

16 DE AGOSTO
2024
REC 2.841

ARGENTINA

- Situación epidemiológica de la hepatitis E

AMÉRICA

- Estados Unidos: Alertan sobre un aumento de la actividad del parvovirus humano B19
- Estados Unidos: Brote de shigelosis entre personas sin hogar en el condado Santa Clara, California
- México: Durango registra casi 10.000 picaduras de alacrán al año

EL MUNDO

- Australia: Aumentaron los casos en el brote de legionelosis en Melbourne
- Filipinas: Urgente respuesta a la leptospirosis
- Filipinas: Tras 25 años de lucha, el país está cerca de erradicar la malaria
- India: Alerta por tres casos de meningoencefalitis amebiana en Thiruvananthapuram, Kerala
- Liberia: Situación epidemiológica del sarampión

- Palestina: La guerra ha convertido a Gaza en un foco de enfermedades infecciosas, e Israel no es inmune
- Reino Unido: Aumentaron los casos de gonorrea y sífilis en Gales
- Togo: Situación epidemiológica del dengue
- Las diferentes tasas de transmisión de *Mycobacterium tuberculosis* se asocian con la simpatría huésped-patógeno
- La OMS declaró la emergencia de salud pública de importancia internacional por la mpox

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 adjuntosRUTH 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


Societad Argentina de Infectología
WWW.SADI.ORG.AR

Adherentes



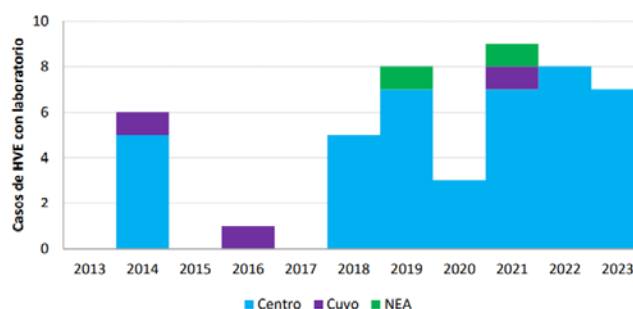
Distinguido por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

© 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.

En Argentina, los casos de hepatitis E reportados en el período 2013/2023 ascienden a 47, en su mayoría en la Región Centro –casi el 90% de los casos a nivel nacional–, distribuidos en todos los grupos etarios, y con una leve predominancia del sexo masculino, que comprende el 57% de los casos.

El grupo etario de menores de 20 años registró nueva casos (20% del total), mientras que el de 20 a 39 años cuenta 13 casos (28%), el de 40 a 59 años 12 casos (26%) y el de 60 y más años 12 casos (26%).



Casos de hepatitis E confirmados por laboratorio, según región. Argentina. Años 2013/2023. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección Nacional de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Provincia/Región	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	–	2	–	–	–	2	3	1	3	6	4
Buenos Aires	–	1	–	–	–	–	1	1	–	1	1
Córdoba	–	–	–	–	–	1	2	1	4	1	2
Entre Ríos	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santa Fe	–	1	–	–	–	2	1	–	–	–	–
Centro	–	5	–	–	–	5	7	3	7	8	7
Mendoza	–	1	–	1	–	–	–	–	–	–	–
San Luis	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–
Cuyo	–	1	–	1	–	–	–	–	1	–	–
La Rioja	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–
Tucumán	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–
Noroeste Argentino	–	–	–	–	–	–	1	–	1	–	–
Total Argentina	–	6	–	1	–	5	8	3	9	8	7

Casos confirmados por laboratorio, según jurisdicción. Argentina. Años 2013/2023. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



ESTADOS UNIDOS

ALERTAN SOBRE UN AUMENTO DE LA ACTIVIDAD
DEL PARVOVIRUS HUMANO B19

13/08/2024

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) emitieron un [Aviso de Salud](#) de la Red de Alerta de Salud para notificar a los proveedores de atención médica, las autoridades de salud pública y el público sobre el actual aumento en la actividad del parvovirus humano B19 en Estados Unidos.

El parvovirus B19 es un virus respiratorio estacional que [se transmite a través de gotitas respiratorias](#) por personas con infección sintomática o asintomática. En el primer trimestre de 2024, las [autoridades de salud pública de 14 países europeos](#) observaron un número inusualmente alto de casos de parvovirus B19.

En Estados Unidos, no existe una vigilancia de rutina para el parvovirus B19 y no es una afección de declaración obligatoria. Recientemente, los CDC han recibido informes que indican un aumento de la actividad del parvovirus B19 en el país. Los datos incluyen un aumento de la positividad de las pruebas para el parvovirus B19 en muestras clínicas y plasma agrupado de un gran laboratorio comercial, e informes de conglomerados de complicaciones asociadas al parvovirus B19 entre embarazadas y personas con anemia de células falciformes.

La proporción de personas con anticuerpos IgM, un indicador de infección reciente, aumentó entre todas las edades desde menos de 3% durante 2022-2024 a 10% en junio de 2024; el mayor aumento se observó entre los niños de 5 a 9 años, de 15% durante 2022-2024 a 40% en junio de 2024. Entre los donantes de plasma, la prevalencia de muestras agrupadas con ADN de parvovirus B19 mayor a 10^4 UI/ml aumentó de 1,5% en diciembre de 2023 a 19,9% en junio de 2024.

El parvovirus B19 es altamente transmisible en gotitas respiratorias, con un 50% de personas susceptibles infectadas después de la exposición en el hogar y un 20-50% de estudiantes y personal susceptibles infectados durante brotes escolares. Históricamente, las personas que trabajan en escuelas y en estrecho contacto con niños (por ejemplo, trabajadores de guarderías y maestros) han tenido un alto riesgo ocupacional de infección. Alrededor de 50% de los adultos tienen anticuerpos detectables a la edad de 20 años. Más de 70% de los adultos tienen anticuerpos detectables a la edad de 40 años. Se cree que los anticuerpos de una infección previa protegen contra la reinfección.

La infección por parvovirus B19 puede transmitirse durante el embarazo (es decir, de la madre al feto) o a través de la transfusión de componentes sanguíneos y ciertos derivados del plasma. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) recomienda analizar todos los productos derivados del plasma y las unidades de plasma para detectar el parvovirus B19 mediante pruebas de ácido nucleico. En Estados Unidos no se analiza la sangre completa para

detectar el parvovirus B19. La infección por parvovirus B19 asociada a transfusiones es extremadamente rara.

Aunque muchas personas infectadas por parvovirus B19 son asintomáticas, los niños y adultos inmunocompetentes con enfermedad sintomática suelen desarrollar una enfermedad bifásica. La primera fase de la enfermedad se caracteriza por síntomas de fiebre, mialgia y malestar y se desarrolla aproximadamente siete días después de la infección. Esta fase dura aproximadamente cinco días. Las personas infectadas por parvovirus B19 son más contagiosas durante la primera fase, cuando las cargas virales en las secreciones respiratorias y la saliva son más altas. Durante la segunda fase de la enfermedad (aproximadamente siete a 10 días después de la primera fase), los niños suelen presentar una erupción facial característica (eritema infeccioso o apariencia de “mejilla abofeteada”), que puede ir seguida de una erupción corporal reticulada o artralgia uno a cuatro días después. En los adultos inmunocompetentes, los síntomas más comunes de la enfermedad por parvovirus B19 suelen ocurrir durante la segunda fase e incluyen una erupción reticular en el tronco y artralgia. Por lo general, la erupción facial característica no aparece hasta que la carga viral ha disminuido. Las pruebas de laboratorio realizadas durante la enfermedad aguda pueden demostrar una disminución transitoria en los recuentos absolutos de reticulocitos que dura aproximadamente 10 días, anemia leve, trombocitopenia o leucopenia. La mayoría de las personas solo requieren cuidados paliativos durante la fase aguda de la enfermedad y se recuperan por completo. Los resultados graves de la enfermedad por parvovirus B19, como miocarditis, hepatitis o encefalitis, son poco frecuentes. No se recomienda ninguna vacuna ni tratamiento específico para la infección por parvovirus B19.

