ISSN 2796-7050

REC Argentina — Reporte Epidemiológico de Córdoba

29 DE ENERO
2024
REC 2.772

CÓRDOBA

- Ya se registraron 260 casos de dengue en la provincia

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de covid

AMÉRICA

- Brasil: Bajan los casos de fiebre chikungunya y fiebre zika, aunque con alza en los conglomerados de riesgo
- Estados Unidos: La blastomicosis está emergiendo en Vermont

EL MUNDO

- África: Situación epidemiológica del dengue
- Camboya: Nuevo caso humano de influenza aviar A(H5N1)
- España: Los casos de gonorrea se multiplicaron por 25 y los de sífilis por 10 desde 2001
- Palestina: La población del sur de Gaza se queda sin opciones de atención sanitaria
- Pakistán: Suman 194 las muertes por neumonía en lo que va del año en la provincia de Punjab
- Tanzania: Situación epidemiológica del cólera
- Yemen: Brote de difteria en la gobernación de Taiz
- Cómo afectó la covid las tendencias de elección del lugar de fallecimiento a nivel mundial
- Las lecciones de los esfuerzos de vacunación contra la covid de los países de bajos ingresos
- Situación epidemiológica global de la poliomielitis

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

ADRIÁN MORALES // ÁNGELA GENTILE // NATALIA SPITALE
SUSANA LLOVERAS // TOMÁS ORDUNA // DANIEL STECHER
ANA CEBALLOS // 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 // PABLO BONVEHÍ // ISABEL CASSETTI
HORACIO SALOMÓN // JAVIER CASELLAS // EDUARDO SAVIO
SERGIO CIMERMAN // GUSTAVO LOPARDO // EDUARDO LÓPEZ

Patrocinadores

sadi Sociedad Argentina de Infectología — WWW.SADI.ORG.AR
CSL Seqirus — WWW.SEQIRUS.COM.AR

Adherentes

SLAMVI Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero
GEMICOMED seimc.org
Comité Nacional de Infectología SAP
UCC

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.

Ministerio de SALUD | CÓRDOBA Seguimos haciendo

Ya se registraron 260 casos de dengue en la provincia

26/01/2024

El Ministerio de Salud informó que, en la última semana, se sumaron 95 nuevos casos de dengue en la provincia de Córdoba, 68 importados y 27 autóctonos. De esta manera, en lo que va de la temporada 2023/2024, ya se ha reportado un total de 260 casos, con un aumento sostenido de los casos importados en las últimas semanas (216). En relación a estos, más de 60% corresponde a personas que viajaron o son oriundos de provincias del Noreste Argentino (63,4%).

En relación a los casos autóctonos (44), se presentan de manera aislada en distintas localidades, principalmente dentro del área metropolitana de la provincia. Sólo ocho casos (18,2%) requirieron internación, con evolución favorable.

En cuanto a la situación provincial de la fiebre chikungunya, se han reportado tres casos en la temporada, todos con antecedente de viaje a la provincia de Chaco.

Ante cada uno de estos casos, el Departamento de Zoonosis de la Dirección de Epidemiología realiza las acciones correspondientes de vigilancia y control vectorial, que se inician a partir de la notificación de un caso sospechoso o confirmado.

Con respecto a la situación nacional de dengue, se evidencia un incremento en las últimas semanas, con un registro total de 12.511 casos en la temporada, 11.467 autóctonos, 657 en investigación y 387 importados. El 98,8% de los casos se reportaron en la región del Noreste Argentino, y 12 provincias registraron casos sin antecedentes de viajes.

Argentina

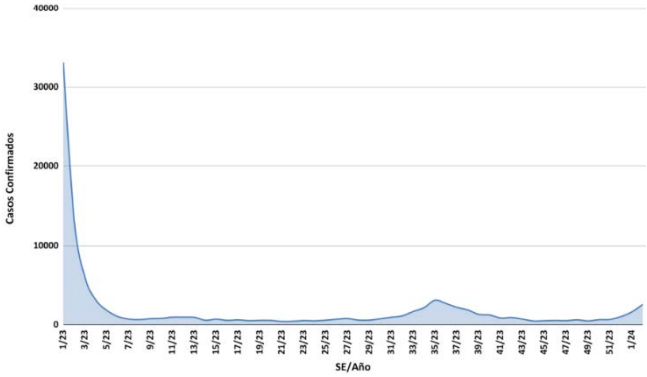
BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL
DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE COVID

23/01/2024

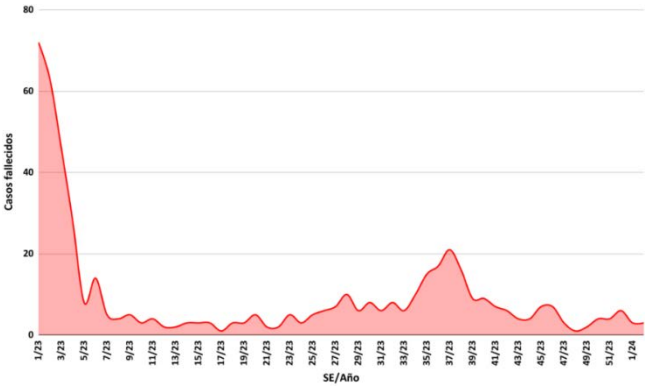
Luego del último ascenso en el número de casos registrado entre las semanas epidemiológicas (SE) 30 y 40 de 2023 (el cual fue de una magnitud muy inferior al registrado hacia fines de 2022 y comienzos de 2023), los casos de covid permanecieron en números bajos, con oscilaciones en el rango de 400 a 800 casos semanales. En las últimas tres SE –SE 52 de 2023 y SE 2 de 2024–, en cambio, se verificó un incremento, con un promedio de 1.751 casos semanales. Si bien esto representa un número muy inferior al observado para el mismo periodo del año previo (promedio de 37.228 casos semanales entre la SE 52 de 2022 y la SE 2 de 2023), en la SE 2 de 2024 se registraron 2.583 casos confirmados, número cercano al pico del último ascenso (SE 35 de 2023). Durante la SE 2 de 2024 se registraron tres casos fallecidos.

Desde el inicio del año 2023, en el marco de la estrategia de vigilancia de las unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios (UMAs), se analizaron 56.527 muestras para SARS-CoV-2 por todas las técnicas: reacción en cadena de la polimerasa (PCR), amplificación isotérmica y test de antígeno. De las mismas, 9.961 resultaron positivas. Además, en la última SE analizada (SE 2 de 2024), se registraron 274 casos confirmados de SARS-COV-2 entre las 759 muestras estudiadas por todas las técnicas, con un porcentaje de positividad de 36,10%. Cabe destacar que, si bien todas las SE registran casos nuevos en



Casos confirmados. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 2 de 2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

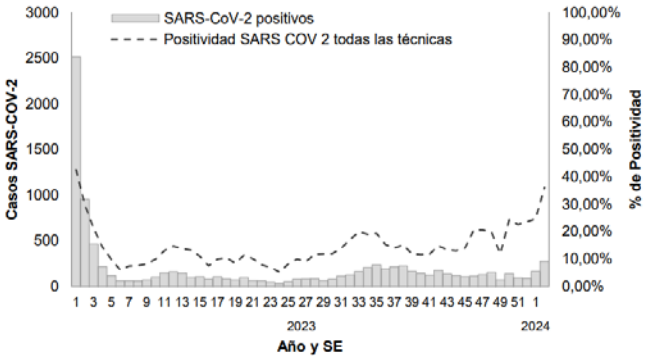
Casos confirmados. Argentina. De semana epidemiológica 24 de 2023 a 2 de 2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



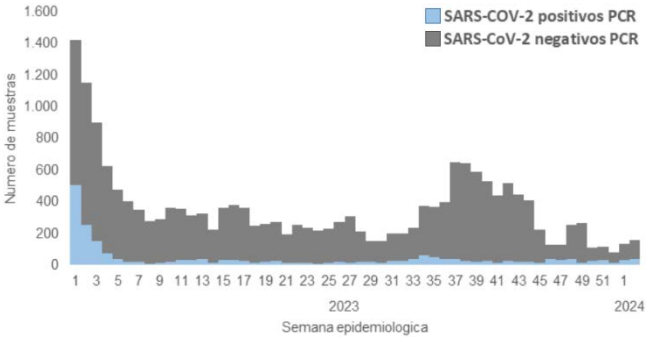
Casos fallecidos. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 2 de 2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

UMAs, el número de casos confirmados en la última SE alcanza el valor más alto luego del descenso de casos correspondiente al pico registrado en la SE 52 de 2022.

Desde la SE 1 de 2023, se estudiaron 19.217 muestras mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR), de las cuales 2.265 fueron positivas para SARS-COV-2, con un porcentaje de positividad de 11,79%. Este indicador presentó tendencia descendente en las primeras seis SE del año, oscilando posteriormente en valores bajos. Entre la SE 28 y la SE 36 se observó un ascenso en la positividad, asociado a un ligero aumento en el número de detecciones del virus. Durante las últimas SE de 2023, se registran detecciones estables en UMAs, con algunas oscilaciones. En la SE 2 de 2024 se notificaron 159 muestras analizadas mediante PCR, de las cuales 39 resultaron positivas para SARS-COV-2, persistiendo la tendencia descripta para las últimas SE de 2023.



