

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de dengue
- Santa Fe: El humo de los incendios en el Delta del Paraná generó más infartos en Rosario

AMÉRICA

- Preocupación por el aumento de los casos de dengue, fiebre de Oropouche e influenza aviar en las Américas
- Barbados: Dos casos de fiebre de Oropouche

- Bolivia: Temor ante un posible brote de tos convulsa por las bajas coberturas de vacunación

- Estados Unidos: Nuevas recomendaciones para la detección del cáncer de cuello uterino

- Estados Unidos: Maine reporta más de 3.000 casos de borreliosis de Lyme en 2024

- México: Se elevan a 17 las muertes por infecciones intrahospitalarias por *Klebsiella oxytoca*

EL MUNDO

- España: En 2022 se produjeron 464.417 defunciones, casi 3% más que el año anterior

- Finlandia: Detectan en aguas residuales poliovirus derivado de la vacuna en la región de Tampere

- Finlandia: Identifican una cepa de *Bordetella pertussis* resistente a macrólidos durante la epidemia en curso

- República Democrática del Congo: La enfermedad desconocida se extiende a otras áreas en Kwango

- Es necesario redoblar los esfuerzos mundiales para frenar la creciente amenaza de la malaria

OPINIÓN

- Shakira tiene chagas. La noticia falsa que pondría el foco en una enfermedad olvidada

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 // EDUARDO SAVIO
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 // 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.



En la temporada 2024/2025 –que comenzó en la semana epidemiológica (SE) 31 de 2024–, hasta la SE 48, se registraron en Argentina 13.647 casos sospechosos de dengue, de los cuales 195 fueron confirmados: 180 sin antecedentes de viaje y el resto con antecedentes de viaje al exterior o relacionado a trasplante de órgano.

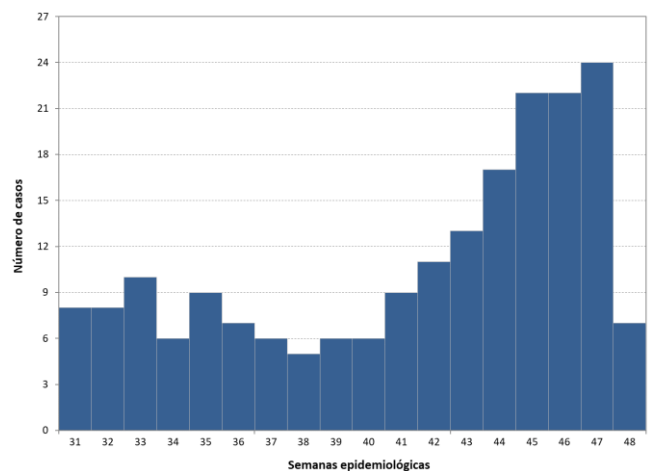
Durante la SE 48, se notificaron 1.906 casos sospechosos, de los cuales 7 se confirmaron y 111 fueron clasificados como casos probables aún en investigación.

Entre la SE 42 y la SE 47 se observa un aumento progresivo en la detección de casos confirmados. En la SE 48 se verifica un número menor por el momento, cuya información puede modificarse en las próximas SE con la detección y notificación de casos de manera retrospectiva que hubieran iniciado síntomas en las mismas.

Los casos se presentaron durante todas las SE, a expensas fundamentalmente de las notificaciones aportadas por las provincias de Formosa (con residencia en los departamentos Capital, Patiño, Pilagás, Pirané y Pilcomayo) y de Chaco (principalmente pertenecientes a Resistencia, pero con notificaciones aisladas en otros 14 departamentos de la provincia). Ambas provincias notificaron casos durante todas las SE de la temporada. No obstante, durante esta temporada no se observan hasta la fecha conglomerados de casos confirmados focalizados en localidades específicas, sino que se encuentran en distintas localizaciones.

Desde la SE 42, se notificaron los primeros casos sin antecedente de viaje correspondientes a la provincia de Córdoba (en el departamento Capital), observándose un aumento progresivo de los casos sin interrupción de la notificación desde ese momento.

Se notificaron casos aislados sin antecedente de viaje en las provincias de Mendoza (Luján de Cuyo, Capital y Guaymallén), Tucumán (Cruz Alta y Chichigasta), Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Comuna 3), Buenos Aires (La Matanza), Entre Ríos (Concordia), Salta (Capital) y Santa Fe (Castellanos, San Jerónimo y Rosario). Se encuentra en investigación un caso sin antecedentes de viaje en el partido de Quilmes, provincia de Buenos Aires.



Casos confirmados. Argentina. Año 2024, de semana epidemiológica 31 a 48. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Se confirmaron 10 casos importados: dos residentes de la provincia de Buenos Aires, uno con antecedente de viaje a Brasil y otro a Cuba; dos casos residentes en Córdoba, los dos con antecedente de viaje a Cuba; un caso residente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) con antecedente de viaje a India; dos casos correspondientes a la provincia de Mendoza que cuentan con viaje a Perú y un caso con residencia en Santa Fe y antecedente de viaje a la India, un caso residente en Chubut con antecedente de viaje a Brasil y, a nivel nacional, un caso de Buenos Aires con antecedente de viaje a Mendoza (Luján de Cuyo), jurisdicción con circulación viral confirmada.

Se confirmaron cinco casos asociados a trasplante de órganos en las provincias de Buenos Aires, Santa Fe y Salta. De 68 casos notificados con antecedente de vacunación contra el dengue dentro de los 30 días previos al inicio de los síntomas, 26 presentaron un método confirmatorio positivo con residencia en las jurisdicciones de CABA y las provincias de Córdoba, Santa Fe, Misiones y Tucumán.

Provincia/Región	Dengue vectorial						Situaciones especiales		Notificac. totales
	Confirmados		Probables		Laboratorio negativo	Sospechoso sin laborat.	Con antec. Vacunación	Trasplantedos	
	SAV	CAV	SAV	CAV					
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1	1	25	—	542	379	6	—	954
Buenos Aires	1	3	80	3	1.051	495	2	3	1.638
Córdoba	9	2	161	—	1.483	192	31	—	1.878
Entre Ríos	2	—	18	2	195	9	4	—	230
Santa Fe	7	1	18	—	547	98	4	1	676
Centro	20	7	302	5	3.818	1.173	47	4	5.376
Mendoza	5	2	26	2	535	40	—	—	610
San Juan	—	—	3	—	74	10	15	—	102
San Luis	—	—	—	—	29	4	—	—	33
Cuyo	5	2	29	2	638	54	15	—	745
Corrientes	—	—	22	—	147	98	—	—	267
Chaco	4	—	108	—	886	101	—	—	1.099
Formosa	145	—	2	—	1.812	—	—	—	1.959
Misiones	—	—	8	—	204	3	1	—	216
Noreste Argentino	149	—	140	—	3.049	202	1	—	3.541
Catamarca	—	—	6	—	285	13	—	—	304
Jujuy	—	—	2	—	453	20	—	—	475
La Rioja	—	—	13	—	118	19	—	—	150
Salta	2	—	19	—	651	104	1	1	778
Santiago del Estero	—	—	22	1	377	192	2	—	594
Tucumán	4	—	87	—	1.089	404	2	—	1.586
Noroeste Argentino	6	—	149	1	2.973	752	5	1	3.887
Chubut	—	1	—	—	5	2	—	—	8
La Pampa	—	—	—	—	60	2	—	—	62
Neuquén	—	—	—	—	5	2	—	—	7
Río Negro	—	—	—	—	3	—	—	—	3
Santa Cruz	—	—	—	—	12	1	—	—	13
Tierra del Fuego	—	—	—	—	4	1	—	—	5
Sur	—	1	—	—	89	8	—	—	98
Total Argentina	180	10	620	8	10.567	2.189	68	5	13.647

Casos según clasificación y jurisdicción. Argentina. Temporada 2024/2025, hasta semana epidemiológica 48 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Nota: SAV: Sin antecedente de viaje (autóctonos/en investigación) - CAV: Con antecedente de viaje.

De 72 casos sin antecedentes de viaje en los que se cuenta con serotipificación, 47 (65,3%) corresponden al DENV-2 y 25 (34,7%) a DENV-1. En cinco casos con antecedentes de viaje, se registraron los cuatro serotipos: DENV-2 (dos casos), DENV-1 (un caso), DENV-3 (un caso) y DENV-4 (un caso).

En 2024, hasta la SE 48, se registraron en Argentina 581.402 casos de dengue, de un total de 771.818 casos notificados investigados.

Un reciente [estudio](#) reveló los efectos negativos de la contaminación ambiental en la salud cardiovascular, específicamente en relación con las quemadas de los humedales del Delta del Paraná.

