ISSN 2796-7050

REC Argentina

Reporte Epidemiológico de Córdoba

14 DE FEBRERO 2024
REC 2.778

CÓRDOBA

- Se registraron 133 nuevos casos de dengue en la última semana

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de bronquiolitis en menores de 2 años
- Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Caso confirmado de sarampión
- Salta: Primer caso confirmado de fiebre chikungunya en 2024

AMÉRICA

- Estados Unidos: Complicaciones neurovasculares tras la infección por *Fusarium solani* en México
- Estados Unidos: Primer caso fatal de viruela de Alaska en un residente de Alaska
- Uruguay: Situación epidemiológica de la encefalitis equina del Oeste

EL MUNDO

- Europa: La respuesta al VIH deja atrás a las personas migrantes
- Europa: Las infecciones alimentarias graves aumentaron durante 2022
- Kenya: Alerta epidemiológica por fiebre del Valle del Rift
- Mali: Situación epidemiológica del dengue
- Palestina: Las enfermedades arrasan los campos de refugiados de Gaza
- Rumania: Se registraron 1.737 casos de sarampión en el último mes
- Crece la carga mundial de cáncer en medio de una creciente necesidad de servicios

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

ISSN 2796-7050

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 d s traducidos y/o reseñados en este Reporte, los cuales son de exclusiva responsabilidad de los respectivos entrevistados, traductores, autores o ores.

CamScanner

Ministerio de SALUD | CÓRDOBA Seguimos haciendo

Se registraron 133 nuevos casos de dengue en la última semana

11/02/2024

El Ministerio de Salud informó que se sostiene el aumento de casos de dengue en la provincia de Córdoba en la última semana epidemiológica (SE), con 133 registros nuevos.

De esta manera, en la temporada actual se reportaron 474 casos, de los cuales 319 son importados y 155 autóctonos.

En relación a los casos importados, 186 (58,3%) registraban antecedentes de viaje a la provincia de Chaco, 38 casos (11,9%) a la de Misiones y 37 (11,6%) a la de Formosa. Además, 18 casos (5,6%) registraron viajes a otros países, principalmente Paraguay y México.

Entre los casos autóctonos, 82 de ellos (52,9%) reportaron residencia en la ciudad de Córdoba al momento de la detección; y los 73 restantes (47,1%) se distribuyen en 26 localidades de 10 departamentos de la provincia.

La mayoría de los casos fueron atendidos en forma ambulatoria, y 55 requirieron internación.

Los síntomas más frecuentes fueron fiebre (en 94,5% de los casos), mialgias o dolores musculares (85,5%) y cefalea (83,6%).

Sobre las acciones de vigilancia y control vectorial, se informó que, a la fecha, se llevan realizados 358 operativos de bloqueo de foco ampliados, 143 en la ciudad de Córdoba y 215 en el interior provincial, con 44.103 viviendas visitadas en total.

Estos operativos se realizan a partir de la notificación de un caso sospechoso o confirmado, por el Departamento de Zoonosis de la Dirección de Epidemiología, en coordinación con los municipios correspondientes.

El dengue en Argentina

En cuanto a la situación epidemiológica del dengue a nivel nacional, en lo que va de la temporada ya se notificaron 33.251 casos, 30.873 autóctonos, 1.756 importados y 622 en investigación. Además, hay 13 jurisdicciones que presentan circulación viral.

CamScanner

Argentina

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

Vigilancia epidemiológica de bronquiolitis en menores de 2 años

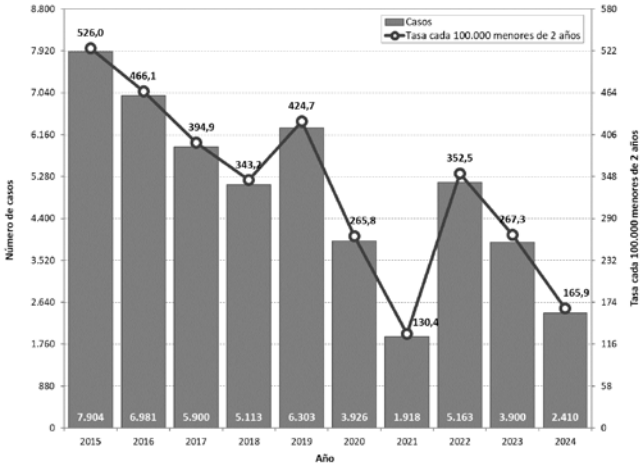
03/02/2024

En el año 2024, hasta la semana epidemiológica (SE) 3 del año se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS$^{2.0}$) 2.410 casos de bronquiolitis en menores de 2 años, con una tasa de incidencia acumulada de 165,9 casos cada 100.000 menores de 2 años.

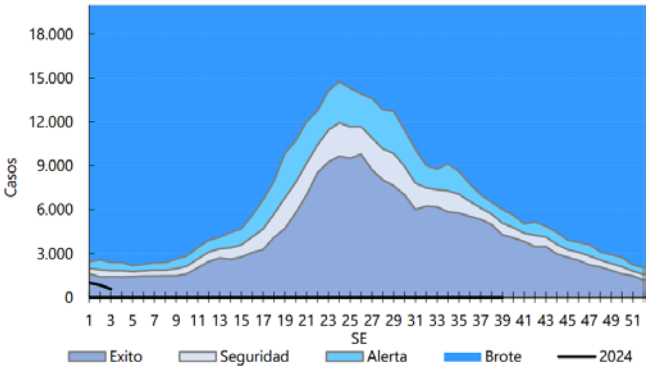
El número de notificaciones en los nueve años previos (2015-2023) muestra que el año con mayor número de casos entre las SE 1 y 3 fue 2015 (7.904 casos), con un descenso paulatino y continuo en las notificaciones de los siguientes años, volviendo a incrementarse ligeramente en 2019 respecto de los dos años previos, con un nuevo descenso en 2020 y con un valor inusualmente bajo en 2021. En los años 2022 y 2023 se registra nuevamente un aumento de las notificaciones. En el año 2024 las notificaciones son menores respecto de los registros históricos, superando únicamente las de 2021.

En las tres primeras SE del año 2024, las notificaciones se encontraron dentro de los límites esperados.

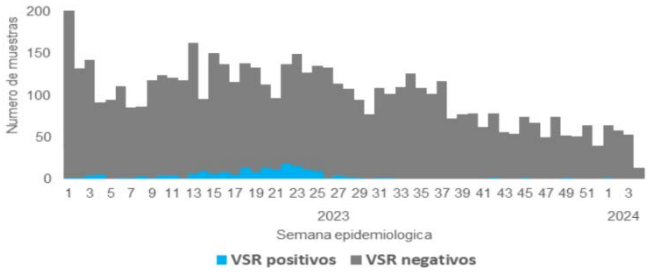
Desde el inicio del año 2023, en el marco de la estrategia de vigilancia de las unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios (UMA) se analizaron mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) 5.583 muestras para virus sincicial respiratorio (VSR), con 197 detecciones y una positividad de 3,53%. El porcentaje de positividad presentó un ascenso entre las SE 18 y



Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 menores de 2 años. Argentina. Años 2015-2024, hasta semana epidemiológica 3. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Corredor endémico semanal 2024, en base a datos de los años 2015/2023 (se excluyen los años pandémicos 2020, 2021 y 2022). Argentina. Año 2024, hasta semana epidemiológica 3. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Muestras positivas y negativas para virus sincicial respiratorio mediante técnica PCR. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 4 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

CamScanner

23, con un máximo de 13,77% en la SE 22. Posteriormente se registró un descenso en la actividad, con detecciones aisladas desde la SE 30 de 2023. En la última SE analizada (SE 4 de 2024) no se registran detecciones entre 14 muestras estudiadas.

El mayor número de detecciones se observó en los grupos etarios de 45 a 64 años, de 25 a 34 años y en mayores de 65 años.

Entre la SE 1 de 2023 y la SE 4 de 2024, se analizaron en laboratorio 31.188 muestras de pacientes hospitalizados, con 9.092 detecciones positivas (porcentaje de positividad de 29,15%). La positividad entre las muestras analizadas en casos hospitalizados presentó un ascenso entre las SE 13 y 21 de 2023, alcanzando un máximo de 76,06% en la SE 21. Posteriormente, la tendencia fue descendente, permaneciendo por debajo de 10% desde la SE 52. En la SE 4 del año 2024 no se registraron detecciones en personas hospitalizadas.

El mayor número de casos positivos registrados desde el inicio de 2023, se observó en menores de 5 años, particularmente en los niños menores de 1 año.

CamScanner

Ante la confirmación de un caso de sarampión en un paciente de 6 años residente en Barcelona (España), con domicilio temporario en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), el Ministerio de Salud de la Nación y de la CABA, emitieron una alerta con el objetivo de informar sobre la situación epidemiológica e instar a los equipos de salud a fortalecer la vigilancia de enfermedad febril exantemática (EFE), verificar y completar esquemas de vacunación y sensibilizar a la población sobre la importancia de la consulta temprana ante la aparición de fiebre y exantema.

Situación actual

El 6 de febrero de 2024, un efector privado de la CABA notificó al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS$^{2.0}$) un caso de enfermedad febril exantemática, sospechoso de sarampión, iniciándose la investigación epidemiológica y acciones de control.

Se trató de un niño de 6 años de edad no vacunado, que ingresó al país procedente de Barcelona (España) el 27 de enero. Entre el 29 y el 30 de enero presentó síndrome febril, agregando luego tos, rinitis, conjuntivitis y manchas de Koplic. El 31 de enero inició con exantema localizado en mejillas que se generalizó a los tres días. El 4 de febrero consultó a un efector de salud privado que, ante la sospecha de sarampión, procedió al aislamiento respiratorio colocando barbijo al niño y sus padres y solicitó los estudios de laboratorio pertinentes. Por buen estado general se indicó aislamiento domiciliario y control clínico por la institución.

