ISSN 2796-7050

Reporte Epidemiológico de Córdoba

6 DE MARZO
2024
REC 2.783

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de dengue
- Neuquén: Caso de hantavirosis en San Martín de los Andes

AMÉRICA

- Brasil: Rio de Janeiro confirma el primer caso de fiebre de Oropouche
- Chile: Confirmaron en Coquimbo un brote de infecciones por *Vibrio parahaemolyticus*
- Estados Unidos: Un puré de manzana contaminado con plomo no fue detectado por el sistema de seguridad alimentaria
- Estados Unidos: Los casos de sarampión en 2024 ya superan el 70% de los registrados en todo el año pasado
- Uruguay: Primeros casos autóctonos de dengue

EL MUNDO

- Chequia: El número de casos de tos convulsa es mayor que en los últimos cuatro años juntos
- Europa: Se necesitan esfuerzos continuos para combatir la resistencia a los antimicrobianos en humanos y animales
- Francia: El único caso de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob que registró Europa en 2021
- Palestina: Hay un millón de casos de enfermedades infecciosas en Gaza
- República Democrática del Congo: Grandes avances en la lucha contra la tripanosomosis humana africana
- República Democrática del Congo: Situación epidemiológica de la peste en la provincia de Ituri
- Sudán del Sur: Declaran un brote de hepatitis E en el estado de Warrap

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.

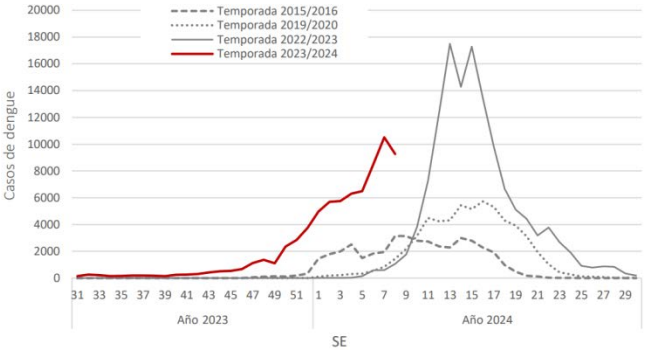
Argentina

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL
DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

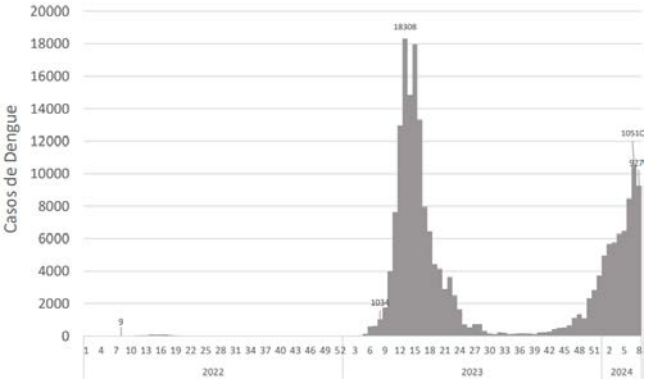
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE DENGUE

02/03/2024

Entre la semana epidemiológica (SE) 31 de 2023 y la SE 8 de 2024, se registraron en Argentina 74.555 casos de dengue, de los cuales 68.369 son autóctonos, 2.977 son importados y 3.209 se encuentran en investigación, resultando en una incidencia acumulada de 158 casos cada 100.000 habitantes. En el mismo período, 146 casos fueron clasificados como dengue grave (0, 19%) y hubo 47 casos fallecidos. En la actualidad, 18 jurisdicciones presentan circulación viral notificada en su territorio.



Casos totales por semana epidemiológica en temporadas epidémicas. Argentina. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Casos totales por semana epidemiológica. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2022 a 8 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Se destaca la persistencia de casos durante todo el período analizado de la temporada 2023/2024 –incluyendo la época invernal– y el aumento sostenido del número de casos a partir de la semana epidemiológica (SE) 40, lo que representa un adelantamiento del aumento estacional respecto de temporadas previas. Desde la SE 1 de 2024, el aumento de los casos aportadas por la región Centro y desde la SE 4 en la región Noroeste Argentino (NOA), mientras el aporte de la región Noreste Argentino (NEA) –que había sido casi exclusivo hasta la SE 45– disminuye paulatinamente desde comienzos de 2024.

En 2024, hasta la SE 8, se notificaron 57.461 casos, lo que representa 77% de los 74.555 casos registrados en la temporada hasta el momento. Este número de casos es 2.153% superior a lo notificado para el mismo periodo en 2023, cuando se registraron 2.550. Asimismo, en la SE 8 se han registrado hasta el momento 9.273 casos, casi nueve veces lo registrado en la misma SE del año previo (1.034 casos). El mayor número de casos registrados en esta temporada hasta el momento fue en la SE 7 de 2024, con 10.510 casos notificados.

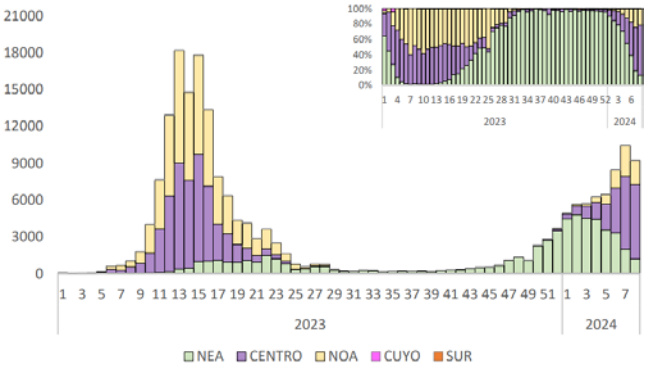
En 2024, hasta la SE 8, se registra una disminución paulatina del número de casos que aporta el NEA y un aumento igualmente paulatino en el número de casos de la región Centro (desde la SE 1) y NOA (desde la SE 2). Mientras que las regiones de NOA y Centro presentan un comportamiento epidémico estacional –con interrupción de la transmisión en la época invernal y

aumento durante la época estival–, en la región del NEA se observa un comportamiento endemo-epidémico, con transmisión durante todas las semanas del año y aumento durante el otoño y primavera de 2023 y verano 2023/2024.

Provincia/Región	Temporada 2023/2024 (SE 31 a SE 8)			Año 2024 (SE 1 a SE 8)		
	Confirmados totales	Confirmados por laboratorio	Notificaciones totales	Confirmados totales	Confirmados por laboratorio	Notificaciones totales
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	2.046	2.031	6.387	2.000	1.985	5.764
Buenos Aires	7.738	5.739	17.790	7.504	5.512	16.479
Córdoba	2.755	2.536	9.976	2.669	2.454	8.737
Entre Ríos	949	713	2.284	928	693	2.005
Santa Fe	8.362	5.113	14.613	8.227	4.979	13.373
Centro	21.850	16.132	51.050	21.328	15.623	46.358
Mendoza	38	35	334	32	29	257
San Juan	24	24	69	21	21	58
San Luis	48	36	170	40	30	137
Cuyo	110	95	573	93	80	452
Chaco	20.242	16.937	29.300	13.388	10.452	18.653
Corrientes	4.879	4.226	7.254	3.316	2.679	4.617
Formosa	13.709	13.705	15.613	7.374	7.370	7.539
Misiones	5.773	4.830	9.517	4.201	3.477	6.213
Noreste Argentino	44.603	39.698	61.684	28.279	23.978	37.022
Catamarca	2.534	2.223	3.867	2.530	2.219	3.777
Jujuy	238	237	1.143	233	232	810
La Rioja	52	49	529	52	49	480
Salta	940	820	3.775	917	797	2.561
Santiago del Estero	812	794	2.883	735	719	2.300
Tucumán	3.081	3.079	8.093	3.046	3.044	7.047
Noroeste Argentino	7.657	7.202	20.290	7.513	7.060	16.975
Chubut	24	23	73	22	21	65
La Pampa	29	22	90	28	21	78
Neuquén	42	42	107	30	30	80
Río Negro	10	6	37	10	6	30
Santa Cruz	135	131	194	85	81	125
Tierra del Fuego	95	92	125	73	70	101
Sur	335	316	626	248	229	479
Total Argentina	74.555	63.443	134.223	57.461	46.970	101.286

Casos confirmados y notificaciones totales. Argentina. Temporada 2023/2024 (de semana epidemiológica 31 de 2023 a 8 de 2024) y año 2024 hasta semana epidemiológica 8. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

En las provincias de la región Cuyo se notificaron departamentos en brote de dengue sin antecedente de viaje en San Juan y San Luis, mientras que Mendoza presenta casos aislados en tres departamentos. En la región Sur, La Pampa notificó un brote de dengue en General Pico mientras que Río Negro y Neuquén presentan casos aislados en investigación, hasta el momento sin circulación viral activa confirmada.



Casos totales y proporción de aporte por región. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2023 a 8 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Comparación con temporadas anteriores

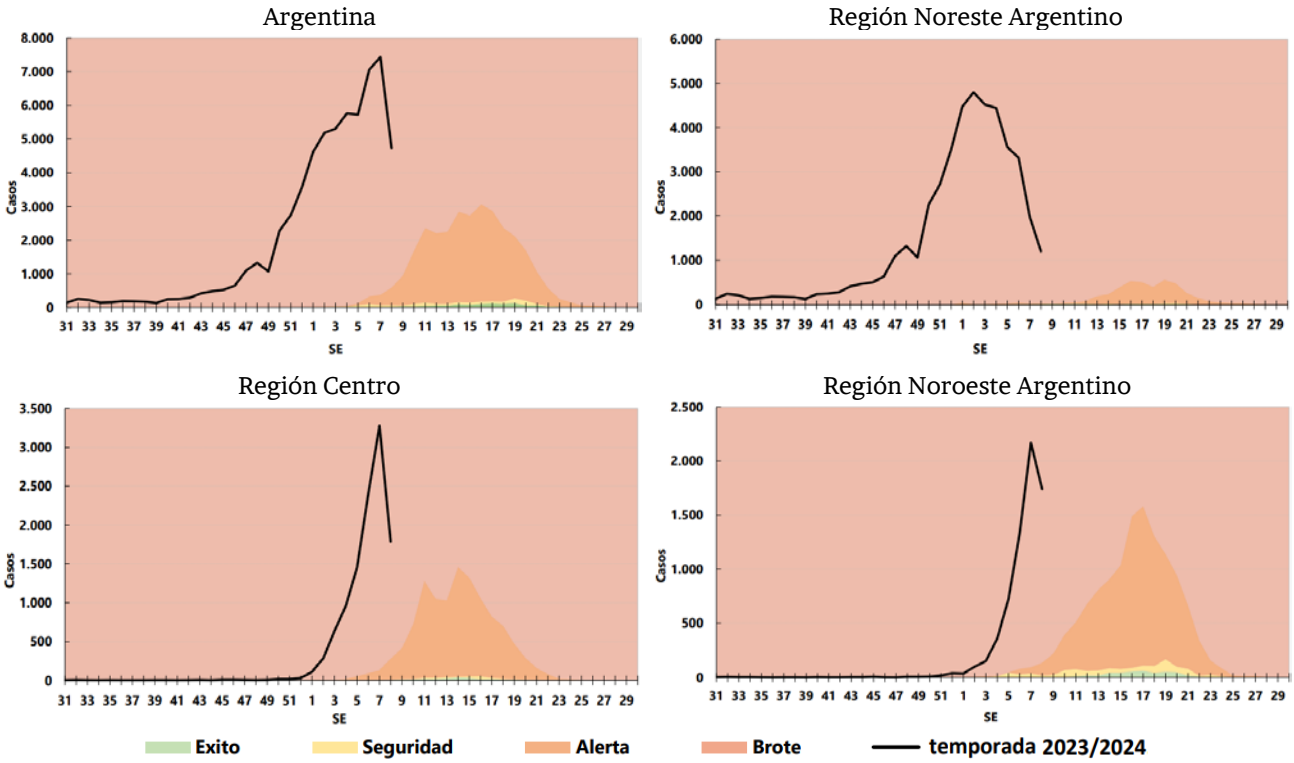
A nivel nacional, el corredor endémico muestra que los casos notificados estuvieron en zona de brote (casos por encima de lo esperado) desde la SE 31 y durante todas las SE del periodo.