La infección por parvovirus B19 puede provocar consecuencias adversas para la salud en personas sin inmunidad preexistente que estén embarazadas, inmunodeprimidas o tengan trastornos hemolíticos crónicos. Durante el embarazo, la mayoría de los casos de infección fetal por parvovirus B19 se resuelven espontáneamente sin consecuencias adversas. Sin embargo, el riesgo de un resultado fetal adverso (p. ej., anemia fetal, hidropesía no inmunitaria o pérdida fetal) es de 5 a 10%, y es más alto cuando la infección aguda se produce entre las semanas 9 y 20 de gestación. El tratamiento de la infección aguda en la embarazada es de apoyo, y el manejo incluye el seguimiento y el tratamiento de la anemia fetal grave. Además, el parvovirus B19 puede causar anemia aplásica crónica o transitoria en personas con afecciones inmunodeprimidas graves (p. ej., leucemia u otros cánceres, trasplante de órganos, infección por VIH, quimioterapia) o trastornos hemolíticos crónicos (p. ej., anemia de células falciformes, talasemia, esferocitosis hereditaria). Las transfusiones de glóbulos rojos y la inmunoglobulina intravenosa son los pilares del tratamiento de la anemia aplásica.

Salud Pública del condado de Santa Clara, California, identificó un brote de shigelosis entre las personas sin hogar en el condado. Hasta el 13 de agosto, 15 personas han dado positivo para *Shigella* asociadas con esta investigación del brote y se han identificado 22 casos sospechosos más en el condado.

Shigella puede propagarse a través del agua, y sólo se necesita una pequeña cantidad de estas bacterias para causar la enfermedad. Debido a que algunas personas enfermas con shigelosis reportaron el uso del río para bañarse e ir al baño, Salud Pública aconseja que las personas eviten el contacto con el agua del río Guadalupe a la altura de la autopista 85 (en la intersección de la autopista 85 y Almaden Expressway). Las personas que entran en contacto deben evitar ingerir el agua y deben lavarse con agua y jabón antes de comer o tocarse la cara. Se aconseja a los trabajadores de las organizaciones asociadas que pudieran entrar en contacto con el agua del río en los alrededores de los campamentos, que vistan equipo de protección personal.

Shigella es una familia de bacterias que causan diarrea. Estas bacterias se encuentran en las heces; por lo tanto, cualquier objeto que se contamine con heces puede propagar los gérmenes.

Las personas se pueden exponer a *Shigella* mediante el contacto directo con una persona infectada, por ejemplo, teniendo relaciones sexuales con esa persona; al consumir alimentos o líquidos contaminados con *Shigella*; al tocar objetos contaminados con *Shigella* y llevarse las manos sin lavar a la boca.

Es necesaria solo una pequeña cantidad de bacterias para provocar la infección.

Los síntomas de la shigelosis son diarrea que puede contener sangre y puede durar más de tres días; fiebre, dolor de estómago y tenesmo. Los síntomas generalmente duran unos siete días, y generalmente comienzan de uno a siete días después de haber estado expuesto.

Cada año, Durango registra cerca de 9.600 intoxicados por picadura de alacrán; por esta razón, se llegan a aplicar hasta 19.000 frascos de faboterápico, conocido como “suero antialacrán”.



Según informó Edgar Rodríguez Hernández, jefe del departamento de Vectores y Zoonosis de la Secretaría de Salud del Estado, hasta el 20 de julio, se han atendido 4.712 pacientes picados por alacranes, y en ellos se han aplicado 8.083 frascos de faboterápico.

Rodríguez Hernández señaló que, en julio de 2023 se conoció la intención de eliminar la NOM-033-SSA2-2011 para el control de la intoxicación por picadura de alacrán, además de la cancelación de otras 34 normas.

Hizo énfasis que, aunque se haya cancelado la Norma Oficial Mexicana (NOM), en Durango, no se vulnerará el derecho de los pacientes a recibir atención médica por picadura de alacrán. Afirmó que tampoco se verá afectada la praxis médica y que no está en riesgo el abasto del faboterápico.

“No quiere decir que al no haber una Norma Oficial, el médico, la enfermera o la persona que atiende el paciente se va a portar mal con él; todo lo contrario: el paciente llegará a un centro de salud u hospital y de manera inmediata se comenzará el protocolo de atención”.

Sostuvo que no habrá cambios ni afectaciones en Durango por la eliminación de la Norma, pues, además, a partir de 2024, la entidad trabaja con el Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de Intoxicación por Animales Ponzosos.

Dicho manual complementa la NOM-033-SSA2-2011 y la Guía Práctica Clínica, y se ha realizado con las experiencias de todos los estados.

Las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) son regulaciones técnicas de observancia obligatoria expedidas por las dependencias competentes, que tienen como finalidad establecer las características que deben reunir los procesos o servicios cuando estos puedan constituir un riesgo para la seguridad de las personas o dañar la salud humana; así como aquellas relativas a terminología y las que se refieran a su cumplimiento y aplicación.

Las NOM en materia de Prevención y Promoción de la Salud, una vez aprobadas por el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades (CCNNPCE) son expedidas y publicadas en el Diario Oficial de la Federación y, por tratarse de materia sanitaria, entran en vigor al día siguiente de su publicación.

Las NOM son revisadas cada cinco años a partir de su entrada en vigor. El CCNNPCE analiza y, en su caso, realiza un estudio de cada NOM, cuando su periodo venza en el transcurso del año inmediato anterior y, como conclusión de dicha revisión y/o estudio puede decidir la modificación, cancelación o ratificación de las mismas.



AUSTRALIA

AUMENTARON LOS CASOS EN EL BROTE
DE LEGIONELOSIS EN MELBOURNE

12/08/2024

El Departamento de Salud de Victoria está investigando un brote de legionelosis, con un aumento significativo de casos notificados en múltiples ubicaciones en el área metropolitana de Melbourne y áreas circundantes.

Se han notificado 109 casos confirmados y cuatro casos sospechosos desde el 26 de julio, la mayoría en adultos mayores de 40 años.

La mayoría de los casos han requerido hospitalización, con múltiples ingresos en cuidados intensivos por neumonía grave adquirida en la comunidad.

La legionelosis puede causar una infección pulmonar con síntomas de fiebre, escalofríos, tos, dolor de cabeza y dolores musculares. Otros síntomas atípicos pueden incluir náuseas, vómitos, diarrea y confusión.

Todos los casos han visitado o residen en el área metropolitana de Melbourne. Los que corren mayor riesgo son los adultos mayores de 40 años, especialmente las personas con otras afecciones médicas o inmunodepresión, o fumadoras.

Las personas que presenten síntomas deben buscar atención médica urgente.

Los profesionales sanitarios deben tener un alto índice de sospecha de legionelosis en pacientes con síntomas compatibles, especialmente neumonía adquirida en la comunidad con factores de riesgo.

Se recomienda a los operadores de torres de enfriamiento en el área metropolitana de Melbourne que garanticen el cumplimiento de los requisitos de pruebas, servicio y auditoría de sus torres de enfriamiento.

Se ha identificado la fuente de este brote en una torre de refrigeración. Esta torre se analizó el 30 de julio y se desinfectó dentro de las 24 horas posteriores a la detección. Sin embargo, es posible que haya personas que aún no hayan desarrollado síntomas o que ya presenten síntomas pero que aún no se hayan realizado la prueba.

La legionelosis es causada por la bacteria *Legionella*, que está muy extendida en el ambiente, en cuerpos de agua naturales como ríos, lagos, arroyos y aguas termales; también en spas, sistemas de agua caliente y sistemas artificiales que utilizan agua para refrigeración, calefacción o procesos industriales como torres de refrigeración, así como sustratos para macetas.

Los resultados de las pruebas indican que el brote es causado por el serogrupo 1 de *Legionella pneumophila*, que se puede detectar mediante una prueba de antígeno urinario. Esta cepa se encuentra predominantemente en sistemas de agua y no en sustratos para macetas.

El Departamento de Salud (DHO) de Filipinas ordenó a todos los hospitales de Maynila que activaran su plan de respuesta a la leptospirosis, en medio del aumento de casos, tras las inundaciones masivas del 24 de julio.