El 6 de febrero se obtuvo resultado positivo de IgM en un laboratorio privado. El 7 de febrero, el Laboratorio Nacional de Referencia de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán' recibió las muestras y confirmó la infección por detección de genoma viral del virus del sarampión, mediante reacción en cadena de la polimerasa cuantitativa en tiempo real (qRT-PCR) en orina. Se encuentran en desarrollo los estudios para genotipificar el virus.

El paciente evoluciona favorablemente sin haber requerido internación y continúa en seguimiento clínico.

El equipo de respuesta rápida a brotes de la CABA, junto con el Ministerio de Salud de la Nación, continúan con la investigación epidemiológica y las acciones de control de foco correspondientes.

Antecedentes de la situación actual

Argentina interrumpió la circulación endémica del sarampión en el año 2000. Desde entonces se registraron brotes de menos de un año de duración, sin pérdida del estado de eliminación. El mayor brote se registró entre las semanas epidemiológicas (SE) 35 del año 2019 y la SE 12 del año 2020, con un total de 179 casos, que se circunscribieron a la CABA y 19 municipios de la provincia de Buenos Aires. En el año 2021 no se registraron casos confirmados. En 2022, se registraron dos casos de sarampión: uno en CABA y otro en Vicente López (provincia

CamScanner

de Buenos Aires): el primero en la SE 13 correspondió a un caso importado y el segundo, en SE 28, un caso de origen desconocido. Ambos sin relación entre ellos y sin casos secundarios.

El 19 de enero de 2024, se confirmó un caso de sarampión en la provincia de Salta en un niño de 19 meses sin vacunación, que evolucionó con neumonía con requerimiento de internación en unidad de cuidados intensivos para asistencia respiratoria mecánica, con buena evolución posterior. El caso se confirmó por laboratorio, detectándose genotipo D8 linaje MVs/Patán.IND/16.19, también identificado principalmente en casos de sarampión de Reino Unido. A pesar de una exhaustiva investigación llevada a cabo por el equipo de respuesta rápida a brotes de Salta, la fuente de infección no fue identificada hasta la fecha. Se identificaron los contactos durante el período de transmisibilidad y, habiendo transcurrido 30 días de seguimiento, no se presentaron casos secundarios. Se realizaron acciones de vacunación de bloqueo, búsquedas comunitarias y monitoreos de vacunación según la ruta de desplazamiento del caso.

CamScanner

El Ministerio de Salud Pública de Salta informó que el 11 de febrero se confirmó el primer caso de fiebre chikungunya en la provincia en una paciente de 13 años, con residencia compartida en dos localidades del departamento General José de San Martín: General Enrique Mosconi y Tartagal.

El 6 de febrero, la menor inició con artralgia, dolor retroocular, cefalea, mialgias, fiebre (mayor o igual a 38°C), por lo que consultó en el Hospital de General Mosconi el 7 de febrero, donde se le tomó una muestra de sangre y se comenzaron las intervenciones de control de foco y búsqueda de contactos y otros febriles.

El Laboratorio Provincial de Referencia ubicado en el Hospital 'Señor del Milagro', en la ciudad de Salta, realizó las determinaciones según el algoritmo vigente, arrojando mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) resultado negativo para virus Dengue y positivo para virus Chikungunya.

El director general de la Coordinación de Epidemiología, Francisco García Campos, especificó que la menor cursa la enfermedad de manera ambulatoria, en buen estado de salud y con los controles médicos pertinentes.

Hasta el momento, en esta primera etapa de investigación, la menor no registraría antecedentes de viaje hacía zonas con circulación confirmada.

Por tal motivo en la zona, se realizan todas las tareas pertinentes a los fines de evitar la propagación de la enfermedad y eliminar los reservorios de agua en los que los vectores de transmisión, tanto de dengue como de fiebre chikungunya, pueden proliferar.

Además, se procedió al bloqueo epidemiológico en el barrio y a la búsqueda de pacientes sintomáticos, particularmente con fiebre, como parte de la vigilancia sanitaria. Hasta el momento no se encontraron focos aédicos ni febriles.

García Campos pidió a la población su colaboración para "evitar la propagación de los mosquitos", sobre todo por las intensas precipitaciones que se registran en distintas áreas del territorio salteño. Asimismo, solicitó que, ante los primeros síntomas sospechosos de la enfermedad, como fiebre alta y dolores articulares intensos y hasta causantes de incapacidad, se realice la consulta médica inmediata.

La situación en Argentina

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 31 de 2023 y la SE 4 de 2024 se registraron en Argentina 131 casos de fiebre chikungunya, de los cuales 85 no tenían antecedentes de viaje, 18 fueron importados y 28 se encuentran en investigación.

Desde la SE 31 se registró circulación viral en Chaco y Misiones, sumándose Santa Fe en las últimas ocho semanas. A partir de la SE 50 se observa una tendencia en aumento con oscilaciones semanales. Buenos Aires, Córdoba, Catamarca, Santiago del Estero y Formosa presentaron casos aislados.

CamScanner

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Estados Unidos

Complicaciones neurovasculares tras la infección por *Fusarium solani* en México

08/02/2024

Una infección micótica potencialmente mortal causada por *Fusarium solani* relacionada con la atención médica puede asociarse con una lesión retardada, pero devastadora, en el tronco encefálico y su suministro de sangre entre los infectados.

Un reciente informe analizó datos de la presentación clínica, el curso de la enfermedad y el manejo de 13 pacientes hospitalizados en múltiples centros.

Entre el 1 de enero y el 13 de mayo de 2023, se produjo un brote de meningitis por *F. solani* en dos clínicas de Matamoros, Tamaulipas, México, entre pacientes con sistemas inmunológicos sanos que se sometieron a procedimientos quirúrgicos con anestesia epidural. El 17 de mayo de 2023, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos publicaron un aviso en la Red de Alerta Sanitaria sobre el incidente.

El brote de esta grave infección fúngica afectó principalmente a personas jóvenes, por lo demás sanas, como resultado del turismo médico. Los pacientes de México y Estados Unidos sufrieron lesiones neurológicas y vasculares graves y, en última instancia, mortales como resultado de la infección.

Los médicos identificaron a 13 pacientes con meningitis fúngica que se habían sometido a procedimientos con anestesia epidural en una de las dos clínicas médicas identificadas en México. Aunque la infección suele afectar a pacientes gravemente inmunocomprometidos, los casos demuestran que la inoculación directa de especies de *Fusarium* en el líquido cefalorraquídeo puede causar meningitis grave en pacientes por lo demás sanos, lo que se asocia con una tasa de mortalidad extremadamente alta.

Los 13 pacientes presentaron afectación del tronco encefálico con lesión de las arterias basilar y vertebral, que por lo general eran insidiosas en la presentación pero progresaban. Con el tiempo, varios pacientes experimentaron el estrechamiento de importantes vasos sanguíneos en sus cerebros, lo que provocó un derrame cerebral o hemorragias graves que eventualmente provocaron la muerte en muchos de los pacientes.

CamScanner

Nueve de los 13 pacientes murieron debido a una lesión vascular. De los cuatro pacientes supervivientes, tres siguen recibiendo monoterapia con Fosmanogepix, un tratamiento experimental para las infecciones fúngicas invasivas, y uno ya no recibe el medicamento antimicótico. Un paciente que permanece en terapia experimentó abulia (un estado de motivación disminuida) después de una hemorragia subaracnoidea. Los otros tres pacientes no presentan déficits cognitivos, sensoriales o motores debido a la infección.

Los tratamientos incluyeron terapia antifúngica sistémica en todos los casos excepto uno, que se presentó antes de la identificación del brote. Inicialmente, la terapia antifúngica ayudó a mejorar los síntomas clínicos y los parámetros del líquido cefalorraquídeo en pacientes que se presentaron al comienzo del brote. Sin embargo, hubo un posterior empeoramiento repentino del perfil del líquido cefalorraquídeo, potencialmente indicativo de un rápido crecimiento fúngico.

Las técnicas moleculares y microbiológicas avanzadas mostraron que el hongo era resistente a todos los agentes antifúngicos, excepto al fármaco experimental Fosmanogepix. El uso de ese fármaco, junto con técnicas neuroquirúrgicas y endovasculares de última generación, cambió el curso del brote. El trabajo multidisciplinario entre instituciones y agencias salvó al resto de los pacientes.

CamScanner

Primer caso fatal de viruela de Alaska en un residente de Alaska

09/02/2024

Una reciente publicación reportó sobre un caso fatal de viruela de Alaska en un adulto que residía en la Península de Kenai, en Alaska.

Topillo lomo rojo (*Clethrionomys rutilus*).

A mediados de septiembre de 2023, un anciano que vivía en la península de Kenai, con antecedentes de inmunosupresión inducida por fármacos secundaria al tratamiento de cáncer, notó una pápula roja sensible en la axila derecha. Durante las siguientes seis semanas, acudió varias veces a su proveedor de atención primaria y al departamento de emergencias local para una evaluación clínica de la lesión, y le recetaron múltiples regímenes de antibióticos. Una biopsia por punción no reveló evidencia de malignidad o infección bacteriana. A pesar de la terapia con antibióticos, el paciente experimentó fatiga y una induración creciente y dolor en la axila y el hombro derechos. El 17 de noviembre fue hospitalizado debido a una extensa progresión de una presunta celulitis infecciosa que afectaba el rango de movimiento de su brazo derecho. Posteriormente, fue trasladado a un hospital de Anchorage.

En Anchorage, el paciente se quejó de dolor ardiente intenso de tipo neuropático. El sitio de la biopsia anterior en la axila derecha no cicatrizaba y drenaba abundante líquido seroso con una placa coalescente gris circundante. La tomografía computarizada y la resonancia magnética revelaron una miositis extensa que afectaba la axila derecha y la musculatura del hombro. También había cuatro lesiones más pequeñas similares a las de la viruela en lugares difusos de todo el cuerpo.