Se analizaron los datos de instituciones públicas y privadas de salud de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, comparando los días con humo de las islas con aquellos sin humo, y descubrieron que los infartos aumentaron durante las jornadas de quemadas.



Durante el último siglo, algunos barrios de Rosario han adoptado nuevos nombres oficiales, aunque en la memoria colectiva de la ciudad se siguen utilizando los antiguos. Un ejemplo de esto es el barrio Celedonio Escalada, que ahora recupera su nombre original de La Florida.

Según el estudio, las enfermedades cardiovasculares se asocian a factores de riesgo, hereditarios y adquiridos o modificables; entre estos últimos están los comúnmente conocidos: tabaquismo, diabetes tipo II en adultos, obesidad, aumento del colesterol en sangre e hipertensión arterial.

Se sabemos desde hace unos años, con base en importantes estudios mundiales, que hay factores de riesgo no tradicionales que han sido estudiados profundamente y también se relacionan fuertemente con el infarto y el accidente cerebrovascular.

La contaminación ambiental (la liberación de materiales no deseados en el entorno debido a la actividad humana) fue responsable de 9 millones de muertes en todo el mundo en 2015, de las cuales 60% fueron debido a enfermedades cardiovasculares, según un informe de la American Heart Association.

Efectos físicos del humo

El humo de las quemadas tiene diversas consecuencias negativas para el organismo, como inflamación, desarrollo y progresión de la aterosclerosis, estados protrombóticos, aumento del tono simpático, cambios epigenéticos (modificando el ADN para las futuras generaciones), y exposición a contaminantes como gases y material particulado, siendo los más peligrosos los menores a 2,5 micrómetros.

La Organización Mundial de la Salud recomienda que la concentración de material particulado no debe superar los 10 microgramos/mm³. Durante los días de las quemadas, la concentración de material particulado fue de 34 microgramos/mm³, significativamente mayor que en los días sin quemadas.

El estudio, que midió lo ocurrido durante todo 2022 a través de estaciones de control gestionadas por el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario –con sensores láser ajustados a temperatura y humedad diaria–, demostró de manera contundente que el humo

de las quemas de humedales impacta directamente en la salud cardiovascular. Además, los investigadores encontraron que el humo puede afectar un área de hasta 100 km a la redonda.

Los cardiólogos instaron a los organismos gubernamentales a implementar medidas para prevenir las quemas y generar conciencia en la población.



Encuesta sin dudas

Una encuesta realizada por especialistas del Instituto de Inmunología Clínica y Experimental de Rosario, el Instituto de Física Rosario y el Hospital Centenario, también destacó las secuelas de los incendios en las islas. No solo se vio afectado el ecosistema del humedal, sino también la salud de los rosarinos y los habitantes de localidades cercanas.

La encuesta reveló que 97% de las personas consultadas había experimentado síntomas respiratorios debido al humo de los incendios. El estudio se basó en una población de 6.756 personas que respondieron a un cuestionario.

Este relevamiento se llevó a cabo para tener referencias de cómo había afectado el humo de los incendios en las islas. De las 6.756 personas que respondieron la encuesta, 97% refirió haber tenido algún síntoma y responsabilizó al humo de los mismos.



PREOCUPACIÓN POR EL AUMENTO DE LOS CASOS DE DENGUE, FIEBRE DE OROPOUCHE E INFLUENZA AVIAR EN LAS AMÉRICAS

10/12/2024

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) informó el 10 de diciembre sobre la situación de tres enfermedades transmisibles que afectan a la región de las Américas: dengue, fiebre de Oropouche e influenza aviar A(H5N1). El Director de la OPS, Dr. Jarbas Barbosa da Silva Júnior, expresó su preocupación por el aumento de casos en 2024, pero destacó que existen estrategias efectivas para controlar los brotes y mitigar su impacto.

Epidemia histórica de dengue

Este año, la región enfrentó la epidemia de dengue más grande desde que comenzaron los registros en 1980. Los países reportaron más de 12,6 millones de casos, casi tres veces más que en 2023. Más de 21.000 de estos casos fueron graves, y se reportaron más de 7.700 muertes.

Argentina, Brasil, Colombia y México concentran 90% de los casos y 88% de las muertes, con Brasil registrando la mayor parte.

“El dengue está representando un riesgo mayor de lo normal para los niños. En países como Guatemala, 70% de las muertes por dengue han ocurrido en niños”, afirmó Barbosa da Silva Júnior, durante una rueda de prensa, destacando que los menores de 15 años representan más de un tercio de los casos graves en países como Costa Rica, México y Paraguay.

El Director de la OPS explicó que la situación está relacionada con eventos climáticos que favorecen la proliferación de mosquitos, así como con la urbanización no planificada, la acumulación de agua por parte de las personas y el manejo deficiente de residuos, que crean criaderos para el vector.

A pesar de los retos, insistió en que “no estamos indefensos contra el dengue”, y mencionó la implementación de la Estrategia de Gestión Integrada para la Prevención y Control de Enfermedades Arbovirales de la Organización como un esfuerzo clave para “mantener relativamente bajos los casos graves y fatales mediante un mejor manejo de los pacientes”.

Las vacunas contra el dengue han sido introducidas en países como Brasil, Argentina y Perú, y Honduras planea hacerlo en 2025. Sin embargo, Barbosa da Silva Júnior señaló que “la vacuna actual no detendrá la propagación del virus a corto o mediano plazo y no proporciona alivio inmediato durante un brote”.

Expansión geográfica de la fiebre de Oropouche

La OPS también observó un aumento en los casos de fiebre de Oropouche, una enfermedad causada por un virus transmitido por jehenes y algunas especies de mosquitos infectados. En

2024, más de 11.600 casos han sido reportados en 12 países y territorios de la región, principalmente en Brasil. “Aunque el brote de fiebre de Oropouche está en una escala mucho menor que el de dengue, requiere nuestra atención debido a su creciente expansión geográfica” fuera de la cuenca del Amazonas, incluidas áreas sin historial previo de esta enfermedad, comentó Barbosa da Silva Júnior.

La posibilidad de transmisión materno infantil, incluidos fallecimientos fetales y anomalías congénitas, está siendo investigada. “Los países deben fortalecer su vigilancia y continuar compartiendo información. Debemos trabajar de manera transfronteriza para monitorear nuevos casos y apoyar a los sistemas de salud para responder”, señaló el Director de la OPS.

Vigilancia continua de la influenza aviar A(H5N1)

En cuanto al virus de la influenza aviar A(H5N1), Barbosa da Silva Júnior informó que, aunque el número de casos en humanos es moderado, “el impacto en la salud pública sigue siendo limitado”, destacó. “En 2024, se reportaron 58 casos humanos en Estados Unidos y uno en Canadá. Esto contrasta con los tres casos reportados en los dos años anteriores para toda la región”, afirmó.

El virus de la influenza aviar A(H5N1) se encuentra comúnmente en aves; sin embargo, está infectando a otras especies también, como el ganado lechero en Estados Unidos. En total, 19 países de las Américas han reportado casos en animales de influenza aviar A(H5N1) este año y dos de esos países confirmaron casos humanos. El Director de la OPS destacó que la vigilancia es clave para rastrear el virus y comprender su evolución.

Barbosa da Silva Júnior llamó a seguir fortaleciendo la cooperación entre los sectores de salud humana, animal y ambiental para permitir la detección temprana e intervenciones oportunas en los animales.

Colaboración regional clave para enfrentar los brotes

El Director de la OPS concluyó la rueda de prensa subrayando la importancia de la colaboración entre países para enfrentar estos desafíos. “Cuando los países comparten información, coordinan y apoyan las respuestas a enfermedades, se salvan vidas”, subrayó.

Barbosa da Silva Júnior manifestó que la Organización continúa trabajando con los países de la región para fortalecer su capacidad de respuesta ante emergencias sanitarias y garantizar una acción coordinada frente a los brotes presentes y futuros.

El Ministerio de Salud y Bienestar de Barbados confirmó dos casos de fiebre de Oropouche en el país.

El virus de Oropouche, que circula en América Central, América del Sur y el Caribe, puede transmitirse a los humanos a través de la picadura de jejenes y mosquitos *Culex*, ambos comúnmente encontrados en áreas boscosas y aguas estancadas.

Los síntomas de la fiebre de Oropouche son similares a los de otras enfermedades transmitidas por mosquitos, como el dengue. Pueden comenzar entre cuatro y ocho días después de la picadura de un insecto infectado e incluyen la aparición repentina de fiebre, dolor de cabeza, escalofríos, dolor y rigidez en las articulaciones y, a veces, náuseas y vómitos.