Según el DOH, el creciente número de casos de leptospirosis en Maynila ejerce una gran presión sobre la capacidad del sistema de salud para responder de manera oportuna y significativa, especialmente por la falta de recursos humanos y equipos médicos para atender a los pacientes.

El DOH anunció esto después de que el Instituto Nacional de Riñón y Trasplante (NKTI) y el Hospital 'San Lázaro' informaran de más admisiones de pacientes con leptospirosis.

El NKTI convirtió su gimnasio en una sala de leptospirosis donde se puede administrar diálisis a los pacientes. La sala de gimnasio improvisada de 66 camas y la sala de emergencias están llenas.

Ambos hospitales están agregando más camas para acomodar a más pacientes y claman por más médicos y enfermeras para atender al creciente número de ingresos.

Romina Danguilan, subdirectora ejecutiva de servicios médicos del NKTI, dijo que el hospital atiende al menos a 72 pacientes, 62 de ellos sometidos a diálisis debido a insuficiencia renal.

Según Danguilan, los pacientes también presentan pancreatitis aguda, anomalías en la función hepática y hepatitis. Algunos tienen daño pulmonar grave, por lo que necesitan ser intubados, mientras que otros están conectados a respiradores.

El Hospital 'San Lázaro', administrado por el gobierno, también atiende a 88 pacientes con leptospirosis, de los cuales 32 tienen menos de 18 años. Cinco han muerto.

Desde enero hasta el 27 de julio de 2024, el DOH contabilizó 1.444 casos y 162 muertes.

Tambaleándose bajo el peso, una docena de portadores cargaron sobre sus hombros sacos con mosquiteros, bolsas de comida, suministros médicos y un frágil microscopio de laboratorio de 16 años cuidadosamente embalado en una caja de madera. Con eso, se adentraron en la jungla de Filipinas, caminando por la hierba que les llegaba hasta los muslos, subiendo y bajando por senderos fangosos, vadeando pequeños ríos y tambaleándose por un inestable puente colgante de madera, hasta finalmente llegar a una gran choza en un claro. Allí, alrededor de 200 personas de las comunidades indígenas cercanas se habían reunido para su prueba mensual de malaria.

La malaria es una de las principales causas de muerte en todo el mundo, y mata a alrededor de medio millón de personas cada año. En la década de 1990, Filipinas registraba cerca de 100.000 infecciones al año, que causaban cientos de muertes y muchas más personas sufrían los brutales sudores, la fatiga y los dolores musculares que son comunes a la infección por malaria.

Desde 1999, gracias a los esfuerzos concertados de los trabajadores sanitarios, el Gobierno y las ONG locales y extranjeras, se ha producido una reducción de 87% en el número de casos y una disminución de 93% en las muertes por malaria. De las 82 provincias, 72 han sido declaradas oficialmente libres de malaria, mientras que en otras nueve no se han registrado casos autóctonos.

Sólo una provincia sigue luchando contra la transmisión activa de la malaria, el último tramo de una maratón de 25 años: Palawan, un conjunto montañoso de islas de 14.650 kilómetros cuadrados que divide los mares de China Meridional y de Sulu como una daga que apunta desde el archipiélago principal de Filipinas hacia Borneo en el suroeste.

En la primera mitad de este año, Palawan registró alrededor de 2.300 casos de malaria, según el Movimiento contra la Malaria (MAM), un fondo público-privado que apoya actividades en la región. Esa cifra está en camino de ser muy inferior a los 6.188 registrados en todo 2023, cuando los patrones climáticos (lluvias intensas seguidas de calor intenso) fueron ideales para la reproducción de mosquitos y los casos aumentaron significativamente.

“Cada lugar tiene sus condiciones”, dijo el Dr. Antonio Bautista, director del programa MAM, que ha pasado años luchando contra la malaria en Filipinas. “Hemos estado aplicando todas las estrategias que han estado aplicando las demás provincias. Hemos estado distribuyendo medicamentos y suministros, hemos estado haciendo un seguimiento, hemos estado realizando búsquedas activas de casos, y aun así todavía tenemos muchos casos”.

Aunque los medios de comunicación suelen centrarse en tácticas experimentales contra la malaria, como la modificación genética de los mosquitos para impedir su reproducción, la mayoría de los programas de erradicación funcionan como lo han hecho durante décadas: utilizando mosquiteros, mallas y repelentes de insectos para protegerse de las picaduras y suprimiendo las poblaciones de mosquitos eliminando el agua estancada (donde se reproducen) y utilizando insecticidas. Los mosquitos no son portadores naturales del parásito de la malaria y deben picar a un ser humano infectado para transmitirlo, por lo que controlando

los casos y haciendo un seguimiento de las infecciones, es posible reducir gradualmente las cifras a cero sin acabar con los propios insectos.

Uno de los desafíos en Palawan es rastrear, tratar y suprimir los casos entre los pueblos indígenas epónimos de la isla, muchos de los cuales aún viven en comunidades remotas en las tierras altas del sur.

En junio, un equipo de MAM subió a pie a las faldas del monte Mantalingajan, de 2.000 metros de altura, para realizar pruebas y trabajos de divulgación. Durante varias horas, decenas de hombres, mujeres y niños hicieron cola pacientemente para que les practicaran una prueba de punción en el dedo, su sangre se untó en placas de vidrio, se tiñó con un tinte violeta y luego se examinó bajo el microscopio; los resultados se contabilizaron y se llevaron montaña abajo para codificarlos en una base de datos centralizada del gobierno.

La microscopista Charia Fuerte supervisó el cuidadoso desembalaje de su máquina, aliviada al descubrir que nada en el frágil mecanismo se había roto o desprendido durante la caminata. La mujer de 52 años pasó más de dos décadas luchando contra la malaria y dijo que había visto cómo los casos se reducían de ser comunes en todo Palawan a ahora solo un puñado de barangays (unidades administrativas del tamaño de una parroquia) en el suroeste.

Fuerte camina regularmente hasta cinco horas para llegar a un sitio de pruebas, donde ella y un compañero revisarán cientos de portaobjetos en busca de señales del parásito de la malaria, a menudo usando una linterna de teléfono o un espejo para proporcionar la luz necesaria para ver a través del microscopio.

“Es un gran desafío”, dijo. “Pero hay que hacerlo con el corazón, a pesar de todos los desafíos”.

Fuerte se formó en un instituto de microscopía de Puerto Princesa, la capital de Palawan, y sigue volviendo periódicamente para recibir cursos de actualización. En un seminario reciente, 16 alumnos participaron en un curso de una semana de duración en el que se repasaba cómo distinguir entre las dos principales cepas presentes en Filipinas: *Plasmodium falciparum* y *P. vivax*, que parecen casi idénticas bajo el microscopio para un novato, pero tienen diferencias reveladoras en cuanto a tamaño y punteado.

Florinda Ruiz, una aprendiz, dijo que al principio también le costó distinguir las variedades, pero después de casi 24 años, ahora es algo natural. Al igual que Fuerte, Ruiz es voluntaria y recibe un pequeño estipendio del gobierno local, pero su motivación principal es un sentido de misión por sobre cualquier otra cosa.

“Me siento feliz”, dijo Ruiz sobre su larga carrera. “He visto un descenso en los casos. En mi barangay ya no hay ningún caso”.

Bautista dijo que, en última instancia, la situación en Palawan es una historia de éxito (aparte del bache en 2023, los casos han venido disminuyendo de manera constante), pero que pasar de un número mínimo de casos a cero casos es más fácil de decir que de hacer.

“La última etapa siempre es la más difícil”, dijo. “No hay un manual que diga qué hacer, cuándo bajar el ritmo. Si fuera por mí, seguiríamos haciendo todo lo posible hasta llegar a cero. Hasta ahora, cada vez que alcanzamos un nuevo mínimo, viene seguido de un repunte”.

Una forma en que el gobierno espera avanzar es alentando a las comunidades indígenas a mudarse a aldeas centralizadas en las tierras bajas, donde pueden cultivar y tener animales, pero aun así viajar a los bosques para realizar la agricultura tradicional de tala y quema y cosechar resina del árbol Almaciga, que venden a unos 50 centavos el kilo.