Se le realizó una amplia batería de pruebas de laboratorio para discernir la causa de la infección, incluido un ensayo de secuenciación de ADN libre de células microbianas plasmáticas. La prueba se informó inicialmente como positiva para el virus de la viruela vacuna, según la comparación de secuencias virales el 8 de diciembre. Se envió un hisopo de la lesión al Laboratorio de Salud Pública del Estado de Alaska para su posterior análisis; dio positivo en un ensayo de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para ortopoxvirus genérico, pero negativo en un ensayo de PCR de ortopoxvirus no variólico (que descartó los virus de la viruela vacuna, mpox y vaccinia, pero no el virus de la viruela de Alaska, AKPV). Un hisopo de lesión enviado posteriormente a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) fue compatible con AKPV; la secuencia del genoma era filogenéticamente distinta de los aislados anteriores de AKPV de Fairbanks.

Se inició tratamiento con tecovirimat intravenoso, inmunoglobulina vaccinia intravenosa y brincidofovir oral. Aproximadamente una semana después de iniciar la terapia, su condición comenzó a mejorar con recesión de la placa, reducción del eritema y posterior epitelización alrededor de la lesión axilar. Sin embargo, a pesar del apoyo médico intensivo en un entorno de atención a largo plazo, posteriormente presentó retraso en la cicatrización de las heridas,

CamScanner

desnutrición, insuficiencia renal aguda e insuficiencia respiratoria. Murió a fines de enero de 2024.

El paciente residía solo en una zona boscosa y no informó haber viajado recientemente ni haber tenido contacto cercano con viajeros recientes, enfermedades o lesiones similares. Informó que cuidaba a un gato callejero en su residencia que cazaba regularmente pequeños mamíferos y arañaba con frecuencia al paciente, incluido un rasguño notable cerca de la axila derecha en el mes anterior a la aparición del sarpullido. El paciente no informó otro contacto reciente con pequeños mamíferos, pero sí informó haber trabajado en el jardín de su patio trasero hasta septiembre de 2023. Los hisopados de suero y mucosas recolectados del gato callejero se enviaron a los CDC para pruebas de anticuerpos y ortopoxvirus; todas resultaron negativas.

Este es el primer caso de infección grave por viruela de Alaska que provocó hospitalización y muerte. El estado inmunocomprometido del paciente probablemente contribuyó a la gravedad de la enfermedad. Además, al ser el primer caso de viruela de Alaska identificado fuera de la región Interior, indica que el AKPV parece estar más extendido geográficamente entre los pequeños mamíferos de Alaska de lo que se sabía anteriormente y justifica una mayor concienciación entre los médicos en todo el estado. La vía de exposición en este caso aún no está clara, aunque los rasguños del gato callejero representan una posible fuente de inoculación a través de la transmisión de fómites. La Sección de Epidemiología de Alaska está trabajando con el Museo de la Universidad de Alaska y los CDC para realizar pruebas de detección del AKPV en pequeños mamíferos fuera de la región Interior.

Los ortopoxvirus son virus de ADN de doble cadena, y muchos de ellos son zoonóticos, y se encuentran en una variedad de taxones de mamíferos. Se sabe que estos virus infectan a los mamíferos, incluidos los humanos, y pueden provocar el desarrollo de lesiones cutáneas. El virus de la viruela de Alaska (AKPV) es un ortopoxvirus descubierto recientemente que se identificó por primera vez en un adulto que vivía cerca de Fairbanks en 2015.

Hasta la fecha, se han notificado siete infecciones por AKPV a la Sección de Epidemiología de Alaska. Hasta diciembre de 2023, todas las infecciones reportadas ocurrieron en residentes del área de Fairbanks e involucraron enfermedades autolimitadas que consistían en una erupción localizada y linfadenopatía. Las pruebas en pequeños mamíferos en el área de Fairbanks identificaron evidencia de infección actual o previa por AKPV en cuatro especies diferentes, principalmente en el topillo lomo rojo (*Clethrionomys rutilus*). También se han documentado pruebas que sugieren una infección previa por AKPV en al menos una mascota doméstica vinculada a un paciente. Se desconoce el alcance de la distribución geográfica y los reservorios animales del AKPV. Es probable que el virus esté más extendido en las poblaciones de pequeños mamíferos de Alaska, y es posible que se hayan producido infecciones en humanos en otros pacientes pero que no fueron diagnosticadas.

Hasta la fecha, no se ha documentado transmisión del AKPV de persona a persona. Sin embargo, dado que ciertos ortopoxvirus pueden transmitirse por contacto directo con lesiones cutáneas, se recomienda que las personas con lesiones cutáneas posiblemente causadas por el AKPV mantengan el área afectada cubierta con una venda.

Los síntomas de la viruela de Alaska incluyen una o más lesiones cutáneas (protuberancias o pústulas) y otros síntomas como inflamación de los ganglios linfáticos y dolor articular y/o muscular. Las personas inmunodeprimidas podrían tener un mayor riesgo de padecer enfermedades más graves.

CamScanner

El 30 de enero de 2024, el Punto Focal Nacional del Reglamento Sanitario Internacional de Uruguay notificó a la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) un caso humano confirmado de encefalitis equina del Oeste. El caso, una persona de 42 años de una zona rural del departamento San José, es el primer caso humano de la enfermedad en Uruguay desde 2009.

El paciente inició síntomas en los primeros días de enero de 2024, refiriendo dolor de cabeza, fiebre, fotofobia y vómitos. Posteriormente presentó deterioro de la conciencia y los patrones de imagen médica fueron compatibles con encefalitis, requiriendo ingreso en cuidados intensivos por algunos días. Actualmente el paciente se ha recuperado y ha sido dado de alta.

Durante la evolución de la enfermedad del caso se realizó análisis de líquido cefalorraquídeo de acuerdo al protocolo e insumos disponibles en la región. La muestra fue procesada por el Laboratorio Nacional del Ministerio de Salud de Uruguay. Inicialmente se obtuvo un resultado negativo mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR). La evolución del paciente requirió varias punciones lumbares adicionales, que fueron analizadas para la detección de anticuerpos IgM específicos del virus de la encefalitis equina del Oeste, y el 30 de enero de 2024 se obtuvo un resultado positivo.

En cuanto a los antecedentes epidemiológicos, el individuo reside en una zona rural de un departamento del país con circulación viral de la encefalitis equina del Oeste conocida; este departamento tiene la mayor incidencia de casos confirmados en equinos del país. Según la investigación epidemiológica, el paciente no había tenido contacto directo con equinos.

Entre el 5 de diciembre de 2023 y el 30 de enero de 2024, el Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca de Uruguay confirmó 76 casos en equinos en 16 departamentos del país: Artigas, Canelones, Cerro Largo, Durazno, Flores, Lavalleja, Montevideo, Paysandú, Río Negro, Rivera, Rocha, Salto, San José, Soriano, Tacuarembó y Treinta y Tres. El departamento San José registró la mayor proporción de casos equinos, representando 30% de los confirmados en el país.

Respuesta de salud pública

Las autoridades sanitarias locales y nacionales han implementado medidas de salud pública basadas en las recomendaciones recientemente publicadas por la OPS/OMS, con un enfoque interinstitucional e integral entre salud animal, salud humana y salud ambiental (Una Salud). Esto incluye fortalecer la capacidad de detección, seguimiento y monitoreo de la confirmación de laboratorio de casos sospechosos; comunicación de riesgos con especial énfasis en medidas de prevención y control a nivel ambiental; control de vectores; y medidas de protección personal.

Evaluación de riesgos de la OMS

En humanos, el virus de la encefalitis equina del Oeste puede causar manifestaciones que van desde síntomas subclínicos o moderados hasta formas graves de meningitis y encefalitis asépticas. Las aves paseriformes son los principales huéspedes reservorios de los virus de la encefalitis equina del Este y de la encefalitis equina del Oeste; sin embargo, en América del

CamScanner

Sur, otros mamíferos, como roedores y murciélagos, pueden desempeñar un papel como reservorios importantes del virus, mientras que los equinos y los humanos sirven como huéspedes terminales.

La transmisión del virus de la encefalitis equina del Oeste se produce principalmente a través de la picadura de mosquitos infectados que actúan como vectores. Los principales vectores son mosquitos de los géneros *Culex*, *Culiseta* y *Aedes*. Estos vectores mantienen la circulación del virus en ciclos enzoóticos salvajes donde las aves actúan como reservorio primario. En el brote de encefalitis equina del Oeste ocurrido en Argentina en 1983, se describió a *Aedes albifasciatus* como un vector potencial de este virus. Los humanos y los equinos, que actúan como huéspedes terminales, no contribuyen a la transmisión continua del virus a los mosquitos. Las personas que trabajan al aire libre o participan en actividades al aire libre corren un mayor riesgo debido a la exposición a los mosquitos.

Los brotes de encefalitis equina del Oeste en humanos generalmente se presentan como casos aislados con síntomas moderados; la mayoría de las infecciones son asintomáticas. Las manifestaciones neurológicas incluyen meningitis, encefalitis o mielitis. Al igual que otras encefalitis por arbovirus, la encefalitis equina del Oeste se caracteriza por fiebre, alteración del estado mental, convulsiones o signos neurológicos focales, incluidos trastornos del movimiento. Se ha documentado que la mortalidad en humanos oscila entre 3% y 4%. No existe un tratamiento antiviral específico y las medidas de atención son de apoyo.

Consejos de la OMS

A continuación, se presenta un resumen de las principales recomendaciones de vigilancia, medidas de prevención y comunicación de riesgos.