Aunque la mayoría de las personas se recuperan en siete días, en algunas los síntomas pueden durar semanas. No existe un tratamiento específico para la enfermedad, pero las personas infectadas pueden recibir tratamiento para los síntomas. Se recomienda a las mujeres embarazadas tomar precauciones adicionales.

El Ministerio recomienda a la población adoptar medidas de protección contra las picaduras de mosquitos e insectos para evitar contraer la fiebre de Oropouche. Estas medidas incluyen:

- Utilizar mosquiteros y repelentes.
- Usar camisas de manga larga y pantalones largos, especialmente desde el anochecer hasta el amanecer, cuando los vectores están más activos.
- Eliminar áreas de agua estancada alrededor de las propiedades para evitar la reproducción de mosquitos.
- Especialmente durante los períodos de fuertes lluvias, revisar los hogares y desechar cualquier agua estancada que pueda acumularse en contenedores vacíos.

El Ministerio mantiene su compromiso de salvaguardar la salud pública y continuará monitoreando de cerca la situación.



Ante la detección de 26 casos de tos convulsa en Bolivia en lo que va del año, los padres de familia deben llevar a sus niños a los centros de salud para que reciban la vacuna pentavalente y protegerlos contra esta enfermedad contagiosa, convocó el 9 de diciembre el viceministro de Promoción y Vigilancia Epidemiológica, Max Francisco Enríquez Nava.

En 2022 fueron registrados 235 casos, la mayoría en Santa Cruz; en 2023, fueron 827; y en 2024, 26 hasta la semana epidemiológica 49.



“De cada dos niños, uno no está vacunado, por lo que existe una alta probabilidad de que la enfermedad pueda provocar un brote bastante grande”, advirtió el viceministro, en una conferencia de prensa sobre las bajas coberturas de vacunación contra la tos convulsa, una enfermedad respiratoria muy contagiosa que afecta, principalmente, a niños menores de cinco años.

La cobertura de vacunación contra la tos convulsa en Santa Cruz, en particular, es muy baja.

Según los datos oficiales, la cobertura de la vacuna pentavalente, en su primera dosis, alcanzó a 60,9% hasta noviembre de este año; en tanto, la segunda dosis llegó a 57,8% y la tercera a 54,5%.

En Santa Cruz de la Sierra la cobertura de la vacuna es de 46%, con una mejor cobertura en el área rural respecto del área urbana.

La vacuna pentavalente protege a los niños contra la tos convulsa, la difteria, el tétanos, la hepatitis B y las infecciones por *Haemophilus influenzae* tipo b.

El Servicio Departamental de Salud de Santa Cruz reportó cuatro casos de tos convulsa y encendió las alarmas.

El Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF) publicó el 10 de diciembre un borrador de una declaración de recomendaciones sobre la detección del cáncer de cuello uterino. El USPSTF recomienda que los médicos realicen pruebas de detección a las mujeres de entre 21 y 29 años cada tres años con una prueba de Papanicolaou. Para las mujeres de entre 30 y 65 años, el USPSTF recomienda una prueba de detección del virus del papiloma humano (VPH) cada cinco años. Otras opciones de detección efectivas para las mujeres de entre 30 y 65 años incluyen hacerse una prueba de Papanicolaou cada tres años o una prueba combinada de VPH y Papanicolaou cada cinco años, también conocida como co-prueba. Esta es una calificación A. El USPSTF recomienda no realizar pruebas de detección a mujeres menores de 21 años, mujeres mayores de 65 años que se hayan realizado pruebas de detección regulares con resultados normales y mujeres de cualquier edad que se hayan sometido a una histerectomía total. Estas son calificaciones D.¹

“Los últimos avances científicos demuestran que la detección del cáncer de cuello uterino mediante una prueba de VPH es la mejor opción para las mujeres de entre 30 y 65 años”, afirmó el vicepresidente del USPSTF, el Dr. John Wong. “Estas mujeres también tienen la opción de hacerse la prueba de Papanicolaou o una prueba conjunta. Dicho esto, las pruebas de Papanicolaou siguen siendo la mejor opción para las mujeres de entre 20 y 30 años”.

Casi todos los casos de cáncer de cuello uterino son causados por el VPH, una infección de transmisión sexual. Nuevas pruebas demuestran que la detección mediante una prueba de VPH cada cinco años ofrece el mejor equilibrio entre beneficios y perjuicios para las mujeres de entre 30 y 65 años, lo que significa que ayuda a detectar los primeros signos de cáncer de cuello uterino con menos perjuicios, como pruebas y procedimientos de seguimiento innecesarios. Sin embargo, los tres métodos de detección (pruebas de VPH, pruebas de Papanicolaou y pruebas conjuntas) son eficaces y están recomendados por el USPSTF. La evidencia actual sigue demostrando que hacerse una prueba de Papanicolaou cada tres años es la mejor estrategia de detección para las mujeres de 21 a 29 años.

“La mayoría de los casos de cáncer de cuello uterino se dan en mujeres que no se han sometido a pruebas de detección periódicas ni han recibido el tratamiento adecuado después de un resultado anormal en la prueba”, afirmó la presidenta del USPSTF, Wanda Nicholson. “Por eso es tan importante que las mujeres se hagan pruebas de detección periódicas, para que el cáncer se pueda prevenir o detectar a tiempo cuando sea tratable”.

Por primera vez, el USPSTF incluyó en su recomendación las pruebas de VPH realizadas por las propias mujeres. Ahora, las mujeres pueden utilizar un hisopo para recoger sus propias muestras de VPH. Los estudios demuestran que esta opción es tan precisa como cuando la muestra de VPH la recoge un médico y se ha demostrado que aumenta la detección, especialmente entre los grupos que tradicionalmente no reciben suficientes pruebas de detección. En general, la autotoma ofrece una nueva opción para las mujeres que puede ser especialmente útil para

¹ **Calificación A:** El Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF) recomienda el servicio, ya que existe una gran certeza de que el beneficio neto es sustancial; se sugiere ofrecer o proporcionar este servicio.

Calificación D: El USPSTF recomienda no utilizar el servicio, ya que existe una certeza moderada o alta de que el servicio no representa ningún beneficio neto o de que los daños superan los beneficios; se desalienta el uso de este servicio.

aquellas que actualmente se enfrentan a barreras para recibir atención o sienten incomodidad con las pruebas de detección tradicionales. “Las mujeres que se sentirían más cómodas recogiendo ellas mismas su muestra de VPH ahora pueden hacerlo”, dice Esa Davis, miembro del USPSTF. “Esperamos que esta nueva y eficaz opción ayude a que incluso más mujeres se hagan las pruebas de detección con regularidad”.

La cantidad de muertes por cáncer de cuello uterino en Estados Unidos disminuyó drásticamente desde la implementación de la detección generalizada del cáncer de cuello uterino. Además, la vacuna contra el VPH reduce en gran medida el riesgo de contraer cáncer de cuello uterino y se puede utilizar junto con las pruebas de detección para seguir reduciendo las tasas de cáncer de cuello uterino, lo que en última instancia salvará aún más vidas.

Hay algunas mujeres que no necesitan hacerse pruebas de detección de cáncer de cuello uterino, incluidas las mujeres menores de 21 años y las mujeres de cualquier edad que se han sometido a una histerectomía total por razones no relacionadas con el cáncer. Además, las mujeres mayores de 65 años pueden dejar de hacerse las pruebas de detección si tienen antecedentes de resultados normales en las pruebas. Esto significa resultados normales en las últimas tres pruebas de Papanicolaou o en las últimas dos pruebas de VPH, teniendo en cuenta que esas pruebas deben haberse realizado en los últimos 10 años, y que al menos una de ellas se haya realizado en los últimos cinco años. Es importante que las mujeres de 65 años o más sigan realizándose las pruebas de detección si no se las han hecho con regularidad o si han tenido resultados anormales en la última década.

Esta recomendación se aplica a las mujeres cisgénero y a todas las demás personas a las que se les asignó el género femenino al nacer, incluidos los hombres transgénero y las personas no binarias. Estas recomendaciones no se aplican a las mujeres con mayor riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino, como las mujeres que tienen VIH, un sistema inmunológico comprometido o antecedentes de tratamiento por lesiones precancerosas o cáncer de cuello uterino.



Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Maine (Maine CDC) informaron un nuevo récord de enfermedades transmitidas por garrapatas, incluida la borreliosis de Lyme en 2024.

En 2024, hasta el 3 de diciembre, las autoridades informaron 3.035 casos de borreliosis de Lyme (datos preliminares). Esto representa un aumento con respecto a los 2.943 casos notificados en todo 2023.