En uno de esos pueblos de Rizal, el residente Bernie Lumnos dijo que solía vivir en las montañas, donde la malaria era común y que toda su familia había contraído la enfermedad tres veces.

“Fue muy difícil venir a recibir tratamiento”, dijo. “Y cuando lo haces, no estás en los campos sembrando o recolectando alimentos. Era muy difícil conseguir suficiente comida cuando estábamos enfermos”.

Lumnos vive ahora en el pueblo, administrado por el gobierno, donde colabora como voluntario en un programa de divulgación sobre la malaria y conduce una ambulancia con un triciclo motorizado, trasladando los casos más graves a un pueblo cercano para que reciban tratamiento. La vida en el pueblo no es muy diferente a la de las montañas, dijo, desestimando las preocupaciones de que esto pueda resultar en la pérdida de las prácticas tradicionales.

“Les digo a mis hijos que hay cosas buenas en nuestra cultura, pero también algunas cosas que debemos cambiar”, dijo Lumnos.

Según Survival International, que defiende los derechos de los pueblos indígenas, los grupos indígenas de Palawan han visto sus tierras tradicionales invadidas por empresas mineras y de aceite de palma, y han sufrido contaminación y enfermedades infecciosas como resultado del creciente desarrollo de la región.

Muchos de los voluntarios que luchan contra la malaria pertenecen a las mismas comunidades indígenas a las que ayudan y parecen muy sensibles a las preocupaciones locales, aunque ocasionalmente se puede escuchar a trabajadores médicos externos utilizar un lenguaje condescendiente o colonial, refiriéndose a los pueblos tribales como atrasados o ignorantes.

“Estamos aquí para ayudar, no para hacer daño”, dijo la enfermera Rutchel Laborera, que proviene de una comunidad indígena de Mindanao, una isla en el sur de Filipinas. “La gente de la comunidad es muy receptiva. No podríamos hacer lo que tenemos que hacer solos”.

Al igual que otros trabajadores, Laborera destacó el increíble éxito del programa antimalárico de Filipinas a lo largo de sus 17 años de carrera y se mostró optimista sobre su futuro.

“En mi primer año sólo conté las muertes”, dijo.

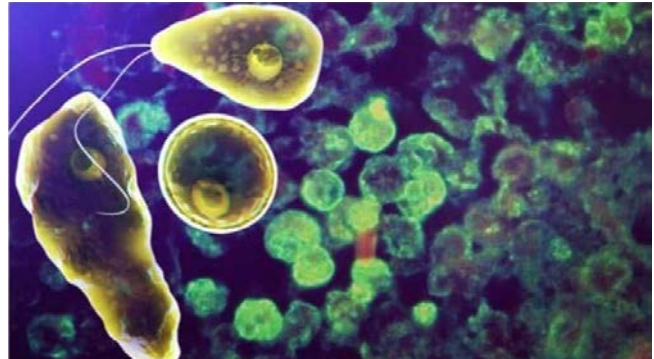
Tres personas fueron diagnosticadas con meningoencefalitis amebiana primaria en Thiruvananthapuram. Las tres fueron ingresadas en el Hospital del Colegio Médico. Con esto, el número total de casos confirmados en la ciudad aumentó a cuatro. A una persona que murió el 23 de julio también se le confirmó la enfermedad.

El Departamento de Salud emitió una advertencia en vista de los últimos acontecimientos. Según la advertencia, las personas deben evitar el uso de cuerpos de agua con musgo, los que se utilizan para bañar animales y los baños en agua estancada.

El 29 de julio llegó a Thiruvananthapuram desde Alemania un antídoto contra esta rara infección causada por la ameba *Naegleria fowleri*. El medicamento miltefosina fue administrado anteriormente a un niño de 14 años, que se informó que estaba afectado por la enfermedad en el Hospital Baby Memorial de Kozhikode.

Según los informes, en el último mes y medio, la meningoencefalitis amebiana primaria se cobró la vida de tres niños: uno de 12 años, originario de Farook; otro de 13 años, de Kannur; y el último de 5 años, de Malappuram.

N. fowleri prolifera en entornos como lagos, fuentes termales y aguas estancadas, e ingresa al cuerpo a través de la nariz. También se la ha identificado en piscinas no controladas, parques de surf y otras áreas recreativas. El organismo infecta a las personas a través del conducto nasal y migra al cerebro, causando meningoencefalitis amebiana primaria. Los síntomas iniciales suelen aparecer en un plazo de cinco días, pero pueden aparecer entre 1 y 12 días después de la infección. Los síntomas leves incluyen dolor de cabeza, fiebre, náuseas y vómitos, mientras que los casos graves pueden progresar a alucinaciones, convulsiones, confusión e incluso coma. Si no se trata, puede ser mortal en un mes.



Naegleria fowleri

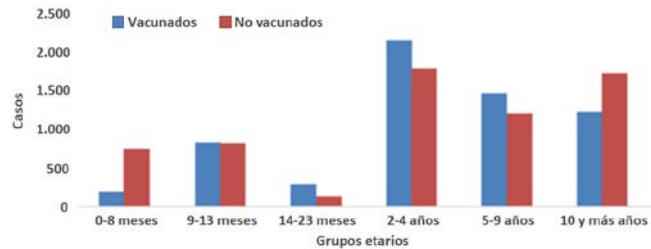
Naegleria fowleri es un ameboflagelado aeróbico de vida libre patogénica; es un parásito facultativo, que puede sobrevivir tanto fuera como dentro de un huésped, que puede producir la meningoencefalitis amebiana primaria en los seres humanos, por lo cual se la conoce coloquialmente como "ameba comecerebros".

N. fowleri tiene una distribución universal. Prolifera en aguas frescas, suelos, alcantarillado, lodo de aguas residuales, aguas de piscinas, arena, frotis faríngeos y nasales. También se han aislado del aire contaminado con polvo. Esta especie es termofílica y tolera temperaturas de 40-45°C, a diferencia de otras especies no patógenas.

El protozoo se transmite a las personas que se bañan en aguas contaminadas. En algunos casos, puede penetrar a través de la lámina cribosa del etmoides y alcanzar el cerebro y las meninges, y causar graves cuadros de necrosis e inflamación. Observaciones experimentales inducen a pensar que la infección se contrae por la penetración del microorganismo a través de la nariz o a través del neuroepitelio olfatorio. *N. fowleri* se ha mostrado resistente al agua poco clorada.

La meningoencefalitis amebiana primaria es una enfermedad aguda y rápidamente mortal que se produce en niños o adultos jóvenes previamente sanos que refieren el antecedente epidemiológico de haber nadado o buceado en piscinas climatizadas o lagos artificiales poco tiempo antes, si bien se han descrito algunos casos sin este antecedente. La lesión primaria se produce en el neuroepitelio olfatorio, y a través de los nervios olfatorios alcanza el cerebro. El período de incubación oscila entre un día y dos semanas. El inicio de los síntomas es brusco y la enfermedad es fatal. Los síntomas principales son cefalea, anosmia, fiebre (que suele ser superior a los 40°C), obstrucción nasal, náuseas y vómitos en escopetazo. El cuadro progresa rápidamente a coma. Puede haber síntomas propios de encefalitis (delirio, agitación, desorientación, estupor, parálisis, midriasis, crisis de apnea, parosmia, agnesia, hipotermia). La muerte se produce a la semana del inicio de los síntomas por paro cardiorrespiratorio y edema pulmonar. El índice de supervivencia ronda el 2%.

Liberia ha estado lidiando con un brote de sarampión que ha afectado a 15 de los 98 condados del país (15,3%) desde el 13 de diciembre de 2021. Hasta el 24 de julio de 2024, se habían notificado 13.815 casos sospechosos, incluidos 13.169 casos confirmados. Entre los casos confirmados, se obtuvo confirmación de laboratorio para 691 casos (5,3%), vínculo epidemiológico para 3.389 casos (25,7%) y compatibilidad clínica para 9.089 casos (69,0%).



Casos confirmados de sarampión, según estado de vacunación y grupo etario. Liberia. Del 13 de diciembre de 2021 al 24 de julio de 2024.