La región NEA presenta casos por encima de lo esperado desde la SE 31.

En la región Centro, hasta la SE 47 no se registraron casos sin antecedentes de viaje. A partir de la SE 51 el corredor se encuentra en zona de brote por la emergencia de casos autóctonos

en diferentes jurisdicciones, de magnitud creciente, pero en momentos tempranos de la temporada.

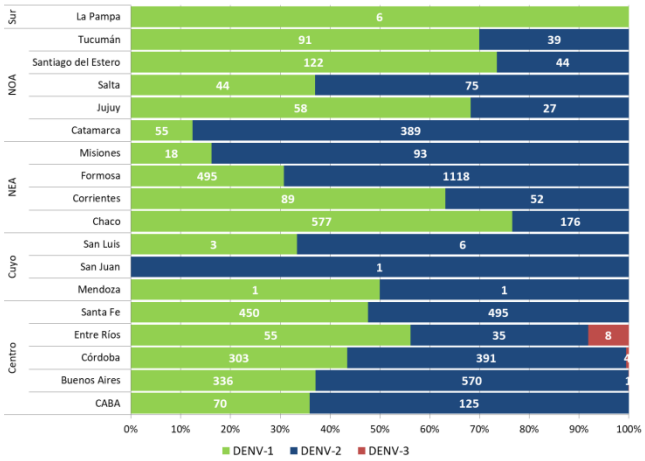
La región del NOA mantuvo los casos dentro de lo esperado desde la SE 31. A partir de las SE 46/47 comienza a tener actividad evidenciando un aumento temprano del número de casos respecto a temporadas anteriores.



Corredores endémicos por semana epidemiológica. Argentina y regiones seleccionadas. Temporada 2023/2024. Período: 8 temporadas (2016/2017 a 2023/2024). Semanas epidemiológicas 31 a 30. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Circulación de serotipos

En la presente temporada, hasta el momento, se han identificado tres serotipos circulando en el país: DENV-1, DENV-2 y DENV-3. De 6.421 casos serotipificados sin antecedentes de viaje, 6.637 (56,64%) corresponden a DENV-2, 2.771 (43,16%) a DENV-1 y 13 (0,20%) a DENV-3.



Distribución proporcional de serotipos y número absoluto de casos por serotipo en casos sin antecedente de viaje según jurisdicción de residencia. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2023 a 8 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Grupos etarios

Si bien se registraron casos en todos los grupos etarios, entre los 15 y 69 años la incidencia acumulada es mayor que en la población general (158) y desciende hacia los extremos de la vida. La incidencia acumulada mínima se observa en los menores de 4 años, con 39 casos cada 100.000 habitantes, y una máxima de 212 casos cada 100.000 habitantes en el grupo de 30 a 34 años.

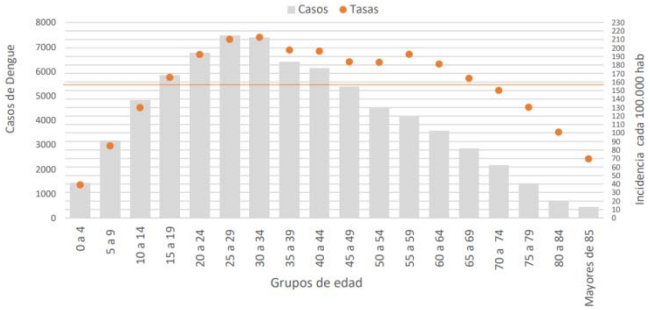
Casos fallecidos

Entre la SE 31 de 2023 y la SE 8 de 2024 se registraron hasta el momento 47 fallecimientos por dengue –de los cuales 37 corresponden al año 2024–, en las provincias de Chaco (12 falle-

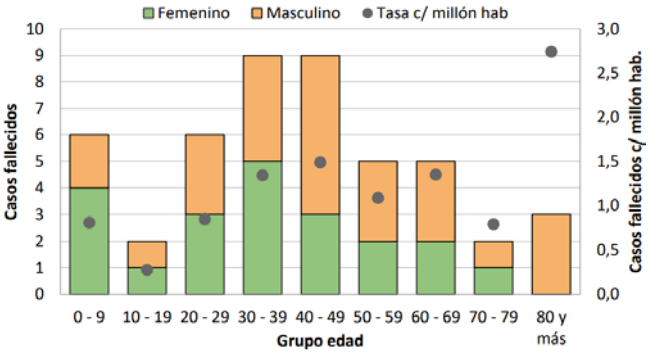
cidos), Corrientes (8), Formosa (5), Misiones (13), Buenos Aires (7), Santa Fe (1) y Santiago del Estero (1).

En 23 de los casos se pudo determinar hasta ahora el serotipo involucrado: 14 casos de DENV-2 y nueve casos de DENV-1.

En cuanto a la distribución por sexo y edad, 21 casos corresponden a personas de sexo femenino y 26 al masculino, con una mediana de edad de 40 años. Los casos fallecidos se registraron en todos los grupos etarios, siendo los más afectados en términos de tasas de mortalidad los mayores de 80 años, seguidos por los grupos de 40 a 49 años, de 30 a 39 años y de 50 a 59 años. Entre la población pediátrica, los menores de 10 años registran una mortalidad mayor que los de 10 a 19 años y acumulan hasta el momento seis casos.



Casos e incidencia acumulada según grupos etarios. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2023 a 8 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



: Casos fallecidos según sexo, grupos etarios y tasas cada millón de habitantes. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2023 a 8 de 2024. (n=47). Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

En 22 casos fallecidos se registraron comorbilidades, siendo las más frecuentes: diabetes, enfermedad cardiaca, obesidad enfermedad neurológica crónica e insuficiencia renal crónica. Hasta el momento, no se registraron datos sobre comorbilidades preexistentes en los 25 fallecidos restantes.

El análisis de la información para la caracterización epidemiológica de dengue se realiza “por temporada”, entendiendo por tal un período de 52 semanas desde la semana epidemiológica 31 de un año hasta la 30 del año siguiente, para considerar en conjunto los meses epidémicos.

CASO DE HANTAVIROSIS EN SAN MARTÍN DE LOS ANDES

04/03/2024

El Ministerio de Salud de la provincia de Neuquén informó que el 3 de marzo se confirmó un caso de hantavirosis en San Martín de los Andes. Se trata de una adolescente de 14 años, oriunda de la localidad, la que fue trasladada a un nosocomio de la ciudad de Neuquén, donde se encuentra internada en una unidad de cuidados intensivos.

El sector de Epidemiología del Hospital Regional 'Dr. Ramón José Carrillo' está llevando a cabo la investigación pertinente a los fines de detectar posibles contactos estrechos, es decir, personas que pudieron estar en contacto con la adolescente entre el 25 de febrero y el 2 de marzo (período que estuvo con síntomas y con posibilidad de transmisión), dado que dicha enfermedad puede transmitirse de persona a persona.

Desde la cartera sanitaria provincial se recuerda que el virus se encuentra en la orina, la saliva y las heces del ratón colilargo (*Oligoryzomys longicaudatus*) y que tanto la zona de la precordillera como la cordillera de la provincia del Neuquén es considerada zona de riesgo para la hantavirosis.

Debido a que la enfermedad se presenta en cualquier época del año en toda la región cordillerana, independientemente de la floración de la caña colihue (*Chusquea culeou*), deben tomarse los recaudos necesarios para evitar contraer el hantavirus.

La cartera de Salud recomendó no entrar en contacto con roedores o sus deposiciones; no ingresar a galpones o viviendas que hayan permanecido cerrados por largo tiempo sin antes ventilar adecuadamente; no realizar tareas de desmalezado o recolección de frutos en área de matorrales sin las medidas de protección correspondientes, como un barbijo N95.

También aconsejó acampar sólo en lugares habilitados; limpiar y despejar alrededor de las viviendas y mantener la leña ordenada y alejada de los hogares.

Las infecciones por hantavirus representan una zoonosis emergente, trasmitida al hombre por roedores infectados por dichos virus. Los reservorios naturales de la infección son ciertos roedores silvestres, que presentan una infección crónica asintomática con viremia persistente y eliminan el virus a través de la orina, saliva y excretas.

Los hantavirus son virus ARN de la familia *Bunyaviridae*, la que también incluye agentes causales de dos graves enfermedades humanas, la fiebre hemorrágica con síndrome renal en Asia y Europa y el síndrome cardiopulmonar por hantavirus en América.

Si bien estos virus tienen distribución mundial y en Asia se reconocían desde principios del siglo XX, las enfermedades causadas por este grupo de virus recién fueron conocidas por los médicos de occidente durante la década de 1950, en la guerra de Corea.

Los reservorios de los hantavirus son aquellos roedores de la familia Muridae, subfamilia Sigmodontinae, como *Oligoryzomys longicaudatus*, *Oligoryzomys chacoensis* y *Oligoryzomys flavescens*, entre otros, que habitan entornos rurales; sus madrigueras pueden hallarse entre arbustos, árboles, grietas o huecos en troncos o debajo de ellos u otros objetos, aunque también pueden construir sus madrigueras en el suelo.

En América se reconocen más de 20 genotipos, cada uno asociado a un reservorio específico. Entre estos se encuentran: el virus Sin Nombre en América de Norte; el virus Laguna Negra en Paraguay y Bolivia; el virus Juquitiba en Brasil, el virus Andes en Argentina y Chile y el virus Choclo en Panamá.

En Argentina circulan al menos diez genotipos diferentes, ocho de ellos asociados al síndrome cardiopulmonar por hantavirus: virus Andes, Lechiguanas, HU39694, Central Plata; Orán, Laguna Negra, Bermejo y Juquitiba; además, se presentan dos genotipos en roedores no asociados con enfermedad en humanos: Maciel y Pergamino.

Se han reportado casos de síndrome cardiopulmonar por hantavirus en nueve países de Centro y Sudamérica: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela, y en Norteamérica: Estados Unidos, Canadá y México. En Argentina se conocen casos de esta enfermedad desde mediados de la década de 1980.

Si bien las infecciones por hantavirus tienen una baja incidencia, son de importancia para la salud pública por su mortalidad, por el riesgo de la presentación de brotes y por el hecho de que no existe un tratamiento específico, por lo que es imprescindible adoptar ciertas medidas de prevención en las áreas donde viven roedores.

Todas las personas sin infección previa son susceptibles de contraer la enfermedad. Si bien se desconoce la protección y duración de la inmunidad conferida por la infección previa, no se han identificado reinfecciones.

Las infecciones por hantavirus afectan con mayor frecuencia al sexo masculino, y a personas jóvenes. Además, dado que tiene un reservorio silvestre propio de las aéreas rurales, la población que habita en estas zonas es la más afectada. Sin embargo, en ciertas zonas como el corredor Buenos Aires - La Plata, el carácter rural no es el habitual, habiéndose observado hábitos periurbanos y domiciliarios en las poblaciones de roedores.

Diversos estudios de seroprevalencia en humanos realizados en Argentina, mostraron un amplio rango según las regiones estudiadas, abarcando desde un 0,5% en las provincias del sur hasta un 6% en Salta.

La transmisión al humano generalmente ocurre al introducirse en el hábitat de los roedores en zonas suburbanas y ambientes rurales, principalmente en los peri-domicilios y durante el desarrollo de actividades laborales, recreativas, o en lugares cerrados como galpones o depósitos infestados por roedores. La infección dentro del domicilio puede ocurrir por la invasión de roedores silvestres en busca de alimento o refugio.