Casos y porcentaje de positividad de SARS-CoV-2 por todas las técnicas. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 2 de 2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Muestras positivas y negativas para SARS-COV-2. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 2 de 2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Desde la SE 1 de 2023, en términos acumulados, se estudiaron 110.985 muestras para SARS-CoV-2 en casos hospitalizados, de las cuales 7.728 fueron positivas (porcentaje de positividad de 6,96%). Las detecciones de SARS-CoV-2 en personas hospitalizadas presentaron una tendencia descendente durante las nueve primeras SE de 2023, correspondiente al último ascenso del año previo. Posteriormente, las notificaciones semanales permanecieron en niveles bajos hasta la SE 23, cuando se registró un nuevo aumento de casos que alcanzó su máximo en la SE3 5, aunque de menor magnitud que el ascenso previo. A partir de esa SE, la tendencia de notificaciones descendió hasta la SE 46, con una relativa estabilización de las notificaciones en las SE siguientes. Sin embargo, desde la SE 52 de 2023 se registra un ligero aumento de las notificaciones, así como del porcentaje de positividad, que superó el 10% por primera vez desde la SE 36 de 2023. En la SE 2 de 2024 se notificaron 126 casos de SARS-COV-2 entre las 640 muestras estudiadas, lo que representa una persistencia del ascenso en el porcentaje de positividad, que alcanza el 19,69%.

Nuevas variantes del SARS-CoV-2

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) está monitoreando cinco variantes de interés (VOI): XBB.1.5, XBB.1.16, EG.5, BA.2.86 y JN.1. Adicionalmente, se identificaron cinco variantes bajo seguimiento (VUM) y sus linajes descendientes: DV.7, XBB, XBB.1.9.1, XBB.1.9.2 y XBB.2.3.

En relación a los últimos sublinajes designados como VOI por la OMS, BA.2.86 fue designado el 21 de noviembre de 2023 y anteriormente designado como VUM el 17 de agosto de 2023, debido a una gran cantidad de mutaciones en la proteína spike. La variante JN.1, descendiente del linaje BA.2.86, ha sido clasificada por la OMS como VOI el 18 de diciembre de 2023.

Según la valoración de riesgo realizada por la OMS, JN.1 posee una mayor ventaja de crecimiento, ya que ha crecido rápidamente en algunos países de todas las regiones de la OMS.

Aun cuando estas variantes pudieran estar asociadas con un aumento en la incidencia de casos en algunos países y volverse dominantes, no hay informes de aumento de la gravedad asociado con estas variantes. Por lo tanto, según la evidencia disponible, el riesgo para la salud pública que representan BA.2.68 y JN.1 se evaluó como bajo a nivel global, en consonancia con el riesgo asociado con otras VOI actualmente en circulación.

En la región de las Américas, desde la introducción de Omicron a fines de 2021, han predominado diferentes sublinajes que han sido reemplazados progresivamente por otros nuevos. En 2023, la Región ha visto el aumento y la posterior disminución de la circulación de los VOI XBB.1.5, XBB.1.16 y EG.5. Estas variantes cocircularon en gran medida, pero alcanzaron su pico en diferentes momentos: fines de marzo para XBB.1.5 (proporción semanal máxima de 73% de las secuencias), fines de agosto para XBB.1.16 (25%) y mediados de noviembre para EG.5 (45%).

En los últimos meses de 2023 también se ha producido la expansión de los VOI BA.2.86 (desde fines de septiembre) y JN.1 (desde fines de octubre). Las proporciones de las secuencias BA.2.86 y JN.1 en la semana del 17 de diciembre de 2023 fueron de 7% y 30%, respectivamente. Es probable que estas proporciones continúen aumentando, en particular en el caso de JN.1.

A nivel subregional, las tendencias en Norteamérica y el Caribe son similares a las tendencias regionales. La expansión de JN.1 es notable en estas subregiones, y las proyecciones basadas en modelos estiman que JN.1 representa 62% de las secuencias de Estados Unidos en el período de dos semanas que finaliza el 6 de enero de 2024.

En Sudamérica, la circulación de XBB.1.5 ha sido más extensa, mientras que XBB.1.6 y EG.5 han circulado menos. La expansión de JN.1 parece haber comenzado más tarde que en Norteamérica y el Caribe y se han reportado pocas secuencias de BA.2.86.

En Centroamérica, XBB.1.5, XBB.1.16 y EG.5 han representado la mayoría de las secuencias caracterizadas a lo largo de 2023. Las tendencias de los últimos meses son difíciles de evaluar debido al bajo número de secuencias disponibles. Hay pocas secuencias reportadas de BA.2.86 y JN.1.

Es importante señalar que la cantidad de secuencias de SARS-CoV-2 depositadas en GISAID por los Estados Miembros de la OPS ha disminuido significativamente desde principios de 2023. Esta disminución, relacionada en parte con la disminución en el número de casos, la integración con influenza y otros virus respiratorios, y la modificación de estrategias de vigilancia de infecciones respiratorias agudas en los países, podría sesgar las estimaciones de prevalencia de sublinajes reportadas.

En Argentina, la situación actual de variantes de SARS-CoV-2 se caracteriza por una circulación exclusiva de la variante Omicron. En relación a los linajes de Omicron, se verifica un predominio de las variantes XBB* y EG.5, con algunas detecciones de BA.2.86*, JN.1* y BQ.1*.

Entre las SE 41 y 48 de 2023, se notificaron al SNVS$^{2.0}$ 149 muestras analizadas por secuenciación genómica de SARS-CoV-2, de las cuales XBB* se identificó en 69,80% (104 casos), seguida de EG.5 en 15,44% (23 casos), JN.1 en 0,61% (1 caso) y BA.2.86* en 0,67% (1 caso).

Entre las secuencias positivas para XBB*, 75,96% (79 casos) corresponden a XBB.1.5* y 8,65% (9 casos) a XBB.1.16*. (*Indica la inclusión de linajes descendientes).

En relación a las VOI designadas recientemente por la OMS, al 17 de enero de 2024 se detectaron en Argentina un total de dos casos confirmados de la variante BA.2.86* (con residencia en la provincia de Santa Cruz) y seis casos de la variante JN.1* (dos casos con residencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, uno en Chaco, uno en Salta, uno en Santa Cruz y uno en Santa Fe).

Los casos fueron detectados por la Red Federal de Genómica y Bioinformática y por el Laboratorio de Salud Pública, Área Genómica y diagnóstico Molecular de la Facultad de Ciencias Exactas de la Universidad Nacional de La Plata.

En Argentina, al momento actual, y a los fines de la vigilancia epidemiológica, el estudio etiológico para SARS-COV-2 se recomienda en los casos asistidos en las UMAs de virus respiratorios distribuidas en las diferentes jurisdicciones del país y en aquellos casos que requieran internación por infección respiratoria aguda y/o fallecidos.

En este sentido, es importante mantener una vigilancia epidemiológica de virus respiratorios robusta durante todo el año, incluido el periodo estival, según la estrategia nacional de vigilancia de infecciones respiratorias agudas (IRAs) vigente, así como también continuar fortaleciendo la vigilancia genómica de virus respiratorios.

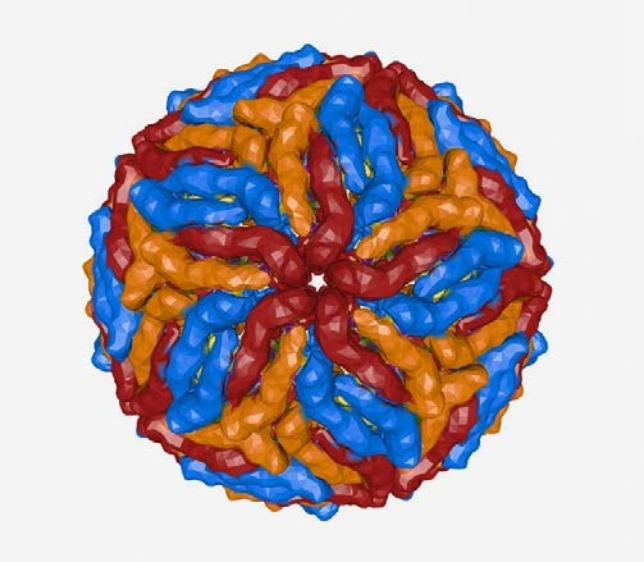
Adicionalmente, se recomienda continuar con las medidas generales de prevención y control de las IRAs: mantener completos los esquemas de vacunación frente a SARS-CoV-2, así como también vacuna contra influenza, antineumocócica, contra *Bordetella pertussis* y contra *Haemophilus influenzae* tipo b, según los lineamientos nacionales, mantener una ventilación adecuada de los ambientes, lavado frecuente y adecuado de manos. Para aquellas personas que presenten síntomas de enfermedad respiratoria, como fiebre o síntomas que dificultan sus actividades habituales, lo recomendado (no solo en enfermedades respiratorias), es permanecer en su casa y evitar estar en contacto con otras personas hasta la mejoría sintomática.

scientific reports

Brasil

Bajan los casos de fiebre chikungunya y fiebre zika, aunque con alza en los conglomerados de riesgo

21/10/2023



Modelo en 3D del virus Zika

Los conglomerados de mayor riesgo referentes a la fiebre chikungunya y la fiebre zika en Brasil, que inicialmente se encontraban ubicados en la Región Nordeste del país, se dispersaron por el Centro-Oeste y por la costa de los estados de São Paulo y Rio de Janeiro (en la Región Sudeste) entre 2018 y 2021, y crecieron nuevamente en la Región Nordeste entre los años 2019 y 2021. En términos nacionales, la tendencia fue decreciente: de 13% y 40% respectivamente.

Sin embargo, 85% y 57% de los conglomerados encontrados exhibieron una tendencia creciente de casos para cada una de las enfermedades, según un reciente estudio, que analizó los patrones espaciotemporales de existencia y coexistencia de ambas arbovirosis en todos los municipios nacionales, como así también los factores ambientales y socioeconómicos asociados a ellas.