- **Diagnóstico de laboratorio de encefalitis equina del Oeste en humanos**

  El diagnóstico de la infección por el virus de la encefalitis equina del Oeste requiere confirmación mediante técnicas de laboratorio, ya que la presentación clínica no es específica. Estos métodos de laboratorio incluyen los de diagnóstico virológico (directo) mediante amplificación de ácidos nucleicos o cultivo celular; y métodos serológicos (indirectos), destinados a detectar anticuerpos producidos contra el virus. Generalmente, las muestras para el diagnóstico incluyen suero y líquido cefalorraquídeo (LCR). El LCR sólo debe recolectarse en casos con síntomas neurológicos y por indicación clínica. No se debe utilizar una PCR en sangre negativa para descartar encefalitis equina del Oeste.

- **Vigilancia**

  En zonas de riesgo con reportes de brotes activos en animales, se recomienda fortalecer la búsqueda activa de casos humanos para síndromes neurológicos compatibles sin ningún otro diagnóstico definido, tomando en cuenta el período de incubación, el área geográfica y las condiciones ambientales.

- **Medidas de prevención**

  Las acciones preventivas que se enumeran a continuación deben organizarse en el marco de Una Salud, considerando la acción interinstitucional e integral entre salud animal, salud humana y ambiente.

- **Gestión del ambiente**

  Considerando la ecología y biología de los principales vectores del virus de la encefalitis equina del Oeste, la principal medida de prevención es el manejo ambiental, buscando re-

CamScanner

ducir el número de mosquitos y su contacto con equinos y humanos. Estas medidas incluyen:

- Llenar o drenar acumulaciones de agua, estanques o sitios de inundación temporal que puedan servir como sitios de oviposición y criaderos de larvas de mosquitos.
- Eliminación de malezas alrededor del local para reducir los sitios de descanso y refugio de mosquitos.
- Protección de los equinos refugiándolos en establos con mosquiteros, especialmente en los momentos en que los mosquitos están más activos.

Aunque los principales vectores no tienen hábitos interiores, es recomendable proteger las viviendas con mosquiteros en puertas y ventanas; de esta forma se previenen otros arbovirus.

Las medidas de control de vectores para encefalitis equina del Oeste deben considerarse dentro de un marco de gestión integrada de vectores. Es importante considerar que la decisión de realizar actividades de control de vectores con insecticidas depende de los datos de vigilancia entomológica y de las variables que pueden aumentar el riesgo de transmisión, incluidos los datos de resistencia a los insecticidas. La fumigación con insecticidas puede considerarse una medida adicional y, cuando sea técnicamente factible, en zonas de transmisión donde se detecten altas poblaciones de mosquitos. La metodología debe establecerse en base a la ecología y comportamiento de los vectores locales.

- **Vacunación en equinos**

  Hay vacunas disponibles para equinos. Es aconsejable alcanzar altas coberturas de vacunación entre los equinos susceptibles en zonas consideradas de riesgo y realizar refuerzos anuales de vacunación.

- **Medidas de protección personal**
  - Uso de ropa que cubra piernas y brazos.
  - Uso de repelentes que contengan DEET (N,N-Dietil-meta-toluamida), IR3535 o icaridina, que pueden aplicarse sobre la piel o la ropa expuesta y deben usarse estrictamente de acuerdo con las instrucciones de la etiqueta del producto.
  - Uso de mallas metálicas/mosquiteros en puertas y ventanas.
  - Uso de mosquiteros tratados con insecticida o sin insecticida para personas que duermen durante el día (p. ej., mujeres embarazadas, bebés, personas encamadas, personas mayores y trabajadores del turno de noche).
  - En situaciones de brote, se deben evitar las actividades al aire libre durante el período de mayor actividad de los mosquitos (amanecer y anochecer).

La OMS no recomienda ninguna medida específica para los viajeros. La OMS no recomienda ninguna restricción de viajes y/o comercio para Uruguay según la información disponible actualmente.

La encefalitis equina del Oeste es una rara enfermedad transmitida por mosquitos y causada por el virus del mismo nombre, que pertenece al género *Alphavirus* de la familia *Togaviridae*, al que también pertenecen los virus de la encefalitis equina del Este y de la encefalitis equina venezolana. Los principales huéspedes reservorios de los virus de la encefalitis equina del Este y de la encefalitis equina del Oeste son las aves paseriformes. En los seres humanos, el virus de la encefalitis equina del Oeste puede causar enfermedades que van desde síntomas subclínicos o moderados hasta formas graves de meningitis y encefalitis asépticas.

El virus tiene el potencial de propagarse mediante la migración de aves infectadas o incluso mediante el movimiento de personas y animales portadores del virus. Dado que las aves actúan como reservorio, pueden actuar como huéspedes amplificadores para la diseminación viral a otros países. Los grupos de riesgo incluyen personas que viven, trabajan o participan en actividades al aire libre en áreas endémicas o donde se declaran brotes activos de enfermedades en animales.

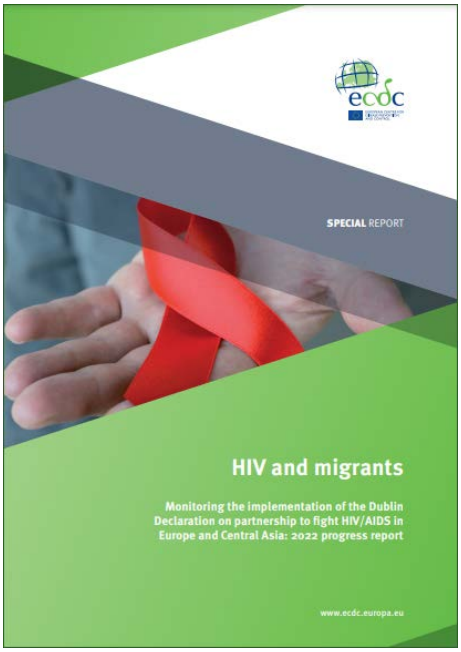
El virus de la encefalitis equina del Oeste circula principalmente en las regiones occidentales de Canadá y Estados Unidos y el Cono Sur de América del Sur. Desde fines de noviembre de 2023 se ha observado en Uruguay un número importante de focos equinos. El último caso humano de encefalitis equina del Oeste notificado en Uruguay ocurrió en 2009.

CamScanner

Europa

La respuesta al VIH deja atrás a las personas migrantes

28/11/2023



Muchos países europeos carecen de datos sobre la participación de las personas migrantes en la cascada de atención del VIH, lo que probablemente impida abordar cualquier barrera de acceso a dicha atención en esta población. Por otra parte, los nuevos diagnósticos de VIH están aumentando en la población de hombres que practican sexo con hombres (HSH) nacidos en el extranjero, en vez de disminuir. Asimismo, en muchos países las personas migrantes tienen un acceso limitado a la profilaxis preexposición frente al VIH. Estas son las principales conclusiones de un informe del Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) de 2023.

Las personas migrantes constituyen una población clave afectada por el VIH en Europa y Asia Central. La población migrante con el VIH en el Espacio Económico Europeo (EEE, que incluye a todos los países miembros de la Unión Europea, más Noruega, Islandia y Liechtenstein, pero no Suiza ni el Reino Unido), en particular las que se hallan en situación irregular, pueden experimentar estigmas intersectoriales relacionados con el hecho de tener el VIH y ser inmigrantes, así como una discriminación racial y cultural más importante. Aunque estos prejuicios pueden no ser uniformes en toda Europa y Asia Central, en general, establecen el contexto para las decisiones sobre la disponibilidad y el acceso a los servicios de tratamiento y prevención del VIH para la población migrante.

Con el objetivo de evaluar la situación de las personas migrantes con el VIH o en riesgo de adquirirlo, así como de identificar los esfuerzos que se están realizando en toda la región en materia de prevención del VIH en población migrante, el ECDC realizó un informe de los resultados de una encuesta efectuada entre febrero y marzo de 2022.

La encuesta incluía preguntas sobre la epidemia de VIH entre las personas migrantes, las actuales intervenciones nacionales de prevención, las políticas y los obstáculos a la respuesta de salud pública.

En el EEE, el 42% de los nuevos diagnósticos de VIH en 2021 correspondieron a personas nacidas en otro país, incluyendo 14% de nacidas en África Subsahariana, 11% en América Latina y el Caribe, 8% en otros países de Europa Central y Oriental y 3% en otros países de Europa Oc-

CamScanner

cidental. Tras la invasión rusa de Ucrania en 2022, el porcentaje de nuevos diagnósticos de VIH en personas migrantes ascendió a 52%. Las proporciones de diagnósticos de VIH en personas procedentes de otras partes del mundo apenas variaron de 2021 a 2022, pero la proporción en nacidos en Europa Central y Oriental aumentó de 8% a 23%.

La mayor parte de este incremento, aunque no todo, corresponde a personas nacidas en Ucrania. En 2021, sólo 1,2% de los nuevos diagnósticos de VIH en el EEE correspondían a personas nacidas en Ucrania, porcentaje que ascendió a 10,2% (o sea, 2.338 personas) en 2022. Esto ha afectado especialmente a países como Polonia, Estonia y Eslovaquia.

Pero las necesidades de prevención del VIH de las personas migrantes ya no estaban cubiertas desde mucho antes de la crisis de refugiados ucraniana, y en todo el continente. Si se observan los datos de 2012 a 2021, los nuevos diagnósticos de VIH en HSH que viven en su país de nacimiento se redujeron en 34%. En el mismo periodo de tiempo, los diagnósticos aumentaron en 36% en los HSH migrantes nacidos en el extranjero. Esta divergencia según el país de nacimiento no se observó en hombres y mujeres heterosexuales.

En la última década, numerosos estudios han demostrado que una proporción significativa de las personas migrantes recién diagnosticadas probablemente adquirieron el VIH en su país de acogida, y no en su país de nacimiento. Las fechas de infección se han estimado a partir de los recuentos de CD4 en el momento del diagnóstico, los historiales médicos y lo que dicen las personas sobre su conducta sexual antes y después de la migración.