Se considera que presentan mayor riesgo de exposición para contraer el síndrome cardiopulmonar por hantavirus los siguientes grupos de población:

- Pobladores rurales, camioneros o transportistas, guardafaunas, guardaparques, gendarmes, policía, trabajadores de vialidad, trabajadores municipales, recolectores de residuos, de sectores rurales donde habita el reservorio.
- Turistas, acampantes, pescadores, etc. que ocupan cabañas que han permanecido cerradas o refugios naturales en áreas con evidencia de roedores.
- Convivientes, familiares directos de la persona enferma, agentes de salud, vinculados a la atención de estos pacientes que no hayan tomado medidas de aislamiento respiratorio y adecuada protección.

En Argentina, las áreas endémicas incluyen la zona noroeste, de clima subtropical, que incluye las provincias de Salta y Jujuy y el oeste de Formosa; la zona central o pampeana, que incluye la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y las provincias de Buenos Aires, Santa Fe y Entre Ríos; la zona nordeste: Misiones, Corrientes y este de Formosa; y la zona suroeste (andina) integrada por las provincias de Neuquén, Río Negro, Chubut y Santa Cruz.

Los hantavirus se transmiten fundamentalmente por inhalación de aerosoles cargados de partículas virales provenientes de las heces, orina y saliva de roedores infectados. Otras posibles vías de transmisión son a través del contacto con excrementos o secreciones de ratones infectados con las mucosas conjuntival, nasal o bucal, o por la mordedura del roedor infectado. También existen evidencias epidemiológicas y virológicas de transmisión persona a persona en relación al virus Andes en el sur de Argentina, y por ello, las secreciones y otros fluidos humanos deben considerarse potencialmente peligrosos en los casos de atención a pacientes con infección por hantavirus.

Entre pacientes con fiebre hemorrágica con síndrome renal también se ha demostrado la transmisión por alimentos o agua contaminados.

No hay evidencia de transmisión a través de perros y gatos ni se ha demostrado la transmisión por artrópodos.

El síndrome cardiopulmonar por hantavirus puede presentarse como un cuadro leve con un síndrome febril inespecífico o llegar hasta la manifestación más grave con insuficiencia respiratoria grave y shock cardiogénico. En base a la experiencia en Argentina, se pueden considerar las siguientes formas de presentación:

- Forma febril indiferenciada.
- Formas con compromiso abdominal, renal, hemorrágico o neurológico.
- Síndrome cardiopulmonar por hantavirus.

Si bien es difícil de precisar, el período de incubación fluctúa entre 7 y 45 días. En algunos casos, la información disponible ha permitido una mejor estimación, acotando este período a un lapso de entre 9 y 24 días, estableciéndose por convención en 30 días.

El cuadro clínico del síndrome cardiopulmonar por hantavirus se puede dividir en cuatro fases (prodrómica o febril, cardiopulmonar, diurética y de convalecencia) en contraste con las cinco fases clásicamente descriptas para la fiebre hemorrágica con síndrome renal.

Luego del período de incubación aparece la fase prodrómica. Esta fase se extiende de 3 a 5 días (rango de 1 a 12 días). Se caracteriza por el inicio brusco de fiebre superior a 38,5ºC, astenia, escalofríos y mialgias generalizadas que puede acompañarse de un cuadro compatible con abdomen agudo; con menor frecuencia se observan síntomas gastrointestinales como náuseas con o sin vómitos. Otros síntomas de inicio pueden ser cefaleas, mareos artralgias, dolor torácico, sudoración, petequias.

En los niños la fiebre tiende a ser constante y elevada; también el dolor abdominal puede sugerir un cuadro de abdomen agudo y las mialgias se localizan principalmente en extremidades inferiores.

Los síntomas respiratorios superiores están frecuentemente ausentes en esta etapa, lo que es de valor para diferenciarlo de cuadros respiratorios causados por virus Influenza, Parainfluenza, Adenovirus y sincicial respiratorio.

En este período, el reconocimiento precoz de los casos es dificultoso, ya que es indistinguible del comienzo de otras infecciones producidas por virus y bacterias.

Brasil

Rio de Janeiro confirma el primer caso de fiebre de Oropouche

01/03/2024

La Secretaría de Salud de Rio de Janeiro confirmó el 29 de febrero el primer registro de fiebre de Oropouche en el estado. Según la cartera, la víctima es un hombre de 42 años, residente del barrio Humaitá, en la ciudad de Rio de Janeiro, que había realizado un viaje a Amazonas.

La fiebre de Oropouche es una enfermedad causada por un arbovirus del género *Orthobunyavirus*, de la familia *Peribunyaviridae*. Es transmitida por mosquitos, principalmente por *Culicoides paraensis* y *Culex quinquefasciatus*. Los síntomas duran entre dos y siete días y son similares a los del dengue: fiebre de aparición repentina, dolor de cabeza intenso, dolor de espalda y lumbar y dolor en las articulaciones. También puede haber tos, mareos, dolor retroocular, erupciones cutáneas, escalofríos, fotofobia, náuseas y vómitos. No existe un tratamiento específico para esta enfermedad.

Según la Secretaría de Salud de Rio de Janeiro, el diagnóstico de la enfermedad fue confirmado por el Instituto Nacional de Infectología 'Dr. Evandro Serafim Lobo Chagas', de la Fundación Instituto 'Dr. Oswaldo Gonçalves Cruz' (FIOCRUZ). El paciente infectado permanece bajo investigación epidemiológica por el equipo de Vigilancia Sanitaria de la ciudad de Rio de Janeiro. "El paciente no fue hospitalizado durante el período de la enfermedad y presenta una buena evolución de su cuadro clínico", afirmó la cartera.

La Secretaría destacó que el caso está siendo considerado como "importado" y no como circulación interna del virus. "La clasificación se realizó luego de analizar el historial de viajes del paciente al estado de Amazonas, que está experimentando un aumento significativo en el número de casos en los primeros meses de 2024", destacó el ministerio.

"El Centro de Inteligencia en Salud de la Secretaría de Salud del Estado continúa dando seguimiento a la investigación del caso; como los síntomas son muy similares a los del dengue, es importante que los médicos pregunten, en la primera consulta, si el paciente ha viajado al región Norte del país recientemente y, de la misma manera, cualquier persona que haya viajado a la región Norte debe reportar esta información, contribuyendo así a un diagnóstico más certero y un tratamiento adecuado", destacó la Secretaria de Salud del estado, Claudia Maria Braga de Mello.

Brotes en la Región Amazónica

En Brasil, se registran brotes de fiebre de Oropouche en la Región Amazónica desde la década de 1970. La enfermedad ha sido más prevalente en los últimos años en Amazonas, donde el aumento de la transmisión en los primeros dos meses de 2024 generó una alerta epidemiológica.

Al menos 1.674 casos ya han sido confirmados por laboratorio, según el último boletín epidemiológico publicado por la Secretaría de Salud de Amazonas el 29 de febrero. Esto es más que el total registrado en 2023, cuando la secretaría registró 995 casos.

También se están registrando brotes en Acre y Rondônia. La FIOCRUZ advirtió sobre la posibilidad de propagación de la fiebre de Oropouche en todo el país.

Los mosquitos que causan la enfermedad proliferan principalmente durante las épocas cálidas en ambientes húmedos, como en zonas cercanas a manglares, lagos, pantanos y ríos. Pero no se limitan a las zonas rurales, estando presentes en espacios urbanos con disponibilidad de agua y materia orgánica, especialmente cerca de huertas, jardines y árboles.

CONFIRMARON EN COQUIMBO UN BROTE DE INFECCIONES POR *VIBRIO PARAHAEMOLYTICUS*

04/03/2024

Un fuerte llamado a la prevención realizó la Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Salud de Coquimbo, tras la confirmación de un brote de infecciones por *Vibrio parahaemolyticus* en la región, causadas por el consumo de mariscos crudos.

De acuerdo a los antecedentes señalados por la Autoridad Sanitaria, se trata de un grupo familiar que consumió mariscos crudos. "Recibimos la notificación de un brote que afectó a una familia de cinco personas, cuyas edades van de los 20 a los 53 años. Este grupo familiar consumió mariscos crudos, sin su cadena de frío, lo que causó la intoxicación de sus integrantes. Al realizar el estudio, se detectó que el agente patógeno es *Vibrio parahaemolyticus*", señaló la secretaria regional ministerial de Salud de la región, Dra. Paola Nieves Salas Rivas.

V. parahaemolyticus es una bacteria que se encuentra extensamente distribuida en el ambiente marino de todo el mundo. Es uno de los patógenos más importantes causantes de enfermedad por el consumo de alimentos de origen marino insuficientemente cocidos, provocando un cuadro de gastroenteritis aguda, y ha sido reconocido como uno de los agentes causales más importantes de enfermedad transmitida por alimentos.

En este contexto, la Autoridad de Salud reforzó el mensaje de prevención a la comunidad. "La población no debe consumir mariscos crudos o en mal estado. Deben acudir a locales establecidos para consumir mariscos, y quienes venden los productos del mar deben cumplir con la normativa sanitaria. Y lo más importante, es mantener la cadena de frío, es decir, el marisco debe permanecer a menos de 5°C de temperatura. Por ello, la manipulación también requiere de altos estándares de higiene para no contaminar los alimentos", indicó.

Considerando que los pronósticos indican que se mantendrán altas temperaturas en lo que resta del verano, y ante la proximidad de la Semana Santa, es muy importante que las personas mantengan la cadena de frío de los productos del mar. Es decir, deben evitar tener los productos a temperatura ambiente, y es importante también comprobar si en los comercios donde se adquieren pescados y mariscos, los productos se mantienen a una temperatura adecuada; además, las personas deben saber reconocer si los productos del mar son frescos antes de su compra.

Al respecto, indicó que *V. parahaemolyticus* está presente en las aguas marinas y productos del mar el territorio de Coquimbo, y su concentración aumenta conforme se incrementa la temperatura del agua. El mecanismo de transmisión de esta bacteria es principalmente a través de la ingestión de mariscos y pescados crudos o poco cocidos, pudiendo también transmitirse por contaminación cruzada con alimentos listos para el consumo.

Finalmente, señaló que es importante estar atento a los síntomas de una intoxicación por *V. parahaemolyticus*. "Debemos tener precaución con los síntomas. Los que presentó el grupo familiar eran diarrea, cólicos abdominales, náuseas y vómitos, los cuales deben ser atendidos en un centro de salud".

Más de 80% de los brotes alimentarios son por consumo de pescados y mariscos

Asimismo, la autoridad de salud realizó un balance de la temporada estival, señalando que hubo un aumento de los brotes por consumo de pescados y mariscos.

De acuerdo a datos epidemiológicos de la SEREMI de Salud, durante el presente período estival más de 80% de los brotes de enfermedades transmitidas por alimentos fue causado por el consumo de pescados y mariscos.

“Históricamente, en las investigaciones que se realizan de enfermedades transmitidas por alimentos, nunca se había presentado un número tan alto en enero y febrero. Actualmente, ya se han registrado 90 brotes, causados por el consumo de alimentos contaminados con algún patógeno que hace que las personas enfermen, los que pueden ser bacterias, virus o alguna toxina producida por estos patógenos”, indicó Salas Rivas.

También señaló que “durante este período estival de fines de febrero, más de 80% de los brotes han sido causados por el consumo de productos del mar, principalmente como plato preparado y en estado crudo o semicocido. El principal alimento involucrado es el jurel, en 55,5% de los brotes, y a los mariscos y pescados crudos (ceviches y mariscales) en 22,2%”.

Cabe mencionar que 71,4% de los brotes ocurrió en el hogar, 11,1% en restaurantes y 11,1% en caletas (pescaderías).