Consideradas enfermedades tropicales desatendidas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), la fiebre chikungunya y la fiebre zika son arbovirosis causadas por virus de las familias *Togaviridae* y *Flaviviridae*, respectivamente, y transmitidas por mosquitos del género *Aedes*. Durante la última década, las cifras de casos de ambas afecciones aumentaron en todo el mundo y se expandieron geográficamente: se han informado casos de fiebre chikungunya en 116 países y de fiebre zika en 92, de acuerdo con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos. Ambas dolencias suman más de 8 millones de casos, los cuales, debido al subregistro pueden llegar a los 100 millones.

El surgimiento y resurgimiento de la fiebre chikungunya y la fiebre zika se ven favorecidos por la alteración ambiental causada por factores tales como la urbanización, la deforestación y las alteraciones climáticas: las sequías y las inundaciones, por ejemplo. Por eso, la determinación de áreas de alto riesgo para estos arbovirus es importante tanto para controlar los vectores como para orientar correctamente las medidas de salud pública.

En la investigación, se analizaron 608.388 casos de fiebre chikungunya y 162.992 de fiebre zika, en su mayoría autóctonos y confirmados mediante pruebas de laboratorio o clínico-

epidemiológicas. Se observaron aspectos espaciales, temporales y estacionales teniendo en cuenta valores de temperatura y precipitaciones y factores socioeconómicos.

La investigación reveló que las regiones de alto riesgo presentaban temperaturas más elevadas y fueron identificados conglomerados con alto riesgo de coexistencia en algunas regiones de Brasil. Durante los primeros años del estudio, los conglomerados de alto riesgo se ubicaban en la Región Nordeste, y luego hubo una dispersión hacia la Centro-Oeste, en 2016 y en 2018 (de fiebre zika y fiebre chikungunya, respectivamente), y hacia el litoral de la Región Sudeste, entre 2018 y 2021, seguida por un nuevo recrudecimiento en la Nordeste.

La fiebre chikungunya y la fiebre zika mostraron tendencias decrecientes de 13% y 40%, respectivamente; pero 85% y 57% de los conglomerados detectados mostraron una tendencia creciente, también respectivamente. Con un probable crecimiento anual situado entre 0,85% y 96,56% para la fiebre chikungunya y entre 2,77% y 53,03% para la fiebre zika.

También se observó que desde el año 2015 ambas arbovirosis estuvieron presentes con mayor frecuencia en el verano y en el otoño en Brasil. Sin embargo, la fiebre chikungunya aparece asociada a los bajos niveles de precipitaciones, a ambientes más urbanizados y a áreas con mayores desigualdades sociales, en tanto que la fiebre zika lo está con relación al alto volumen de lluvias y a áreas con baja cobertura de redes de alcantarillado.

Ambas enfermedades son más frecuentes también en lugares con menores índices de vegetación en las áreas urbanas y, aparentemente, el factor socioeconómico se vuelve más evidente para la fiebre chikungunya que para la fiebre zika.

Los próximos pasos

Por tratarse de enfermedades con los mismos vectores, existen ciertas semejanzas y, en teoría, deberían aparecer en los mismos lugares, pero no se observó esa superposición perfecta en el espacio y en el tiempo. Una de las hipótesis para ello estaría relacionada con los factores socioeconómicos, ambientales y climáticos.

En este primer trabajo se utilizaron datos del Censo 2010 en Brasil. Uno de los próximos pasos consiste en la actualización de este escenario, de acuerdo con las nuevas informaciones difundidas por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) en 2022. Se pretende ahora realizar un análisis más complejo, teniendo en cuenta al mismo tiempo y no por separado como en esta ocasión los factores socioeconómicos y climáticos (temperatura y precipitaciones) en un análisis espaciotemporal.

Otro punto de atención consiste en observar la coexistencia de ambas enfermedades y si las mismas se superponen, a los efectos de modelar esa información con los escenarios de cambios climáticos futuros, tanto en un escenario optimista como en uno pesimista, relacionados con las emisiones de gases de efecto invernadero.

La blastomicosis está emergiendo en Vermont

24/01/2024

Una rara infección por hongos que se cree que ocurre principalmente en el norte del Medio Oeste y partes del Sudeste es más común de lo esperado en otras partes de Estados Unidos, según una reciente investigación.

Blastomyces dermatitidis

La enfermedad, llamada blastomicosis, puede ser difícil de diagnosticar, en parte porque puede parecerse a otras infecciones respiratorias. Y cuanto más tiempo pasa sin diagnosticarse, más difícil es de tratar.

La infección es causada por el hongo *Blastomyces dermatitidis*, que prospera en suelos húmedos y en troncos y hojas en descomposición. La blastomicosis se considera una micosis endémica, un tipo de enfermedad fúngica que sólo ocurre en un área geográfica particular.

Si bien es bien conocida en áreas alrededor de los Grandes Lagos, el valle del río Ohio y el valle del río Mississippi, es más sorprendente que la infección aparezca en Vermont, pero eso es exactamente lo que se encontró en un reciente trabajo.

Vermont generalmente no es un área en la que se piensa cuando se habla de blastomicosis, pero recientemente varios artículos han sugerido que las infecciones por hongos se están propagando por todo el país y este es uno de ellos.

La epidemiología de las enfermedades fúngicas ha ido cambiando en todo el país, y la blastomicosis está incluida entre estas enfermedades. Se desconoce hasta el momento si esta propagación de la blastomicosis es causada por el hecho de que se están detectando casos que antes se desconocían o si se está observando un aumento de casos.

La blastomicosis es poco común y puede causar síntomas respiratorios, fiebre y dolores corporales en aproximadamente la mitad de las personas infectadas por la inhalación de las esporas de *Blastomyces*. La mayoría de los casos son leves, pero si no se trata, la blastomicosis puede provocar una enfermedad grave o la muerte.

Uno de los grandes problemas de las enfermedades fúngicas es que no son de declaración obligatoria, por lo que los departamentos de salud pública no exigen a los médicos que informen al estado de los casos de la enfermedad que atienden.

Sólo cinco estados –Arkansas, Louisiana, Michigan, Minnesota y Wisconsin– cuentan con vigilancia de salud pública para la blastomicosis. Eso significa que se desconoce la prevalencia de la enfermedad fuera de estos estados.

Ha habido algunos informes de casos de blastomicosis en el Noreste, incluidos un par de estudios, así como informes anecdóticos de médicos y veterinarios en Vermont.

En el estudio, se recurrió a las reclamaciones de seguros médicos para determinar cuántos pacientes fueron tratados por blastomicosis en Vermont entre 2011 y 2020.

Los datos incluyeron todas las reclamaciones de los beneficiarios de Medicare y Medicaid en el estado y alrededor de 75% de los residentes de Vermont que tenían otro seguro médico. Se identificaron 114 casos durante el período de 10 años, y 30% requirió hospitalización. Con una tasa promedio de 1,8 casos cada 100.000 habitantes cada año, Vermont tenía tasas más altas de blastomicosis que todos los estados excepto uno que tienen vigilancia de la enfermedad, encontró el estudio. Wisconsin, el estado con la tasa más alta de blastomicosis, tiene un promedio de 2,1 casos cada 100.000 habitantes.

Ganando nuevos terrenos

Un estudio publicado en 2022 sugirió que alrededor de 10% de las enfermedades causadas por infecciones fúngicas se diagnosticaban fuera de las regiones donde se sabe que los hongos son endémicos.

Varias cuestiones podrían estar implicadas. Estos patógenos pueden viajar en los zapatos cuando las personas viajan. Los nuevos desarrollos pueden remover el suelo (y los hongos que alberga) liberando esporas al aire en lugares donde no se pensaba que existieran.

Blastomyces dermatitidis crece como un moho y produce esporas. Cuando esas esporas son perturbadas físicamente, se convierten en aerosoles y se respiran hacia los pulmones, y el viento y la lluvia, no solo la intervención humana, pueden hacer que las esporas se transmitan por el aire.

Estudios recientes han demostrado que el cambio climático también está ampliando la gama de hongos que pueden enfermar a las personas. El cambio climático impulsado por el hombre está cambiando los patrones de lluvia, aumentando la sequía en algunas regiones (un ambiente que favorece a los hongos, incluido *Coccidioides*, que causa la coccidioidomicosis), mientras que causa más inundaciones y humedad en otras.

El aumento de las temperaturas y los fenómenos meteorológicos extremos, como tormentas, inundaciones, sequías y huracanes, impactan los suelos y pueden redistribuir los hongos. Eso aumenta la exposición humana a los hongos y también los expone a temperaturas más altas. Existe el temor de que con el aumento de la humedad y el clima cálido y húmedo, se produzca una mayor cantidad de esporas.

Los primeros estudios sugirieron que el calor podría ejercer presión sobre los hongos que hasta ahora no han podido resistir el calor corporal, para evolucionar y poder sobrevivir en el cuerpo humano.

Difícil de diagnosticar

Una vez que las esporas de *Blastomyces dermatitidis* ingresan a los pulmones, el calor corporal de una persona desencadena una transformación: las esporas se transforman en células de levadura protegidas por una gruesa armadura, que es una de las razones por las que las infecciones por hongos pueden ser tan difíciles de tratar.

Otra razón es que las células fúngicas se parecen mucho más a las células humanas que a las vegetales o bacterianas, lo que dificulta el desarrollo de medicamentos que puedan atacar y matar hongos sin dañar también las células humanas.

Las infecciones por hongos son más preocupantes para las personas inmunocomprometidas, y las micosis más graves ocurren en esta población. Pero la blastomicosis generalmente afecta a personas por lo demás sanas.

