ministerio de Salud Americo Cicchetti y transmitida a las regiones, se observaba que “a nivel nacional, varias regiones han previsto, de manera autónoma, la administración de una sola dosis del anticuerpo monoclonal nirsevimab” contra la bronquiolitis en recién nacidos “sin costos para los pacientes. Por lo tanto, parece necesario, a la luz de lo anteriormente representado, proporcionar las siguientes aclaraciones: las regiones en plan de ajuste del déficit sanitario (Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Puglia, Sicilia), no pueden, a día de hoy, garantizar la administración del anticuerpo monoclonal nirsevimab, ya que, como ya se ha representado, se trata de una prestación ‘extra LEA’”.

El medicamento de hecho no está incluido en el plan nacional de prevención de vacunación, por lo tanto, aún no está incluido en los LEA y no es reembolsable.

Para estas regiones, por lo tanto, la solución podría ser la compra y provisión gratuita a los pacientes recurriendo a fondos extra sanitarios.

La Región de Puglia aprobó una ley, no impugnada por el gobierno, que autoriza su administración gratuita. Posteriormente llegó la aclaración del Ministerio de Salud. “Por mucho que se intente negar, en Italia siguen existiendo una sanidad serie A y una serie B, ciudadanos de serie A y ciudadanos de serie B, y el Ministerio de Salud lo ha demostrado una vez más”, sostienen los diputados pulleses del Partido Democratico Ubaldo Pagano, Marco Lacarra y Claudio Stefanazzi. “A partir de mañana, un niño pullés o calabrés o abruzo deberá tener más cuidado que uno véneto para evitar la bronquiolitis y las neumonías porque no tendrá la posibilidad de recibir gratuitamente un medicamento muy eficaz”. “La carta –comentó el presidente de la comisión regional de Presupuesto y Programación Fabiano Amati (Azione)– dice cosas imposibles de creer. En buena medida, los niños pulleses pueden ser condenados a cuidados intensivos e incluso a la muerte, como lamentablemente ocurre cada año, mientras que los niños lombardos pueden ser protegidos del virus”.

En medio de [la devastadora guerra civil en la que lleva sumido Sudán desde hace casi un año y medio](#), el país sufrió en las últimas semanas una combinación de lluvias torrenciales e inundaciones que han dejado decenas de muertos, cientos de heridos, miles de desplazados y graves daños materiales. El temporal y los estragos que ha causado, sumado a la vulnerabilidad en la que se encontraba el país a causa del conflicto bélico, han provocado también un brote de cólera y están dificultando todavía más la acción humanitaria.



Hombres trabajando en una barrera improvisada para bloquear las aguas tras las inundaciones provocadas por las lluvias torrenciales, en Masawi, norte de Sudán, el pasado 27 de agosto.

Las inundaciones representan un importante desafío para Sudán cada año entre los meses de julio y septiembre. Durante esta corta ventana de tiempo, el Nilo Azul y el Nilo Blanco, que se unen en un solo río en la capital del país, Jartum, bajan con mucho caudal, sobre todo por las fuertes lluvias vertidas poco antes sobre las tierras altas de Etiopía, lo que suele inundar comunidades ribereñas en Sudán. Este año, además, el país ha registrado más lluvias de lo habitual y estas han caído también en el desértico norte, lo que ha provocado inundaciones adicionales.

La época de lluvias y de inundaciones llegó en un momento en el que Sudán ya estaba sufriendo [una de las peores crisis humanitarias del planeta](#) a raíz de [la guerra civil](#) que enfrenta desde abril de 2023 al ejército con los grupos armados aliados contra las paramilitares Fuerzas de Apoyo Rápido y milicias afines. El conflicto provocó [la mayor crisis de desplazados del mundo](#), causó [condiciones de hambruna en múltiples puntos del país](#), [colapsó su sistema sanitario](#) y destrozó buena parte de su infraestructura crítica.

Desde el mes de junio, alrededor de 600.000 personas se han visto afectadas por las lluvias torrenciales y las inundaciones en 13 de los 18 estados de Sudán, según estimaciones de la Organización de Naciones Unidas (ONU). Los daños materiales también han sido cuantiosos, con más de 35.000 viviendas que han quedado destruidas y casi 45.000 más que permanecen parcialmente derrumbadas. Las inundaciones han desplazado también a más de 172.000 personas, según la Organización Internacional para las Migraciones, que calcula que alrededor de 41% de estas ya se habían tenido que desplazar antes por la guerra.