Vibrio parahaemolyticus es una bacteria perteneciente a la familia Vibrionaceae, patógena gramnegativa, halófila, que impacta negativamente los ecosistemas acuáticos y la salud humana. Es un patógeno endémico en el medio marino que se identificó por primera vez como causa de enfermedades transmitidas por alimentos en Japón en 1950.

V. parahaemolyticus es una de las causas principales de gastroenteritis que provoca diarrea, dolor de cabeza, vómitos y calambres abdominales tras el consumo de alimentos o agua contaminados. Además, esta bacteria puede causar septicemia e infecciones de heridas.

En los ecosistemas acuáticos, organismos como las ostras, que son moluscos que se alimentan por filtración, tienden a acumular diferentes microorganismos del agua de mar durante su filtración. Por tanto, son capaces de acumular niveles de *V. parahaemolyticus* 100 veces mayores que los del agua circundante. Durante los meses más cálidos, la presencia de *V. parahaemolyticus* en ostras puede alcanzar el 100%.

Los sachets de puré de manzana con sabor a canela que se vendieron en supermercados y tiendas de un dólar el año pasado envenenaron a cientos de niños estadounidenses con dosis extremadamente altas de plomo, lo que hizo que los padres ansiosos estuvieran atentos a signos de daño cerebral, retrasos en el desarrollo y convulsiones.

La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de Estados Unidos, citando a investigadores ecuatorianos, dijo que un molinillo de especias probablemente fue el responsable de la contaminación y que la rápida retirada de tres millones de sachets de puré de manzana protegió el suministro de alimentos.

Pero cientos de páginas de documentos, junto con entrevistas con funcionarios gubernamentales y de empresas en varios países, muestran que en las semanas y meses previos al retiro, el puré de manzana contaminado navegó por una serie de puntos de control en un sistema de seguridad alimentaria destinado a proteger a los consumidores estadounidenses.

Los documentos y entrevistas ofrecen la explicación más clara hasta la fecha de la exposición tóxica más extendida en los alimentos comercializados para niños pequeños en décadas. Niños en 44 estados consumieron puré de manzana contaminado, algunos de los cuales contenían plomo en niveles extraordinariamente altos.

Una y otra vez, la canela contaminada no fue analizada ni descubierta, como resultado de una FDA sobrecargada y una ley de seguridad alimentaria que otorga a las empresas, nacionales y extranjeras, una amplia libertad sobre qué toxinas buscar y si deben realizar pruebas.

“Es sorprendente, en el mal sentido, el fracaso catastrófico que fue este”, dijo Neal Fortin, director del Instituto de Leyes y Regulaciones Alimentarias de la Universidad Estatal de Michigan. “En gran medida, el sistema regulador del suministro de alimentos se basa en un sistema de honestidad”.

La canela se originó en Sri Lanka y se envió a Ecuador, donde se molió hasta convertirla en polvo. Probablemente fue allí, según la FDA, donde la canela probablemente se contaminó con cromato de plomo, un polvo que a veces se usa ilegalmente para teñir o dar volumen a las especias.

Luego, la canela molida se vendió, se empaquetó y se revendió a una empresa llamada Austrofood, que la mezclaba con puré de manzana y enviaba los sachets a Estados Unidos. Se vendió bajo la marca WanaBana y varias etiquetas genéricas de tiendas.

Austrofood nunca analizó la canela ni su puré de manzana contaminada antes de enviarla a Estados Unidos. La compañía dijo que se basó en un certificado de un proveedor que decía que la canela prácticamente no contenía plomo, según muestran los registros. En un comuni-

cado, el proveedor, Negasmart, no habló de esa certificación, pero dijo que había cumplido con todas las regulaciones y estándares de calidad.

Austrofood, con sede en Sangolquí, Ecuador, no analizó el puré de manzana terminado, según muestran los registros, antes de enviarla a Estados Unidos.

La FDA puede inspeccionar empresas de alimentos extranjeras que realizan envíos a Estados Unidos, pero incluso cuando las importaciones de alimentos se dispararon a niveles récord en 2022, las inspecciones internacionales estuvieron muy por debajo de los objetivos establecidos por la ley.

Los inspectores estadounidenses no habían visitado Austrofood en cinco años, según muestran los registros.

"Las empresas tienen la responsabilidad de tomar medidas para garantizar que los productos que fabrican no estén contaminados con niveles peligrosos de metales pesados", dijo James Jones, el principal funcionario de alimentos de la FDA. "El trabajo de la agencia es ayudar a la industria a cumplir y responsabilizar a quienes evaden estos requisitos, según corresponda".

La FDA dijo que no tiene autoridad para investigar en los niveles más bajos de la cadena de suministro internacional. Los registros muestran que el gobierno ecuatoriano tenía la autoridad pero no la capacidad. Los reguladores ecuatorianos nunca antes habían analizado la canela en busca de toxinas y, cuando la FDA llamó pidiendo ayuda, casi la mitad del equipo de laboratorio del gobierno estaba fuera de servicio, dijo Daniel Antonio Sánchez Procel, director de la agencia de seguridad alimentaria de Ecuador.

Se supone que las auditorías de seguridad privadas encargadas por importadores estadounidenses proporcionan otra capa de protección. Pero las auditorías normalmente sólo buscan los peligros que los propios importadores han identificado.

Ninguno de los importadores dijo si consideraban que el plomo era un riesgo o si lo examinaban y no está claro qué medidas tomaron, si es que tomaron alguna. Pero ninguno bloqueó el puré de manzana. Los registros muestran que un auditor le dio al fabricante de puré de manzana una calificación de seguridad A+ en diciembre, mientras los niños estadounidenses estaban siendo envenenados.

La FDA tiene el poder de analizar los alimentos que llegan a la frontera. No hay indicios de que alguien haya analizado el puré de manzana cuando llegó a los puertos de Miami y Baltimore. Los inspectores realizan aproximadamente la mitad de los análisis de este tipo que hace una década.

La FDA dijo que planeaba analizar el incidente y si necesita tramitar nuevos poderes del Congreso para prevenir futuros brotes.

Las regulaciones federales han advertido durante años sobre el riesgo de alterar los ingredientes de los alimentos.

Los cambios en el sistema de seguridad alimentaria surgieron de un escándalo de finales de la década de 2000 en China, donde la gente usaba melamina en polvo tóxica y barata en lugar de proteína en polvo en fórmulas para bebés y alimentos para mascotas. Murieron seis bebés en China y cientos de perros en Estados Unidos.

A medida que tomaron forma nuevas leyes sobre alimentos importados, los lobistas de las tiendas de comestibles y las empresas de alimentos trabajaron para debilitarlas. Scott Faber,

ex lobista de la Asociación de Fabricantes de Comestibles, recuerda haber rechazado propuestas de más muestreos, análisis e informes.

Un científico de la Administración de Alimentos y Medicamentos analizando la lactosa para detectar la presencia de melamina en 2010.

”Nuestro argumento en ese momento era que se destruiría demasiado producto si había que realizar más análisis y muestreos”, dijo Faber. “Y claramente los bebés y los niños pequeños están pagando el precio del éxito de la industria”. Ahora es un alto funcionario del Grupo de Trabajo Ambiental, donde aboga por una supervisión más estricta del suministro de alimentos.

Heather Garlich, portavoz de la Asociación de la Industria Alimentaria FMI, se negó a comentar sobre el retiro del mercado del puré de manzana. “Estados Unidos es un líder mundial en seguridad alimentaria debido a una fuerte supervisión gubernamental, asociaciones público-privadas críticas e iniciativas industriales”, dijo Garlich.

La política de seguridad alimentaria es siempre un acto de equilibrio. Sería imposible para los agentes de la FDA abrir cada caja importada de productos o especias y realizar pruebas para detectar todos los posibles contaminantes. Cada nueva exigencia a las empresas añade costos a los alimentos.

Pero críticos como Faber dicen que la FDA ha cedido demasiada supervisión a las empresas.

La Ley de Modernización de la Seguridad Alimentaria, promulgada en 2011 por el presidente Barack Hussein Obama II, otorgó a la FDA el poder de retirar alimentos, rastrear productos y rechazar alimentos de empresas extranjeras que rechazan a los inspectores estadounidenses.

Un cambio importante fue exigir a los importadores que auditaran a sus proveedores. Aún no está claro exactamente cómo actuaron esas empresas durante el incidente del puré de manzana. Los datos de la FDA muestran que miles de importadores no realizan auditorías adecuadas.

La ley no estuvo ni cerca de poner a la FDA, que supervisa los alimentos, quesos y productos frescos no perecederos, a la par con el Departamento de Agricultura, el otro importante regulador de alimentos. Los inspectores agrícolas trabajan dentro de todas las plantas procesadoras de carne estadounidenses y sólo permiten importaciones de carne de países con rigurosos sistemas de seguridad.

La FDA solicitó al Congreso en 2022 autoridad para establecer límites de metales pesados y exigir que los fabricantes de alimentos para bebés les realicen análisis, cambios que podrían haber evitado la intoxicación del año pasado. El Congreso no actuó.

Una madre exige respuestas

El puré de manzana contaminado podría haber pasado desapercibido durante más tiempo si no hubiera sido por una familia de North Carolina.

A principios del verano pasado, Nicole Peterson y Thomas Duong se alarmaron por los niveles de plomo en sangre de sus hijos pequeños en un examen de rutina. En cuestión de semanas, los niveles se habían duplicado.

Peterson dijo que la pareja trabajó con el departamento de salud local mientras intentaban determinar qué podría estar dañando a sus hijos. “Nos estábamos volviendo locos. No dormíamos ni comíamos “, dijo Peterson. Ella y su marido están demandando a Dollar Tree, donde compraron el puré de manzana, y a WanaBana, un distribuidor estadounidense dirigido por funcionarios de Austrofood.

Una portavoz de Dollar Tree dijo que la empresa está comprometida con la seguridad de los productos que vende. Austrofood dijo que había confiado en la certificación de su proveedor y que ninguno de sus otros productos había sido retirado del mercado.

Su hija de 3 años, una niña activa y brillante a la que le encantan los vestidos con vuelos y el esmalte de uñas, tenía un nivel de plomo en sangre de 24 microgramos por decilitro, casi siete veces el nivel de preocupación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Su hermano menor, un niño tranquilo al que le encantan los camiones ruidosos y la música dance, había alcanzado un nivel de 21 microgramos por decilitro.

Los investigadores de salud pública registraron su casa y la guardería, pero no pudieron encontrar la fuente. Cuando los análisis de sangre de los padres resultaron normales, comenzaron a sospechar de un alimento que sólo consumían los niños: sachets de puré de manzana con canela.

Los funcionarios de salud de North Carolina los examinaron y encontraron niveles de plomo extraordinariamente elevados.

Eso llevó a la FDA a actuar.

Buscando la fuente

A fines de octubre, Austrofood retiró del mercado millones de sachets de puré de manzana. La FDA dijo que cree que esta medida eliminó la canela contaminada del suministro de alimentos de Estados Unidos.

Los CDC estiman que más de 400 bebés y niños pequeños fueron envenenados. El resultado medio de los análisis fue seis veces mayor que el nivel encontrado en la crisis del agua causada por las tuberías de plomo hace una década en Flint, Michigan.

La exposición en Flint fue más sostenida y sus efectos a largo plazo han resultado difíciles de cuantificar. Pero años después, el número de estudiantes de la ciudad que calificaban para educación especial se duplicó.

A principios de este mes, la FDA dijo que los investigadores ecuatorianos creen que la canela probablemente fue contaminada por Carlos Aguilera, quien dirigía un molino de especias. La agencia de salud ecuatoriana presentó una denuncia administrativa contra Aguilera, alegando que había operado sin permiso y utilizado maquinaria rota que aumentaba el riesgo de impurezas, según muestran los registros. La denuncia está pendiente.

Los funcionarios ecuatorianos tomaron canela envasada de los clientes de Aguilera que dieron positivo para plomo, según informes de inspección y entrevistas.