Esta es una distinción notable con respecto a muchos otros hongos que son más débiles y afectan a personas con sistemas inmunológicos comprometidos. Otras dos enfermedades fúngicas, la coccidioidomicosis y la histoplasmosis, que también se encuentran en áreas específicas de Estados Unidos, se comportan de la misma manera.

Es probable que exista una dosis-respuesta, lo que significa que cuantas más esporas respire una persona, mayores serán sus posibilidades de enfermarse. El hongo generalmente se encuentra en pequeños focos, a menudo en bosques húmedos, lo que significa que las personas no están expuestas a él todo el tiempo.

La mayoría de los casos de blastomicosis son leves. Alrededor de 95% son completamente tratables con antimicóticos, pero puede llevar hasta un año eliminar una infección que se propaga fuera de los pulmones.

El problema es que las infecciones por hongos a menudo se parecen a otras enfermedades y pueden pasar desapercibidas durante semanas o meses. Esto es especialmente cierto en lugares donde no se cree que ocurran infecciones por hongos, como la blastomicosis y la coccidioidomicosis.

Estas infecciones pueden parecerse a una neumonía común u otra enfermedad respiratoria, que son más comunes que la blastomicosis, por lo que las personas generalmente reciben tratamiento primero por estos otros problemas y pueden consultar a un médico, una, dos, tres veces, recibiendo diferentes ciclos de antibióticos mientras la infección por hongos progresa.

ÁFRICA

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL DENGUE

14/01/2024

Desde principios de 2023, se han notificado más de 5 millones de casos de dengue y 5.000 muertes relacionadas en más de 80 países de las seis regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se determinó que el nivel de riesgo global era alto debido al gran número de personas en riesgo (40% de la población mundial), el número y magnitud de los brotes, las consecuencias del cambio climático, incluido el actual fenómeno de El Niño y las complejas crisis humanitarias, la escalada de muertes relacionadas con el dengue y la falta de un enfoque integrado para prevenir y controlar los brotes de dengue.

En la Región Africana de la OMS, al 14 de enero de 2024, se había notificado un total de 208.289 casos sospechosos de dengue, incluidos 95.922 casos confirmados y probables y 782 muertes (tasa de letalidad de 0,37%), en 15 países: Benín, Burkina Faso, Cabo Verde, Chad, Cost d'Ivoire, Etiopía, Ghana, Guinea, Malí, Mauricio, Níger, Nigeria, São Tomé e Príncipe, Senegal y Togo).

Según el Marco de Respuesta a Emergencias de la OMS, se ha establecido un Equipo de Apoyo a la Gestión de Incidentes en cada país afectado y a nivel regional para coordinar la respuesta.

Se ha creado un mapeo del riesgo de criticidad del dengue para 47 países de la Región Africana de la OMS, clasificándolos en niveles según el riesgo de brotes (Nivel 1 para respuesta de emergencia, Nivel 2 para intervenciones de preparación intensificada y Nivel 3 para intervenciones de preparación).

Se está elaborando una directriz integral actualizada para la preparación y respuesta a los brotes de dengue en la Región Africana de la OMS.

Burkina Faso representa 75,3% del total de casos sospechosos (156.870 casos), seguido de Etiopía (21.469 casos; 10,3%), Santo Tomé y Príncipe (16.683 casos; 8,0%), Malí (5.681 casos; 2,7%), Côte d'Ivoire (3.912 casos; 1,9%) y Chad (2.325 casos; 1,1%). En términos de muertes, Burkina Faso representa 91,4% de las muertes (714 muertes), seguido de Malí (34 muertes; 4,4%) y Etiopía (17 muertes; 2,2%).

- **Burkina Faso**: A partir de la semana epidemiológica (SE) 32 de 2023, experimentó un notable aumento en el número de casos probables identificados, en particular en comparación con las SE anteriores del mismo año y los períodos correspondientes de 2021 y 2022. Los epicentros de este aumento son las regiones Central y Hauts-Bassins. Sin embargo, desde la SE 44 se observa una tendencia a la baja en el número de casos. El análisis de los serotipos circulantes revela una presencia predominante de DENV-3, constituyendo 78,8% de los

casos. Además, el DENV-1 representa 17,1%, mientras que el DENV-2 es comparativamente menos prevalente y representa sólo 0,45% de los casos identificados.

- **São Tomé e Príncipe**: Al 31 de diciembre de 2023, los laboratorios realizaron 16.893 pruebas de diagnóstico rápido (PDR) –16.683 casos sospechosos y 210 controles–, identificando 1.232 casos positivos. De ellos, 147 casos requirieron hospitalización, de los cuales 38 presentaron signos hemorrágicos, incluidas 11 muertes reportadas. Además, se declararon curados 1.221 casos confirmados. Los siete distritos sanitarios notificaron casos. Água Grande tiene con diferencia la tasa de ataque más alta: 9,7 cada 100.000 habitantes.
- **Senegal**: Entre el 2 de enero de 2023 y el 14 de enero de 2024, se notificaron 313 casos confirmados, sin muertes. La distribución por género indica que 55% de los casos son masculinos, mientras que 45% son femeninos. El epicentro se identificó en el distrito de Pikine, que representa 44% de los casos confirmados en el país.
- **Côte d'Ivoire**: De julio a diciembre de 2023 se registraron 3.912 casos sospechosos, de los cuales 323 fueron confirmados y se notificaron dos muertes. Los serotipos circulantes son DENV-1 (76%), DENV-2 (1%) y DENV-3 (23%).
- **Cabo Verde**: Desde la notificación de los primeros casos sospechosos el 2 de noviembre de 2023, la situación epidemiológica se ha caracterizado por un aumento gradual de los mismos. Sin embargo, en la SE 51 se registró una disminución en el número de casos.
- **Malí**: Al 14 de enero de 2024, se han registrado 5.681 casos sospechosos, 864 casos confirmados y 34 muertes desde la SE 36 de 2023. Un total de 20 distritos sanitarios están afectados en seis regiones sanitarias.

Teniendo en cuenta la progresión de la tasa de ataque cada 100.000 habitantes, Burkina Faso y Cabo Verde fueron los países más afectados en las últimas SE. Cabo Verde está experimentando una tendencia creciente, mientras que Burkina Faso está experimentando una tendencia decreciente.

Puede consultar el informe completo, en inglés, haciendo clic aquí.

NUEVO CASO HUMANO DE INFLUENZA AVIAR A(H5N1)

26/01/2024

El Ministerio de Salud de Camboya anunció que ha detectado un nuevo caso de influenza aviar A(H5N1) en un niño de 3 años de edad.

Este último caso se registró en la aldea de Ta Bruy, comuna de Prek Poun, distrito de Kampong Trabek, provincia de Prey Veng. El caso fue confirmado el 25 de enero por el Instituto Nacional de Salud Pública y el Instituto 'Dr. Louis Pasteur' de Camboya.

Actualmente el paciente se encuentra recibiendo cuidados intensivos por parte de un equipo médico. El caso de influenza aviar se produjo luego de que se encontrara un pollo muerto en los alrededores de la casa del paciente.

El Ministerio de Salud informó que, junto con el Equipo Subnacional de Respuesta a Emergencias, ha estado cooperando con los grupos de trabajo del Ministerio de Agricultura, Silvicultura y Pesca y el Ministerio de Medio Ambiente, las autoridades locales de todos los niveles, la policía y las organizaciones asociadas superiores para investigar activamente el suceso, y continúa buscando fuentes de transmisión tanto en animales como en humanos, además de distribuir el antiviral oseltamivir a los afectados y llevar a cabo campañas de educación sanitaria en los pueblos donde tuvo lugar el incidente.

El Ministerio de Salud también recordó a los ciudadanos que estén atentos a la influenza aviar. Esta enfermedad generalmente se transmite de aves enfermas a otras aves, pero a veces puede transmitirse de aves a humanos a través del contacto cercano con aves enfermas o muertas.

La influenza aviar en humanos es una enfermedad grave, que requiere hospitalización oportuna. No se transmite fácilmente de persona a persona.

El Ministerio de Salud también sugirió medidas para prevenir la enfermedad, como lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón antes de comer y después del contacto con aves, mantener a los niños alejados de las aves y alejar a las aves del entorno así como evitar comer aves enfermas o encontradas muertas.

Del 1 de enero de 2003 al 21 de diciembre de 2023, se ha notificado un total de 248 casos de infección humana por el virus de la influenza aviar A(H5N1) en cuatro países de la Región del Pacífico Occidental. De estos casos, 139 fueron fatales, lo que resultó en una tasa de letalidad de 56%. Los últimos casos en la región del Pacífico Occidental se notificaron en Camboya el 24 y 25 de noviembre de 2023.

A nivel mundial, desde el 1 de enero de 2003 hasta el 21 de diciembre de 2023, se notificaron 882 casos de infección humana por el virus de la influenza aviar A(H5N1) en 23 países. De estos, 461 fueron fatales.

Los cuatro países de la Región del Pacífico Occidental de la Organización Mundial de la Salud que notificaron casos humanos de influenza aviar son Camboya, China, Laos y Vietnam. Los casos acumulados en Camboya hasta el 21 de diciembre de 2023 son 62, con 41 muertes (tasa de letalidad de 66%).

Los casos de gonorrea se multiplicaron por 25 y los de sífilis por 10 desde 2001

24/01/2024

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) siguen al alza, sobre todo en los adultos jóvenes: algunas, como la gonorrea y la sífilis, encadenan más de 20 años de incremento y su incidencia se ha multiplicado por 25 y 10, respectivamente, mientras que la clamidiosis se ha disparado un 245% desde 2016.