Más recientemente, un estudio sobre HSH nacidos en el extranjero con el VIH en Francia concluyó que 62% adquirió el VIH después de trasladarse al país. Los hombres procedentes del norte de África y Asia tenían más probabilidades que los del resto del mundo de adquirir el VIH en Francia.

Esto subraya la necesidad de que los servicios de prevención del VIH sean accesibles a los migrantes en los países europeos, especialmente a los recién llegados, por hallarse en un periodo de mayor vulnerabilidad. Además, en vez de limitarse a analizar a las personas recién llegadas, los programas también deben proporcionar un acceso continuo a la prevención del VIH. Sin embargo, el ECDC informa de que de los 22 países de toda Europa que proporcionaron o financiaron la profilaxis preexposición frente al VIH (PrEP) a través de su sistema sanitario en 2022, sólo ocho pudieron compartir datos sobre el consumo específico por parte de los migrantes.

Reino Unido tenía el mayor número de usuarios de PrEP nacidos en el extranjero (4.641), pero esto representaba sólo 7,6% de los usuarios del tratamiento preventivo en el país. A Países Bajos les fue mucho mejor, con 3.306 usuarios de PrEP nacidos en el extranjero, lo que representa una tercera parte de los que toman las pastillas preventivas. Las cifras fueron mucho menores en Portugal (168), Chequia (89) y Chipre (4). Kirguistán, Moldavia y Ucrania no registraron ningún usuario de la PrEP nacido fuera del país, mientras que los programas de PrEP relativamente grandes de Francia, Alemania, España y Bélgica no realizaron un seguimiento del consumo por parte de las personas migrantes.

Del mismo modo, los expertos de sólo diez países pudieron indicar al ECDC que creían que más de 30% de las personas nacidas en el extranjero habían tenido acceso a los programas de distribución de preservativos, y 18 países informaron de ese nivel de cobertura para las pruebas de cribado de infecciones de transmisión sexual. Había más países de los que no se disponía de datos.

Casi ningún país realiza un seguimiento del progreso a través de la cascada de atención del VIH en función de la situación migratoria. De los 55 países que informaron al ECDC, sólo cua-

CamScanner

tro tenían datos sobre toda la cascada de atención del VIH, y otros siete países tenían datos sobre algunas etapas.

Reino Unido es uno de los países que dispone de datos y parece cumplir los objetivos de 95-95-95 del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida para las personas migrantes. Se calcula que 96% de los migrantes con el VIH han sido diagnosticados, 99% de los diagnosticados están en tratamiento y 97% de los que están en tratamiento tienen carga viral indetectable. Por el contrario, Chequia tiene un verdadero problema con la infección no diagnosticada, pero obtiene mejores resultados en el acceso al tratamiento: sus resultados son 65-91-98. La vecina Austria parece tener dificultades para mantener la supresión viral, con unos resultados de 94-90-67.

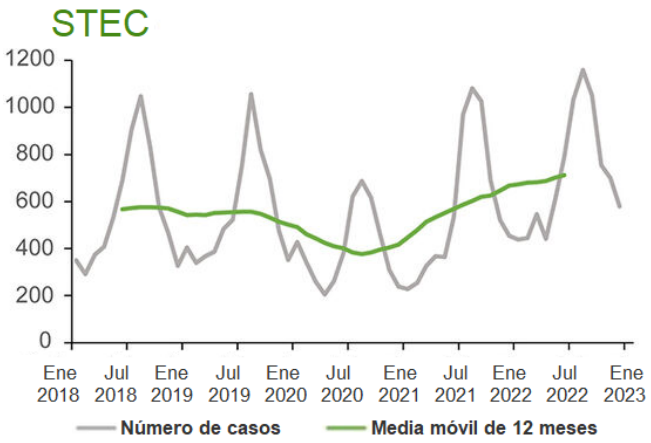
El ECDC concluye que el acceso universal a los servicios de prevención, pruebas y tratamiento del VIH es fundamental para acabar con las nuevas transmisiones de aquí a 2030. Recomienda mejorar los datos y el seguimiento, la prevención y los servicios médicos accesibles a las personas migrantes recién llegadas, a las que llevan tiempo en el país y a las que se encuentran indocumentadas; realizar campañas específicas y reflexionar sobre cómo las actitudes generales y la legislación en torno a la población migrante pueden influir en su disposición a buscar atención médica.

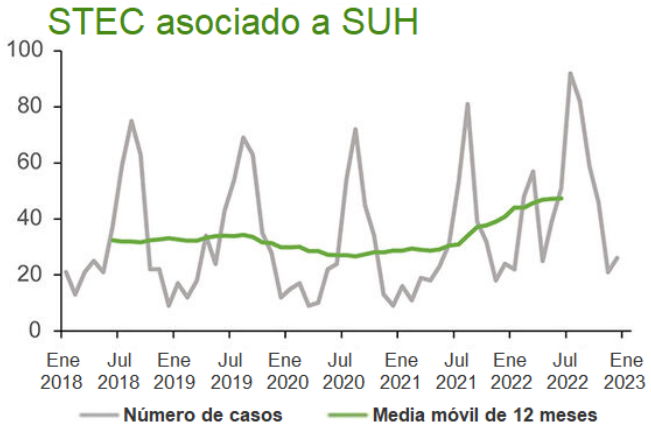
CamScanner

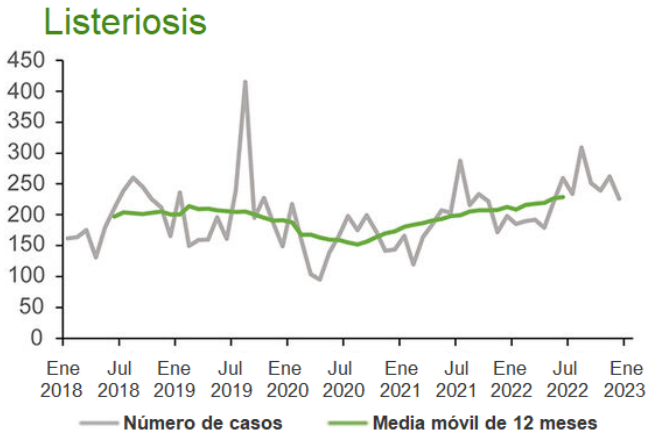
Las infecciones transmitidas por alimentos, listeriosis y *Escherichia coli* shigatoxigénica (STEC) están aumentando en la Unión Europea/Espacio Económico Europeo (UE/EEE) y en 2022 se encontraban en niveles más altos que antes de la pandemia de covid. Ambas enfermedades pueden causar síntomas graves, donde la listeriosis puede provocar meningitis, sepsis o, en mujeres embarazadas, aborto espontáneo, mientras que la STEC puede causar insuficiencia renal, a menudo en niños afectados. No se observó ningún aumento en el caso de la salmonelosis y la campilobacteriosis, que suelen causar anualmente el mayor número de casos de enfermedades transmitidas por los alimentos y el agua.

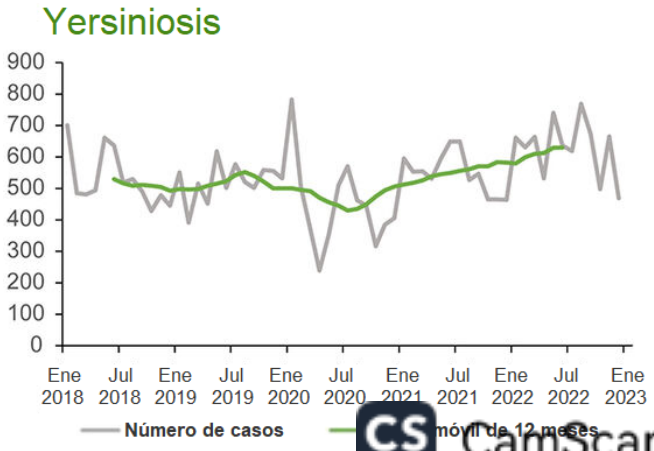
Los informes cubren las enfermedades que causan el mayor número de infecciones transmitidas por alimentos y agua en la (UE/EEE): campilobacteriosis, salmonelosis, yersiniosis, infección por *Escherichia coli* shigatoxigénica (STEC), listeriosis, shigelosis y hepatitis A.

En la UE/EEE, las tasas de notificación de listeriosis y yersiniosis en 2022 fueron las más altas en más de 10 años. Se observó un patrón similar para las infecciones por STEC y los casos de síndrome urémico hemolítico (SUH) asociado a STEC, donde solo se informaron tasas más altas en 2011, cuando se produjo en Europa un gran brote de STEC en varios países vinculado a brotes frescos. En el caso de la listeriosis, una posible explicación de la tendencia creciente es el aumento relativo de la población de edad avanzada, que tiene un alto riesgo de sufrir una enfermedad grave. Además, es importante considerar que las personas inmunocomprometidas tienen una mayor susceptibilidad en comparación con los adultos sanos. El au-









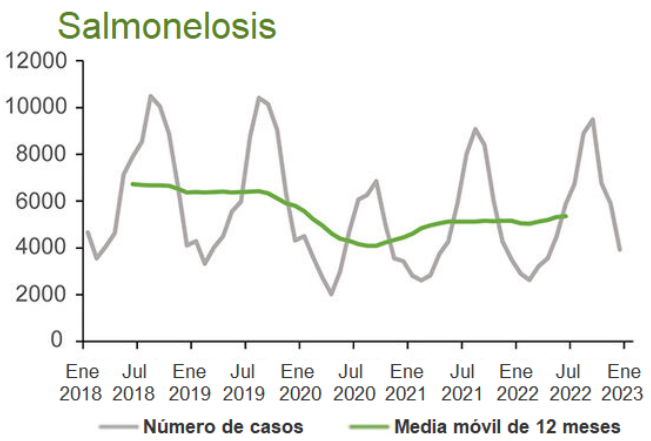
CamScanner

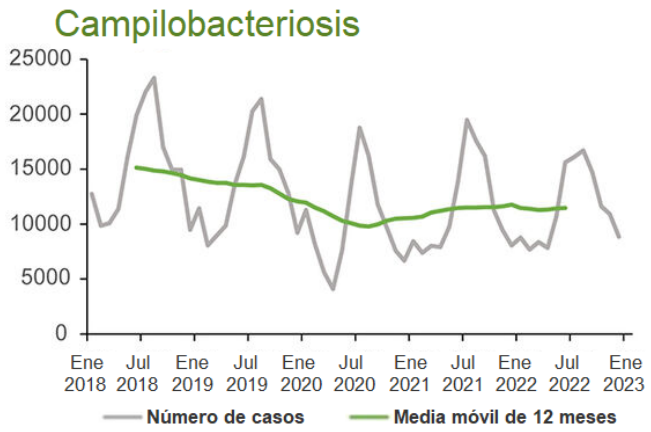
mento de infecciones por STEC se debe en parte a un cambio en los métodos de diagnóstico hacia métodos genéticos más sensibles que pueden detectar la bacteria más fácilmente, lo que da como resultado que se diagnostiquen más casos.