Pero los investigadores no encontraron canela contaminada en la planta de Aguilera, según muestran los registros. En una entrevista con periodistas, negó haber añadido cromato de plomo.

Austrofood no está obligado explícitamente a realizar pruebas de detección de plomo en sus productos. Según las regulaciones de la FDA, las empresas sólo deben identificar los posibles peligros para la seguridad alimentaria y desarrollar planes para abordarlos.

Austrofood tenía un plan, pero el plomo no estaba entre sus riesgos previstos, según los registros de la FDA.

Después del envenenamiento por plomo, la FDA citó a Austrofood por no identificar el plomo como un peligro, según muestran los registros de la agencia.

No hay ningún registro de que la Administración de Alimentos y Medicamentos haya inspeccionado alguna vez la fuente original de la canela, y ninguna de las otras empresas en la cadena de suministro era elegible para las inspecciones porque no realizan envíos directamente a Estados Unidos.

¿Dónde estaba la FDA?

Nunca se supuso que la industria se controlara completamente por sí misma. La ley de seguridad alimentaria exigía que la FDA aumentara la supervisión en el extranjero y realizara unas 19.000 inspecciones internacionales de alimentos al año.

La agencia nunca estuvo cerca de ese objetivo. El año pasado, los registros muestran que los reguladores realizaron alrededor de 1.200 inspecciones en el extranjero, visitando menos de 1% de los fabricantes internacionales de alimentos registrados por la FDA.

Cuando la Oficina de Responsabilidad Gubernamental señaló el problema en 2015, la FDA citó fondos insuficientes y cuestionó "la utilidad de realizar tantas inspecciones". La oficina de rendición de cuentas dijo recientemente que todavía estaba esperando que la FDA dijera cuál consideraba el número apropiado de inspecciones.

Los funcionarios estadounidenses inspeccionaron Austrofood en 2019. No está claro qué pruebas realizaron, pero los registros comerciales muestran que la empresa no exportaba productos de canela a Estados Unidos, por lo que la especia probablemente no fue un factor en la inspección. Los reguladores no encontraron problemas que recomendaran solucionar, según muestran los registros.

Los inspectores no regresaron hasta que se descubrió el envenenamiento por plomo casi cinco años después.

No hay ningún registro de que la FDA haya inspeccionado alguna vez la fuente original de la canela, Samagi Spice Exports, con sede en Sri Lanka. Nanda Kohona, directora de marketing de la empresa, dijo que la empresa realizó sus propias pruebas de plomo.

Ninguna de las otras empresas de la cadena de suministro de canela era elegible para las inspecciones de la FDA porque no realizan envíos directamente a Estados Unidos.

"Creo que la pieza que falta es tener una agencia reguladora totalmente independiente que controle el proceso, entre y realice inspecciones", dijo Sarah Sorscher, directora de asuntos regulatorios del Centro para la Ciencia en el Interés Público.

Peterson, la madre de North Carolina cuya persistencia desencadenó la búsqueda, dijo que se sintió aliviada cuando se descubrió que el puré de manzana era la fuente del plomo. Pero su familia ahora está vigilando de cerca los retrasos en el desarrollo de sus hijos.

Incluso niveles bajos de exposición al plomo en niños se han relacionado con hiperactividad, cambios de humor y déficits en lectura y habilidades sociales.

"Solo esperamos que al final del día nuestros niños estén sanos y puedan mantenerse sanos", dijo.

"No deberían tener que preocuparse por lo que comen. Nadie debería".

Los casos de sarampión en 2024 ya superan el 70% de los registrados en todo el año pasado

04/03/2024

La influenza, la covid y el virus sincicial respiratorio no son los únicos virus que preocupan a los expertos en salud este invierno. Varios casos de sarampión, una enfermedad que se eliminó efectivamente en Estados Unidos hace más de 20 años, han aparecido en algunos estados, entre ellos Virginia, Georgia y Pennsylvania. En total, se han reportado casi una docena de casos en lo que va de 2024.

Ese número puede no parecer particularmente alarmante, pero "incluso un caso de sarampión es algo a lo que todos debemos prestar atención", dijo Patricia Stinchfield, enfermera profesional y presidenta de la Fundación Nacional de Enfermedades Infecciosas (NFID). "Y la razón es que es el virus más contagioso y fácil de transmitir que existe".

La cantidad de diagnósticos de sarampión en Estados Unidos en lo que va del año casi ha superado el recuento de casos de todo 2023, según muestran los datos actuales.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) informaron que se diagnosticaron 41 casos de sarampión en enero y febrero de 2024, en comparación con 58 casos en total en 2023.

A estas alturas del año pasado, sólo se habían notificado tres casos de sarampión.

Dieciséis estados han confirmado casos hasta el 29 de febrero: Arizona, California, Florida, Georgia, Indiana, Louisiana, Maryland, Michigan, Minnesota, Missouri, New Jersey, New York, Ohio, Pennsylvania, Virginia y Washington.

Florida tiene el brote más grande en este momento, con 10 casos reportados, seis de ellos vinculados a una escuela primaria en el condado de Broward.

Alta contagiosidad

Al igual que muchos otros virus, el del sarampión se propaga a través de las gotitas que se liberan al aire cuando una persona infectada tose o estornuda.

Pero a diferencia de otros virus comunes, el sarampión es tan contagioso que hasta 90% de quienes están cerca de una persona infectada se infectarán si no son inmunes al virus, según los CDC.

"No es necesario que alguien te tosa en la cara", dijo Stinchfield. Las partículas diminutas del virus pueden sobrevivir en el aire durante dos horas, donde "circulan y son inhaladas por las personas, y más temprano que tarde, mucha gente ha sido expuesta", agregó.

Además, una persona infectada con sarampión puede transmitir el virus cuatro días antes de que aparezca el síntoma más obvio: la erupción característica de la enfermedad.

Muchos adultos mayores son inmunes

Si una persona ha tenido sarampión, y probablemente lo haya tenido si nació antes de 1957, es poco probable que se contagie de nuevo. También se la considera inmune si ha recibido la vacuna triple viral, contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola. Según los CDC, dos dosis

de esta vacuna tienen una eficacia de aproximadamente 97% para prevenir el sarampión, y esa protección dura toda la vida.

"Por lo tanto, diría que la población mayor, ya sea por haber tenido la enfermedad o por haberse vacunado, probablemente esté protegida", dijo Stinchfield.

Sin embargo, ninguna vacuna es 100% eficaz, y alrededor de tres de cada 100 personas que están completamente vacunadas contra el sarampión se infectarán si se exponen al virus, según los CDC. Las personas completamente vacunadas que contraen sarampión suelen tener síntomas más leves y tienen menos probabilidades de transmitir la enfermedad a otras personas.

Si una persona no recuerda si tuvo la enfermedad o si fue vacunada, los CDC informan que no hace daño recibir otra dosis de la vacuna, incluso si tiene inmunidad previa.

Sin la inmunidad de la población, el sarampión se puede propagar

"Debido a que el virus se propaga tan fácilmente, se necesita un alto nivel de inmunidad en la comunidad –una tasa de vacunación de alrededor de 95% de la población– para prevenir la transmisión continua", dijo el Dr. John Schieffelin, médico infectólogo y profesor adjunto de Pediatría en la Facultad de Medicina de la Universidad de Tulane en New Orleans.

Sin embargo, las investigaciones demuestran que Estados Unidos está por debajo de ese umbral. Un informe de los CDC publicado en noviembre determinó que durante el año escolar 2022-2023, aproximadamente 93% de los niños de kindergarten habían recibido la vacuna triple viral, una disminución con respecto al 95% antes de la pandemia. Según los investigadores, esto se traduce en aproximadamente 250.000 alumnos de kindergarten que corren riesgo de contraer la enfermedad. En algunos estados, la cobertura de la vacuna contra el sarampión entre los niños es menor a 85%.

"La información errónea sobre las vacunas es en parte la causa de esta disminución", dijo Stinchfield. Otra causa es la pandemia de covid, ya que muchas citas médicas no urgentes se cancelaron o se retrasaron, y, por lo tanto, algunos no se aplicaron las vacunas de rutina. La primera dosis de la vacuna triple viral se administra generalmente alrededor del primer cumpleaños; la segunda dosis se aplica alrededor de la entrada al kindergarten.

Si las tasas de vacunación continúan disminuyendo, el sarampión podría reestablecerse en Estados Unidos, advirtieron los expertos en salud. "Debemos prestar atención a cualquier tipo de reducción en las tasas de vacunación y volver a aumentarlas a los niveles anteriores", dijo Stinchfield, y agregó que los abuelos pueden ayudar a desempeñar un papel al hablar con sus hijos y nietos sobre las vacunas.

El sarampión puede ser peligroso, incluso mortal

Schieffelin dijo que una idea equivocada común es que el sarampión no es una enfermedad grave, ya que prácticamente todos solían infectarse. Pero ese no es el caso.

"Los síntomas comunes –como fiebre, tos, secreción nasal– pueden hacer que el paciente se sienta realmente mal", dijo Stinchfield, quien ayudó a cuidar de niños hospitalizados durante un gran brote de sarampión en Minnesota en la década de 1990.

Tres a cinco días después del comienzo de la enfermedad, aparece una erupción en la parte superior de la cabeza que se propaga hacia abajo por todo el cuerpo. En este momento, la fiebre puede aumentar a más de 40°C, según los CDC.

Sin embargo, no es raro que la enfermedad se vuelva grave. Alrededor de una de cada cinco personas no vacunadas en Estados Unidos que contraen sarampión termina en el hospital, según los CDC. Las complicaciones van desde deshidratación y neumonía hasta encefalitis.

"El sarampión también puede afectar la inmunidad contra otras enfermedades", afirmó Stinchfield, un fenómeno conocido como amnesia inmunológica.

"Los niños pequeños tienen un mayor riesgo de sufrir estas complicaciones, al igual que los adultos mayores. A medida que envejecemos, no combatimos los virus igual que antes", explicó Schieffelin.

Se estima que 136.200 personas en todo el mundo, en su mayoría, niños, murieron de sarampión en 2022, según un informe de los CDC y la Organización Mundial de la Salud.

Los viajeros no vacunados pueden propagar el sarampión

La mayoría de las personas en Estados Unidos están protegidas contra el sarampión gracias a la vacuna, pero el virus no se ha eliminado en todo el mundo. De hecho, la tasa global de vacunación con ambas dosis de la vacuna triple viral ronda el 74%, según los CDC. Algunos países tienen una tasa de tan solo 66%.

"Los CDC informaron que actualmente hay brotes de sarampión en todas las regiones del mundo. Si un viajero no vacunado se infecta en otro país, puede llevar el virus a Estados Unidos y transmitirlo a otras personas no vacunadas", explicó Stinchfield. "En una comunidad con tasas bajas de vacunación, la enfermedad se propagará sumamente rápido", agregó.

"El sarampión sigue presente", dijo Schieffelin". "Y si no estás vacunado, realmente corres el riesgo de enfermar y de que tus familiares enfermen".

PRIMEROS CASOS AUTÓCTONOS DE DENGUE

04/03/2024

El Ministerio de Salud Pública de Uruguay informó el 1 de marzo que su Departamento de Laboratorio confirmó un resultado positivo para dengue en una persona, sin antecedente de viaje al exterior, residente en el departamento de Montevideo, que se encontraba al momento del diagnóstico en el departamento de Maldonado. El serotipo del virus detectado es el DENV-2. El caso evolucionó favorablemente, encontrándose actualmente de alta.

El 4 de marzo se confirmó un segundo caso, en una persona que no presenta antecedentes de viaje fuera del país y donde la técnica realizada permitió conocer que el serotipo del virus es el DENV-1.

El caso corresponde a un adulto residente en la zona rural de Montevideo, que se encuentra actualmente internado y en situación estable.