Así lo revela el informe *Vigilancia epidemiológica de las Infecciones de Transmisión Sexual en España 2022* elaborado por el Centro Nacional de Epidemiología y el Centro de Investigación Biomédica en Red Enfermedades Infecciosas del Instituto de Salud 'Carlos III', que recoge los datos de las cinco ITS de declaración obligatoria en el país.

Se trata de la sífilis, la sífilis congénita y la infección gonocócica (gonorrea), a las que en 2015 se sumaron la clamidiosis (infección por *Chlamydia trachomatis*) y el linfogranuloma venéreo (LGV).

Todas acumulan años de escalada (unas más que otras, pero depende del momento en el que se empezaron a registrar), solo rota en 2020, aunque ese descenso "puede atribuirse en mayor o menor medida" a la pandemia de covid, por el confinamiento y la sobrecarga asistencial.

En las cinco hay un predominio de hombres sobre mujeres, con una mayoría de casos en adultos jóvenes, aunque con diferencias según la enfermedad; la clamidiosis fue la más diagnosticada en menores de 25, y el LGV, el que menos.

La clamidiosis se dispara 245% desde 2016

Se confirmaron 26.518 casos de infección por *Chlamydia trachomatis* en las 16 autonomías que vigilan esta ITS (todas menos Galicia, Asturias y Baleares), con lo que la tasa se situó en 62,38 cada 100.000 habitantes, 245% superior a la de 2016, cuando empezó a contabilizarse.

Las tasas más altas se observaron en Catalunya (162,92), Navarra (111,34), Euskadi (101) y Madrid (61,13), y las más bajas en Aragón (1,29), Extremadura (4,94) y Castilla La-Mancha (7,12). Melilla no notifico casos.

A diferencia de otras en las que hay un claro predominio de hombres, casi la mitad (12.792; 48,2%) de los casos de clamidiosis se detectaron en mujeres, y cuando son más jóvenes que ellos (24 frente a 30 años). La mediana de edad al diagnóstico fue de 27 años.

La mayoría se produjeron entre los 25-34 años (36,4%) y 20-24 años (26,4%), que tuvieron unas tasas de 315,68 y 203,85, respectivamente. El porcentaje de casos entre 15 y 19 años fue de 10,9%.

En 2022 se notificaron 23.333 casos de infección gonocócica, lo que arrojó una tasa de 49, cuando en 2001 era de apenas 2. Es decir, un 2.350% más.

Hasta 2001, esta ITS había protagonizado un marcado descenso progresivo desde 1995, cuando la tasa ascendía a 11,69; sin embargo, a partir de esa fecha, la incidencia inició un incremento continuado que no ha parado hasta hoy, salvo en 2020, cuando bajó cuatro puntos

respecto de 2019 (21,25 frente a 26,95). Desde el año de la covid y hasta 2022, el aumento ha sido de 30,4%.

Por comunidades, la incidencia varía mucho: la máxima se dio en Catalunya (121,88), que duplica la de la siguiente, que es Euskadi (63,82), por encima de Madrid (58,89) y Baleares (48,61). En el lado opuesto están Melilla (4,83), Extremadura (6,94), Castilla La-Mancha (10,30) y Asturias (10,54).

Ocho de cada diez casos (18.564; 79,9%) fueron varones, que presentaron una tasa de 81,31 frente a la de 19,59 de las mujeres. La más elevada apareció en los chicos de 25 a 34 años (280,83).

En función de la edad, la mediana fue de 30 años (25 en mujeres y 31 en hombres). Las tasas más elevadas se produjeron en el grupo de 20-24 años (198,23) seguidas del de 25-34 años (167,6).

La segunda ITS más frecuente fue la sífilis, con 8.141 en 2022, cuando la tasa llegó a 17,1, la más alta desde que se empezó a contabilizar en 1995 y 10 veces superior que la de 2001 y 2002, cuando se registró el mínimo (1,77). Desde 2020, los casos han aumentado 18%.

Canarias, con 33,47; Madrid (25,93), Catalunya (24,75) y Baleares (24,67) fueron las comunidades con más diagnósticos, al contrario que Aragón (2,58), La Rioja (3,16) y Castilla La-Mancha (4,57).

Nueve de cada diez eran hombres (7.151); al igual que en la infección gonocócica, las tasas fueron más elevadas en ellos (31,32) que en ellas (3,73), y el grupo de edad más afectado (con casi 60% de los casos) también fue el de 25-34 años, aunque la mediana de edad se elevó hasta los 37 años.

Por su parte, de sífilis congénita se confirmaron dos casos precoces en menores de 2 años, correspondientes a un niño y una niña diagnosticados en los primeros meses de vida. Las tasas de incidencia durante el periodo 2000-2022 oscilaron entre 0 y 2,23 cada 100.000 nacidos vivos.

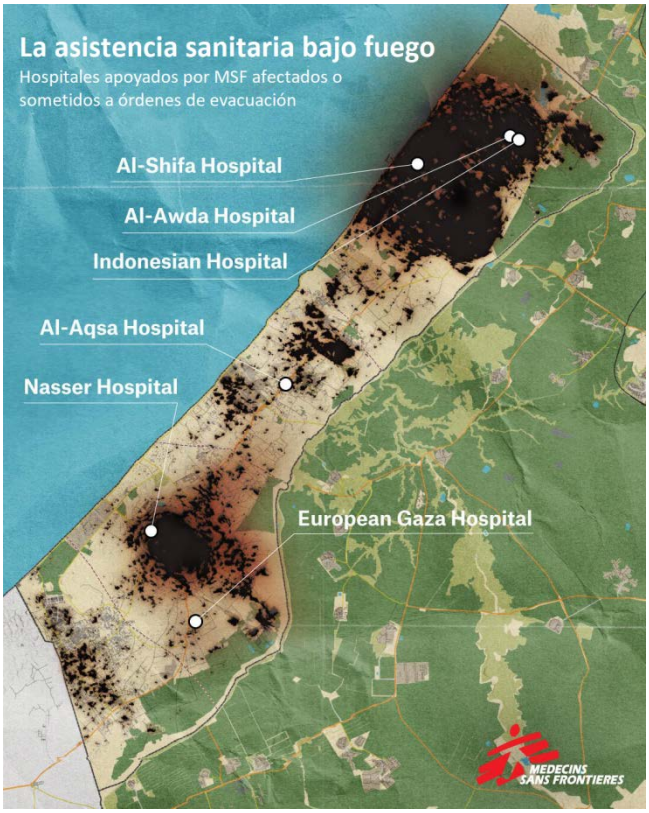
Con datos de 14 comunidades, de LGV se notificaron 912 casos y una incidencia de 2,29. La práctica totalidad (98,5%) fueron hombres, con solo 14 casos en mujeres.

Atendiendo a la edad, la mediana fue de 36 años, siendo superior en los hombres (36) que en las mujeres (22). El grueso de los diagnósticos apareció en la franja etaria de 25-44 años, que llegó a una tasa de 7,31.

También Catalunya registró el mayor número de LGV, seguida de Madrid y Navarra. Cantabria, Ceuta y Melilla no declararon casos.

La población del sur de Gaza se queda sin opciones de atención sanitaria

26/01/2024



En medio de intensos combates y bombardeos en Khan Younis, en el sur de Gaza, en los Territorios Palestinos Ocupados, los servicios médicos vitales colapsaron en el Hospital Nasser, actualmente el centro de salud en funcionamiento más grande del enclave. Médicos Sin Fronteras (MSF) lamenta una situación en la que las personas se han quedado sin opciones para recibir tratamiento en caso de una gran afluencia de heridos de guerra.

La mayor parte del personal del hospital, junto con miles de personas desplazadas que habían buscado refugio en el hospital, huyeron en los días previos a la orden de evacuación de las zonas circundantes por parte de las fuerzas israelíes. La capacidad quirúrgica del hospital es ahora casi inexistente, y el puñado de personal médico que permanece en el hospital debe lidiar con suministros muy escasos que son insuficientes para atender eventos con víctimas en masa, con gran afluencia de heridos.

Entre 300 y 350 pacientes permanecen en el Hospital Nasser, sin poder evacuar porque es demasiado peligroso y no hay ambulancias. Estos pacientes tienen lesiones relacionadas con la guerra, como heridas abiertas, laceraciones por explosiones, fracturas y quemaduras. El 24 de enero, al menos un paciente del hospital murió porque no había ningún cirujano ortopédico disponible.

Estos ataques sistemáticos contra la atención sanitaria son inaceptables y deben terminar ahora para que los heridos puedan recibir la atención que necesitan. Todo el sistema sanitario ha quedado inoperativo.

Rami[1], una enfermera de MSF atrapada en el Hospital Nasser, describió su sensación de impotencia durante un evento con víctimas masivas el 25 de enero que llevó a 50 heridos y cinco muertos a la sala de emergencias al mismo tiempo.

“No quedaba personal en la sala de emergencias del Hospital Nasser. No había camas, sólo unas pocas sillas y ningún personal, apenas unas pocas enfermeras”, dijo Rami. “Llevamos a los pacientes a urgencias para brindarles primeros auxilios; nos las arreglamos con lo que teníamos, intentamos detener las hemorragias y clasificar a los pacientes allí. Fue un aconte-

[1] Por motivos de seguridad, Rami solicitó que no se utilizara su apellido.

cimiento horrible y realmente me afectó psicológicamente". Los suministros básicos, como las gasas, se están agotando.

"Hoy fui al quirófano para recibir a un paciente en nuestro departamento y pregunté al poco personal que quedaba si podían suministrarme una gasa abdominal", dijo Rami. "Dijeron que no les sobraban y que los que tenían ya estaban siendo usados en varios pacientes".