Además de la borreliosis de Lyme, los casos de anaplasmosis y babesiosis también aumentaron en 2024 con 1.229 casos (777 en 2023) y 295 casos (194 en 2023), respectivamente.

Según los Maine CDC, los recientes inviernos suaves han contribuido al aumento.

Las garrapatas patas negras (*Ixodes scapularis*) pueden estar activas en cualquier momento en que la temperatura supere el punto de congelación, por lo que el riesgo de picaduras de garrapatas se extiende durante el invierno.

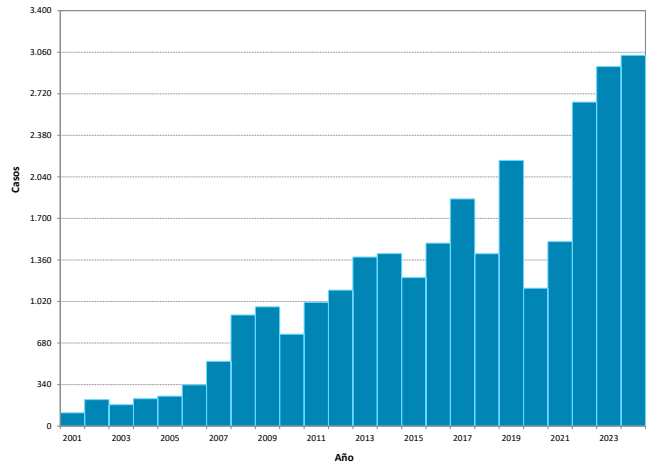
En América del Norte, la borreliosis de Lyme es causada por dos bacterias: *Borrelia burgdorferi* y *Borrelia mayonii*. Estas bacterias se transmiten a las personas a través de la picadura de una garrapata infectada. Los casos de borreliosis de Lyme aumentan en Maine todos los años a medida que la garrapata patas negras se propaga por todo el estado.

Los síntomas comunes de las enfermedades transmitidas por garrapatas incluyen dolor en las articulaciones y los músculos, fatiga, escalofríos, fiebre, dolor de cabeza y ganglios linfáticos inflamados.

Las personas con borreliosis de Lyme también pueden presentar una erupción en forma de diana en cualquier parte del cuerpo, no solo en el sitio de la picadura de la garrapata.

Los signos y síntomas posteriores incluyen artritis, problemas neurológicos, de memoria y de concentración y problemas cardíacos.

Debe consultarse a un proveedor de atención médica si se enferma después de la picadura de una garrapata o si ha pasado tiempo en áreas donde suelen vivir estos artrópodos. Debe mencionarse al proveedor de atención médica una picadura de garrapata reciente o el tiempo que se ha pasado en hábitats frecuentados por las mismas.



Casos notificados de borreliosis de Lyme. Maine. Años 2001/2024 (hasta el 3 de diciembre de 2024).

Las autoridades de salud mexicanas elevaron el 10 de diciembre a 17 el número de niños, la mayoría prematuros, que murieron en el Estado de México, Guanajuato y Michoacán, posiblemente por la bacteria *Klebsiella oxytoca*, de la que se infectaron en hospitales de dichas entidades.

“Murieron 17 niños, desafortunadamente, todos ellos prematuros, de bajo peso, excepto un caso en un niño de 14 años de edad”, dijo David Kershenovich Stalnikowitz, titular de la Secretaría de Salud federal.

El funcionario reiteró que el brote estaría relacionado con la contaminación de soluciones de nutrición parenteral, de lotes provenientes de una central de mezcla en Toluca, capital del Estado de México.

De acuerdo con el reporte del secretario de Salud, fueron en total 15 casos en Estado de México, de los que fallecieron 13, mientras en Michoacán hubo nueve casos detectados, de los que murieron tres, y en Guanajuato se identificaron seis casos, con un deceso.

El hecho se notificó a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) el 28 de noviembre y se investigó el brote, se practicaron cultivos en pacientes y se identificaron patrones de resistencia, por lo que a partir del 3 de diciembre no se presentaron más infecciones.

Al respecto, la presidenta Claudia Sheinbaum Pardo enunció varias acciones principales: la primera es administrativa, que implica terminar la investigación y medidas preventivas como suspender la producción de este centro de mezclas.

La segunda son sanciones de la Secretaría de Salud y la Secretaría Anticorrupción y de Buen Gobierno contra las empresas responsables, y el tercero es la inspección de las centrales de mezcla de la COFEPRIS.

“La cuarta es la penal; esa carpeta de investigación está en la Fiscalía de Estado de México, porque hay niños fallecidos y también, deben abrirse carpetas de investigación en las fiscalías estatales y lo que queremos, es que se llegue a la última instancia”, enfatizó.

Señaló que la principal hipótesis, que debe demostrarse, es que venían contaminados los lotes de nutrición parenteral, por lo que debe haber sanciones “porque se perdieron vidas”.

El Gobierno reportó la semana pasada la muerte de los 13 menores de edad en el Estado de México, donde se infectaron con la bacteria *Klebsiella oxytoca* en tres hospitales públicos y uno privado tras haber sido alimentados con nutrición parenteral.

Tras las muertes, la COFEPRIS suspendió a la compañía proveedora de estos insumos, además de que se inmovilizaron los lotes producidos a partir del pasado 21 de noviembre y se inspeccionó la central de mezclas donde se produjeron estos insumos “concluyendo que no se encontraron hallazgos críticos en dichas instalaciones”.

Esta bacteria provoca infecciones urinarias o de vías biliares, y suele reportarse en hospitales y, en especial, en pacientes diabéticos, que han recibido antes antibióticos o con alguna enfermedad previa de gravedad.



ESPAÑA

EN 2022 SE PRODUJERON 464.417 DEFUNCIONES,
CASI 3% MÁS QUE EL AÑO ANTERIOR

11/12/2024

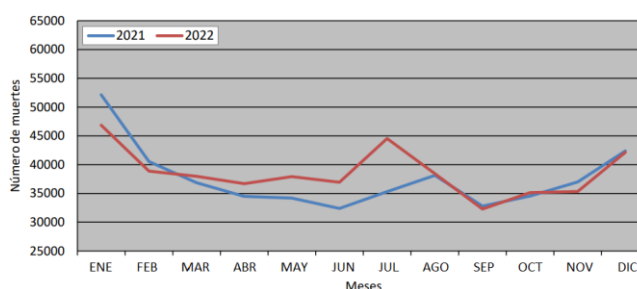
El Ministerio de Sanidad español publicó el informe *Patrones de Mortalidad en España, 2022*, un documento que analiza las características de la mortalidad general y por causa de muerte en la población residente en España, según sexo, edad y comunidad autónoma de residencia.

España registró 464.417 defunciones en 2022, lo que representa un incremento de 13.373 (2,96%) respecto de 2021. Sin embargo, esta cifra es inferior a la de 2020, primer año de la pandemia de covid, con 29.359 defunciones menos.

El incremento de mortalidad respecto del año previo se relaciona principalmente con la segunda ola epidémica de influenza de la temporada 2021/2022 y con las olas de calor producidas en el verano de 2022.

La actividad gripal en esa onda epidémica ocurrió entre las semanas epidemiológicas 10 a 28 del año 2022, según el informe del Instituto de Salud 'Carlos III' sobre vigilancia epidemiológica de la influenza, correspondiente a la temporada 2021-2022.

Asimismo, según la Agencia Estatal de Meteorología, el periodo que va del 1 de junio al 31 de agosto de 2022 fue muy cálido y, en general, el de 2022 fue el verano más caluroso desde el inicio del siglo XXI. Se produjeron tres periodos de temperaturas notablemente altas, calificadas como olas de calor.



Número mensual de defunciones. España. Años 2021 y 2022. Fuente: Ministerio de Sanidad de España.

Datos principales del informe

- En 2022 se produjeron 464.417 defunciones, 13.373 defunciones más que en 2021 y 29.359 menos que en 2020, primer año de la pandemia de covid.
- En el incremento de la mortalidad (2,95%) contribuyeron la segunda ola de influenza de la temporada 2021/2022, y las olas de calor del verano 2022.
- La tasa de mortalidad bruta se situó en 972 casos cada 100.000 habitantes y la tasa de mortalidad ajustada por edad en 840,9. Esta cifra representa un aumento de 1,6% en comparación con 2021, pero aún se encuentra 8,2% por debajo de la tasa de 2020.