El brote ha provocado 95 muertes, lo que arroja una tasa de letalidad de 0,7%. De los 13.169 casos acumulados, 13.066 (99,2%) se recuperaron de la enfermedad. Los niños de 2 a 10 años se han visto desproporcionadamente afectados, especialmente entre los que no están vacunados. El condado de Montserrado registró el mayor número de casos, con 5.373 (41,1%), seguido de Nimba (1.318 casos; 10,1%), Maryland (1.319 casos; 10,1%), Grand Kru (1.100 casos; 8,4%) y Grand Bassa (924 casos; 7,1%).

Los niños de 2 a 4 años fueron los más afectados por el brote, mientras que los bebés de 0 a 8 meses de edad registraron el menor número de casos.

Los niños tuvieron sistemáticamente tasas más altas de infección por sarampión que las niñas en todos los grupos etarios.

Los casos de sarampión fueron más frecuentes entre los niños no vacunados de 2 a 4 años en comparación con el menor número de casos de sarampión entre los bebés de 0 a 5 meses que están vacunados. El mayor número de muertes también se produjo en niños de 2 a 4 años, y el número de muertes es mayor entre los niños no vacunados en todos los grupos de edad.

Acciones de salud pública

- La coordinación para la movilización de recursos a través de reuniones del Sistema de Monitoreo de Incidentes está en curso. Los Equipos de Salud de Condado lideran el esfuerzo, que cuenta con el apoyo del Instituto Nacional de Salud Pública de Liberia, el Ministerio de Salud y los socios.
- Se ha reforzado la vigilancia epidemiológica, incluida la búsqueda activa de casos en el condado de Grand Kru, ya que el brote se declaró terminado en cuatro distritos.
- La gestión de casos está en curso en los condados afectados.
- La inmunización de rutina continúa en todo el país en todos los países afectados.
- Continúan las pruebas de laboratorio del sarampión en el Laboratorio Nacional de Referencia de Salud Pública, y se han confirmado 691 casos desde el 13 de diciembre de 2021.
- Se llevaron a cabo reuniones de comunicación de riesgos y participación comunitaria en las áreas afectadas.

Interpretación de la situación

Liberia ha estado experimentando un brote de sarampión desde 2021, y el gobierno y los socios están respondiendo activamente para involucrar a la comunidad a través de campañas de concienciación en todo el país. El brote ha afectado a 12 distritos y está afectando desproporcionadamente a los niños no vacunados en comparación con sus contrapartes no vacunadas. El brote está geográficamente extendido, y el condado de Montserrado reporta el mayor número de casos. A pesar de que los nuevos casos han disminuido desde el pico, un resurgimiento reciente pone de relieve la transmisión en curso y la necesidad de esfuerzos de respuesta sostenidos. La cobertura de vacunación ha contribuido a reducir los casos y las muertes entre los bebés, aunque siguen existiendo brechas en la inmunización, lo que pone de relieve la necesidad urgente de aumentar la aceptación de la vacunación y fortalecer los sistemas de vigilancia.



Diez meses después de la masacre del 7 de octubre, la Franja de Gaza, devastada por la guerra, se ha convertido en una incubadora de enfermedades en medio de una crisis humanitaria y epidemiológica que Israel sigue de cerca.

Las Fuerzas de Defensa de Israel emitieron un comunicado en el que afirmaban que, en cooperación con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el ejército había facilitado el envío de 520.000 viales de vacunas de diversos tipos a Gaza. El ejército afirmó que las vacunas cubrirían a más de dos millones de personas.



Palestinos caminan junto a aguas residuales que fluyen hacia las calles de la ciudad de Khan Younis, en el sur de la Franja de Gaza, en julio.

Los funcionarios médicos israelíes dicen que la [situación en Gaza](#) no representa un riesgo real para la salud de Israel porque el sistema de salud israelí está funcionando bien y la tasa de vacunación israelí es alta.

Los oficiales del ejército dijeron que el sistema de seguridad está trabajando activamente para intensificar la respuesta médica en Gaza. Dijeron que Israel está colaborando con la Organización Mundial de la Salud (OMS), organizaciones humanitarias especializadas en atención médica y con países donantes. Sin embargo, [la presencia del poliovirus](#) en las aguas residuales de Gaza impulsó al Ministerio de Salud israelí a ordenar que se detuviera el bombeo de agua en Israel desde las áreas potencialmente afectadas.

También se ha intensificado la vigilancia de la poliomielitis y otras enfermedades infecciosas en el sistema de alcantarillado de Israel. Al mismo tiempo, el ejército inició una [campana de vacunación contra la poliomielitis](#), la hepatitis A y el tétanos para los soldados que prestan servicio en Gaza.

En su informe semanal del 7 de agosto, el director general de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, dijo que su organización está preparada para vacunar contra la poliomielitis a 600.000 niños de Gaza menores de ocho años en las próximas semanas. La vacuna, que está proporcionando la OMS, se administra en dos dosis con un mes de diferencia.

“La detección del virus de la poliomielitis en las aguas residuales de Gaza es una señal reveladora de que ha estado circulando en la comunidad, poniendo en riesgo a los niños no vacunados”, tuiteó el director de la OMS. “Necesitamos absoluta libertad de movimiento para los trabajadores de la salud y el equipo médico para llevar a cabo estas complejas operaciones de forma segura y eficaz. Se requiere un [alto el fuego](#), o al menos ‘días de tranquilidad’ durante la preparación y la entrega de las campañas de vacunación, para proteger a los niños de Gaza de la poliomielitis”.

El de la poliomielitis es sólo uno de los muchos virus, bacterias y otros patógenos que provocan enfermedades y que amenazan a los habitantes de Gaza. El paso del tiempo y la crisis hu-

manitaria que se vive allí están empeorando la situación de los habitantes de Gaza, en particular durante un período de calor extremo en verano. Las condiciones de vida y la ausencia de infraestructura sanitaria también son terreno fértil para una crisis epidémica.

El colapso de la infraestructura y el caos reinante en el enclave costero también dificultan obtener una imagen completa y confiable del alcance y la gravedad de la presencia de la enfermedad. Cualquier evaluación debe basarse en información parcial proporcionada por organizaciones, voluntarios y testimonios sobre el terreno.



Palestinos caminan junto a un torrente de aguas residuales que fluyen hacia las calles de la ciudad de Khan Yunis, en el sur de la Franja de Gaza, en julio.

“Estamos al borde de un desastre sanitario que se suma a los desastres humanitarios y ambientales”, dijo esta semana el Dr. Majed Abu Ramadan, ministro de Salud de la Autoridad Palestina con sede en Cisjordania. “Esto se debe principalmente a la propagación de enfermedades e infecciones a través de las vías respiratorias y de las fuentes de agua”.

Abu Ramadan dijo que el número de casos de hepatitis A en Gaza ha superado los 100.000, en comparación con una tasa anual histórica de 85. También destacó la propagación de enfermedades de la piel, como la sarna.

“Si se coloca a un millón de personas o más en tiendas de campaña en una zona con acceso limitado a servicios, agua para beber, bañarse y comida, con aguas residuales al aire libre y calor extremo, se está creando una placa de Petri en la que crecen casi todos los posibles patógenos o causas de enfermedades”, dijo el epidemiólogo Prof. Manfred Green de la Universidad de Haifa, que forma parte del comité asesor sobre vacunación del Ministerio de Salud y es el jefe de su subcomité sobre poliomielitis, sarampión y rubéola.

“No sabemos cuál es la calidad del agua potable ni si hay suficiente agua para bañarse y una capacidad básica para mantener la higiene”, dijo Green. “Además, cuando no se tiene un sistema de alcantarillado ordenado, es una receta para el desastre. Y cuando la gente habla de los rehenes israelíes, que en cualquier caso viven en un infierno, las condiciones reinantes también dañan terriblemente su salud con el paso del tiempo”.

El colapso de los sistemas de monitoreo y de los laboratorios de pruebas en Gaza también confunde la situación médica allí, pero las condiciones de vida sobre el terreno no dejan lugar a dudas en cuanto al potencial estallido de enfermedades y de un desastre humanitario en Gaza.