"Lo usan una vez, luego exprimen la sangre, la lavan, la esterilizan y la reutilizan con otro paciente", continuó Rami. "Esta es la situación en el quirófano del Hospital Nasser, ¿te imaginas?"

El Hospital Europeo es el segundo centro más grande del sur de Gaza, después del Hospital Nasser, y tiene una gran capacidad quirúrgica. Hoy en día, tampoco es accesible para el personal médico ni para las personas, ya que las zonas vecinas están bajo orden de evacuación.

Los hospitales deben seguir siendo espacios protegidos y se debe permitir que las personas y los trabajadores médicos accedan y brinden atención médica. Hoy, la Corte Internacional de Justicia emitió medidas provisionales ordenando a Israel prevenir actos de genocidio contra los palestinos y tomar medidas inmediatas para mejorar la situación humanitaria en Gaza. Si bien se trata de un paso importante, sólo un alto el fuego sostenido puede detener la pérdida de más vidas civiles y permitir el flujo de asistencia humanitaria y suministros vitales para los 2,2 millones de personas que viven en el enclave.

Si bien la mayoría del personal sanitario palestino se ha trasladado al sur de la Franja de Gaza, un puñado de médicos y enfermeras de Médicos Sin Fronteras (MSF) han optado por permanecer en el norte de Gaza. Continúan ofreciendo su apoyo a los heridos, incluso en algunas instalaciones apoyadas por MSF y en colaboración con el personal sanitario local. Cuenta con personal sanitario que brinda atención en los hospitales Al-Awda, Nasser y Al-Aqsa. MSF también cuenta con personal en el Hospital de Maternidad Europeo, el Hospital Indonesio de Rafah y el Hospital Al-Emirati así como en un centro de atención médica general, la Clínica Al-Shaboura. La mayoría de los equipos de MSF están en la zona central y sur de Gaza, mientras que sólo un escaso personal permaneció en el norte de Gaza, en el Hospital Al-Awda. Los equipos de MSF brindan apoyo quirúrgico, cuidado de heridas, fisioterapia, consultas ambulatorias y servicios de salud mental.

El 14 de noviembre, un nuevo equipo de MSF formado por 15 personas (cirujanos, anestesistas y especialistas en cuidados intensivos, con cierta coordinación y apoyo logístico) entró en el sur de Gaza a través del cruce de Rafah desde Egipto. Los integrantes del equipo provienen de diferentes países de todo el mundo.

En Khan Younis, en el Hospital Nasser, donde MSF brinda atención de emergencia y tratamiento quirúrgico, incluso a pacientes con lesiones traumáticas y quemaduras graves, las actividades se han ido adaptando continuamente a las condiciones de seguridad. Al 27 de diciembre, varios miembros del personal palestino de MSF seguían trabajando en el hospital, mientras que la presencia del personal internacional está suspendida desde el 26 de diciembre.

Desde el 6 de diciembre, MSF apoya al Hospital Europeo con pequeña capacidad quirúrgica. Ahora está aumentando ligeramente su apoyo reforzando el equipo quirúrgico y proporcionando también apósitos para heridas.

En la zona central, en el Hospital Al-Aqsa, el personal internacional y palestino de MSF proporciona apósitos y consultas ambulatorias para pacientes con lesiones por explosiones y quemaduras, y también apoya el quirófano con capacidad quirúrgica.

MSF se vio obligado a dejar de apoyar a las clínicas Martyrs y Beni Suhaila, donde había estado brindando atención médica general, curas para heridas y consultas de salud mental, después de que las fuerzas israelíes ordenaran a la población que evacuara las zonas el 1 de diciembre.

Casi la mitad de las consultas que atendía el personal médico en las clínicas eran para niños menores de cinco años. Los equipos de MSF estaban atendiendo a pacientes que ahora tienen heridas infectadas, algunas de las cuales tenían gusanos al llegar.

El 9 de diciembre, el equipo de MSF en Rafah reabrió la Clínica Al-Shaboura, que había estado cerrada desde el comienzo de la guerra, donde trató a más de 130 pacientes el primer día.

También apoya a las autoridades sanitarias locales en la medida de lo posible con donaciones de suministros médicos. MSF ha donado más de 50 toneladas de medicamentos y material médico a varias clínicas y puestos de salud.

Recientemente, MSF comenzó a apoyar al Hospital de Maternidad Al-Emirati con suministros médicos y personal, incluyendo ginecólogos, enfermeras e higienistas que trabajan las 24 horas del día. Sus equipos también han apoyado la limpieza de la sala de maternidad y han proporcionado suministros médicos y de higiene.

Entre el 7 de octubre y el 21 de diciembre, 286 trabajadores sanitarios fueron asesinados en la Franja de Gaza. Según la Organización Mundial de la Salud, 57 ambulancias resultaron alcanzadas y dañadas.

Los equipos de MSF comenzaron a apoyar el departamento de pacientes ambulatorios del Hospital Indonesio de Rafah con vendajes para heridas, fisioterapia y otros pequeños procedimientos para aliviar la carga de pacientes de los hospitales Nasser, Europeo y Al-Najaar.

Los equipos de MSF también están apoyando a 20 puntos de distribución de agua, todos cerca de campamentos informales de personas desplazadas. En total, los equipos aportan 80.000 litros al día, pero todavía les cuesta conseguir lo suficiente por persona.

SUMAN 194 LAS MUERTES POR NEUMONÍA EN LO QUE VA DEL AÑO EN LA PROVINCIA DE PUNJAB

23/01/2024

En un hecho preocupante, la provincia de Punjab ha sido testigo de un rápido aumento de los casos de neumonía, que ha provocado la pérdida de 12 vidas más en el último día.

Según datos recientes, el número de muertos por neumonía en enero se ha disparado hasta 194, y se registraron dos muertes adicionales en 24 horas en Lahore.

En el último día, Punjab informó la asombrosa cifra de 491 nuevos casos de neumonía, de los que Lahore, la capital provincial, registró 230 nuevos casos. Esto eleva el total de casos de neumonía notificados en Punjab durante el año a 9.321, y solo Lahore notificó 1.546 casos y 45 muertes asociadas.

Medidas de vacunación

En respuesta a la situación crítica, el Dr. Jamal Nasir, ministro de salud interino de Punjab, emitió instrucciones de vacunación obligatoria para los niños contra la neumonía el 11 de enero.

Nasir destacó que en todos los hospitales gubernamentales de la provincia hay instalaciones gratuitas de diagnóstico y tratamiento para la neumonía.

Hizo hincapié en las precauciones, como garantizar que los niños usen ropa abrigada y limitar la exposición al frío, para protegerlos contra la neumonía. Las causas de esta enfermedad en los niños se atribuyeron a factores como la falta de lactancia materna, la contaminación, la desnutrición, la exposición prolongada al frío y el sistema inmunológico debilitado.

La neumonía, incluso en su forma leve, puede representar una amenaza importante para la vida. Los síntomas incluyen flema y tos, fiebre, sudoración profusa o escalofríos, dificultad para respirar durante las actividades normales, dolor en el pecho al respirar o toser, fatiga, pérdida de apetito, náuseas y dolores de cabeza. La gravedad de los síntomas puede variar según la edad y las condiciones de salud.

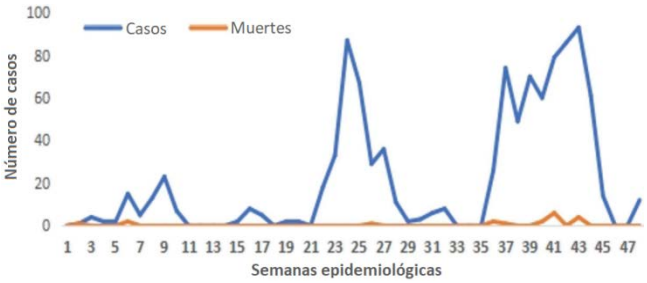
Los médicos utilizan radiografías de tórax para obtener información precisa sobre los pulmones en las etapas iniciales.

Se están recetando medicamentos antivirales para los casos causados por virus. Nasir instó a la población a buscar atención médica de inmediato si surge algún síntoma.

Como indica este informe, los casos de neumonía están aumentando en la provincia de Punjab, Pakistán. Un total de 196 personas en toda la provincia han muerto a causa de la enfermedad en los 23 primeros días de enero de 2024. Sin embargo, a partir de la limitada información proporcionada no se pueden determinar las causas exactas que han desencadenado el recrudecimiento de la enfermedad.

La neumonía representa 14% de todas las muertes de niños menores de 5 años y mató a 740.180 niños en 2019. Puede ser causada por virus, bacterias u hongos. Se puede prevenir mediante la vacunación, una nutrición adecuada y abordando los factores ambientales. La neumonía causada por bacterias se puede tratar con antibióticos, pero sólo un tercio de los niños con neumonía reciben los antibióticos que necesitan.

El brote de cólera en Tanzania experimentó una ligera mejoría, registrándose casos activos sólo en tres de las nueve regiones afectadas. A pesar de estos avances, el brote sigue siendo motivo de preocupación como resultado de picos periódicos de casos desde el comienzo de la epidemia. Además, se registró un aumento de defunciones en las semanas epidemiológicas 41 y 43.



Casos notificados. Tanzania. Año 2023, semanas epidemiológicas 1 a 48. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

El brote, que se informó inicialmente el 5 de septiembre de 2023 en la región de Ruvuma en el consejo del distrito de Nyasa, se extendió a nueve regiones y actualmente está activo en las regiones de Kagera, Ruvuma y Simiyu.