Si bien se encuentra en curso la investigación epidemiológica, este hallazgo evidencia que el país enfrenta la circulación de por lo menos dos serotipos de los cuatro que actualmente se han confirmado en países vecinos.

El hallazgo resulta relevante no solo por la ocurrencia de un segundo caso en dos zonas alejadas de un mismo departamento (Montevideo) sino porque el riesgo de infección y/o de complicaciones al cursar la enfermedad puede verse aumentado.

En Uruguay actualmente se registran 33 casos confirmados importados de distinta procedencia: Paraguay (13 casos), Brasil (12), Argentina (6), Aruba (1) y República Dominicana (1).

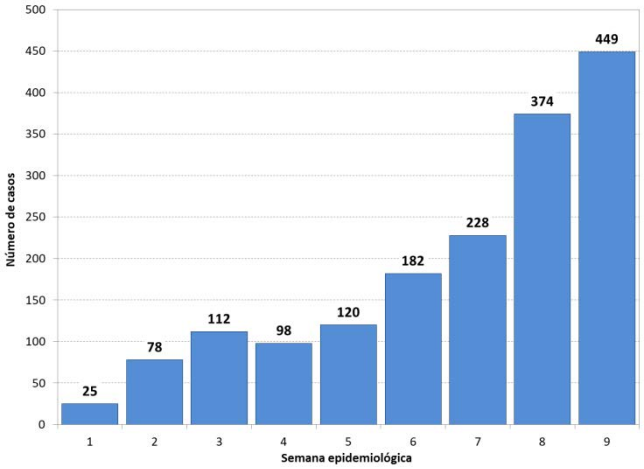
Ante esta situación, el Ministerio de Salud Pública recordó que la presencia del vector *Aedes aegypti* crea condiciones favorables para la propagación de la enfermedad, por lo cual solicitó a la población que extreme las medidas de prevención, eliminando los criaderos del mosquito en los alrededores de la vivienda y adoptando medidas para prevenir la picadura de mosquitos. Asimismo, solicitó a la población que consulte a su prestador de salud ante la presencia de cualquiera de estos síntomas o signos: fiebre, cefaleas, dolor retro orbitario, mialgias, artralgias, erupción cutánea, náuseas y/o vómitos, especialmente si se acompañan de dolor abdominal, sangrados y edemas.

CHEQUIA

EL NÚMERO DE CASOS DE TOS CONVULSA ES MAYOR QUE EN LOS ÚLTIMOS CUATRO AÑOS JUNTOS

04/03/2024

En Chequia se han registrado en la última semana 449 casos de tos convulsa, mientras que desde principios de este año se han registrado 1.666, según el Instituto Estatal de Salud (SZÚ). La cifra de casos es mayor que en los últimos cuatro años combinados. En los últimos veinte años, hubo más casos en un año entero solo en 2014, cuando enfermaron más de 2.500 personas. La vacunación contra la tos convulsa forma parte de la vacunación obligatoria en la infancia; la infección amenaza principalmente a los niños más pequeños.



Casos notificados de tos convulsa. Chequia. Año 2024, hasta semana epidemiológica 9. Fuente: Instituto Estatal de Salud de Chequia.

"El mayor número de casos y la mayor morbilidad se dan en el grupo de edad de quince a diecinueve años", señaló el SZÚ. Representan casi un tercio de los casos. Los pacientes tienen edades comprendidas entre el nacimiento y los 96 años, la mediana es de 35 años. "En 2024 ya se han registrado 36 casos de enfermedad en niños menores de un año", añadió el SZÚ.

La vacunación contra la tos convulsa comenzó en Chequia en 1958. Entre 1984 y 2004 nadie murió a causa de la enfermedad, pero desde 2004 los médicos han registrado cuatro muertes de niños no vacunados, y en 2014 murió una persona mayor, según el SZÚ.

De las regiones, actualmente las mayores cifras de casos se registran en Jihočeském (357), la Región de Středočeském (258) y la de Vysočině (253), mientras que a las regiones de Plzeňském y Karlovarském corresponden las menores cifras. Según el SZÚ, el mayor aumento durante la semana se produjo en la región de Zlínském, donde el número de casos se duplicó con creces.

Los niños más pequeños son vacunados obligatoriamente contra la tos convulsa, cuando reciben la vacuna séxtuple (contra la difteria, el tétanos, la tos convulsa, la infección por *Haemophilus influenzae* tipo b, la hepatitis B y la poliomielitis). Reciben la primera dosis a las nueve semanas de vida, la segunda a los cuatro meses y un refuerzo a una edad de alrededor de un año. Luego se vuelve a vacunar a los niños entre los diez y los once años, después de lo cual la protección disminuye y los médicos recomiendan la revacunación en la edad adulta. En Chequia existe una vacuna combinada contra la tos convulsa, el tétanos y la difteria.

La resistencia de las bacterias *Salmonella* y *Campylobacter* a los antimicrobianos de uso común sigue observándose con frecuencia en humanos y animales, según un informe publicado el 28 de febrero por la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) y el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC).

Sin embargo, la resistencia combinada a antimicrobianos de importancia crítica para la medicina humana sigue siendo muy baja, excepto en algunos tipos de *Salmonella* y *Campylobacter coli* en algunos países.

Además, ha habido un aumento en la proporción de aislamientos de *Escherichia coli* de animales productores de alimentos que exhiben "susceptibilidad completa" o "resistencia cero" a los antimicrobianos clave. Esto, junto con una disminución en la prevalencia de aislados de *E. coli* que producen BLEE o AmpC (enzimas que pueden hacer que algunos antibióticos sean ineficaces), demuestra el progreso en la reducción de la resistencia a los antimicrobianos (RAM) en *E. coli* de animales productores de alimentos en varios Estados miembros de la Unión Europea (UE).

Michael Andrew Catchpole, científico en jefe del ECDC y Carlos Gonçalo das Neves, científico en jefe de la EFSA, dijeron: "Si bien hemos visto resultados positivos de las acciones para reducir la resistencia a los antimicrobianos, es esencial que se sigan realizando esfuerzos conjuntos para hacer frente a esta amenaza mundial. El enfoque Una Salud nos recuerda que abordar la resistencia a los antimicrobianos requiere la colaboración entre diferentes sectores, como la salud humana, la salud animal y el ambiente".

Para *Salmonella*, se encontró resistencia a los carbapenémicos en aislados de humanos, pero no de animales productores de alimentos; para *E. coli*, se detectó resistencia a carbapenémicos en aislados de animales productores de alimentos. Aunque actualmente se informa de niveles muy bajos de resistencia a los carbapenemes en aislados tanto de humanos como de animales, en los últimos años un mayor número de países han informado de bacterias productoras de enzimas carbapenemasas en diversas especies animales. Esto requiere atención y más investigación, ya que los carbapenémicos son un grupo de antibióticos de último recurso y cualquier detección de resistencia a ellos es preocupante.

Entre 2013 y 2022, en el caso de los seres humanos, al menos la mitad de los países que informaron observaron tendencias crecientes en la resistencia a las fluoroquinolonas en aislados de *Salmonella enterica enterica* serovariedad Enteritidis y *Campylobacter jejuni*, generalmente asociados con aves de corral. Este hallazgo es motivo de preocupación para la salud pública, ya que en las raras ocasiones en que las infecciones por *Salmonella* o *Campylobacter* se convierten en una enfermedad grave, las fluoroquinolonas se encuentran entre los antimicrobianos utilizados para el tratamiento.

Un tercio de los países observaron tendencias decrecientes en la resistencia a los macrólidos en aislados de *Campylobacter* de humanos, en particular de *C. coli*. Esto es digno de mención, ya que el aumento de la resistencia a las fluoroquinolonas significa que los macrólidos se están volviendo más importantes para el tratamiento de infecciones graves transmitidas por alimentos en humanos.

En dos tercios de los países que informaron, la resistencia en aislamientos de humanos a las penicilinas y tetraciclinas disminuyó con el tiempo en *Salmonella enterica enterica* serovariedad Typhimurium, que generalmente se asocia con cerdos y terneros. Estos antimicrobianos se utilizan a menudo para tratar infecciones bacterianas en humanos y animales.

La resistencia a los antimicrobianos sigue siendo un importante problema de salud pública que debe abordarse en diversos frentes y por parte de diferentes actores. Se necesitan acciones clave para reducir la aparición y propagación de bacterias resistentes a los antimicrobianos. Entre ellas figuran:

- la promoción del uso prudente de los antimicrobianos;
- el apoyo a las mejoras en las prácticas de prevención y control de infecciones;
- el reforzamiento de la investigación y la innovación en el desarrollo de nuevos antimicrobianos; y
- la garantía de que existan políticas y procedimientos a nivel nacional.

El único caso de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob que registró Europa en 2021

05/03/2024

El Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades (ECDC) comunicó en un reciente informe que durante el año 2021 se notificó un único caso de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) en los países de la Unión Europea y el Espacio Económico Europeo (UE/EEE).

El caso, notificado por Francia, fue clasificado en un principio como probable ECJ. La persona infectada mostró síntomas por primera vez durante ese mismo año y falleció en el mes de noviembre de 2021.

En este sentido, se informó que la persona fallecida había realizado trabajos de laboratorio con tejidos biológicos infectados con priones antes de jubilarse, por lo que podía sospecharse una posible exposición ocupacional.

El último caso anterior notificado también sucedió en Francia, en 2018. Pese a ello, la tasa de mortalidad global se mantiene por debajo de 0,01 casos cada millón de habitantes en esta larga cola post-epidémica.

La variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob es una enfermedad priónica, un grupo de enfermedades neurológicas raras causadas por proteínas priónicas mal plegadas anormales (PrPSc).

Estos priones anormales se acumulan en el cerebro y provocan daños cerebrales progresivos, causando síntomas psiquiátricos o sensoriales, anomalías neurológicas y, finalmente, la muerte. La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob fue identificada por primera vez en marzo de 1996, cuando se encontró una asociación entre esta enfermedad y el consumo de productos procedentes de animales infectados por la encefalopatía espongiforme bovina, también conocida como 'enfermedad de las vacas locas'.

La epidemia de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob alcanzó su punto álgido en la Unión Europea entre 1999 y 2004, pero el número de casos ha disminuido posteriormente, y se ha convertido en una enfermedad neurodegenerativa muy poco frecuente en la Unión Europea y el Espacio Económico Europeo.

Esto se debe al éxito de la aplicación de medidas de prevención y control para eliminar los priones de la encefalopatía espongiforme bovina de las cadenas alimentarias dirigidas al comercio de ganado (desde 1989) y a la producción de piensos (desde 1994).

Sin embargo, persisten algunas incertidumbres. Los largos periodos de incubación significan que pueden pasar décadas entre la infección y la manifestación clínica de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. Además, la ausencia de una prueba de diagnóstico rápido significa que el estado de infección de la población de la Unión Europea no está claro.

También puede existir un riesgo elevado de contraer la enfermedad por determinadas vías de exposición, como indican los recientes casos asociados a la exposición ocupacional en entornos de laboratorio.

Actualmente, una de cada dos personas en Gaza sufre una enfermedad infecciosa, según datos publicados por el Ministerio de Salud de Gaza, mientras los expertos advierten que evitar una gran epidemia hasta ahora ha sido "por pura suerte".

Niños palestinos, sosteniendo ollas vacías, esperan en fila para recibir comida preparada por voluntarios para las familias desplazadas al sur de Gaza debido a los ataques israelíes, en Rafah.

En una declaración del 4 de marzo, funcionarios de salud de Gaza dijeron que habían detectado un millón de casos de enfermedades infecciosas en Gaza, una situación que el ministerio calificó de "extremadamente catastrófica".