Cientos de miles de toneladas de basura al sol

El mes pasado, la organización pacifista holandesa PAX for Peace publicó un informe titulado Guerra y basura en Gaza. El informe detallado se basa en un análisis de fotos satelitales, utilizando medios para identificar de forma remota diversos usos de la tierra y el enterramiento de basura. También utilizó información de fuentes abiertas, tanto oficiales como de otro tipo, incluidas las redes sociales, sobre los vertederos de basura de Gaza.

“Niños pequeños buscando comida en montañas de basura en descomposición. Mercados que antes eran muy concurridos y grandes campos agrícolas se han convertido en interminables vertederos. Los desechos están por todas partes en Gaza, y los vertederos improvisados se

han convertido incluso en blanco de ataques aéreos”, afirma el informe, que añade que existen al menos 225 vertederos informales y de desechos en Gaza.

A falta de un sistema de recolección de residuos que funcione, cientos de miles de toneladas de residuos sólidos ya se han acumulado en los alrededores del enclave. PAX for Peace señala que, el 10 de junio, el Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en Cercano Oriente (UNRWA) informó que en un período de seis meses se habían acumulado en Gaza más de 330.000 toneladas, cantidad suficiente para llenar más de 150 campos de fútbol. Teniendo en cuenta que se generan 2.000 toneladas adicionales al día, se puede suponer que la cifra actual es incluso mayor.



Palestinos se reúnen para llenar bidones de agua cerca de una de las pocas plantas desalinizadoras en funcionamiento en Deir al-Balah, Franja de Gaza, en junio.

“Tanto en las zonas urbanas no evacuadas del norte como en los campamentos improvisados para desplazados internos del sur, el problema de los residuos es generalizado”, afirma el informe de PAX for Peace. “Y aunque no parezca una prioridad en una zona de conflicto, la combinación de altas temperaturas y una infraestructura sanitaria destruida con una población debilitada por la inseguridad alimentaria y la falta de atención médica hace que esta ‘amenaza silenciosa’ sea crítica para la salud pública y el ambiente del que dependen las personas”.

“Allí hay enormes cantidades de basura, lo que proporciona un terreno fértil para las enfermedades infecciosas humanas y animales”, dijo el profesor Nadav Davidovitch, director de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Ben-Gurion y jefe de política sanitaria del Centro Taub de Estudios de Política Social. “El calor extremo del verano también tiene una importancia crítica, en particular en lo que respecta a la higiene de los alimentos y la transmisión de enfermedades intestinales, que son más frecuentes durante el verano”.

“Incluso antes de que se descubriera la poliomielitis en las aguas residuales de la Franja de Gaza, era muy difícil controlar los virus, las bacterias y otras enfermedades porque el sistema sanitario allí está bastante colapsado. Un sistema de control requiere un muestreo sistemático y constante por parte de personal cualificado y eso es algo que es muy difícil de llevar a cabo en tiempos de guerra”, dijo Davidovitch.

La dificultad de rastrear los brotes de enfermedades y la contaminación va más allá de las muestras de aguas residuales y de las pruebas sistémicas, desde los laboratorios que se cerraron hasta las pruebas clínicas que apenas están disponibles. Todavía no se conocen casos de poliomielitis en Gaza, pero eso no significa que no exista. “La identificación de los casos se realiza mediante pruebas a pacientes que presentan parálisis flácida aguda, que en la mayoría de los casos no está causada por la poliomielitis”.

“Sin embargo, en el momento en que se detectan estos casos, es necesario realizar pruebas de detección de la poliomielitis”, dijo Davidovitch. “Además, un aumento de los casos de parálisis flácida aguda es uno de los indicios de un brote de poliomielitis. Todo este sistema apenas existe en Gaza, por lo que no se han registrado casos. No podemos saber si hay casos clínicos más allá de la presencia del virus”.

“Lo más preocupante ahora es la poliomielitis. Sin embargo, la situación general en Gaza, además de la desnutrición, que provoca muchas enfermedades, favorece el brote de enfermedades como la hepatitis A, enfermedades infecciosas, enfermedades intestinales y enfermedades respiratorias como el sarampión y la tos convulsa”.

“El sistema sanitario de Gaza no funciona. No hay vigilancia activa, no hay información, no hay laboratorios”, afirmó la profesora Dorit Nitzan, directora del programa de



Palestinos clasifican la basura en un vertedero del campo de refugiados de Nuseirat, en la Franja de Gaza, el jueves 1 de junio.

máster en medicina de urgencias de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Ben-Gurion. “Por tanto, el panorama es parcial y desorganizado. Se basa en información parcial procedente del Ministerio de Salud de Hamás, de la UNRWA y de otras ONG de allí. Es difícil decir que se trata de información con base científica”.

Dijo que Israel está expuesto en un nivel u otro a la propagación de patógenos en Gaza. “En el momento en que tenemos poliomielitis en las aguas residuales, entendemos que su entrada en Israel es una cuestión de tiempo”, dijo. “Un soldado con botas contaminadas por las aguas residuales de Gaza es suficiente”. Pero no se trata sólo de poliomielitis o aguas residuales.

“El polvo, el agua, la sangre, la ropa, las plantas, todo lo que entra en Israel puede transportar patógenos, incluso animales. La basura atrae a los animales con hongos, y los animales y el agua estancada atraen a los mosquitos”. Sin embargo, no ve un peligro real para Israel de enfermedades procedentes de Gaza. “Israel tiene un sistema de atención sanitaria sólido, activo y accesible”, dijo. “También existe una estrecha colaboración entre las organizaciones y el Coordinador de Actividades Gubernamentales en los Territorios para proporcionar asistencia sanitaria humanitaria”.

El Ministerio de Salud afirmó: “El Ministerio de Salud está monitoreando la enfermedad y el riesgo situacional para los soldados y los ciudadanos israelíes. Está en contacto con varios organismos, incluida la Organización Mundial de la Salud. El ministerio hace todo lo necesario para garantizar la salud pública, incluida la suspensión del bombeo de agua en áreas con potencial de contaminación, la ampliación del monitoreo de contaminantes relevantes y la recomendación de vacunas”.

El portavoz de las FDI declaró: “El sistema de seguridad está participando activa y continuamente en el impulso de la respuesta médica en la Franja de Gaza, según el gabinete policial y en estrecha colaboración con la Organización Mundial de la Salud, organizaciones de ayuda humanitaria especializadas en servicios de salud y países donantes”.

El portavoz de las FDI añadió: “En relación con las afirmaciones sobre el descubrimiento de casos de poliomielitis en Gaza, observamos que la OMS realizó pruebas de muestras en varias zonas en las que se detectó el virus de la poliomielitis. Cabe destacar que, a raíz de las pruebas, el virus se encontró sólo en muestras y que no hay temor de que el virus se propague en la comunidad, ya que 95% de la población fue vacunada contra la poliomielitis antes de que estallara la guerra”.

En cuanto a la salud de los soldados, a raíz de los informes sobre la presencia del virus de la poliomielitis en Gaza, y después de que el Ministerio de Salud informara a las FDI sobre la presencia de cepas del virus, se decidió vacunar a las fuerzas que operan en Gaza.

Los datos del último informe sobre [tendencias de salud sexual en Gales](#) revelan un aumento de los casos de gonorrea y sífilis en la nación. El número de diagnósticos de gonorrea aumentó 27% en 2023 en comparación con el año anterior, alcanzando un total de 5.292 casos. De manera similar, los diagnósticos de sífilis experimentaron un aumento de 20%, con 507 casos notificados, lo que marca un aumento de 17% con respecto al pico anterior en 2019.

Esto puede deberse en parte a la intensificación de las pruebas, que han mejorado la detección de casos, pero también es probable que represente un aumento de la transmisión de estas infecciones en Gales.

La introducción del servicio de pruebas caseras Test and Post en 2020 ha sido importante para que las pruebas de infecciones de transmisión sexual (ITS) confidenciales estén disponibles para todos en Gales. Estos kits permiten a las personas hacerse pruebas de detección de ITS desde la comodidad de sus hogares.