Se ha notificado un total acumulado de 726 casos en las nueve regiones afectadas, con 20 muertes y una tasa de letalidad de 2,8%.

La región más afectada es Arusha, con (213 casos; 29,3% del total; sin muertes). Le sigue la región de Mara (193 casos; 26,6% del total; 8 muertes; tasa de letalidad de 4,1%). La región de Kilimanjaro registró tres casos, que es la menor cantidad, sin muertes.

Otras regiones tuvieron distribuciones variadas: Singida (121 casos; 16,7%; 4 muertes; tasa de letalidad de 3,3%); Kagera (22 casos; 3,0%; 4 muertes; tasa de letalidad de 18,2%, la más alta); Simiyu (102 casos; 14,0%; 2 muertes; tasa de letalidad de 2,0%); Kigoma (67 casos; 9,2% del total; 2 muertes; tasa de letalidad de 3,0%); Dodoma (5 casos; 0,7% del total); Ruvuma (3 casos; 0,4% del total). Los datos epidemiológicos también mostraron un impacto demográfico diverso: 52,1% de los casos son mujeres, y un número importante de casos (44,6%) afectaron a personas de entre 15 y 44 años.

Acciones de salud pública

- El equipo de coordinación celebra reuniones periódicas de gestión de incidentes a nivel regional, y continúa la preparación y presentación de informes de situación diarios y registros de cólera.
- Las actividades de vigilancia incluyen el rastreo de contactos, la búsqueda activa de casos en los establecimientos de salud y el uso de sistemas de información de gestión sanitaria para la detección temprana.
- Continúa la distribución de Aqua tabs (tabletas purificadoras de agua) a 804 hogares, inspecciones casa por casa (977 hogares inspeccionados, 62 sin sanitarios) y avisos legales entregados a los hogares que carecen de instalaciones sanitarias adecuadas.
- Distribución de productos sanitarios a los ayuntamientos afectados y mantenimiento del estado de existencias de suministros esenciales como Aqua tabs y gránulos de cloro.
- Manejo continuo de pacientes ingresados en los Centros de Tratamiento del Cólera.

- Se están llevando a cabo actividades de laboratorio que incluyen la recepción de 35 kits de pruebas rápidas para el cólera, la recolección continua de muestras y las pruebas (se recolectaron 25 muestras, 60% dieron positivo).
- En las comunidades afectadas se sigue impartiendo educación sanitaria sobre la prevención del cólera, la construcción y el uso de sanitarios mejorados y prácticas de lavado de manos.

Interpretación de la situación

El brote de cólera en Tanzania ha mostrado cierta mejoría, aunque continúa siguiendo una tendencia epidemiológica fluctuante con avances intermitentes y aumentos periódicos de casos. Este patrón resalta la importancia de una vigilancia sostenida y estrategias proactivas para controlar el brote, así como de las precauciones necesarias para evitar un resurgimiento en las seis regiones que actualmente no tienen casos activos. Para poner fin al brote, es fundamental abordar los desafíos antes mencionados, como la escasez de kits de pruebas rápidas, suministros inadecuados de tratamiento de agua, falta de sanitarios mejorados en muchos hogares e instalaciones insuficientes para lavarse las manos, así como un suministro inadecuado de agua limpia y segura, particularmente en la región de Simiyu.

Brote de difteria en la gobernación de Taiz

23/01/2024

Un funcionario de la Oficina de Salud en Taiz informó que se ha registrado un brote de difteria en el distrito de Al-Wazi'iyah, incluidas dos muertes de niños, además de cuatro casos confirmados de esta enfermedad.

El funcionario de información y educación sanitaria de la Oficina de Salud de Taiz, Tayseer Al-Samai, dijo: "Estos casos aparecieron porque los padres se abstuvieron de administrar las vacunas de rutina a sus hijos, como resultado de rumores e ideas extrañas promovidas por algunas personas ignorantes".

Al-Sami'i explicó: "La situación sanitaria en la gobernación de Taiz no es muy diferente de la del resto de las gobernaciones yemeníes, con el agravante de que Taiz es la gobernación más grande en términos de población, por lo que –sin duda– el problema será mayor".

Señaló que "el sistema de salud en la gobernación de Taiz fue objeto de una destrucción total debido a la guerra, pero comenzó a recuperarse, aunque no de la manera deseada; sin embargo, los servicios de salud han mejorado mucho en comparación a años anteriores".

El funcionario de la Oficina de Salud continuó: "Hay epidemias y enfermedades que han aparecido, como el dengue, que se considera una enfermedad endémica, especialmente en los distritos de la ciudad, pero este año la situación no es tan grave como en años anteriores. En 2023 no se registraron muertes ni casos de dengue hemorrágico, y los casos de infección disminuyeron en un 50%".

Y añadió: "La epidemia de cólera también apareció en la gobernación de Taiz, pero los casos hasta el momento son todavía pocos y esperamos que haya una ola, pero tenemos equipos de respuesta rápida y estos equipos están repartidos por todos los distritos. Hay un estado de seguimiento y anticipación ante cualquier caso que se presente, para contenerlo y aislarlo, de modo que no haya una propagación".

Tayseer Al-Sami'i dijo: "Durante 2023 hubo un brote de sarampión en la gobernación de Taiz, pero después de que el Ministerio de Salud y el Programa Nacional Ampliado de Inmunización lanzaron una campaña nacional de inmunización contra esta enfermedad, las infecciones disminuyeron significativamente, pero esperamos que esta campaña incluya a todas las direcciones de la Gobernación".

Y añadió: "En la gobernación de Taiz tenemos siete distritos que están fuera del control de la autoridad legítima, por lo que es difícil implementar campañas nacionales en estos distritos. Desafortunadamente, no podemos saber el alcance de la epidemia o el número de infecciones, y no hay notificación ni seguimiento de los casos, y quizás los niños se estén contagiando y muriendo y, lamentablemente, nadie sabe de ellos".

Subrayó que “en los distritos controlados por el gobierno legítimo hay equipos de respuesta rápida y equipos de inmunización trabajando, y la inmunización está disponible en todos los centros de salud, y las campañas nacionales continúan”.

Dijo: “La situación sanitaria en Taiz no es la ideal, pero es mejor de lo que era, porque la escala del desastre sanitario es muy grande, la tragedia es grande y requiere grandes capacidades, y el gobierno se encuentra en una situación miserable. Los centros de salud carecen de presupuestos operativos, y los salarios son bajos, y ni siquiera alcanzan para cubrir las necesidades básicas, como para obligar al personal a trabajar en caso de emergencias. El personal de salud se ve obligado a abandonar los centros gubernamentales e ir a trabajar a centros privados”.

Las pandemias afectan a los patrones de mortalidad en todo el mundo, incluido el lugar de fallecimiento. La pandemia de covid no fue una excepción, según se desprende de una investigación efectuada en el marco del proyecto EOLinPLACE. Los resultados del trabajo indican que el porcentaje de personas que fallecieron en su domicilio aumentó en 23 países durante la pandemia de covid. Los resultados del estudio podrían servir para fundamentar las políticas de salud pública destinadas a mejorar la calidad de los cuidados paliativos terminales.

Se examinaron las tendencias sobre el lugar de fallecimiento de adultos en treinta y dos países del mundo: Alemania, Austria, Bélgica, Brasil, Bulgaria, Chequia, Chipre, Corea del Sur, Croacia, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estados Unidos, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, México, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, Rumania, Suecia y Uganda. Se llevaron a cabo comparaciones entre los primeros años de la pandemia de covid (2020-2021) y los ocho años previos (2012-2019).

En el estudio participaron 100,7 millones de personas mayores de 18 años, 68% de las cuales tenía 70 años o más. En todos los países estudiados, el porcentaje de fallecimientos en el hogar aumentó de 30,1% en 2012-2013 a 30,9% en 2018-2019; una cifra que alcanzó el 32,2% durante la pandemia (2020-2021).

De los fallecimientos analizados, se calcula que 20,4% se produjo a causa del cáncer, mientras que la demencia fue responsable de 5,8%. En total, 30,8% de los fallecimientos tuvieron lugar en el hogar. Se observó un aumento de los fallecimientos en el hogar durante la pandemia en 23 de los 32 países estudiados, alcanzándose la cifra más alta en Irlanda del Norte (27,5% en 2018-2019 y 33,1% en 2020-2021). De los seis países en los que se observó un descenso de los fallecimientos en el hogar, Uganda fue el país en el que se registró la mayor diferencia (de 76,6% a 47,8%).

En la mayoría de los países, el aumento de los fallecimientos en el hogar fue mayor entre las mujeres y los enfermos de cáncer. Existen varias explicaciones posibles para la diferencia observada entre sexos, incluida la mayor participación de las mujeres en las discusiones sobre la planificación de los cuidados paliativos terminales y la renuencia a la hospitalización. La razón citada para el aumento de los fallecimientos en el hogar entre las personas con cáncer fue el curso más predecible de la enfermedad en comparación con afecciones benignas, así como unos cuidados paliativos terminales más tempranos y mejor integrados.

Qué significa esto para el mundo

Si el cambio detectado a favor de fallecer en el hogar cuenta con el respaldo adecuado, se ajusta a las preferencias y se asocia a buenos resultados, como un mejor control de los síntomas y calidad de vida tanto para el enfermo como para su familia, se estaría en el buen camino de cara a una transición sanitaria compleja. Si, por el contrario, se detectan deficiencias en los cuidados paliativos terminales, con el consiguiente riesgo de no satisfacer a enfermos y familiares, se debe replantear y mejorar la asistencia domiciliaria, considerando la reasignación de recursos de otros lugares.