Una de las regiones de Sudán más afectadas por la catástrofe es Darfur, que a su vez es [una de las zonas más castigadas por la guerra y las atrocidades perpetradas por las Fuerzas de Apoyo Rápido](#) y milicias aliadas.

## Brote de cólera

Las inundaciones y las fuertes precipitaciones golpearon también estados del norte y del este del país, que son los que más al margen de los combates se mantuvieron hasta ahora y donde más desplazados habían encontrado refugio. En estas regiones, el estancamiento de agua

causado por una red de saneamiento inadecuada y la contaminación de fuentes de agua potable, sumadas a un sistema sanitario diezmado, provocaron un brote de cólera. Hasta la fecha se registraron más de 7.000 casos y de 250 muertes, según el último recuento difundido por las autoridades sanitarias el 12 de septiembre, aunque la dificultad para hacer seguimiento hace temer que la cifra real sea muy superior.

El cólera es una enfermedad transmitida por el consumo de alimentos o agua contaminados que puede causar diarrea aguda y en los casos más graves provocar la muerte en tan solo horas, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Sin embargo, se trata de una infección fácil de tratar, ya que, en la mayoría de los casos, puede curarse mediante una solución de rehidratación oral o, en los cuadros más severos, con la administración intravenosa de líquidos y con antibióticos.

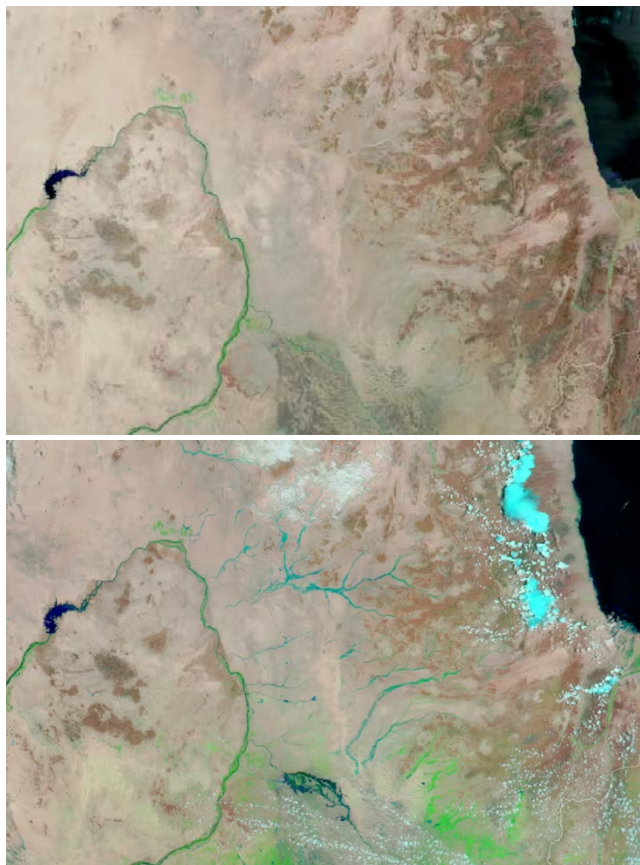
El Ministerio de Salud del país, respaldado por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, está llevando a cabo una campaña de vacunación contra el cólera que hasta ahora cubrió a las personas más vulnerables de algunas de las zonas más expuestas en el estado de Kassala, en el este del país. Sudán había logrado acabar técnicamente en junio con su último brote de cólera, pero no llegó ni a tener tiempo para realizar la declaración oficial.

“La situación es mala en comparación con el año pasado: la tasa de mortalidad es tres veces superior a la aceptable y afecta a seis estados, la mayoría de los cuales acogen a un gran número de personas desplazadas a causa de la guerra, que viven hacinados en puntos de acogida con un saneamiento muy limitado”, señaló Bashir Kamal Eldin Hamid, director de salud y nutrición de la organización Save the Children en Sudán. “El país necesita otra ronda de vacunas para controlar el brote actual de cólera”, consideró.