- La tasa de mortalidad ajustada por edad aumentó en la mayoría de las 15 principales causas de muerte. Las defunciones por covid constituyen una de las excepciones, al reducirse su número de 40.039 en 2021 a 31.672 en 2022.
- La tasa de mortalidad ajustada por edad fue mayor en hombres que en mujeres en 13 de las 15 principales causas de muerte. Sólo la enfermedad de Alzheimer y la enfermedad hipertensiva mostraron tasas de mayor magnitud en mujeres que en hombres.
- Entre 2001 y 2022, la tasa de mortalidad ajustada por edad por las causas de muerte atribuibles al tabaquismo descendió 30,0% en hombres y aumentó 117,0% en mujeres.
- Las causas de muerte atribuibles al consumo de alcohol muestran un descenso de las tasas ajustadas por edad desde el inicio de siglo hasta 2019. Entre 2020 y 2022 su magnitud se ha mantenido estabilizada.
- En 2022, la tasa de mortalidad infantil se situó en 2,6 defunciones en menores de un año cada 1.000 nacidos vivos y, en lo que va del siglo, disminuyó 35,3%. La quinta parte de estas defunciones corresponde a malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.

El control de aguas residuales realizado por el Instituto Nacional de Salud y Bienestar (THL) de Finlandia detectó en noviembre el poliovirus tipo 2 derivado de la vacuna (VDPV2) en muestras recogidas en la región de Tampere. El VDPV2 evolucionó a partir del virus vivo atenuado de la vacuna oral contra la poliomielitis.

Este hallazgo indica que ha habido una o más personas excretando poliovirus en el área durante el período de muestreo. Si una persona vacunada parcialmente o no vacunada entra en contacto con el virus en cuestión, puede infectarse y, en casos raros, desarrollar poliomielitis sintomática.

“Este descubrimiento es raro, pero no completamente inesperado. Hace unos diez años se hizo en Finlandia un descubrimiento similar de poliovirus mutado en aguas residuales. El riesgo de una epidemia de poliomielitis en Finlandia es pequeño. Tenemos uno de los mejores sistemas de vigilancia de la enfermedad en Europa y, además, la cobertura de vacunación contra la poliomielitis es elevada”, afirmó Leif Lakoma, médico en jefe del THL.

La poliomielitis se controla en las aguas residuales de varios países europeos. También se ha encontrado el VDPV2 en el seguimiento de aguas residuales en España, Polonia y Alemania este otoño. En los estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se encontró que los virus están genéticamente relacionados con la cepa del virus que se detectó inicialmente en Nigeria y que todavía circula en varios países africanos. Sin embargo, en Europa no se ha detectado ni un solo caso de poliomielitis.

Finlandia no utiliza vacunas que contienen poliovirus vivos

La vacunación contra la poliomielitis comenzó en Finlandia en 1957 y los finlandeses están bien protegidos contra la enfermedad. El último caso se detectó en Finlandia en 1985. Ese mismo año, se ofreció a toda la población una dosis de refuerzo de la vacuna antipoliomielítica.

Actualmente, en Finlandia se utiliza una vacuna antipoliomielítica inyectable, que no contiene virus vivos, por lo que no se puede contraer la infección por este virus. La vacuna forma parte de manera gratuita del Programa Nacional de Vacunación.

En los niños, la cobertura de vacunación contra la poliomielitis supera el 98%. La vacuna se ofrece a los niños a los tres, cinco y 12 meses de edad, y la protección aumenta a los 4 años. Los adultos deben asegurarse de haber recibido un total de tres dosis de la vacuna contra la poliomielitis durante su vida.

“Vale la pena asegurarse de que todos en la familia están completamente vacunados y, si es necesario, aplicarse las vacunas faltantes. Esto se aplica especialmente a los adultos que han llegado a Finlandia desde el extranjero para trabajar o estudiar y cuya cobertura de vacunación infantil puede estar incompleta”, afirmó Hanna Nohynek, médica jefa del THL.

Además, se recomienda una vacuna de refuerzo a los viajeros si la estancia en un país con mayor riesgo de infección por poliomielitis dura más de cuatro semanas y han transcurrido más de 12 meses desde la anterior dosis de refuerzo.

Erradicar la poliomielitis del mundo requiere acción

La OMS clasificó la poliomielitis como una amenaza internacional para la salud pública desde 2014. En Finlandia, la poliomielitis está clasificada como una enfermedad infecciosa universalmente peligrosa.

Se transmite fácilmente a través del tracto digestivo, ya sea por contacto, superficies o alimentos contaminados y, en ocasiones, con menos frecuencia, a través de gotitas respiratorias. En una pequeña proporción de los infectados, el virus se propaga desde el intestino al sistema nervioso central y provoca parálisis de los músculos voluntarios y posteriormente atrofia.

La poliomielitis autóctona fue erradicada de Europa hace más de 20 años. Sin embargo, cada año se detectan cepas individuales del virus derivado de la vacuna en el seguimiento de las aguas residuales en Finlandia. Estas cepas del virus derivadas directamente de vacunas no plantean un riesgo significativo de nuevas infecciones. Se han encontrado casos individuales de poliomielitis causados por un virus vacunal modificado, por ejemplo, en Ucrania en 2021 y en Israel en 2023.

La vacuna inyectable contra la poliomielitis protege eficazmente contra los daños al sistema nervioso central causados por la poliomielitis y sus consecuencias. Sin embargo, el mundo todavía utiliza la vacuna oral contra la poliomielitis, que contiene un virus vivo. Los VDPV2, ya desde hace varios años, causan más casos de poliomielitis en el mundo que el poliovirus salvaje.

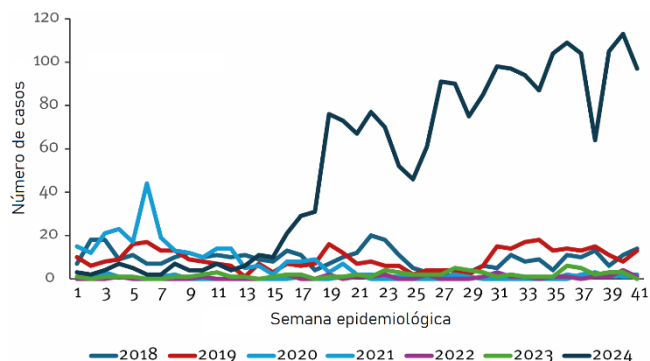
Según la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los descubrimientos sobre la poliomielitis realizados en Europa nos recuerdan una vez más lo importante y urgente que es erradicar todas las formas del poliovirus.

La OMS está trabajando actualmente en un nuevo plan para erradicar la poliomielitis. El objetivo es eliminar progresivamente la vacuna viva contra la poliomielitis, aunque proporciona una mejor protección de las mucosas contra la infección de poliomielitis que la vacuna inyectable, que no contiene el virus vivo.

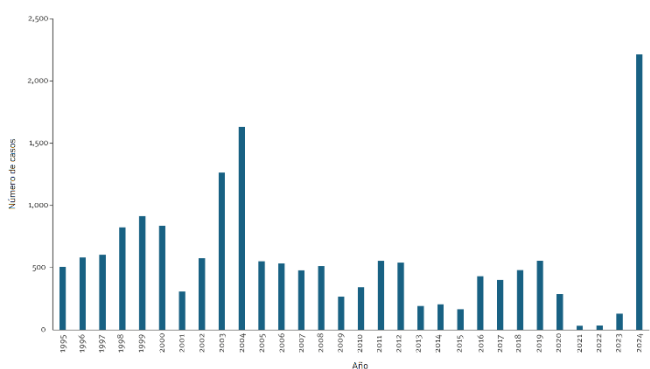
La tos convulsa es una infección respiratoria altamente contagiosa causada por *Bordetella pertussis*. La enfermedad afecta a personas de todas las edades, pero puede ser mortal en bebés demasiado pequeños para ser vacunados; en Finlandia, la primera dosis de la vacuna contra la tos convulsa se administra a los 3 meses de edad.

Un brote de tos convulsa en curso en Finlandia que se inició en abril de 2024, registró 2.215 casos confirmados por laboratorio hasta fines de octubre de 2024, cuatro veces más que en todo el año 2019 (557 casos). En 2024, la incidencia más alta (212,2 casos cada 100.000 habitantes) se registró entre los adolescentes de 10 a 14 años, con 667 casos (30,1%), seguidos de 267 casos (88,2 casos cada 100.000 habitantes) en el grupo de 15 a 19 años y 184 casos (75,6 casos cada 100.000 habitantes) en menores de 4 años. En los menores de 12 meses, se notificaron 75 casos (3,4%). De ellos, 22 tenían menos de tres meses. A partir de agosto de 2024, el Instituto Nacional de Salud y Bienestar (THL) de Finlandia recomendó una dosis de refuerzo para las personas embarazadas, una medida preventiva que no se aplicaba anteriormente en este país.