El estudio destaca la importancia de que las futuras políticas sanitarias, tanto nacionales como internacionales, tengan en cuenta este cambio hacia el fallecimiento en casa a fin de garantizar que los recursos de cuidados paliativos terminales se asignen adecuadamente.

Hubo un suspiro de alivio mundial cuando la Organización Mundial de la Salud declaró en mayo de 2023 que la covid ya no era una emergencia de salud pública de importancia internacional. Pero no hay lugar para la complacencia. La pandemia representó una advertencia urgente sobre la debilidad de los sistemas de salud y sirvió de impulso para fortalecerlos ante una posible nueva variante o la aparición de un nuevo patógeno.

Los desafíos en la aplicación de vacunas, en particular, ofrecieron información sobre lo que hace que una campaña de salud sea exitosa. Específicamente, los países de bajos ingresos demostraron cómo llegar a las personas donde están mediante el uso de enfoques innovadores y personalizados que a menudo requerían la colaboración entre gobiernos nacionales, organizaciones locales y comunidades vulnerables. Su experiencia proporciona lecciones cruciales mientras el mundo se prepara para la próxima pandemia.

Al igual que sus homólogos más ricos, los países de bajos ingresos tuvieron que vacunar a su población adulta contra la covid lo más rápido posible. Eso significaba llegar a grupos de población más amplios de los que podían atender sus programas de vacunación infantil existentes, y al mismo tiempo apuntar a aquellos con mayor necesidad: trabajadores de la salud, personas inmunocomprometidas y ancianos.

Pero los países de bajos ingresos enfrentaron desafíos únicos. Debido al nacionalismo de las vacunas y otros obstáculos, muchos de ellos solo accedieron a cantidades importantes de dosis mucho más tarde que los países de altos ingresos, lo que retrasó sus campañas de inmunización. La escasez de recursos financieros, junto con las debilidades de los sistemas nacionales de salud, también obstaculizaron la adopción de vacunas. Por ejemplo, los países con una capacidad limitada de cadena de frío a menudo carecían de las instalaciones de almacenamiento ultrafrío necesarias para determinadas vacunas contra la covid. Y los sistemas de presentación de informes de muchos países no pudieron proporcionar a los tomadores de decisiones datos actualizados y detallados para ajustar las estrategias de implementación en función de lo que estaba funcionando y lo que no.

A pesar de estos desafíos, los países de bajos ingresos encontraron formas de satisfacer las necesidades de sus comunidades. Estas iniciativas incluyeron actividades de extensión puerta a puerta para vacunar a las personas mayores en sus hogares; equipos femeninos de vacunación para fomentar la aceptación por parte de las mujeres; coordinación entre organizaciones profesionales y el sector privado para llegar a las personas con mayor riesgo de enfermar gravemente a causa de la covid; equipos móviles de vacunación (en autobuses, motocicletas, dromedarios, burros y barcos) para acceder a zonas remotas o desatendidas; y sitios de vacunación en mercados, a lo largo de rutas nómadas y en los principales puntos de tránsito, incluidas las estaciones de autobuses.

Somalia es un buen ejemplo de cómo llegar a las personas donde están. El lanzamiento de la vacuna se produjo en el contexto de múltiples desafíos superpuestos: años de inestabilidad política y conflicto; hambre severa causada por la peor sequía en décadas; y el desplazamiento de varios cientos de miles de personas por inundaciones históricas. Pero el programa de vacunación contra la poliomielitis del país había sido pionero en el uso de una "microplanificación" informada localmente para encontrar personas no vacunadas, y estas estrategias adaptadas aseguraron que las nueve campañas masivas de vacunación contra la covid de Somalia llegaran a las poblaciones desatendidas, como las mujeres y las comunidades nómadas. En septiembre-octubre de 2022, por ejemplo, una campaña por etapas dirigida por el gobierno somalí llegó a 3,2 millones de personas, logrando una tasa de vacunación primaria de 37%. Igualmente importante fue la inversión de Somalia en infraestructura de cadena de frío y logística de entrega de vacunas, posible gracias al apoyo financiero de organizaciones asociadas.

Las Islas Salomón, el tercer archipiélago más grande del Pacífico Sur, también tuvieron dificultades para vacunar a las personas que viven en zonas remotas, dado que la mayor parte de los recursos del país se concentran en Guadalcanal, la isla más grande. Los trabajadores de la salud del gobierno respondieron creando clínicas temporales e informales en las islas periféricas, lo que facilitó que las comunidades aisladas recibieran la vacuna contra la covid y servicios de salud adicionales.

Mientras tanto, en Sierra Leona, un país cubierto de praderas, sabanas y bosques densos, a muchas aldeas sólo se puede llegar en bicicleta o a pie, un viaje que se vuelve aún más difícil durante la temporada de lluvias. Pero el personal sanitario del país, junto con los movilizadores comunitarios, dirigieron clínicas móviles de vacunación en las aldeas rurales. Además, para abordar los temores sobre la vacuna, los líderes locales se vacunaron y luego promocionaron su estado de vacunación dentro de la comunidad, creando un efecto de bola de nieve.

En Malí, el acceso a la información también planteó un desafío importante, ya que muchas personas no conocían la disponibilidad o eficacia de la vacuna contra la covid. Para involucrar a las comunidades y crear conciencia, camiones que transportaban a artistas e influencers junto con vacunadores viajaron a través de mercados concurridos para responder preguntas y alentar a los transeúntes a vacunarse; la música alta y el baile crearon una atmósfera alegre. En el transcurso de 12 días, la caravana llegó a más de 21.000 personas y vacunó a más de 3.000 hombres, mujeres y adolescentes.

Estas estrategias innovadoras pueden servir como modelos para la comunidad global. Pero también resaltan la importancia de desarrollar programas de inmunización personalizados, que a su vez requieren confianza, comunicación clara, acceso equitativo a las vacunas, toma de decisiones basada en datos y colaboración entre gobiernos, organizaciones de salud, grupos de base y voluntarios.

A raíz de la pandemia de covid, se sabe que se pueden desarrollar rápidamente vacunas milagrosas y entregarlas a comunidades de difícil acceso. La clave es centrarse en conocer a las personas donde están.

Afganistán
- Se notificaron seis casos de poliovirus salvaje tipo 1 (WPV1) en 2023.

Argelia
- Esta semana se notificó una muestra ambiental positiva para poliovirus circulante tipo 2 derivado de la vacuna (cVDPV2) en Tamanghasset.

Benín
- Se notificaron tres casos de cVDPV2 en 2023.

Botswana
- Se notificaron dos muestras ambientales positivas para cVDPV2 en 2023.

Burkina Faso
- Se notificaron dos casos de cVDPV2 en 2023.

Burundi
- Se notificó un caso de cVDPV2 en 2023.

Chad
- Esta semana se notificó un caso de cVDPV2 en Mandoul, lo que elevó a 51 el total de casos en 2023.

Côte d'Ivoire
- Se notificaron seis casos de cVDPV2 en 2023.
- Esta semana se notificaron cuatro muestras ambientales positivas para cVDPV2 en Abidjan 2 (2 casos), Abidjan 1 (1 caso) y San-Pedro (1 caso).

Egipto
- Esta semana se notificó una muestra ambiental positiva para cVDPV2 en Shamal Sina.

Guinea
- Se notificaron 34 casos de cVDPV2 en 2023.
- Esta semana se notificaron dos muestras ambientales positivas para cVDPV2 en Conakry.

Indonesia
- Esta semana se notificó un caso de cVDPV2 en Jawa-Timur, lo que elevó a seis el total de casos en 2023.

Israel
- Se notificó un caso de cVDPV2 en 2023.

Kenya
- Se notificaron ocho casos de cVDPV2 en 2023.

Madagascar
- Se notificaron 24 casos de poliovirus circulante tipo 1 derivado de la vacuna (cVDPV1) en 2023.

Mali
- Se notificaron 12 casos de cVDPV2 en 2023.

Mauritania
- Se notificó un caso de cVDPV2 en 2023.
- Esta semana se notificó una muestra ambiental positiva para cVDPV2 en Nouakchott Ouest.

Mozambique
- Se notificaron cuatro casos de cVDPV1 en 2023.
- Se notificó un caso de cVDPV2 en 2023.

Níger
- Se notificó un caso de cVDPV2 en 2023.

Nigeria
- Se notificaron 70 casos de cVDPV2 en 2023.

Pakistán
- Se notificaron seis casos de WPV1 en 2023.
- Esta semana se notificaron nueve muestras ambientales positivas para WPV1: en Baluchistán (3 muestras), Khyber Pakhtunkhwa (3), Sindh (2) y Punkab (1).

República Centroafricana
- Se notificaron 14 casos de cVDPV2 en 2023.

República del Congo
- Esta semana se notificó una muestra ambiental positiva para cVDPV1 en Brazzaville.

República Democrática del Congo
- Esta semana se notificó un caso de cVDPV1 en Tanganyika, lo que elevó a 102 el número de casos en 2023.
- Se informaron 118 casos de cVDPV2 en 2023.

Somalia
- Se informaron cinco casos de cVDPV2 en 2023.

Sudán
- Esta semana se notificaron cuatro muestras ambientales positivas para cVDPV2 en Al-Bahr al-Ahmar.

Sudán del Sur
- Se informaron dos casos de cVDPV2 en 2023.

Tanzania

- Se notificaron tres casos de cVDPV2 en 2023.

Yemen

- Se informaron tres casos de cVDPV2 en 2023.

Zambia

- Se informó un caso de cVDPV2 en 2023.

Zimbabwe

- Esta semana se informó un caso de cVDPV2 en Mashonaland West, el primero en el país en 2023.

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.