Debido al bloqueo de seis meses de alimentos, agua, electricidad, medicinas y otras necesidades higiénicas básicas por parte de Israel, los casos de enfermedades infecciosas como diarrea, varicela e infecciones respiratorias, por estafilococos y del tracto urinario se han estado propagando ferozmente por toda la región durante meses.

Tan solo en diciembre, la Agencia de Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en Cercano Oriente (UNRWA) y el Ministerio de Salud informaron que habían documentado 360.000 casos de enfermedades infecciosas en refugios, aunque probablemente se trataba de un importante subregistro. Desde entonces, ese número se ha triplicado en el transcurso de apenas tres meses.

El ministerio subrayó que la ocupación israelí provocó deliberadamente una catástrofe humanitaria y sanitaria indescriptible, que contribuyó a la propagación de epidemias y enfermedades infecciosas. El ministerio confirmó informes de que los palestinos en el norte de Gaza están muriendo de hambre debido a una hambruna que ha excedido los niveles globales debido a la escasez de agua y alimentos.

La propagación de enfermedades se ve agravada por la metódica destrucción del sistema de salud palestino por parte de Israel y el agotamiento de los suministros médicos en Gaza. Casi todos los medicamentos son escasos o inexistentes en la región, e incluso los analgésicos básicos como el paracetamol se reservan para casos extremos como quemaduras graves o amputaciones.

Según el ministerio, Israel ha asesinado a 364 trabajadores de la salud en medio de su ataque genocida y ha arrestado a otros 269. Las fuerzas israelíes también destruyeron 32 hospitales y 53 centros de salud y atacaron 126 ambulancias, dijeron funcionarios.

El bloqueo alimentario y la campaña de hambruna de Israel han hecho que los palestinos sean especialmente vulnerables a las enfermedades, ya que sus sistemas inmunológicos se han visto debilitados por la desnutrición. Al menos 16 niños han muerto en el norte de Gaza debido a la desnutrición y la deshidratación.

Esta combinación de desnutrición, deshidratación y falta de recursos médicos adecuados hace que incluso las enfermedades más básicas sean potencialmente mortales.

Los expertos en salud advierten que la temporada de primavera podría empeorar drásticamente la crisis sanitaria. Enfermedades transmisibles como la diarrea y la hepatitis A se propagan más rápido con temperaturas más cálidas, especialmente porque casi no queda nada de higiene de lo que hablar –como baños y duchas que funcionen– y los palestinos viven en áreas severamente superpobladas debido al bloqueo de Israel.

Muchos expertos están especialmente preocupados por el cólera, una enfermedad bacteriana que se propaga a través de alimentos y agua contaminados y que, de arraigarse, se propagaría extremadamente rápido y tendría resultados letales.

“Algo como el cólera, si se introduce en la Franja de Gaza, resultaría en una epidemia realmente masiva por las razones que se pueden imaginar: sería extremadamente transmisible porque las personas viven hacinadas, no hay suficiente agua, no hay saneamiento”, advirtió Francesco Checchi, epidemiólogo especializado en enfermedades en crisis de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres.

“Es el entorno perfecto para que se establezca una epidemia masiva”, prosiguió Checci. “Y quizás hasta ahora hemos tenido un poco de suerte de que no haya ocurrido”.

Grandes avances en la lucha contra la tripanosomosis humana africana

27/02/2024

La lucha contra la tripanosomosis humana africana en la República Democrática del Congo ha registrado importantes avances, según el Dr. Erick Mwamba, director médico del Programa Nacional de Lucha contra la Tripanosomiasis Humana Africana. Durante la celebración de la 8ª Jornada de lucha contra esta enfermedad, destacó la importante reducción de casos, pasando de 6.000 en 2013 a sólo 394 en 2024. Esta reducción es resultado del compromiso conjunto del gobierno y sus socios técnicos.

Mwamba expresó su agradecimiento al gobierno, al Reino de Bélgica, a la Fundación Bill & Melinda Gates y a otros socios por su apoyo en la lucha contra la tripanosomosis humana africana. Destacó la necesidad de fortalecer aún más los medios disponibles para eliminar completamente la enfermedad, particularmente en las zonas más afectadas.

Además, llamó la atención sobre las provincias más endémicas, como Kwilu, Kasaï, Sankuru e incluso la provincia urbana de Kinshasa. Destacó que la tripanosomosis humana africana es transmitida por la mosca tsetsé (*Glossina* sp.), de ahí la importancia de continuar con los esfuerzos de prevención y tratamiento.

La atención sanitaria gratuita para las personas que viven en provincias endémicas es un paso importante hacia la erradicación de la enfermedad. Sin embargo, Mwamba destacó la necesidad de realizar más inversiones para lograr el objetivo de cero casos en la República Democrática del Congo.

El viceministro de Salud Pública, Serge Emmanuel Holenn, afirmó: "Las acciones emprendidas han sido prometedoras en la reducción de casos. Hay que destacar que los resultados y avances son espectaculares, pero el deseo de eliminar esta pandemia sigue siendo el objetivo principal. Por ello, invitamos a nuestros compatriotas a realizar mayores esfuerzos en cada nivel, en lo que a cada uno concierne –proveedores, población, autoridades político-administrativas, socios técnicos y financieros– para elevar los esfuerzos conjuntos y multiplicar las estrategias apropiadas en conjunto con miras a influir aún más en las tendencias para que en 2030 se elimine la tripanosomosis humana africana en la República Democrática del Congo.

Destacó también la importancia de las pruebas y el tratamiento. La creación de laboratorios provinciales de referencia equipados para realizar pruebas de calidad, facilitarán la detección y el tratamiento de los raros casos restantes.

En conclusión, la lucha contra la tripanosomosis humana africana en la República Democrática del Congo demuestra los avances logrados gracias a la colaboración entre el gobierno, los socios técnicos y las partes interesadas en la salud. La continua movilización de recursos y esfuerzos permitirá consolidar este progreso y la esperanza de un futuro sin esta enfermedad en el país.

Actualmente, la tripanosomosis humana africana, popularmente conocida como enfermedad del sueño, se trata con fexinidazol, el primer medicamento totalmente oral aprobado para ambas etapas de la enfermedad. Posiblemente en 2026, otro fármaco, el acoziborole, un nuevo tratamiento oral de dosis única desarrollado por la Iniciativa Medicamentos para Enfermedades Olvidadas (DNDi) podría allanar el camino para eliminar la transmisión de la enfermedad.

La República Democrática del Congo representa más de 70% de los casos en África y en todo el mundo, siendo las provincias más afectadas Kwilu, Kwango y Maï-Ndombe. Una de las verdaderas enfermedades tropicales, la tripanosomosis humana africana, es endémica sólo en el África Subsahariana, delimitada por los 15° de latitud Norte y Sur.

Existen dos variedades de tripanosomosis humana africana: una, principalmente en África Oriental, es causada por el parásito *Trypanosoma brucei rhodesiense*, que produce una infección aguda que generalmente causa una enfermedad grave y la muerte en semanas o meses.

La otra especie es *Trypanosoma brucei gambiense*. Este parásito se encuentra en África Occidental y Central. Sin embargo, las dos especies muestran cierta superposición geográfica. Esta infección progresa más lentamente y puede tardar de meses a años en aparecer la enfermedad.

Más de 92% de los casos son causados por *T. b. gambiense* y alrededor de 8% se deben a *T. b. rhodesiense*.

Ambos tipos de la enfermedad son transmitidos por la picadura de una mosca tsetsé (*Glossina* sp.). Estos insectos dependen de la sangre para obtener sus nutrientes. La obtienen de mamíferos, incluidos los humanos. La mosca tsetsé tiene una picadura muy dolorosa y el viajero seguramente recordará haber sido picado.

Al ingerir sangre, la mosca inyecta el parásito en la piel. Desde aquí, el parásito pasa al sistema linfático y, finalmente, al torrente sanguíneo. Pasa por diversas etapas en el cuerpo y finalmente termina en el líquido cefalorraquídeo.

Los síntomas son los siguientes:

Tripanosomosis humana africana de África Oriental: es característico el desarrollo de un chancro en el lugar de la picadura seguido de fiebre, fatiga, dolor muscular y articular e inflamación de los ganglios linfáticos. Después de la invasión del sistema nervioso central, pueden ocurrir manifestaciones neurológicas seguidas de la muerte si no se trata.

Tripanosomosis humana africana de África Occidental: los síntomas son similares a los anteriores, aunque tardan más en aparecer. La confusión progresiva, los cambios de personalidad, la somnolencia diurna con alteraciones del sueño nocturno son síntomas tardíos. La muerte ocurrirá después de varios años si no se trata.

No existe vacuna contra la tripanosomosis humana africana.

La peste es una enfermedad endémica en la provincia de Ituri, en el este de la República Democrática del Congo. Aunque la mayoría de las epidemias pasadas fueron sospechosas debido a la falta de un diagnóstico rápido y específico, esta enfermedad y la población expuesta a ella siguieron desatendidas y sin financiación suficiente. Sin embargo, desde 2021, cada mes se notifican casos confirmados –mediante pruebas de diagnóstico rápido y de reacción en cadena de la polimerasa específicas– de peste bubónica en la Zona Sanitaria de Rethy, situada en el corazón del territorio de Djugu, y con menor frecuencia en la vecina Zona Sanitaria de Logo.

Entre 2021 y 2024, solo la Zona Sanitaria de Rethy notificó 900 casos (22 casos en 2021; 639 casos en 2022; 111 casos en 2023; y 128 casos en 2024), con 42 muertes (tasa de letalidad de 4,7%).

Desde el 1 de enero de 2024, sólo la Zona Sanitaria de Rethy notificó 128 casos y seis muertes (tasa de letalidad de 4,7%). El 90% de los casos fueron notificados entre el 5 y el 29 de febrero de 2024 en dos zonas sanitarias: Kpandroma y Lokpa. El grupo etario de 5 a 14 años fue el más afectado, con 67 casos. Debido al aumento del número de casos, varias escuelas debieron cerrar en la ciudad de Kpandroma por un período de tres días.

Para evaluar la situación y recolectar muestras, un equipo del Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales (CRMT) visitó estas escuelas. Cinco de ellas informaron casos de peste bubónica (Kpandroma, Shun, Apolo, Gola y Baidjo), sin muertes. Según el informe del director de la escuela primaria Kpandroma, el primer caso se reportó el 8 de febrero de 2024, y posteriormente se reportó en diferentes clases, sin vínculos familiares ni pueblo de origen. En las aulas se encontraron pulgas. Algunos alumnos procedían del pueblo de Ngombu, donde se había declarado una epizootia el 11 de febrero de 2024. A pesar de la alerta enviada por los Relais Communautaires (RECO) a la Oficina Central de la Zona Sanitaria, las fumigaciones domiciliarias con deltametrina se retrasaron por motivos logísticos y de seguridad. Malteser International envió deltametrina para el control de pulgas a estas aulas y posteriormente a los hogares infestados.

A diferencia de años anteriores, la Zona Sanitaria de Rethy no recibió un apoyo continuo del Estado en la lucha contra esta epidemia recurrente. La ONG Malteser International proporciona apoyo ocasional, con una intervención a distancia –dada la situación de seguridad y la prohibición de circulación en esta zona controlada por milicianos de la Cooperativa para el Desarrollo del Congo (CODECO)– con medicamentos para tratamiento, material de control de vectores y kits de toma de muestras de pacientes, así como en el transporte de muestras al laboratorio de diagnóstico del Instituto Nacional de Investigación Biomédica (INRB) en Goma. Esta falta de apoyo ha impedido hasta ahora un control y una gestión óptimos de la epidemia, y la enfermedad ha reaparecido ahora hacia el este para afectar a la vecina Zona Sanitaria de Logo.