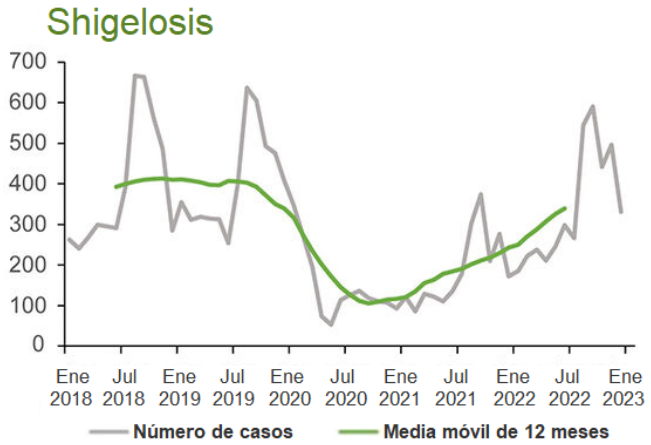
En 2022, se notificaron casos de cepas de *Shigella* extremadamente resistentes a los medicamentos que estaban relacionados principalmente con hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Esto pone de relieve la necesidad de una colaboración eficaz entre las competencias clínicas y de salud pública en los campos de las infecciones de transmisión sexual, la resistencia a los antimicrobianos y las enfermedades transmitidas por los alimentos y el agua para que los grupos de riesgo estén informados. El mayor brote de shigelosis en 2022 probablemente se transmitió por los alimentos y, a diferencia de los brotes asociados con HSH, la cepa del brote no fue extremadamente resistente a los medicamentos.

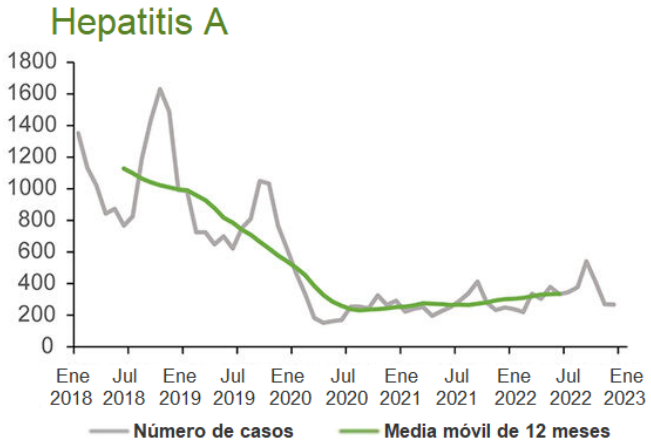
En el caso de la campilobacteriosis, se observaron tendencias decrecientes en la resistencia a los macrólidos en un tercio de los países que informaron, particularmente visibles en *Campylobacter coli*. Esta es una noticia positiva ya que los macrólidos se están volviendo más importantes para el tratamiento de infecciones graves transmitidas por alimentos en humanos cuando la resistencia a las fluoroquinolonas está aumentando tanto en *Salmonella* como en *Campylobacter*. Una posible explicación de la disminución de la resistencia a los macrólidos es el uso reducido de esta clase de antimicrobianos en medicina veterinaria.

Los casos de salmonelosis, campilobacteriosis y shigelosis todavía están muy por debajo de las cifras anteriores a la pandemia. Una posible explicación podría ser un cambio en el comportamiento de las personas después de la pandemia, como trabajar desde casa, salir a comer con menos frecuencia y reducir los viajes.









Además, en los últimos cinco años es evidente una fuerte disminución en el número de casos de hepatitis A en la UE/EEE. Los factores que contribuyen a esto pueden incluir medidas pre-

CamScanner

ventivas como una buena higiene de manos y una mayor aceptación de la vacuna entre los grupos en riesgo, así como una mayor conciencia sobre la transmisión de la hepatitis A. El aumento de la inmunidad natural en los grupos en riesgo luego de un gran brote de hepatitis A en varios países que afectó principalmente a HSH en 2016-2018 también puede ser un factor contribuyente.

CamScanner

El 24 de enero de 2024, el Ministerio de Salud de Kenya emitió una alerta por fiebre del Valle del Rift tras la confirmación mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) en el laboratorio de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) en Nairobi de un caso humano en el condado de Marsabit. El caso confirmado es una mujer de 38 años residente en la locación de Shuur, distrito de Turbi, subcondado de Saku, condado de Marsabit. Se presentó en el Departamento de Pacientes Ambulatorios del Hospital de Referencia del Condado de Marsabit (MCRH) y fue identificada mediante la vigilancia de enfermedades febriles agudas apoyada por los CDC de Estados Unidos.

El síntoma principal en este caso índice fue fiebre de 38,7°C y no se observaron otros signos clínicos. La paciente no presentaba condiciones de salud subyacentes. Este caso confirmado se encontraba entre 13 casos sospechosos de fiebre del Valle del Rift notificados por el MCRH del 9 al 19 de enero de 2024, de los cuales se recogieron 13 muestras de sangre y se enviaron al laboratorio de los CDC en Nairobi para su análisis, y una de las 13 muestras analizadas (7,7%) resultó positiva para el virus de la fiebre del Valle del Rift.

Las recientes muertes de animales en los condados de Marsabit y Wajir respalda aún más la posibilidad de que estuviera ocurriendo un brote en estas áreas antes de la confirmación del caso humano. Además, entre diciembre de 2023 y el 19 de enero de 2024 se han notificado casos sospechosos de fiebre del Valle del Rift en ganado en los condados de Mandera, Wajir, Garissa, Marsabit y Tana River. El Departamento de Servicios Veterinarios también ha informado de pruebas serológicas de anticuerpos IgG e IgM en ganado de los condados de Garissa, Mandera, Marsabit, Tana River y Wajir.

En diciembre de 2023, la vigilancia de rutina de la fiebre del Valle del Rift dio lugar a la recolección de 275 muestras de animales que se enviaron para su análisis en el Laboratorio Veterinario Regional. De las 275 muestras analizadas, 52 fueron positivas para IgG y una muestra para IgM, lo que significa infección activa dentro de la población animal.

Acciones de salud pública

- El Ministerio de Salud emitió una alerta de fiebre del Valle del Rift a todos los directores de salud de los condados destacando la importancia de la detección temprana, la confirmación de laboratorio y el manejo de los casos sospechosos.
- Los Centros de Operaciones de Emergencia nacionales y de condado se han activado con un Sistema de Gestión de Incidentes funcional que ha desplegado equipos de respuesta rápida para realizar una evaluación rápida del brote en Marsabit y Wajir.
- El gobierno nacional está trabajando estrechamente con los gobiernos de los condados afectados con el apoyo financiero y técnico de varios socios y de la OMS para responder eficazmente al brote.
- Los departamentos de salud de los condados han comenzado a responder al brote identificando brechas críticas y potencialmente mortales, activando mecanismos de coordinación multisectorial de salud y revisando las intervenciones de respuesta.

CamScanner

- Se están llevando a cabo actividades de sensibilización para la comunidad y los criadores de animales sobre la fiebre del Valle del Rift.

Interpretación de la situación

La fiebre del valle del Rift es endémica en Kenya y se han informado brotes recurrentes en animales y humanos. Los principales brotes en humanos que experimentó el país se produjeron en 1997, con alrededor de 89.000 infecciones humanas y 170 muertes humanas registradas en el condado de Garissa y el sur de Somalia. Al igual que otros brotes de fiebre del Valle del Rift notificados en África, los factores de exposición a la enfermedad frecuentemente identificados incluyen, entre otros, la profesión de criador de ganado, la no utilización de mosquiteros, el contacto o la manipulación de tejidos de animales sospechosos y el estilo de vida de trashumancia. Para el brote actual, el aumento del comercio de ganado debido a la temporada festiva o como adaptación a los peligros climáticos o las inundaciones puede tener el potencial de introducir infecciones en rebaños de animales naïves o sanos. Respecto al brote actual, también se informa sobre el escaso conocimiento y la falta de conciencia sobre las causas, la transmisión, los síntomas clínicos y el manejo de la fiebre del Valle del Rift a nivel comunitario. Se necesitan recursos adicionales para ampliar las actividades de respuesta.

CamScanner

El brote de dengue en Mali continúa. Desde el 12 de noviembre de 2023, se han notificado 2.771 nuevos casos sospechosos, incluidas 28 nuevas muertes, y 479 casos adicionales confirmados por laboratorio. Durante la semana epidemiológica (SE) 2 de 2024, se notificaron 149 casos sospechosos, sin muertes, y 18 casos confirmados por laboratorio. Hubo una disminución de 8,6% y de 52,6%, respectivamente, en el número de casos sospechosos y confirmados notificados en la SE 2 en comparación con la SE anterior, cuando se notificaron 163 casos sospechosos, sin muertes, y 38 casos confirmados por laboratorio.