Las dificultades para efectuar la campaña de vacunación son extensibles al resto de las operaciones humanitarias en el país, que se han visto muy afectadas en los últimos dos meses por la expansión de la guerra y los daños que las lluvias y las inundaciones han causado en carreteras y puentes. Esta situación está obligando a las agencias humanitarias a buscar nuevas rutas adecuadas para distribuir la ayuda, un revés añadido a los ataques, saqueos, trabas burocráticas y limitaciones de movimiento que sufren desde el inicio de la guerra.

## 25 millones de personas sufren hambre

Estos contratiempos amenazan con agravar los niveles de inseguridad alimentaria en el país, que con más de la mitad de la población, unos 25 millones de personas, en estado de hambre aguda, son ya los peores de su historia. El 19 de agosto, el Programa Mundial de Alimentos informó que más de 50 camiones con suministros de tres meses para alrededor de medio millón de personas estaban atascados en varios puntos de Sudán. Y la Organización de las Na-



Imágenes de Sudán tomadas por satélite por la Administración Nacional de Aeronáutica y del Espacio (NASA) de Estados Unidos, que evidencian las inundaciones al comparar una imagen del 9 de julio con otra del 31 de agosto de 2024.

ciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, otra agencia clave en la respuesta contra el hambre, también declaró que las inundaciones están dificultando sus esfuerzos.

En Darfur, una de las regiones con los mayores niveles de hambre del país, la ONU estimó que las inundaciones han afectado a más de 120.000 personas en zonas donde muchos corrían el riesgo de sufrir hambruna, precisamente a partir del verano. En los campos de desplazados de [Zamzam, donde ya se declaró una hambruna en julio](#), y de Abu Shouk, ambos en el Estado de Shamal Darfur, las lluvias y las inundaciones han desplazado a más de 4.000 personas, han destruido casi 1.000 tiendas y varias letrinas, y han dañado más de 2.000 casas, según la ONU.

“El campo de Zamzam es una zona residencial informal situada junto al valle de una presa entre la capital regional de El-Fasher y el campo. Sus casas están construidas con paja y ladrillos, por lo que cada temporada de lluvias causa daños y pérdidas”, explicó Saddam Abkar Saffi, miembro de una unidad de respuesta de emergencias de Zamzam. “Esta temporada ha sido diferente debido a las fuertes lluvias y al gran caudal de agua que entró en el valle, lo que ha provocado la destrucción total y parcial de muchas viviendas”, agregó.

El 15 de agosto, la junta militar de Sudán autorizó a agencias humanitarias a utilizar por tres meses un paso fronterizo con Chad, que permanecía cerrado por la falta de permisos oficiales, pese a ser una de las vías más cortas para enviar ayuda a Darfur. Sin embargo, las lluvias e inundaciones han dañado carreteras y tres importantes puentes de la región, lo que está limitando el movimiento. Las operaciones humanitarias a Darfur desde Chad también tienen un costo muy alto, y las agencias humanitarias están solicitando mayor financiación exterior. Hasta el 11 de septiembre, 95 camiones de ayuda habían cruzado la frontera de Chad a Sudán, según Tapiwa Gomo de la Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios.

El mal estado de buena parte de las infraestructuras de Sudán también ha provocado tragedias por su incapacidad de soportar la presión de las fuertes lluvias e inundaciones. Uno de estos desastres se produjo el 25 de agosto al colapsar una presa a 40 kilómetros de Bur Sudan, la ciudad donde se han trasladado el Gobierno, las misiones diplomáticas y humanitarias que continúan activas en el país y cientos de miles de desplazados. Solo su colapso dejó al menos 30 muertos, 20 pueblos arrasados y alrededor de 50.000 personas afectadas, según la ONU.

Además, se teme que el colapso parcial de la presa afecte en los próximos meses el suministro de agua potable de Bur Sudan, que dependía principalmente de las reservas almacenadas en su embalse y de una tubería que abastecía la ciudad de agua dulce y que también resultó dañada. Asimismo, las autoridades calcularon que el colapso de la infraestructura liberó unos cinco millones de metros cúbicos de sedimentos, lo que ha afectado muchas tierras cultivadas.



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