Desde el 6 de febrero de 2024, la Zona Sanitaria de Logo, menos afectada por la inseguridad causada por los milicianos de CODECO, ha informado 29 casos, incluido un fallecido (tasa de letalidad de 3,4%) en nueve pueblos diferentes. La ONG Malteser International intervino con

una respuesta reforzada, que incluyó el manejo gratuito de casos en el centro de salud de Djalusene (cotrimoxazol, doxiciclina y ciprofloxacina), quimioprofilaxis para casos de contacto, sensibilización sobre los factores de exposición, control de vectores, una reunión de promoción del saneamiento doméstico, y la prohibición de la caza, venta y consumo de ratas durante el período epidémico.

Un total de 1.601 viviendas de las 1.796 en la Zona Sanitaria de Logo fueron fumigadas con una solución de deltametrina al 10%, lo que representa una cobertura geográfica de 89%, con un total de 9.665 habitantes protegidos de un total de 13.312 (72%).

Recientemente, el 28 de febrero de 2024, el equipo del CRMT fue alertado de la muerte de roedores en una casa de Kpandroma. Una rata negra (*Rattus rattus*) dio positivo mediante una prueba de diagnóstico rápido, y de este espécimen se recolectó una hembra de pulga de rata oriental (*Xenopsylla cheopis*), el vector histórico y cosmopolita de la peste. Las muestras estarán sujetas a análisis de PCR adicionales en el INRB Goma. Esta región es de difícil acceso debido a la presencia de milicianos de CODECO y a las restricciones de seguridad para el personal de numerosas organizaciones y ONGs, pero esto no justifica el abandono de las poblaciones y la falta de seriedad de la comunidad internacional a la hora de enfrentar la peste, especialmente en un zona transfronteriza (a 25 km de la frontera con Uganda). Además, los compuestos y medicamentos utilizados para la fumigación (control de pulgas), el tratamiento y la quimioprofilaxis son idénticos desde hace casi ocho décadas, y se ha subestimado totalmente el riesgo de resistencia de las pulgas y de la bacteria *Yersinia pestis* a ellos.

La mayoría de los casos de peste se deben a la peste bubónica tras la picadura de una pulga de roedor infectada, que provoca una inflamación y sensibilidad del ganglio linfático. La glándula inflamada se llama bubón. Se debe sospechar peste bubónica cuando una persona desarrolla una glándula inflamada, fiebre, escalofríos, dolor de cabeza y agotamiento extremo y tiene antecedentes de posible exposición a roedores infectados, otros animales o pulgas. Una persona suele enfermarse de peste bubónica entre dos y seis días después de haber sido picada.

Cuando la peste bubónica no se trata, las bacterias de la peste invaden el torrente sanguíneo. La bacteriemia también puede ocurrir como evento inicial. A medida que las bacterias de la peste se multiplican en el torrente sanguíneo, se propagan rápidamente por todo el cuerpo y causan una afección grave y, a menudo, mortal. La infección de los pulmones con la bacteria de la peste provoca la forma neumónica de la peste, una enfermedad respiratoria grave. La persona infectada puede experimentar fiebre alta, escalofríos, tos y dificultad para respirar y puede expulsar esputo con sangre. Si los pacientes con peste no reciben una terapia antimicrobiana específica, la enfermedad puede progresar rápidamente hasta la muerte. La forma neumónica de infección puede transmitirse por vía aérea.

Si bien las ratas son el principal reservorio de *Yersinia pestis* en la República Democrática del Congo, es muy importante abordar el vehículo más común de transmisión, la pulga, con fumigación insecticida. Matar a las ratas primero solo producirá pulgas infecciosas y más hambrientas que, sin ratas, probablemente se alimentarán de humanos.

El gobierno del estado de Warrap en Sudán del Sur ha declarado oficialmente un brote de hepatitis E en el condado de Twic, tras el resultado positivo de una prueba en una niña de 3 años, lo que representa un importante problema de salud pública en la región. Esta alarmante declaración se produjo después de que dos personas presentaran síntomas compatibles con la hepatitis E, lo que impulsó a los funcionarios de salud a enviar muestras para pruebas de laboratorio en Juba, confirmando un caso positivo de los dos sospechosos. La hepatitis E, una enfermedad hepática transmitida principalmente a través de agua contaminada, representa una grave amenaza para la salud pública, lo que pone de relieve la necesidad urgente de mejorar el saneamiento y las instalaciones de agua potable.

Respuesta inmediata y medidas de salud pública

Tras la confirmación del brote, el gobierno del estado de Warrap rápidamente declaró una emergencia en el condado de Twic para contener la propagación del virus. Las autoridades sanitarias han comenzado a implementar intervenciones cruciales, incluidas campañas de educación pública sobre prácticas de higiene y distribución de suministros para agua potable. La declaración tiene como objetivo movilizar recursos y apoyo internacional para mejorar las capacidades de respuesta de la región y prevenir una mayor transmisión del virus de la hepatitis E.

La hepatitis E y su impacto

El virus de la hepatitis E (VHE) es responsable de causar enfermedades hepáticas, con síntomas como fiebre, náuseas y dolor de cabeza, que a menudo conducen a complicaciones más graves, como insuficiencia hepática aguda en algunos casos. Según la Organización Mundial de la Salud, el VHE infecta aproximadamente a 20 millones de personas cada año, lo que provoca más de 3 millones de casos agudos y alrededor de 57.000 muertes en todo el mundo. El brote en el condado de Twic subraya los desafíos críticos que enfrentan las comunidades con acceso limitado a agua potable e instalaciones sanitarias, lo que exacerba el riesgo de VHE y otras enfermedades de transmisión hídrica.

Estrategias a largo plazo e implicaciones para la salud global

El brote actual en el estado de Warrap sirve como un crudo recordatorio de la importancia de invertir en infraestructura de agua y saneamiento para combatir la propagación de enfermedades infecciosas como la hepatitis E. También resalta las implicaciones más amplias para la salud mundial de las enfermedades de transmisión hídrica, particularmente en regiones que luchan con una infraestructura inadecuada en sus sistemas de salud pública. Fortalecer la seguridad sanitaria mundial mediante mejores prácticas de calidad del agua, saneamiento e higiene es imperativo para prevenir futuros brotes y proteger a las poblaciones vulnerables de los impactos devastadores de la hepatitis E y otras enfermedades similares.

El brote de hepatitis E en el condado de Twic no sólo significa una amenaza directa a la salud de la población local, sino que también subraya los desafíos interrelacionados del saneamien-

to del agua y la seguridad de la salud pública en Sudán del Sur y más allá. Mientras la comunidad se moviliza para controlar el brote, el incidente saca a la luz el papel esencial del acceso al agua potable y el saneamiento en la prevención de enfermedades y la salvaguardia de la salud pública, y sirve como un llamado crítico a la acción tanto para los defensores de la salud mundial como para los formuladores de políticas.

Los casos de hepatitis E no se distinguen clínicamente de otros tipos de hepatitis viral aguda. Sin embargo, a menudo se puede sospechar firmemente el diagnóstico en entornos epidemiológicos apropiados, por ejemplo, cuando se producen varios casos en localidades situadas en zonas conocidas como endémicas de la enfermedad, en entornos con riesgo de contaminación del agua cuando la enfermedad es más grave en mujeres embarazadas o si se ha excluido la infección por el virus de la hepatitis A.

El diagnóstico definitivo de la infección por el virus de la hepatitis E generalmente se basa en la detección de anticuerpos de inmunoglobulina M (IgM) anti-VHE específicos del virus en la sangre de una persona; esto suele ser adecuado en áreas donde la enfermedad es común. Hay pruebas rápidas disponibles para su uso en el campo. Las pruebas adicionales incluyen la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) para detectar el ARN del virus de la hepatitis E en la sangre y las heces. Este ensayo requiere instalaciones de laboratorio especializadas.

No existe un tratamiento específico capaz de alterar el curso de la hepatitis E aguda. Como la enfermedad suele ser autolimitada, generalmente no se requiere hospitalización. Lo más importante es evitar medicamentos innecesarios. El paracetamol y los medicamentos contra los vómitos deben usarse con moderación o evitarse. Se requiere hospitalización para aquellas personas con hepatitis fulminante y también se debe considerar para mujeres embarazadas sintomáticas.

La ubicación remota y la necesidad de una cadena de frío y tres dosis hacen que la vacunación sea una tarea difícil. Es de destacar que una vacuna contra el cólera estuvo disponible durante muchos años antes de que se utilizara en un entorno de brote agudo.

En los últimos años, la hepatitis E ha sido cada vez más reconocida como una carga de morbilidad global subestimada. Las subpoblaciones con daños o muerte asociados a infecciones más graves incluyen mujeres embarazadas, pacientes con enfermedades hepáticas básicas y personas mayores. La vacuna sería el medio más eficaz para prevenir la infección por el VHE. La falta de un sistema de cultivo celular eficiente para el VHE hace que el desarrollo de la vacuna clásica inactiva o atenuada sea inviable. Por lo tanto, los enfoques de vacunas recombinantes se exploran en profundidad. Los sitios neutralizantes se encuentran casi exclusivamente en la proteína de la cápsida, pORF2, del virión. Basándose en pORF2, muchas vacunas candidatas mostraron potencial para proteger a los animales primates; dos de ellas se probaron en humanos y se demostró que son bien toleradas en adultos y altamente eficaces para prevenir la hepatitis E. La primera vacuna contra la hepatitis E del mundo, Hecolin (vacuna HEV 239), se autorizó en China y se lanzó en 2012.

100% online
Otorga créditos SADI
Inicio: Abril

Curso virtual

Los animales de compañía y las familias, desde la perspectiva de Una Salud

Zoonosis, multirresistencia y otros temas clave

Directores:
Dra. Susana Lloveras, Dr. Pablo Borrás

Programa

Módulo 1 | Los animales de compañía en la familia

1. Una Salud y Animales de Compañía (AC). Dinámica humano-animal. Situación actual. **Dra. Susana Lloveras**

2. Animales y personas: reflexiones desde la antropología social. **Dra. Andrea Mastrangelo**

3. Tenencia responsable. Vacunación, esterilización, control de reproducción, desparasitación y prevención de mordedura, desde los centros de zoonosis. ¿Cómo se trabaja en un centro de Zoonosis? **Dr. Gustavo Martinez**

Módulo 2 | Animales de compañía y riesgos para la salud

1. Los animales de compañía como centinelas para la Salud pública. **Dr. Gabriel Cicuttin**

2. Enfermedades zoonóticas en animales de compañía: nuevos escenarios. **Dr. Pablo Borrás**

3. Enfermedades zoonóticas asociadas a animales de compañía exóticos o no tradicionales. Venta ilegal de especies exóticas. **Dr. Guillermo Wiemeyer**

4. Los animales de compañía en la casa de personas con inmunosupresión. **Dra. Claudia Salgueira**

5. Enfermedades y problemas relacionados con AC en pediatría. **Dra. Silvia Gonzalez Ayala**

Módulo 3 | Animales de compañía y resistencia antimicrobiana

1. Diseminación de bacterias resistentes entre animales de compañía y humanos. Los mecanismos de resistencia más relevantes. **Dra. Paula Gagetti**

2. Dificultades en el tratamiento de algunas enfermedades frecuentes de los animales de compañía. El Diagnóstico microbiológico como pilar del tratamiento adecuado. **Dra. Gabriela Giacobonni**

Módulo 4 | Las nuevas tendencias en relación con los AC

1. La alimentación de los animales de compañía y las nuevas tendencias de dietas crudas. **Dra. Marta Zubaldia**

2. Atención centrada en el paciente: rol de los animales de compañía en la recuperación de pacientes (Los AC dentro de los hospitales). Riesgos y beneficios. **Lic. Daiana Anabel Pugliese**

Inscribite aquí con un beneficio especial

30% OFF
Por inscripción anticipada

Cuotas sin interés
Con Mercado Pago

Y promociones especiales para alumnos y ex alumnos del campus, residentes y Socios SADI. ¡Descuentos acumulativos hasta 50% OFF!

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.