Desde el 9 de septiembre de 2023, cuando se confirmó el primer caso, hasta el 14 de enero de 2024, se notificó un total acumulado de 5.681 casos sospechosos, incluidos 864 confirmados por laboratorio y 34 muertes (tasa de letalidad de 0,6%). Se realizó la serotipificación en 31 muestras, y se identificaron los serotipos DENV-1 y DENV-3 en 10 y 18 muestras, respectivamente, mientras que se informó evidencia de coinfección por DENV1+3 en tres muestras.

Veinte de los 75 distritos sanitarios de seis regiones (Bamako, Kayes, Koulikouro, Mopti, Ségou y Sikasso) han notificado casos confirmados, la mayoría de ellos en la ciudad de Bamako (714 casos; 82,6%). La edad media de los casos confirmados es de 37,42 ± 18,23 años, siendo el grupo de edad más afectado el de 25-29 años (120; 13,9%). La mayoría de los casos confirmados son hombres (466; 53,9%).

Mali también se enfrenta a un brote simultáneo del virus Zika, con un total de 22 casos confirmados y ninguna muerte reportada hasta el 14 de enero de 2024, en los distritos de Koulikoro, Sikasso y Bamako.

Acciones de salud pública

Se siguen celebrando reuniones semanales de coordinación bajo la dirección del Ministerio de Salud, con el apoyo y la participación activa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros asociados.

Se han enviado a los distritos afectados equipos multidisciplinarios compuestos por epidemiólogos, entomólogos, técnicos de laboratorio y otros profesionales para realizar investigaciones epidemiológicas y entomológicas y la búsqueda activa de casos; también se ha reforzado la vigilancia epidemiológica en los puntos de ingreso.

Está en curso la sensibilización comunitaria sobre las medidas preventivas del dengue.

En las zonas afectadas se realizan eliminación de criaderos, fumigación en lugares públicos y fumigación interior.

Se están realizando pruebas de reacción en cadena de la polimerasa en laboratorios de referencia en Mali: el Instituto Nacional de Salud Pública, el Centro Universitario de Investigaciones Clínicas, el Laboratorio de Biología Molecular Aplicada y el Centro 'Charles Mérieux' de Enfermedades Infecciosas.

CamScanner

Con el apoyo de los socios (OMS, Médicos Sin Fronteras, etc.), se está realizando la adquisición de equipos y suministros para la gestión de casos, laboratorio y control de vectores: desde principios de 2024 se han recibido 5.000 pruebas de diagnóstico rápido del dengue, 250 tubos de EDTA, 120 pulverizadores, 50 máquinas de fumigación, 6.006 sobres de fosfato de zinc y 94.995 botellas de diclofort, entre otros artículos.

Interpretación de la situación

Mali es uno de los 15 países de la Región Africana de la OMS que actualmente se ven afectados por el brote multinacional de dengue. Estos brotes resaltan la necesidad de fortalecer los esfuerzos para la prevención y preparación ante el dengue en la Región, incluida la colaboración transfronteriza entre los países afectados. El brote de dengue en Mali se produce en el contexto de una crisis humanitaria prolongada que está agotando los recursos humanos, materiales y financieros disponibles para responder a otras emergencias. Aunque el Ministerio de Salud de Mali, con el apoyo de sus socios, está trabajando incansablemente para controlar el brote, es necesario realizar más esfuerzos para movilizar fondos para implementar adecuadamente las actividades de respuesta requeridas: vigilancia epidemiológica y entomológica, comunicación de riesgos y movilización comunitaria, distribución de mosquiteros tratados con insecticida.

CamScanner

LAS ENFERMEDADES ARRASAN LOS CAMPOS DE REFUGIADOS DE GAZA

07/02/2024

Los funcionarios de salud en Gaza están cada vez más preocupados por la propagación de enfermedades entre las comunidades desplazadas en el enclave asediado.

Los médicos han informado de cientos de miles de casos de hepatitis A, dijo un alto representante de la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como brotes generalizados de diarrea y otras enfermedades comunes entre los niños.

Los campos para desplazados en la Franja de Gaza están empapados de agua de lluvia.

El director regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental, Ahmed Al-Mandhari, dijo que era "necesario abrir todos los cruces y enviar enormes hospitales de campaña lo antes posible" mientras los médicos luchan contra la escasez de antibióticos y otros medicamentos.

Khalil Al-Dakran, portavoz del Hospital de los Mártires de Al-Aqsa en Gaza, dijo: "Todos los días esperamos que se propague una nueva epidemia".

Alrededor de 1,9 millones de personas –85% de la población total– han sido desplazadas desde que la Franja de Gaza fue bombardeada por Israel en octubre del año pasado.

Muchos de los desplazados han buscado refugio en refugios proporcionados por la Agencia de Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en Cercano Oriente (UNRWA).

Sin embargo, "las zonas que albergan a los desplazados se están superpoblando y carecen de agua potable, alimentos y electricidad, lo que aumenta el riesgo de que se propaguen epidemias peligrosas", explicó Al-Dakran.

En enero, el director general de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, dijo que se habían confirmado 24 casos de hepatitis A, mientras que "varios miles" padecían ictericia, probablemente relacionada con la enfermedad.

"Los médicos en Gaza creen ahora que hay alrededor de 7.500 casos de hepatitis A", dijo Al-Mandhari.

Agregó que los médicos habían informado a la OMS que alrededor de 224.000 personas en las zonas que albergaban a los desplazados presentaban infecciones del tracto respiratorio superior. Se informó que alrededor de 159.000 tenían diarrea (aproximadamente la mitad de ellos niños menores de cinco años), mientras que alrededor de 69.000 tenían piojos y sarna y 66.000 varicela.

Tedros atribuyó la alta prevalencia de la hepatitis A en Gaza a condiciones "inhumanas", incluida "la ausencia de agua potable y letrinas" y dijo que había una capacidad limitada para responder a la enfermedad.

Al-Dakran dijo que la falta de laboratorios y herramientas de diagnóstico hacía extremadamente difícil la detección y exacerbaba la situación de salud.

CamScanner

”Los médicos diagnostican a los pacientes al azar, los pacientes se mezclan con personas sanas sin la menor restricción y con internet y comunicaciones cortadas es difícil orientar al público”, explicó.

El movimiento dentro de los campamentos se ve dificultado por los charcos de agua que dejan las fuertes lluvias.

“No hay agua potable”

“Las plantas de tratamiento de aguas residuales quedaron fuera de servicio debido a cortes de energía, lo que provocó el desbordamiento de aguas residuales entre las tiendas, y los desplazados tuvieron que depender del agua de mar para lavarse”, añadió Al-Dakran.

“Los habitantes de Gaza tienen que depender del agua de pozo sin tratar, que transportan en ollas no esterilizadas, y no pueden hervirla debido a la falta de combustible”, dijo.

“No hay agua potable”, recalcó.

Un informe del Monitor Euromediterráneo de Derechos Humanos, publicado en enero, concluyó que la población de Gaza y el norte de Palestina se enfrentaba a una escasez catastrófica de agua potable, después de que Israel cortara el suministro de agua, bombardeara pozos y bloqueara el suministro de combustible, necesario para operar plantas de conversión y distribución de agua.

“Sólo hay ocho litros de agua disponibles por persona al día, en comparación con los 100 litros antes de la crisis actual, y esta proporción se reduce a 1,6 litros en los refugios”, dijo Al-Mandhari, citando estimaciones de la UNRWA.

El Monitor observó que muchos padres hierven agua en fuegos de leña en un intento de esterilizarla y hacerla potable, especialmente después de la aparición de enfermedades, incluidos casos frecuentes de cólicos y diarrea entre los niños.

Al-Dakran dijo que la fórmula infantil, la única fuente de nutrición para los bebés en ausencia de los alimentos y el agua necesarios para producir leche materna, no está disponible para comprar. Cuando las familias tienen suministros, se preparan con agua sucia, lo que también puede provocar enfermedades.

La preocupación por las enfermedades infecciosas y transmitidas por el agua, como el cólera y la diarrea crónica, es particularmente alta.

Sin embargo, Al-Dakran también destacó la propagación de enfermedades como gastroenteritis, meningitis e infecciones respiratorias. “Es difícil combatir estas enfermedades debido a la falta de antibióticos y medicamentos, lo que ha provocado la muerte de un gran número de pacientes”, afirmó.

Además de la hepatitis A, Al-Mandhari advirtió que es probable que se produzcan más epidemias como resultado de la falta de agua potable y de una nutrición adecuada, además de la incapacidad de diagnosticar enfermedades y prevenir su propagación.

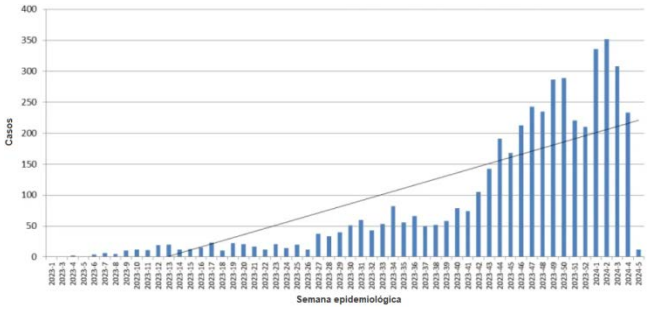
CamScanner

SE REGISTRARON 1.737 CASOS DE SARAMPIÓN EN EL ÚLTIMO MES

10/02/2024

El Ministerio de Salud de Rumania informó 1.737 nuevos casos de sarampión en el último mes, al pasar de 2.942 el 9 de enero a 4.679 el 6 de febrero; en el mismo periodo se registraron seis muertes.

Los 4.679 casos confirmados de sarampión se notificaron en 39 condados y en la ciudad de București desde comienzos de 2023.



Casos confirmados de sarampión. Rumania. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 5 de 2024.