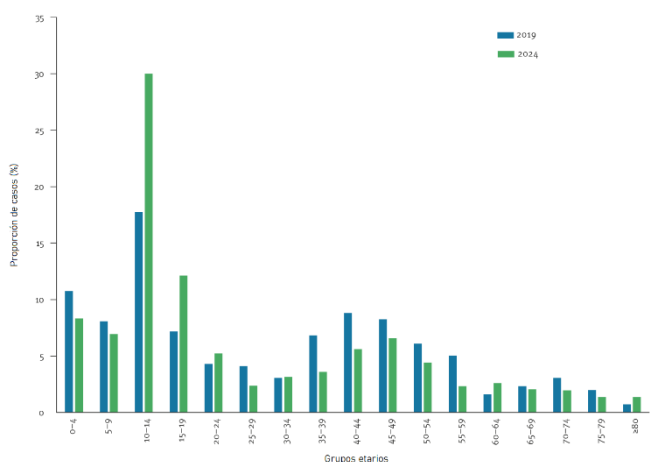
En todo el país, las muestras nasofaríngeas positivas mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y los aislamientos cultivados se envían al Laboratorio de Referencia Finlandés para Difteria y Tos Convulsa en la Universidad de Turku. En 2024, hasta octubre, se habían recibido 462 aislamientos de diferentes regiones del país. De ellos, 195 (42,2%) aislamientos se recogieron de hombres y 265 (57,4%) de mujeres (dos muestras no fueron especificadas). La mayoría de los aislamientos (317; 68,6%) correspondieron al área metropolitana de Helsinki. La mediana de edad de los pacientes con cultivo positivo fue de 12,9 años (rango: 1 mes-85 años), con 178 casos (38,5%) en el grupo de edad de 10 a 14 años. Se recolectaron 24 (5,2%) aislamientos de bebés menores de 12 meses y ocho (1,7%) de bebés menores de 3 meses.



Casos notificados de tos convulsa por semana epidemiológica. Finlandia. Años 2018/2024, hasta semana epidemiológica 42. (n=3.741).



Casos de tos convulsa confirmados por laboratorio. Finlandia. Años 1995/2024, hasta octubre de 2024. (n=16.971).



Casos de tos convulsa, según grupos etarios. Finlandia. Años 2019 y 2024 hasta octubre. (n=2.772).

Con la introducción de la vacuna acelular contra la tos convulsa (aPv) en 2005, se observaron cambios considerables entre las *B. pertussis* circulantes, que incluyen un aumento de los aislamientos deficientes en el antígeno de la vacuna pertactina (PRN) y cambios en la distribución de los serotipos fimbriales (FIM). En Finlandia, casi todos los aislamientos de *B. pertussis* eran del serotipo FIM2 antes del fin de la década de 1990, pero el FIM3 comenzó a aumentar a partir de 1999. Entre 2003 y 2004, coincidiendo con una epidemia nacional, el FIM3 se volvió dominante, cubriendo más de 80% de los aislamientos. Sin embargo, de 2011 a 2024, ocurrieron cambios dinámicos entre FIM2 y FIM3. En 2024, de los 412 aislamientos analizados, 252 (61,2%) fueron FIM2, 141 (34,2%) FIM3, 16 (3,9%) FIM2,3 y 3 (0,7%) no tipificables.

En Finlandia, los aislamientos deficientes en PRN se detectaron por primera vez en 2011, seis años después de la introducción de la vacuna acelular. Desde entonces, la frecuencia de aislamientos deficientes en PRN ha aumentado. Antes de la covid, es decir, entre 2011 y 2019, 39 (24,2%) de los 161 aislamientos caracterizados eran deficientes en PRN. Curiosamente, durante y después de la covid, el número de aislamientos deficientes en PRN disminuyó. En 2024, 410 (99,5%) de los 412 aislamientos analizados expresaron PRN y solo dos no. Los 412 aislamientos expresaron toxina pertussis (PT) y hemaglutinina filamentosa (FHA). De los 412 aislamientos, 238 fueron genotipados para ptxP. De ellos, 237 (99,6%) eran ptxP3 y solo uno (0,4%) era ptxP1.

Hasta ahora, el mecanismo causante de la resistencia a los macrólidos en *B. pertussis* es una mutación puntual A2047G en el gen 23S rRNA. Se obtuvo un aislado resistente de una muestra de un adolescente masculino que vivía en el área metropolitana de Helsinki. El aislado fue resistente a la azitromicina, la eritromicina y la claritromicina. Fue susceptible a trimetoprima/sulfametoxazol, piperacilina-tazobactam y ceftazidima.

Desde abril de 2024, Finlandia ha estado experimentando una epidemia de tos convulsa con un alto número de casos. En comparación con las distribuciones de edad en 2019, es decir, antes de la covid, se observó un aumento considerable en los grupos de 10 a 14 años y de 15 a 19 años. A diferencia de muchos otros países europeos, no se observó un aumento importante en los bebés menores de 3 meses (22 casos hasta fines de octubre). En Finlandia, la vacuna contra la tos convulsa de células enteras se introdujo en 1952. En 2005, fue sustituida por la acelular. Se administran tres dosis primarias a los 3, 5 y 12 meses, seguidas de tres dosis de refuerzo a los 4, 14 y 25 años. La cobertura de las tres primeras dosis ha sido mayor a 90%, al igual que la de la primera dosis de refuerzo a la edad de 4 años; la cobertura de la dosis de refuerzo a los 14 años fue ligeramente inferior a 90%.

Con las intervenciones no farmacéuticas implementadas durante la pandemia de covid, se documentaron reducciones notables en la tos convulsa en todos los grupos de edad a nivel mundial. Sin embargo, después de que se levantaron las intervenciones relacionadas con el distanciamiento físico, se informó un resurgimiento de la tos convulsa en muchos países. En Europa, se notificaron más de 25.000 casos en 2023 y más de 32.000 entre enero y marzo de 2024. La distribución por edad de los casos también varió entre los países, y 17 países de la Unión Europea/Espacio Económico Europeo (UE/EEE) informaron la incidencia más alta en bebés menores de 1 año. En otros seis países, la incidencia más alta se informó en adolescentes de 10 a 19 años. Debe tenerse en cuenta que entre los posibles factores que influyen en esto se encuentran las diferencias nacionales en las prácticas de prueba.

Se observó un cambio en la frecuencia de aislamientos deficientes en PRN antes y después de la pandemia de covid. Antes de la pandemia, hasta 50% de los aislamientos eran deficientes en PRN, mientras que después de la covid casi todos producían PRN, lo que respalda el hallazgo reciente informado en Francia. Una explicación para este rápido cambio podría ser que desde

2019, la vacuna acelular que contiene solo PT y FHA reemplazó a la que contiene PT, FHA y PRN para las vacunaciones primarias.

En este estudio se identifica el primer aislado de *B. pertussis* resistente a macrólidos en Finlandia. El aislado era del serotipo FIM2 y deficiente en PRN y portaba el alelo ptxP3, similar al resistente en Francia. Desafortunadamente, no se dispone de la información clínica del paciente, como el historial de viajes y el posible tratamiento con antimicrobianos. Anteriormente, la resistencia a los macrólidos rara vez se había informado en Europa, aunque es muy prevalente en China. Sin embargo, desde 2024, se ha detectado resistencia a los macrólidos en Francia y Finlandia. La aparición de *B. pertussis* resistente a macrólidos en Europa es preocupante, lo que destaca la importancia tanto de la vigilancia epidemiológica como de las capacidades de diagnóstico para detectar rápidamente los aislados resistentes. Esto es esencial especialmente en los bebés, en quienes el uso temprano de una terapia eficaz podría reducir la gravedad y la duración de los síntomas.

Los hallazgos enfatizan la importancia de la vigilancia continua para monitorear los cambios en las poblaciones bacterianas y estudiar el impacto de estos cambios en la prevención y la incidencia de la tos convulsa. Los laboratorios de microbiología clínica que realizan diagnósticos de tos convulsa deben desarrollar sus capacidades para identificar rápidamente la resistencia de *B. pertussis* a los macrólidos y, de esta manera, brindar información para la atención clínica de los pacientes.

Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

”La enfermedad desconocida está causando estragos en la zona sanitaria de Panzi. Ya son muchos los casos y las muertes. Nos preocupa que la enfermedad se propague a otras zonas sanitarias, como las de Kitenda, Kazembe y Mwaningita, donde ya también hay algunos casos”, informó el 10 de diciembre Arsène Kukangidila, administrador del territorio de Kasongo-Lunda.