El informe completo destaca que la realización de pruebas de ITS en general se encuentra en el nivel más alto de la década. En 2023, se realizaron pruebas de gonorrea a 87.235 personas y de sífilis a 65.742, lo que muestra un aumento significativo en el número de pruebas en comparación con años anteriores. Es probable que esta mayor accesibilidad a las pruebas esté descubriendo más casos que podrían haber pasado sin diagnosticar en el pasado, lo que proporciona una imagen más clara del panorama de las ITS en Gales.

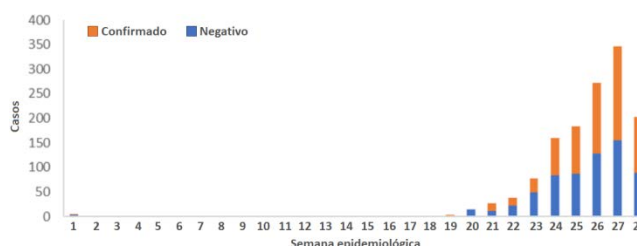
El impacto de la pandemia de covid en los servicios de salud sexual es evidente en el informe. Las restricciones provocaron una marcada disminución de la asistencia a las clínicas de salud sexual en 2020, lo que pone de relieve aún más el importante papel de los kits de pruebas para el hogar a la hora de garantizar el acceso continuo a las pruebas de ITS en tiempos difíciles.

“Este último informe revela un aumento de los casos de gonorrea y sífilis en Gales. Si bien estas cifras crecientes pueden reflejar en parte un aumento en la cantidad de pruebas que se realizan en la nación, también plantean inquietudes sobre el aumento de la transmisión de estas ITS, en particular entre los jóvenes. Salud Pública de Gales mantiene su compromiso de proporcionar pruebas de ITS accesibles a través de su servicio gratuito y confidencial de pruebas y alienta a todos a tomar medidas proactivas para gestionar su salud sexual”, dijo el profesor Daniel Thomas, epidemiólogo consultor de Salud Pública de Gales.

Comprender y abordar el aumento de los casos de ITS es fundamental para la salud pública, y el aumento de las pruebas desempeña un papel fundamental en estos esfuerzos. Al utilizar kits de pruebas caseras, las personas pueden tomar medidas proactivas para controlar su salud sexual y prevenir la propagación de infecciones.

El brote de dengue en Togo ha seguido una tendencia creciente entre la semana epidemiológica (SE) 18 y la SE 27 de 2024.

Sin embargo, en la SE 28, se observó una disminución significativa de la incidencia de casos en comparación con la SE anterior. Durante la SE 28, hubo 203 casos sospechosos, 89 casos confirmados por laboratorio y tres muertes por dengue, dos de las cuales fueron casos confirmados y uno fue un caso sospechoso.



Casos confirmados y sospechosos de dengue. Togo. Año 2024, hasta semana epidemiológica 28. Fuente: Ministerio de Salud de Togo.

En 2024, hasta la SE 28, se han registrado 1.342 casos sospechosos, 643 casos confirmados y tres muertes. Los casos sospechosos se produjeron en las regiones sanitarias de Grand Lomé (1.257 casos; 93,7%), de Savannas (29 casos; 2,2%), de Kara (27 casos; 2,0%), de Trays (15 casos; 1,1%), de Maritime (10 casos; 0,7%) y Central (4 casos; 0,3%).

Los hombres se han visto más afectados por la enfermedad, una disparidad que se ha puesto de manifiesto entre los casos confirmados. Entre los casos sospechosos, 704 (53,0%) eran hombres, mientras que 634 casos (47,0%) eran mujeres. Entre los casos confirmados, 366 (57,0%) eran hombres, mientras que 276 eran mujeres (43,0%). El desglose detallado de los casos confirmados por grupo etario es el siguiente: 15 a 44 años, 486 casos (76,0%); 45 a 84 años, 181 casos (28,0%); 5 a 14 años 67 años (10%); 0 a 4 años, 8 casos (1,2%); 85 años y más, un caso (0,1%). En 10 casos (1,5%), no se documentó el género.

Acciones de salud pública

- El Sistema de Gestión de Incidentes continuó mejorando los esfuerzos de respuesta a través de actividades de colaboración y reuniones de partes interesadas que involucraron a los Centros de Operaciones de Emergencia de Salud Pública (COESP) nacional y regionales, el Equipo Médico de Emergencia y los socios relevantes.
- Se desarrolló un plan de comunicación integral para mejorar la conciencia pública sobre el dengue, enfocado en educar al público sobre los síntomas, la prevención y la importancia de la consulta médica temprana. Se han elaborado planes de comunicación de riesgos y se está trabajando en la participación comunitaria para concienciar a la población sobre la detección de casos sospechosos y las medidas de precaución que se deben adoptar.
- Continúa la búsqueda activa de casos sospechosos en los centros de salud y las comunidades.
- Se informó al personal sanitario sobre la gestión de casos y la vigilancia del dengue en los centros de salud.
- Confirmación de casos en laboratorio en el Instituto Nacional de Higiene de Lomé (Togo).
- Se han estimado los requisitos de viaje para el transporte de muestras y los equipos de pruebas de diagnóstico rápido necesarios a los laboratorios.

Interpretación de la situación

Togo tiene un clima tropical con temperaturas cálidas durante todo el año, lo que favorece la reproducción de mosquitos, especialmente durante la temporada de lluvias, de abril a octubre. Esta estacionalidad podría explicar el aumento de casos desde la SE 18. La gestión de los datos de vigilancia sigue siendo un desafío para responder al brote, lo que podría afectar la investigación y la toma de decisiones sobre el brote. Se necesitan medidas preventivas contra las picaduras de mosquitos, así como eliminar el agua estancada y mejorar la higiene, para prevenir el aumento de la transmisión de enfermedades.

En el caso de algunas formas de tuberculosis, las probabilidades de que una persona expuesta se infecte dependen de si el individuo y la bacteria comparten la ciudad de origen, según un reciente [estudio](#), que compara cómo las distintas cepas se desplazan por poblaciones mixtas en ciudades cosmopolitas.

Los resultados de la investigación aportan la primera prueba fehaciente de observaciones realizadas hace tiempo que han llevado a los

investigadores a sospechar que el patógeno, el lugar y el huésped humano chocan en una interacción distintiva que influye en el riesgo de infección y alimenta las diferencias de susceptibilidad a la infección.

El estudio refuerza una hipótesis que se viene barajando desde hace tiempo: determinadas bacterias y sus huéspedes humanos probablemente han coevolucionado a lo largo de cientos o miles de años.

Los hallazgos también pueden ayudar a fundamentar nuevos enfoques de prevención y tratamiento de la tuberculosis, un astuto patógeno que, cada año, enferma a más de 10 millones de personas y causa más de un millón de muertes en todo el mundo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

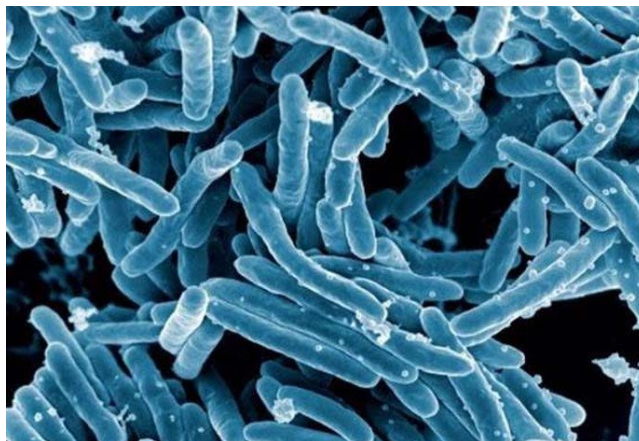
En el análisis actual, la primera comparación controlada de la infectividad de las cepas de la bacteria *Mycobacterium tuberculosis* en poblaciones de orígenes geográficos diversos, los investigadores crearon una cohorte de estudio a medida combinando archivos de casos de pacientes con tuberculosis de New York, Amsterdam y Hamburg. Así, obtuvieron datos suficientes para elaborar sus modelos.