La incidencia más alta se registra en los condados de Braşov (173,15 casos cada 100.000 habitantes) y Mureş (167,87 casos cada 100.000 habitantes).

El 5 de diciembre de 2023, el Ministerio de Salud declaró una epidemia de sarampión a nivel nacional cuando se notificaron casi 2.000 casos.

El objetivo de la declaratoria de emergencia era posibilitar la vacunación de niños de entre 9 y 11 meses, así como la recuperación de aquellos no vacunados o con esquema de vacunación incompleto.

La gran mayoría de los casos corresponde a personas no vacunadas (85,6%). Los niños menores de 9 años representan 71,4% del total de casos, incluidos 615 niños menores de un año (13,1%).

Además, el Ministerio de Salud inició una campaña de información a los padres, junto con los médicos de familia, para una mejor adherencia al programa de vacunación.

A nivel nacional, la cobertura de vacunación con primera dosis es de 78%, y con segunda dosis, de 62% de los niños elegibles, observándose una tendencia a la baja desde hace más de 10 años.

CamScanner

El Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó las últimas estimaciones de la carga mundial de esta enfermedad. La OMS también publicó los resultados de una encuesta realizada en 115 países, que muestran que la mayoría de ellos no financian adecuadamente los servicios prioritarios de atención oncológica y cuidados paliativos como parte de la cobertura sanitaria universal.

Las estimaciones del CIIC, basadas en las mejores fuentes de datos disponibles en los países en 2022, ponen de relieve la creciente carga de cáncer, el impacto desproporcionado en las poblaciones desatendidas y la urgente necesidad de abordar las inequidades con respecto al cáncer en todo el mundo.

Se calcula que en 2022 hubo 20 millones de nuevos casos de cáncer y 9,7 millones de muertes. El número estimado de personas que estaban vivas a los 5 años siguientes a un diagnóstico de cáncer era de 53,5 millones. Alrededor de una de cada cinco personas desarrollará cáncer a lo largo de su vida; aproximadamente uno de cada nueve hombres y una de cada 12 mujeres mueren a causa de la enfermedad.

La encuesta mundial de la OMS sobre cobertura sanitaria universal y cáncer muestra que solo 39% de los países participantes cubrían los aspectos básicos del manejo del cáncer como parte de sus servicios de salud básicos financiados para todos los ciudadanos, es decir, los "paquetes de prestaciones de salud". Solo 28% de los países participantes cubrían además la atención a las personas que necesitan cuidados paliativos, incluido el alivio del dolor en general y no solo el relacionado con el cáncer.

Tres principales tipos de cáncer en 2022: de pulmón, de mama y colorrectal

Según las nuevas estimaciones disponibles en el Observatorio Mundial del Cáncer del CIIC, 10 tipos de cáncer representaron en conjunto alrededor de dos tercios de los nuevos casos y muertes en todo el mundo en 2022. Los datos abarcan 185 países y 36 tipos de cáncer.

El cáncer de pulmón fue el más frecuente en todo el mundo con 2,5 millones de nuevos casos, lo que representa 12,4% del total de nuevos casos. El cáncer de mama femenino ocupó el segundo lugar (2,3 millones de casos; 11,6%), seguido del cáncer colorrectal (1,9 millones de casos; 9,6%), el cáncer de próstata (1,5 millones de casos; 7,3%) y el cáncer de estómago (970.000 casos; 4,9%).

El cáncer de pulmón fue la principal causa de muerte por cáncer (1,8 millones de muertes, que representan 18,7% del total de muertes por cáncer), seguido del cáncer colorrectal (900.000 muertes; 9,3%), el cáncer de hígado (760.000 muertes; 7,8%), el cáncer de mama (670.000 muertes; 6,9%) y el cáncer de estómago (660.000 muertes; 6,8%). La reaparición del cáncer de

CamScanner

pulmón como el tipo más frecuente de esta enfermedad está probablemente relacionada con la persistencia del consumo de tabaco en Asia.

Hubo algunas diferencias por sexo en la incidencia y mortalidad con respecto al total mundial para ambos sexos. En las mujeres, el cáncer más frecuentemente diagnosticado y la principal causa de muerte por cáncer fue el de mama, mientras que en los hombres fue el de pulmón. El cáncer de mama fue el cáncer más frecuente en las mujeres en la gran mayoría de los países (157 de 185).

En los hombres, los cánceres de próstata y colorrectal fueron el segundo y tercer tipo de cáncer más frecuentes, mientras que los de hígado y colorrectal fueron la segunda y tercera causas más frecuentes de muerte por cáncer. En las mujeres, el cáncer de pulmón y el colorrectal ocuparon el segundo y tercer lugar tanto en número de nuevos casos como de muertes.

El cáncer de cuello uterino fue el octavo cáncer más frecuente en todo el mundo y la novena causa de muerte por cáncer, con 661.044 nuevos casos y 348.186 muertes. Es el cáncer más frecuente entre las mujeres en 25 países, muchos de los cuales se encuentran en África Subsahariana. Aun reconociendo los distintos niveles de incidencia, el cáncer de cuello uterino puede eliminarse como problema de salud pública mediante la ampliación de la Iniciativa de la OMS para la Eliminación del Cáncer de Cuello Uterino.

La inequidad con respecto al cáncer según el índice de desarrollo humano

Las estimaciones mundiales revelan inequidades sorprendentes en cuanto a la carga de cáncer según el grado de desarrollo humano. Esto es especialmente cierto en el caso del cáncer de mama. En los países con un índice de desarrollo humano (IDH) muy alto, una de cada 12 mujeres será diagnosticada de cáncer de mama a lo largo de su vida y una de cada 71 morirá de esta enfermedad. En cambio, en los países con un IDH bajo, mientras que solo una de cada 27 mujeres será diagnosticada de cáncer de mama a lo largo de su vida, una de cada 48 morirá por esta causa.

“Las mujeres de los países con un IDH bajo tienen 50% menos probabilidades de que se les diagnostique un cáncer de mama que las de los países con un IDH alto, y sin embargo corren un riesgo mucho mayor de morir de esta enfermedad debido a un diagnóstico tardío y a un acceso inadecuado a un tratamiento de calidad,” explicó la Dra. Isabelle Soerjomataram, Jefa Adjunta de la Subdivisión de Vigilancia del Cáncer del CIIC.

La encuesta mundial de la OMS sobre paquetes de prestaciones de salud también reveló importantes inequidades mundiales en los servicios oncológicos. Según los datos disponibles, los servicios relacionados con el cáncer de pulmón tenían entre 4 y 7 veces más probabilidades de estar incluidos en un paquete de prestaciones de salud en un país de ingreso alto que en uno de ingreso bajo. Por término medio, la probabilidad de que los servicios de radioterapia estuvieran incluidos en un paquete de prestaciones de salud era cuatro veces mayor en un país de ingreso alto que en uno de ingreso bajo. La mayor disparidad respecto de cualquier servicio se daba en el trasplante de células madre, que tenía 12 veces más probabilidades de estar incluido en un paquete de prestaciones de salud en un país de ingreso alto que en uno de ingreso bajo.

“La nueva encuesta mundial de la OMS arroja luz sobre las grandes inequidades y la falta de protección financiera contra el cáncer en todo el mundo, ya que hay poblaciones, especialmente en los países de menores ingresos, que no pueden acceder a los cuidados básicos para el cáncer,” dijo la Dra. Bente Mikkelsen, Directora del Departamento de Enfermedades No Transmisibles de la OMS. “La OMS, en particular a través de sus iniciativas contra el cáncer,

CamScanner

está trabajando intensamente con más de 75 gobiernos para elaborar, financiar y aplicar políticas que promuevan la atención oncológica para todos. Para ampliar esta labor, se necesitan urgentemente grandes inversiones para hacer frente a las inequidades mundiales respecto de los resultados relativos al cáncer".

Aumento previsto de la carga de cáncer en 2050

Se prevén más de 35 millones de nuevos casos de cáncer en 2050, lo que supone un aumento de 77% con respecto a los 20 millones de casos estimados en 2022. El rápido crecimiento de la carga mundial de cáncer refleja tanto el envejecimiento como el crecimiento de la población, así como los cambios en la exposición de las personas a los factores de riesgo, varios de los cuales están asociados al desarrollo socioeconómico. El tabaco, el alcohol y la obesidad son factores clave del aumento de la incidencia del cáncer, mientras que la contaminación del aire sigue siendo uno de los principales factores de riesgo ambientales.

En cuanto a la carga absoluta, se espera que los países con un IDH alto experimenten el mayor aumento absoluto de la incidencia, con 4,8 millones de nuevos casos previstos en 2050 en comparación con las estimaciones de 2022. Sin embargo, el aumento proporcional de la incidencia es más llamativo en los países con un IDH bajo (aumento de 142%) y un IDH medio (99%). Asimismo, se prevé que la mortalidad por cáncer en estos países casi se duplique en 2050.

"El impacto de este aumento no se notará de manera uniforme en los países debido a los distintos niveles de IDH. Aquellos que dispongan de menos recursos para gestionar su carga de cáncer serán los más afectados," afirmó el Dr. Freddie Bray, Jefe de la Subdivisión de Vigilancia del Cáncer del CIIC.

"A pesar de los avances logrados en la detección precoz del cáncer y en el tratamiento y la atención a los pacientes, existen disparidades significativas en los resultados del tratamiento del cáncer no solo entre las regiones de ingreso alto y las de ingreso bajo del mundo, sino también dentro de cada país. El lugar en el que vive una persona no debería ser determinante. Existen herramientas que permiten a los gobiernos dar prioridad a la atención oncológica y garantizar que todo el mundo tenga acceso a servicios asequibles y de calidad. No se trata solo de una cuestión de recursos, sino de voluntad política," afirmó el Dr. Cary Adams, Director de la Union for International Cancer Control (UICC).

CamScanner

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.

CamScanner