Según dijo, una delegación del Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Investigación Biomédica (INRB) y la Organización Mundial



de la Salud (OMS) ya ha llegado a Kenge, la capital provincial. Este equipo se dirige a Panzi para tratar a los enfermos y analizar la situación más de cerca. “Pero nosotros, como autoridad político-administrativa, seguimos concienciando a la población. Como todavía no se conoce el origen de la enfermedad, insistimos mucho más en el respeto de los gestos de barrera y las medidas de higiene”, continuó el administrador.

Desde fines de octubre de 2024 se han registrado más de 400 casos de esta enfermedad aún no identificada. Fuentes sanitarias y de la sociedad civil local hablan de un centenar de muertes, de las cuales 31 se registraron en los centros de salud y el resto en la comunidad.

El papel de la malaria

Diez de los pacientes afectados por esta misteriosa enfermedad han dado positivo en las pruebas de detección de malaria, según informó el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, director de la OMS. Sin embargo, dijo que los pacientes podrían tener más de una enfermedad simultáneamente. “De las 12 muestras iniciales recogidas, 10 dieron positivo para malaria, aunque es posible que haya más de una enfermedad involucrada. Se recogerán y analizarán más muestras para determinar la causa o las causas exactas”, dijo un portavoz de la OMS el 10 de diciembre.

En una reunión informativa celebrada el 5 de diciembre, Dieudonne Mwamba, director del Instituto Nacional de Salud Pública, dijo que los síntomas apuntaban a una enfermedad respiratoria, pero sin un diagnóstico claro era difícil saber la causa y si se trataba de un virus o una bacteria. Dijo que la zona afectada era “frágil”, ya que 40% de la población sufre desnutrición. La República Democrática del Congo también se enfrenta a otras enfermedades, entre ellas la mpox, la fiebre tifoidea y la influenza estacional.

La mayoría de los casos de esta enfermedad no identificada son niños menores de 5 años. Los síntomas principales son similares a los de la influenza, y los pacientes experimentan dolores de cabeza, tos, dificultad para respirar y anemia.

En el país existe poca capacidad de análisis y las muestras de los pacientes se transportan a un laboratorio regional en Kikwit, a 480 km de distancia, así como al laboratorio nacional de referencia en Kinshasa, a más de 640 km, un viaje de dos días por carretera.

En medio de especulaciones de que el brote podría representar la “Enfermedad X” –un término utilizado para describir un patógeno previamente desconocido con el potencial de causar una pandemia– la OMS enfatizó que se trataba de “una enfermedad no diagnosticada en lugar de una desconocida”. Las autoridades dijeron que se estaba investigando un patógeno respiratorio como la influenza o la covid como posible causa, así como la malaria, el sarampión y otros.

La malaria no provoca síntomas respiratorios prominentes, pero puede producir dolor en el pecho y dificultad para respirar, por lo que puede ser una causa. Sería útil ver una curva epidemiológica que muestre el momento de la aparición de los síntomas en los casos y un mapa a lo largo del tiempo de dónde se localizaron los casos.

La malaria es bastante endémica en el África subsahariana y puede ser estacional en función de la época lluviosa, pero a menos que un aumento reciente de las inundaciones haya creado un entorno que permita una reproducción más rápida de los mosquitos *Anopheles*, no tiende a agruparse de esta manera.

Las tasas de mortalidad por malaria son más altas en los niños pequeños.

Nuevos datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) revelan que desde 2000 se han evitado unos 2.200 millones de casos de malaria y 12,7 millones de muertes, pero la enfermedad sigue suponiendo una grave amenaza para la salud mundial, sobre todo en la Región de África de la OMS.

Según el último [Informe mundial sobre la malaria](#) de la OMS, se calcula que en 2023 se produjeron 263 millones de casos y 597.000 muertes por esta enfermedad en todo el mundo.

Esto representa unos 11 millones de casos más en 2023 que en 2022, y casi el mismo número de muertes. Aproximadamente 95% de las muertes se produjeron en la Región de África de la OMS, donde muchas personas en riesgo siguen sin tener acceso a los servicios que necesitan de prevención, detección y tratamiento de la enfermedad.

“Nadie debería morir de malaria, y sin embargo la enfermedad sigue afectando de forma desproporcionada a las personas que viven en la región africana, especialmente a los niños pequeños y las mujeres embarazadas”, declaró el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS. “Un paquete ampliado de herramientas que salvan vidas ofrece ahora una mejor protección contra la enfermedad, pero hay que aumentar las inversiones y las medidas en los países africanos con una alta carga para frenar la amenaza”.

Avances evidentes en muchos países

En noviembre de 2024, [44 países y un territorio](#) habían sido certificados como libres de malaria por la OMS, y muchos más no dejan de avanzar hacia ese objetivo. De los 83 países donde la malaria es endémica, 25 notifican ahora menos de 10 casos al año, lo que supone un aumento respecto a los cuatro países que lo hacían en el año 2000.

Desde 2015, la Región de África de la OMS también ha logrado una reducción de 16% en su tasa de mortalidad por malaria. Ahora bien, la tasa de mortalidad calculada para 2023 de 52,4 muertes cada 100.000 habitantes en riesgo sigue siendo más del doble del objetivo de 23 muertes cada 100.000 establecido en la [Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria 2016-2030](#), por lo que es necesario impulsar los avances en la materia.

A principios de este año, los ministros de Sanidad de 11 países africanos que representan dos tercios de la carga mundial de malaria (Burkina Faso, Camerún, Ghana, Malí, Mozambique, Níger, Nigeria, República Democrática del Congo, Sudán, Tanzania y Uganda) firmaron una [declaración](#) en la que se comprometían a reducir de forma sostenible y equitativa la carga de la enfermedad y a hacer frente a sus causas profundas mediante el fortalecimiento de sus sistemas nacionales de salud, la mejora de la coordinación y un uso estratégico de la información, entre otras medidas.



Vuelve la esperanza

Además del mayor compromiso político, un despliegue más amplio de las herramientas recomendadas por la OMS está a punto de fomentar nuevos avances en los países donde la malaria es endémica. En diciembre de 2024, 17 países habían introducido vacunas contra la enfermedad en el marco de la vacunación infantil sistemática. Se espera que el incremento permanente en el despliegue de vacunas en África salve decenas de miles de vidas jóvenes cada año.

Los mosquiteros de nueva generación, que protegen mejor contra la malaria que los mosquiteros tratados únicamente con piretroide, están cada vez más disponibles, lo que ayuda a combatir la resistencia de los mosquitos a este insecticida. En 2023, el 78% de los 195 millones de mosquiteros entregados en el África subsahariana eran mosquiteros de este nuevo tipo, lo que supuso un aumento respecto del 59% de 2022.



La financiación sigue siendo un obstáculo importante

La financiación para el control de la malaria a nivel mundial sigue siendo insuficiente para invertir la tendencia negativa actual, especialmente en los países africanos con una alta carga. En 2023, la financiación total alcanzó unos 4.000 millones de dólares, muy por debajo del objetivo de financiación anual de 8.300 millones fijado en la Estrategia Técnica Mundial. La falta de financiación ha provocado importantes carencias en la cobertura de mosquiteros tratados con insecticida, medicamentos y otras herramientas que salvan vidas, especialmente para los más vulnerables a la enfermedad.

Más allá de la financiación, los países donde la malaria es endémica siguen lidiando con sistemas frágiles de salud, deficiencias en la vigilancia y un aumento de las amenazas biológicas, como la resistencia a los medicamentos y los insecticidas. En muchas zonas, los conflictos, la violencia, las catástrofes naturales, el cambio climático y los desplazamientos de población están exacerbando las desigualdades de salud ya generalizadas a las que se enfrentan las personas con mayor riesgo de contraer la enfermedad, incluidas las mujeres embarazadas y las niñas, los niños menores de 5 años, los pueblos indígenas, los migrantes, las personas con discapacidad y los habitantes de zonas remotas con acceso limitado a la atención de salud.

Resolver las carencias en prevención y tratamiento

El [Informe mundial sobre la malaria](#) de este año destaca la necesidad de una respuesta más integradora y eficaz para llegar a los más vulnerables a la enfermedad. La OMS insta a los países a dar prioridad a la atención primaria de salud como base para lograr que los sistemas de prestación de servicios de salud sean equitativos y eficientes. Se anima a los países a adoptar estrategias con las que resolver las causas profundas de la malaria tratando las desigualdades de género y otros determinantes de la salud.

La OMS también pide que se invierta en sistemas de datos sólidos con los que poder controlar las inequidades en la salud, en particular mediante la recopilación y el análisis de datos desglosados por sexo, edad y otros estratificadores sociales. La equidad, la igualdad de género y los derechos humanos deberían ser las piedras angulares de la innovación antimalárica, y las personas más afectadas por la enfermedad deberían participar en el diseño y la evaluación de nuevas herramientas y enfoques.