El análisis demostró que los contactos domésticos cercanos de las personas diagnosticadas con una cepa de tuberculosis de linaje geográficamente restringido tenían una tasa de infección 14% menor y una tasa de desarrollo de la enfermedad tuberculosa activa 45% menor en comparación con los expuestos a una cepa perteneciente a un linaje muy extendido.

Afinidad patógeno-huésped

El estudio también demostró que las cepas con rangos geográficos estrechos tienen muchas más probabilidades de infectar a personas con raíces en la región geográfica nativa de la bacteria que a personas de fuera de la región.

Los investigadores descubrieron que las probabilidades de infección disminuían en 38% cuando un contacto se exponía a un patógeno restringido de una región geográfica que no coincidía con los antecedentes de la persona, en comparación con cuando una persona se exponía a una bacteria restringida geográficamente de una región que sí coincidía con su



país de origen. Esto es así en el caso de las personas que han vivido en la región y en el de las personas cuyos dos progenitores proceden de esa región.

Según los investigadores, esta afinidad patógeno-huésped apunta a una evolución compartida entre humanos y microbios, con ciertas características biológicas que hacen a ambos más compatibles y aumentan el riesgo de infección.

La magnitud del efecto es sorprendentemente grande. Es un buen indicador de que el impacto en la salud pública es sustancial.

No todas las cepas son iguales

Gracias al creciente uso de la secuenciación genética, los investigadores observaron que no todas las cepas circulantes son iguales. Algunos linajes están muy extendidos y son responsables de gran parte de la tuberculosis en todo el mundo, mientras que otros sólo prevalecen en unas pocas zonas restringidas.

Dada la compleja naturaleza de la transmisión de la tuberculosis en entornos de alta incidencia en los que las personas suelen estar expuestas a diferentes linajes, los investigadores no han podido comparar cepas en condiciones similares y se han visto obligados a especular sobre las posibles explicaciones de las diferencias entre cepas.

Son muchos los factores que aumentan el riesgo de contraer tuberculosis de un contacto íntimo. Uno de los mejores factores para predecir si una persona infectará a sus contactos íntimos es la carga bacteriana, medida mediante una prueba llamada microscopía de frotis de esputo, que muestra cuántas bacterias lleva una persona en su sistema respiratorio.

Pero el nuevo estudio demostró que, en el caso de cepas geográficamente restringidas, el hecho de que una persona tenga antepasados que hayan vivido donde la cepa era común es un factor de predicción del riesgo de infección aún mayor que la carga bacteriana en el esputo. En los casos analizados en el estudio, este riesgo de ascendencia común superaba incluso el riesgo derivado de padecer diabetes y otras enfermedades crónicas que, según se había demostrado anteriormente, hacían a las personas más susceptibles a la infección.

Estos resultados ponen de relieve lo importante que es entender qué hace que las distintas cepas de tuberculosis se comporten de forma tan diferente entre sí y por qué algunas cepas tienen una afinidad tan estrecha con grupos de personas específicos y relacionados.

El Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, determinó que el recrudecimiento de la mpox en República Democrática del Congo y en un número creciente de países de África constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) con base en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005).

Tedros realizó esta declaración siguiendo el consejo de un Comité de Emergencias del RSI compuesto por expertos independientes que se ha reunido a primera hora del día para examinar los datos presentados por expertos de la OMS y de los países afectados. El Comité informó al Director General de que considera que el recrudecimiento de la mpox es una ESPII con potencial para extenderse aún más por los países de África y posiblemente fuera del continente.

El Director General transmitirá el informe de la reunión del Comité y, sobre la base del consejo del Comité, emitirá recomendaciones temporales a los países.

Al declarar la ESPII, Tedros manifestó: “La aparición de un nuevo clado del virus de la mpox, su rápida propagación en el este de la República Democrática del Congo y la notificación de casos en varios países vecinos son noticias muy preocupantes. Además de los brotes de otros clados del virus en la República Democrática del Congo y otros países de África, es evidente que se necesita una respuesta internacional coordinada para detener estos brotes y salvar vidas”.

La Directora Regional de la OMS para África, Dra. Matshidiso Rebecca Natalie Moeti, declaró: “Se están llevando a cabo importantes esfuerzos en estrecha colaboración con las comunidades y los gobiernos, y nuestros equipos en los países están trabajando en primera línea con el fin de ayudar a reforzar las medidas para frenar la mpox. Con la creciente propagación del virus, estamos ampliando todavía más nuestra intervención por medio de una acción internacional coordinada con el objetivo de ayudar a los países a poner fin a los brotes”.

El Presidente del Comité, el profesor Dimie Ogoina, afirmó: “El recrudecimiento actual de la mpox en distintas zonas de África, junto con la propagación de una nueva cepa sexualmente transmisible del virus causante de la enfermedad, constituye una emergencia, no solo para África, sino para todo el planeta. La mpox no recibió la atención que se merecía en África, donde se originó, y más tarde provocó un brote mundial en 2022. Es hora de actuar con decisión para evitar que la historia se repita”.

Es la segunda vez en dos años que se determina una ESPII en relación con la mpox. Esta enfermedad, causada por un ortopoxvirus, se detectó por primera vez en humanos en 1970 en la República Democrática del Congo. La enfermedad se considera endémica de los países de África Central y Occidental.

En julio de 2022, el brote de mpox en múltiples países fue declarado una ESPII, ya que se propagó rápidamente a través del contacto sexual en una serie de países donde el virus no se había observado antes. Esa ESPII se declaró terminada en mayo de 2023 después de que se produjera un descenso sostenido de los casos en el mundo.

En la República Democrática del Congo se han notificado casos de mpox durante más de una década, y el número de casos notificados cada año ha aumentado de manera constante durante ese período. El año pasado, los casos notificados aumentaron significativamente, y ya el número de casos notificados en lo que va de año ha superado el total del año pasado, con más de 15.600 casos y 537 muertes.

La aparición el año pasado y la rápida propagación de una nueva cepa del virus en la República Democrática del Congo, el clado 1b, que parece propagarse principalmente a través de redes sexuales, y su detección en países vecinos de la República Democrática del Congo son especialmente preocupantes y una de las principales razones de la declaración de la ESPII.

En el último mes se han notificado más de 100 casos confirmados por laboratorio del clado 1b en cuatro países vecinos de la República Democrática del Congo que no habían notificado antes casos de mpox: Burundi, Kenya, Rwanda y Uganda. Los expertos creen que el número real de casos es mayor, ya que no se han hecho pruebas a una gran proporción de casos clínicamente compatibles.

Se han producido varios brotes de diferentes clados del virus de la mpox en diferentes países, con distintos modos de transmisión y diferentes niveles de riesgo.

Las dos vacunas utilizadas actualmente contra la mpox están recomendadas por el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización de la OMS, y también están aprobadas por las autoridades reguladoras nacionales incluidas en la lista de la OMS, así como por países como Nigeria y la República Democrática del Congo.

La semana pasada, el Director General puso en marcha el procedimiento de inclusión de las vacunas contra la mpox en la lista para uso de emergencia, lo que acelerará el acceso a esas vacunas, especialmente por parte de los países de ingresos más bajos que aún no han emitido su propia aprobación regulatoria nacional. La lista para uso de emergencia también permite a los asociados, incluidos la Alianza para las Vacunas y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, adquirir vacunas para su distribución.

La OMS está colaborando con los países y los fabricantes de vacunas en la posible donación de vacunas, y se está coordinando con sus asociados a través de la red provisional de contramedidas médicas para facilitar el acceso equitativo a las vacunas, los tratamientos, las pruebas diagnósticas y otras herramientas.

La OMS prevé una necesidad inmediata de financiación de 15 millones de dólares para financiar las actividades de vigilancia, preparación y respuesta. Se está llevando a cabo una evaluación de las necesidades en los tres niveles de la Organización.

Para permitir un aumento inmediato, la OMS ha liberado 1,45 millones de dólares del Fondo de la OMS para Contingencias relacionadas con Emergencias y es posible que necesite liberar más en los próximos días. La Organización hizo un llamamiento a los donantes para que financien todas las necesidades de la respuesta a la mpox.

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