La noticia corrió como la pólvora en redes sociales: el entorno de Shakira, supuestamente, había emitido un comunicado confirmando que la artista colombiana había dado positivo en la prueba de la enfermedad de Chagas. Aunque la información resultó ser falsa, logró poner en el centro de la conversación una de las enfermedades más desatendidas del planeta.



¿Cómo surgió el rumor?

Todo comenzó con la afirmación de que Shakira se habría sometido a un test de Chagas durante una donación de sangre voluntaria en un centro móvil de la Cruz Roja en Estados Unidos. Estos centros suelen incluir pruebas para enfermedades como el Chagas como parte de sus protocolos.

Según los rumores, la cantante podría haber contraído la enfermedad durante su última gira por América Latina, una región endémica del insecto vector (llamado vinchuca, chinche o pito, según el país). Aunque este insecto está tradicionalmente asociado a zonas rurales, el cambio climático y los movimientos de población han ampliado su hábitat, llevándolo incluso a grandes ciudades.

What the f...? y otras reacciones por el estilo

Las primeras reacciones de sus fans y seguidores fueron inmediatas. La mayoría con un tono de preocupación, junto a otras con grandes signos de interrogación:

“¿Shakira tiene qué cosa??”

“What the f... is Chagas?”

Y así, decenas de miles de comentarios en ese estilo que provenían principalmente de América Latina. Y aquí está lo sorprendente. Tales comentarios podrían esperarse en otras partes del mundo, pero no en la región endémica donde el Chagas es la principal enfermedad parasitaria, con más de 70 millones de personas en riesgo y miles de muertes cada año. Y también sorprende que las preguntas vinieran de Estados Unidos o España, donde se concentra buena

² Francisco Javier Sancho es coordinador de la Coalición Global de la Enfermedad de Chagas.

parte de la población con la enfermedad de Chagas de origen latinoamericano. Aunque, en realidad, no. No sorprende tanto si tenemos en cuenta que la Organización Mundial de la Salud incluye al Chagas en su [lista de las enfermedades más olvidadas](#).

Otros comentarios trataban de consolar a Shakira, darle “ánimos, buena vibra, fuerza, corazones, puños cerrados, tamos contigo” junto a emoticonos de abrazos, etc. Pero, de nuevo, las preguntas junto con respuestas desconcertantes desbordaron las redes. Estos son algunas extraídas de X:

“Eso es cáncer? OMG”

“Es algo por lo que te salen granos o se te hincha el ojo. Mi abuela lo tuvo y murió de changas”

“¿Es un virus chino?”

“No me lo creo. Esa es una enfermedad de pobres que viven en el campo”

Los que sí supieron de qué se trataba

Sin embargo, en muchos otros lugares de América Latina, algunas personas y comunidades supieron de inmediato de qué se trataba. En la Amazonía brasileña, en el Chaco boliviano y paraguay, en extensas áreas de Argentina, o en regiones como las de Arauca o Boyacá, en Colombia; en Matagalpa, Nicaragua; en Chiquimula, Guatemala, o en Oaxaca de México, y hasta en Florida o Texas en Estados Unidos, supieron de qué se trataba. Pero por desgracia, a los algoritmos no les gustan tanto quienes conocen, padecen o investigan la enfermedad de Chagas como los bulos y las reacciones espontáneas e inmediatas. Es algo que no ha mejorado, sino todo lo contrario, después de la experiencia de la pandemia global de covid.

La enfermedad de Chagas, lejos de ser una prioridad de salud pública en América Latina y otros países fuera de la región, es un gran desconocido entre la población civil y hasta entre muchos profesionales de salud de primera línea, si lo comparamos con el dengue, la fiebre zika o la malaria, entre otras.

El insecto (de la familia de los triatomíneos) sigue siendo el principal vehículo de transmisión del parásito *Trypanosoma cruzi*. Pica a los seres humanos y animales, y deposita sus heces infectadas a través de la picadura. Pero también la vía congénita, de madre a hijo, o la ingesta de líquidos y alimentos infectados (que puede ser fatal) hacen que se expanda esta enfermedad, entre otras formas. Se calcula que más de 30% de las personas con la infección desarrollan graves complicaciones cardíacas (muchas de ellas requieren intervención de trasplante de corazón), y más de 10% sufre enfermedades digestivas o neurológicas.

Una buena noticia verdadera

Lo bueno es que existe tratamiento. Hay dos fármacos –nifurtimox y benznidazol– igualmente eficaces, sobre todo, en las etapas tempranas de la enfermedad y en población infantil y recién nacidos, así como en adultos. De hecho, las evidencias apuntan a que si se trata a las mujeres en edad fértil se previene la posible transmisión. Además, se están investigando nuevas herramientas de diagnóstico, que permitan una detección más rápida y eficaz, especialmente en casos congénitos, así como tratamientos más cortos y efectivos, e incluso una posible vacuna, con el objetivo de facilitar el acceso a estas soluciones para las poblaciones en riesgo, con resultados prometedores.

El problema es que...: “¡No hay plata, carajo!”

No la hay. Ese es el problema. O sí que la hay, pero casi nadie piensa en invertir en la lucha contra la enfermedad de Chagas. No parece que la vayan a poner Javier Gerardo Milei ni otros

decisores políticos, ni los grandes financiadores de la salud global. Y eso que apenas 1% de las personas que lo necesitan reciben el tratamiento, según algunas estimaciones. Y eso que el tratamiento se dona o se adquiere a precios muy asequibles, y existen una amplia variedad de métodos de diagnóstico. Pero después de más de un siglo de haber sido descubierta en Brasil por el Dr. Carlos Justiniano Ribeiro das Chagas, a muy poca gente parece importarle.

Entonces, ¿por qué el olvido? Ojos que no ven...

Tiene que ver con el olvido, claro. Pero también con las propias características de la enfermedad: asintomática en la mayoría de los casos. Es decir, invisible y silenciosa. Hay que encontrar a las personas que la padecen antes de que sea demasiado tarde. Pero, si no se buscan, es como si no existieran, y por tanto desaparecen.

¿Una *fake news* por una buena causa?

Por si quedaba alguna duda, lo de la *fake news* sobre la enfermedad de Chagas de Shakira es también una *fake news*. La idea me la proporcionó un investigador de la enfermedad en un descanso de una reunión de trabajo: “Si alguna persona famosa dijera que tiene la enfermedad de Chagas, aunque fuera mentira, podría hacer que miles de personas se informaran y buscaran un diagnóstico”, comentó. Y a continuación puso como ejemplo lo que ocurrió tras el anuncio público de Angelina Jolie sobre su cáncer. “Al día siguiente, miles de mujeres colapsaron laboratorios y clínicas porque querían hacerse el test. O sea, necesitaríamos que un famoso dijera públicamente que tiene la enfermedad de Chagas, aunque fuera mentira. Pero sería una mentira verdadera, o una mentira buena. Tal vez, así...”.

Tal vez así. Tal vez así muchas personas querrían saber más sobre la enfermedad de Chagas, y pedirían el diagnóstico y el tratamiento como un derecho. Tal vez así muchas otras celebridades e influencers latinoamericanos hablarían de la enfermedad y provocarían que sus gobiernos buscaran más recursos para la atención de la enfermedad de Chagas y que sus ciudadanos se informasen mejor.

Una verdad que no puede seguir siendo ignorada

Haber utilizado el nombre de una celebridad en vida para hacer una *fake news* con un buen fin no es correcto. Una mentira es siempre una mentira.

Ahora bien, la experiencia de la pandemia, así como recientes conflictos y emergencias, demuestra que las *fake news* distorsionan y buscan fines muy negativos. Los argumentos de la ciencia, por mucho que estén basados en evidencias, apenas son recogidos por los algoritmos de las redes ni calan en esa parte de la sociedad y del sector político que se aprovecha de las *fake news* para fines espurios. Entonces, si con la verdad se fracasa a veces, ¿por qué no dar una vuelta de tuerca a las *fake news* y hacer que, por una vez, aunque sea a pequeña escala, sirvan para algo?

Y no, Shakira, que se sepa, no tiene la enfermedad de Chagas, y le pedimos disculpas por haber puesto su nombre en un artículo que habla de una enfermedad real, a la que es urgente atender, y por la que América Latina, principalmente, ha sufrido por más de cien años de soledad. No sé si este recurso pueda convertir la curiosidad en acción, pero como dijo el investigador, tal vez necesitemos más “mentiras verdaderas” para hacer ver una verdad que no puede seguir siendo ignorada. Tal vez.

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.